

AVIS DE RÉUNION ☒

PROCÈS-VERBAL ☐

Titre de la réunion :	Comité de gouvernance et de mise en candidature	Date et heure :	Le 18 novembre 2019 à 9 heures
But de la réunion :	Réunion régulière	Endroit :	Vidéoconférence
Présidente :	Lucille Auffrey	Bathurst (siège social) : grande salle	(Gilles)
Secrétaire de direction :	Lucie Francoeur	Moncton : sous-sol de l'Auberge	(Lucille, Michelyne)
		Edmundston : local 2281	(Gisèle)
		Grand-Sault : local 0217	(Gaitan)
		Tracadie : cours chapelle	(Norma)

Participants**Membres**

Lucille Auffrey (présidente)	Michelyne Paulin	Norma McGraw
Gaitan Michaud	Gilles Lanteigne	Gisèle Beaulieu

ORDRE DU JOUR

Heure	Sujets	Pages	Action
9 h	1. Ouverture de la réunion		Décision
9 h 01	2. Constatation de la régularité de la réunion		
9 h 02	3. Adoption de l'ordre du jour	1	Décision
9 h 03	4. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels		
9 h 05	5. Résolutions en bloc 5.1 Adoption des résolutions en bloc 5.2 Adoption du procès-verbal du 17 septembre 2019 5.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 17 septembre 2019 5.4 Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration	2 - 4 5 6 - 9	Décision
9 h 10	6. Autres 6.1 Planification de la retraite avec le Conseil – 9 et 10 décembre 2019	10 – 12	Décision
9 h 40	6.2 Révision des règlements administratifs	13 - 80	Décision
9 h 50	7. Date de la prochaine réunion : le 16 mars 2020 à 9 heures		Information
9 h 52	8. Levée de la réunion		Décision

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Titre de la réunion :	Comité de gouvernance et de mise en candidature	Date et heure :	Le 17 septembre 2019 à 09:00
		Endroit :	Vidéoconférence
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst : siège social	(Gilles)
		Edmundston : salle 2281	(Gisèle)
		Grand-Sault : salle 0252	(Gaitan)
Présidente	Lucille Auffrey	Tracadie : salle coop de la Baie	(Norma)
Secrétaire	Lucie Francoeur	Moncton : sous-sol Auberge	(Lucille, Michelyne, Vanessa)
		Jabber :	(Diane, consultants Le Clé)
Participants			
Lucille Auffrey	✓	Michelyne Paulin	✓
Gilles Lanteigne	✓	Norma McGraw	✓
		Gaitan Michaud	✓
		Gisèle Beaulieu	✓
PROCÈS-VERBAL			

1. Ouverture de la réunion

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

2. Constatation de la régularité de la réunion

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

3. Adoption de l'ordre du jour**MOTION 2019-09-17 / 01GMC**

Proposé par Gaitan Michaud

Appuyé par Norma McGraw

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

Adopté à l'unanimité.

4. Déclaration de conflit d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt n'est déclaré.

5. Résolutions en bloc

5.1 Adoption des résolutions en bloc

5.2 Adoption du procès-verbal du 3 juin 2019

5.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 3 juin 2019

5.3.1 Démarche de la planification stratégique

5.4 Mandat du Comité de gouvernance et de mise en candidature

5.5 Plan de travail 2019-2020

5.6 Plan de formation du Conseil d'administration 2019-2020

5.7 Mise à jour des règlements administratifs

5.8 Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration

La présidente demande aux membres si certains points des résolutions en bloc doivent être retirés ou si les résolutions en bloc sont adoptées telles que présentées. Le point ci-dessous est retiré des résolutions en bloc :

5.6 Plan de formation du Conseil d'administration 2019-2020

MOTION 2019-09-17 / 02GMC

Proposé par Gaitan Michaud

Appuyé par Norma McGraw

Et résolu que les résolutions en bloc soient adoptées avec le retrait du point ci-dessous :

5.6 Plan de formation du Conseil d'administration 2019-2020

Adopté à l'unanimité.

5.6 Plan de formation du Conseil d'administration 2019-2020

La présidente du Conseil d'administration souligne que le Conseil actuel entame sa dernière année annuelle. Elle invite les membres à réfléchir s'il y a d'autres formations spécifiques à ajouter pour l'année 2019-2020 qui correspond au besoin du Conseil.

La prochaine année sera remplie de défis particulièrement en raison du contexte actuel. D'ailleurs, une discussion approfondie est prévue lors de la prochaine réunion du Conseil d'administration.

Après discussion, les thèmes reliés à l'éthique et la gouvernance seront changés de date. La formation reliée à la gouvernance sera offerte en avril 2020 et celle de l'éthique en juin 2020. Les modifications suggérées seront apportées au plan de formation.

En ce qui concerne l'arrivée de nouveaux membres du Conseil d'administration en mai 2020, il sera primordial de tenir compte de la continuité des principaux dossiers en cours. À ce jour, le processus de nominations et d'élections des membres du Conseil n'est pas encore connu.

MOTION 2019-09-17 / 03GMC

Proposé par Norma McGraw

Appuyé par Gaitan Michaud

Et résolu que le plan de formation du Conseil d'administration 2019-2020 soit adopté avec les modifications suggérées.

Adopté à l'unanimité.

6. Autres

6.1 Planification stratégique

Invités : Diane Mignault, Vanessa Fillion, Gilles Clavel, Armand Boudreau et Noémi Paquette

Gisèle Beaulieu souhaite la bienvenue à tous. Celle-ci souligne que la firme le Centre de leadership et d'évaluation « Le Clé » a été retenue pour élaborer la planification stratégique du Réseau de santé Vitalité 2020-2023.

Les personnes-ressources assignées à ce dossier chez la firme Le Clé sont Armand Boudreau, expert en planification stratégique, Gilles Clavel, expert-conseil en santé et Noémi Paquette, gestionnaire/conseillère principale en développement organisationnel.

Par le biais d'une présentation PowerPoint, les consultants chez Le Clé passent en revue le lancement de la démarche de la planification stratégique qui se déroulera entre les mois de septembre et décembre 2019. Les principaux éléments ressortis sont :

- l'importance de la planification stratégique pour le Réseau de santé Vitalité (les grands paramètres) ;
- la démarche ;
- l'environnement interne et externe ;
- les étapes et responsabilités du Conseil d'administration ;
- les autres étapes et responsabilités.

Un membre suggère d'effectuer une mise à jour des enjeux/objectifs émis lors de la retraite du Conseil d'administration tenue en décembre 2018. Il est prévu que cette documentation sera revue et consultée lors de la planification actuelle.

Armand Boudreau présente l'analyse de l'environnement interne et externe du Réseau de santé Vitalité. L'analyse de l'environnement interne porte sur les forces, les faiblesses et les capacités de celui-ci. Quant à l'analyse de l'environnement externe, il porte sur les contraintes, les opportunités, les menaces (défis) et les tendances.

Les membres font les commentaires/ajouts suivants :

- le manque de formateurs en ressources humaines dans tous les domaines (infirmières, ergothérapeutes, psychologues, etc.) ; défis de remplir les sièges et/ou même d'en sécuriser juste pour le N.-B. et/ou Vitalité ;
- les médias/les communications externes ;

- le besoin et les impacts des nouveaux arrivants (recrutement) ;
- l'immigration ;
- les infrastructures désuètes du Réseau – le manque d'espace ;
- la sécurité des patients/employés (violence) ;
- la rémunération/classification – géré centralement au Conseil du trésor - il y a du rattrapage à faire pour plusieurs disciplines ;
- l'amélioration de la santé mentale auprès des jeunes ;
- l'itinérance ; et
- les changements climatiques.

En septembre 2018, un Comité adhoc pour l'offre de services des hôpitaux et établissements communautaires a été mis sur pied. Celui-ci est responsable de fournir au Conseil d'administration des recommandations concernant les préoccupations et les enjeux du Réseau. C'est pourquoi il sera important de faire le lien avec les travaux réalisés à ce jour au sein de ce comité.

En ce qui concerne le manque d'espace et les infrastructures, le président-directeur général souligne qu'un mandat a été assigné à la firme CIM « Conseil en immobilisation et management Inc » à l'automne dernier, afin de réaliser un plan directeur spécifique pour le CHUDGLD, en lien avec la vision et les orientations stratégiques. Le plan directeur sera présenté en décembre prochain.

Une discussion se tiendra lors de la retraite du Comité stratégique des opérations prévue les 16 et 17 octobre à propos des enjeux, des orientations et des objectifs stratégiques. Les personnes-ressources chez La Clé seront invitées à participer à cette retraite. Ils participeront également à la retraite du Conseil d'administration prévue le 9 décembre 2019 à Edmundston.

La présidente du Comité remercie les invitées et consultants de leur participation.

**Les consultants de La Clé et les invitées quittent la réunion à 10:20.*

Le président-directeur général souligne que les consultants se sont engagés rapidement dans la démarche de la planification stratégique, puis le déroulement des travaux va bon train. Celui-ci explique brièvement la planification des entrevues avec les principales parties prenantes internes et externes. Un sondage sera créé permettant à chaque membre du personnel de donner son point de vue dans l'ébauche du matériel de planification stratégique actualisé. Aussi, un sondage sera élaboré pour mener des consultations larges auprès de la population. D'ailleurs, lors de la dernière planification stratégique, nous avons réussi à susciter beaucoup d'intérêt avec des personnes clés et des partenaires importants.

7. Date de la prochaine réunion : le 18 novembre 2019 à 09:00.

8. Levée de la réunion

La levée de la réunion est proposée par Gaitan Michaud à 10:40.

Lucille Auffrey
Présidente du comité

Gisèle Beaulieu
V.-p. – Performance, Qualité, Services généraux et
V.-p. – Ressources humaines (intérim)

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 18 novembre 2019

Objet : Suivis de la dernière réunion tenue le 17 septembre 2019

Il n'y a aucun suivi découlant du procès-verbal, sauf ceux indiqués à l'ordre du jour de la rencontre.

Soumis le 5 novembre 2019 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité et Services généraux

Note d'information

Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration

Comité de gouvernance et de mise en candidature

Item 5.4

Date : le 18 novembre 2019

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 réunion à huis clos et de la réunion publique du Conseil d'administration tenues le 8 octobre 2019.
 - Le taux de répondants a diminué comparativement aux dernières évaluations. Il est de 65% pour la réunion à huis clos et de 53% pour la réunion publique. Un rappel de remplir les évaluations avant de quitter la journée pourrait être effectué. Une autre option serait de considérer les évaluations électroniques.
 - En général, les membres sont très satisfaits du déroulement des rencontres à huis clos et publique. D'ailleurs, la majorité des questions dépassent les attentes.
 - Le temps alloué pour discuter des sujets de l'heure semble nécessiter d'autres ajustements. Nous suggérons une discussion et avis de la part des membres du comité de gouvernance.
 - Il a été suggéré d'offrir un rapport sommaire du PDG à la séance publique.
 - Nous encourageons les membres à continuer de faire part de leurs besoins et des opportunités d'amélioration.
-

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.

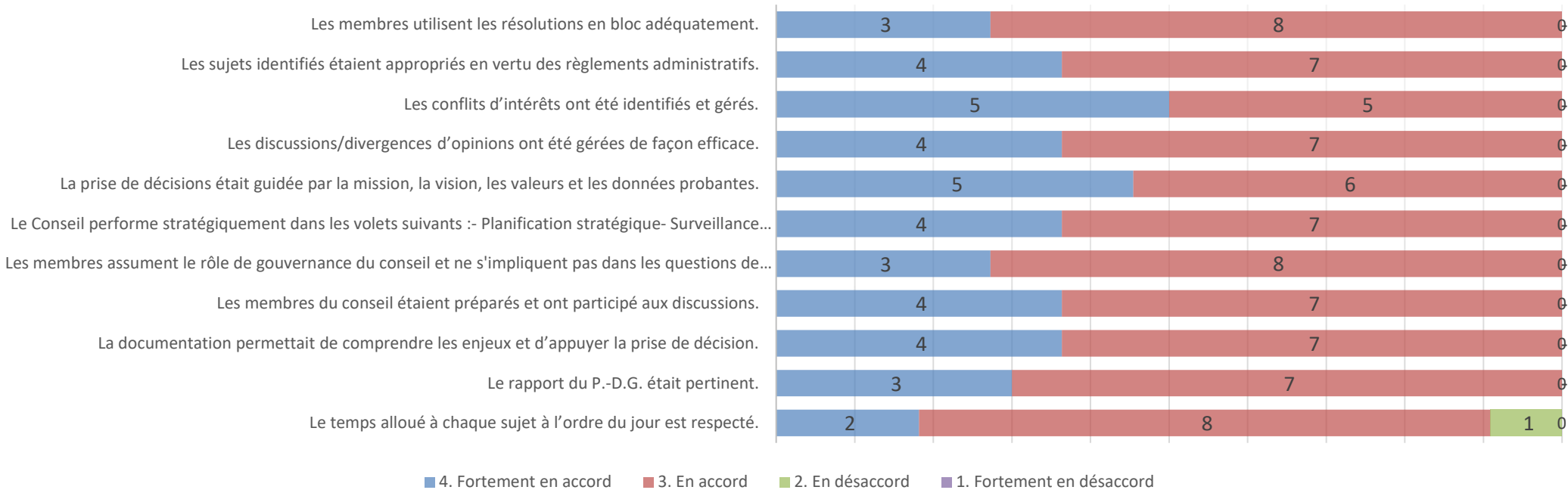
Proposition et résolution

Aucune

Soumis le 4 novembre 2019 par Gisèle Beaulieu, VP Performance, Qualité et Services généraux

Questions à échelle d'évaluation

Pourcentage de participation : 11 membres sur 17
Pourcentage de questions répondues : 58%



Questions à réponse libre

Veillez s.v.p. utiliser cet espace pour de plus amples commentaires :

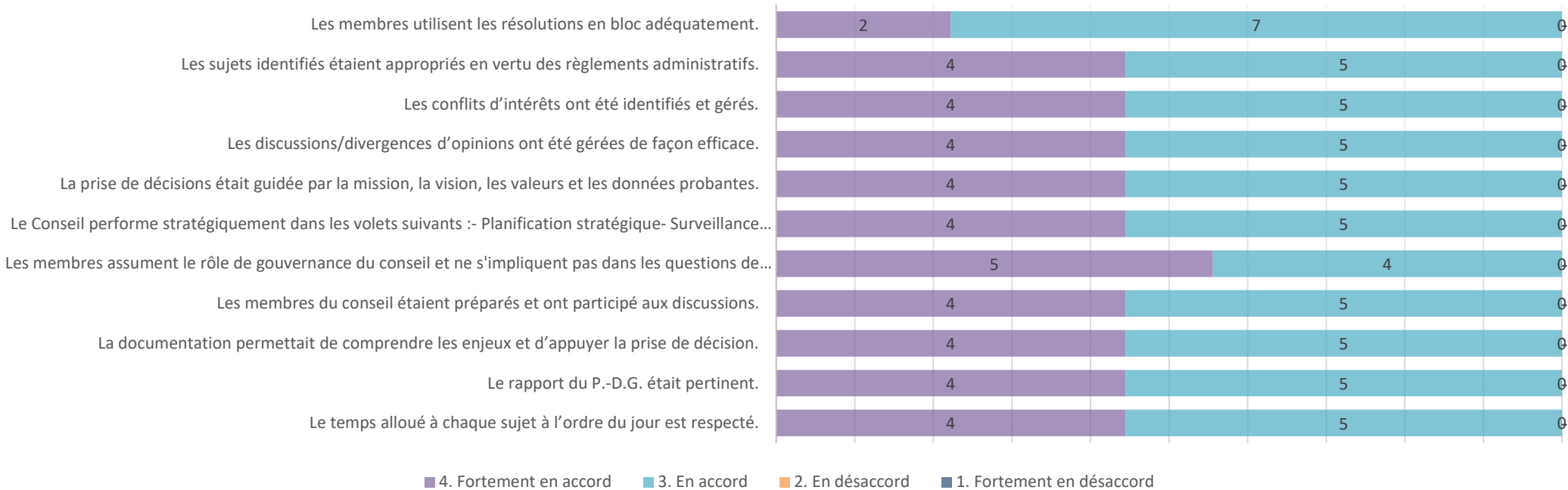
Apprécié les échanges avec le PDG et la présidente sur les rencontres qui ont eu lieu soit avec le ministre ou le ministère de la santé.

Bonne réunion et beaux échanges

Faut ré-estimer notre évaluation du temps requis pour discussions...je sais que ce n'est pas chose facile mais faut arriver à un meilleur équilibre

Questions à échelle d'évaluation

Pourcentage de participation : 9 membres sur 17
Pourcentage de questions répondues : 52%



Questions à réponse libre

Veuillez s.v.p. utiliser cet espace pour de plus amples commentaires :

Même si ça consomme quelques minutes additionnelles lors de la rencontre publique, je crois que c'est vraiment important que le PDG fasse la lecture de son rapport à toutes les rencontres publiques. Nous on sait ce qu'il a fait entre nos rencontres, mais les membres du publique ne le savent pas, et les informer est en grande partie le but de nos rencontres.

Bonne réunion

Belle réunion et beaux échanges

Un point a été retiré de la résolution en bloc sans toutefois avoir une question précise à adresser... je comprends la raison qui m'a été expliquée par la suite... devrait-on offrir un rapport sommaire pour le pdg comme on le fait pour chaque comité? Ceci lui permettrait de mettre en lumière les points plus importants qu'il désire souligner.

Note couverture

Réunion du Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 18 novembre 2019

Objet : Planification de la retraite avec le Conseil – 9 et 10 décembre 2019

Vous trouverez ci-joint l'état d'avancement du plan d'action de la planification stratégique 2020-2023, ainsi qu'une proposition d'ordre du jour pour la retraite du Conseil d'administration prévue les 9 et 10 décembre 2019.

Soumis le 8 novembre 2019 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité, Services généraux et Ressources humaines (intérim)

Plan d'action

Planification stratégique 2020-2023

Étapes	Date	État d'avancement
Validation de l'analyse de l'environnement par le Comité de gouvernance et de mise en candidature du CA.	17 septembre 2019	✓
L'équipe de leadership, le comité stratégique des opérations et le comité consultatif des patients partenaires et des familles se réuniront pour débattre des enjeux, des orientations stratégiques et des objectifs stratégiques (animé par le CLÉ).	16 et 17 octobre 2019	✓
Consultation par entrevues de partenaires et parties prenantes clés sur les enjeux, les orientations stratégiques et les objectifs stratégiques (fin octobre, novembre –effectuer par le CLÉ).	Début novembre	En cours
Consultation par sondage auprès du personnel, de la population et des partenaires sur les enjeux, les orientations stratégiques et les objectifs stratégiques (fin octobre, novembre –effectuer par le CLÉ).	Début novembre	En cours
Conseil d'administration décidera les enjeux, les orientations stratégiques et les objectifs stratégiques, ainsi que validera la mission, la vision et les valeurs.	9 et 10 décembre 2019	

Soumis le 8 novembre 2019 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité, Services généraux et Ressources humaines (intérim)



Retraite du Conseil d'administration les 9 et 10 décembre 2019

Développement du plan stratégique 2020-2023

du Réseau de santé Vitalité

Objectifs de la séance :

Les participantes et les participants :

- auront approuvé les énoncés de l'image de marque, de la mission, de la vision et des valeurs,
- se seront entendus sur les orientations stratégiques et les objectifs stratégiques.

Heure	Points à l'ordre du jour du 9 décembre 2019
11h 00	Mots de bienvenue Gilles Lanteigne, PDG et Norma McGraw, représentante du Comité de gouvernance et de mise en candidature
11 h 15	Processus pour la planification stratégique 2020-2023 - Le CLÉ
12 h 00	Dîner
13 h 00	Revue de l'image de marque, mission, vision et les valeurs - Le CLÉ
14 h 00	Discussion sur les orientations stratégiques - Le CLÉ
15 h 15	Pause
15 h 30	Discussion sur les objectifs stratégiques – Le CLÉ
17 h 00	Ajournement de la séance

Heure	Points à l'ordre du jour du 10 décembre 2019
8 h 00	Arrivée et accueil
8 h 10	Sommaire des discussions de la veille Discussion sur les priorités 2020-2021
8 h 55	Évaluation de la retraite
9 h 00	Fin de la retraite

Note couverture

Réunion du Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 18 novembre 2019

Objet : Révision des règlements administratifs

Vous trouverez ci-joint la révision des règlements administratifs des Réseaux de santé Vitalité et Horizon pour votre approbation.

Quelques modifications additionnelles sont dans le processus d'être finalisées à la suite de commentaires reçus d'Horizon et de notre aviseur légal. Ces dernières modifications vous seront communiquées dès qu'elles sont disponibles. Nous vous acheminons entre temps, les principales modifications dans le tableau ci-joint, en comparaison avec la dernière version approuvée en octobre 2013.

Soumis le 7 novembre 2019 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité, Services généraux

Règlements administratifs - Comparatif
Réseau de santé Vitalité
(Régie régionale de la santé A)

Section	Version octobre 2013	Version novembre 2019
Page 5; A.1.0	Définitions Dans ces règlements administratifs, à moins que le contexte ne l'exige :	Définitions Dans ces règlements administratifs, sauf si le contexte exige une interprétation différente :
	« audience formelle » désigne l'opportunité pour un membre du personnel médical ou la RRS de présenter de la preuve dans un contexte formel tel que décrit à l'article C.13, contrairement au droit de se présenter, qui désigne une comparution personnelle seulement et qui peut être effectuée avec des observations écrites ;	« audience formelle » désigne l' occasion pour un membre du personnel médical ou la RRS de présenter des éléments de la preuve dans un contexte formel tel que décrit à l'article C.12, contrairement au droit de se présenter, qui désigne une comparution personnelle seulement et qui peut être effectuée avec des observations écrites ;
	« chef de département médical » désigne le médecin nommé par le conseil pour gérer un département médical ou son délégué ;	« chef de département » désigne le médecin nommé par le conseil pour gérer un département médical ou des départements médicaux ou son délégué ;
	« chef des opérations » (CDO) désigne la personne responsable de la gestion des opérations et de la prestation des soins et services d'une zone ;	« chef des opérations » (CDO) désigne la personne responsable de la gestion des opérations et de la prestation des soins et services d'une zone ;
	« CMCL » désigne le comité médical consultatif ;	« CMCL » désigne le comité médical consultatif ;
	« Directeur médical » désigne le directeur médical d'une zone de la RRS ;	« Directeur médical » désigne le directeur médical d'une zone de la RRS ;
	« établissement » désigne tout édifice ou locaux dans lesquels ou à partir desquels des services de santé sont fournis ;	« établissement » désigne un immeuble ou des locaux dans lesquels ou à partir desquels des services de santé sont fournis.
	« médecin-chef local » désigne le médecin nommé par le médecin-chef, comme médecin-chef local en vertu de l'article B.13.5 b) de ces règlements administratifs ;	« médecin-chef local » désigne le médecin nommé par le médecin-chef, comme médecin-chef local en vertu de l'article B.13.5 b) de ces règlements administratifs ;
	« membre du conseil » désigne un membre du conseil d'administration de la RRS nommé conformément aux dispositions de la Loi sur les régies régionales de la santé et de ses règlements ;	« membre du conseil » désigne un membre du conseil d'administration de la RRS nommé conformément aux dispositions de la Loi sur les régies régionales de la santé et de ses règlements ;
	« personnel médical » désigne les médecins, les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux et les dentistes nommés par le conseil d'administration au sein du personnel médical d'une régie régionale de la santé auxquels le conseil accorde des privilèges ;	« personnel médical » désigne les médecins, les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux et les dentistes, les infirmières praticiennes et les sages-femmes nommés par le conseil d'administration au sein du personnel médical d'une régie régionale de la santé auxquels le conseil accorde des privilèges ;
	« privilèges » désigne les permissions accordées par le conseil à un membre ou à un membre potentiel du personnel médical pour offrir des soins de santé à un patient et pour utiliser les services diagnostiques et thérapeutiques de la régie régionale de la santé ;	« privilèges » désigne les permissions accordées par le conseil à : (a) un médecin pour offrir des soins de santé à un patient et pour utiliser les services diagnostiques d'un établissement hospitalier ou d'un centre de santé communautaire ; (b) un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial pour offrir des soins de santé à un patient et pour utiliser les services diagnostiques d'un établissement hospitalier ; (c) un dentiste pour offrir des soins dentaires à un patient et pour utiliser les services diagnostiques d'un établissement hospitalier ou d'un centre de santé communautaire ;

Section	Version octobre 2013	Version novembre 2019
		<p>d) une infirmière praticienne pour admettre un patient aux services extra-muraux offerts par une régie régionale de la santé ou par une personne ayant une entente avec le Ministre et pour utiliser les services diagnostiques d'un établissement hospitalier ou d'un centre de santé communautaire; ou</p> <p>e) ne sage-femme pour offrir des soins de santé à un patient et pour utiliser les services diagnostiques d'un établissement hospitalier ou d'un centre de santé communautaire.</p>
	« représentant du comité médical consultatif local » désigne un médecin nommé pour jouer le rôle de représentant local en vertu des règles de ces règlements administratifs ;	« représentant du comité médical consultatif local » désigne un médecin nommé pour jouer le rôle de représentant local en vertu des règles de ces règlements administratifs ;
	« structure de l'organisation du personnel médical » désigne la structure administrative gérée par le personnel médical et régissant les activités de ce dernier tel qu'il est mentionné dans les règles de ces règlements administratifs ;	« structure de l'organisation du personnel médical » désigne la structure administrative gérée par le personnel médical et régissant les activités de ce dernier tel qu'il est mentionné dans les règles de ces règlements administratifs ;
		« sage-femme » désigne une personnel inscrite au tableau de l'Ordre conformément à la Loi sur les sages-femmes (LN-B de 2008, c. M-11.5) ;
		« infirmière praticienne » désigne une personne autorisée à exercer la profession d'infirmière praticienne en vertu des lois de la province ;
Page 7; A.2.0	Règlements administratifs, accès public Un exemplaire des règlements administratifs de la RRS doit être mis à la disposition du public dans les deux langues officielles, pendant les heures normales de bureau.	Règlements administratifs, accès public Un exemplaire des règlements administratifs de la RRS doit être mis en ligne à la disposition du public dans les deux langues officielles, pendant les heures normales de bureau.
Page 7; A.4.2	Manquement à la protection de la vie privée ou à la confidentialité Tout soupçon de manquement à la protection de la vie privée ou à la confidentialité fera l'objet d'une enquête conformément aux politiques de la RRS A (Réseau de santé Vitalité) sur la protection de la vie privée et de la confidentialité. Le PDG doit aviser le Ministre de toute infraction à cette confidentialité par un cadre supérieur, employé, membre du personnel médical, personnel non employé ou agent de la RRS et le président du conseil doit aviser le Ministre de toute infraction à cette confidentialité par un membre du conseil.	Manquement à la protection de la vie privée ou à la confidentialité Tout soupçon de manquement à la protection de la vie privée ou à la confidentialité fera l'objet d'une enquête conformément aux politiques de la RRS B (Réseau de santé Horizon) ou de la RRS A (Réseau de santé Vitalité) sur la protection de la vie privée et de la confidentialité. Le PDG doit informer le Ministre de toute infraction aux règles de protection de la confidentialité par un cadre supérieur, un employé, un membre du personnel médical, un membre du personnel non employé ou un agent de la RRS et le président du conseil doit informer le Ministre de toute infraction à cet égard par un membre du conseil.
Page 9; B.1.0	Conseil d'administration Les activités et les affaires internes d'une régie régionale de la santé sont dirigées et gérées par un conseil formé de quinze membres ayant droit de vote dont sept que nomme le ministre et huit membres élus et de trois membres sans droit de vote : le PDG, le président du CMC et le président du CPC.	Conseil d'administration Les activités et les affaires internes d'une régie régionale de la santé sont dirigées et gérées par un conseil formé de quinze membres ayant droit de vote dont sept que nomme le ministre et huit membres élus et de trois membres sans droit de vote : le PDG, le président du CMC et le président du CPC. Le Conseil est établi conformément à la Loi sur les régies régionales de la santé.
Page 9; B.2.0	Membres – Admissibilité, service maximum	Membres – Admissibilité, service maximum B.2.0.6 Avec l'approbation du Ministre, la majorité des membres présents ayant droit de vote ont le droit de suspendre ou de relever de ses fonctions un membre du conseil qui enfreint les règles, les lois, les règlements, les règles des règlements administratifs ou les règlements administratifs de la RRS.

Section	Version octobre 2013	Version novembre 2019
Page 9; B.3.0.	<p>Conseil d'administration – Vacance Un poste vacant devra être pourvu de la même façon que le poste qu'il remplace au conseil. Dans le cas où aucun candidat n'a posé sa candidature ou si le candidat élu se désiste ou décède avant d'entrer en fonction, le Ministre nommera un membre pour combler le poste.</p>	<p>Conseil d'administration – Vacance Un poste vacant devra être pourvu de la même façon que le poste qu'il remplace au conseil. Dans le cas où aucun candidat n'a posé sa candidature ou si le candidat élu se désiste ou décède avant d'entrer en fonction, le Ministre nommera un membre pour combler le poste.</p>
Page 11; B.6.3	<p>Ordre du jour de l'assemblée annuelle</p>	<p>Ordre du jour de l'assemblée annuelle j) rapport du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients</p>
Page 13; B.8.0	<p>Comités permanents du conseil Sauf indication contraire des présents règlements administratifs, les présidents et les membres des comités permanents du conseil doivent être nommés par le conseil lors de l'assemblée annuelle ou à tout autre moment autorisé par le conseil. Les comités suivants doivent être les comités permanents du conseil: (a) comité exécutif; (b) comité des finances et de vérification; (c) comité de gouvernance et de mise en candidature.</p>	<p>Comités permanents du conseil Sauf indication contraire des présents règlements administratifs, les présidents et les membres des comités permanents du conseil sont nommés par le conseil à l'assemblée annuelle ou à tout autre moment autorisé par le conseil. Les comités permanents du conseil sont les suivants : (a) comité exécutif; (b) comité des finances et de vérification; (c) comité de gouvernance et de mise en candidature. (d) Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients (e) Comité stratégique de la recherche et de la formation (Réseau de santé Vitalité seulement)</p>
Page 13; B.8.1	<p>Comité exécutif Le Comité exécutif doit être composé du président, du vice-président, du trésorier, du secrétaire et de trois (3) autres membres du conseil ayant droit de vote. Le Comité exécutif doit avoir le pouvoir de régler toutes les activités habituelles pendant la période séparant les réunions ordinaires du conseil, sous réserve des limites énoncées dans ces règlements administratifs ou sauf indication contraire du conseil. Le Comité doit signaler toutes ces activités au conseil lors de sa prochaine réunion et accomplir d'autres fonctions conformément aux directives du conseil. Le président du conseil doit être le président du Comité exécutif.</p>	<p>Comité exécutif Le Comité exécutif est composé du président, du vice-président, du trésorier, du secrétaire et de trois (3) autres membres du conseil ayant droit de vote. Le Comité exécutif a le pouvoir de régler toutes les activités en situations d'urgence uniquement pendant la période séparant les réunions ordinaires du conseil, sous réserve des limites énoncées dans ces règlements administratifs ou sauf indication contraire du conseil. Le Comité signale toutes ces activités au conseil à la réunion suivante et accomplit d'autres fonctions conformément aux directives du conseil. Le président du conseil assume la présidence du Comité exécutif.</p>
Page 13; B.8.3.1	<p>Comité de gouvernance et de mise en candidature Le Comité de gouvernance et de mise en candidature doit être constitué d'au moins trois (3) membres du conseil ayant droit de vote, dont un en sera le président. Le conseil nomme le président du comité. Le Comité de gouvernance et de mise en candidature est responsable :</p>	<p>Comité de gouvernance et de mise en candidature Le Comité de gouvernance et de mise en candidature est constitué d'au moins quatre (4) membres du conseil ayant droit de vote, dont l'un en assume la présidence. Le conseil nomme le président du comité. Le Comité de gouvernance et de mise en candidature est responsable :</p>

Section	Version octobre 2013	Version novembre 2019
Page 14; B.8.4.1		<p>Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients</p> <p>Le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients est constitué de quatre (4) membres ayant droit de vote (3 pour Vitalité), dont l'un en assume la présidence. Les présidents(es) du Comité médical consultatif régional et du Comité professionnel consultatif sont membres permanents sans droits de vote. Le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients est responsable :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) de surveiller et de rendre compte au Conseil sur les enjeux de sécurité et de qualité et sur la qualité générale des services offerts au sein du Réseau, en se fondant sur les données utiles, dont : <ul style="list-style-type: none"> - les indicateurs de rendement et d'amélioration de la performance utilisés pour mesurer la qualité des soins et des services et la sécurité des patients; - les rapports reçus du Comité médical consultatif, du Comité professionnel consultatif, du comité de gestion de la qualité de la région régionale de la santé et du Comité consultatif des patients et des familles faisant état de problèmes systémiques ou récurrents quant à la qualité ou aux soins et contenant des recommandations; - les indicateurs sur la sécurité des patients, la prévention et le contrôle des infections, etc. qui sont du domaine public; - les rapports sur les incidents critiques et les événements sentinelles, etc.; (b) d'examiner et de formuler des recommandations au Conseil sur les initiatives et les politiques d'amélioration de la qualité; (c) d'encadrer la préparation du plan de la région régionale de la santé; et (d) de s'acquitter d'autres responsabilités qui peuvent découler de règlements ou de normes ou qui lui sont attribuées par le Conseil, etc.
Page 15; B.8.5.1		<p>Comité stratégique de la recherche et de la formation (s'applique au Réseau de santé Vitalité seulement)</p> <p>Le Comité stratégique de la recherche et de la formation est constitué d'au moins quatre (4) membres du Conseil d'administration nommés par le Conseil, dont l'un en assume la présidence. Le doyen associé de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke / directeur du Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick est membre d'office sans droit de vote. Le Comité stratégique de la recherche et de la formation est responsable :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) d'exercer les fonctions de gouvernance reliées au secteur de la formation et de la recherche afin d'assurer la réalisation des engagements du Réseau dans ce domaine, c'est-à-dire promouvoir et développer la recherche et fournir aux étudiants un encadrement et un environnement propices à la formation; (b) de favoriser la synergie entre la mission universitaire et la mission de soins et de services en santé du Réseau;

Section	Version octobre 2013	Version novembre 2019
		<p>(c) de veiller à ce que les priorités et les actions retenues en matière de formation et de recherche soient conformes aux orientations stratégiques priorisées par le Réseau;</p> <p>(d) de faire rapport au Conseil sur les grandes orientations, les priorités et les initiatives stratégiques en matière de formation et de recherche;</p> <p>(e) d'examiner les résultats des activités de formation et de recherche en s'assurant que les objectifs stratégiques fixés dans ce domaine sont atteints et en évaluer l'impact sur la qualité des soins et des services du Réseau;</p> <p>(f) d'évaluer et de soutenir les stratégies visant à assurer la pérennité financière de la mission universitaire;</p> <p>(g) de présenter au Conseil des recommandations sur toute matière ayant une incidence sur le développement et l'innovation en formation et en recherche (possibilités de concertation entre les intervenants hospitaliers, universitaires, gouvernementaux et du secteur privé pour du financement ou le développement d'infrastructures de recherche, relations avec les différents établissements d'enseignement, contrats d'affiliation interinstitutionnels, etc.).</p>
Page 15; B.9.0	<p>Comités spéciaux du conseil</p> <p>Le conseil peut mettre en place des comités spéciaux et nommer les membres et le président de ces comités pour faire face aux situations qui peuvent survenir de temps à autre et qui seraient mieux gérées par de tels comités. Le comité exécutif peut également nommer des comités spéciaux sous réserve d'une ratification par le conseil lors de sa prochaine réunion.</p>	<p>Comités spéciaux du conseil</p> <p>Le conseil peut mettre en place des comités spéciaux et nommer les membres et le président de ces comités pour faire face aux situations qui peuvent survenir de temps à autre et qui seraient mieux gérées par de tels comités. Le comité exécutif peut également nommer des comités spéciaux sous réserve d'une ratification par le conseil lors de sa prochaine réunion.</p>
Page 16; B.11.1.3	<p>Comité professionnel consultatif</p> <p>Le Comité professionnel consultatif doit :</p> <ol style="list-style-type: none"> se réunir au moins quatre (4) fois par an ainsi qu'à la demande du président et doit tenir à jour un dossier permanent de ses travaux et de ses mesures ; pouvoir convoquer, à la demande du président ou par écrit par trois (3) membres (dont la demande doit contenir les détails du sujet à aborder), des réunions spéciales à tout moment; orienter le conseil sur les questions de santé et de soins cliniques; orienter le conseil sur les critères d'admission et de congé des patients; orienter le conseil sur les recommandations découlant des problèmes liés à l'assurance de la qualité et à la gestion des risques; orienter le conseil sur les services offerts par la RRS et les options multidisciplinaires pour la prestation de services; orienter le conseil sur les normes de services et la pertinence du placement du patient; surveiller les normes d'agrément; assurer la délivrance annuelle des titres à tous les professionnels de la santé réglementés autres que les médecins, dentistes et chirurgiens buccaux-dentaires et maxillo-faciaux; lorsque nécessaire, peut établir des sous-comités pour l'aider dans ses fonctions; remplir d'autres fonctions dictées par le conseil. 	<p>Comité professionnel consultatif</p> <p>Le Comité professionnel consultatif oriente le conseil sur :</p> <ol style="list-style-type: none"> se réunir au moins quatre (4) fois par an ainsi qu'à la demande du président et doit tenir à jour un dossier permanent de ses travaux et de ses mesures ; pouvoir convoquer, à la demande du président ou par écrit par trois (3) membres (dont la demande doit contenir les détails du sujet à aborder), des réunions spéciales à tout moment; orienter le conseil sur les questions de soins cliniques et de santé; orienter le conseil sur les critères d'admission et de congé des patients; orienter le conseil sur les recommandations découlant des problèmes liés à l'assurance de la qualité et à la gestion des risques; orienter le conseil sur les services offerts par la RRS et les options multidisciplinaires pour la prestation de services; orienter le conseil sur les normes de services et la pertinence du placement du patient; surveiller les normes d'agrément; assurer la délivrance annuelle des titres à tous les professionnels de la santé réglementés autres que les médecins, dentistes et chirurgiens buccaux-dentaires et maxillo-faciaux; lorsque nécessaire, peut établir des sous-comités pour l'aider dans ses fonctions; remplir d'autres fonctions dictées par le conseil.

Section	Version octobre 2013	Version novembre 2019
		<ul style="list-style-type: none"> - le contrôle de la qualité et la gestion des risques en ce qui concerne les services de santé fournis par la régie régionale de la santé ; et - toutes autres questions que le conseil peut référer au comité.
<p>Page 17; B.11.3.1</p>	<p>Le comité médical consultatif doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) se réunir au moins quatre (4) fois par an ainsi qu'à la demande du président et tenir à jour un dossier permanent de ses travaux et de ses mesures; (b) pouvoir convoquer, à la demande du président du CMC, des réunions spéciales à tout moment; (c) conseiller le conseil sur les nominations du personnel médical et sur les privilèges des membres du personnel médical; (d) faire des recherches, à la demande du conseil, sur des questions exigeant de l'expertise médicale et rendre compte au conseil; (e) prendre les dispositions appropriées pour la supervision de tous les départements médicaux, les services des adjoints aux médecins, les services dentaires et les services de chirurgie buccale et maxillo-faciale fournis par la RRS; (f) coordonner les activités et les politiques générales des divers départements; (g) recevoir les rapports de tous les comités du personnel médical et de tous les départements et agir conformément à ces rapports; (h) conseiller le PDG et le conseil sur les questions concernant les normes relatives à l'exercice de la médecine au sein de la RRS et superviser l'exercice de la médecine, de la dentisterie et de la chirurgie buccale et maxillo-faciale au sein de la RRS; (i) mettre en œuvre les politiques approuvées du conseil en ce qui concerne l'exercice de la médecine, dentisterie et de la chirurgie buccale et maxillo-faciale au sein de la RRS; (j) conseiller le conseil sur les questions de qualité des soins médicaux et de sécurité; (k) prendre toutes les mesures raisonnables pour garantir une conduite professionnelle éthique de la part de tous les membres du personnel médical; (l) aider le conseil et le PDG à respecter les normes requises par les programmes d'agrément; (m) écouter les griefs et les différends entre les membres du personnel médical et agir en tant que médiateur entre les parties concernées, sauf dans les cas qui traitent de compétence professionnelle, mauvaise conduite, négligence, discipline, ou à tout autre cas prévu à l'article C.7; (n) remplir les fonctions assignées dans ces règlements administratifs relativement aux programmes d'agrément; (o) remplir les fonctions assignées dans ces règlements administratifs relativement aux plaintes et à la discipline; (p) aviser le personnel médical des activités du CMC de façon régulière; (q) lorsque nécessaire, établir des sous-comités pour l'aider dans ses fonctions; (r) remplir d'autres fonctions dictées par le conseil. 	<p>Le comité médical consultatif doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) se réunir au moins quatre (4) fois par an ainsi qu'à la demande du président et tenir à jour un dossier permanent de ses travaux et de ses mesures; b) pouvoir convoquer, à la demande du président du CMC, des réunions spéciales à tout moment; c) conseiller le conseil sur les nominations du personnel médical et sur les privilèges des membres du personnel médical; d) à la demande du conseil, fait des recherches sur des questions exigeant de l'expertise médicale et rendre compte au conseil; e) prend les dispositions appropriées pour la supervision de tous les départements services médicaux, les services des adjoints aux médecins, et les services dentaires et les services de chirurgie buccale et maxillo-faciale fournis par la RRS; f) coordonner les activités et les politiques générales des divers départements; g) recevoir les rapports de tous les comités du personnel médical et de tous les départements et agir conformément à ces rapports; h) conseiller le PDG et le conseil sur les questions concernant les normes relatives à l'exercice de la médecine au sein de la RRS et superviser l'exercice de la médecine, de la dentisterie et de la chirurgie buccale et maxillo-faciale au sein de la RRS; i) mettre en œuvre les politiques approuvées du conseil en ce qui concerne l'exercice de la médecine, dentisterie et de la chirurgie buccale et maxillo-faciale au sein de la RRS; j) conseiller le conseil sur les questions de qualité des soins médicaux et de sécurité; k) prendre toutes les mesures raisonnables pour garantir une conduite professionnelle éthique de la part de tous les membres du personnel médical; l) aider le conseil et le PDG à respecter les normes requises par les programmes d'agrément; m) écouter les griefs et les différends entre les membres du personnel médical et agir en tant que médiateur entre les parties concernées, sauf dans les cas qui traitent de compétence professionnelle, mauvaise conduite, négligence, discipline, ou à tout autre cas prévu à l'article C.7; n) remplir les fonctions assignées dans ces règlements administratifs relativement aux programmes d'agrément; o) remplir les fonctions assignées dans ces règlements administratifs relativement aux plaintes et à la discipline; p) aviser le personnel médical des activités du CMC de façon régulière; q) lorsque nécessaire, établir des sous-comités pour l'aider dans ses fonctions; r) remplir d'autres fonctions dictées par le conseil.

Section	Version octobre 2013	Version novembre 2019
Page 17; B.11.4	<p>Composition du Comité médical consultatif</p> <p>a) L'adhésion doit être représentative de la structure de gestion clinique et refléter les régions géographiques et les domaines spécialisés qui permettront au comité d'accomplir son mandat et de refléter la composition indiquée dans les règles des règlements administratifs.</p> <p>b) Le conseil doit appointer le médecin-chef comme président du comité. De plus, le président du CPC et le PDG seront des membres d'office sans droit de vote du CMC. Un médecin-hygiéniste, nommé par le médecin-hygiéniste en chef et un représentant de la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, doit également être un membre d'office sans droit de vote du CMC. Le PDG doit assister à toutes les réunions du CMC.</p>	<p>Composition du Comité médical consultatif</p> <p>a) La composition du comité doit représenter la structure de gestion clinique et refléter les régions géographiques et les domaines spécialisés qui permettront au comité d'accomplir son mandat, conformément aux règles des règlements administratifs.</p> <p>b) Le conseil nomme le médecin-chef président du comité. Le président du CPC et le PDG sont membres d'office sans droit de vote du CMC. Un médecin-hygiéniste, nommé par le médecin-hygiéniste en chef et un représentant de la faculté de médecine de la Dalhousie University, dans le cas du Réseau de santé Horizon, et un représentant de la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, dans le cas du Réseau de santé Vitalité, sont aussi membres d'office sans droit de vote du CMC. Le PDG assiste à chaque réunion du CMC.</p>
Page 17; B.11.5	<p>Comité médical consultatif local</p> <p>a) Le conseil peut, après avoir consulté le CMC, créer ou supprimer un comité médical consultatif local (CMCL) dans chaque zone. Le CMCL doit être composé d'au plus quinze (15) membres ayant droit de vote qui doivent être membres du personnel médical des zones pour lesquelles le CMCL est créé. Les nominations doivent se faire pour un mandat de trois (3) ans renouvelable chaque année par le conseil. Les membres du CMCL ne peuvent être nommés pour plus de deux mandats consécutifs de trois (3) ans, mais peuvent, par la suite, être renommés après une absence de trois (3) ans du CMCL, sauf disposition contraire du conseil.</p> <p>b) Le médecin-chef local sera le président du comité. De plus, le PDG, le directeur médical de la zone, le Chef des opérations local et un représentant des soins infirmiers, recommandé par le PDG, seront des membres d'office sans droit de vote du CMCL.</p> <p>c) Le CMCL doit s'acquitter de toutes les tâches assignées par le conseil ou le CMC.</p>	<p>Comité médical consultatif local</p> <p>a) Le conseil peut, après avoir consulté le CMC, créer ou supprimer un comité médical consultatif local (CMCL) dans chaque zone. Le CMCL doit être composé d'au plus quinze (15) membres ayant droit de vote qui doivent être membres du personnel médical des zones pour lesquelles le CMCL est créé. Les nominations doivent se faire pour un mandat de trois (3) ans renouvelable chaque année par le conseil. Les membres du CMCL ne peuvent être nommés pour plus de deux mandats consécutifs de trois (3) ans, mais peuvent, par la suite, être renommés après une absence de trois (3) ans du CMCL, sauf disposition contraire du conseil.</p> <p>b) Le médecin-chef local sera le président du comité. De plus, le PDG, le directeur médical de la zone, le Chef des opérations local et un représentant des soins infirmiers, recommandé par le PDG, seront des membres d'office sans droit de vote du CMCL.</p> <p>c) Le CMCL doit s'acquitter de toutes les tâches assignées par le conseil ou le CMC.</p>
Page 17; B.11.5		<p>Autres comités Le conseil peut créer des sous-comités lorsqu'il y a lieu.</p>
Page 18; B.13.1	<p>Compétences du médecin-chef Le médecin-chef doit être un médecin praticien qui est membre en règle du personnel médical actif de la RRS et qui exerce activement la médecine.</p>	<p>Compétences du médecin-chef Le médecin-chef doit être un médecin praticien qui est membre en règle du personnel médical actif de la RRS et qui exerce activement la médecine.</p>
Page 18; B.13.2	<p>Poste rémunéré à temps partiel Le poste de médecin-chef est un poste rémunéré et peut être à temps partiel. Le conseil doit de temps à autre établir le temps minimal que le médecin-chef doit consacrer à ce poste et le montant de la rémunération qu'il doit offrir pour ses services.</p> <p>Sauf autorisation contraire explicite dans les règlements administratifs ou dans les règles des règlements administratifs ou sauf autorisation contraire du PDG, le médecin-chef n'occupera aucun autre poste majeur ni aucun poste au sein du personnel médical ou de toute autre organisation qui pourrait entrer en conflit avec ses fonctions de médecin-chef ou y nuire.</p>	<p>Poste rémunéré à temps partiel Le poste de médecin-chef est un poste rémunéré et peut être à temps partiel. De temps à autre, le conseil établit le temps minimal que le médecin-chef doit consacrer à ce poste et la rémunération de ses services.</p> <p>Sauf autorisation contraire explicite dans les règlements administratifs ou dans les règles des règlements administratifs ou sauf autorisation contraire du PDG, le médecin-chef n'occupera aucun autre poste majeur ni aucun poste au sein du personnel médical ou de toute autre organisation qui pourrait entrer en conflit avec ses fonctions de médecin-chef ou y nuire.</p>

Section	Version octobre 2013	Version novembre 2019
Page 19; B.13.3	<p>Processus de sélection Le médecin-chef sera nommé par le conseil après avoir reçu et pris en considération les recommandations d'un comité de recherche formé des personnes suivantes, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) un directeur médical nommé par le PDG; b) le PDG; c) un représentant de l'organisation du personnel médical; d) l'agente principale des soins infirmiers ou un autre membre des cadres supérieurs; e) deux (2) représentants du CMC nommés par ce dernier; f) le doyen de la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke ou son délégué. <p>À leur première réunion, le comité choisira un président parmi ses membres.</p>	<p>Processus de sélection Le médecin-chef est nommé par le conseil sur la recommandation du PDG formulée en consultation des personnes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) le vice-président des Services médicaux; b) un directeur médical nommé par le PDG; c) le PDG; d) le président du Conseil des médecins, des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux et des dentistes; e) un représentant de l'organisation du personnel médical; f) l'agente principale des soins infirmiers ou un autre membre des cadres supérieurs; g) deux (2) représentants du CMC nommés par celui-ci ; et h) les doyens de la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke ou leur délégué. <p>À leur première réunion, le comité choisira un président parmi ses membres.</p>
Page 21; B.13.5	<p>Responsabilités du médecin-chef</p>	<p>Responsabilités du médecin-chef <i>Ajout</i> t) lancer des revues et des enquêtes lorsque des préoccupations sont formulées à l'égard d'un membre du personnel médical; et</p>
Page 23; B.23.0	<p>Associations auxiliaires B.23.0.3 Une association auxiliaire approuvée en vertu de cet article ou tout membre d'une telle organisation doit se trouver sous le contrôle et la direction du PDG lorsqu'il pénètre dans un établissement de santé. Chaque association auxiliaire doit faire examiner ses opérations financières par un vérificateur. Le vérificateur pour la RRS peut être le vérificateur pour l'association auxiliaire citée dans cet article.</p>	<p>Associations auxiliaires B.23.0.3 Une association auxiliaire approuvée en vertu de cet article ou tout membre d'une telle organisation doit se trouver sous le contrôle et la direction du Conseil PDG lorsqu'il pénètre dans un établissement de santé. Chaque association auxiliaire doit faire examiner ses opérations financières par un vérificateur. Le vérificateur pour la RRS peut être le vérificateur pour l'association auxiliaire citée dans cet article.</p> <p>B.23.0.5 L'article 23 s'applique à toute association, fondation ou groupe directement ou indirectement lié à toute activité de la RRS.</p> <p>B.23.0.6 Le conseil a le pouvoir de dissoudre toute association.</p>
Page 24; C.1.4	<p>Responsabilités des départements au sein de la RRS</p>	<p>Responsabilités des départements au sein de la RRS <i>Ajout</i> i) créer les règles du département devant être approuvées par le CMC et comprenant les responsabilités des membres par rapport à leurs privilèges.</p>

Section	Version octobre 2013	Version novembre 2019
Page 25; C.1.6	<p>Modification du statut du département Si un département en fait la demande ou si, à tout moment, il devient évident pour le PDG qu'un département est :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) considéré comme étant incapable de demeurer autonome de façon efficace; ou b) incapable de trouver un chef de département intéressé à assumer les responsabilités d'un tel poste et capable de les assumer; <p>Le PDG peut, après avoir consulté le médecin-chef et le CMCL, le CMC, recommander au conseil que le département fasse partie d'un département existant, de façon temporaire ou permanente.</p>	<p>Modification du statut du département Si un département en fait la demande ou si, à tout moment, il devient évident pour le PDG qu'un département est :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) considéré comme étant incapable de demeurer autonome de façon efficace; ou b) incapable de trouver un chef de département intéressé à assumer les responsabilités d'un tel poste et capable de les assumer; <p>Le PDG peut, après avoir consulté le médecin-chef et le CMCL, le CMC, recommander au conseil que le département fasse partie d'un département existant, de façon temporaire ou permanente. Le conseil peut aussi, sur la recommandation du PDG, placer un département sous tutelle.</p>
Page 25; C.1.7	<p>Chefs de département Le conseil doit nommer un chef pour chaque département du personnel médical et le conseil ou le PDG doit, à l'occasion, définir les fonctions et les responsabilités de chacun. Le chef de département doit:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) être membre du personnel médical actif; b) exercer la médecine principalement au sein de la RRS; c) être responsable devant le PDG de l'organisation adéquate et du bon fonctionnement de son département; d) si le département est à l'échelle de la zone, être responsable devant le président du CMCL de la supervision générale des soins médicaux ou dentaires ou buccaux et maxillo-faciaux des patients; e) si le département est à l'échelle de la RRS, être responsable devant le président du CMC de la supervision générale des soins médicaux ou dentaires ou buccaux et maxillo-faciaux des patients; f) avoir l'autorité de déléguer les responsabilités d'un département telles que décrites à l'article C.1.4 à une division ou à un service. <p>Les modalités de nomination des chefs de département doivent être indiquées dans les règles des règlements administratifs.</p>	<p>Chefs de département Le conseil doit nommer un chef pour chaque département du personnel médical et le conseil ou le PDG doit, à l'occasion, définir les fonctions et les responsabilités de chacun. Le chef de département doit:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) être membre du personnel médical actif ou un consultant externe compétent; b) exercer la médecine principalement au sein de la RRS; c) être responsable devant le PDG de l'organisation adéquate et du bon fonctionnement de son département; d) si le département est à l'échelle de la zone, être responsable devant le président du CMCL de la supervision générale des soins médicaux ou dentaires ou buccaux et maxillo-faciaux des patients; e) si le département est à l'échelle de la RRS, être responsable devant le président du CMC de la supervision générale des soins médicaux ou dentaires ou buccaux et maxillo-faciaux des patients; f) avoir l'autorité de déléguer les responsabilités d'un département telles que décrites à l'article C.1.4 à une division ou à un service. g) avoir l'autorité d'évaluer les membres du personnel médical. <p>Les modalités de nomination des chefs de département doivent être indiquées dans les règles des règlements administratifs.</p>
Page 26; C.3.1.1	<p>Personnel médical actif Le personnel médical actif doit être constitué des médecins, des dentistes et des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux qui ont été nommés par le conseil au personnel médical, qui exercent activement la médecine, la médecine dentaire ou la chirurgie buccale et maxillo-faciale dans la RRS, qui normalement y résident et qui souhaitent aider la RRS à atteindre sa mission. Travailler en tant que membre du personnel médical associé de la RRS représente une condition préalable à la nomination au personnel médical actif. Un membre du personnel médical actif:</p>	<p>Personnel médical actif Le personnel médical actif doit être constitué des médecins, des dentistes et des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux qui ont été nommés par le conseil au personnel médical, qui exercent activement la médecine, la médecine dentaire ou la chirurgie buccale et maxillo-faciale dans la RRS, qui normalement y résident et qui souhaitent aider la RRS à atteindre sa mission. Travailler en tant que membre du personnel médical associé de la RRS représente une condition préalable à la nomination au personnel médical actif. Un membre du personnel médical actif:</p>

Section	Version octobre 2013	Version novembre 2019
	<ul style="list-style-type: none"> a) doit assister aux réunions de l'organisation du personnel médical et du département ou des départements auxquels il est nommé; b) doit être admissible pour voter aux réunions de l'organisation du personnel médical et aux réunions des département(s) et comité(s) desquels il est membre, pour occuper un poste (sauf indication contraire) et pour être nommé à tout comité; c) peut siéger aux comités tel que demandé par le conseil, le PDG, le CMCL, le médecin-chef, le CMC ou le chef de son département; d) peut participer aux activités éducatives et cliniques du département; e) peut participer à la formation du personnel médical, d'autres membres du personnel de la RRS, des étudiants en médecine et des stagiaires en médecine clinique tel que déterminé par son chef de département; f) peut superviser de façon générale les membres du personnel associé conformément à la demande du chef de son département; g) doit maintenir un niveau satisfaisant de connaissances professionnelles en médecine, en médecine dentaire ou en chirurgie buccale et maxillo-faciale et de capacité dans son domaine d'exercice; h) doit bénéficier de privilèges en matière d'admission et de traitement, tel qu'il peut être établi et modifié à l'occasion par le conseil; i) doit aider la RRS à acquérir ou à conserver l'agrément; j) doit assumer des fonctions et des responsabilités autres pouvant parfois lui être attribuées par le conseil, le PDG, le CMC, le CMCL, le chef de son département ou étant établies dans les règlements administratifs, les règles des règlements administratifs et les règles du département. 	<ul style="list-style-type: none"> a) doit assister aux réunions de l'organisation du personnel médical et du département ou des départements auxquels il est nommé et en fournir la preuve au moment du renouvellement de ses privilèges; b) doit être admissible pour peut voter aux réunions de l'organisation du personnel médical et aux réunions des département(s) et comité(s) desquels dont il est membre, pour occuper un poste (sauf indication contraire) et pour être nommé à tout comité; c) peut siéger aux comités tel que demandé par le conseil, le PDG, le CMCL, le médecin-chef, le CMC ou le chef de son département; d) peut doit participer aux activités éducatives et cliniques du département; e) peut doit participer à la formation du personnel médical, d'autres membres du personnel de la RRS, des étudiants en médecine et des stagiaires en médecine clinique tel que déterminé par son chef de département; f) peut superviser de façon générale les membres du personnel associé conformément à la demande du chef de son département; g) doit maintenir un niveau satisfaisant de connaissances professionnelles en médecine, en médecine dentaire ou en chirurgie buccale et maxillo-faciale et de capacité dans son domaine d'exercice; h) doit bénéficier de privilèges en matière d'admission et de traitement, tel qu'il peut être établi et modifié à l'occasion par le conseil; i) doit aider la RRS à acquérir obtenir ou à conserver l'agrément; j) doit assumer ses responsabilités conformément aux règles des règlements administratifs y compris la permanence des services cliniques et le rôle d'enseignant. Le défaut de s'acquitter de ces responsabilités peut entraîner la perte des privilèges; k) doit assumer des fonctions et des responsabilités autres pouvant parfois lui être attribuées par le conseil, le PDG, le CMC, le CMCL, le chef de son département ou étant établies dans les règlements administratifs, les règles des règlements administratifs et les règles du département. l) est responsable de la prestation de soins médicaux de qualité.
Page 27; C.3.2.1	<p>Personnel médical associé Le personnel médical associé doit être constitué de médecins, de dentistes et de chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ayant exprimé vouloir être nommés au personnel médical actif. Cette nomination est considérée comme une période de probation devant durer au moins un (1) an, au cours de laquelle le rendement du médecin, dentiste ou chirurgien buccal et maxillo-facial et ses compétences cliniques seront évalués.</p>	<p>Personnel médical associé Le personnel médical associé doit être constitué de médecins, de dentistes et de chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ayant exprimé vouloir demandé à être nommés au personnel médical actif. Cette nomination est considérée comme une période de probation devant durer au moins d'un (1) an, au cours de laquelle le rendement du médecin, dentiste ou chirurgien buccal et maxillo-facial et ses compétences cliniques seront évalués.</p>

Section	Version octobre 2013	Version novembre 2019
	Deux (2) évaluations officielles doivent être effectuées et les rapports d'évaluation doivent être présentés au comité de vérification des titres ; la première évaluation doit avoir lieu au plus tard au bout de six (6) mois de service et la seconde à la fin de la période de douze (12) mois.	Deux (2) évaluations officielles doivent peuvent être effectuées et les rapports d'évaluation doivent être présentés soumis au comité de vérification des titres ; la première évaluation doit avoir lieu au plus tard au bout de six (6) mois de service et la seconde à la fin de la période de douze (12) mois. Si la première évaluation est défavorable, la période de probation peut être annulée conformément à l'article c.3.2.4, et ce, sans qu'une deuxième évaluation soit nécessaire.
Page 28; C.3.2.4	Après la période de probation, le comité d'examen des titres doit passer en revue les rapports d'évaluation et, après consultation avec le chef de département, recommander au conseil, par l'entremise du CMCL et du CMC : (a) que le membre du personnel médical associé soit promu membre du personnel médical actif; (b) qu'il reste membre du personnel médical associé pour une période supplémentaire n'excédant pas un (1) an; (c) que sa nomination soit annulée.	Après Durant la période de probation, le comité d'examen des titres doit passer en revue les rapports d'évaluation et, après consultation avec le chef de département, recommander au conseil, par l'entremise du CMCL et du CMC : (a) que le membre du personnel médical associé soit promu membre du personnel médical actif; (b) qu'il reste membre du personnel médical associé pour une période supplémentaire n'excédant pas un (1) an; (c) que sa nomination soit annulée et que ses privilèges soient révoqués; (d) qu'il soit suspendu en attente des résultats d'une évaluation.
Page 30; C.3.6	Assistant clinique Un assistant clinique est un médecin autorisé à exercer au Nouveau-Brunswick et nommé par le conseil pour une tâche précise, selon la recommandation du chef de département. Les demandes de privilèges doivent être effectuées par l'entremise du processus habituel. Les descriptions de postes seront élaborées pour chaque candidat par leur chef de département respectif et soumises au comité de vérification des titres avec la candidature. Un assistant clinique doit: a) assister aux réunions de l'organisation du personnel médical et aux réunions du ou des départements auxquels il est nommé, mais il ne peut voter qu'à la fin d'une période de probation de douze (12) mois et ne doit pas occuper de poste; b) siéger aux comités auxquels il est nommé par le conseil, le PDG, le CMC, le CMCL ou le chef de son département, mais il ne doit pas y jouer le rôle de président; c) participer aux activités éducatives et cliniques du service; d) maintenir un niveau satisfaisant de connaissances professionnelles en médecine ou en médecine dentaire et de capacité dans son domaine d'exercice; e) bénéficier de privilèges en matière d'admission et de traitement, tel qu'il peut être établi et modifié à l'occasion par le conseil; f) aider la RRS à acquérir ou à conserver l'agrément; g) assumer des fonctions et des responsabilités autres pouvant parfois lui être attribuées par le conseil, le PDG, le CMC, le CMCL, le chef de son département ou étant établies dans les règlements administratifs, les règles des règlements administratifs et les règles du département.	Assistant clinique Un assistant clinique est un médecin autorisé à exercer au Nouveau-Brunswick et nommé par le conseil pour une tâche précise, selon la recommandation du chef de département. Les demandes de privilèges doivent être effectuées par l'entremise du processus habituel. Les descriptions de postes seront élaborées pour chaque candidat par leur chef de département respectif et soumises au comité de vérification d'examen des titres avec la candidature. Un assistant clinique doit: a) assiste aux réunions de l'organisation du personnel médical et aux réunions du ou des départements auxquels il est nommé, mais il ne peut voter qu'à la fin d'une période de probation de douze (12) mois et ne doit pas peut occuper de poste; b) siège aux comités auxquels il est nommé par le conseil, le PDG, le CMC, le CMCL ou le chef de son département, mais il ne doit pas y jouer le rôle de président en assumer la présidence; c) participe aux activités éducatives et cliniques du service département ; d) maintient un niveau satisfaisant de connaissances professionnelles en médecine ou en médecine dentaire et de capacité dans son domaine d'exercice; e) bénéficie de privilèges en matière d'admission et de traitement, tel qu'il peut être établi et modifié à l'occasion par le conseil; f) aide la RRS à acquérir ou à conserver l'agrément; et g) assumer accomplit des d'autres fonctions et responsabilités autres pouvant parfois lui être attribuées par le conseil, le PDG, le CMC, le CMCL , le chef de son département ou étant établies dans les règlements administratifs, les règles des règlements administratifs et les règles du département. h) est responsable de la prestation de soins médicaux de qualité.

Section	Version octobre 2013	Version novembre 2019
Page 33; C.4.1	<p>Apprenants en médecine Un apprenant en médecine est un diplômé en médecine ayant une carte de stage du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ou un étudiant de premier cycle en médecine que le PDG inscrit dans un établissement hospitalier aux fins de formation à la demande d'une faculté de médecine canadienne. Les apprenants en médecine sont notamment des stagiaires du premier cycle et des cycles supérieurs. Ils ne doivent pas bénéficier du droit d'admission, mais ils peuvent traiter les patients sous la supervision du médecin traitant du patient. Ils peuvent assister aux réunions de département sur l'invitation du chef de département, mais ne peuvent pas voter, ni occuper un poste ou siéger à des comités. Les apprenants en médecine doivent être sous la direction et la discipline du chef du département auquel ils sont affectés, du doyen ou de son délégué et du PDG. Les mesures disciplinaires imposées aux apprenants en médecine le seront sous réserve des dispositions de l'entente entre la RRS et l'université.</p>	<p>Apprenants Résidents en médecine Un apprenant résident en médecine est un diplômé en médecine ayant une carte de stage du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ou un étudiant de premier cycle en médecine que le PDG inscrit dans un établissement hospitalier aux fins de formation à la demande d'une faculté de médecine canadienne. Les apprenants résidents en médecine sont notamment des stagiaires du premier cycle et des cycles supérieurs. Ils ne doivent pas bénéficier du droit d'admission, mais ils peuvent traiter les patients sous la supervision du médecin traitant du patient. Ils peuvent assister aux réunions de département sur l'invitation du chef de département, mais ne peuvent pas voter, ni occuper un poste ou siéger à des comités. Les apprenants résidents en médecine doivent être sont sous la direction et la discipline du chef du département auquel ils sont affectés, du doyen ou de son délégué et du PDG. Les mesures disciplinaires imposées aux apprenants résidents en médecine le seront sont sous réserve des dispositions de l'entente entre la RRS et l'université.</p>
Page 33; C.5.4.1	<p>Nouvelles nominations – Délivrance de titres et octroi de privilèges Le conseil peut nommer une personne au personnel médical après qu'une candidature à la nomination sur un formulaire établi par le conseil aura été soumise au PDG, que la candidature aura été examinée par le comité d'examen des titres du CMCL approprié et qu'une recommandation aura été reçue de la part du chef de département concerné, du comité d'examen des titres, du CMCL et du CMC.</p>	<p>Nouvelles nominations – Délivrance de titres et octroi de privilèges Le conseil peut nommer une personne au personnel médical après qu'une candidature à la nomination sur un au moyen du formulaire établi par le conseil aura été soumise au PDG, que la candidature aura été examinée par le comité d'examen des titres du CMCL approprié et qu'une recommandation aura été reçue de la part du chef de département concerné, du comité d'examen des titres, du CMCL et du CMC. Le PDG peut accepter ou refuser une demande de nomination et sa décision est finale.</p>
Page 33; C.5.4.2	<p>Le formulaire de demande du conseil doit inclure, sans toutefois s'y limiter, la reconnaissance que le candidat accepte d'effectuer des tâches de service de garde, de couverture en salle d'urgence et d'assistance chirurgicale telle que déterminé par le chef de son département.</p>	<p>Le formulaire de demande du conseil doit inclure, sans toutefois s'y limiter, la reconnaissance que le candidat accepte d'effectuer des tâches de service de garde, de couverture en salle d'urgence et d'assistance chirurgicale telle que déterminé par le chef de son département.</p>
Page 33; C.5.4.3	<p>Tous les médecins, dentistes et chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux nommés au personnel médical doivent accepter par écrit l'énoncé de mission et de philosophie de la RRS et doivent accepter par écrit de se conformer à la <i>Loi sur les régies régionales de la santé</i> et à ses règlements, aux règlements administratifs, aux règles des règlements administratifs, aux règles du département et aux politiques de la RRS. Ils doivent aussi accepter de fournir une décharge écrite autorisant la RRS à obtenir d'autres renseignements que pourrait exiger le conseil, de temps à autre, relativement à la compétence, la capacité et la conduite.</p>	<p>Tous les médecins, dentistes et chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux nommés au personnel médical doivent accepter par écrit l'énoncé de mission et de philosophie de la RRS et doivent accepter par écrit de se conformer à la <i>Loi sur les régies régionales de la santé</i> et à ses règlements, aux règlements administratifs, aux règles des règlements administratifs, aux règles du département et aux politiques de la RRS. Le défaut de s'y conformer peut se traduire par la perte de privilèges. Ils doivent aussi accepter de fournir une décharge écrite autorisant la RRS à obtenir d'autres renseignements que pourrait exiger le conseil, de temps à autre, relativement à la compétence, la capacité et la conduite.</p>
Page 34; C.5.5.1	<p>Processus – Nouvelles nominations et privilèges additionnels Toutes les candidatures pour de nouvelles nominations au personnel médical ou pour l'obtention de privilèges supplémentaires doivent être soumises au PDG. Le PDG ne doit pas transmettre une candidature au CMCL (qui la fera parvenir au comité d'examen des titres pertinent aux fins de considération), à moins qu'il n'ait d'abord établi, après avoir consulté le chef du département concerné, qu'un poste au sein du personnel médical correspondant au poste pour lequel la candidature a été effectuée est vacant ou qu'il est nécessaire d'accorder des privilèges supplémentaires.</p>	<p>Processus – Nouvelles nominations et privilèges additionnels Toutes les candidatures pour de nouvelles nominations au personnel médical ou pour l'obtention de privilèges supplémentaires doivent être soumises au PDG. Le PDG ne doit pas transmettre une candidature au CMCL (qui la fera parvenir au comité d'examen des titres pertinent aux fins de considération), à moins qu'il n'ait d'abord établi, après avoir consulté le chef du département concerné, qu'un poste au sein du personnel médical correspondant au poste pour lequel la candidature a été effectuée est vacant ou qu'il est nécessaire d'accorder des privilèges supplémentaires. La décision du PDG est finale.</p>

Section	Version octobre 2013	Version novembre 2019
Page 34; C.5.6.1	<p>Processus – Renominations Tous les médecins, les dentistes et les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux doivent soumettre leur candidature au PDG pour une renomination au personnel médical sur une base biennale. L'année où la nomination se termine, la candidature doit être soumise avant la date fixée par le conseil, sur un formulaire prévu par le conseil.</p> <p>Le formulaire doit inclure, sans toutefois s'y limiter, la reconnaissance que le candidat accepte d'effectuer des tâches de service de garde, de couverture en salle d'urgence et d'assistance chirurgicale telle que déterminé par le chef de son département.</p>	<p>Processus – Renominations Tous les médecins, les dentistes et les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux doivent soumettre leur candidature au PDG pour une renomination au personnel médical sur une base biennale. L'année où la nomination se termine, la candidature doit être soumise avant la date fixée par le conseil, sur un formulaire prévu par le conseil.</p> <p>Le formulaire doit inclure, sans toutefois s'y limiter, la reconnaissance que le candidat accepte d'effectuer des tâches de participer de au service de garde du département, au service de garde à de couverture en salle d'urgence et au service d'assistance chirurgicale telle que déterminé établi par le chef de son département et de respecter les règlements administratifs et les règles des règlements administratifs.</p>
Page 36; C.5.8.3	<p>Refus, réduction ou suspension des privilèges La recommandation doit spécifier les raisons justifiant le refus d'octroyer les privilèges revendiqués ou de suspendre les privilèges.</p>	<p>Refus, réduction ou suspension des privilèges La recommandation doit préciser les raisons justifiant le refus d'octroyer les privilèges demandés ou de suspendre les privilèges et être transmise au conseil, qui prend la décision finale. Le membre et la RRS ont le droit de demander à être entendu par le Conseil, mais n'ont pas droit à une audience.</p>
Page 36; C.5.8.4	<p>Dans les quatorze (14) jours suivant la réception de l'avis de recommandation prévu à l'article C.5.8.3, le membre du personnel médical concerné ou le PDG peuvent présenter une demande auprès du médecin-chef pour nommer une commission d'examen qui sera constituée conformément à l'article C.11, et la commission d'examen devra suivre les démarches prévues aux articles C.12 et C.13. Le processus d'examen final par le CMC et le conseil sera entrepris conformément à la procédure prévue à l'article C.14.</p>	<p>Dans les quatorze (14) jours suivant la réception de l'avis de recommandation prévu à l'article C.5.8.3, le membre du personnel médical concerné ou le PDG peuvent présenter une demande auprès du médecin-chef pour nommer une commission d'examen qui sera constituée conformément à l'article C.11, et la commission d'examen devra suivre les démarches prévues aux articles C.12 et C.13. Le processus d'examen final par le CMC et le conseil sera entrepris conformément à la procédure prévue à l'article C.14.</p>
Page 36; C.5.9	<p>Privilèges temporaires Après consultation avec le médecin-chef ou le directeur médical concerné et le chef de département concerné, le PDG peut accorder des privilèges temporaires pour une durée ne dépassant pas douze (12) semaines consécutives et dans un but précis à un médecin, à un dentiste ou à un chirurgien buccal et maxillo-facial qui n'est pas membre du personnel médical. Dans l'exercice de ces privilèges, le bénéficiaire devra rester sous la supervision générale du chef de département concerné. Le comité exécutif du conseil peut approuver la prolongation des privilèges temporaires pour une autre période de douze (12) semaines. Le conseil doit être mis au courant de l'octroi de privilèges temporaires. L'octroi de privilèges temporaires n'accorde pas l'adhésion au personnel médical.</p>	<p>Privilèges temporaires Après consultation avec le médecin-chef ou le directeur médical concerné le vice-président responsable des Services médicaux et le chef de département concerné, le PDG peut accorder des privilèges temporaires pour une durée ne dépassant pas douze (12) semaines consécutives six (6) mois et dans un but précis à un médecin, à un dentiste ou à un chirurgien buccal et maxillo-facial qui n'est pas membre du personnel médical. Dans l'exercice de ces privilèges, le bénéficiaire médecin devra rester sous la supervision générale du chef de département concerné. Le comité exécutif du conseil peut approuver la prolongation des privilèges temporaires pour une autre période de douze (12) semaines. Le conseil doit être mis au courant de l'octroi de privilèges temporaires. L'octroi de privilèges temporaires n'accorde pas l'adhésion au personnel médical.</p>
Page 37; C.5.12		<p>Départ, retraite ou fin de contrat Dans le cas du départ, du départ à la retraite ou de la fin du contrat d'un membre du personnel médical, ses privilèges sont annulés.</p>

Section	Version octobre 2013	Version novembre 2019
Page 38; C.7.0.1	<p>Conduite passible de mesures disciplinaires Une conduite passible de mesures disciplinaires comprend notamment les gestes, les omissions, les énoncés, les comportements et la conduite professionnelle ou personnelle qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) exposent ou sont raisonnablement susceptibles d'exposer les patients ou le personnel à des dangers ou à des blessures; (b) nuisent ou sont raisonnablement susceptibles de nuire aux patients ou au personnel ou à la prestation de soins de qualité aux patients au sein de la RRS; (c) constituent ou sont raisonnablement susceptibles de constituer de l'abus; (d) entraînent l'imposition de sanctions par un collège; (e) sont contraires aux règlements administratifs, aux règles des règlements administratifs, aux règles du département et aux politiques et procédures de la RRS, ou à toute loi ou exigence législative pertinente et applicable; 	<p>Conduite passible de mesures disciplinaires Une conduite passible de mesures disciplinaires comprend notamment les gestes, les omissions, les énoncés, les comportements et la conduite professionnelle ou personnelle qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) exposent ou sont raisonnablement susceptibles d'exposer les patients ou le personnel à des dangers ou à des blessures; (b) nuisent ou sont raisonnablement susceptibles de nuire aux patients ou au personnel ou à la prestation de soins de qualité aux patients au sein de la RRS; (c) constituent ou sont raisonnablement susceptibles de constituer de l'abus; (d) entraînent l'imposition de sanctions par un collège; (e) sont contraires aux règlements administratifs, aux règles des règlements administratifs, aux règles du département et aux politiques et procédures de la RRS, ou à toute loi ou exigence législative pertinente et applicable; f) ne respectent pas les dispositions du contrat de travail.
Page 39; C.8.0.1 C.8.0.2 C.8.0.3 C.8.0.4 C.8.0.5 C.8.0.6 C.8.0.7 C.8.0.8	<p>Plainte contre un membre du personnel médical</p> <p>C.8.0.1 Toute plainte contre un membre du personnel médical relativement à toute question prévue à l'article C.7 ou toute autre plainte doit être déposée auprès du chef de département ou du médecin-chef ou lui être acheminée.</p> <p>C.8.0.2 Le chef de département et le médecin-chef doivent se tenir informés et peuvent informer le PDG si l'un ou l'autre reçoit une plainte contre un membre relativement à une affaire exposée à l'article C.7 ou toute autre plainte, ou s'ils sont au courant d'une affaire exposée à l'article C.7.</p> <p>C.8.0.3 Dès que le médecin-chef reçoit une plainte ou lorsqu'il est mis au courant d'une affaire prévue à l'article C.7, il doit mettre sur pied un comité d'enquête en vertu de l'article C.10 si, d'après lui et après avoir consulté le chef de département, la sécurité du patient est en cause.</p> <p>C.8.0.4 Le membre du personnel médical doit être informé de la nature de toute plainte et avoir la possibilité de répondre.</p> <p>C.8.0.5 Dès que le médecin-chef reçoit une plainte ou lorsqu'il est mis au courant d'une affaire prévue à l'article C.7, il peut mettre en place les étapes initiales pour régler l'affaire avant d'entreprendre les procédures disciplinaires officielles prévues aux présentes.</p> <p>C.8.0.6 Si le médecin-chef n'est pas en mesure de régler l'affaire dans les trente (30) jours après avoir reçu la plainte ou après avoir été mis au courant de toute affaire prévue à l'article C.7, il peut, après avoir consulté le chef de département, renvoyer l'affaire à un processus alternatif de règlement des différends en vertu de l'article C.9 ou à un comité d'enquête en vertu de l'article C.10.</p>	<p>Plainte contre un membre du personnel médical</p> <p>C.8.0.1 Toute plainte contre un membre du personnel médical relativement à toute question prévue à l'article C.7 ou toute autre plainte doit être déposée auprès du chef de département ou du médecin-chef ou lui être acheminée.</p> <p>C.8.0.2 Le chef de département et le médecin-chef doivent se tenir informés et doivent informer le PDG et le vice-président responsable des services médicaux si l'un ou l'autre reçoit une plainte contre un membre relativement à une affaire exposée à l'article C.7 ou toute autre plainte, ou s'ils sont au courant d'une affaire exposée à l'article C.7.</p> <p>C.8.0.3 Dès que le médecin-chef reçoit une plainte ou lorsqu'il est mis au courant d'une affaire prévue à l'article C.7, il peut mettre en place les étapes initiales pour régler l'affaire avant d'entreprendre les procédures disciplinaires officielles prévues aux présentes et le membre du personnel médical doit être informé de la nature de toute plainte et avoir la possibilité de répondre.</p> <p>C.8.0.4 Si l'affaire n'est pas en mesure de se régler dans les soixante (60) jours ouvrables après la réception de la plainte ou après avoir été mis au courant de toute affaire prévue à l'article C.7, le médecin-chef peut, après avoir consulté le chef de département et avec le consentement du membre du personnel médical, renvoyer l'affaire à un processus alternatif de règlement des différends et s'il n'y a pas de consentement à une audience formelle.</p> <p>C.8.0.5 Si la plainte contre le membre du personnel médical concerne la violation d'une politique de la RRS, notamment la politique sur le harcèlement en milieu de travail et la politique sur la protection de la vie privée, elle doit être examinée conformément au mécanisme établi dans la politique.</p>

Section	Version octobre 2013	Version novembre 2019
		<p>8.0.6 Si le mécanisme prévu dans la politique en cause ne permet pas de résoudre la plainte, le PDG doit soumettre l'affaire au médecin-chef, qui suivra les procédures de mesures disciplinaires prévues aux règlements.</p> <p>C.8.0.7 Tous les documents résultant du mécanisme d'examen et d'enquête prévu à la politique, de même que les recommandations, le cas échéant, devront être remis à l'audience (panel).</p> <p>C.8.0.8 Un membre du personnel médical doit agir de bonne foi dans les efforts de résolution d'une plainte et ne devrait pas refuser de rencontrer le chef du département ou le médecin-chef, le cas échéant.</p> <p>C.8.0.9 Si le médecin-chef est informé, soit par des médecins, des membres du personnel ou des patients, de préoccupations concernant un membre du personnel médical, il peut, avec l'approbation du PDG, entreprendre une revue indépendante de la pratique du membre, même en l'absence de plainte formelle. Le membre doit être informé de la revue et est invité à collaborer avec la personne chargée de la revue. La personne chargée de la revue est nommée par le médecin-chef avec l'approbation du PDG.</p>
<p>Page 40; C.9.0.1 C.9.0.2</p>	<p>C.9.0 Processus alternatif de règlement des différends</p> <p>C.9.0.1 Le processus alternatif de règlement des différends adopté en vertu de l'article C.8.0.6 est une tentative pour obtenir par médiation le règlement de tout différend avec le consentement mutuel des parties et, aux termes de l'article C.9.0.2, il doit être mené sans porter atteinte aux parties dans les soixante (60) jours suivant la nomination du médiateur.</p> <p>C.9.0.2 Pour le processus alternatif de règlement des différends, le médecin-chef doit nommer un médiateur qui convient aux parties.</p>	<p>C.9.0 Processus alternatif de règlement des différends</p> <p>C.9.0.1 Le processus alternatif de règlement des différends adopté en vertu de l'article C.8.0.6 C.8.0.4 est une tentative pour obtenir par médiation le règlement de tout différend avec le consentement mutuel des parties et, aux termes de l'article C.9.0.2, il doit être mené sans porter atteinte aux parties dans les soixante (60) jours ouvrables suivant la nomination du médiateur.</p> <p>C.9.0.2 Pour le processus alternatif de règlement des différends, le médecin-chef doit nommer un médiateur qui convient aux parties.</p>
<p>Page 40; C.9.0.3 C.9.0.4 C.9.0.5</p>	<p>C.9.0.3 Toutes les communications et les discussions au cours du processus alternatif de règlement des différends sont privilégiées et ne doivent pas être divulguées dans le cadre des procédures disciplinaires subséquentes, le cas échéant.</p> <p>Si l'affaire est résolue par l'entremise du processus alternatif de règlement des différends:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) l'affaire et le règlement proposé doivent être rapportés au médecin-chef aux fins d'étude; (b) si le règlement proposé n'est pas approuvé par le médecin-chef après consultation avec le chef de département, la plainte sera renvoyée au comité d'enquête en vertu de l'article C.10. <p>C.9.0.4 Si l'affaire n'est pas réglée, ou si selon l'opinion du médiateur l'affaire ne peut être réglée par l'entremise du processus alternatif de règlement des différends, la plainte doit être confiée à un comité d'enquête en vertu de l'article C.10.</p>	<p>C.9.0.3 Toutes les communications et les discussions au cours du processus alternatif de règlement des différends sont privilégiées confidentielles et ne doivent pas être divulguées dans le cadre de procédures disciplinaires subséquentes, le cas échéant.</p> <p>Si l'affaire est résolue par l'entremise du processus alternatif de règlement des différends :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) l'affaire et le règlement proposé doivent être rapportés au médecin-chef aux fins d'étude; (b) si le règlement proposé n'est pas approuvé par le médecin-chef après consultation avec le chef de département, la plainte sera renvoyée au comité d'enquête conformément à l'article C.10.0. <p>C.9.0.4 Si l'affaire n'est pas réglée ou si, selon l'opinion du médiateur, l'affaire ne peut être réglée par l'entremise du processus alternatif de règlement des différends, la plainte doit être confiée envoyée au comité d'enquête en vertu de l'article C.10.</p>

Section	Version octobre 2013	Version novembre 2019
	<p>C.9.0.5 Si le règlement proposé à la suite du processus alternatif de règlement des différends suppose la modification ou le retrait des privilèges du membre, la procédure suivante doit être appliquée:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) le règlement proposé doit être présenté au PDG; (b) si le PDG est d'accord avec le règlement proposé et la modification des privilèges, il doit soumettre le règlement au CMC; (c) si le PDG n'est pas d'accord avec le règlement proposé et les modifications proposées aux privilèges, il doit soumettre l'affaire au médecin-chef qui créera un comité d'enquête en vertu de l'article C.10; (d) si le CMC est d'accord avec le règlement proposé, le PDG doit soumettre l'affaire au conseil de la RRS pour approbation finale; (e) si le conseil approuve le règlement proposé et les modifications proposées aux privilèges, il doit soumettre l'affaire au médecin-chef qui procédera à l'adoption du règlement et des modifications; (f) si le CMC n'est pas d'accord avec le règlement proposé et les modifications proposées aux privilèges, il doit soumettre l'affaire au médecin-chef qui créera un comité d'enquête en vertu de l'article C.10. 	<p>C.9.0.5 Si le règlement proposé à la suite du processus alternatif de règlement des différends suppose la modification ou le retrait des privilèges du membre, la procédure suivante doit être appliquée :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) le règlement proposé doit être présenté au PDG; (b) si le PDG est d'accord avec le règlement proposé et la modification des privilèges, il doit soumettre le règlement au CMC au conseil pour qu'il rende une décision finale; (c) si le PDG n'est pas d'accord avec le règlement proposé et les modifications proposées aux privilèges, il doit soumettre l'affaire au médecin-chef pour examen par un comité d'enquête comme prévu à l'article 10.0; (d) si le CMC est d'accord avec le règlement proposé, le PDG doit soumettre l'affaire au Conseil de la RRS pour décision finale; (e) si le Conseil approuve le règlement proposé et les modifications proposées aux privilèges, il doit soumettre l'affaire au médecin-chef, qui procédera à l'adoption du règlement et des modifications; (f) si le CMC n'est pas d'accord avec le règlement proposé et les modifications proposées aux privilèges, il doit soumettre l'affaire au médecin-chef pour audience.
<p>Page 41; C.10.0.1</p>	<p>Comité d'enquête</p> <p>C.10.0.1 Dans les vingt et un (21) jours suivant le processus alternatif de règlement des différends, si l'affaire n'est pas réglée ou dès qu'elle est soumise par le PDG, le CMC ou le médecin-chef, le médecin-chef doit former un comité <i>ad hoc</i> (Comité d'enquête), composé de trois (3) personnes comme suit, et aviser le membre en conséquence:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) un (1) chef de département, autre que le chef de département du membre ou du plaignant, ou, avec la permission du médecin-chef, son remplaçant désigné, qui agira à titre de président du Comité d'enquête; 	<p>Comité d'enquête</p> <p>Le comité d'enquête est nommé par le médecin-chef ou son représentant désigné dans les trente (30) jours suivant la demande d'audience. À la discrétion du médecin-chef ou de son remplaçant désigné, le comité d'enquête peut être formé de trois (3) ou de cinq (5) membres.</p> <p>Le médecin-chef ou son remplaçant désigné nomme un membre qui présidera le comité d'enquête.</p> <p>Un comité d'enquête de trois (3) membres comportera trois (3) membres du personnel médical qui n'auront pas participé au processus alternatif de règlement des différends et la majorité des membres du comité d'enquête devront provenir des zones de santé autres que la zone principale dans laquelle le membre qui fait l'objet de l'enquête exerce la médecine.</p>

Section	Version octobre 2013	Version novembre 2019
	<p>(b) un (1) médecin nommé par le président de l'organisation du personnel médical ou son délégué. Dans l'éventualité où le président de l'organisation du personnel médical omettrait ou ne serait pas en mesure de procéder à cette nomination, le médecin-chef peut le faire;</p> <p>(c) un médecin qui a été membre du personnel médical actif durant au moins dix (10) ans et qui est nommé par le médecin-chef.</p> <p>C.10.0.2 Aucun des membres du Comité d'enquête ne doit être un membre actuel du CMC ou avoir participé au processus alternatif de règlement des différends.</p> <p>C.10.0.3 Le Comité d'enquête doit entreprendre des enquêtes pertinentes concernant la plainte, consulter le membre, le plaignant et toute autre personne, au besoin, y compris des conseillers externes, mais ne doit pas tenir une audience formelle.</p> <p>C.10.0.4 Chaque fois que le Comité d'enquête demande au membre d'avoir un entretien avec lui, ce dernier peut être accompagné d'un avocat ou d'un mandataire.</p> <p>C.10.0.5 Le président du Comité d'enquête doit déterminer toutes les questions de procédure.</p> <p>C.10.0.6 Le Comité d'enquête doit préparer un rapport faisant état de ses recommandations, qui doit être acheminé au membre, au médecin-chef et au PDG dans les trente (30) jours suivant la création du Comité d'enquête. Le rapport:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) doit déterminer si l'affaire justifie que des mesures supplémentaires soient prises; (b) peut fournir des recommandations en réponse à la plainte; (c) peut recommander le renvoi de la plainte à la Commission d'examen en vertu de l'article C.11. <p>C.10.0.7 Dès la réception du rapport du Comité d'enquête, le médecin-chef peut examiner le rapport avec le membre.</p> <p>C.10.0.8 Dans les dix (10) jours suivant la réception du rapport et des recommandations du Comité d'enquête, le membre, le PDG ou le médecin-chef peuvent, s'ils ne sont pas satisfaits des conclusions ou des recommandations, renvoyer l'affaire à une Commission d'examen aux termes de l'article C.11.</p> <p>C.10.0.9 Si les recommandations du Comité d'enquête supposent la modification des privilèges du membre et qu'il n'y a pas d'appel comme le prévoit l'article C.10.0.8, la procédure suivante doit s'appliquer:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) si le PDG est d'accord avec les recommandations et la modification des privilèges, il doit soumettre le rapport et les recommandations au CMC; (b) si le CMC est d'accord avec les conclusions et les recommandations du rapport, le PDG doit soumettre l'affaire au conseil de la RRS; (c) si le conseil est d'accord avec les conclusions et les recommandations du rapport, il doit renvoyer l'affaire au médecin-chef qui mettra en œuvre les recommandations; (d) si le PDG n'est pas d'accord avec les conclusions et les recommandations du rapport, il doit soumettre l'affaire à la Commission d'examen en vertu de l'article C.11; 	<p>Un comité d'enquête de cinq (5) membres comportera quatre (4) membres du personnel médical dont au moins trois (3) du Réseau de santé Horizon et un de la RRS qui peut être un employé non médecin. Aucun membre du comité d'enquête ne doit avoir participé au processus alternatif de règlement des différends. La majorité des membres du comité d'enquête doit provenir des zones de santé autres que la zone principale dans laquelle le membre qui fait l'objet de l'enquête exerce la médecine.</p>

Section	Version octobre 2013	Version novembre 2019
	<p>(e) si le CMC n'est pas d'accord avec les conclusions et les recommandations du rapport et les modifications proposées aux privilèges, il doit porter l'affaire devant la Commission d'examen en vertu de l'article C.11.</p> <p>C.10.0.10 Si, à la suite de l'expiration du délai de dix (10) jours suivant la réception du rapport du Comité d'enquête, l'affaire n'a pas été acheminée à la Commission d'examen et les recommandations n'impliquent pas la modification des privilèges du membre, le médecin-chef doit prendre les mesures nécessaires à la mise en œuvre des recommandations du rapport.</p>	
<p>Page 41; C.11.0</p>	<p>C.11.0 Commission d'examen</p> <p>C.11.0.1. La Commission d'examen doit être un sous-comité ad hoc du CMC, qui comptera trois (3) membres du CMC, dont l'un sera un remplaçant désigné du médecin-chef qui présidera la Commission d'examen.</p> <p>C.11.0.2 Les membres de la Commission d'examen doivent être nommés par le médecin-chef ou son remplaçant désigné dans les dix (10) jours suivant la soumission du rapport par le membre, le médecin-chef, le Comité d'enquête, le CMC ou le PDG. Aucun membre de la Commission d'examen ne doit avoir siégé au Comité d'enquête ou avoir participé au processus alternatif de règlement des différends. La majorité des membres de la Commission d'examen doivent provenir de zones de santé autre que la zone principale dans laquelle le membre, qui fait l'objet de l'enquête, exerce la médecine.</p>	<p>C.11.0 Commission d'examen</p> <p>C.11.0.1. La Commission d'examen doit être un sous-comité ad hoc du CMC, qui comptera trois (3) membres du CMC, dont l'un sera un remplaçant désigné du médecin-chef qui présidera la Commission d'examen.</p> <p>C.11.0.2 Les membres de la Commission d'examen doivent être nommés par le médecin-chef ou son remplaçant désigné dans les dix (10) jours suivant la soumission du rapport par le membre, le médecin-chef, le Comité d'enquête, le CMC ou le PDG. Aucun membre de la Commission d'examen ne doit avoir siégé au Comité d'enquête ou avoir participé au processus alternatif de règlement des différends. La majorité des membres de la Commission d'examen doivent provenir de zones de santé autre que la zone principale dans laquelle le membre, qui fait l'objet de l'enquête, exerce la médecine.</p>
<p>Page 41; C.12.0</p>	<p>C.12.0 Processus d'examen</p> <p>C.12.0.1 Dès qu'une affaire est acheminée aux termes de l'article C.5.8.4, C.9 ou C.10 ou qu'un appel est déposé aux termes de l'article C.10, la Commission d'examen doit déterminer la date, l'heure et le lieu de l'audience formelle qui devra avoir lieu dans les quarante-cinq (45) jours suivant la réception, par le comité d'examen, que l'affaire est acheminée ou qu'un appel est déposé.</p> <p>C.12.0.2 La Commission d'examen doit étudier le rapport et les recommandations du Comité d'enquête, s'il y a lieu, ainsi que tout autre document qu'elle juge pertinent. La Commission d'examen peut engager des consultants externes.</p> <p>C.12.0.3 Le membre doit être avisé de la tenue de l'audience formelle quinze (15) jours à l'avance ainsi que de la date, de l'heure et du lieu de l'audience et se voir remettre une liste ou des copies de tous les documents qui sont alors en possession de la Commission d'examen et qu'elle a l'intention de consulter lors de l'audience formelle.</p> <p>C.12.0.4 Lors de l'audience formelle, la Commission d'examen doit suivre les procédures stipulées à l'article C.13. En ce qui concerne les cas pour lesquels aucune disposition n'est prévue dans cet article, la Commission d'examen doit adopter les règles de procédure qu'elle considère propices à un règlement juste et rapide des différends.</p>	<p>C.11.0 Processus d'audience</p> <p>C.11.0.1 Dès qu'une affaire est envoyée à un comité d'enquête aux termes de l'article C.8 ou C.9, le comité d'enquête doit déterminer la date, l'heure et le lieu de l'audience, qui devra avoir lieu dans les soixante (60) jours suivant la réception de l'affaire par le comité.</p> <p>C.11.0.2 Le comité d'examen doit étudier tout document qu'il juge pertinent. Le comité d'examen peut engager des consultants externes, y compris un conseiller juridique.</p> <p>C.11.0.3 Le membre doit être avisé de la tenue de l'audience trente (30) jours à l'avance ainsi que de la date, de l'heure et du lieu de l'audience, et recevoir une liste ou des copies de tous les documents qui sont alors en possession du comité et qu'il a l'intention de consulter lors de l'audience.</p> <p>C.11.0.4 Lors de l'audience, le comité d'enquête doit suivre les procédures stipulées à l'article C.12. En ce qui concerne les cas pour lesquels aucune disposition n'est prévue dans cet article, le comité d'enquête doit adopter les règles de procédure qu'il considère propices à un règlement juste et rapide des différends.</p> <p>C.11.0.5 Dans les trente (30) jours suivant la fin de l'audience, le comité d'enquête doit préparer un rapport écrit contenant ses conclusions ainsi que ses recommandations et les motifs y afférents et présenter son rapport au membre, au médecin-chef et au PDG.</p>

Section	Version octobre 2013	Version novembre 2019
	<p>C.12.0.5 Dans les dix (10) jours suivant la fin de l'audience formelle, la Commission d'examen doit préparer un rapport écrit contenant ses conclusions ainsi que ses recommandations et les motifs y afférents et présenter son rapport au membre, au médecin-chef et au PDG.</p> <p>C.12.0.6 Si la décision et les recommandations de la Commission d'examen ne comprennent pas la modification des privilèges du membre, la décision est finale et exécutoire et le médecin-chef doit prendre les mesures nécessaires à la mise en œuvre des recommandations de la Commission d'examen.</p> <p>C.12.0.7 Si la décision et les recommandations mises de l'avant par la Commission d'examen impliquent la modification des privilèges du membre, le médecin-chef doit en aviser le CMC.</p>	<p>C.11.0.6 Si la décision et les recommandations du comité ne comprennent pas la modification des privilèges du membre, la décision est finale et exécutoire, et le médecin-chef doit prendre les mesures nécessaires à la mise en œuvre des recommandations du comité d'enquête.</p> <p>C.11.0.7 Si la décision et les recommandations du comité d'enquête comprennent la modification des privilèges du membre, le médecin-chef doit soumettre le rapport au PDG et au conseil pour recommandation.</p>
Page 42; C.13.0	<p>C.13.0 Procédure à suivre lors des audiences formelles de la Commission d'examen</p> <p>La procédure à suivre lors d'une audience formelle de la Commission d'examen comporte les éléments suivants:</p> <p>(a) le membre concerné peut comparaître à l'audience formelle et peut être représenté par un avocat ou un mandataire;</p> <p>(b) la RRS peut être une partie à l'audience formelle, être représentée par un avocat et présenter des éléments de preuve;</p> <p>(c) la Commission d'examen peut procéder à l'audience formelle en l'absence du membre concerné, de son avocat ou de son mandataire, à condition qu'un avis de la tenue de l'audience formelle ait été remis au membre comme l'exigent les dispositions des présents règlements administratifs;</p> <p>(d) la Commission d'examen peut ajourner l'audience formelle en tout temps et, le cas échéant, doit fixer la date, l'heure et le lieu de la reprise de l'audience formelle et doit envoyer au membre, s'il est absent au moment de l'ajournement, un avis écrit comportant ces renseignements;</p> <p>(e) l'audience formelle doit se dérouler à huis clos;</p> <p>(f) aucune preuve n'est admissible devant la Commission d'examen à moins que, au moins sept (7) jours avant l'audience formelle, le membre ou la RRS:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. dans le cas de preuves documentaires écrites, n'ait eu la possibilité d'examiner les éléments de preuve; ii. dans le cas de preuves produites par un expert, n'ait obtenu une copie du rapport d'expert écrit ou, s'il n'y a aucun rapport écrit, un résumé écrit des éléments de preuve; iii. dans le cas de preuves produites par un témoin, n'ait été mis au courant de l'identité du témoin ainsi que d'un résumé de la preuve du témoin; 	<p>C.12.0 Procédure à suivre lors des audiences</p> <p>La procédure à suivre pendant les audiences est comme suit :</p> <p>(a) le membre concerné en cause peut comparaître se présenter à l'audience et être représenté par un avocat ou un mandataire et présenter des éléments de preuve;</p> <p>(b) la RRS peut être une partie à l'audience, être représentée par un avocat ou un mandataire et présenter des éléments de preuve;</p> <p>(c) la Commission d'examen le comité d'enquête peut procéder à l'audience en l'absence du membre concerné en cause, de son avocat ou de son mandataire, à condition qu'un avis de la tenue de l'audience ait été remis au membre comme l'exigent les dispositions des présents règlements administratifs;</p> <p>(d) la Commission d'examen le comité d'enquête peut ajourner l'audience en tout temps et, le cas échéant, doit fixer la date, l'heure et le lieu de la reprise de l'audience, et doit envoyer au membre, s'il est absent au moment de l'ajournement, un avis écrit comportant ces renseignements;</p> <p>(e) l'audience doit se dérouler à huis clos;</p> <p>(f) aucune preuve n'est admissible devant Commission d'examen le comité, à moins qu'au moins sept (7) jours avant l'audience, le membre ou la RRS :</p> <ol style="list-style-type: none"> (i.) dans le cas de preuves documentaires écrites, n'ait eu la possibilité d'examiner les éléments de preuve; (ii.) dans le cas de preuves produites par un expert, n'ait obtenu une copie du rapport d'expert écrit ou, s'il n'y a aucun rapport écrit, un résumé écrit des éléments de preuve; (iii.) dans le cas de preuves produites par un témoin, n'ait été mis au courant de l'identité du témoin ainsi que d'un résumé de la preuve du témoin;

Section	Version octobre 2013	Version novembre 2019
	<p>(g) nonobstant l'article C.13(f), la Commission d'examen peut, à sa discrétion, permettre la présentation d'éléments de preuve qui seraient autrement inadmissibles en vertu de l'article C.13(f) et donner les orientations qu'elle jugera nécessaires pour veiller à ce que le membre ou la RRS ait la possibilité de répondre;</p> <p>(h) toutes les actions de la Commission d'examen doivent être décidées par le vote d'une majorité des membres présents;</p> <p>(i) aucun membre de la Commission d'examen ne doit prendre part à une décision à la suite d'une audience formelle de la Commission d'examen, à moins qu'il n'ait été présent durant toute l'audience formelle.</p>	<p>(g) nonobstant l'article C.12(f), la Commission d'examen le comité d'enquête peut, à sa discrétion, permettre la présentation d'éléments de preuve qui seraient autrement inadmissibles en vertu de l'article C.12</p> <p>(h) et donner les orientations qu'elle jugera nécessaires pour veiller à ce que le membre ou la RRS ait la possibilité de répondre;</p> <p>(i) toutes les actions la Commission d'examen du comité doivent être décidées par le vote d'une à la majorité des voix des membres présents;</p> <p>(j) aucun membre de la Commission d'examen du comité ne doit prendre part à une décision à la suite d'une audience, à moins qu'il n'ait été présent durant toute l'audience.</p>
Page 43; C.14.0	<p>C.14.0 Processus d'examen du Comité médical consultatif et du Conseil d'administration</p> <p>C.14.0.1. Dans un délai de dix (10) jours suivant la réception d'un avis du médecin-chef aux termes de l'article C.12.0.7, le CMC doit fixer une date et une heure pour l'étude du rapport et des recommandations de la Commission d'examen et en aviser le membre.</p> <p>C.14.0.2 Dans un délai de dix (10) jours suivant la réception de l'avis du CMC aux termes de l'article C.14.0.1, le membre et la RRS peuvent demander à se présenter devant le CMC, mais ils n'ont pas droit à une audience formelle.</p> <p>C.14.0.3 Si le membre décide de se présenter devant le CMC aux termes de l'article C.14.0.1, il pourra être accompagné d'un avocat ou d'un mandataire.</p> <p>C.14.0.4 Le CMC peut procéder à l'étude du rapport et des recommandations de la Commission d'examen en l'absence du membre ou de la RRS si ces derniers ont été informés de la date et de l'heure de la rencontre.</p> <p>C.14.0.5 Après avoir examiné le rapport et les recommandations de la Commission d'examen, le CMC doit faire parvenir ces documents au conseil, ainsi que ses recommandations, et, en même temps, donner ses recommandations au membre.</p> <p>C.14.0.6 Dès que le conseil reçoit les recommandations du CMC, il peut fixer une date et une heure pour l'étude du rapport et des recommandations de la Commission d'examen et des recommandations du CMC et doit en aviser le membre.</p> <p>C.14.0.7 Dans un délai de dix (10) jours suivant la réception de l'avis du conseil aux termes de l'article C.14.6, le membre et la RRS peuvent demander à se présenter devant le conseil, mais ils n'ont pas droit à une audience formelle.</p> <p>C.14.0.8. Si le membre décide de se présenter devant le conseil en vertu de l'article C.14.6, il pourra être accompagné d'un avocat ou d'un mandataire.</p> <p>C.14.0.9. Le conseil peut procéder à l'étude du rapport et des recommandations de la Commission d'examen et des recommandations du CMC en l'absence du membre ou de la RRS si ces derniers ont été informés de la date et de l'heure de la rencontre.</p>	<p>C.13.0 Processus d'examen du Comité médical consultatif et du Conseil d'administration</p> <p>C.13.0.1 Dans un délai de trente (30) jours suivant la réception d'un avis du médecin-chef aux termes de l'article C.11.0.7, le CMC conseil doit fixer une date et une heure pour l'étude du rapport et des recommandations de la Commission d'examen de l'audience et en aviser informer le membre.</p> <p>C.13.0.2 Dans un délai de dix (10) jours suivant la réception de l'avis du CMC conseil aux termes de l'article C.13.0.1, le membre et la RRS peuvent demander à se présenter devant le CMC conseil, mais ils n'ont pas droit à une audience.</p> <p>C.13.0.3 Si le membre décide de se présenter devant le CMC conseil en vertu de l'article C.13.0.1, il pourra être accompagné d'un avocat ou d'un mandataire. Si la RRS décide de se présenter devant le conseil en vertu de l'article C.13.0.1, elle pourra être accompagnée d'un avocat ou d'un mandataire.</p> <p>C.13.0.4 Le CMC conseil peut procéder à l'étude du rapport et des recommandations Commission d'examen du comité d'enquête en l'absence du membre ou de la RRS si ces derniers ont été informés de la date et de l'heure de la rencontre.</p> <p>C.13.0.5 Après avoir examiné le rapport et les recommandations de la Commission d'examen, le CMC doit faire parvenir ces documents au conseil, ainsi que ses recommandations, et, en même temps, donner ses recommandations au membre.</p> <p>C.13.0.6 Dès que le conseil reçoit les recommandations du CMC, il peut fixer une date et une heure pour l'étude du rapport et des recommandations de la Commission d'examen et des recommandations du CMC et doit en aviser le membre.</p> <p>C.13.0.7 Dans un délai de dix (10) jours suivant la réception de l'avis du conseil aux termes de l'article C.14.6, le membre et la RRS peuvent demander à se présenter devant le conseil, mais ils n'ont pas droit à une audience formelle.</p> <p>C.13.0.8 Si le membre décide de se présenter devant le conseil en vertu de l'article C.14.6, il pourra être accompagné d'un avocat ou d'un mandataire.</p>

Section	Version octobre 2013	Version novembre 2019
	<p>C.14.0.10. Dès qu'il a examiné le rapport et les recommandations de la Commission d'examen et les recommandations du CMC, le conseil doit rendre une décision, décision qui sera définitive et exécutoire. La décision du conseil sera communiquée au membre du personnel médical, au PDG et à tous autres individus qui doivent mettre en œuvre les recommandations.</p> <p>C.14.0.11 Si le conseil n'est pas convaincu de disposer de toute l'information dont il a besoin pour rendre une décision, il peut demander qu'une audience formelle soit tenue devant le conseil.</p>	<p>C.13.0.9 Le conseil peut procéder à l'étude du rapport et des recommandations de la Commission d'examen et des recommandations du CMC en l'absence du membre ou de la RRS si ces derniers ont été informés de la date et de l'heure de la rencontre.</p> <p>C.13.0.10 Dès qu'il a examiné le rapport et les recommandations de la Commission d'examen du comité d'enquête et les recommandations du CMC, le Conseil doit rendre une décision, décision qui sera définitive et exécutoire. Le Conseil à la décision ultime et n'est pas lié par le comité d'enquête. La décision du Conseil sera communiquée au membre du personnel médical, au PDG et à toutes les autres personnes qui doivent mettre en œuvre les recommandations.</p> <p>C.13.0.11 Si le Conseil n'est pas convaincu de disposer de toute l'information dont il a besoin pour rendre une décision, il peut demander qu'une audience soit tenue devant le Conseil.</p>
Page 43; C.14.0	<p>C.15.0 Notification</p> <p>C.15.0.1 Lorsque les privilèges du membre sont réduits, suspendus ou non renouvelés, le médecin-chef doit aviser le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ou la Société dentaire du Nouveau-Brunswick et toute autre RRS du Nouveau-Brunswick. Cette notification doit indiquer la nature et les détails de la plainte, la décision finale et toute recommandation en ce qui a trait aux mesures disciplinaires. Le médecin-chef doit aviser la Direction de l'Assurance-maladie du ministère de la Santé lorsque les privilèges d'un membre sont suspendus ou non renouvelés.</p> <p>C.15.0.2 Lorsqu'un membre du personnel médical a des privilèges et que la Régie régionale de la santé reçoit un avis d'une autre Régie régionale de la santé que les privilèges de ce membre dans cette Régie régionale de la santé ont été suspendus ou substantiellement réduits pour incompétence, négligence ou mauvaise conduite ou que le membre a démissionné alors que ses compétences, ou sa conduite font l'objet d'une enquête, le PDG, après consultation avec le médecin-chef, peut suspendre les privilèges dudit membre du personnel médical en vertu de la section C.5.11 et par la suite les règlements administratifs seront suivis.</p>	<p>C.14.0 Notification</p> <p>C.14.0.1 Lorsque les privilèges du membre sont réduits, suspendus ou non renouvelés, le médecin-chef doit en aviser le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ou la Société dentaire du Nouveau-Brunswick et toute autre RRS du Nouveau-Brunswick. Cette notification L'avis doit indiquer comprendre la nature et les détails de la plainte, la décision finale et les recommandations en ce qui a trait aux en matière de mesures disciplinaires. Le médecin-chef doit aviser la Direction de l'assurance-maladie du ministère de la Santé lorsque les privilèges d'un membre sont suspendus ou non renouvelés.</p> <p>C.14.0.2 Lorsqu'un membre du personnel médical a des privilèges et que la Régie régionale de la santé reçoit un avis d'une autre Régie régionale de la santé que les privilèges de ce membre dans cette Régie régionale de la santé ont été suspendus ou substantiellement réduits pour incompétence, négligence ou mauvaise conduite ou que le membre a démissionné alors que ses compétences, ou sa conduite font l'objet d'une enquête, le PDG, après consultation avec le médecin-chef, peut suspendre les privilèges dudit membre du personnel médical en vertu de la section C.5.11 et par la suite les règlements administratifs seront suivis. Le membre du personnel médical a la responsabilité d'aviser la RRS de toute suspension de privilèges, peu importe l'endroit où cela s'est produit.</p>
Page 44; C.18.0	<p>Organisation du personnel médical (OPM)</p> <p>C.19.1 Une seule organisation du personnel médical</p> <p>Il ne doit y avoir qu'une seule organisation du personnel médical pour l'ensemble de la RRS, et ce, peu importe le nombre d'établissements et de programmes administrés par cette dernière. L'organisation du personnel médical peut être sous divisée tel que décrit dans les règles des règlements administratifs.</p>	<p>Conseil des médecins, des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux et des dentistes</p> <p>C.18.1 Une seule organisation du personnel médical</p> <p>Il ne doit y avoir qu'une seule organisation seul conseil du personnel médical pour l'ensemble de la RRS, et ce, peu importe le nombre d'établissements et de programmes administrés par cette dernière. L'organisation du personnel médical peut être sous divisée tel que décrit dans les règles des règlements administratifs. Le conseil du personnel médical élaborera ses propres règles qui seront approuvées par le conseil.</p>

Section	Version octobre 2013	Version novembre 2019
	<p>L'organisation du personnel médical a pour objectifs:</p> <p>(a) de veiller à ce que tous les patients admis ou traités dans un établissement reçoivent les meilleurs soins possibles dans le cadre des ressources de la RRS;</p> <p>(b) de veiller à un niveau de rendement professionnel élevé de la part de tous les médecins, dentistes et chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux autorisés à pratiquer dans un établissement quelconque par le truchement d'un examen et d'une évaluation continue du rendement de chaque membre;</p> <p>(c) de fournir des directives, de promouvoir des normes éducatives élevées généralement parmi le personnel médical et d'encourager la participation à la recherche médicale;</p> <p>(d) de prendre les dispositions nécessaires pour respecter les exigences des programmes de formation de premier, deuxième et troisième cycle gérés conjointement par une université ou un autre établissement technique ou universitaire, avec lequel la RRS a conclu une entente à des fins éducatives et formatives;</p> <p>(e) de participer au maintien et à l'amélioration de la santé communautaire;</p> <p>(f) de donner des conseils d'ordre médico-administratif au PDG et au conseil;</p> <p>(g) de créer une structure organisationnelle et d'examiner les procédures nécessaires afin de promouvoir l'atteinte des objectifs susmentionnés.</p>	<p>L'organisation du personnel médical a pour objectifs:</p> <p>(a) de veiller à ce que tous les patients admis ou traités dans un établissement reçoivent les meilleurs soins possibles dans le cadre des ressources de la RRS;</p> <p>(b) de veiller à un niveau de rendement professionnel élevé de la part de tous les médecins, dentistes et chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux autorisés à pratiquer dans un établissement quelconque par le truchement d'un examen et d'une évaluation continue du rendement de chaque membre;</p> <p>(c) de fournir des directives, de promouvoir des normes éducatives élevées généralement parmi le personnel médical et d'encourager la participation à la recherche médicale;</p> <p>(d) de prendre les dispositions nécessaires pour respecter les exigences des programmes de formation de premier, deuxième et troisième cycle gérés conjointement par une université ou un autre établissement technique ou universitaire, avec lequel la RRS a conclu une entente à des fins éducatives et formatives;</p> <p>(e) de participer au maintien et à l'amélioration de la santé communautaire;</p> <p>(f) de donner des conseils d'ordre médico-administratif au PDG et au conseil;</p> <p>(g) de créer une structure organisationnelle et d'examiner les procédures nécessaires afin de promouvoir l'atteinte des objectifs susmentionnés.</p>
Page 44; C.19.0		<p>C.19.0 Infirmières praticiennes et sages-femmes</p> <p>L'agrément et les privilèges des infirmières praticiennes et des sages-femmes seront établis et encadrés par l'agente principale des soins infirmiers de la RRS et approuvés par le conseil. Les plaintes et la discipline visant les infirmières praticiennes et les sages-femmes qui sont à l'emploi de la RRS seront traitées par le Service des ressources humaines. Les plaintes et la discipline visant les infirmières praticiennes et les sages-femmes qui ne sont pas à l'emploi de la RRS seront traitées conformément aux règles de leur organisme de réglementation professionnelle.</p>

RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON
(RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ B)

RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ
(RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ A)

Règlements administratifs



Table des matières

SECTION A - GÉNÉRALITÉS.....	5
A.1.0 Définitions	5
A.2.0 Règlements administratifs, accès public	7
A.3.0 Modification aux règlements administratifs	7
A.4.0 Confidentialité	7
A.4.1 Information et documents confidentiels.....	7
A.4.2 Manquement à la protection de la vie privée ou à la confidentialité.....	7
A.5.0 Dossiers.....	8
A.6.0 Divisibilité	8
A.7.0 Valeur juridique	8
SECTION B – ADMINISTRATION.....	9
B.1.0 Conseil d’administration.....	9
B.2.0 Membres – Admissibilité, service maximum.....	9
B.3.0 Réunions – Procédures, avis, quorum, accès public.....	9
B.4.0 Services de traduction	10
B.5.0 Procès-verbaux	10
B.5.1 Procès-verbaux, accès public.....	10
B.6.0 Réunions du conseil.....	10
B.6.1 Réunions spéciales du conseil	11
B.6.2 Assemblées annuelles du conseil	11
B.6.3 Ordre du jour de l'assemblée annuelle	11
B.7.0 Dirigeants du conseil	11
B.7.1 Fonctions du président.....	12
B.7.2 Fonctions du vice-président	12
B.7.3 Fonctions du trésorier	12
B.7.4 Fonctions du secrétaire	12
B.8.0 Comités permanents du conseil	13
B.8.1 Comité exécutif.....	13
B.8.2 Comité des finances et de vérification	13
B.8.3 Comité de gouvernance et de mise en candidature	13

B.8.4	Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients	14
B.8.5	Comité stratégique de la recherche et de la formation (s'applique au Réseau de santé Vitalité seulement).....	15
B.9.0	Comités spéciaux du conseil.....	15
B.10.0	Conflits d'intérêts	15
B.11.0	Comités consultatifs	16
B.11.1	Comité professionnel consultatif	16
B.11.2	Composition du Comité professionnel consultatif.....	16
B.11.3	Comité médical consultatif.....	16
B.11.4	Composition du Comité médical consultatif	17
B.11.5	Autres comités.....	17
B.11.6	Comité d'examen des titres et autres comités.....	17
B.12.0	Président-directeur général (PDG)	17
B.12.1	Fonctions du président-directeur général.....	17
B.13.0	Médecin-chef.....	18
B.13.1	Compétences du médecin-chef.....	18
B.13.2	Poste rémunéré	18
B.13.3	Processus de sélection.....	18
B.13.4	Durée du mandat.....	19
B.13.5	Responsabilités du médecin-chef.....	19
B.13.6	Médecin-chef intérimaire.....	20
B.14.0	Politiques du conseil.....	20
B.15.0	Plan régional de santé et d'affaires	21
B.16.0	Rapport annuel au Ministre.....	21
B.17.0	Année financière	21
B.18.0	Opérations bancaires.....	21
B.19.0	Signataires	22
B.20.0	Cautionnement.....	22
B.21.0	Sceau.....	22
B.22.0	Vérificateurs	22
B.23.0	Associations auxiliaires.....	22
SECTION C – PERSONNEL MÉDICAL.....		23
C.1.0	Administration médicale	23

C.1.1	Un seul personnel médical	23
C.1.2	Structure administrative médicale	23
C.1.3	Division des départements.....	23
C.1.4	Responsabilités des départements au sein de la RRS	23
C.1.5	Formation de nouveaux départements.....	24
C.1.6	Modification du statut du département	24
C.1.7	Chefs de département.....	24
C.2.0	Groupes cliniques	25
C.2.1	Responsabilités des groupes cliniques	25
C.2.2	Composition des groupes cliniques.....	25
C.2.3	Chefs des groupes cliniques	25
C.3.0	Droits et obligations des catégories de personnel médical	26
C.3.1	Personnel médical actif	26
C.3.2	Personnel médical associé.....	27
C.3.3	Personnel médical consultant	28
	C.3.3.1 Membres-conseils exerçant dans la province	28
	C.3.3.2 Membres-conseils exerçant à l'extérieur de la province	28
C.3.4	Personnel médical suppléant (locum tenens)	28
C.3.5	Personnel médical invité	29
C.3.6	Assistant clinique.....	29
C.3.7	Fellow clinique.....	30
C.3.8	Stagiaire en médecine clinique.....	30
C.3.9	Personnel affilié.....	31
C.4.0	Résidents en médecine.....	31
C.4.1	Personnel scientifique	31
C.4.2	Personnel médical honoraire	32
C.5.0	Nominations et délivrance de titres au personnel médical	32
C.5.1	Compétences.....	32
C.5.2	Code de déontologie	32
C.5.3	Assurance-responsabilité	32
C.5.4	Nouvelles nominations - Délivrance de titres et octroi de privilèges	32
C.5.5	Processus – Nouvelles nominations et privilèges additionnels.....	34
C.5.6	Processus – Renominations.....	34

C.5.7	Nominations conjointes.....	35
C.5.8	Refus, réduction ou suspension des privilèges.....	35
C.5.9	Privilèges temporaires.....	36
C.5.10	Absence autorisée.....	36
C.5.11	Restriction/suspension d'urgence.....	36
C.5.12	Départ, démission, retraite ou fin de contrat.....	37
C.6.0	Discipline.....	37
C.7.0	Conduite passible de mesures disciplinaires.....	37
C.8.0	Plainte contre un membre du personnel médical.....	38
C.9.0	Processus alternatif de règlement des différends.....	39
C.10.0	Comité d'enquête.....	40
C.11.0	Processus d'audience.....	41
C.12.0	Procédure à suivre lors des audiences.....	41
C.13.0	Processus d'examen du conseil d'administration.....	42
C.14.0	Notification.....	43
C.15.0	Prolongation du délai.....	43
C.16.0	Responsabilité en matière de consignation au dossier.....	43
C.17.0	Situations d'urgence.....	43
C.18.0	Conseil des médecins, des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux et des dentistes.....	44
C.18.1	Une seule organisation du personnel médical.....	44
C.18.2	Déclaration d'intention.....	44
C.18.3	Philosophie.....	44
C.19.0	Infirmières praticiennes et sages-femmes.....	44

SECTION A - GÉNÉRALITÉS

A.1.0 Définitions

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

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

Dans ces règlements administratifs, sauf si le contexte exige une interprétation différente :

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

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

« président-directeur général (PDG) » désigne la personne nommée conformément aux dispositions de la *Loi sur les régies régionales de la santé* et en vertu de l'article B.12 des présents règlements administratifs, ou son délégué qui peut être le vice-président responsable des services médicaux;

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

« FMC » désigne la formation médicale continue;

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

« PPC » désigne le perfectionnement professionnel continu;

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

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

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

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

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

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

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

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

régionales de la santé;

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

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

« CMC » désigne le comité médical consultatif;

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

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

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

« sage-femme » désigne une personne inscrite au tableau de l'Ordre conformément à la *Loi sur les sages-femmes* (LN-B de 2008, c. M-11.5);

« ministre » désigne le ministre de la Santé;

« infirmière praticienne » désigne une personne autorisée à exercer la profession d'infirmière praticienne en vertu des lois de la province;

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

« CPC » désigne le comité professionnel consultatif;

« privilèges » désigne les permissions accordées par le conseil à :

- (a) un médecin pour offrir des soins de santé à un patient et pour utiliser les services diagnostiques d'un établissement hospitalier ou d'un centre de santé communautaire;
- (b) un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial pour offrir des soins de santé à un patient et pour utiliser les services diagnostiques d'un établissement hospitalier;
- (c) un dentiste pour offrir des soins dentaires à un patient et pour utiliser les services diagnostiques d'un établissement hospitalier ou d'un centre de santé communautaire;
- (d) une infirmière praticienne pour admettre un patient aux services extra-muraux offerts par une régie régionale de la santé ou par une personne ayant une entente avec le Ministre et pour utiliser les services diagnostiques d'un établissement hospitalier ou d'un centre de santé communautaire; ou
- (e) une sage-femme pour offrir des soins de santé à un patient et pour utiliser les services diagnostiques d'un établissement hospitalier ou d'un centre de santé communautaire.

« personnel professionnel » désigne les professionnels de la santé qui sont réglementés conformément à une loi de l'Assemblée législative, qui sont employés par la régie régionale de la santé, qui sont sous contrat avec cette dernière ou qui ont des privilèges pour exercer leur profession dans la régie régionale de la santé, et s'entend du personnel médical;

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

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

A.2.0 Règlements administratifs, accès public

Un exemplaire des règlements administratifs de la RRS doit être mis en ligne à la disposition du public dans les deux langues officielles.

A.3.0 Modification aux règlements administratifs

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

A.4.0 Confidentialité

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

A.4.1 Information et documents confidentiels

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

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

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

A.5.0 Dossiers

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

A.6.0 Divisibilité

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

A.7.0 Valeur juridique

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

SECTION B – ADMINISTRATION

B.1.0 Conseil d'administration

Le conseil est établi conformément à la *Loi sur les régies régionales de la santé*.

B.2.0 Membres – Admissibilité, service maximum

- B.2.0.1** À l'exception du PDG, du président du CPC et du président du CMC, un membre du conseil ne peut être un employé d'une RRS, une personne qui jouit de privilèges au sein d'une RRS, un employé du ministère de la Santé, un membre élu de l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick, de la Chambre des Communes du Canada ou du Sénat, un dirigeant, un administrateur ou un employé de EM/ANB Inc, un employé, le PDG ou un membre du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, un dirigeant, un administrateur ou un employé de SNB, un juge à la Cour d'appel, à la Cour du Banc de la Reine du Nouveau-Brunswick ou à la Cour provinciale, ou une personne qui n'a pas le droit de voter conformément aux règlements découlant de la *Loi sur les régies régionales de la santé*.
- B.2.0.2** Un membre du conseil accepte sa fonction en prêtant serment au moyen de la formule que lui fournit le Ministre à sa première réunion du conseil et demeure en fonction jusqu'à ce que son successeur prête serment.
- B.2.0.3** Un membre du conseil accepte par écrit toute déclaration d'objectifs généraux que le conseil approuve et remplit ses fonctions conformément à l'esprit et à l'objet de cette déclaration.
- B.2.0.4** Avant d'entrer en fonction, chaque membre du conseil doit accepter par écrit de préserver la philosophie, les valeurs et la déclaration d'objectifs généraux associées à la prestation de services hospitaliers dans un établissement hospitalier appartenant intégralement ou partiellement à un ordre religieux.
- B.2.0.5** Un membre nommé en vertu de la *Loi sur les régies régionales de la santé* occupe son poste au gré du Ministre pour un mandat renouvelable de quatre ans.
- B.2.0.6** Avec l'approbation du Ministre, la majorité des membres présents ayant droit de vote ont le droit de suspendre ou de relever de ses fonctions un membre du conseil qui enfreint les règles, les lois, les règlements, les règles des règlements administratifs ou les règlements administratifs de la RRS.

B.3.0 Réunions – Procédures, avis, quorum, accès public

- B.3.0.1** Chaque membre du conseil doit assister aux réunions du conseil.
- B.3.0.2** Le président définit les règles de toutes les réunions, sous réserve des présents règlements administratifs et de la *Loi sur les régies régionales de la santé* ou de ses règlements.
- B.3.0.3** Les questions soulevées aux réunions du conseil et de ses comités sont tranchées à la majorité des voix exprimées par les membres présents ayant droit de vote. Le président ne doit pas voter sauf en cas d'égalité des voix, où il doit trancher. Le vote doit se faire par scrutin si un membre présent en fait la demande, mais dans le cas contraire, le vote doit se faire de la manière habituelle, par approbation ou désapprobation.
- B.3.0.4** L'avis des réunions du conseil et des comités doit être donné aux moments et de la façon déterminés par le conseil ou les comités de temps à autre.

B.3.0.5 Pour toute réunion du conseil ou des comités permanents ou spéciaux du conseil, le quorum doit être constitué d'une majorité des membres du conseil ou du comité ayant droit de vote.

B.3.0.6 Toutes les réunions du conseil doivent être ouvertes au public. Une réunion ou une partie de réunion peut être tenue à huis clos si le conseil pense que la discussion pourrait révéler:

- (a) des renseignements spécifiques sur un particulier identifiable;
- (b) des renseignements sur les questions relatives à la gestion des risques ou aux soins des patients;
- (c) porter préjudice aux mesures de sécurité mises en place par la RRS ; ou
- (d) compromettre l'efficacité avec laquelle la RRS exerce ses fonctions et ses responsabilités.

B.4.0 Services de traduction

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

B.5.0 Procès-verbaux

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

B.5.1 Procès-verbaux, accès public

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

B.6.0 Réunions du conseil

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

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

B.6.1 Réunions spéciales du conseil

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

B.6.2 Assemblées annuelles du conseil

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

B.6.3 Ordre du jour de l'assemblée annuelle

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

- (a) adoption du procès-verbal de l'assemblée annuelle précédente;
- (b) présentation du rapport annuel de la RRS;
- (c) rapport du président du conseil;
- (d) rapport du PDG;
- (e) rapport du président du Comité médical consultatif;
- (f) rapport du président du Comité professionnel consultatif;
- (g) rapport du trésorier;
- (h) rapport des vérificateurs;
- (i) rapport du Comité de gouvernance et de mise en candidature;
- (j) rapport du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients;
- (k) élection des dirigeants;
- (l) nomination des présidents des comités permanents;
- (m) nomination des membres des comités permanents;
- (n) nomination des vérificateurs.
- (o) rapport du Comité stratégique de la recherche et de la formation (s'applique au Réseau de santé Vitalité seulement)

B.7.0 Dirigeants du conseil

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

B.7.0.2 Le président est nommé par le Ministre parmi les membres du conseil ayant droit de vote. Le conseil

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

B.7.1 Fonctions du président

Le président :

- (a) préside toutes les réunions du conseil;
- (b) préside le comité exécutif;
- (c) est membre d'office ayant droit de vote de tous les comités permanents du conseil;
- (d) fait un compte rendu des activités de la RRS à chaque assemblée annuelle; et
- (e) remplit d'autres fonctions dictées par le conseil.

B.7.2 Fonctions du vice-président

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

B.7.3 Fonctions du trésorier

Le trésorier :

- (a) assure la garde et le contrôle de tous les dossiers de titres, de fonds et financiers;
- (b) soumet un rapport financier au conseil à chaque réunion ordinaire et un rapport annuel à l'assemblée annuelle du conseil; et
- (c) remplit d'autres fonctions dictées par le conseil.

B.7.4 Fonctions du secrétaire

Le secrétaire :

- (a) veille à ce qu'un procès-verbal soit consigné pour chaque réunion;
- (b) veille à ce que la correspondance du conseil soit traitée;
- (c) veille à ce que tous les rapports requis en vertu des lois et des règlements du Nouveau-Brunswick soient préparés;
- (d) est le gardien de tous les registres de procès-verbaux, documents et registres de la RRS;
- (e) est le gardien du sceau de la RRS;
- (f) veille à ce que les avis de réunion du conseil et des comités du conseil soient envoyés aux membres; et
- (g) remplit d'autres fonctions dictées par le conseil.

B.8.0 Comités permanents du conseil

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

Les comités permanents du conseil sont les suivants :

- (a) Comité exécutif
- (b) Comité des finances et de vérification
- (c) Comité de gouvernance et de mise en candidature
- (d) Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients;
- (e) Comité stratégique de la recherche et de la formation (Réseau de santé Vitalité seulement).

B.8.1 Comité exécutif

Le Comité exécutif est composé du président, du vice-président, du trésorier, du secrétaire et de trois (3) autres membres du conseil ayant droit de vote. Le Comité exécutif a le pouvoir de régler toutes les activités en situations d'urgence uniquement pendant la période séparant les réunions ordinaires du conseil, sous réserve des limites énoncées dans ces règlements administratifs ou sauf indication contraire du conseil. Le Comité signale toutes ces activités au conseil à la réunion suivante et accomplit d'autres fonctions conformément aux directives du conseil.

Le président du conseil assume la présidence du Comité exécutif.

B.8.2 Comité des finances et de vérification

Le Comité des finances et de vérification est constitué d'au moins quatre (4) membres du conseil ayant droit de vote, dont le trésorier qui en est le président. Le Comité des finances et de vérification :

- (a) recommande l'adoption du budget annuel et surveille les résultats opérationnels de manière continue;
- (b) recommande au conseil l'adoption de mesures découlant du rapport de vérification annuel de la RRS;
- (c) informe et oriente le conseil en matière de finances;
- (d) oriente le conseil sur l'investissement de fonds pour lesquels il a une responsabilité fiduciaire;
- (e) remplit d'autres fonctions dictées par le conseil.

B.8.3 Comité de gouvernance et de mise en candidature

B.8.3.1 Le Comité de gouvernance et de mise en candidature est constitué d'au moins quatre (4) membres du conseil ayant droit de vote, dont l'un en assume la présidence. Le conseil nomme le président du comité. Le Comité de gouvernance et de mise en candidature est responsable :

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

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

B.8.4.1 Le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients est constitué de quatre (4) membres ayant droit de vote, dont l'un en assume la présidence. Les présidents(es) du Comité médical consultatif régional et du Comité professionnel consultatif sont membres permanents sans droits de vote. Le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients est responsable :

- a) de surveiller et de rendre compte au conseil sur les enjeux de sécurité et de qualité et sur la qualité générale des services offerts au sein du Réseau, en se fondant sur les données utiles dont :
 - les indicateurs de rendement et d'amélioration de la performance utilisés pour mesurer la qualité des soins et des services et la sécurité des patients;
 - les rapports reçus du Comité médical consultatif, du Comité professionnel consultatif, du Comité de gestion de la qualité de la régie régionale de la santé et du Comité consultatif des patients et familles faisant état de problèmes systémiques ou récurrents quant à la qualité ou aux soins et contenant des recommandations;
 - les indicateurs sur la sécurité des patients, la prévention et le contrôle des infections, qui sont du domaine public;
 - les rapports sur les incidents critiques et les événements sentinelles.
- (b) d'examiner et de formuler des recommandations au conseil sur les initiatives et les politiques d'amélioration de la qualité;
- (c) d'encadrer la préparation du plan de la régie régionale de la santé; et
- (d) de s'acquitter d'autres responsabilités pouvant découler de règlements ou de normes ou qui lui sont attribuées par le conseil.

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

B.8.5.1 Le Comité stratégique de la recherche et de la formation est constitué d'au moins quatre (4) membres du conseil nommés par le Conseil, dont l'un en assume la présidence. Le doyen associé de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke / Directeur du Centre de formation médicale du N.-B. est membre d'office sans droit de vote. Le Comité stratégique de la recherche et de la formation est responsable :

- a) d'exercer les fonctions de gouvernance reliées au secteur de la formation et de la recherche afin d'assurer la réalisation des engagements du Réseau dans ce domaine;
- b) de favoriser la synergie entre la mission universitaire et la mission de soins et de services en santé du Réseau;
- c) de veiller à ce que les priorités et les actions retenues en matière de formation et de recherche sont conformes aux orientations stratégiques priorisées par le Réseau;
- d) de faire rapport au conseil sur les grandes orientations, les priorités et les initiatives stratégiques en matière de formation et de recherche.

B.9.0 Comités spéciaux du conseil

Le conseil peut mettre en place des comités spéciaux et nommer les membres et le président de ces comités pour faire face aux situations qui peuvent survenir de temps à autre et qui seraient mieux gérées par de tels comités.

B.10.0 Conflits d'intérêts

B.10.0.1 Il est interdit à tout membre de voter sur une question ou de parler d'une question soumise au conseil si:

- (a) le membre a un intérêt dans la question, autre qu'un intérêt inhérent à ses fonctions de membre;
- (b) le membre a un intérêt financier direct ou indirect dans la question ou si un parent, le conjoint, un frère, une soeur ou un enfant du membre a un intérêt dans la question; ou
- (c) le membre est un dirigeant, un employé ou un agent d'une corporation ou d'une association non constituée en corporation, ou autre association de personnes qui a un intérêt dans la question.

B.10.0.2 Lorsqu'un membre est en conflit d'intérêts, il divulgue au conseil la nature et l'étendue de l'intérêt soit par écrit, soit en demandant que ce conflit soit mentionné au procès-verbal de la réunion du conseil. Un membre divulgue tout conflit d'intérêts à la réunion où la question qui fait l'objet du conflit est étudiée, ou si le membre ne se trouve pas en conflit d'intérêts au moment où la question est étudiée pour la première fois, il déclare le conflit au début de la première réunion qui se tient après l'apparition du conflit.

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

procès-verbal.

B.11.0 Comités consultatifs

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

B.11.1 Comité professionnel consultatif

- B.11.1.1** Le Comité professionnel consultatif (CPC) est composé d'au plus quinze (15) membres ayant droit de vote (excluant les membres d'office) nommés par le conseil, qui doivent être des membres du personnel professionnel de la RRS.
- B.11.1.2** Les nominations doivent se faire pour un mandat de trois (3) ans renouvelable chaque année par le conseil. Les membres du CPC ne peuvent être nommés pour plus de deux mandats consécutifs de trois (3) ans, mais peuvent, par la suite, être renommés après une absence de trois ans du CPC.
- B.11.1.3** Le Comité professionnel consultatif oriente le conseil sur :
- (a) les questions de soins cliniques et de santé;
 - (b) les critères d'admission et de congé;
 - (c) le contrôle de la qualité et la gestion des risques en ce qui concerne les services de santé fournis par la régie régionale de la santé; et
 - (d) toutes autres questions que le conseil peut référer au comité.

B.11.2 Composition du Comité professionnel consultatif

- (a) Les membres représentent les disciplines de la santé dans la RRS pour permettre au comité d'accomplir son mandat. Le comité est composé d'au plus quinze (15) membres ayant droit de vote parmi lesquels figurent au moins cinq (5) membres de différentes professions de la santé qui sont autoréglémentées conformément à une loi et au moins un (1) membre qui exerce habituellement dans chacun des domaines suivants : services hospitaliers, services communautaires de santé mentale et de santé publique, services de soins primaires et services de traitement des dépendances.
- (b) Le conseil nomme le président sur la recommandation du CPC et du PDG. Le président du CMC et le PDG sont des membres d'office sans droit de vote du Comité professionnel consultatif. Le PDG ou son délégué assiste à chaque réunion du Comité professionnel consultatif.

B.11.3 Comité médical consultatif

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

B.11.3.2 Le Comité médical consultatif :

- (a) conseille le conseil sur les nominations du personnel médical et sur les privilèges des membres du personnel médical;
- (b) prend les dispositions appropriées pour la supervision de tous les services médicaux et les services dentaires fournis par la régie régionale de la santé; et
- (c) À la demande du conseil, fait des recherches sur des questions exigeant de l'expertise médicale et rend compte au conseil.

B.11.4 Composition du Comité médical consultatif

- (a) La composition du comité doit représenter la structure de gestion clinique et refléter les régions géographiques et les domaines spécialisés qui permettront au comité d'accomplir son mandat, conformément aux règles des règlements administratifs.
- (b) Le conseil nomme le médecin-chef président du comité. Le président du CPC et le PDG sont membres d'office sans droit de vote du CMC. Un médecin-hygiéniste, nommé par le médecin-hygiéniste en chef et un représentant de la faculté de médecine de la Dalhousie University, dans le cas du Réseau de santé Horizon, et un représentant de la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, dans le cas du Réseau de santé Vitalité, sont aussi membres d'office sans droit de vote du CMC. Le PDG assiste à chaque réunion du CMC.

B.11.5 Autres comités

- (a) Le conseil peut créer des sous-comités lorsqu'il y a lieu.

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

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

B.12.0 Président-directeur général (PDG)

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

B.12.1 Fonctions du président-directeur général

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

- (a) responsable de la gestion de la RRS;

- (b) responsable de la sélection, de l'embauche, du contrôle, du perfectionnement, de l'orientation et du renvoi de tous les employés;
- (c) tenu d'assister à toutes les réunions du conseil et de ses comités à moins d'en être exempté par le conseil;
- (d) membre d'office sans droit de vote de tous les comités de la RRS, y compris tous les comités ou sous-comités du conseil;
- (e) responsable de prendre les mesures nécessaires pour répondre aux exigences du plan de santé et d'affaires approuvé de la RRS, de la *Loi sur les régions régionales de la santé*, de la *Loi hospitalière* et ses règlements, d'appliquer les règlements administratifs, les règles des règlements administratifs et les politiques du conseil et de veiller à ce que le personnel de la RRS respecte toutes les lois applicables à la RRS; et
- (f) tenu de nommer un délégué à sa discrétion;
- (g) seul tenu de rendre compte au conseil des questions portant sur la qualité et la sécurité.

B.13.0 Médecin-chef

B.13.1 Compétences du médecin-chef

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

B.13.2 Poste rémunéré

De temps à autre, le conseil établit le temps minimal que le médecin-chef doit consacrer à ce poste et la rémunération de ses services.

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

B.13.3 Processus de sélection

Le médecin-chef est nommé par le conseil sur la recommandation du PDG formulée en consultation des personnes suivantes :

- (a) le vice-président des Services médicaux;
- (b) le président du Conseil des médecins, des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux et des dentistes;
- (c) l'agente principale des soins infirmiers ou un autre membre des cadres supérieurs; et
- (d) deux (2) représentants du CMC nommé par celui-ci.

B.13.4 Durée du mandat

Le médecin-chef est nommé pour un mandat de cinq (5) ans et est admissible pour un mandat additionnel n'excédant pas cinq (5) ans. La nomination du médecin-chef est soumise à un examen annuel et sous réserve de confirmation par le conseil.

B.13.5 Responsabilités du médecin-chef

Le médecin-chef est responsable devant le conseil de la qualité des soins prodigués par le personnel médical dans tous les établissements de la RRS. Il travaille en collaboration avec le PDG et assiste régulièrement aux réunions du conseil. Le médecin-chef peut répondre directement au conseil sur les questions portant sur la qualité des soins. Lorsqu'il y a lieu, les fonctions du médecin-chef peuvent être déléguées, sans exclure d'autres personnes, au président ou à un membre du CMC ou à un ou à des chef(s) de département ou au vice-président responsable des services médicaux afin qu'elles soient accomplies en temps voulu. Les responsabilités du médecin-chef sont les suivantes :

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

informé des changements aux politiques, aux objectifs et aux règlements de la RRS relatifs aux soins des patients;

- (j) conjointement avec le CMC, veiller à ce que tous les membres du personnel médical participent aux séances de formation médicale continue et de perfectionnement professionnel continu;
- (k) en collaboration avec le vice-président responsable des Services médicaux, documenter et tenter de résoudre les questions importantes concernant des membres individuels du personnel médical;
- (l) promouvoir et maintenir une organisation clinique efficace et efficiente du personnel médical;
- (m) promouvoir et maintenir une communication productive et coopérative entre le personnel médical, l'administration et le conseil;
- (n) aider l'administration à établir une planification à court terme et à long terme;
- (o) assurer la présidence du Comité médical consultatif;
- (p) être membre d'office du Comité professionnel consultatif;
- (q) être membre d'office de tous les sous-comités du Comité médical consultatif;
- (r) être membre du comité des ressources médicales et aider le vice-président responsable des services médicaux à planifier et à gérer les exigences en matière de ressources médicales des divers départements;
- (s) en collaboration avec le vice-président responsable des Services médicaux, veiller à ce qu'un examen annuel du rendement clinique des chefs de département soit mené et formuler des recommandations au personnel médical sur la renomination des chefs de département;
- (t) lancer des revues et des enquêtes lorsque des préoccupations sont formulées à l'égard d'un membre du personnel médical; et
- (u) assumer des fonctions et des responsabilités autres pouvant parfois lui être attribuées par le PDG ou établies dans les présents règlements.

B.13.6 Médecin-chef intérimaire

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

B.14.0 Politiques du conseil

Le conseil doit veiller à ce que soient établies des politiques conformes à la *Loi sur les régies régionales de la santé*, à la *Loi sur les services hospitaliers*, à la *Loi hospitalière* et aux règlements découlant de ces lois en ce qui concerne l'admission et les soins des patients, ainsi que d'autres

politiques et procédures nécessaires pour l'exploitation efficace de la RRS. Les politiques approuvées par le conseil sont des politiques du conseil et elles ne peuvent être modifiées qu'avec l'approbation du conseil.

B.15.0 Plan régional de santé et d'affaires

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

B.16.0 Rapport annuel au Ministre

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

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

B.17.0 Année financière

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

B.18.0 Opérations bancaires

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

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

B.19.0 Signataires

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

B.20.0 Cautionnement

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

B.21.0 Sceau

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

B.22.0 Vérificateurs

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

B.23.0 Associations auxiliaires

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

- B.23.0.5** L'article 23 s'applique à toute association, fondation ou groupe directement ou indirectement lié à toute activité de la RRS.
- B.23.0.6** Le conseil a le pouvoir de dissoudre toute association.

SECTION C – PERSONNEL MÉDICAL

C.1.0 Administration médicale

C.1.1 Un seul personnel médical

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

C.1.2 Structure administrative médicale

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

C.1.3 Division des départements

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

C.1.3.2 Si une division ou un service n'est plus nécessaire, le chef de département peut, avec l'approbation du CMC, annuler la division ou le service et l'assigner à un département existant approprié.

C.1.4 Responsabilités des départements au sein de la RRS

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

- (a) examiner et surveiller les données statistiques précises pertinentes pour les activités du département;
- (b) veiller à la prestation de soins de la meilleure qualité possible;
- (c) vérifier régulièrement les activités des membres relatives aux soins des patients;

- (d) maintenir et promouvoir un programme de FMC ou de PPC pour ses membres;
- (e) contribuer à une expérience d'apprentissage adéquate pour les apprenants;
- (f) collaborer et coopérer avec d'autres départements, divisions et services et tous les autres secteurs de service de la RRS;
- (g) travailler en respectant l'alignement stratégique proposé par le conseil;
- (h) assumer d'autres responsabilités établies à l'occasion par le département, le médecin-chef, le PDG ou leurs représentants.
- (i) créer les règles du département devant être approuvées par le CMC et comprenant les responsabilités des membres par rapport à leurs privilèges.

C.1.5 Formation de nouveaux départements

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

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

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

C.1.6 Modification du statut du département

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

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

le PDG peut, après avoir consulté le médecin-chef et le CMC, recommander au conseil que le département fasse partie d'un département existant, de façon temporaire ou permanente. Le conseil peut aussi, sur la recommandation du PDG, placer un département sous tutelle.

C.1.7 Chefs de département

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

- (a) être membre du personnel médical actif ou un consultant externe compétent;
- (b) être responsable devant le PDG de l'organisation adéquate et du bon fonctionnement de son département;

- (c) être responsable devant le président du CMC de la supervision générale des soins médicaux ou dentaires ou buccaux et maxillo-faciaux des patients;
- (d) avoir l'autorité de déléguer les responsabilités d'un département telles que décrites à l'article C.1.4 à une division ou à un service; et
- (e) avoir l'autorité d'évaluer les membres du personnel médical.

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

C.2.0 Groupes cliniques

Lorsque des départements existent, le CMC peut recommander au conseil la création de groupes cliniques à l'échelle de la RRS.

C.2.1 Responsabilités des groupes cliniques

Chaque groupe clinique doit :

- (a) élaborer des indicateurs de pertinence et d'efficacité des soins au sein de la spécialité ou de la sous-spécialité et les suivre de près;
- (b) viser la mise en oeuvre des meilleures pratiques; et
- (c) recommander des initiatives d'amélioration de la qualité.

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

C.2.2 Composition des groupes cliniques

Chaque groupe clinique au sein d'une spécialité ou d'une sous-spécialité sera composé d'un ou de plusieurs représentants le cas échéant. Des membres du personnel ou de la direction des programmes cliniques de la RRS peuvent être ajoutés aux groupes cliniques, au besoin, pour remplir leur mandat.

C.2.3 Chefs des groupes cliniques

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

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

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

C.3.0 Droits et obligations des catégories de personnel médical

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

C.3.1 Personnel médical actif

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

- (a) doit assister aux réunions du département ou des départements auxquels il est nommé et en fournir la preuve au moment du renouvellement de ses privilèges;
- (b) peut voter aux réunions des départements et des comités dont il est membre, occuper un poste (sauf indication contraire) et être nommé à tout comité;
- (c) peut siéger aux comités tel que demandé par le conseil, le PDG, le CMC, le médecin-chef ou le chef de son département;
- (d) doit participer aux activités éducatives et cliniques du département;
- (e) doit participer à la formation du personnel médical, d'autres membres du personnel de la RRS, des étudiants en médecine et des stagiaires en médecine clinique tel que déterminé par son chef de département;
- (f) peut superviser de façon générale les membres du personnel associé à la demande de son chef de département;
- (g) doit maintenir un niveau satisfaisant de connaissances professionnelles en médecine, en médecine dentaire ou en chirurgie buccale et maxillo-faciale et de capacité dans son domaine d'exercice;
- (h) doit bénéficier de privilèges en matière d'admission et de traitement, tel qu'il peut être établi et modifié à l'occasion par le conseil;
- (i) doit aider la RRS à obtenir ou à conserver l'agrément;
- (j) doit assumer ses responsabilités telles qu'elles sont établies, y compris la permanence des services cliniques et le rôle d'enseignant. Le défaut de s'acquitter de ces responsabilités peut entraîner l'examen des privilèges;
- (k) doit assumer des fonctions et des responsabilités autres pouvant parfois lui être attribuées par le conseil, le PDG, le CMC, le chef de son département ou être établies dans les

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

(l) est responsable de la prestation de soins médicaux de qualité.

C.3.1.2 Sur la recommandation du chef de département approprié et du médecin-chef, un médecin qui est totalement engagé dans une pratique communautaire clinique au sein de la RRS peut être nommé au personnel médical actif sans bénéficier du droit d'admission; ce médecin est alors désigné comme étant actif - sans droit d'admission.

C.3.2 Personnel médical associé

C.3.2.1 Le personnel médical associé est constitué de médecins, de dentistes et de chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ayant demandé à être nommés au personnel médical actif. Cette nomination est considérée comme une période de probation d'un an, au cours de laquelle le rendement du médecin, dentiste ou chirurgien buccal ou maxillo-facial et ses compétences cliniques seront évalués. Deux évaluations officielles peuvent être effectuées et les rapports d'évaluation doivent être soumis au comité d'examen des titres; la première évaluation doit avoir lieu au bout de six mois de service et la seconde avant la fin de la période de douze mois. Si la première évaluation est défavorable, la période de probation peut être annulée conformément à l'article C.3.2.4, et ce, sans qu'une deuxième évaluation soit nécessaire.

C.3.2.2 Sauf s'il s'agit de dentistes, un membre du personnel médical associé doit travailler sous la supervision générale du chef du département auquel il a été assigné par le conseil. Les dentistes doivent tenir leur chef du département informé de tous les traitements prévus et, si ce dernier en fait la demande, ils doivent donner un préavis d'au moins quarante-huit (48) heures pour tout traitement réel.

C.3.2.3 Sauf dispositions contraires, les membres du personnel médical associé doivent bénéficier de tous les privilèges et avoir toutes les responsabilités d'un membre du personnel médical actif, y compris la présence aux réunions, mais ne peuvent être admissibles à :

- (a) voter aux réunions du personnel médical;
- (b) être membres du CMC ou du comité d'examen des titres;
- (c) assumer la présidence de tout comité ou à occuper un poste.

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

- (a) que le membre du personnel médical associé soit promu membre du personnel médical actif;
- (b) qu'il reste membre du personnel médical associé pour une période supplémentaire n'excédant pas un (1) an;
- (c) que sa nomination soit annulée et que ses privilèges soient révoqués;

(d) qu'il soit suspendu en attendant les résultats d'une autre évaluation.

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

C.3.3 Personnel médical consultant

Le personnel médical consultant est constitué de médecins, dentistes ou chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux qualifiés faisant preuve de capacités professionnelles reconnues et nommés par le conseil. Le personnel médical consultant est constitué de personnel consultant exerçant dans la province ou à l'extérieur de la province.

C.3.3.1 Membres-conseils exerçant dans la province

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

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

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

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

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

C.3.4 Personnel médical suppléant (Locum Tenens)

C.3.4.1 Le CMC peut, à la demande d'un membre ou d'un certain nombre de médecins du personnel médical actif ou associé et après avoir étudié la candidature suivant les règles des règlements administratifs, recommander au conseil la nomination d'un suppléant pour le remplacement prévu d'un médecin ou de médecins pendant une période précise n'excédant pas celle qui est autorisée dans les règles des règlements administratifs. Si une prolongation est demandée, elle ne doit pas dépasser le 30 juin ou la date de l'assemblée annuelle du conseil et elle peut être accordée sur la recommandation du chef de département et du médecin ou des médecins responsables. Le

rendement et la pratique clinique du suppléant doivent être évalués par le chef de département au cours de la première période de remplacement, comme le prévoient les règles.

C.3.4.2 Un suppléant :

- (a) a des privilèges et des responsabilités qui sont déterminés par le chef de département et approuvés par le conseil;
- (b) ne peut voter aux réunions du département;
- (c) peut être membre de comités, sauf le Comité d'examen des titres, mais ne peut en assumer la présidence; et
- (d) a d'autres responsabilités prévues dans les règles des règlements administratifs et les règles du département.

C.3.5 Personnel médical invité

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

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

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

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

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

C.3.6 Assistant clinique

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

- (a) assiste aux réunions du département ou des départements auxquels il est nommé, mais il ne peut voter qu'à la fin d'une période de probation de douze (12) mois et ne peut occuper de

poste;

- (b) siège aux comités auxquels il est nommé par le conseil, le PDG, le CMC ou le chef de son département, mais il ne doit pas en assumer la présidence;
- (c) participe aux activités éducatives et cliniques du département;
- (d) maintient un niveau satisfaisant de connaissances professionnelles en médecine ou en médecine dentaire et de capacités dans son domaine d'exercice;
- (e) bénéficie de privilèges en matière d'admission et de traitement, tel qu'il peut être établi et modifié à l'occasion par le conseil;
- (f) aide la RRS à obtenir ou à conserver l'agrément; et
- (g) accomplit d'autres fonctions et responsabilités pouvant parfois lui être attribuées par le conseil, le PDG, le CMC, le chef de son département ou être établies dans les règles des règlements administratifs et les règles du département;
- (h) est responsable de la prestation de soins médicaux de qualité.

C.3.7 Fellow clinique

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

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

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

C.3.7.2 Ils peuvent être invités à assister aux réunions de département, mais ils ne peuvent pas voter, ni siéger à des comités ou occuper un poste.

C.3.8 Stagiaire en médecine clinique

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

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

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

C.3.9 Personnel affilié

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

C.4.0 Résidents en médecine

Les résidents en médecine sont des diplômés en médecine ayant une carte de stage du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick. Les résidents incluent des stagiaires des cycles supérieurs. Ils n'ont pas de droit d'admission mais ils peuvent traiter les patients sous la supervision du médecin traitant du patient. Ils peuvent assister aux réunions de département à l'invitation du chef de département, mais ils ne peuvent voter, ni occuper un poste ou siéger à des comités. Les résidents sont sous la direction et la discipline du chef du département auquel ils sont affectés, du doyen ou de son délégué et du PDG. Les mesures disciplinaires imposées aux résidents sont sous réserve des dispositions de l'entente entre la RRS et l'université.

C.4.1 Personnel scientifique

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

C.4.2.2 Aucune disposition de ces règlements administratifs ne doit remplacer ou annuler la relation

professionnelle ou contractuelle qui existe entre la RRS et un membre du personnel scientifique.

C.4.2 Personnel médical honoraire

C.4.2.1 Le personnel médical honoraire est constitué de médecins ou d'autres personnes qui ont fait d'importantes contributions dans le domaine des soins de santé et à qui le conseil, sur la recommandation du CMC, peut vouloir donner le titre *honoris causa*. Dans le cas des médecins, dentistes et chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux affiliés à la RRS, ils sont à la retraite et n'exercent plus la médecine, la dentisterie ou la chirurgie buccale et maxillo-faciale au moment de recevoir l'honneur.

C.4.2.2 Le personnel médical honoraire n'a pas de fonctions assignées. Il peut assister aux réunions du personnel médical en tant qu'invité sans droit de vote et peut être invité à participer aux comités à titre de conseiller, mais ne peut occuper un poste.

C.5.0 Nominations et délivrance de titres au personnel médical

C.5.1 Compétences

Aux fins des articles 5 à 18 des présents règlements administratifs, la qualité de membre du personnel médical doit être limitée aux diplômés des écoles de médecine qui détiennent un permis délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick, dans le cas de la dentisterie, aux personnes qui détiennent un permis délivré par la Société dentaire du Nouveau-Brunswick ou dans le cas de la chirurgie buccale et maxillo-faciale, aux titulaires d'un permis de spécialiste en chirurgie bucco-dentaire et maxillo-faciale délivré conformément à la *Loi dentaire du Nouveau-Brunswick* de 1985.

C.5.2 Code de déontologie

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

C.5.3 Assurance-responsabilité

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

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

C.5.4.1 Le conseil peut nommer une personne au personnel médical après qu'une candidature au moyen du formulaire établi par le conseil aura été soumise au PDG, que la candidature aura été examinée par le comité d'examen des titres approprié du CMC et qu'une recommandation aura été reçue de la part du chef de département concerné, du comité d'examen des titres et du CMC. Le PDG peut accepter ou refuser une demande de nomination et sa décision est finale.

C.5.4.2 L'examen d'une candidature pour une nouvelle nomination et pour l'obtention de privilèges ou pour une demande de privilèges supplémentaires :

(a) doit prendre en considération les exigences et les besoins en matière de ressources médicales, dentaires ou de chirurgie buccale et maxillo-faciale de la régie régionale de la santé; et

(b) est fonction des critères suivants :

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

C.5.4.3 Tous les médecins, dentistes et chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux nommés au personnel médical doivent accepter par écrit l'énoncé de mission et de philosophie de la RRS et doivent accepter par écrit de se conformer à la *Loi sur les régies régionales de la santé* et à ses règlements, aux règlements administratifs, aux règles des règlements administratifs, aux règles du département et aux politiques de la RRS. Le défaut de s'y conformer peut se traduire par l'examen des privilèges. Ils doivent aussi accepter de fournir une décharge écrite autorisant la RRS à obtenir d'autres renseignements que pourrait exiger le conseil, de temps à autre, relativement aux compétences, à la capacité et à la conduite.

C.5.4.4 La nomination d'un médecin, d'un dentiste ou d'un chirurgien buccal et maxillo-facial doit comprendre des responsabilités cliniques et un champ d'exercice clairement définis pour tous les départements auxquels le médecin, le dentiste ou le chirurgien buccal et maxillo-facial est nommé. Un médecin, un dentiste ou un chirurgien buccal et maxillo-facial n'est pas autorisé à modifier ses responsabilités cliniques ou son champ d'exercice, tels qu'ils sont énoncés dans sa nomination, sans l'approbation préalable du conseil, sur la recommandation du chef de département, des membres du département et du CMC. Le non-respect des responsabilités cliniques ou de son champ d'exercice de la part d'un médecin, d'un dentiste ou d'un chirurgien buccal et maxillo-facial sera considéré comme une question disciplinaire, comme le prévoient les articles C.6 et C.7 des règlements administratifs. Chaque nouvelle personne nommée doit comprendre et accepter par écrit les obligations et les conséquences de ce qui précède.

C.5.4.5 Dans le cas des départements qui ont une désignation universitaire, la nomination d'un médecin, d'un dentiste ou d'un chirurgien buccal et maxillo-facial doit inclure des responsabilités cliniques et académiques bien définies. Les médecins, les dentistes et les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ne sont pas autorisés à modifier leurs responsabilités académiques ou leurs responsabilités cliniques, telles qu'énoncées dans leur nomination, sans l'approbation préalable du conseil, sur la recommandation du chef de département, des membres du département et du CMC. Le non-respect des obligations susmentionnées sera considéré par le conseil comme une question disciplinaire, comme le prévoient les articles C.6 et C.7 des règlements administratifs. Chaque nouvelle personne nommée doit comprendre et accepter par écrit les obligations et les conséquences de ce qui précède.

C.5.5 Processus – Nouvelles nominations et privilèges additionnels

- C.5.5.1** Toutes les candidatures pour de nouvelles nominations au personnel médical ou pour l'obtention de privilèges supplémentaires doivent être soumises au PDG. Le PDG ne doit pas transmettre une candidature au CMC (qui la fera parvenir au comité d'examen des titres pertinent aux fins de considération), à moins qu'il n'ait d'abord établi, après avoir consulté le chef du département concerné, qu'un poste au sein du personnel médical correspondant au poste pour lequel la candidature a été effectuée est vacant ou qu'il est nécessaire d'accorder des privilèges supplémentaires. La décision du PDG est finale.
- C.5.5.2** Les autres procédures de candidature à la nomination et à la renomination au personnel médical doivent être telles qu'elles sont établies de temps à autre par le conseil et décrites dans les règles des règlements administratifs.

C.5.6 Processus – Renominations

- C.5.6.1** Tous les médecins, les dentistes et les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux doivent soumettre leur candidature au PDG pour une renomination au personnel médical sur une base biennale. L'année où la nomination se termine, la candidature doit être soumise avant la date fixée par le médecin-chef ou son délégué, sur le formulaire prévu par le conseil.
- Le formulaire doit inclure, sans toutefois s'y limiter, la reconnaissance que le candidat accepte de participer au service de garde du département, au service de garde à l'urgence et au service d'assistance chirurgicale tel qu'établi par le chef de département et de respecter les règlements administratifs et les règles des règlements administratifs.
- C.5.6.2** L'examen d'une candidature pour une renomination et l'obtention de privilèges doit tenir compte :
- (a) des exigences et des besoins en matière de ressources médicales, dentaires ou de chirurgie buccale et maxillo-faciale de la Régie régionale de la santé et sera évaluée en fonction des critères suivants :
 - i. les ressources disponibles et les capacités physiques de la RRS;
 - ii. les titres de compétence du candidat pour les privilèges demandés;
 - iii. l'expérience du candidat et son rendement antérieur, incluant toute mesure disciplinaire;
 - iv. le caractère, les compétences et les aptitudes professionnelles du candidat;
 - v. la recommandation du chef de département; et
 - vi. d'autres facteurs que le conseil peut de temps à autre juger pertinents ou qui sont définis dans les règles des règlements administratifs.
- C.5.6.3** La renomination d'un médecin, d'un dentiste ou d'un chirurgien buccal et maxillo-facial doit inclure des responsabilités cliniques et le champ d'exercice bien définis pour chaque département auquel le médecin, le dentiste ou le chirurgien buccal et maxillo-facial est nommé. Les médecins, les dentistes et les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ne sont pas autorisés à modifier leurs responsabilités cliniques ou leur champ d'exercice, telles que décrites dans leur nomination, sans l'approbation

préalable du conseil, sur la recommandation du chef de département, des membres du département et du CMC. Le non-respect des responsabilités cliniques ou de son champ d'exercice de la part d'un médecin, d'un dentiste ou d'un chirurgien buccal et maxillo-facial sera considéré comme une question disciplinaire, comme le prévoient les articles C.6 et C.7 des règlements administratifs. Chaque personne faisant l'objet d'une renomination doit comprendre et accepter par écrit les obligations et les conséquences qui précèdent.

C.5.6.4 Dans le cas des départements qui ont une désignation universitaire, la nomination d'un médecin, d'un dentiste ou d'un chirurgien buccal et maxillo-facial doit inclure des responsabilités cliniques et académiques bien définies. Les médecins, les dentistes et les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ne sont pas autorisés à modifier leurs responsabilités académiques ou leurs responsabilités cliniques, telles que décrites dans leur nomination, sans l'approbation préalable du conseil, sur la recommandation du chef de département, des membres du département et du CMC. Le défaut de s'acquitter des responsabilités susmentionnées sera considéré par le conseil comme une question disciplinaire, comme le prévoient les articles C.6 et C.7 des règlements administratifs. Chaque personne faisant l'objet d'une renomination doit comprendre et accepter par écrit les obligations et les conséquences qui précèdent.

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

C.5.7 Nominations conjointes

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

C.5.8 Refus, réduction ou suspension des privilèges

C.5.8.1 Les dispositions de cet article ne s'appliquent qu'aux membres du personnel médical. Si au terme du processus de renomination, on recommande :

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

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

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

- C.5.8.3 La recommandation doit préciser les raisons justifiant le refus d'octroyer les privilèges demandés ou de suspendre les privilèges et être transmise au conseil, qui prend la décision finale. Le membre et la RRS ont le droit de demander à être entendu par le conseil mais n'ont pas droit à une audience.

C.5.9 Privilèges temporaires

Après consultation avec le médecin-chef ou le vice-président responsable des Services médicaux et le chef de département concerné, le PDG peut accorder des privilèges temporaires pour une durée ne dépassant pas six (6) mois et dans un but précis à un médecin, à un dentiste ou à un chirurgien buccal et maxillo-facial qui n'est pas membre du personnel médical. Dans l'exercice de ces privilèges, le médecin devra rester sous la supervision générale du chef de département concerné. Le conseil doit être mis au courant de l'octroi de privilèges temporaires. L'octroi de privilèges temporaires n'accorde pas l'adhésion au personnel médical.

C.5.10 Absence autorisée

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

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

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

C.5.11 Restriction/suspension d'urgence

C.5.11.1 Dans le cas où le PDG ou le médecin-chef remarque un problème grave ou un problème potentiel qui, à son avis, nuit ou peut nuire aux soins des patients ou à la sécurité des patients ou du personnel, et où la prise de mesures immédiates est nécessaire à la protection de la sécurité et des intérêts des patients ou du personnel, le PDG peut, après avoir consulté le médecin-chef, restreindre ou suspendre les privilèges d'un membre du personnel médical par voie de procédure sommaire en avisant ce membre par écrit.

C.5.11.2 Le PDG doit signaler au conseil, au Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ou à l'Association dentaire du Nouveau-Brunswick, à toute autre RRS au Nouveau-Brunswick et, si cela est nécessaire en vertu de dispositions législatives, à la Direction de l'assurance-maladie du ministère de la Santé, toutes les restrictions et suspensions d'urgence de privilèges.

C.5.11.3 Si le PDG impose une suspension à un membre, il doit immédiatement veiller à ce que des dispositions soient prises pour assurer la qualité des soins prodigués aux patients touchés par la suspension dudit membre et à ce qu'un médecin traitant remplaçant soit nommé et figure sur le dossier clinique du patient, au besoin.

C.5.11.4 Dans les cas de restrictions ou de suspensions sommaires des privilèges d'un membre du personnel médical, le médecin-chef doit prendre les mesures appropriées pour veiller à ce que ces restrictions ou suspensions soient traitées conformément à la procédure d'examen prévue dans les règlements administratifs.

C.5.12 Départ, démission, retraite ou fin de contrat

C.5.12.1 Dans le cas du départ, de la démission, de la retraite ou de la fin du contrat d'un membre du personnel médical, ses privilèges sont annulés.

C.6.0 Discipline

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

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

Si le paragraphe 6(f) n'est pas appliqué, les politiques et procédures de la RRS s'appliquent au lieu du processus disciplinaire énoncé aux articles C8, C9, C10, C11, C12, C13 et C14 des présents règlements administratifs.

C.7.0 Conduite passible de mesures disciplinaires

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

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

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

- (a) comportement non professionnel ou contraire à l'éthique, comme le définit de temps à autre le code de déontologie de l'Association médicale canadienne, le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick, la Société dentaire du Nouveau-Brunswick, l'Association dentaire canadienne ou tout autre organisme professionnel d'attribution des permis pour la province du Nouveau-Brunswick pour le personnel dentaire, ou comme le prévoit toute loi en vigueur dans la province du Nouveau-Brunswick;
- (b) incompétence ou lacunes manifestes en pratique clinique;
- (c) plainte traitée dans le cadre de toute directive sur les comportements en milieu de travail de la RRS, mais qui n'a pu être résolue aux termes de cette directive;
- (d) violation des règlements administratifs, des règles des règlements administratifs, des règles du département ou de toute entente officielle avec la RRS, des politiques et procédures existantes de la RRS ou de toute directive ou politique du Conseil de gestion ou d'un ministère;
- (e) comportement qui est non professionnel ou qui perturbe les activités de la RRS. Les comportements perturbateurs en milieu de travail sont notamment les comportements verbaux ou non verbaux qui, de par leur nature, peuvent :
 - i. faire preuve de non-respect à l'endroit d'autres personnes dans le lieu de travail;
 - ii. nuire ou avoir le potentiel de nuire aux soins prodigués aux patients; ou
 - iii. refléter le mauvais usage d'un déséquilibre du pouvoir entre les parties;
- (f) défaut de se conformer aux conditions de toute mesure disciplinaire, sanction ou mesure corrective imposée à un membre;
- (g) défaut d'entreprendre les engagements administratifs, d'enseignement clinique et de recherche assignés et convenus de façon mutuelle;
- (h) défaut répété de procéder à la consignation des notes au dossier comme l'exige la *Loi hospitalière* et comme le prévoient les règles des règlements administratifs et les règles du département;
- (i) toute autre affaire qui, selon le PDG ou le médecin-chef, doit faire l'objet d'une enquête conformément aux dispositions des présents règlements administratifs.

C.8.0 Plainte contre un membre du personnel médical

C.8.0.1 Toute plainte contre un membre du personnel médical relativement à toute question prévue à l'article C. 7 ou toute autre plainte doit être déposée auprès du chef de département ou du médecin-chef ou leur être acheminée.

- C.8.0.2** Le chef de département et le médecin-chef doivent se tenir informés et doivent informer le PDG et le vice-président responsable des services médicaux si l'un ou l'autre reçoit une plainte contre un membre relativement à une affaire exposée à l'article C.7 ou toute autre plainte, ou s'ils sont au courant d'une affaire exposée à l'article C.7.
- C.8.0.3** Dès que le médecin-chef reçoit une plainte ou lorsqu'il est mis au courant d'une affaire prévue à l'article C.7, il ou son délégué peut mettre en place les étapes initiales pour régler l'affaire avant d'entreprendre les procédures disciplinaires officielles prévues aux présentes et le membre du personnel médical doit être informé de la nature de toute plainte et avoir la possibilité de répondre.
- C.8.0.4** Si l'affaire n'est pas en mesure d'être réglée dans les soixante (60) jours après avoir reçu la plainte ou après avoir été mis au courant de toute affaire prévue à l'article C.7, le médecin-chef, après avoir consulté le chef de département et avec le consentement du membre du personnel médical, peut renvoyer l'affaire au processus de règlement des différends prévu à l'article C.9.0 et s'il n'y a pas consentement à une audience.
- C.8.0.5** Si la plainte contre le membre du personnel médical concerne la violation d'une politique de la RRS, notamment, mais sans s'y limiter, la politique sur le harcèlement en milieu de travail et la politique sur la protection de la vie privée, elle doit être examinée conformément au mécanisme établi dans la politique.
- C.8.0.6** Si le mécanisme prévu dans la politique en cause ne permet pas de résoudre la plainte, le PDG doit soumettre l'affaire au médecin-chef, qui suivra les procédures de mesures disciplinaires prévues aux règlements.
- C.8.0.7** Tous les documents résultant du mécanisme d'examen et d'enquête prévu à la politique, de même que les recommandations le cas échéant, devront être remis au comité d'enquête prévu à l'article C.10.0.
- C.8.0.8** Un membre du personnel médical qui fait l'objet d'une plainte doit agir de bonne foi dans les efforts de résolution de la plainte et ne devrait pas refuser de rencontrer le chef du département ou le médecin-chef ou son délégué le cas échéant.
- C.8.0.9** Si le médecin-chef est informé, soit par des médecins, des membres du personnel ou des patients, de préoccupations concernant un membre du personnel médical, il peut, avec l'approbation du PDG, entreprendre une revue indépendante de la pratique du membre, même en l'absence de plainte formelle. Le membre doit être informé de la revue et est invité à collaborer avec la personne chargée de la revue. La personne chargée de la revue est nommée par le médecin-chef avec l'approbation du PDG.

C.9.0 Processus alternatif de règlement des différends

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

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

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

- (a) l'affaire et le règlement proposé doivent être rapportés au médecin-chef aux fins d'étude; et
- (b) si le règlement proposé n'est pas approuvé par le médecin-chef après consultation du chef de département, la plainte sera renvoyée au comité d'enquête conformément à l'article 10.0.

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

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

- (c) le règlement proposé doit être présenté au PDG;
- (d) si le PDG est d'accord avec le règlement proposé et la modification des privilèges, il doit soumettre le règlement au conseil pour qu'il rende une décision finale;
- (e) si le PDG n'est pas d'accord avec le règlement proposé et les modifications proposées aux privilèges, il doit soumettre l'affaire au médecin-chef pour examen par un comité d'enquête comme prévu à l'article 10.0;
- (f) si le conseil approuve le règlement proposé et les modifications proposées aux privilèges, il doit soumettre l'affaire au médecin-chef qui procèdera à l'adoption du règlement et des modifications;

C.10.0 Comité d'enquête

C.10.0.1 Le comité d'enquête est nommé par le médecin-chef ou son représentant désigné dans les trente (30) jours suivant la demande d'audience. À la discrétion du médecin-chef ou de son remplaçant désigné, le comité d'enquête peut être formé de trois (3) ou de cinq (5) membres.

Le médecin-chef ou son remplaçant désigné nomme un membre qui présidera le comité d'enquête.

Un comité d'enquête de trois (3) membres comportera trois (3) membres du personnel médical qui n'auront pas participé au processus alternatif de règlement des différends et la majorité des membres du comité d'enquête devront provenir de départements autres que le département dans lequel le membre qui fait l'objet de l'enquête exerce principalement la médecine.

Un comité d'enquête de cinq (5) membres comportera quatre (4) membres du personnel médical dont au moins trois (3) du réseau de santé et un membre de la RRS qui peut être un employé non membre du personnel médical. Aucun membre du comité d'enquête ne doit avoir participé au processus alternatif de règlement des différends. La majorité des membres du comité d'enquête

doit provenir de départements autres que le département dans lequel le membre qui fait l'objet de l'enquête exerce principalement la médecine.

C.11.0 Processus d'audience

- C.11.0.1** Dès qu'une affaire est envoyée à un comité d'enquête aux termes des articles C8 ou C9, le comité d'enquête doit déterminer la date, l'heure et le lieu de l'audience, qui devra avoir lieu dans les soixante (60) jours suivant la réception de l'affaire par le comité.
- C.11.0.2** Le comité d'enquête doit étudier tout document qu'il juge pertinent. Le comité d'enquête peut engager des consultants externes incluant un conseiller juridique.
- C.11.0.3** Le membre doit être avisé de la tenue de l'audience trente (30) jours à l'avance ainsi que de la date, de l'heure et du lieu de l'audience et recevoir une liste ou des copies de tous les documents qui sont alors en possession du comité et qu'il a l'intention de consulter lors de l'audience.
- C.11.0.4** Lors de l'audience, le comité d'enquête doit suivre les procédures stipulées à l'article C.12. En ce qui concerne les cas pour lesquels aucune disposition n'est prévue dans cet article, le comité d'enquête doit adopter les règles de procédure qu'il considère propices à un règlement juste et rapide des différends.
- C.11.0.5** Dans les trente (30) jours suivant la fin de l'audience, le comité d'enquête doit préparer un rapport écrit contenant ses conclusions ainsi que ses recommandations et les motifs y afférents et présenter son rapport au membre, au médecin-chef et au PDG.
- C.11.0.6** Si la décision et les recommandations du comité d'enquête ne comprennent pas la modification des privilèges du membre, la décision et les recommandations sont finales et exécutoires et le médecin-chef doit prendre les mesures nécessaires à la mise en œuvre des recommandations du comité d'enquête.
- C.11.0.7** Si la décision et les recommandations du comité d'enquête comprennent la modification des privilèges du membre, le médecin-chef doit soumettre le rapport au PDG et au conseil pour recommandation.

C.12.0 Procédure à suivre lors des audiences

La procédure à suivre pendant les audiences est comme suit :

- (a) le membre en cause peut se présenter à l'audience et être représenté par un avocat ou un mandataire et présenter des éléments de preuve;
- (b) la RRS peut être partie à l'audience et être représentée par un avocat ou un mandataire et présenter des éléments de preuve;
- (c) le comité d'enquête peut procéder à l'audience en l'absence du membre en cause, de son avocat ou de son mandataire, à condition qu'un avis de la tenue de l'audience ait été remis au membre comme l'exigent les dispositions des présents règlements administratifs;
- (d) le comité d'enquête peut ajourner l'audience en tout temps et, le cas échéant, doit fixer la date, l'heure et le lieu de la reprise de l'audience et doit envoyer au membre, s'il est absent au moment de l'ajournement, un avis écrit comportant ces renseignements;
- (e) l'audience doit se dérouler à huis clos;

- (f) aucune preuve n'est admissible devant le comité à moins qu'au moins sept (7) jours avant l'audience, le membre ou la RRS :
 - i. dans le cas de preuves documentaires écrites, n'ait eu la possibilité d'examiner les éléments de preuve;
 - ii. dans le cas de preuves produites par un expert, n'ait obtenu une copie du rapport d'expert écrit ou, s'il n'y a aucun rapport écrit, un résumé écrit des éléments de preuve;
 - iii. dans le cas de preuves produites par un témoin, n'ait été mis au courant de l'identité du témoin ainsi que d'un résumé de la preuve du témoin;
- (g) nonobstant l'article C.12(f), le comité d'enquête peut, à sa discrétion, permettre la présentation d'éléments de preuve qui seraient autrement inadmissibles en vertu de l'article C.12 et donner les orientations qu'il jugera nécessaires pour veiller à ce que le membre ou la RRS ait la possibilité de répondre;
- (h) toutes les actions du comité doivent être décidées à la majorité des voix des membres présents;
 - i. aucun membre du comité ne doit prendre part à une décision à la suite d'une audience, à moins qu'il n'ait été présent durant toute l'audience.

C.13.0 Processus d'examen du conseil d'administration

- C.13.0.1** Dans un délai de trente (30) jours suivant la réception d'un avis du médecin-chef aux termes de l'article C.11.0.7, le conseil doit fixer une date et une heure pour l'étude du rapport et des recommandations du comité d'enquête et en informer le membre.
- C.13.0.2** Dans un délai de dix (10) jours suivant la réception de l'avis du conseil aux termes de l'article C.13.0.1, le membre et la RRS peuvent demander à se présenter devant le conseil, mais ils n'ont pas droit à une audience.
- C.13.0.3** Si le membre décide de se présenter devant le conseil en vertu de l'article C.13.0.1, il peut être accompagné d'un avocat ou d'un mandataire. Si la RRS décide de se présenter devant le conseil en vertu de l'article C.13.0.1, elle peut être accompagnée d'un avocat ou d'un mandataire.
- C.13.0.4** Le conseil peut procéder à l'étude du rapport et des recommandations du comité d'enquête en l'absence du membre ou de la RRS si ces derniers ont été informés de la date et de l'heure de la rencontre.
- C.13.0.5** Dès qu'il a examiné le rapport et les recommandations du comité d'enquête, le conseil doit rendre une décision qui sera définitive et exécutoire. Le conseil a la décision ultime et n'est pas lié par le comité d'enquête. La décision du conseil sera communiquée au membre du personnel médical, au PDG et à toutes les autres personnes qui doivent mettre en œuvre les recommandations.
- C.13.0.6** Si le conseil n'est pas convaincu de disposer de toute l'information dont il a besoin pour rendre une décision, il peut demander qu'une audience soit tenue devant le conseil.

C.14.0 Notification

- C.14.0.1** Lorsque les privilèges d'un membre sont réduits, suspendus ou non renouvelés, le médecin-chef doit aviser le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ou la Société dentaire du Nouveau-Brunswick et toute autre RRS du Nouveau-Brunswick. L'avis doit comprendre la nature et les détails de la plainte, la décision finale rendue et les recommandations en matière de mesures disciplinaires. Le médecin-chef doit aviser la Direction de l'Assurance-maladie du ministère de la Santé lorsque les privilèges d'un membre sont suspendus ou non renouvelés.
- C.14.0.2** Lorsqu'un membre du personnel médical a des privilèges et que la Régie régionale de la santé reçoit un avis d'une autre régie régionale de la santé que les privilèges de ce membre dans cette régie régionale de la santé ont été suspendus ou substantiellement réduits pour incompétence, négligence ou mauvaise conduite ou que le membre a démissionné pendant que ses compétences ou sa conduite font l'objet d'une enquête, le PDG, après consultation du médecin-chef, peut suspendre les privilèges dudit membre du personnel médical en vertu de l'article C.5.11 et, par la suite, les dispositions des règlements administratifs sont suivies. Le membre du personnel médical a la responsabilité d'aviser la RRS de toute suspension de privilèges, peu importe l'endroit où cela s'est produit.

C.15.0 Prolongation du délai

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

C.16.0 Responsabilité en matière de consignation au dossier

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

C.17.0 Situations d'urgence

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

C.18.0 Conseil des médecins, des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux et des dentistes

C.18.1 Une seule organisation du personnel médical

Il ne doit y avoir qu'un seul conseil du personnel médical pour l'ensemble de la RRS, et ce, peu importe le nombre d'établissements et de programmes administrés par cette dernière. Le conseil du personnel médical élaborera ses propres règles qui seront approuvées par le conseil.

C.18.2 Déclaration d'intention

Les membres du conseil du personnel médical travailleront en collaboration avec la RRS afin d'offrir des services sécuritaires, efficaces et de qualité à leurs patients. Les membres du conseil du personnel médical seront toujours conscients de la nécessité d'enseigner et de découvrir d'autres méthodes dont pourraient bénéficier leurs patients.

C.18.3 Philosophie

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

C.19.0 Infirmières praticiennes et sages-femmes

L'agrément et les privilèges des infirmières praticiennes et des sages-femmes seront établis et encadrés par l'agente principale des soins infirmiers de la RRS et approuvés par le conseil. Les plaintes et la discipline visant les infirmières praticiennes et les sages-femmes qui sont à l'emploi de la RRS seront traitées par le Service des ressources humaines. Les plaintes et la discipline visant les infirmières praticiennes et les sages-femmes qui ne sont pas à l'emploi de la RRS seront traitées conformément aux règles de leur organisme de réglementation professionnelle.