

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Titre de la réunion :	Comité de gouvernance et de mise en candidature	Date et heure :	Le 16 mars 2020 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 : local 171.3 Centre santé du sein, rez-de-chaussée	(Lucille, Michelyne)
		Edmundston : local 2281	(Gisèle)
		Téléconférence :	(Gaitan)

Participants**Membres**

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

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		Décision
	5.1 Adoption des résolutions en bloc		
	5.2 Adoption du procès-verbal du 18 novembre 2019	2 - 5	
	5.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 18 novembre 2019	6 - 12	
	5.4 Politique et procédure CA-320 « Comité de gouvernance et de mise en candidature »	13 - 15	
	5.5 Politique et procédure - Mandat du Comité consultatif des patients et des familles	16 - 19	
	5.6 Résultats de l'auto-évaluation des normes de gouvernance et du sondage sur le fonctionnement	20 - 43	
	5.7 Politique et procédure CA-205 - Code d'éthique	44 - 62	
	5.8 Politique et procédure CA-250 – Protection des renseignements confidentiels (confidentialité)	63 - 68	
	5.9 Politique et procédure CA-400 - Évaluation du rendement et du développement du PDG	69 - 77	
	5.10 Recrutement des infirmiers(ères)	78	
	5.11 Stratégies en matière de protection de l'environnement	79	
	5.12 Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration	80 - 84	
9 h 15	6. Autres		
	6.1 Nomination au poste de vice-président(e), remplacement au Comité de gouvernance et de mise en candidature et demande de remplacement d'un nouveau membre au Conseil d'administration	85 - 87	Décision
9 h 30	6.2 Guide d'assemblée délibérante (vote)	88	Information
9 h 40	6.3 Préparation de l'ordre du jour du Conseil d'administration	89 - 96	Information
9 h 50	6.4 Durée et fréquences des réunions	97 - 103	Décision
10 h	7. Date de la prochaine réunion : le 1^{er} juin 2020 à 9 heures		Information
10 h 02	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 18 novembre 2019 à 09:00
		Endroit :	Vidéoconférence
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst : siège social	(Gilles)
		Edmundston : salle 2281	(Gisèle)
		Grand-Sault : salle 0217	(Gaitan)
Présidente	Lucille Auffrey	Tracadie : cours chapelle	(Norma)
Secrétaire	Lucie Francoeur	Moncton : sous-sol Auberge	(Lucille, Michelyne)
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 2019-11-18/ 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 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

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 :

5.4 Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration

MOTION 2019-11-18 / 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 :

5.4 Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration

Adopté à l'unanimité.

5.4 Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration

Les résultats d'évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration tenue le 8 octobre 2019 indiquent quelques commentaires dans la section des questions à réponse libre. Un des commentaires est d'examiner la possibilité que le PDG présente son rapport lors de la séance publique. Le PDG est d'accord d'en faire un point distinct, donc celui-ci effectuera un rapport synthèse lors des prochaines réunions publiques.

Il est suggéré également de voir à la possibilité de réajuster le temps alloué pour discuter des sujets de l'heure. Bien que nous ayons déjà apporté certains ajustements à cet égard, nous serons particulièrement attentifs au temps alloué pour cette période lors des prochaines réunions.

Le taux de répondants a diminué comparativement aux dernières évaluations. Un rappel sera effectué quant à l'importance d'obtenir la rétroaction des membres du Conseil d'administration par le biais du sondage électronique, afin d'améliorer le fonctionnement des réunions.

MOTION 2019-11-18 / 03GMC

Proposé par Norma McGraw

Appuyé par Gaitan Michaud

Et résolu que le rapport d'évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

6. Autres

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

L'ébauche de la démarche de la retraite avec le Conseil les 9 et 10 décembre 2019 est présentée pour approbation. Le programme proposé comme ordre du jour le 9 décembre permettra aux membres du Conseil de prendre connaissance :

- de la démarche qui a été effectuée au cours de l'automne ;
- de la revue de l'image de marque, mission, vision et les valeurs ; et
- des orientations et objectifs stratégiques proposés.

Le mardi 10 décembre 2019, les consultants de la firme Le Clé feront un sommaire des discussions de la veille, ensuite des discussions auront lieu sur les priorités 2020-2021 qui permettra la poursuite de la mise en œuvre de la planification stratégique 2020-2023.

Le déroulement des travaux de la planification stratégique va bon train. L'état d'avancement du plan d'action est présenté pour information.

Le Comité stratégique des opérations du Réseau a tenu une retraite les 16 et 17 octobre dernier, puis quatre partenaires de l'expérience patient ainsi que Norma McGraw ont participé à la retraite de l'exercice de planification stratégique.

Habituellement, la documentation est acheminée aux membres une semaine à l'avance pour qu'ils puissent lire les rapports et autres documents avant la tenue de la réunion, mais cette fois-ci les documents disponibles reliés à la retraite seront acheminés aux membres au moins dix jours à l'avance. Il y aura possiblement deux envois étant donné que les résultats des sondages et entrevues semi-dirigées sont en cours présentement et seront finalisés juste avant l'envoi régulier des documents.

MOTION 2019-11-18 / 04GMC

Proposé par Norma McGraw

Appuyé par Gaitan Michaud

Et résolu que l'horaire de la démarche de la retraite avec le Conseil d'administration les 9 et 10 décembre 2019 soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

6.2 Révision des règlements administratifs

En juin 2018, le Conseil d'administration a approuvé la révision de la section disciplinaire au niveau médical, des règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité. Les règlements ont été soumis au

ministre conjointement par les deux Régies en juin 2018. Toutefois, l'élection provinciale a retardé l'approbation.

Au début de l'été dernier, le Réseau a amorcé une démarche de révision globale des règlements administratifs conjointement avec le Réseau de santé Horizon et l'aviseur légal. Le ministère de la Santé a été partie prenante dans cet exercice également.

Le tableau circulé indique les principales modifications en comparaison avec la dernière version approuvée en octobre 2013. Aussi, quelques nouveaux éléments ont été ajoutés, entre autres les infirmières praticiennes et les sages-femmes. Dans la section *Comités permanents du conseil*, nous avons ajouté le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients, ainsi que le Comité stratégique de la recherche et de la formation, dont celui-ci s'applique uniquement pour le Réseau Vitalité. Quant à la section disciplinaire, le processus a été raffiné davantage. Nous avons enlevé les Comités médicaux consultatifs locaux (CMCL) et les zones. En fait, nous avons tenté d'alléger le fonctionnement et réduit les paliers pour le processus disciplinaire.

Le président-directeur général fait part brièvement des changements proposés à la suite des commentaires reçus d'Horizon et de l'aviseur légal la semaine dernière. Un élément a été ajouté dans les fonctions du président-directeur général soit : *g) le seul tenu de rendre compte au conseil des questions portant sur la qualité et la sécurité*. Pour ce qui est du Comité stratégique de la recherche et de la formation, nous avons seulement gardé les éléments stratégiques (a, b, c et d). Un élément a également été ajouté dans les responsabilités du médecin-chef soit : *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*.

Dans la section *Membres – Admissibilité, service maximum*, nous avons ajouté :

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.

Il est suggéré de réviser la politique et procédure « Code de conduite et morale à l'intention des membres » en tenant compte de cet ajout aux règlements administratifs. La politique et procédure révisée sera présentée à la prochaine réunion du Comité de gouvernance et de mise en candidature.

MOTION 2019-11-18 / 05MC

Proposé par Norma McGraw

Appuyé par Gaitan Michaud

Et résolu que la politique et procédure « Code de conduite et morale à l'intention des membres » soit révisée avec la modification suggérée.

Adopté à l'unanimité.

Il est cité dans les règlements administratifs qu'un avis de motion visant à modifier les règlements administratifs doit être donné dans l'avis de convocation à la réunion du Conseil d'administration pendant laquelle seront présentées les modifications au moins quatorze (14) jours avant la réunion au cours de laquelle il sera abordé, soit le 10 décembre 2019. Les membres confirment que les exigences de ce critère sont respectées.

La révision des règlements administratifs des Réseaux de santé Vitalité et Horizon est présentée pour approbation. Le document final sera soumis pour approbation au Conseil d'administration du Réseau le 10 décembre prochain et acheminé au ministère de la Santé par la suite. Il est à noter qu'Horizon tiendra une réunion extraordinaire de leur Conseil pour approuver les règlements administratifs, étant donné que leur réunion régulière est déjà passée. Nous souhaitons que la mise en vigueur soit effective le 1^{er} janvier 2020.

MOTION 2019-11-18 / 06GMC

Proposé par Norma McGraw

Appuyé par Gaitan Michaud

Et résolu que la révision des règlements administratifs des Réseaux de santé Vitalité et Horizon soit adoptée telle que présentée.

Adopté à l'unanimité.

Le Conseil d'administration actuel termine son mandat lors de l'Assemblée générale annuelle le 23 juin 2020. Advenant que tous les membres élus et nommés sont connus lors de cette date, il est suggéré de tenir une session de formation la veille de l'Assemblée générale annuelle. Ainsi, les nouveaux et les anciens membres pourront faire connaissance et passer en revue les principaux dossiers en cours et comprendre les enjeux et défis.

Le manuel d'orientation a été mis à jour dans le but de fournir des renseignements utiles aux nouveaux membres et aux membres actuels du Conseil. Quant au profil de compétences global des membres du Conseil d'administration, celui-ci sera révisé. Aussi, nous rappelons que pendant la première année d'un nouveau membre au sein du Conseil, les membres en poste sont appelés à agir à titre de mentors auprès des nouveaux membres.

7. Date de la prochaine réunion : le 16 mars 2020 à 09:00.

8. Levée de la réunion

La levée de la réunion est proposée par Norma McGraw à 10:22.

Lucille Auffrey
Présidente du comité

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

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 16 mars 2020

Objet : Suivis de la dernière réunion tenue le 18 novembre 2019

Voici le suivi au procès-verbal de la dernière rencontre du 18 novembre 2019 :

6.1 Planification stratégique de la retraite avec le Conseil – 9 et 10 décembre 2019

La retraite avec le Conseil d'administration a eu lieu les 9 et 10 décembre 2019. Les consultants de la firme Le Clé ont animé la séance de la planification stratégique. Il y a eu une excellente participation des membres du Conseil d'administration. Le plan stratégique a été finalisé à la lumière des discussions et commentaires reçus du Conseil et de l'Équipe de leadership. Le plan stratégique 2020-2023 a été approuvé à l'unanimité par les membres du Conseil par un vote électronique le 17 janvier 2020. Le plan stratégique sera rendu disponible à l'interne et sur le site web dans les prochaines semaines.

De plus, pour faire la boucle et dans une perspective d'amélioration continue, une évaluation conjointe du processus de planification stratégique a été effectuée par la firme Le Clé et le Comité directeur. Vous trouverez en annexe le rapport d'amélioration continue et les recommandations à tenir compte dans le prochain exercice de planification stratégique.

Soumis le 3 mars 2020 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité



Rapport d'amélioration continue

Projet : Planification stratégique 2020-2023

RAPPORT PRÉSENTÉ AU : Réseau de santé Vitalité

Le 3 mars 2020

Table des matières

1.	Contexte	3
2.	Recommandations.....	3
2.1	Revoir la mission, la vision, l'image de marque et les valeurs.....	3
2.2	Tenir les consultations auprès des employés, partenaires et le grand public après la rencontre du comité stratégique des opérations	3
2.3	Tenir la rencontre du comité stratégique des opérations en septembre	4
2.4	Ajouter deux heures et demie de plus à la rencontre du comité stratégique des opérations	4
2.5	Discuter de l'animation de la séance de travail du conseil d'administration avec la présidence du conseil.....	5
2.6	Impliquer l'équipe de leadership et leur faire des mises à jour régulières	5
2.7	Maintenir la participation des patients partenaires.....	5
2.8	Prévoir l'accompagnement des consultants dans l'élaboration des indicateurs de rendement.....	6
3.	Conclusion	6

1. Contexte

Le Réseau de santé Vitalité et le CLÉ se veulent des organisations apprenantes. À cette fin, le comité directeur et le CLÉ concluent la démarche de l'élaboration de la planification stratégique 2023 en déterminant quelles sont les pratiques réussies et les leçons apprises qui se dégagent de la réalisation du mandat.

2. Recommandations

Huit recommandations pour le prochain exercice de planification stratégique ont été identifiées. Ces recommandations découlent d'éléments qui se sont bien déroulés ou qui auraient pu être améliorés lors de l'élaboration de la planification stratégique 2020-2023.

2.1 Revoir la mission, la vision, l'image de marque et les valeurs

Contexte

Il était initialement prévu de ne pas revoir la mission, la vision, l'image de marque et les valeurs lors de cet exercice de planification stratégique. Cependant, il est devenu évident que les parties prenantes désiraient discuter de ces éléments, surtout puisqu'ils n'ont pas souvent l'occasion de le faire.

Les échanges ont permis aux parties prenantes de s'approprier la mission, la vision, l'image de marque et les valeurs, et ont appuyé les réflexions quant aux orientations et aux objectifs.

Recommandation

La révision de la mission, de la vision, de l'image de marque et des valeurs au début du prochain exercice de planification stratégique avec l'intention de les valider et de permettrait aux parties prenantes de se les approprier.

2.2 Tenir les consultations auprès des employés, partenaires et le grand public après la rencontre du comité stratégique des opérations

Contexte

Il était initialement prévu de consulter la population et les partenaires avant la rencontre du comité stratégique des opérations et des patients partenaires. La consultation devait appuyer le choix des orientations stratégiques au moyen de questions ouvertes.

Pour plusieurs raisons, les consultations publiques se sont déroulées à la suite de la rencontre du comité stratégique des opérations. Elles ont donc servi à valider les propositions du comité et des patients partenaires.

Les données obtenues lors des consultations publiques ont été utiles pour la prise de décision du conseil d'administration puisqu'elles portaient spécifiquement sur les orientations et les objectifs considérés par le conseil.

De plus, le public et les partenaires qui ont été consultés ont pu reconnaître la planification stratégique et constater l'impact de leur participation.

Recommandation

La tenue des consultations après la rencontre du comité stratégique des opérations permettrait d'éclairer la prise de décision du conseil d'administration.

2.3 Tenir la rencontre du comité stratégique des opérations en septembre

Contexte

La rencontre du comité stratégique des opérations s'est déroulée au mois d'octobre laissant peu de temps pour les consultations auprès des employés, des partenaires et du grand public avant la rencontre du conseil d'administration au début décembre.

Recommandation

Afin d'assurer le temps nécessaire pour les consultations et l'engagement des parties prenantes, la rencontre du comité stratégique des opérations devrait se dérouler en septembre.

Le plan de travail doit prévoir le temps nécessaire pour accomplir les étapes suivantes avant la rencontre du comité stratégique des opérations :

- La revue de littérature par les consultants;
- La validation des forces, faiblesses, opportunités et menaces auprès du comité de gouvernance du conseil d'administration et auprès de l'équipe de leadership;
- L'identification des enjeux et des catalyseurs par le comité directeur;
- L'identification, par le comité directeur, des possibilités d'orientations et d'objectifs pour les enjeux et les catalyseurs.

2.4 Ajouter deux heures et demie de plus à la rencontre du comité stratégique des opérations

Contexte

La rencontre du comité stratégique des opérations avec comme objectif de choisir des orientations stratégiques et des objectifs pour les enjeux et les catalyseurs choisis par le comité directeur. Pour ce faire, sept heures et trente minutes furent planifiées pour l'animation.

Recommandation

Une période plus longue est nécessaire pour atteindre les résultats souhaités. En effet, le temps ne fut pas suffisant pour que l'ensemble des participants puissent choisir une orientation et un objectif par enjeu/catalyseur. Quelques participants furent déçus, ce qui pourrait nuire à l'engagement des parties prenantes.

Par conséquent, un minimum de neuf heures et trente minutes devrait être accordé à cette animation durant la rencontre du comité stratégique des opérations.

2.5 Discuter de l'animation de la séance de travail du conseil d'administration avec la présidence du conseil

Contexte

La présidence du conseil d'administration a animé la séance de travail du conseil concernant l'élaboration de la planification stratégique au début du mois de décembre. Sa participation a été limitée par son rôle d'animation et il fut difficile de gérer le temps.

Recommandation

Considérant que chaque présidence de conseil d'administration a un style unique de leadership, l'animation de la séance de travail du conseil devrait être discutée à l'avance avec celle-ci afin de déterminer sa préférence. Les consultants pourraient assurer l'animation de la rencontre.

2.6 Impliquer l'équipe de leadership et leur faire des mises à jour régulières

Contexte

L'équipe de leadership a participé à trois rencontres lors de l'élaboration de la planification stratégique :

- En septembre, pour présenter la démarche et valider les forces, faiblesses, opportunités et menaces;
- En octobre, avec le comité stratégique des opérations pour choisir les orientations et priorités;
- En décembre, avec le conseil d'administration pour peaufiner la planification stratégique à la lumière des commentaires des consultations.

Recommandation

L'implication de l'équipe de leadership à plusieurs étapes assurerait l'engagement de cette équipe dans l'élaboration de la planification stratégique et, possiblement, dans sa mise en œuvre. La mise à jour régulière de l'évolution de l'élaboration la planification auprès des diverses parties prenantes assurerait la compréhension continue des résultats visés.

2.7 Maintenir la participation des patients partenaires

Contexte

Quatre membres du comité des patients partenaires ont participé à la rencontre du comité stratégique des opérations. Leurs contributions furent grandement appréciées par les participants.

Recommandation

La participation des patients partenaires au moment du prochain exercice de planification serait stratégique, non seulement pour bien cibler leurs besoins et les enjeux, mais également pour démontrer à toutes les autres parties prenantes la pertinence de cette collaboration pour le Réseau de santé Vitalité.

2.8 Prévoir l'accompagnement des consultants dans l'élaboration des indicateurs de rendement

Contexte

L'identification et le choix d'indicateurs pertinents pour le monitoring et l'évaluation de la planification stratégique sont critiques pour la mise en œuvre réussie de cette planification stratégique.

Recommandation

Le mandat des consultants lors du prochain exercice de planification stratégique devrait inclure l'accompagnement de l'équipe de leadership par les consultants à cette étape critique du processus d'élaboration. Cette étape se déroulerait au mois de janvier, à la suite de l'adoption de la planification stratégique par le conseil d'administration au mois de décembre.

3. Conclusion

Le processus d'élaboration de la planification stratégique 2020-2023 s'est globalement bien déroulé. La démarche était excellente, rigoureuse et les livrables étaient clairs. Le Réseau et le CLÉ sont satisfaits du résultat.

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 16 mars 2020

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

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

Proposé

Appuyé

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

Adoption

Soumis le 26 février 2020 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ DE GOUVERNANCE ET DE MISE EN CANDIDATURE	N° : CA-320
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur : 2020-04-
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2019-06-18
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le : 2020-04-
Établissement(s)/programme(s) :		

BUT

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

Composition et fonctionnement

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

Responsabilités

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

4. Voir à l'adoption d'un code de conduite et morale et à sa révision périodique. (Inclus au numéro 1)
5. Recruter et proposer la candidature des dirigeants et des présidents des comités du Conseil.
6. ~~Soumettre lors de l'assemblée annuelle la sélection pour la mise en nomination aux postes de vice-président et de trésorier, les membres de tous les comités du Conseil ainsi que les nominations à des postes au sein du Comité professionnel consultatif et du Comité médical consultatif, y compris les remplacements pour les postes devenus vacants avant la fin de leur mandat.~~ 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 Comité professionnel consultatif et du Comité médical consultatif, y compris pour le remplacement de postes devenus vacants avant la fin de leur mandat.
7. ~~Recommander au Conseil les modifications qu'il juge nécessaire d'apporter aux règlements administratifs du Réseau, incluant les règlements administratifs médicaux.~~
8. S'acquitter de toute autre fonction que peut lui confier le Conseil.

Rapport

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

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

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 16 mars 2020

Objet : **Mandat du Comité consultatif des patients et des familles**

Vous trouverez ci-joint la politique et procédure « Mandat du Comité consultatif des patients et des familles » CA-XXX pour avis et approbation.

Proposé

Appuyé

Et résolu que la politique et procédure «Mandat du Comité consultatif des patients et des familles» soit approuvée telle que présentée.

Adoption

Soumis le 28 janvier 2020 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	MANDAT DU COMITÉ CONSULTATIF DES PATIENTS ET DES FAMILLES	N° : CA-XXX
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur : 2020-04-XX
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le : 2020-04-XX
Établissement(s)/Programme(s) : Ébauche 2019-09-11 BIL		

BUTS

1. Travailler en étroite collaboration avec la direction du Réseau de santé Vitalité afin de promouvoir et de soutenir une culture de soins centrés sur les patients et les familles.
2. Offrir des conseils et participer à la surveillance et à l'évaluation en ce qui concerne le travail entrepris pour améliorer l'expérience des patients et les soins centrés sur les patients et les familles.

RESPONSABILITÉS

1. Offrir une orientation et des conseils relativement aux objectifs, aux politiques et aux pratiques visant l'amélioration des soins centrés sur les patients et les familles.
2. Participer à l'établissement des priorités et des projets en matière d'amélioration de l'expérience des patients.
3. Participer à l'élaboration et à la révision des divers outils destinés aux patients et aux familles (p. ex. dépliants, formulaires, matériel d'enseignement, etc.).
4. Promouvoir la collaboration entre le personnel, les médecins et l'ensemble de la collectivité dans le but d'accroître la participation des patients et des familles à la planification et à la prestation des soins dans l'ensemble du Réseau.
5. Faire des suggestions et donner de la rétroaction sur l'élaboration des pratiques, des politiques, des programmes et de l'enseignement/orientation à l'échelle de l'organisation, des programmes/services ou des unités.
6. Passer en revue l'enseignement et les stratégies de communication concernant les soins centrés sur les patients et les familles et donner de la rétroaction sur ceux-ci.
7. Participer à titre de partenaire communautaire ou assurer une représentation dans la planification et le fonctionnement de comités et/ou de programmes précis dans l'ensemble du Réseau au besoin.
8. Faire des suggestions en ce qui concerne une évaluation annuelle des partenaires de l'expérience patient au sein du Réseau.

COMPOSITION

Le comité est composé de huit partenaires de l'expérience patient provenant de différentes régions sur l'ensemble du territoire desservi par le Réseau

Le comité est présidé par un partenaire de l'expérience patient.

Le vice-président du comité est également un partenaire de l'expérience patient.

Le président-directeur général du Réseau, le président du Conseil d'administration et le vice-président – Performance, Qualité et Services généraux sont membres d'office.

D'autres membres du personnel du Réseau peuvent être invités à assister au besoin.

DURÉE DU MANDAT

Le mandat est d'une durée de deux ans et il peut être renouvelé pour une durée maximale de quatre ans. Les mandats sont organisés de manière à ce qu'ils se chevauchent pour assurer une cohérence dans la composition.

Le mandat des membres du comité, incluant celui du président et du vice-président, est approuvé annuellement par le Conseil d'administration par l'entremise du Comité de gouvernance et de mise en candidature.

QUORUM

50 % des membres du comité + 1.

Le consensus est la méthode de choix pour la prise de décisions. Au besoin, une simple majorité de 50 % + 1 est utilisée.

RÉUNIONS ET PROCÈS-VERBAUX

Le comité se rencontre au moins quatre fois par année et à la demande du président. La majorité des réunions ont lieu par vidéoconférence. Des déplacements peuvent avoir lieu à l'occasion.

Les procès-verbaux sont rédigés et ils sont distribués à tous les membres du comité.

RAPPORT HIÉRARCHIQUE

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

Le président du comité siège au Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité à titre de membre d'office.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les membres du comité doivent divulguer avant chaque réunion tout conflit d'intérêts réel, apparent ou éventuel et, au besoin, se retirer des délibérations et des décisions du comité.

DÉPENSES

Les frais de déplacement, d'hébergement et de repas et les autres dépenses acceptées sont remboursés conformément aux directives provinciales sur les déplacements.

RENSEIGNEMENTS PERTINENTS SUPPLÉMENTAIRES

Conditions pour être partenaire de l'expérience patient

- Être un patient ou un membre de la famille qui a eu de nombreux ou récents contacts avec le Réseau.
- Manifester un intérêt sincère pour le travail avec un groupe en vue d'améliorer l'expérience des patients dans l'ensemble du Réseau.
- Respecter la vie privée et signer une déclaration de confidentialité.
- Être en mesure de se rendre aux réunions ou d'y assister par téléconférence tout en demeurant membre actif.
- Démontrer une compréhension des rôles et des responsabilités du comité.
- Pouvoir travailler de façon constructive avec l'équipe de leadership, les médecins et les membres du personnel du Réseau et le comité.

Exigences générales pour le partenaire de l'expérience patient

- Se présenter à une entrevue de présélection.
- Participer à une séance d'orientation et suivre les formations obligatoires.
- Suivre avec succès les étapes de filtrage des bénévoles.

Responsabilités du président

- Convoquer et présider les réunions.
- Établir l'ordre du jour de chaque réunion.
- Passer en revue les procès-verbaux des réunions.
- Communiquer avec les membres du comité.
- Collaborer au besoin avec les directeurs, les gestionnaires et d'autres personnes à des questions relatives aux soins centrés sur les patients et les familles.
- Représenter le comité et parler en son nom à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation à la demande de l'équipe de leadership.
- Voter en cas d'égalité des voix.

Note d'information

Point 5.6

Nom du comité : Comité de gouvernance et de mise en candidature

Date : 16 mars 2020

Objet : Résultats de l'auto-évaluation des normes de gouvernance et du sondage sur le fonctionnement de la gouvernance

Décision recherchée

Les résultats de l'auto-évaluation des normes de gouvernance et du sondage sur le fonctionnement de la gouvernance sont soumis à l'attention du Comité de gouvernance et de mise en candidature pour discussion et information.

Contexte/problématique

Dans le cadre de la démarche d'agrément et en prévision de la prochaine visite qui aura lieu en juin 2021, les membres du Conseil d'administration ont été invités à compléter l'auto-évaluation des normes d'agrément en lien avec la gouvernance ainsi qu'un sondage sur le fonctionnement de la gouvernance.

L'exercice d'auto-évaluation des normes portant sur la gouvernance ainsi que le sondage sur le fonctionnement de la gouvernance, s'est déroulé du 20 décembre 2019 au 17 janvier 2020. Quatorze (14) membres du Conseil d'administration ont participé à l'auto-évaluation et quinze (15) membres ont complété le sondage.

Vous trouverez ci-joint les détails des résultats de l'auto-évaluation des normes de gouvernance et du sondage sur le fonctionnement de la gouvernance.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

- Globalement, les résultats sont positifs, car 86.8 % des répondants ont indiqué un niveau élevé de conformité aux normes de gouvernance et 9.8 % un niveau de conformité pauvre. Les non-conformités ressorties sont en lien avec le développement du profil de poste et l'élection du PDG, le cycle de renouvellement des membres permettant une continuité, un plan de relève pour le PDG et un plan de gestion du personnel talentueux.
- Au niveau du sondage sur le fonctionnement de la gouvernance, 74.1 % des membres ont manifesté un niveau de conformité élevé et 18.7 % un niveau de conformité pauvre. Les non-conformités se situent au niveau des rôles et responsabilités des sous-comités, de la fréquence des réunions, du processus de prise de décision, la contribution et la gestion du rendement des membres, les critères de sélection des nouveaux membres, la qualité des soins et la sécurité des usagers.
- Un plan d'action sera développé en tenant compte des résultats de la visite d'agrément en 2017, de l'état actuel de l'auto-évaluation et des résultats du sondage. Le plan sera déposé à la prochaine réunion du Comité de gouvernance et de mise en candidature pour discussion et approbation.
- Une formation sur l'Agrément en lien avec les normes de gouvernance est prévue à la prochaine réunion du Conseil d'administration le 7 avril 2020.

Note d'information

Considérations importantes

Lors de la visite d'Agrément, le Conseil devra démontrer qu'il y a des mécanismes en place appuyés de preuves, afin de minimiser les répercussions suivantes.

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	L'éthique est essentielle dans la définition des rôles et responsabilités des membres du CA et du fonctionnement efficace du CA
Qualité et sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le CA doit appuyer une culture de sécurité et d'amélioration continue de la qualité. Il doit également rendre compte et atteindre des résultats durables.
Partenariats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Le CA doit démontrer qu'il renforce ses relations avec les parties prenantes et la communauté.
Gestion des risques (analyse légale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Le CA doit mettre des mécanismes en place pour gérer les risques organisationnels.
Allocation des ressources (analyse financière)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Le CA doit mettre en place des mécanismes pour allouer les ressources selon les besoins identifiés et les orientations stratégiques.
Impacts politiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Le CA doit agir dans le meilleur intérêt du Réseau, de sa mission, vision et de son mandat.
Réputation et communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Le CA doit adhérer à des principes de transparence et d'imputabilité et de préserver une image positive du Réseau.

Suivi à la décision

- Poursuivre la démarche d'agrément et les préparatifs pour la visite de 2021.
- Suivre la mise en œuvre du plan d'action et rendre compte de l'état de progression des travaux au Comité de gouvernance et de mise en candidature.

Proposition et résolution

Ne s'applique pas dans ce contexte ici.

Soumis le 4 mars 2020 par Gisèle Beaulieu, VP Performance et Qualité.

Sections de normes	Vert	Jaune	Rouge	Total	POR
Fonctionner efficacement en tant que conseil d'administration					
1.0 Les rôles, les responsabilités et les obligations légales du conseil d'administration sont définis et respectés.	6			6	
2.0 Les membres qui composent le conseil d'administration lui permettent de remplir son rôle.	7	2	2	11	
3.0 Il existe un processus établi et efficace pour la prise de décisions.	6			6	
Définir clairement l'orientation de l'organisme					
4.0 Pour élaborer l'énoncé de mission de l'organisme, le conseil d'administration collabore avec le personnel d'encadrement.	4			4	
5.0 Le conseil d'administration définit les valeurs de l'organisme et les prend en exemple.	4	1		5	
6.0 Le conseil d'administration supervise un processus de planification stratégique pour élaborer la vision de l'organisme, ainsi que pour établir son plan, ses buts et ses objectifs stratégiques.	3			3	
Appuyer l'organisme pour qu'il réalise son mandat					
7.0 Le conseil d'administration recrute, sélectionne et évalue le DG, et lui accorde son soutien, et s'assure que le plan de gestion du personnel talentueux de l'organisme est en place.	4	1	4	9	
8.0 Le conseil d'administration supervise un processus pour l'octroi et le renouvellement des privilèges des prestataires de soins de santé.	5			5	
9.0 Le conseil d'administration dispose d'un système efficace de planification et de contrôle des finances qui contribue à l'atteinte des buts et des objectifs stratégiques.	9			9	
10.0 Le conseil d'administration favorise et appuie une culture axée sur la sécurité des usagers dans l'ensemble de l'organisme.	4	1		5	
Rendre compte et atteindre des résultats durables					
11.0 Le conseil d'administration renforce les relations avec les parties prenantes et la communauté.	7			7	
12.0 En collaboration avec le DG, le conseil d'administration réduit les risques qui menacent l'organisme et encourage une amélioration continue de la qualité	11	1		12	12.1
13.0 Le conseil d'administration évalue régulièrement son rendement global et celui de chacun de ses membres.	9			9	
Total	79	6	6	91	1

! Critères à priorité élevé	Nombre	Vert	Jaune	Rouge	Total
Fonctionner efficacement en tant que conseil d'administration	12	10	1	1	12
Définir clairement l'orientation de l'organisme	7	6	1	0	7
Appuyer l'organisme pour qu'il réalise son mandat	20	16	1	3	20
Rendre compte et atteindre des résultats durables	10	10	0	0	10
Total	49	42	3	4	49

#	Critères	Résultats 2015	Résultats 2020	Tout à fait d'accord #	Tout à fait d'accord %	D'accord #	D'accord %	Neutre #	Neutre %	Pas d'accord #	Pas d'accord %	Pas du tout d'accord #	Pas du tout d'accord %	Je ne sais pas #	S.O. #	N
1.0 Les rôles, les responsabilités et les obligations légales du conseil d'administration sont définis et respectés.																
1.1 !	Les rôles, les responsabilités et les obligations légales du conseil d'administration sont définis et respectés régulièrement.	J	V	5	38.5 %	7	53.8 %	1	7.7 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	13
1.2 !	Il existe des documents écrits où sont définis les rôles et les responsabilités du conseil d'administration, ainsi que la façon dont il assume ces rôles et ces responsabilités.	V	V	7	53.8 %	6	46.2 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	13
1.3 !	Le conseil d'administration approuve, adopte et respecte le cadre conceptuel d'éthique utilisé par l'organisme.	V	V	8	61.5 %	5	38.5 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	13
1.4 !	Le conseil d'administration adopte un code d'éthique pour ses membres.	V	V	9	69.2 %	4	30.8 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	13

1.5	Il existe un processus pour élaborer les règlements et les politiques du conseil d'administration et pour les mettre à jour régulièrement.	V	V	7	53.8 %	6	46.2 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	13
1.6	Les règlements et les politiques du conseil d'administration sont conformes à son mandat, à ses rôles, à ses responsabilités, à ses obligations redditionnelles et au cadre d'éthique de l'organisme.	V	V	7	53.8 %	6	46.2 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	13
2.0 Les membres qui composent le conseil d'administration lui permettent de remplir son rôle.																
2.1	La formation, l'expérience et les compétences nécessaires pour assurer une gestion efficace sont déterminées.	J	J	3	21.4 %	7	50.0 %	0	0.0 %	4	28.6 %	0	0.0 %	0	0	14
2.2	Il existe des mécanismes pour obtenir les avis et les commentaires des usagers et de leur famille, et en tenir compte.	J	V	3	21.4 %	9	64.3 %	0	0.0 %	2	14.3 %	0	0.0 %	0	0	14
2.3	Le conseil d'administration compte des usagers parmi ses membres, lorsque c'est possible.	R	J	2	14.3 %	7	50.0 %	1	7.1 %	4	28.6 %	0	0.0 %	0	0	14
2.4	Il existe un processus documenté et respecté pour l'élection ou la nomination du président du conseil d'administration.	J	R	2	16.7 %	4	33.3 %	0	0.0 %	3	25.0 %	3	25.0 %	0	1	13

2.5 !	Les rôles et les responsabilités du président sont précisés dans un profil de poste, un mandat ou des règlements.	V	V	4	28.6 %	9	64.3 %	0	0.0 %	1	7.1 %	0	0.0 %	0	0	14
2.6	Il existe des critères écrits et un processus établi pour le recrutement et la sélection des nouveaux membres du conseil d'administration.	V	V	2	14.3 %	9	64.3 %	1	7.1 %	1	7.1 %	1	7.1 %	0	0	14
2.7	Les nouveaux membres du conseil d'administration reçoivent une orientation avant de participer à leur première réunion.	V	V	6	42.9 %	7	50.0 %	0	0.0 %	1	7.1 %	0	0.0 %	0	0	14
2.8 !	Chaque membre du conseil d'administration signe une déclaration qui permet de reconnaître ses rôles et ses responsabilités, dont les attentes liées à ce poste et les obligations légales.	V	V	8	57.1 %	6	42.9 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	14
2.9	Les membres du conseil d'administration reçoivent de la formation continue qui les aide à remplir les rôles et les responsabilités qui leur sont propres, de même que ceux de l'ensemble du conseil d'administration.	J	V	4	28.6 %	9	64.3 %	0	0.0 %	1	7.1 %	0	0.0 %	0	0	14

2.10	Les politiques ou les règlements du conseil d'administration qui portent sur sa composition traitent de la durée et des limites du mandat, des exigences en matière de participation, ainsi que de la rétribution.	V	V	4	28.6 %	9	64.3 %	1	7.1 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	14
2.11 !	Le cycle de renouvellement des membres du conseil d'administration favorise l'ajout de nouveaux membres tout en assurant un équilibre avec le nombre de membres expérimentés afin d'appuyer la continuité de la mémoire de l'organisme et la prise de décision.	J	R	0	0.0 %	7	50.0 %	0	0.0 %	7	50.0 %	0	0.0 %	0	0	14
3.0 Il existe un processus établi et officiel pour la prise de décisions.																
3.1 !	Le conseil d'administration se sert du cadre conceptuel d'éthique et de critères éclairés par des données probantes pour le guider dans ses décisions.	V	V	5	38.5 %	7	53.8 %	0	0.0 %	1	7.7 %	0	0.0 %	0	0	13
3.2	Les points qui exigent une prise de décision conjointe avec le gouvernement, les bailleurs de fonds et d'autres organismes de santé sont déterminés.	J	V	1	7.7 %	9	69.2 %	0	0.0 %	3	23.1 %	0	0.0 %	0	0	13
3.3	L'information requise appuyant la prise de décisions est mise à la disposition du conseil d'administration qui peut facilement y accéder.	V	V	4	30.8 %	7	53.8 %	1	7.7 %	1	7.7 %	0	0.0 %	0	0	13

3.4 !	Le conseil d'administration dispose de processus pour surveiller les fonctions liées à la vérification et aux finances, à la qualité et à la sécurité, ainsi qu'à la gestion du personnel talentueux.	V	V	7	53.8 %	6	46.2 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	13
3.5 !	Le conseil d'administration reçoit l'information et les documents requis suffisamment à l'avance pour se préparer aux réunions et à la prise de décisions.	V	V	6	46.2 %	6	46.2 %	0	0.0 %	1	7.7 %	0	0.0 %	0	0	13
3.6	Le conseil d'administration reçoit le type d'information qu'il reçoit afin de déterminer si elle l'aidera à bien remplir son rôle.	V	V	3	23.1 %	8	61.5 %	1	7.7 %	1	7.7 %	0	0.0 %	0	0	13
4.0 Pour élaborer l'énoncé de mission de l'organisme, le conseil d'administration collabore avec le personnel d'encadrement.																
4.1 !	Le conseil d'administration travaille en collaboration avec le personnel d'encadrement de l'organisme pour élaborer l'énoncé de mission de l'organisme.	V	V	6	46.2 %	7	53.8 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	13
4.2	Lors de l'élaboration ou de la mise à jour de l'énoncé de mission, les membres de l'équipe et les parties prenantes externes, y compris les usagers, leur famille et les partenaires, sont consultés.	V	V	5	38.5 %	8	61.5 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	13

4.3	Le gouvernement ou les actionnaires de l'organisme sont régulièrement consultés afin de confirmer la pertinence du mandat et des services de base de l'organisme, de même que pour avoir une même compréhension des attentes en matière de rendement.	J	V	2	16.7 %	9	75.0 %	0	0.0 %	1	8.3 %	0	0.0 %	0	1	13
4.4	La mission de l'organisme est revue et mise à jour régulièrement pour tenir compte des changements dans le milieu, dans l'étendue des services ou dans le mandat.	J	V	6	46.2 %	5	38.5 %	1	7.7 %	1	7.7 %	0	0.0 %	0	0	13
5.0 Le conseil d'administration définit les valeurs de l'organisme et les prend en exemple.																
5.1 !	Le conseil d'administration travaille de concert avec le personnel d'encadrement de l'organisme pour définir les valeurs ou les mettre à jour.	V	V	6	46.2 %	7	53.8 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	13
5.2	Le conseil d'administration collabore avec le personnel d'encadrement de l'organisme pour consulter les membres de l'équipe, les usagers et leur famille afin de définir ou de mettre à jour l'énoncé des valeurs de l'organisme.	J	V	6	46.2 %	7	53.8 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	13

5.3 !	Le conseil d'administration s'occupe de la supervision des efforts de l'organisme visant à établir des partenariats constructifs avec les usagers et leur famille.	J	J	5	38.5 %	4	30.8 %	0	0.0 %	4	30.8 %	0	0.0 %	0	0	13
5.4 !	Le conseil d'administration surveille et évalue les initiatives de l'organisme pour élaborer et maintenir une culture de soins centrés sur les usagers et leur famille.	V	V	5	38.5 %	5	38.5 %	0	0.0 %	3	23.1 %	0	0.0 %	0	0	13
5.5	Le conseil d'administration dispose d'un processus officiel lui permettant de comprendre, de cerner, de déclarer et de résoudre les conflits d'intérêts.	V	V	6	46.2 %	7	53.8 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	13
6.0 Le conseil d'administration supervise un processus de planification stratégique pour élaborer la vision de l'organisme, ainsi que pour établir son plan, ses buts et ses objectifs stratégiques.																
6.1 !	Le conseil d'administration supervise le processus de planification stratégique et guide le personnel d'encadrement de l'organisme dans l'élaboration et la mise à jour de la vision et du plan stratégique de l'organisme.	V	V	6	46.2 %	7	53.8 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	13
6.2 !	Le conseil d'administration, en consultation avec le personnel d'encadrement de l'organisme, détermine les délais nécessaires pour atteindre les buts et les objectifs stratégiques, ainsi que les personnes qui assument cette responsabilité.	V	V	5	38.5 %	7	53.8 %	0	0.0 %	1	7.7 %	0	0.0 %	0	0	13

6.3 !	Le conseil d'administration collabore avec le personnel d'encadrement de l'organisme pour effectuer une analyse continue du milieu en vue de cerner les changements et les nouveaux défis, et s'assurer que son plan, ses buts et ses objectifs stratégiques sont ajustés en conséquence.	V	V	5	38.5 %	6	46.2 %	0	0.0 %	2	15.4 %	0	0.0 %	0	0	13	
7.0 Le conseil d'administration recrute, sélectionne et évalue le DG, et lui accorde son soutien, et s'assure que le plan de gestion du personnel talentueux de l'organisme est en place.																	
7.1 !	Le conseil d'administration supervise le recrutement et la sélection du DG.	J	R	0	0.0 %	2	16.7 %	3	25.0 %	3	25.0 %	4	33.3 %	0	1	13	
7.2	Le conseil d'administration se conforme à une politique sur la rémunération du DG.	J	J	4	30.8 %	5	38.5 %	1	7.7 %	2	15.4 %	1	7.7 %	0	0	13	
7.3 !	Le conseil d'administration élabore et met à jour le profil de poste du DG.	R	R	2	15.4 %	4	30.8 %	1	7.7 %	4	30.8 %	2	15.4 %	0	0	13	
7.4	Avec la participation du DG, le conseil d'administration définit les objectifs de rendement du DG et les revoit annuellement.	V	V	3	23.1 %	9	69.2 %	0	0.0 %	1	7.7 %	0	0.0 %	0	0	13	
7.5	Le conseil d'administration favorise le perfectionnement professionnel du DG et s'engage à fournir les ressources nécessaires à cette fin.	V	V	3	23.1 %	7	53.8 %	1	7.7 %	1	7.7 %	1	7.7 %	0	0	13	

7.6 !	Le conseil d'administration dispose d'un mécanisme lui permettant de recevoir des mises à jour et des rapports du DG.	V	V	4	30.8 %	9	69.2 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	13
7.7	Le conseil d'administration, avec la participation du personnel d'encadrement de l'organisme, évalue chaque année le rendement et les réalisations du DG.	J	V	5	38.5 %	6	46.2 %	0	0.0 %	1	7.7 %	1	7.7 %	0	0	13
7.8	Le conseil d'administration dispose d'un plan pour la relève du DG.	R	R	1	8.3 %	4	33.3 %	2	16.7 %	4	33.3 %	1	8.3 %	1	0	13
7.9 !	Le conseil d'administration supervise l'élaboration du plan de gestion du personnel talentueux de l'organisme.	R	R	2	16.7 %	4	33.3 %	1	8.3 %	4	33.3 %	1	8.3 %	1	0	13
8.0 Le conseil d'administration supervise un processus pour l'octroi et le renouvellement des privilèges des prestataires de soins de santé.																
8.1 !	Un processus documenté d'octroi de privilège est respecté.	V	V	6	46.2 %	7	53.8 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	13
8.2 !	L'organisme suit un processus documenté pour examiner et évaluer le rendement des professionnels des soins de santé auxquels des privilèges ont été octroyés.	V	V	4	33.3 %	8	66.7 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	1	0	13

8.3 !	Un processus documenté est suivi pour l'examen et le renouvellement réguliers des privilèges (y compris des processus pour l'ajout ou la modification de privilèges).	V	V	5	38.5 %	8	61.5 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	13
8.4 !	Un processus documenté permet de régler tout problème de rendement des professionnels des soins de santé qui détiennent des privilèges.	V	V	4	30.8 %	9	69.2 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	13
8.5 !	Le conseil d'administration s'assure que les processus documentés pour l'appel de décisions concernant les privilèges sont suivis.	V	V	3	23.1 %	10	76.9 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	13
9.0 Le conseil d'administration dispose d'un système efficace de planification et contrôle des finances qui contribue à l'atteinte des buts et des objectifs stratégiques.																
9.1 !	Le conseil d'administration approuve les budgets d'immobilisations et d'exploitation de l'organisme.	V	V	7	53.8 %	6	46.2 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	13
9.2 !	Le conseil d'administration veille à l'intégrité des états financiers de l'organisme, des contrôles internes et des systèmes d'information financière.	V	V	6	46.2 %	7	53.8 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	13

9.3 !	Le conseil d'administration revoit le rendement financier de l'organisme dans le cadre du plan stratégique et des secteurs de rendement principaux tels que l'utilisation des ressources, les risques et la sécurité.	V	V	6	46.2 %	6	46.2 %	1	7.7 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	13
9.4 !	Le conseil d'administration revoit et approuve les placements de capitaux de l'organisme et les achats d'équipement qui sont importants.	V	V	5	38.5 %	7	53.8 %	0	0.0 %	0	0.0 %	1	7.7 %	0	0	13
9.5 !	Le conseil d'administration supervise les décisions relatives à l'allocation des ressources dans le cadre du cycle régulier de planification.	V	V	4	30.8 %	7	53.8 %	0	0.0 %	1	7.7 %	1	7.7 %	0	0	13
9.6 !	Lorsqu'il étudie et approuve les décisions relatives à l'allocation des ressources, le conseil d'administration évalue les risques et les avantages que cela comporte pour l'organisme.	V	V	4	30.8 %	6	46.2 %	1	7.7 %	1	7.7 %	1	7.7 %	0	0	13
9.7 !	Lorsqu'il approuve les décisions concernant l'allocation des ressources, le conseil d'administration évalue les répercussions possibles de la décision sur la qualité, la sécurité et l'expérience de l'utilisateur.	V	V	5	38.5 %	5	38.5 %	1	7.7 %	1	7.7 %	1	7.7 %	0	0	13

9.8	Le conseil d'administration prévoit les besoins d'ordre financier et les risques potentiels de l'organisme, et il élabore des plans d'intervention pour y répondre.	V	V	5	41.7 %	4	33.3 %	1	8.3 %	1	8.3 %	1	8.3 %	0	0	12
9.9	Le conseil d'administration donne suite aux recommandations émises dans les rapports financiers et à celles provenant du DG et du personnel d'encadrement de l'organisme.	V	V	5	41.7 %	6	50.0 %	1	8.3 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	12
10.0 Le conseil d'administration favorise et appuie une culture axée sur la sécurité des usagers dans l'ensemble de l'organisme.																
10.1	Le conseil d'administration adopte une stratégie écrite pour l'organisme axée sur la sécurité des usagers.	V	V	4	30.8 %	8	61.5 %	1	7.7 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	13
10.2	Le conseil d'administration surveille les mesures de sécurité des usagers qui touchent l'ensemble de l'organisme.	V	V	4	30.8 %	8	61.5 %	1	7.7 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	13
10.3	Le conseil d'administration donne suite aux recommandations émises dans les rapports trimestriels de l'organisme sur la sécurité des usagers.	V	V	3	23.1 %	10	76.9 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	13

10.4 !	Le conseil d'administration revoit régulièrement la fréquence et la gravité des incidents liés à la sécurité, et il utilise l'information pour saisir les tendances, les questions entourant la sécurité des usagers et de l'équipe, de même que les possibilités d'amélioration.	V	V	3	23.1 %	9	69.2 %	1	7.7 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	13
10.5 !	Le conseil d'administration entend souvent des usagers et des familles parler de leurs incidents liés à la qualité et à la sécurité.	V	J	1	7.7 %	7	53.8 %	1	7.7 %	4	30.8 %	0	0.0 %	0	0	13
11.0 Le conseil d'administration renforce les relations avec les parties prenantes et la communauté.																
11.1	Le conseil d'administration travaille en collaboration avec le DG pour identifier les parties prenantes, et s'informer sur leurs caractéristiques, leurs priorités, leurs intérêts, leurs activités et leur capacité d'influer sur l'organisme.	V	V	3	23.1 %	8	61.5 %	0	0.0 %	2	15.4 %	0	0.0 %	0	0	13
11.2	En consultation avec le DG, le conseil d'administration anticipe et évalue les intérêts et les besoins des parties prenantes, et y répond.	J	V	1	7.7 %	10	76.9 %	0	0.0 %	2	15.4 %	0	0.0 %	0	0	13
11.3	Le conseil d'administration collabore avec le DG pour établir, mettre en oeuvre et évaluer un plan de communication pour l'organisme.	J	V	3	23.1 %	9	69.2 %	1	7.7 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	13

11.4	Le plan de communication comprend des stratégies visant à transmettre les principaux messages aux usagers et à leur famille, aux membres de l'équipe, aux parties prenantes et à la communauté.	V	V	3	23.1 %	9	69.2 %	1	7.7 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	13
11.5	Le conseil d'administration fait la promotion de l'organisme et démontre la valeur de ses services aux parties prenantes et à la communauté.	V	V	4	30.8 %	7	53.8 %	0	0.0 %	2	15.4 %	0	0.0 %	0	0	13
11.6	Le conseil d'administration consulte régulièrement les parties prenantes et la communauté au sujet de l'organisme et de ses services, et il les encourage à donner leur avis.	V	V	4	30.8 %	6	46.2 %	0	0.0 %	3	23.1 %	0	0.0 %	0	0	13
11.7	Le conseil d'administration, en collaboration avec le personnel d'encadrement de l'organisme, communique des rapports au sujet du rendement et de la qualité des services de l'organisme aux équipes, aux usagers et à leur famille, aux communautés recevant des services et aux autres parties prenantes.	V	V	4	30.8 %	7	53.8 %	0	0.0 %	2	15.4 %	0	0.0 %	0	0	13

12.0 En collaboration avec le DG, le conseil d'administration réduit les risques qui menacent l'organisme et encourage une amélioration continue de la qualité.

PRATIQUE ORGANISATIONNELLE REQUISE : Le conseil d'administration démontre qu'il assume ses responsabilités en ce qui a trait à la qualité des soins dispensés par l'organisme.

12.1.1	Le conseil d'administration connaît les principes clés de la qualité et de la sécurité. L'organisme y voit en recrutant des membres qui ont des connaissances à ce sujet ou en offrant de la formation.	V	V	5	38.5 %	6	46.2 %	1	7.7 %	1	7.7 %	0	0.0 %	0	0	13
12.1.2	La qualité est un point permanent de l'ordre du jour de toutes les rencontres régulières du conseil d'administration.	V	V	6	46.2 %	7	53.8 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	13
12.1.3	Les indicateurs clés propres au système qui seront utilisés pour mesurer le rendement en matière de qualité de l'organisme sont déterminés.	V	V	4	30.8 %	9	69.2 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	13
12.1.4	Au moins une fois par trimestre, le rendement en matière de qualité de l'organisme est examiné et évalué par rapport aux buts et aux objectifs convenus.	V	V	4	30.8 %	9	69.2 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	13
12.1.5	L'information au sujet du rendement en matière de qualité de l'organisme est utilisée pour prendre des décisions concernant l'allocation des ressources et pour établir les priorités et attentes.	V	V	3	23.1 %	8	61.5 %	1	7.7 %	1	7.7 %	0	0.0 %	0	0	13

12.1.6 	Dans le cadre de leur évaluation du rendement, les membres de la haute direction qui relèvent du conseil d'administration (p. ex., le PDG, le directeur général, le médecin-chef) sont tenus responsables du rendement en matière de qualité de l'organisme.	V	V	4	33.3 %	8	66.7 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	12
12.2 	Pour élaborer un plan intégré d'amélioration de la qualité, le conseil d'administration collabore avec le DG et le personnel d'encadrement.	V	V	4	33.3 %	7	58.3 %	1	8.3 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	12
12.3 	Le conseil d'administration veille à ce qu'une méthode intégrée de gestion des risques et des plans de secours soient en place.	J	V	4	33.3 %	7	58.3 %	1	8.3 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	12
12.4	Le conseil d'administration reçoit des rapports sommaires sur les plaintes des usagers et de leur famille soumises à l'organisme.	V	V	3	25.0 %	7	58.3 %	0	0.0 %	1	8.3 %	1	8.3 %	0	0	12
12.5	Le conseil d'administration évalue les stratégies de l'organisme visant à s'occuper du cheminement de l'utilisateur et des variations dans les demandes de services, et il y contribue.	J	J	3	25.0 %	5	41.7 %	0	0.0 %	3	25.0 %	1	8.3 %	0	0	12

12.6	Le conseil d'administration favorise l'apprentissage à partir de résultats, la prise de décisions fondées sur la recherche et les données probantes, et l'amélioration continue de la qualité pour l'organisme et le conseil d'administration.	V	V	4	36.4 %	6	54.5 %	1	9.1 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	11
12.7	Le conseil d'administration démontre son engagement à reconnaître les membres de l'équipe pour leur travail dans les activités d'amélioration de la qualité.	V	V	4	36.4 %	6	54.5 %	0	0.0 %	1	9.1 %	0	0.0 %	0	0	11
13.0 Le conseil d'administration évalue régulièrement son rendement global et celui de chacun de ses membres.																
13.1 !	Le conseil d'administration divulgue au public l'information sur ses processus de gouvernance, de prise de décisions et de rendement.	J	V	6	46.2 %	5	38.5 %	0	0.0 %	1	7.7 %	1	7.7 %	0	0	13
13.2 !	Les activités et les décisions du conseil d'administration sont consignées et archivées.	V	V	7	53.8 %	6	46.2 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	13
13.3 !	Le conseil d'administration communique les dossiers traitant de ses activités et de ses décisions à l'organisme.	V	V	7	53.8 %	6	46.2 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	13

13.9	Le conseil d'administration établit un rapport annuel de ses réalisations.	V	V	6	46.2 %	7	53.8 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0	13
13.10 !	Le conseil d'administration cerne les possibilités d'amélioration de son fonctionnement et leur donne suite.	J	V	4	30.8 %	7	53.8 %	1	7.7 %	1	7.7 %	0	0.0 %	0	0	13



Mesure de rendement: Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance

Janvier 2020 vs Janvier 2017

Questions	2017	2020	N	Pas du tout d'accord #	Pas du tout d'accord %	Pas d'accord #	Pas d'accord %	Neutre #	Neutre %	D'accord #	D'accord %	Tout à fait d'accord #	Tout à fait d'accord %	Sans objet #
1. Nous revoyons régulièrement les lois et les règlements applicables et nous nous assurons qu'ils soient respectés.	V	V	15	0	0.0%	0	0.0%	1	6.7%	9	60.0%	5	33.3%	0
2. Les politiques et les procédures de gouvernance qui définissent nos rôles et responsabilités sont bien documentées et sont systématiquement respectées.	V	V	15	0	0.0%	0	0.0%	1	6.7%	7	46.7%	7	46.7%	0
3. Les rôles et responsabilités des sous-comités doivent être mieux définis.	J	R	15	3	20.0%	4	26.7%	1	6.7%	1	6.7%	6	40.0%	0
4. À titre de conseil d'administration, nous ne prenons pas directement part aux questions relevant de la gestion.	V	V	15	0	0.0%	2	13.3%	0	0.0%	6	40.0%	7	46.7%	0
5. Les désaccords sont perçus comme une façon d'arriver à des solutions plutôt que comme une situation où il y a un gagnant et un perdant.	V	J	15	1	6.7%	3	20.0%	0	0.0%	5	33.3%	6	40.0%	0
6. Nos rencontres ont lieu assez fréquemment pour nous permettre de prendre des décisions en temps opportun.	V	R	15	3	20.0%	6	40.0%	2	13.3%	2	13.3%	2	13.3%	0
7. Les membres comprennent et assument leurs obligations légales, leurs rôles et responsabilités, ce qui comprend le travail lié aux activités des sous-comités (le cas échéant).	V	V	15	0	0.0%	1	6.7%	1	6.7%	5	33.3%	8	53.3%	0
8. Les membres arrivent aux rencontres prêts à participer à des discussions productives et à prendre des décisions réfléchies.	V	V	14	0	0.0%	3	21.4%	0	0.0%	3	21.4%	8	57.1%	1
9. Nos processus de gouvernance doivent davantage permettre de s'assurer que chacun participe à la prise de décisions.	R	R	15	0	0.0%	5	33.3%	0	0.0%	6	40.0%	4	26.7%	0
10. La composition de notre conseil d'administration contribue au fonctionnement optimal de la gouvernance et du leadership.	V	V	14	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	42.9%	8	57.1%	1
11. Les membres demandent à entendre les idées et les commentaires des autres et les écoutent.	V	V	15	1	6.7%	0	0.0%	0	0.0%	7	46.7%	7	46.7%	0
12. Nous sommes encouragés à participer à de la formation continue et à du perfectionnement professionnel.	V	V	15	0	0.0%	0	0.0%	2	13.3%	3	20.0%	10	66.7%	0
13. Il existe de bonnes relations de travail entre les membres.	V	V	14	0	0.0%	1	7.1%	0	0.0%	3	21.4%	10	71.4%	1
14. Il existe un processus pour établir les règlements et les politiques de l'organisme.	V	V	14	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	7	50.0%	7	50.0%	1
15. Nos règlements et nos politiques traitent de la confidentialité et des conflits d'intérêts.	V	V	14	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	14.3%	12	85.7%	1
16. Nous évaluons notre rendement par rapport à celui d'autres organismes semblables ou à des normes pancanadiennes.	V	J	15	0	0.0%	2	13.3%	2	13.3%	6	40.0%	5	33.3%	0
17. Les contributions des membres sont revues régulièrement.	V	J	15	0	0.0%	3	20.0%	1	6.7%	4	26.7%	7	46.7%	0

18. En tant qu'équipe, nous revoyons notre fonctionnement régulièrement et nous nous questionnons sur la façon dont nous pourrions améliorer nos processus de gouvernance.	V	J	15	1	6.7%	2	13.3%	1	6.7%	5	33.3%	6	40.0%	0
19. Il existe un processus pour améliorer l'efficacité individuelle lorsque le faible rendement d'un membre pose un problème.	R	R	15	1	6.7%	7	46.7%	3	20.0%	2	13.3%	2	13.3%	0
20. À titre de conseil d'administration, nous cernons régulièrement des possibilités d'amélioration et réalisons nos propres activités d'amélioration de la qualité.	V	V	15	1	6.7%	1	6.7%	1	6.7%	9	60.0%	3	20.0%	0
21. En tant que membres, nous avons besoin d'une meilleure rétroaction sur notre contribution aux activités du conseil d'administration.	R	R	14	1	7.1%	3	21.4%	1	7.1%	3	21.4%	6	42.9%	1
22. Nous recevons une formation continue sur la façon d'interpréter l'information sur notre rendement en matière de qualité et de sécurité des usagers.	J	V	15	0	0.0%	0	0.0%	3	20.0%	9	60.0%	3	20.0%	0
23. En tant que conseil d'administration, nous supervisons l'élaboration du plan stratégique de l'organisme.	V	V	15	0	0.0%	0	0.0%	1	6.7%	7	46.7%	7	46.7%	0
24. En tant que conseil d'administration, nous entendons parler d'usagers qui ont subi des préjudices pendant les soins.	V	J	15	1	6.7%	5	33.3%	0	0.0%	2	13.3%	7	46.7%	0
25. Les mesures de rendement dont nous assurons le suivi en tant que conseil d'administration nous permettent de bien comprendre le rendement de l'organisme.	V	V	15	0	0.0%	1	6.7%	0	0.0%	9	60.0%	5	33.3%	0
26. Nous recrutons, recommandons et sélectionnons activement de nouveaux membres en fonction des compétences particulières requises, des antécédents et de l'expérience.	J	J	13	1	7.7%	2	15.4%	3	23.1%	6	46.2%	1	7.7%	2
27. Nous n'avons pas suffisamment de critères explicites pour le recrutement et la sélection de nouveaux membres.	R	R	13	2	15.4%	4	30.8%	4	30.8%	3	23.1%	0	0.0%	2
28. Le renouvellement des membres est géré de façon appropriée en vue d'assurer la continuité du conseil d'administration.	J	J	15	2	13.3%	2	13.3%	1	6.7%	8	53.3%	2	13.3%	0
29. La composition de notre conseil d'administration nous permet de répondre aux besoins de nos partenaires et de la communauté.	V	V	15	1	6.7%	1	6.7%	0	0.0%	7	46.7%	6	40.0%	0
30. Des politiques écrites définissent clairement la durée et les limites des mandats des membres ainsi que la rétribution.	V	V	15	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	7	46.7%	8	53.3%	0
31. Nous revoyons notre propre structure, y compris la taille et la structure des sous-comités.	V	V	15	1	6.7%	1	6.7%	0	0.0%	6	40.0%	7	46.7%	0
32. Nous avons un processus pour élire ou nommer notre président.	R	J	13	2	15.4%	2	15.4%	1	7.7%	5	38.5%	3	23.1%	2
De façon générale, au cours des 12 derniers mois, dans quelle mesure jugez-vous que le conseil d'administration a réussi à susciter des améliorations à :	2017	2020	N	Faibles #	Faibles %	Correctes #	Correctes %	Bonnes #	Bonnes %	Très bonnes #	Très bonnes %	Excellentes #	Excellentes %	Sans objet #
33. La sécurité des usagers	V	R	15	0	0.0%	4	26.7%	4	26.7%	4	26.7%	3	20.0%	0
34. La qualité des soins	V	R	15	2	13.3%	4	26.7%	2	13.3%	4	26.7%	3	20.0%	0

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 16 mars 2020

Objet : Politique et procédure CA-205 – Code d'éthique

Le code d'éthique du Réseau a été révisé et approuvé à la réunion du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité le 18 septembre 2019 et entériné à la réunion du Conseil d'administration tenue le 8 octobre 2019.

Le code d'éthique est explicite et définit les droits et les responsabilités des patients ainsi que les responsabilités du Réseau de santé Vitalité et de ses intervenants. Le Réseau s'est engagé à respecter les principes et les règles en l'approuvant au Conseil d'administration et en s'assurant de son application.

La politique et procédure CA-205 « Code d'éthique » ci-jointe a donc été révisée, afin de l'arrimer avec le nouveau code d'éthique. Elle vous est présentée pour discussion et approbation.

Proposé

Appuyé

Et résolu que la politique et procédure CA-205 « Code d'éthique » soit approuvée telle que présentée.

Adoption

Soumis le 28 janvier 2020 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	CODE D'ÉTHIQUE	N° : CA-205
Section :	Orientation - Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur : 2020-04-
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2019-06-18
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le : 2020-04-
Établissement(s)/programme(s) :		

BUT

Définir les responsabilités des membres du Conseil d'administration (le « Conseil ») et du président-directeur général (le « PDG ») envers le code d'éthique du Réseau.

POLITIQUE

1. Tous les membres du Conseil doivent recevoir une copie du code d'éthique du Réseau en début de mandat et subséquemment en cours de mandat lorsque celui-ci est révisé.
2. Les membres du Conseil doivent supporter le [code d'éthique](#) du Réseau (RP-117B).
3. Le PDG doit mettre en place toute structure, toute campagne de promotion, tout processus ou toute directive permettant la mise en œuvre du Code d'éthique du Réseau de santé Vitalité.
4. Le PDG doit soumettre au Conseil des rapports périodiques faisant état de la situation de la question éthique au sein du Réseau, incluant des mesures correctrices, le cas échéant. Il doit également signaler au Conseil tout manquement au code d'éthique et les mesures prises à cet effet.

Dispositions générales

~~Ce code d'éthique définit les droits et les responsabilités des patients ainsi que les responsabilités du Réseau de santé Vitalité (le « Réseau ») et de ses intervenants. Le Réseau s'engage à respecter les principes et les règles énoncés dans ce code.~~

~~Les principes de base en éthiques endossés par le Réseau sont :~~

- ~~• la dignité humaine~~
- ~~• l'autonomie~~
- ~~• la bienfaisance~~

- l'équité

Le patient est la raison d'être du Réseau et ce dernier s'engage à :

- le traiter avec respect et dignité en tenant compte de son autonomie, de ses besoins et de ses valeurs;
- lui donner des soins et des services avec douceur, courtoisie et compassion;
- reconnaître l'importance de sa participation dans ses traitements et de le tenir informer;
- le considérer comme citoyen à part entière, c'est-à-dire, comme ayant des droits, des moyens pour les faire respecter, et aussi des responsabilités.

Le Réseau veut répondre aux besoins du patient et s'engage à :

- maintenir à jour l'expertise de ses intervenants;
- offrir des soins et des services de qualité;
- faire en sorte que ses intervenants respectent ce code d'éthique et leurs codes de déontologie.

Droits du patient

Droit à des soins et des services

Le patient a le droit à des soins et des services de santé de qualité dans un milieu sécuritaire et dans la langue officielle de son choix.

Le patient a le droit d'être informé sur les soins et les services qui existent, l'endroit où les obtenir, la façon d'y accéder et la période d'attente prévue.

Droit à la dignité et à la bienfaisance

Le patient a le droit d'être traité avec respect, courtoisie et compréhension. Le Réseau veut ainsi respecter la dignité et les besoins du patient.

En situation de vulnérabilité, le Réseau et ses intervenants s'engagent à être encore plus attentifs aux besoins du patient.

Le patient a le droit au respect de sa vie privée, de son intimité et à la discrétion.

Droit à l'autonomie

Le patient a droit au respect de son autonomie. De là découle son droit d'accepter ou de refuser des soins ou des services. Si l'état du patient ne lui permet pas de prendre

~~des décisions, une personne désignée, un mandataire, un plus proche parent pourra le faire à sa place.~~

~~Le patient a également le droit de prendre les décisions qui le concernent et qui sont d'ordre personnel.~~

~~Le patient a le droit de refuser un traitement proposé.~~

Droit à l'équité

~~Le patient a le droit d'avoir les mêmes soins et les mêmes services que toute autre personne, indépendamment de ses particularités individuelles.~~

Droit à l'information pour consentir à ses soins et à ses services

~~Le patient a le droit d'être informé sur son état de santé, son diagnostic, son traitement, ses alternatives et son pronostic en des termes qu'il comprend. Cela lui permettra de fournir un consentement libre et éclairé. Le Réseau favorise l'implication directe du patient dans les décisions concernant ses soins, ses services et ses traitements.~~

~~Le patient peut être accompagné et assisté d'une personne de son choix lorsqu'il désire obtenir des informations ou entreprendre une démarche concernant des soins ou des services offerts.~~

Droit à la confidentialité et au respect de la vie privée

~~Le patient a droit à la confidentialité de toute information qui le concerne ainsi qu'au respect de sa vie privée (par exemple, son dossier médical, ses renseignements personnels, sa présence et la raison de sa présence au sein du réseau des soins de santé, etc.).~~

Responsabilités du patient

Collaboration

~~Le Réseau souhaite que le patient fasse preuve de collaboration avec le personnel en vue d'évaluer et d'améliorer son état de santé. Le patient doit fournir au personnel du Réseau l'information pertinente concernant ses besoins, incluant toutes les informations sur sa santé (maladies, hospitalisations, médicaments qui lui ont été prescrits, etc.) qui peuvent influencer les soins, les services et les traitements qui lui sont donnés.~~

Relations interpersonnelles

~~Le Réseau s'attend à ce que le patient manifeste de la politesse et de la compréhension auprès des autres patients, du personnel, des étudiants en formation et des bénévoles et que le patient ait un comportement non menaçant à leur égard. Le Réseau n'acceptera aucune forme de violence ou de harcèlement.~~

Respect des biens

~~Le Réseau rappelle au patient qu'il doit faire preuve de respect à l'égard des biens de l'établissement et à l'égard de ceux des autres.~~

Consentement

~~Avant de consentir à des soins, à des services ou à des traitements, le patient doit demander des explications et questionner lorsqu'il ne comprend pas. Le Réseau invite donc le patient à poser des questions sur les examens et les traitements qu'on lui propose et à s'informer des risques et des choix de traitements disponibles.~~

Refus de traitement

~~Le patient peut refuser des soins ou des services. Il doit alors comprendre et assumer les conséquences probables de son refus.~~

Participation aux soins et aux services

~~Le Réseau invite le patient à participer aux soins et aux services qui lui sont offerts en s'assurant de comprendre les informations reçues et de saisir son rôle dans la continuité de ses soins et de ses services. Le Réseau encourage le patient à parler ouvertement de ses soins avec son équipe soignante et d'adopter des habitudes de vie saine pour garder une bonne santé et prévenir la maladie.~~

Testament de vie

~~Il est important pour le patient de préciser à son médecin ses volontés à l'égard des soins et des services qu'il souhaite recevoir lorsqu'il ne sera plus en mesure de prendre ses décisions lui-même. Le patient doit aussi lui fournir le nom et le numéro de téléphone de la personne qui prendra les décisions à sa place.~~

Responsabilités des intervenants

Objectif commun : votre santé

~~Le Réseau offre au patient des soins et des services de santé de qualité sur les dimensions physiques, émotionnelles et spirituelles dans la langue officielle de son choix et dans un environnement sécuritaire.~~

~~Le Réseau s'engage à maintenir la formation de ses intervenants à jour.~~

~~Les intervenants travaillent en équipe pour assurer une bonne coordination des soins et des services.~~

~~Les intervenants assurent le lien avec les partenaires afin de favoriser la continuité des soins et des services.~~

Respect de la dignité

~~Les intervenants traitent le patient avec bienveillance et ils s'abstiennent de tout abus et de toute attitude dégradante. Aucune forme de violence ou de harcèlement ne sera permise à l'égard du patient.~~

~~Les intervenants s'identifient et précisent les raisons de leur intervention lorsqu'ils abordent le patient.~~

~~Les intervenants s'adressent au patient par le vouvoiement et l'appellent par son nom de famille à moins que le patient leur demande de se faire appeler autrement.~~

~~Les intervenants témoignent de la politesse et de la compréhension, entre autres, en incluant le patient dans les conversations et en l'écoutant. Le personnel du Réseau invite donc le patient à exprimer ses besoins et ses attentes.~~

~~Les intervenants souhaitent ainsi développer avec le patient une relation de confiance. En fin de vie, les intervenants s'assureront de respecter la dignité du patient et lui offriront un service d'accompagnement.~~

Respect de l'équité

~~Les intervenants s'engagent à traiter le patient équitablement, indépendamment de ses particularités individuelles.~~

~~Les intervenants s'abstiennent donc de toute forme de discrimination à l'égard du patient, notamment à l'égard de son origine nationale ou ethnique, de sa religion, de son sexe, de son orientation sexuelle, de son âge ou de ses déficiences mentales ou physiques.~~

Respect de la confidentialité et de la protection des renseignements personnels

~~Toutes les informations au sujet du patient sont confidentielles.~~

~~Les informations pertinentes qui concernent le patient ne sont accessibles qu'aux professionnels qui lui offrent des soins et des services. Les professionnels ne sont pas autorisés à en dévoiler ou en communiquer le contenu à d'autres à moins d'avoir obtenu l'autorisation implicite ou écrite du patient ou à moins d'y être autorisés selon l'une des situations particulières prévues dans la loi.~~

~~Les intervenants gardent secrètes les confidences qui leur sont faites par le patient, sauf si elles peuvent aider son médecin traitant ou un intervenant dans les soins et les services dont il a besoin. Elles seront alors partagées dans un contexte respectant la protection des renseignements personnels.~~

~~Les intervenants font preuve de discrétion en évitant de commenter dans les lieux publics l'état de santé du patient, sa situation sociale, ses réactions ainsi que son plan de soins, de services ou de traitements.~~

Respect du droit à l'information

~~Le Réseau et ses intervenants reconnaissent le droit du patient de participer à toute décision affectant son état de santé ainsi qu'à la planification de ses soins et de ses services. À cet effet, les intervenants renseignent le patient sur son état, les soins et les services qu'il reçoit, l'évolution de sa santé et les moyens qu'il faut prendre pour améliorer son mieux-être.~~

~~Les intervenants s'assurent que le patient comprend l'information qu'ils lui transmettent. Les intervenants sont réceptifs à toute demande d'information exprimée.~~

~~Si le patient le désire, ses proches seront encouragés à participer à cette démarche.~~

~~À la demande du patient, les intervenants l'informeront des étapes à suivre pour avoir accès à son dossier.~~

Respect de l'intimité

~~En toutes circonstances, les intervenants respectent l'intimité du patient. Lorsque la porte de sa chambre, d'une salle d'examen ou de traitement est fermée ou que le rideau de son lit est tiré, les intervenants frappent ou manifestent leur présence, puis ils marquent un temps d'arrêt avant d'entrer.~~

~~Les intervenants font également preuve de réserve et de délicatesse lorsqu'ils donnent des soins et des services au patient.~~

~~Les intervenants se tiennent à l'écart des conversations privées que le patient a avec ses proches.~~

Consentement et refus aux soins et aux services de santé

~~Le Réseau et ses intervenants s'engagent à fournir au patient toute l'information sur son état de santé et sur les soins et les services qu'on lui propose. Le patient sera ainsi en mesure de donner son consentement à ces soins et à ces services ou de les refuser. Le patient a cependant le droit à une période de réflexion s'il en éprouve le besoin.~~

~~Les intervenants informeront le patient de la disponibilité des ressources et des alternatives pour l'aider à prendre une décision éclairée.~~

~~Si le patient est dans l'impossibilité de consentir aux soins ou aux services, les intervenants transmettront à son mandataire ou à son plus proche parent l'information nécessaire pour qu'il puisse, dans l'intérêt du patient, consentir ou refuser à sa place.~~

Autres renseignements

Mission d'enseignement

~~Dans le cadre de sa mission d'enseignement, le Réseau reçoit des étudiants en formation. Ces personnes, sous la supervision et l'autorité de professionnels, offrent des soins et des services en fonction de leur niveau de formation. Ces étudiants contribuent à la qualité des soins et des services et se préparent à assurer la relève pour les générations futures.~~

Mission de recherche

~~Le Réseau a une mission de recherche contribuant ainsi à l'avancement de la science et à la qualité des soins et des services.~~

~~Les projets des chercheurs sont étudiés par le Comité d'éthique de la recherche avant d'être autorisés. Un patient peut, par la suite, être approché par le chercheur ou un membre de l'équipe soignante pour participer à un projet. On lui donnera les informations nécessaires afin qu'il soit en mesure de décider d'y participer ou non. Le Réseau tient à assurer le patient qu'un refus de participer n'affectera pas la qualité des soins et des services qu'il continuera à recevoir.~~

Demande de consultation en éthique clinique

~~Un service de consultation en éthique clinique est disponible sur demande afin de vous aider à prendre une décision difficile.~~

Questions ou préoccupations

~~Le Réseau s'engage à offrir au patient des soins et des services de qualité pour répondre à ses besoins et à ceux de sa famille. Les commentaires des patients concernant leur expérience de soins sont importants pour le Réseau et permettent d'améliorer la qualité des soins et des services offerts.~~

~~Le Réseau et ses intervenants tiennent à savoir si le patient a des questions ou des préoccupations au sujet des soins ou des services qu'il a reçus ou sur ses droits et ses responsabilités. Le Réseau suggère au patient d'en discuter d'abord avec un membre de son équipe soignante (médecin, infirmière, physiothérapeute, gestionnaire de l'unité, etc.). Dans certaines circonstances, cette simple démarche pourrait suffire à régler la situation.~~

~~Si le patient n'a pas obtenu une réponse satisfaisante à ses questions/préoccupations ou s'il désire faire une plainte, il peut communiquer avec le Service de la qualité et de la sécurité des patients de sa région.~~

Mise en œuvre

~~Le président directeur général (le « PDG ») est responsable de mettre en place toute structure, toute campagne de promotion, tout processus ou toute directive permettant la mise en œuvre du Code d'éthique du Réseau de santé Vitalité.~~

~~Le PDG est également responsable de soumettre au Conseil d'administration (le « Conseil ») des rapports périodiques faisant état de la situation de la question éthique au sein du Réseau, incluant des mesures correctrices, le cas échéant. Il est également~~

Politique / Procédure N°: CA-205

responsable de signaler au Conseil tout manquement à ce code d'éthique et les mesures prises à cet effet.

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



Code d'éthique

Ne pas imprimer
Commander RP-117B

Table des matières

Déclaration d'engagement du Conseil d'administration	4
Avant-propos : mot du président-directeur général	5
Introduction	6
1. DROITS DU PATIENT	7
1.1 Droit à des soins et à des services	7
1.2 Droit à la dignité, à la bienveillance et à la bienfaisance.	7
1.3 Droit à l'autonomie	7
1.4 Droit à l'équité	7
1.5 Droit à l'information pour consentir à vos soins et à vos services	8
1.6 Droit de vos proches de participer à vos soins	8
1.7 Droit au respect de votre vie privée	8
2. RESPONSABILITÉS DU PATIENT	9
2.1 Partenariat et collaboration	9
2.2 Relations interpersonnelles	9
2.3 Respect des biens	9
2.4 Consentement	10
2.5 Directives en cas d'incapacité	10

3. RESPONSABILITÉS DES INTERVENANTS	11
3.1 Soins et services de santé de qualité	11
3.2 Respect de la dignité	11
3.3 Respect de l'équité	11
3.4 Respect de la vie privée	12
3.5 Respect du droit à l'information	12
3.6 Respect de l'intimité	12
3.7 Consentement et refus	13
4. AUTRES RENSEIGNEMENTS	14
4.1 Mission d'enseignement	14
4.2 Mission de recherche	14
4.3 Demande de consultation en éthique clinique	15
4.4 Questions ou préoccupations	15
4.5 Conclusion	16

LEXIQUE	17
----------------------	-----------

Le code d'éthique a été approuvé par le Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité le 8 octobre 2019.

Remerciements

Nous remercions les membres du Comité régional d'éthique clinique pour leur contribution à la révision du code d'éthique du Réseau de santé Vitalité. De plus, nous adressons un merci tout spécial aux membres du Comité consultatif des patients et des familles pour leur rétroaction et leur engagement à l'égard de la mise en œuvre du nouveau code d'éthique.

Ne pas imprimer
Commander RP-117B

Déclaration d'engagement du Conseil d'administration



Michelyne Paulin

Présidente du Conseil d'administration

Au nom du Conseil d'administration, je témoigne du plein engagement de celui-ci envers le code d'éthique du Réseau de santé Vitalité. Les droits et les responsabilités partagées par nos patients, notre personnel, nos médecins et nos bénévoles sont à la base de la prestation de soins et de services de qualité. Le code d'éthique établit les conditions nécessaires à un partenariat fondé sur le respect.

Le mieux-être des patients est au cœur des valeurs et de la culture organisationnelle du Réseau de santé Vitalité; il s'agit du point de mire de nos activités quotidiennes ainsi que de notre planification.

Voilà pourquoi le Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité soutient l'application du présent code d'éthique.

Avant-propos : mot du président-directeur général



Gilles Lanteigne

Président-directeur général

Chaque jour, les employés, les médecins et les bénévoles du Réseau de santé Vitalité sont à l'œuvre pour offrir à nos patients des services de santé sécuritaires de qualité. Ils appliquent avec professionnalisme les principes de notre code d'éthique pour établir un climat sain de collaboration et de confiance avec vous et vos proches.

Pour nous permettre de réunir les conditions gagnantes d'un partenariat actif, votre participation et celle de vos proches, votre confiance et votre engagement à l'égard de vos soins sont essentiels.

En résumé, ce code d'éthique exprime la reconnaissance et le respect des droits et des responsabilités que nous partageons.

Bonne lecture!

Ne Pas imprimer
Commander RP-117B

Introduction

Ce code d'éthique définit les droits et les responsabilités des patients. Il définit également les responsabilités du personnel, du corps médical et des bénévoles qui s'engagent à respecter les valeurs, les principes et les règles énoncés dans ce code.

Les valeurs sont ancrées dans la culture organisationnelle. Elles encadrent et guident les comportements, les pratiques et les actions quotidiennes du personnel, du corps médical et des bénévoles. Les six valeurs du Réseau de santé Vitalité sont :

- **Respect** : Nous protégeons la dignité des gens. Nous faisons preuve d'ouverture et d'écoute, et nous favorisons le dialogue. Nous tenons compte des différences individuelles, culturelles et intergénérationnelles.
- **Compassion** : Nous faisons preuve d'empathie envers les autres, et nous adoptons une approche réconfortante et sans jugement.
- **Intégrité** : Nous sommes honnêtes et dignes de confiance, et nous protégeons la vie privée.
- **Imputabilité** : Nous sommes transparents, responsables et redevables de nos actions.
- **Équité** : Nous offrons des soins et des services de qualité tout en assurant le meilleur accès possible.
- **Engagement** : Nous sommes fiers de nous investir et de viser l'excellence. Nous valorisons nos efforts et notre travail accompli. Nous célébrons nos succès.

Les principes de base en éthique façonnent notre culture, renforcent notre réputation et doivent être reconnus par le personnel, le corps médical et les bénévoles du Réseau. Les principes endossés par le Réseau de santé Vitalité sont les suivants : dignité humaine, autonomie, bienveillance, bienfaisance, équité et respect des relations affectives.

1. DROITS DU PATIENT

Le Réseau de santé Vitalité reconnaît vos droits et s'assure qu'ils sont respectés par le personnel, le corps médical et les bénévoles.

1.1. Droit à des soins et à des services

Nous vous offrons des soins et des services de santé de qualité et dans la langue officielle de votre choix.

Nous vous informons sur les soins et les services qui existent, l'endroit où les obtenir, la façon d'y accéder et la période d'attente prévue.

1.2. Droit à la dignité, à la bienveillance et à la bienfaisance

Nous vous traitons avec respect, courtoisie, compréhension et compassion. Nous respectons votre dignité et vos besoins en vous offrant un milieu de soins sécuritaire.

Nous reconnaissons votre besoin d'être entouré et soutenu par vos proches et vos aidants naturels.

Lorsque vous êtes en situation de vulnérabilité, nous nous engageons à être encore plus attentifs à vos besoins.

1.3. Droit à l'autonomie

Nous respectons votre autonomie et vos connaissances à l'égard de votre état de santé, et nous vous reconnaissons comme partenaire de soins. De là découle l'importance de votre participation aux soins et aux services qui vous sont prodigués.

Si votre état ne vous permet pas de prendre des décisions, une personne désignée, un mandataire ou votre plus proche parent peut le faire à votre place, et ce, en respectant vos directives médicales préalables et votre intérêt.

1.4. Droit à l'équité

Nous vous offrons les soins et les services les plus appropriés pour répondre à vos besoins, et ce, en tenant compte de vos particularités individuelles et de vos préférences.

Ne pas imprimer
Commander RP-117B

1.5. Droit à l'information pour consentir à vos soins et à vos services

Nous vous donnons toute l'information dont vous avez besoin pour consentir à vos soins et à vos services, notamment les solutions de rechange à ceux-ci et les conséquences d'un refus éventuel. Lorsque c'est possible, nous vous fournissons cette information par écrit afin que vous puissiez vous y référer. Nous nous assurons que vous comprenez l'information transmise, et ce, afin que vous puissiez consentir de façon libre et éclairée, sans aucune contrainte.

Nous souhaitons que vous participiez aux décisions concernant vos soins et vos services. Dans le cas où vous refusez des soins ou des services, nous respectons vos choix en tentant de comprendre vos motifs et en nous assurant de répondre à vos besoins exprimés.

1.6. Droit de vos proches de participer à vos soins

Nous respectons votre décision qu'une personne de votre choix vous accompagne lorsque vous recevez des renseignements ou entreprenez une démarche concernant des soins ou des services offerts.

Nous reconnaissons vos proches comme des partenaires de soins. L'implication de vos proches dans vos décisions liées à vos traitements et dans votre suivi est importante pour votre mieux-être global. Nous respectons toutefois votre préférence quant à leur niveau de participation.

1.7. Droit au respect de votre vie privée

Nous respectons votre vie privée et traitons vos renseignements de façon confidentielle, et ce, conformément aux limites prévues par la loi. Par conséquent, vos renseignements, y compris votre présence et la raison de votre présence, sont des renseignements de nature confidentielle qui ne sont communiqués qu'aux personnes à qui vous avez donné l'accès et aux personnes qui vous offrent des soins et des services.

2. RESPONSABILITÉS DU PATIENT

Vous avez des responsabilités à assumer afin que nous puissions vous offrir les meilleurs soins et services possible.

2.1. Partenariat et collaboration

Vous êtes partenaire de vos soins et de vos services. Vous participez activement, avec le personnel, le corps médical et les étudiants, en vue d'évaluer et d'améliorer votre santé, et ce, dans un climat de confiance. Vous communiquez les renseignements sur votre santé (maladies, hospitalisations, médicaments, etc.) qui peuvent nous aider à déterminer les soins et les services dont vous avez besoin.

Vous participez aux soins et aux services qui vous sont offerts en parlant ouvertement de vous, de votre expérience de vie et de vos besoins, tout en participant à votre plan de traitement.

Vous respectez les directives reçues par rapport aux divers aspects de vos soins.

Vous vous présentez à vos rendez-vous à temps et vous nous avisez de toute absence.

2.2. Relations interpersonnelles

Vous manifestez de la politesse et de la compréhension envers les autres patients, le personnel, le corps médical, les étudiants et les bénévoles en adoptant un comportement respectueux et non menaçant à leur égard.

2.3. Respect des biens

Vous faites preuve de respect à l'égard des biens de l'établissement en veillant à conserver le matériel intact et en bon état et à maintenir les lieux sécuritaires.

Vous respectez aussi le bien des autres.

Ne pas imprimer
Commander RP-117B



2.4. Consentement

Le consentement éclairé exige un processus de communication entre vous-même ou votre mandataire spécial et un membre de l'équipe de soins de santé. Après cette discussion, vous êtes en mesure d'accepter ou de refuser une intervention ou une procédure donnée. Le consentement est éclairé si, avant d'accepter le traitement, vous avez obtenu l'information pour prendre une décision éclairée et que vous avez obtenu des réponses à vos demandes de renseignements supplémentaires relatifs au traitement.

Si vous changez d'idée ou décidez de refuser des soins, des services ou des traitements, veuillez nous en informer.

2.5. Directives en cas d'incapacité

Vous discutez avec votre médecin, votre équipe de soins, votre famille et vos proches de vos volontés à l'égard des soins et des services que vous souhaitez recevoir dans l'éventualité où vous ne seriez plus en mesure de prendre vos décisions par vous-même.

Vous nous fournissez une copie de vos directives préalables en matière de soins de santé (testament de vie) ainsi qu'une copie de votre procuration pour soins personnels afin que nous soyons en mesure de les respecter.

Lorsque vous êtes en fin de vie, nous nous assurons de respecter votre dignité tout en vous accompagnant dans cette étape de votre vie.

3. RESPONSABILITÉS DES INTERVENANTS

Les intervenants du Réseau de santé Vitalité ont des responsabilités à assumer afin de vous offrir les meilleurs soins et services possible.

3.1. Soins et services de santé de qualité

Nous maintenons nos compétences à jour afin de vous offrir des services de santé de qualité dans un milieu sécuritaire, et ce, dans la langue officielle de votre choix.

Nous travaillons en équipe et établissons des partenariats pour assurer une bonne coordination de vos soins et de vos services.

3.2. Respect de la dignité

Nous vous traitons avec bienveillance et nous nous abstenons de tout abus et de toute attitude dégradante. Aucune forme d'intimidation, de harcèlement et de violence ne sera tolérée à votre égard.

Lorsque nous vous offrons des soins et des services, nous nous présentons et nous précisons les raisons de notre intervention.

Nous nous adressons à vous par le vouvoiement et nous vous appelons par votre nom de famille, à moins que vous nous avisiez autrement.

Nous vous témoignons de la politesse et de la compréhension, entre autres, en vous incluant dans les conversations et en vous écoutant. Nous vous invitons donc à exprimer vos besoins et vos attentes. Nous souhaitons ainsi développer une relation de confiance avec vous.

3.3. Respect de l'équité

Nous vous traitons équitablement, en tenant compte de vos besoins, de vos particularités et, dans la mesure du possible, de vos préférences.

Nous nous abstenons donc de toute forme de discrimination à votre égard, notamment à l'égard de votre origine nationale ou ethnique, de votre religion, de votre sexe, de votre expression de genre, de votre orientation sexuelle, de votre âge ou de vos incapacités mentales ou physiques.

Ne pas imprimer
Commander RP-117B

3.4. Respect de la vie privée

Tous les renseignements à votre sujet sont confidentiels.

Les renseignements pertinents qui vous concernent ne sont consultés que par le personnel, le corps médical et les étudiants qui vous offrent des soins et des services. Nous ne sommes pas autorisés à dévoiler vos renseignements ou à en communiquer le contenu à d'autres à moins d'avoir obtenu votre consentement implicite ou écrit ou à moins d'y être autorisés par la loi.

Nous faisons preuve de discrétion en tout temps en ne discutant pas, dans les lieux publics, de votre état de santé, de votre situation sociale et de vos réactions ni de votre plan de soins, de services ou de traitement.

3.5. Respect du droit à l'information

Nous reconnaissons votre droit de participer à toute décision affectant votre état de santé ainsi qu'à la planification de vos soins et de vos services. En étant à l'écoute de vos besoins et de vos préoccupations, nous vous communiquons l'information sur votre état de santé ainsi que sur les soins et les services que vous recevez.

Nous nous assurons que vous comprenez l'information que nous vous transmettons et nous répondons à toute demande d'information exprimée.

À votre demande, nous vous facilitons l'accès à votre dossier clinique, et ce, conformément à ce qui est prévu dans la Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé.

3.6. Respect de l'intimité

Le respect de votre intimité est une priorité. Lorsque la porte de votre chambre ou celle d'une salle d'examen ou de traitement est fermée ou que le rideau de votre lit est tiré, nous cognons à la porte ou manifestons notre présence, puis nous attendons votre permission ou marquons un temps d'arrêt avant d'entrer.

Nous faisons également preuve de réserve et de délicatesse lorsque nous vous donnons des soins et des services. Nous nous tenons à l'écart des conversations privées que vous avez avec vos proches et vos aidants naturels.

3.7. Consentement et refus

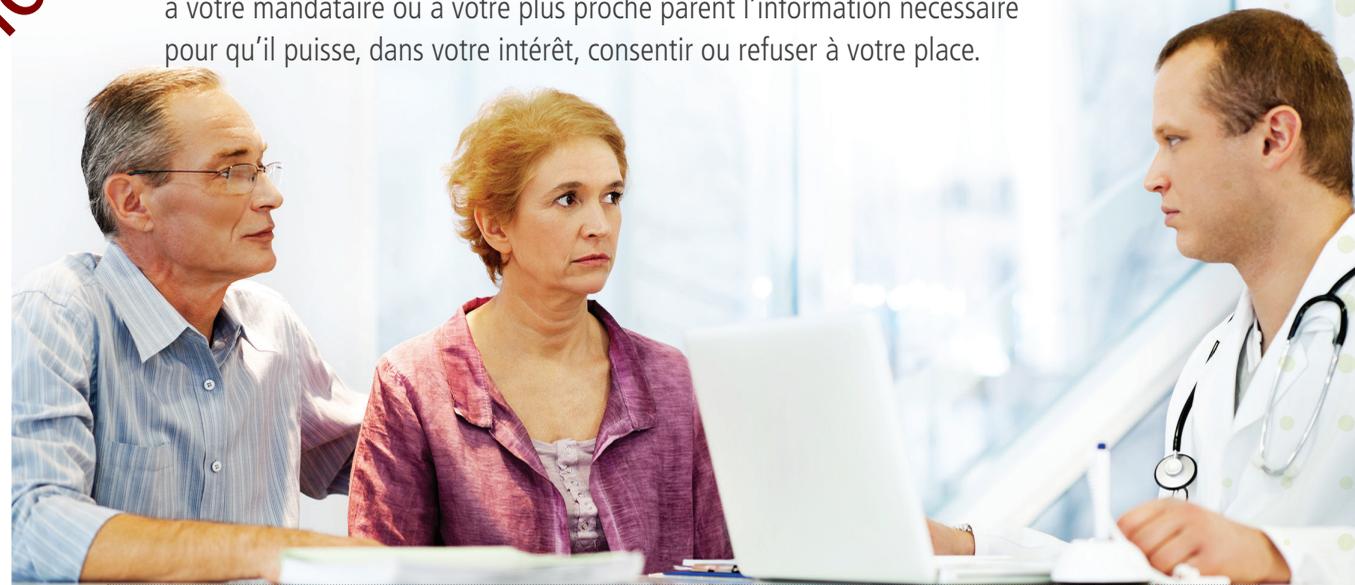
L'obtention de votre consentement éclairé ne se résume pas à votre signature sur un formulaire.

Nous nous engageons à vous fournir toute l'information sur votre état de santé et sur les soins, les services et les traitements que nous vous proposons afin que vous soyez en mesure de consentir à ceux-ci ou de les refuser. Nous nous engageons à répondre à vos questions si vous ne comprenez pas.

Nous vous informons de la disponibilité des ressources et des solutions de rechange pour vous aider à prendre une décision éclairée.

Si vous changez d'idée ou décidez de refuser des soins, des services ou des traitements, nous respectons votre décision.

Si vous êtes dans l'impossibilité de consentir aux soins ou aux services, nous transmettons à votre mandataire ou à votre plus proche parent l'information nécessaire pour qu'il puisse, dans votre intérêt, consentir ou refuser à votre place.



Ne pas imprimer
Commander RP-117B

4. AUTRES RENSEIGNEMENTS

4.1. Mission d'enseignement

Dans le cadre de notre mission d'enseignement, nous accueillons des étudiants. Ces personnes, sous la supervision et l'autorité de professionnels, offrent des soins et des services en fonction de leur niveau de formation. Ces étudiants contribuent à la qualité des soins et des services tout en se préparant à assurer la relève pour les générations futures.

4.2. Mission de recherche

Notre Réseau a une mission de recherche qui contribue à l'avancement de la science et qui favorise l'amélioration de la qualité des soins et des services.

Les projets des chercheurs sont évalués par le Comité d'éthique de la recherche avant d'être autorisés. Vous pouvez être sollicité par un chercheur ou un membre de l'équipe soignante pour participer à un projet. Vous recevrez alors les renseignements nécessaires pour être en mesure de consentir à participer ou de refuser. Nous tenons à vous assurer qu'un refus de participer ne nuira pas à la qualité des soins et des services que vous recevrez.

4.3. Demande de consultation en éthique clinique

Un service de consultation en éthique clinique est disponible sur demande. Le but de ce service est de vous éclairer ou de vous aider lorsque vous avez à prendre une décision difficile. Si vous avez besoin d'un tel service, veuillez en discuter avec un membre de votre équipe soignante, qui vous fournira l'information nécessaire pour l'obtenir.

Vous pouvez aussi communiquer directement avec le Bureau régional de l'éthique par l'un des moyens suivants :

- Par écrit : **Bureau régional de l'éthique**
Réseau de santé Vitalité, 275, rue Main, bureau 600, Bathurst (N.-B.) E2A 1A9
- Par courriel : ethique.ethics@vitalitenb.ca
- Par téléphone : 506-544-2398

4.4. Questions ou préoccupations

Le Réseau s'engage à vous offrir des soins et des services de qualité pour répondre à vos besoins et à ceux de votre famille. Vos commentaires concernant votre expérience de soins sont importants pour nous et nous permettent d'améliorer la qualité des soins et des services que nous vous offrons.

Si vous avez des questions ou des préoccupations au sujet des soins ou des services que vous avez reçus ou que vous recevez ou sur vos droits et vos responsabilités, veuillez nous en informer. Nous vous suggérons d'en discuter d'abord avec un membre de votre équipe soignante, y compris le gestionnaire du secteur.

Si vous n'avez pas obtenu une réponse satisfaisante à vos questions ou à vos préoccupations ou si vous désirez déposer une plainte, veuillez appeler au Service de la qualité et de la sécurité des patients :

- Région de Moncton : 506-862-3767
- Région d'Edmundston : 506-739-2221
- Région de Campbellton : 506-789-5023
- Région de Bathurst et Péninsule acadienne : 506-544-2057
- Numéro sans frais (ailleurs au Canada) : 1-877-286-1311

Ne pas imprimer
Commander RP-117B

Vous pouvez aussi utiliser l'un des moyens suivants :

- Par écrit : **Service régional de la qualité et de la sécurité des patients**
Réseau de santé Vitalité, 275, rue Main, bureau 600, Bathurst (N.-B.) E2A 1A9
- Par courriel : qualite.quality@vitalitenb.ca

4.5. Conclusion

En terminant, nous tenons à rappeler l'importance de la participation des patients et des familles aux soins.

Nous espérons que les valeurs et les principes énoncés dans ce document sont une source d'inspiration et de motivation pour les patients. Nous visons à offrir des soins et des services de santé de qualité qui répondent aux besoins des patients.



LEXIQUE

Autonomie : Elle désigne l'indépendance d'une personne. L'autonomie du patient consiste à sa capacité de penser, de décider, d'agir librement et de consentir à ses soins et à ses traitements. Le patient est maître de son corps et peut refuser ou accepter toute intervention proposée. En tant que norme morale, l'autonomie correspond au respect du droit de l'autre d'adopter une ligne de conduite différente qui lui est propre.

Bienfaisance : La bienfaisance est la bienveillance en action. Elle est la qualité de celui qui prodigue ses bienfaits à autrui. La bienfaisance exprime également le souhait que les décisions qui sont prises soient prises dans l'intérêt du patient.

Bienveillance : La bienveillance est le souci de l'autre. Elle suggère de pencher vers ce qui, pour l'autre, est considéré comme étant bien, sans pour autant que ce bien coïncide avec notre bien-être personnel. C'est le mieux-être du patient qui motive nos comportements bienveillants à son égard, de même qu'entre nous, employés, membres du personnel soignant et médecins du Réseau.

Dignité humaine : Elle désigne le droit d'une personne d'être respectée indépendamment de ses différences.

Directives préalables : Il s'agit d'un document dans lequel un patient précise ses volontés relativement à ses soins de santé et à ses soins personnels futurs et nomme un mandataire pour prendre des décisions à son sujet lorsqu'il ne sera plus apte à les prendre lui-même.

Équité : Les personnes sont toutes égales entre elles et doivent recevoir les mêmes possibilités de traitement. Par contre, dans certaines circonstances, il faut, pour être équitable, traiter les personnes différemment pour qu'elles obtiennent les mêmes chances et possibilités.

Intimité : Il s'agit du caractère de ce qui est personnel, qui appartient à la vie privée d'une personne.

Ne pas imprimer
Commander RP-117B

Mandataire spécial : Il s'agit de la personne nommée pour donner, refuser ou soustraire son consentement relativement à un soin personnel d'une personne incapable. Cette personne est nommée dans une procuration pour soins personnels, nommée par un tribunal compétent ou nommée par le patient dans ses directives préalables lorsque celui-ci est capable ou est le plus proche parent du patient.

Partenaire de soins : Il s'agit de la personne chère ou du mandataire spécial que le patient souhaite inclure dans ses soins de santé, y compris un membre de la famille immédiate ou de la famille élargie, un ami, un soignant, etc.

Respect des relations affectives : L'implication des proches dans les décisions liées aux traitements à prodiguer et dans le suivi est important pour le mieux-être global des personnes. Il faut, dans la mesure du possible, respecter les liens affectifs en tenant compte des préoccupations des proches.

Soins de qualité : La qualité est le degré d'excellence ou la mesure sur laquelle un organisme répond aux besoins des clients et surpasse leurs attentes (Agrément Canada). Des soins de qualité comportent plusieurs dimensions, notamment l'accessibilité, la sécurité, la continuité, l'efficacité et la pertinence.

Ne pas imprimer
Commander RP-117B

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 16 mars 2020

Objet : Politique et procédure CA-250 – Protection des renseignements confidentiels (confidentialité)

Le Conseil d'administration a une politique CA-250 « Protection des renseignements confidentiels » depuis plusieurs années. De façon générale, cette politique traite de l'obligation du conseil de mettre en place les structures, systèmes, politiques et procédures pour la bonne gestion des renseignements confidentiels et du respect de la vie privée.

Le Réseau a également une politique générale GEN-6.30.15 intitulée « Confidentialité » et dont les membres du conseil sont également assujettis à cette politique par la signature du gage de confidentialité chaque année.

Suite à l'approbation des nouveaux règlements administratifs par le ministre de la Santé le 12 décembre 2019, la politique du conseil CA-250 a été révisée en complément aux changements des règlements ainsi qu'à la politique générale et au code de conduite et morale des membres du Conseil d'administration.

Vous trouverez ci-joint la révision de la politique et procédure CA-250 « Protection des renseignements confidentiels (confidentialité) » pour avis et approbation.

Proposé

Appuyé

Et résolu que la politique et procédure CA-250 « Protection des renseignements confidentiels (confidentialité) » soit approuvée telle que présentée.

Adoption

Soumis le 3 mars 2020 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS (CONFIDENTIALITÉ)	N° : CA-250
Section :	Orientation – Ligne directrices	Date d'entrée en vigueur : 2020-04-
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2019-06-18
Approbateur:	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le : 2020-04-
Établissement(s)/programme(s) :		

Cette politique est un complément aux politiques du Réseau en matière de protection de la vie privée et confidentialité, au Code de conduite et morale des membres du Conseil d'administration (Conseil) et aux Règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité.

BUTS

1. Le Conseil d'administration (le « Conseil ») du Réseau de santé Vitalité (le « Réseau ») s'engage à s'assurer que des systèmes, des structures, des politiques et des procédures sont en place, afin d'assurer la confidentialité et le respect de la vie privée des patients et du personnel, et ce, afin de maintenir la confiance envers le Réseau.
2. Cet engagement comprend l'assurance que l'encadrement relatif à la collecte, l'utilisation et la communication des renseignements confidentiels tient compte des lois en matière de vie privée et permet l'amélioration continue des pratiques de gestion de l'information au sein du Réseau.

DÉFINITION

Renseignements confidentiels :

Comprennent les types de renseignements suivants, sans toutefois s'y limiter :

- Renseignements personnels (RP)
- Renseignements personnels sur la santé (RPS)
- Renseignements de nature délicate et informations confidentielles (p. ex., renseignements administratifs notés dans des carnets ou des agendas personnels)
- Renseignements des ressources humaines ou de la paie
- Renseignements juridiques
- Renseignements financiers

POLITIQUE

1. Le Conseil a la responsabilité de s'assurer que des mécanismes et des structures sont en place afin de gérer efficacement tous les aspects de l'accès et de la protection des renseignements confidentiels.
 - 1.1 Le Conseil révisé les politiques relatives à l'accès et à la protection des renseignements confidentiels et reçoit des rapports de surveillance soumis de façon périodique par l'équipe de direction.
 - 1.2 Le président du conseil doit aviser le ministre de toute infraction à la confidentialité par un membre du conseil.
2. Les membres du Conseil ont la responsabilité d'adopter des pratiques afin de prévenir des risques tel que l'accès, l'utilisation, la communication ou la destruction non autorisé de renseignements confidentiels.
 - 2.1 Les membres du Conseil doivent lire la présente politique et signer la déclaration de confidentialité et de non-divulgence « Annexe CA-250 » en début de mandat et subséquemment à toutes les années.
 - 2.2 Les membres du Conseil ne doivent ni divulguer ou partager avec une autre personne ou entité ni utiliser pour leur propre usage des renseignements confidentiels concernant les affaires du Réseau reçues dans le cadre de leurs fonctions au sein du Conseil.
 - 2.2.1 Tout sujet qui fait l'objet d'une discussion lors d'une séance à huis clos du Conseil doit être traité comme un renseignement confidentiel, et ce, jusqu'à ce qu'il soit divulgué lors d'une séance publique du Conseil.
 - 2.2.2 Tout sujet qui est soumis à un comité ou à un groupe de travail du Conseil doit être traité comme un renseignement confidentiel à moins qu'il n'ait été jugé différemment par le président du comité ou du groupe de travail concerné ou par le Conseil.
 - 2.3 Les membres du conseil doivent s'abstenir de faire des déclarations à la presse ou au public qui n'ont pas été préalablement autorisées par le Conseil.
3. Le Conseil investit le président-directeur général de la responsabilité de développer et de mettre en œuvre toute stratégie, politique et procédure visant à assurer que les principes et les pratiques liés à l'accès et à la protection des renseignements confidentiels sont enchâssés dans tous les aspects de la philosophie, de la culture, de la planification et des opérations du Réseau.
 - 3.1 Le président-directeur général doit s'assurer que tout soupçon de manquement à la protection de la vie privée ou à la confidentialité fera l'objet d'une enquête conformément aux politiques du Réseau sur la protection de la vie privée et de la confidentialité.

- 3.2 Le président-directeur général doit aviser le ministre de toute infraction grave à la confidentialité ou à la protection de la vie privée par un cadre supérieur, employé, membre du personnel médical, personnel non employé ou agent du Réseau.
- 3.3 Le président-directeur général doit aviser le Conseil dans les plus brefs délais de tout bris de confidentialité qui a le potentiel d'affecter la réputation du Réseau ou la sécurité des patients.
- 3.4 Le président du CA doit informer le ministre de toute infraction grave à la confidentialité ou à la protection de la vie privée par un membre du conseil.

PROCÉDURE

1. Le secrétaire du Conseil consigne les informations pertinentes d'une séance à huis clos dans un procès-verbal, indique la nature du sujet qui a été discuté et les raisons justifiant le huis clos et inscrit la mention « Confidentiel ».
2. La personne responsable d'un comité ou groupe de travail ou son délégué consigne les informations pertinentes dans un procès-verbal et inscrit la mention « Confidentiel », et ce, à moins d'avis contraire.

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

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ ET DE NON-DIVULGATION

Dans le cadre de mon association avec le Réseau de santé Vitalité, j'ai ou j'aurai accès à des renseignements et des documents de nature privée et confidentielle.

En conséquence, je m'engage à :

1. respecter les politiques relatives à la vie privée et à la protection des renseignements personnels, incluant les renseignements personnels sur la santé;
2. traiter tous les documents administratifs, financiers, relatifs aux patients, clients ou employés et tous les autres documents en tant qu'information confidentielle et à les protéger afin d'assurer leur totale confidentialité;
3. respecter la vie privée et la dignité des patients, des clients, des employés et de toute autre personne;
4. à moins de motif légitime relié à mon association avec **le Réseau**, ne répéter, divulguer, ni confirmer aucun des renseignements concernant les patients, les clients ou les employés, incluant :
 - la nature de la maladie, ses causes et son traitement,
 - toute information divulguée pour décrire cette maladie,
 - leurs réactions et leur comportement,
 - leur situation financière, leur vie privée ou tout autre renseignement personnel,
 - tous les documents accumulés au cours d'un traitement et d'une interaction,
 - et toute l'information conduisant à leur identification.
5. éviter tout accès, utilisation ou divulgation inapproprié à des renseignements confidentiels;
6. accéder uniquement aux renseignements nécessaires **dans le cadre de mes fonctions**;
7. accéder aux renseignements qui concernent ma propre santé uniquement par l'entremise du service des archives cliniques ou du dépositaire désigné de mes renseignements;
8. protéger mon nom d'utilisateur et mon mot de passe et ne pas communiquer ou partager ceux-ci;
9. accéder, traiter et transmettre les renseignements confidentiels en utilisant uniquement le matériel informatique, les logiciels et autres équipements autorisés;
10. éviter de divulguer des données / renseignements à un tiers ou de leur donner accès à moins d'y être autorisé.

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ ET DE NON-DIVULGATION

Je reconnais que :

1. **le Réseau de santé Vitalité** procédera à des vérifications périodiques pour s'assurer du respect de la présente déclaration ainsi que des politiques du Réseau et des *Lois* en matière de protection de la vie privée;
2. si j'ai droit à des accès électroniques interzones, les mêmes conditions d'entente demeurent en vigueur pour tous ces accès;
3. je dois respecter les conditions énumérées dans la présente Déclaration de confidentialité et de non divulgation et garantir que ces conditions demeurent en vigueur, même si mon association cesse avec le Réseau de santé Vitalité;
4. je m'expose à des mesures **conformément aux Règlement administratifs du Réseau de santé Vitalité** advenant toute violation de la présente déclaration, incluant la négligence des responsabilités indiquées ci-dessus et toute autre mesure raisonnable que je dois exercer dans le cadre de mes fonctions **au sein du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité (Conseil)**.

En signant, je confirme avoir lu et compris **la présente Déclaration de confidentialité et de non-divulgation ainsi que la politique de Protection des renseignements confidentiels (confidentialité) du Conseil**.

Nom (en caractère d'imprimerie)

Signature

Date

Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)

Signature du témoin

Date

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 16 mars 2020

Objet : Politique et procédure CA-400 - Évaluation du rendement et du développement du PDG

La politique sur l'évaluation du rendement et du développement du PDG a été adoptée le 26 juin 2018. Elle a été révisée le 18 juin 2019. Cette politique, comme toutes les autres, fait l'objet d'une révision en mai ou juin annuellement.

Lors de la dernière rencontre, il a été manifesté par un membre que la politique devrait être révisée. Ceci explique qu'elle est apportée à l'attention du Comité de gouvernance et de mise en candidature pour cette rencontre.

Vous trouverez ci-joint la politique CA-400 dans laquelle certaines modifications sont suggérées. Celles-ci sont surlignées en jaune directement dans le document.

Proposition de résolution :

Proposé par

Appuyé par

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature propose au Conseil d'administration d'adopter la politique CA-400 « Évaluation du rendement et du développement du PDG ».

Soumis le 28 février 2020 par Gisèle Beaulieu, VP Performance et Qualité

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	ÉVALUATION DU RENDEMENT ET DU DÉVELOPPEMENT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL		N° : CA-400
Section :	Processus d'évaluation	Date d'entrée en vigueur :	2020-04-
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2019-06-18
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le :	2020-04-
Établissement(s)/programme(s) :			

BUTS

1. Mesurer la performance du président-directeur général (le « PDG ») à l'aide du plan d'évaluation du rendement et du développement (voir copie en annexe) d'après un plan de travail et des objectifs annuels approuvés par le Conseil d'administration (le « Conseil »).
2. Offrir la rétroaction du Conseil au PDG de façon à clarifier les attentes en ce qui concerne ses fonctions. et à appuyer dans son développement professionnel.
3. Appuyer le développement professionnel du PDG pour assurer le maintien de sa mise à niveau avec les meilleures connaissances dans le domaine du leadership et de la gestion.

POLITIQUE

1. Le Conseil établit un Comité d'évaluation du rendement et du développement du PDG (formé du président et du vice-président) en vue de développer conjointement le plan d'évaluation du rendement et du développement avec le PDG selon le formulaire d'évaluation retrouvé à l'annexe CA-400 (1).
2. Le Comité d'évaluation du rendement et du développement est responsable de la mise en œuvre du processus d'évaluation annuelle du PDG.
3. Le Comité d'évaluation du rendement et du développement, en consultation avec l'ensemble du Conseil d'administration, suggère les dossiers importants pour l'année couverte par le plan de travail. Une fois terminé, le plan de travail est approuvé par le Conseil d'administration. fait annuellement l'évaluation du rendement et du développement du PDG. De cette façon, la contribution du PDG aux objectifs du Réseau de santé Vitalité pour l'année qui se termine est évaluée par l'entremise d'un processus rigoureux et consignée officiellement.
4. Le processus d'évaluation du rendement et du développement offre l'occasion de reconnaître la performance du PDG et de développer les priorités organisationnelles de manière collaborative pour l'année qui commence en vue de mieux planifier stratégiquement et d'appuyer le PDG et l'organisation. Le Conseil d'administration par l'entremise du Comité d'évaluation du rendement et du développement du PDG évalue, de façon diligente, la performance et le rendement du PDG d'après le profil du poste, le plan d'évaluation du rendement et du développement et les politiques du Conseil.

5. Les évaluations et les notes recommandées pour la prime incitative **si applicable**, mesurées par rapport au plan d'évaluation du rendement et du développement du PDG pour l'exercice précédent, devraient être achevées avant la fin du premier trimestre de l'exercice suivant.

Outil

L'outil d'évaluation du rendement et du développement du PDG sera utilisé (annexe CA-400 (1)).

Processus d'évaluation

1. La performance du PDG est évaluée annuellement en fonction de l'année financière. L'évaluation de l'année en cours se terminera au plus tard à la fin du premier trimestre suivant l'année qui se termine.
2. Le Conseil délègue officiellement cette fonction au président et au vice-président **qui forment le Comité d'évaluation du rendement et du développement du PDG**. Le comité s'assure d'obtenir la contribution de l'ensemble des membres du Conseil d'administration au processus d'évaluation lors des phases d'acceptation du plan d'évaluation du rendement et du développement et d'évaluation de ce plan.
3. Le comité évalue la performance du PDG à l'aide du plan d'évaluation du rendement et du développement tel qu'il a été établi en début d'année. Le comité fait rapport à l'ensemble du Conseil d'administration sur l'évaluation et demande aux membres du Conseil leurs commentaires sur la performance du PDG. Ces commentaires sont ajoutés à l'évaluation du PDG.
4. Le Conseil peut faire de temps à autre une évaluation qui prend en considération l'opinion des intervenants internes et externes **en respectant le principe de la démarche 360 %**, ~~mais il doit en faire une au moins tous les trois ans~~. Pour faire cette partie de l'évaluation, le Conseil peut obtenir l'appui de consultants externes.

Responsabilités et échéanciers

Activité	Responsables	Échéancier
a) Le PDG développe une proposition du plan d'évaluation du rendement et du développement en vue de l'obtention des commentaires du Comité d'évaluation du rendement et du développement.	<ul style="list-style-type: none">• Le PDG	<ul style="list-style-type: none">• Avril

Activité	Responsables	Échéancier
b) Le Comité d'évaluation du rendement et du développement valide le plan d'évaluation du rendement et du développement et consulte l'ensemble des membres du Conseil d'administration pour obtenir leurs commentaires.	<ul style="list-style-type: none"> Le Comité d'évaluation du rendement et du développement 	<ul style="list-style-type: none"> Avril
c) Le PDG met au point le plan d'évaluation du rendement et du développement suite aux commentaires reçus et soumet le plan au Comité d'évaluation du rendement et du développement pour approbation.	<ul style="list-style-type: none"> Le PDG et le Comité d'évaluation du rendement et du développement 	<ul style="list-style-type: none"> Mai
d) Le PDG fait une auto-évaluation à la mi-année et rencontre le Comité d'évaluation du rendement et du développement pour discuter du progrès et faire les ajustements nécessaires au plan d'évaluation du rendement et du développement.	<ul style="list-style-type: none"> Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le PDG 	<ul style="list-style-type: none"> Septembre
e) Le PDG présente une auto-évaluation de fin d'année et la soumet au Comité d'évaluation du rendement et du développement.	<ul style="list-style-type: none"> Le PDG 	<ul style="list-style-type: none"> Fin mars, début avril
f) Le Comité d'évaluation du rendement et du développement rencontre le PDG et évalue sa performance durant l'année qui se termine.	<ul style="list-style-type: none"> Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le PDG 	<ul style="list-style-type: none"> Avril

Activité	Responsables	Échéancier
g) Le Comité d'évaluation du rendement et du développement fait rapport au Conseil d'administration et recueille ses commentaires. Il met au point l'évaluation avec le PDG.	<ul style="list-style-type: none"> Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le PDG 	<ul style="list-style-type: none"> Mai

Principes directeurs

1. La gestion du rendement soutient, renforce et intègre l'atteinte des résultats du plan d'affaires et du plan annuel avec des objectifs de performance individuels.
2. La conformité aux normes, aux mesures et aux indicateurs devrait être établie dans le plan d'évaluation du rendement et du développement du PDG.
3. Des engagements de performance et des mesures devraient être fixés à un niveau qui reflète le haut niveau de performance attendu.
4. La gestion du rendement se concentre à la fois sur l'amélioration des processus organisationnels et de la structure et sur l'amélioration de la performance du PDG.
5. Le plan d'évaluation du rendement et du développement du PDG devrait comprendre une référence aux attentes du PDG à l'endroit des hauts dirigeants de l'organisation, favorisant ainsi une approche cohérente et continue pour la mesure du rendement au sein du groupe de leadership.
6. Le plan d'évaluation du rendement et du développement du PDG comprend un plan de développement personnel.

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

Réseau de santé Vitalité

Plan d'évaluation du rendement et du développement

Président-directeur général

Éléments du formulaire d'évaluation

Le Plan d'évaluation du rendement et du développement du président-directeur général (PDG) du Réseau de santé Vitalité est structuré de façon à veiller à ce que les buts et les objectifs soient clairement énoncés, à ce que les mesures du succès soient réalistes, accessibles et gérables et à ce que les résultats fassent l'objet d'un suivi avec le temps. Il s'agit de la phase de mise en œuvre d'un modèle d'évaluation du rendement.

Les objectifs peuvent comprendre des objectifs organisationnels, des objectifs d'équipe et des objectifs personnels. On prévoit que les objectifs établis seront communiqués à d'autres chefs de file, à des gestionnaires et à des membres du personnel du Réseau.

Le formulaire est divisé en trois parties : objectifs de travail, compétences comportementales et orientations futures.

- A) **Partie I** : Les objectifs de travail sont liés à des activités mesurables et tangibles précises requises pour satisfaire aux besoins et aux priorités stratégiques et opérationnelles du Réseau. On s'attend à ce que les obligations de rendre compte et les responsabilités fondamentales décrites dans la description de travail du PDG forment les attentes sous-jacentes par rapport au travail. Les objectifs de travail établis dans l'évaluation sont considérés comme des objectifs qui sont de base et qui excèdent les exigences pour satisfaire aux obligations de rendre compte et aux responsabilités fondamentales.
- B) **Partie II** : Les compétences comportementales sont les comportements auxquels on s'attend de la part du personnel-cadre, des directeurs et des gestionnaires et elles sont indiquées dans le programme LEADS du Collège canadien des leaders en santé.
- C) **Partie III** : Les orientations futures donnent l'occasion de revoir les points forts du rendement et les possibilités et elles engendrent un mécanisme pour établir leur ordre de priorité pour les cadres (*lors de l'évaluation en milieu d'année et de l'évaluation de fin d'année [achèvement de la partie A]*).

En collaboration avec le Conseil d'administration, les objectifs pour l'année et les thèmes fondamentaux pour les domaines d'intérêt liés au leadership ont été ciblés à la suite du plan d'affaires et du plan annuel et d'après le profil du poste.

En établissant des objectifs, il est important de veiller à ce qu'ils soient gérables par le PDG Il est entendu que des facteurs environnementaux et économiques peuvent nuire à la capacité du Réseau d'atteindre les objectifs énoncés. Dans un tel cas, les objectifs touchés seraient examinés et peut-être révisés pendant la période visée par le plan.

Système d'évaluation du rendement

L'évaluation est réalisée à la fin de l'année seulement.

- **Dépasse les attentes (A)** – Le cadre a réalisé les objectifs de travail établis et il a montré les compétences comportementales voulues; il dépassait toujours les attentes du Conseil d'administration. Il a accompli son travail de manière extrêmement professionnelle, responsable et judicieuse. Il a apporté une contribution continue et considérable à l'organisation.
- **Se situe au-dessus des attentes (B)** – Le cadre a réalisé les objectifs de travail établis et il a montré les compétences comportementales voulues; il dépassait souvent les attentes du Conseil d'administration. Il a exécuté son travail de manière réfléchie et soignée. Il a régulièrement apporté une contribution importante à l'organisation.
- **Répond aux attentes (C)** – Le cadre a réalisé les objectifs de travail et il a montré les compétences comportementales selon les attentes du Conseil d'administration. Il fait preuve de compétence dans son travail et il apporte une contribution digne de confiance à l'organisation.
- **Ne répond pas aux attentes (D)** – Le cadre n'a pas réalisé les objectifs de travail et il n'a pas montré les compétences comportementales selon les attentes du Conseil d'administration. Son rendement et sa contribution en général représentent une source de préoccupation pour l'organisation.

Nom du PDG :

Date :

PARTIE I – Évaluation du rendement						
Objectifs de travail						
Domaine du leadership	Mesures du succès (Notes et facteurs environnementaux/économiques)	Accomplissements au 31 août xxxx	Accomplissements au 31 mars xxxx	Commentaires au besoin	Évaluation : A, B, C ou D (v. page 2)	
					Auto- évaluation	Comité d'évaluation du rendement et du dév.
	•					
Opérations stratégiques						
	•					
Relations externes						
	•					
Relations de travail avec le Conseil et ses comités						
	•					

Partie I : Évaluation des objectifs de travail	
Commentaires additionnels :	
Résultat des objectifs de travail :	

Partie II : Évaluation du rendement					
Compétences comportementales LEADS qui feront l'objet d'une évaluation					
Compétence	Définitions	Commentaires du cadre	Commentaires du cadre hiérarchique	Évaluation possible : A, B, C ou D (v. page 2)	
				Auto-évaluation	Comité d'évaluation du rendement et du développement
Est son propre chef	•				
Fait participer les autres	•				
Obtient des résultats	•				
Crée des coalitions	•				
Transforme les systèmes	•				

Partie III : Priorités futures proposées par le cadre hiérarchique à la suite de l'évaluation de fin d'année	
Autorisation et approbation	
Commentaires du PDG :	
Signature du PDG :	Date :
Président du Conseil d'administration :	Date :

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 16 mars 2020

Objet : Recrutement des infirmiers(ères)

À la prochaine réunion du CA, une mise à jour sera effectuée par Mme Johanne Roy, vice-présidente des Services cliniques, sur l'ensemble du dossier de recrutement des infirmiers(ères). Des discussions porteront également sur l'examen NClex et de l'impact sur le recrutement.

Soumis le 28 février 2020 par Gisèle Beaulieu, VP Performance et Qualité

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 16 mars 2020

Objet : Stratégies en matière de protection de l'environnement

À la prochaine réunion du Conseil d'administration, le 7 avril 2020, une présentation sera effectuée par M. Stéphane Legacy, vice-président des Services de consultation externe et Services professionnels, sur les stratégies du Réseau entourant l'environnement sain et écologique.

Plusieurs initiatives sont en cours et encore d'avantages sont en phase de planification. Cette présentation fait suite à une demande de la Dre Renée Turcotte et d'un membre du conseil de déclarer l'urgence climatique. Après analyse de cette demande, il a été convenu qu'il serait plus pertinent de partager la stratégie organisationnelle en matière de l'environnement.

Soumis le 28 février 2020 par Gisèle Beaulieu, VP Performance et Qualité

Note d'information

Point 5.12

Nom du comité : Comité de gouvernance et de mise en candidature

Date : 2020 03 16

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 tenue le 10 décembre 2019.

- Le taux de répondants demeure constant, soit 87 % au niveau de la réunion à huis clos et 86 % pour la réunion publique. Il serait souhaitable d'obtenir 100 % de participation. Des efforts ont été déployés pour améliorer les outils d'évaluation électroniques et de les rendre disponibles immédiatement après chacune des réunions. Des rappels sont également effectués à chaque réunion. Le Comité de gouvernance et de mise en candidature est invité à en discuter et de suggérer des stratégies gagnantes à la direction.
- En général, nous notons une diminution du taux de satisfaction en lien aux résultats obtenus de la réunion à huis clos. Certaines questions retiennent l'attention particulièrement en lien avec le temps alloué pour les discussions, la gestion des discussions/divergences d'opinions, la prise de décision ainsi que la documentation permettant de comprendre les enjeux et d'appuyer la prise de décision. Ces résultats vont faire l'objet de discussions plus étroites au comité de gouvernance et à la prochaine réunion du Conseil d'administration.

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...
Qualité et sécurité	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Partenariats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...
Gestion des risques (analyse légale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...
Allocation des ressources (analyse financière)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Impacts politiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Réputation et communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...

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 et de mise en candidature.

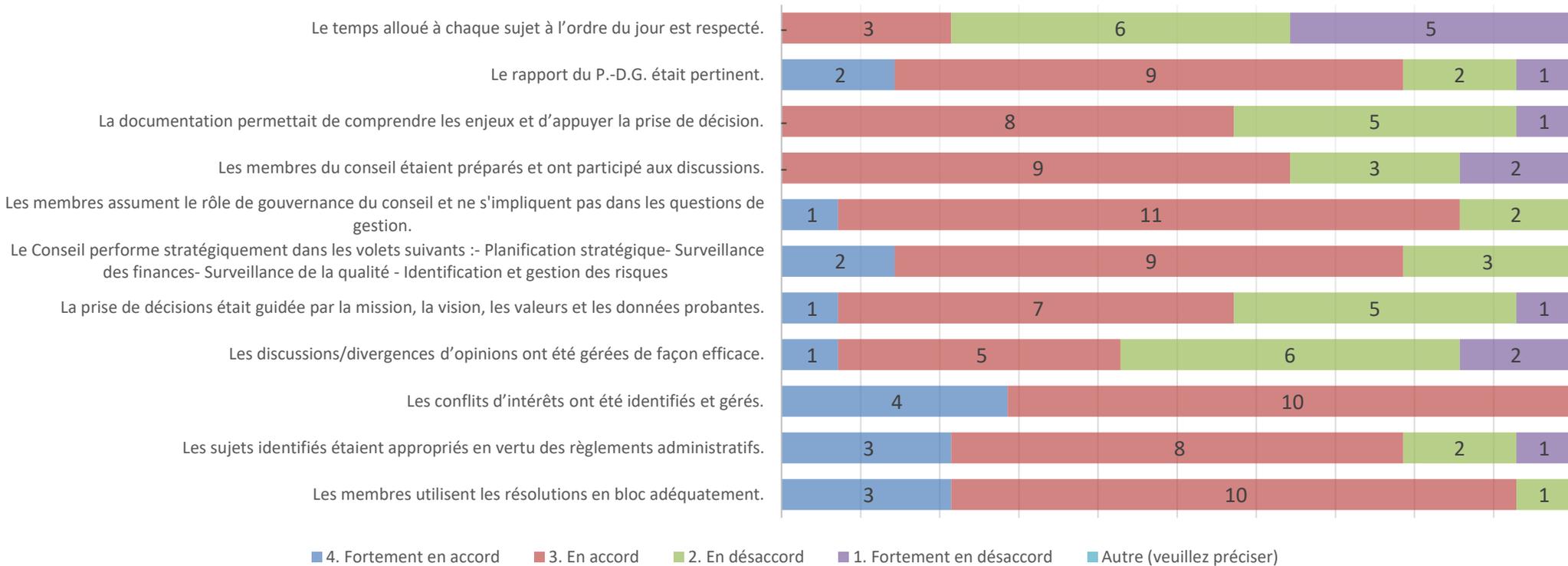
Proposition et résolution

Aucune.

Soumis le 28 janvier 2020 par Gisèle Beaulieu, VP Performance et Qualité.

Questions à échelle d'évaluation

Pourcentage de participation : 87% (14 membres sur 16 – excluant le PDG)
Pourcentage de questions répondues : 100%



Questions à réponse libre

Veuillez s.v.p. utiliser cet espace pour de plus amples commentaires (copier textuellement) :

Voir le document ci-joint.

Commentaires - Réunion à huis clos – 10 décembre 2019

Le comité de gouvernance devra se pencher sur les recommandations des directeurs en ce qui a trait au temps alloué pour les discussions.

There was a time line that affected our discussis which intern did not allow for all members to thoroughly go through all five aspects of the motion which could have changed the results of the vote. To offen we do not have sufficient time to deal with important matters and and we jump over some of the points on the agenda in order to finish up on.

Pas suffisamment de temps pour discuter des enjeux importants ou pour discuter des préoccupations des membres du Conseil.

On ne donnant pas suffisamment de temps pour discuter on a pas respecter une de nos valeurs de l'organisation qui est le Respect avec la définition qu'on lui a donné. On ne peut demander à un conseil de prendre une décision aussi importante qu'on l'a fait dans une heure. Un membre l'a souligné en disant que si on avait eut plus de temps , mon vote aurait pu être différent. Ce commentaire me dit que le vote n'a pas été pris dans un contexte de décision éclairé. Lorsqu'un membre envoie un courriel pour dire qu'il y a des préoccupations en rapport avec la réunion à huis clos et qu'on l'ignore , je ne vois pas la nécessité d'ajouter plus de commentaires car on va ignorer ces derniers puisque ça fait quatre ans qu'on souligne le manque de temps. Cette réunion à huis clos démontre le peu de pouvoir du conseil d'administration dans prise de décision critique..

Manque de temps pour les discussions! Le PDG semblait manquer de patience. On a l'impression que nous les membres sont un fardeau. Plus de temps, plus de patience et plus de tact auraient été essentiels.

Manque catégorique de temps pour discuter des sujets à l'ordre du jour, et on à même du reporter plusieurs sujets à une date ultérieurs. Le sujet qui nous exigeait une décision était trop lourd pour le laps de temps alloué. Plusieurs membres du conseil se sont plaints de ce manque de temps quasi à chaque rencontre. Compte tenu du niveau complexe des dossiers, de la quantité de dossiers à traiter, il fut proposé que les rencontres du conseil soient TOUJOURS sur une période de 2 jours COMPLETS. De plus, que le Conseil retourne à un minimum de 5 rencontres par année, et non pas 4. À la limite, on pourrait avoir 5 ou 6 rencontres du conseil par année, mais que seulement 4 d'entre elles contiendraient des réunions publics.

Le comité de gouvernance a du travail à faire pour redonner le respect à l'agenda et aux membres de la direction.

Pas assez de temps.

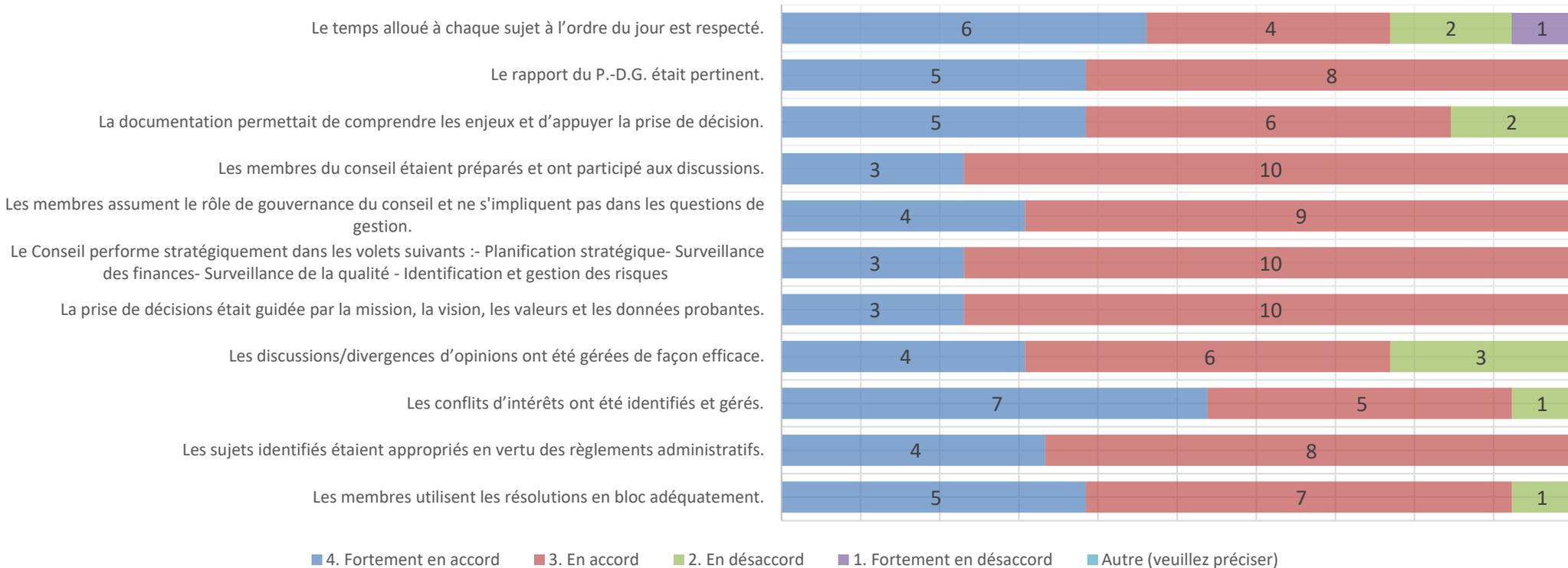
À maintes reprises, nous avons exprimé le manque de temps lors de nos délibérations. D'une part, j'ai ressenti beaucoup de frustration de la part de l'équipe de leadership ainsi des membres du conseil d'administration. Aujourd'hui, ce fût une séance assez ardue. Cependant, je dois noter que j'ai beaucoup apprécié la rencontre avec le sous-ministre et le sous-ministre adjoint de la santé.

Je n'ai pu assister au complet.

La frustration est ressentie par plusieurs membres relativement au manque de temps.

Questions à échelle d'évaluation

Pourcentage de participation : 86% (13 membres sur 15 – excluant le PDG)
Pourcentage de questions répondues : 100%



Questions à réponse libre

Veuillez s.v.p. utiliser cet espace pour de plus amples commentaires (copier textuellement) :

No use making comments all discussions are pre determined

Le temps alloué aux discussions est insuffisant et m'inquiète. La première valeur de notre Régie est le respect! Pas évident.

Bravo à Pauline pour sa présentation pertinente et intéressante. Livrée avec passion!

Adoré les présentations sur le deuil périnatal et vraiment aimé qu'on prenne le temps de lire le rapport du PDG aussi.

reunion etait tres frustrante et le conseil etait tient en hotage et pas respecter

Trop de matérielles. Pas assez de temps. Les réunions devraient s'étaler sur deux jours.

Belles présentations lors de la réunion publique.

Note d'information

Point 6.1

Nom du comité : Comité de gouvernance et de mise en candidature

Date : 16 mars 2020

Objet : Nomination au poste de vice-président (e), remplacement au comité de gouvernance et de mise en candidature et demande de remplacement d'un nouveau membre au conseil d'administration.

Décision recherchée

Suite à la récente démission de Madame Norma McGraw il faut procéder à la nomination d'une nouvelle personne comme vice-président (e), possiblement la remplacer à titre de membre du Comité de gouvernance et de mise en candidature et enfin déterminer s'il y a lieu de demander au ministre de nommer un membre pour terminer la portion non écoulée de son mandat.

Contexte/problématique

Madame Norma McGraw a démissionné du Conseil d'administration. Elle y occupait la fonction de vice-présidente et de membre du Comité de gouvernance et de mise en candidature. Le vice-président (e), de par la nature de sa fonction pourrait être appelé à remplacer, à pied levé, la présidente du Conseil d'administration.

Pour ce qui est du Comité de gouvernance et de mise en candidature, les réunions du mois d'avril et de mai/juin sont généralement fort occupées avec les travaux préparatifs en lien avec les auto-évaluations des membres du conseil et de ses comités. C'est également la période pour recueillir les intérêts des membres sur leur préférence à occuper la vice-présidence du conseil, la présidence d'un comité et de choix de comité.

Il y a 4 ans, lors de la formation du nouveau Conseil d'administration, le taux de roulement des membres avait été très élevé avec la venue de 11 nouveaux membres. La continuité est donc un défi à prévoir dans la nomination de la vice-présidence.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

Il est important de considérer le temps qu'il reste avant les élections et la nomination des nouveaux membres au Conseil d'administration dans le processus de remplacement à la vice-présidence.

Pour les postes élus, les élections se tiendront le 11 mai, soit dans environ 2 mois. Habituellement, les nominations du ministre se tiennent dans les semaines suivantes, ce qui permet de procéder à la mise en place du nouveau Conseil d'administration immédiatement après l'Assemblée générale annuelle en juin.

Il reste peu de temps pour procéder à une demande d'intérêt auprès des membres, afin d'occuper le poste à la vice-présidence. Ce processus nécessite quelques semaines et ensuite il faut prévoir du temps pour déterminer le processus menant à la nomination.

De plus comme mentionné ci-haut, il faut tenir compte qu'il y aura probablement un taux de roulement élevé lors du renouvellement du conseil d'administration en mai/juin. Avant de proposer la nomination de Madame Claire Savoie au poste de vice-présidente, nous avons communiqué avec l'Association catholique canadienne pour connaître leur intention quant à la possibilité que cette dernière soit reconduite au Conseil

d'administration. Monsieur Robert Steward, directeur général de l'association a confirmé que Madame Savoie sera proposée candidate prioritaire pour être reconduite comme membre au Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité.

Il est de la responsabilité du Comité de gouvernance et de mise en candidature de voir au processus de dotation des dirigeants, des présidents et des membres des comités du conseil. Ainsi, le Comité de gouvernance et de mise en candidature peut faire une proposition pour le remplacement du poste à la vice-présidence et pour le remplacement d'un membre au Comité de gouvernance et de mise en candidature au Conseil d'administration.

La Loi sur les régies régionales de la santé prévoit que le ministre peut nommer un remplaçant à un membre élu pour compléter le mandat du membre élu (voir extrait de la *Loi*). Ainsi, le Comité de gouvernance et de mise en candidature n'a pas de responsabilité spécifique immédiate par rapport à ceci. Cependant, la présidente doit informer le ministre de la Santé de la démission du membre (voir correspondance de la présidente au ministre de la Santé).

Considérations importantes

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non applicable par rapport au remplacement de ce membre à titre d'officier et de membre d'un comité.
Qualité et sécurité	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Négligeable
Partenariats	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Négligeable
Gestion des risques (analyse légale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	En cas d'incapacité de la présidente, il faut une personne pour la remplacer. Le comité de gouvernance et de mise en candidature est dans une phase intensive pour les prochains mois.
Allocation des ressources (analyse financière)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Négligeable
Impacts politiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les impacts sont négligeables.
Réputation et communication	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gestion interne des activités et de fonctionnement du conseil d'administration.

Suivi à la décision

Nommer les personnes et communiquer cette information selon les besoins.

Proposition et résolution

Proposition (1)

Proposé par

Appuyé par

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature propose au Conseil d'administration la nomination de Madame Claire Savoie au poste de vice-présidente jusqu'à l'assemblée annuelle 2020.

Adopté

Proposition (2)

Proposé par

Appuyé par

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature propose au Conseil d'administration la nomination de Madame Pauline Bourque à titre de membre du Comité de gouvernance et de mise en candidature jusqu'à l'assemblée annuelle 2020.

Adoption

Soumis le 6 mars 2020 par Gilles Lanteigne, secrétaire du Conseil d'administration et président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 16 mars 2020

Objet : Guide d'assemblée délibérante (vote)

Pour donner suite à un questionnaire sur la façon de voter lors des réunions du conseil et de ses comités, vous trouverez ci-dessous un extrait des règlements administratifs (B.3.0.3) qui stipule que 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.

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

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.

De plus, le Conseil d'administration a une politique CA-120 « Conseil d'administration et régime de gouvernance » qui stipule que le « code Morin » est utilisé en tant que guide d'assemblée délibérante.

Bien que le « code Morin » décrit que : *la majorité des votes exprimés décide ordinairement du sort d'une proposition; et qu'il se présente des cas où le vote affirmatif doit en réunir une plus forte proportion, telle que les deux tiers pour la suspension des règles, la question préalable, l'objection à l'étude d'une question, etc., et, faute de rallier le nombre voulu, la proposition est considérée comme rejetée*, il est à noter que cette forme de vote n'a jamais été utilisée et définit dans quelles circonstances elle serait utilisée par le Conseil d'administration.

Soumis le 28 février 2020 par Gisèle Beaulieu, VP Performance et Qualité

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 16 mars 2020

Objet : Préparation de l'ordre du jour du Conseil d'administration

La préparation de l'ordre du jour et la soumission des sujets à discuter se font selon les règlements administratifs et nos politiques en place.

Les règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité, approuvés par le ministre de la Santé le 12 décembre 2019 stipulent que : ***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.***

La politique et procédure CA-120 « Conseil d'administration et régime de gouvernance » stipule que :

- Le président du Conseil, en consultation avec le P.-D.G. à titre de secrétaire du Conseil, prépare l'ordre du jour de chaque réunion.
- Dans le cas des réunions régulières et des rencontres à huis clos du Conseil, l'ordre du jour et les documents afférents sont distribués au moins une semaine avant la réunion. À moins d'une acceptation de tous les membres du Conseil, aucun sujet ne peut être ajouté à l'ordre du jour d'une réunion. Les membres du Conseil d'administration peuvent proposer des ajouts à l'ordre du jour avant que celui-ci ne soit distribué aux membres.

Les membres peuvent suggérer des points à insérer à l'ordre du jour. Un travail doit se faire par la suite par la Présidente du CA et le PDG (secrétaire du Conseil) pour évaluer de façon globale ce sujet en lien avec la mission, le mandat et les priorités stratégiques du Réseau.

Soumis le 28 février 2020 par Gisèle Beaulieu, VP Performance et Qualité

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	CONSEIL D'ADMINISTRATION ET RÉGIME DE GOUVERNANCE		N° : CA-120
Section :	Gouvernance générale	Date d'entrée en vigueur :	2019-06-18
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2018-06-26
Approbateur:	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le :	2019-06-18
Établissement(s)/programme(s) :			

POLITIQUE

Dispositions générales

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

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

Taille du Conseil d'administration

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

Mandat des membres du Conseil d'administration

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

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

1. Les fonctions du président du Conseil (CA-140), du vice-président (CA-150), du trésorier (CA-160) et du président-directeur général (CA-180), les responsabilités et obligations des membres du Conseil (CA-135) et les directives pour les comités du Conseil (CA-300) sont en place pour guider le Conseil dans l'exécution de son mandat.
2. Le Comité de gouvernance et de mise en candidature s'assure que les fonctions et les directives mentionnées font l'objet d'une révision annuelle et propose des changements pour approbation par le Conseil d'administration, au besoin.

Responsabilités clés du Conseil d'administration

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

Rôle du Conseil

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

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

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

Rôle des membres

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

Connaissances des membres

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

Position de confiance des membres

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

Comités du Conseil d'administration

Les comités du Conseil sont des mécanismes qui permettent un examen plus approfondi des principaux domaines dont le Conseil d'administration a la responsabilité. Le rôle des comités est d'appuyer le Conseil dans l'exécution de ses responsabilités. Les comités du Conseil sont : 1) Comité exécutif; 2) Comité des finances et de vérification; 3) Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité; 4) Comité de gouvernance et de mise en candidature; 5) Comité stratégique de la recherche et de la formation.

Politique / Procédure N°: CA-120

Par souci de transparence et afin de tenir tous les membres du Conseil d'administration informés des travaux des comités, la documentation, y compris les ordres du jour, est mise à la disposition de tous les membres du Conseil d'administration en même temps qu'elle est mise à la disposition des membres des comités.

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

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

Comités spéciaux

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

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

1. Le Conseil se réunit au moins quatre fois par année.
2. Le Conseil peut aussi tenir des réunions extraordinaires à la demande du président ou, en son absence, du vice-président ou à la demande écrite de trois membres du Conseil (indiquant les sujets à aborder).
3. Le président du Conseil, en consultation avec le P.-D.G. à titre de secrétaire du Conseil, prépare l'ordre du jour de chaque réunion du Conseil.
4. Dans le cas des réunions régulières et des rencontres à huis clos du Conseil, l'ordre du jour et les documents afférents sont distribués au moins une semaine avant la réunion. À moins d'une acceptation de tous les membres du Conseil, aucun sujet ne peut être ajouté à l'ordre du jour d'une réunion.
5. Les membres du Conseil d'administration peuvent proposer des ajouts à l'ordre du jour avant que celui-ci ne soit distribué aux membres.
6. Le Conseil peut utiliser des résolutions en bloc pour des points comme l'adoption d'un

Politique / Procédure N°: CA-120

procès-verbal et son suivi, et ce, autant pour les rencontres du Conseil que de celles de ses comités.

7. Le « code Morin » est utilisé en tant que guide d'assemblée délibérante.

Réunions publiques du Conseil d'administration

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

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

1. Les pratiques permettant l'opportunité de bâtir des relations, la confiance et la cohésion au sein des membres du Conseil sont essentielles pour permettre au Conseil de développer une compréhension de son rôle. Une de ces pratiques est la tenue régulière de séances sans la présence de l'équipe de leadership, normalement à un moment prédéterminé dans l'horaire des réunions régulières du Conseil et une autre sans la présence du P.-D.G.
2. De telles réunions peuvent être utilisées pour donner des commentaires au sujet des processus du Conseil, incluant la qualité et la nature de l'information fournie au Conseil, ou encore pour traiter de sujets qui peuvent être plus difficiles pour certains membres du Conseil à traiter en présence des membres de l'équipe de leadership. Elles peuvent aussi offrir l'occasion pour les membres de discuter de points où la performance des membres pourrait être améliorée.
3. Toute préoccupation au sujet de l'équipe de leadership ou du P.-D.G. soulevée lors de ces séances doit être rapidement communiquée directement au P.-D.G. par le président du Conseil.

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

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

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

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

Évaluation du rendement du Conseil d'administration

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

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

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

Révision du mandat du Conseil d'administration

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

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

Note d'information

Point 6.4

Nom du comité : Comité de gouvernance et de mise en candidature

Date : 16 mars 2020

Objet : Durée et fréquences des réunions

Décision recherchée

Approbation de la cédule de rencontre du Conseil d'administration 2020-2021 qui prévoit 4 rencontres régulières incluant l'Assemblée générale annuelle.

Contexte/problématique

La cédule des rencontres du Conseil d'administration pour 2018-2019 était de 5 rencontres régulières incluant l'Assemblée générale annuelle. De plus, chaque comité du Conseil a tenu également 5 rencontres régulières. En 2019-2020, la cédule des rencontres a été réduite à 4 réunions régulières incluant l'Assemblée générale annuelle. Les raisons pour établir cette cédule de 4 rencontres étaient basées sur la charge de travail et tenir compte des activités préalables nécessaires pour développer le contenu.

Plusieurs membres ont manifesté le souhait de revenir à 5 rencontres régulières incluant l'Assemblée générale annuelle. Certains ont suggéré que les rencontres devraient durer jusqu'à 3 journées complètes.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

De façon à s'assurer de la pertinence du nombre de rencontres en 2019-2020, un comparatif avec plusieurs autres Conseils d'administration au N.-B. et ailleurs avait été fait pour en connaître davantage sur les pratiques dans ce domaine. Ce comparatif démontrait que le nombre et la durée des rencontres du Conseil d'administration du Réseau se comparaient très avantageusement à ce qui se faisait ailleurs.

Pour ce qui est de la cédule de 2020-2021, l'exercice de la mise à jour de l'analyse comparative a été refait auprès de 8 organismes œuvrant dans le domaine de la santé au N.-B. et ailleurs au Canada. Le résultat démontre que le nombre et la durée de rencontres du conseil dépassent ce qui se fait ailleurs. Aucun des organismes du groupe de comparaison ne se rencontre plus de 4 fois et 3 tiennent 3 rencontres annuelles. La durée n'excède jamais une journée complète et la plupart tiennent des rencontres de moins de 5 heures (annexe a : voir le tableau comparatif de la fréquence et de la durée des rencontres de Conseils d'administration des établissements de santé – mars 2020).

Par ailleurs, pour augmenter l'efficacité des rencontres et mieux utiliser le temps du conseil et de ses comités, plusieurs changements ont été introduits au fil des 4 dernières années : 1) développement de notes d'information ou de notes couvertures systématiques pour chacun des items à l'ordre du jour, 2) respect du délai de 7 jours portant sur l'accès à la documentation, 3) accès aux documents de travail des comités à tous les membres du conseil, 4) implantation des résolutions en bloc, 5) accès informatique et support iPad pour tous les membres, 6) revue de presse journalière, 7) partage à l'avance des communiqués de presse, 8) formations régulières et articles sur des thèmes d'intérêts en lien avec la gouvernance, 9) session annuelle sur la planification stratégique, 10) création de comités ad hoc, 11) ajout d'une période de discussion entre les membres et le PDG, 12) ajout d'une discussion entre les membres du conseil et la présidente, 13) rencontres tenues dans les hôpitaux et périodes d'échanges avec le personnel et 14) améliorations de la logistique autour des rencontres.

La préparation d'une rencontre du Conseil d'administration nécessite au préalable une grande mobilisation interne. Le Conseil d'administration, et selon les bonnes pratiques actuelles en gouvernance, fonctionne

selon un modèle de comité de travail. Ces comités ont des plans de travail et ces derniers s'intègrent dans le cycle de planification auxquels s'intègrent les besoins et exigences du calendrier (ex. fin de l'année financière et production des rapports financiers, vérification externe, octroi et renouvellement de privilèges des médecins, approbation des budgets capitaux, etc.).

Pour que les comités puissent accomplir les plans de travail respectifs, plusieurs autres rencontres et activités doivent avoir eu lieu au préalable. C'est ce que démontre l'organigramme ci-joint (annexe b : voir la structure de fonctionnement). Ainsi, en moyenne, il peut y avoir jusqu'à 68 réunions préparatoires pré-rencontre du Conseil d'administration.

La cédule 2019-2020 prévoyait 4 rencontres régulières incluant l'Assemblée générale annuelle. Or comme chaque année, plusieurs rencontres spéciales sont convoquées. Ainsi, en 2019-2020 jusqu'à date, puisque l'année n'est pas encore terminée, le Conseil d'administration s'est rencontré, en incluant la rencontre prévue le 13 mars, un total de 7 fois (annexe c : voir le tableau des rencontres du Conseil d'administration : 2019-2020 daté du 4 mars 2020). Ceci ne prend pas en considération les sessions qui se tiendront en juin 2020.

En considération à ce qui précède, une cédule préliminaire a été préparée pour les réunions 2020-2021 (annexe d : voir le tableau des dates des réunions du Conseil d'administration 2020-2021). Cette cédule prévoit 4 rencontres régulières incluant l'Assemblée générale annuelle. À ce jour, nous prévoyons que les rencontres de décembre 2020 et juin 2021 seront d'une durée 1.5 jour et les 2 autres, d'une journée complète. La réunion de décembre sert pour revoir la planification stratégique et le plan opérationnel et celle de juin consistera en la passation des pouvoirs suite aux élections et aux nominations des nouveaux membres.

Considérations importantes

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/A
Qualité et sécurité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/A
Partenariats	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/A
Gestion des risques (analyse légale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Les fonctions de gouvernance doivent être proportionnelles au mandat.
Allocation des ressources (analyse financière)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	D'importantes ressources sont nécessaires pour préparer une rencontre du Conseil d'administration et de ses comités.
Impacts politiques	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/A
Réputation et communication	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/A

Suivi à la décision

Selon les discussions, il y aura peut-être des changements à faire dans la cédule.

Proposition et résolution

Proposé et appuyé

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature recommande au Conseil d'administration d'adopter la cédule de rencontres 2020-2021 telle que proposée par la direction générale.

Adoption

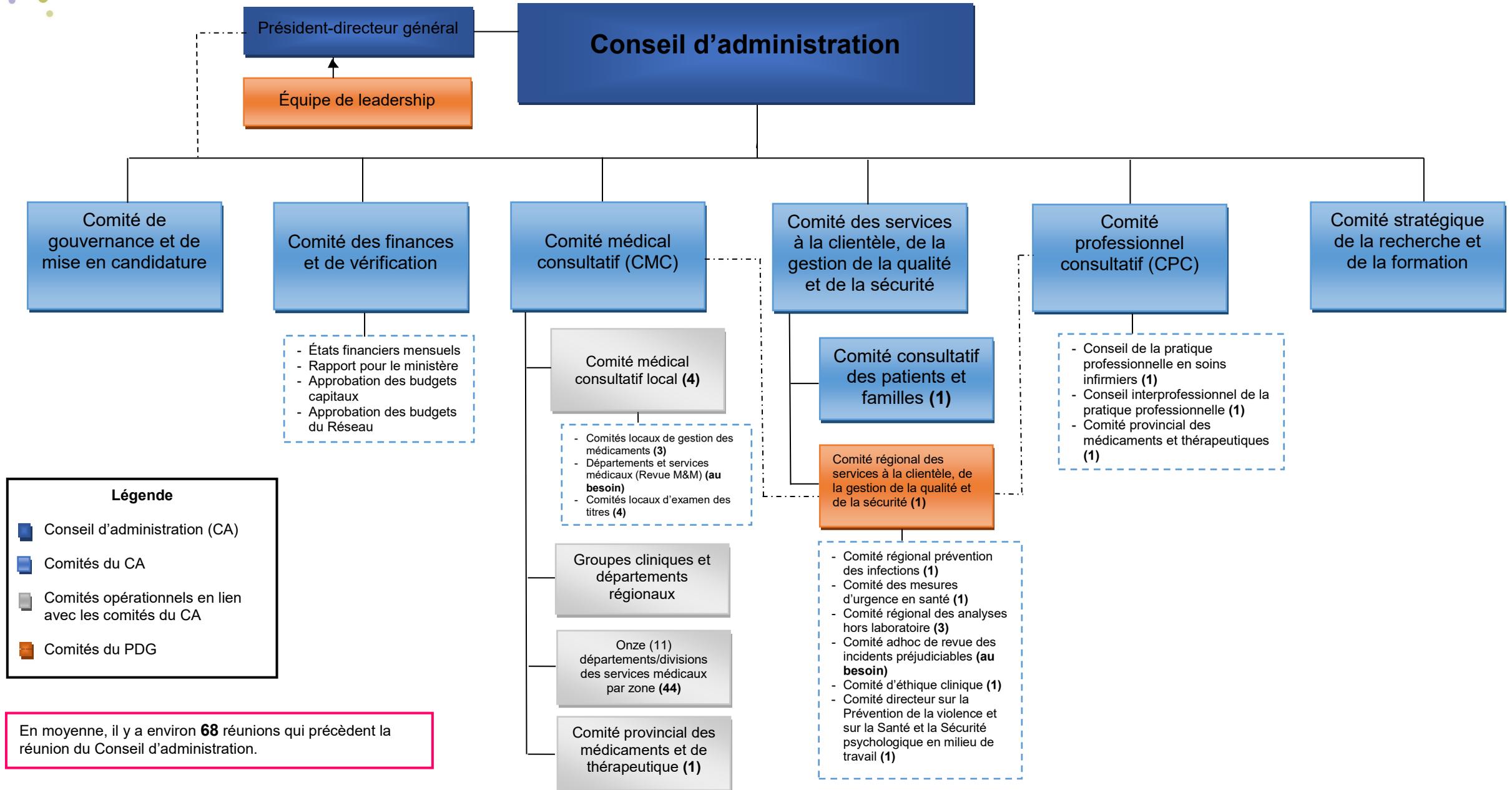
Soumis le 4 mars 2020 par Gilles Lanteigne, secrétaire du Conseil d'administration et PDG.

*Tableau comparatif de la fréquence et de la durée des rencontres de
Conseils d'administration des établissements de santé – mars 2020*

Conseil d'administration	Fréquence	Durée
Horizon	4	Une journée - 9 h à 15 h
Service N.-B.	4	Une journée - 9 h à 14 h 30
ICIS – Institut canadien d'information sur la santé	3	Une journée – 9 h à 15 h
SoinsSantéCAN	3	Une journée – 8 h à 17 h
Ambulance N.-B.	4	Une journée - 11 h à 15 h
Institut atlantique de la recherche sur le Cancer (IARC)	3	Une demi-journée – 12 h à 14 h 30
Institut de la recherche sur la santé du N.-B.	4	Une journée – 10 h à 15 h
Conseil de la santé du N.-B.	4	Une journée – 8 h 30 à 16 h

Le 4 mars 2020

STRUCTURE DE FONCTIONNEMENT



Rencontres du Conseil d'administration : 2019-2020

Date	Durée/jours	Type de rencontre
7 et 8 octobre 2019	1.5	Séance de formation : Loi sur la qualité des soins et la sécurité des patients Session d'information : PDG et Présidente Réunion à huis clos Réunion publique
9 et 10 décembre 2019	1.5	Planification stratégique Réunion à huis clos Séance d'information : PDG et Présidente Réunion publique
10 février 2020	.5	Séance d'information spéciale à huis clos
16 février 2020	.5	Séance d'information spéciale à huis clos
21 février 2020	.5	Séance d'information spéciale à huis clos
13 mars 2020	.5	Réunion spéciale à huis clos
6 et 7 avril 2020	1 à 2 jours (à déterminer)	Séance de formation : Rôle des membres : Gouvernance et Agrément Session d'information : PDG et Présidente Réunion à huis clos Réunion publique

Total des rencontres en 2019 -2020 : **entre 6 et 7 jours**

Émis le 4 mars 2020

Tableau des dates des réunions du Conseil d'administration 2020-2021

Dates et lieux	Séance de formation	Séance d'information et réunions à huis clos	Réunion publique
5 et 6 octobre 2020 Zone Beauséjour	5 octobre 2020 (au besoin)	6 octobre 2020 8 h à 12 h	6 octobre 2020 13 h à 16 h
7 et 8 décembre 2020 Zone Nord-Ouest	7 décembre 2020 13 h à 17 h	8 décembre 2020 8 h à 12 h	8 décembre 2020 13 h à 16 h
12 et 13 avril 2021 Zone Restigouche	12 avril 2021 (au besoin)	13 avril 2021 8 h à 12 h	13 avril 2021 13 h à 16 h
21 et 22 juin 2021 (Assemblée générale annuelle) Zone Acadie-Bathurst	21 juin 2021 15 h à 17 h	22 juin 2021 8 h à 12 h	22 juin 2021 13 h à 16 h

Le 4 mars 2020