

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Titre de la réunion :	Comité mixte de la qualité et de la gouvernance	Date et heure :	Le 2 avril 2024, 9 h à 11 h 30
But de la réunion :	Réunion régulière	Endroit :	Teams
Co-présidentes :	Claire Savoie Johanne Thériault Paulin (P)		
Adjointes administratives :	Vicky Pellerin Sophie Legacy		

Participants**Membres votants**

Claire Savoie (co-présidente)	Johanne Thériault Paulin (co-présidente)	Jacques Doucet
-------------------------------	--	----------------

Membres d'office

Dre France Desrosiers	Tom Soucy (ayant droit de vote)
-----------------------	---------------------------------

Membres invités - Qualité

Dr Eric Levasseur	Annie Carré	Gérald Richard
Brigitte Sonier Ferguson	Marjorie Pigeon	Diane Mignault

Membres invités - Gouvernance

Marc-André Leblanc	Pierre Michaud
--------------------	----------------

ORDRE DU JOUR

Heure	Sujet	Pages	Action
9 h	1. Ouverture de la réunion		Décision
9 h 01	2. Constatation de la régularité de la réunion		Décision
9 h 02	3. Rappel de confidentialité		Information
9 h 03	4. Adoption de l'ordre du jour		Décision
9 h 05	5. Déclaration de conflits d'intérêts		Information
9 h 06	6. Approbation du procès-verbal du 15 janvier 2024		Décision
9 h 07	7. Suivis de la dernière rencontre		Information
9 h 10	8. Affaires permanentes		
	8.1 Performance du Réseau en matière de qualité et sécurité des patients		Information
	8.2 Rapport synthèse T3 en matière de qualité, sécurité des patients et expérience des patients		Information
	8.3 Rapport synthèse du Bureau des risques organisationnels (T3)		Information
	8.4 Rapports du Bureau de la vie privée (T2 et T3)		Information
09 h 50	9. Affaires nouvelles		
	9.1 Révision et approbation du mandat traduit du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients		Décision
GOVERNANCE			
10 h	10. Approbation du procès-verbal du 15 janvier 2024	71-75	Décision
10 h 02	11. Affaires permanentes		

	11.1 Évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration		Information
	11.1 a) Note exécutive	76-77	
	11.1 b) Tableau d'évaluation des réunions à huis clos et publique	78-81	
	11.2 Progression de la mise à jour des règlements administratifs	82-83	Information
	11.3 Plan de travail du Comité de gouvernance et de mise en candidature 2023-2024		
	11.3.1 Suivi du plan de travail sur les normes de Gouvernance en prévision de la visite d'Agrément Canada	84-85	Information
	11.3.2 Évaluation du rendement et du développement de la Présidente-directrice générale		
	11.3.2 a) Note exécutive	86-88	Information
	11.3.2 b) Annexe CA-400 : Plan d'évaluation du rendement et du développement – Président-directeur général	89-92	
	11.3.3 Évaluation du médecin-chef et de la présidente du Comité professionnel consultatif		
	11.3.3 a) Note exécutive	93-95	Information
	11.3.3 b) Annexe CA-430 : Plan d'évaluation du rendement et du développement – médecin-chef ou président du Comité professionnel consultatif (CPC)	96-103	
	11.3.4 Adoption du formulaire du sondage d'évaluation du Conseil et des membres		
	11.3.4 a) Note exécutive	104-105	Décision
	11.3.4 b) Questionnaires d'évaluation	106-109	
	11.3.5 Membres des comités du Conseil d'administration		
	11.3.5 a) Note exécutive	110-111	Décision
	11.3.5 b) Membres des comités du Conseil d'administration 2023-2024	112-113	
	11.4 Demandes de formation des membres du Conseil d'administration		
	11.4 a) Note exécutive	114-115	Information
	11.4 b) Registre des demandes de formation du Conseil d'administration	116	
10 h 40	12. Affaires nouvelles		
	12.1 Adoption des politiques CA-310 Comité exécutif, CA-320 Comité de gouvernance et de mise en candidature, CA-350 Comité de la qualité des soins et la sécurité des patients et CA-215 Formulaire de réclamation		Décision
	12.1 a) Note exécutive	117-118	
	12.1 b) Politiques CA-310 Comité exécutif, CA-320 Comité de gouvernance et de mise en candidature, CA-350 Comité de la qualité des soins et la sécurité des patients et CA-215 Formulaire de réclamation	119-154	
	12.2 Politique CA-396 : Comité ad hoc des Ressources humaines	155-156	Décision
	12.3 Adoption d'un formulaire d'intérêt pour la présidence et les membres des comités		Décision
	12.3 a) Note exécutive	157-158	
	12.3 b) Formulaire d'intérêt – présidence ou membre d'un comité	159	
	12.4 Mandats et recrutement des membres du Conseil d'administration		Décision
	12.4 a) Note exécutive	160-163	

	12.4 b) Processus de planification et de renouvellement de la succession du Conseil d'administration	164-165	
	12.4 c) Profil de compétences des membres	166	
	12.4 d) Tableau des mandats et du recrutement des membres du Conseil d'administration	167	
	12.4 e) Lettres de mandats des membres du Conseil d'administration	168-183	
	12.5 Lettre de mandat de la PDG	184-185	Information
	12.6 Lettre de renomination du président du Conseil d'administration		Information
	12.6 a) Note exécutive	186	
	12.6 b) Lettre de renomination du président du Conseil d'administration	187	
11 h 29	13. Date de la prochaine réunion : 6 juin 2024 à 9 h		Information
11 h 30	14. Levée de la réunion		Décision

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Point 10

Titre de la réunion :	Comité mixte de la qualité et de la gouvernance	Date et heure :	Le 15 janvier 2024, 9 h à 11 h 30
But de la réunion :	Réunion régulière	Endroit :	Teams
Co-présidentes :	Claire Savoie (P) Johanne Thériault Paulin		
Adjointes administratives :	Vicky Pellerin Sophie Legacy		

Participants**Membres votants**

Claire Savoie (co-présidente)	✓	Johanne Thériault Paulin (co-présidente)	✓	Poste vacant	
-------------------------------	---	--	---	--------------	--

Membres d'office

Dre France Desrosiers	✓	Tom Soucy (ayant droit de vote)	✓		
-----------------------	---	---------------------------------	---	--	--

Membres invités - Qualité

Dr Eric Levasseur	✓	Annie Carré	A	Pandurang Ashrit	A
Brigitte Sonier Ferguson	✓	Marjorie Pigeon	✓	Diane Mignault	✓

Membres invités - Gouvernance

Marc-André Leblanc	✓	Pierre Michaud	✓		
--------------------	---	----------------	---	--	--

ORDRE DU JOUR**1. Ouverture de la réunion**

La réunion est ouverte par Claire Savoie, co-présidente du Comité mixte de la qualité et de la gouvernance. Elle explique comment la co-présidence des réunions à venir fonctionnera (à tour de rôle) et que la personne qui présidera la réunion sera annoncée à l'ouverture de celle-ci. Claire Savoie co-présidera cette réunion.

2. Constatation de la régularité de la réunion

La réunion est dûment convoquée et le quorum est atteint.

3. Rappel de confidentialité

La présidente rappelle à tous leur devoir de confidentialité.

4. Adoption de l'ordre du jour

L'ordre du jour est adopté tel que circulé.

MOTION 2024-01-15 / 01CMQG

Proposée par Tom Soucy

Appuyée par Johanne Thériault Paulin

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

Adoptée à l'unanimité.

5. Déclaration de conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts n'est déclaré.

QUALITÉ**6. Approbation du procès-verbal du 19 octobre 2023**

Le procès-verbal de la réunion de la section Qualité du 19 octobre 2023 est présenté pour adoption tel que circulé.

MOTION 2024-01-15 / 02CMQG

Proposée par Tom Soucy

Appuyée par Johanne Thériault Paulin

Et résolu que le procès-verbal du 19 octobre soit adopté tel que circulé avec la correction du point 6.1. *Révision et recommandation du mandat du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients*

Adoptée à l'unanimité.

7. Suivis de la dernière réunion

Un retour sur les points d'action convenus lors de la rencontre précédente est présenté sous forme de tableau qui permet de rendre compte de l'état d'avancement et d'assurer les suivis. Il est noté que ce format est apprécié et qu'il permettra au comité de suivre l'évolution de certaine question spécifique.

8. Affaires permanentes

8.1 Performance du Réseau en matière de qualité et sécurité des patients

Les bulletins de performance par programme clientèle apprenant et par secteur clinique transversal sont présentés à titre informatif.

Objectifs:

- Avoir les bulletins de performance par programmes le plus complet possible avant le 31 mars 2024.
- Avoir des tendances pour qu'on puisse suivre et se comparer
- Avoir des références (lorsque disponible) et des cibles.
- Nourrir des projets de qualité et d'amélioration de la qualité des soins en utilisant les bulletins de performance.

8.2 Rapport de synthèse T2 en matière de qualité, sécurité des patients et expérience des patients

Le rapport de synthèse T2 en matière de qualité, sécurité des patients et expérience des patients est présenté à titre informatif. Le rapport résume les résultats du Réseau en matière de qualité des soins, sécurité des patients et expérience patient.

Les priorités en lien avec l'optimisation du secteur Qualité, sécurité des patients et expérience patient ont également été présentés, ainsi que les indicateurs de performance clés pour le secteur.

8.3 Rapport du Comité consultatif des patients et des familles

Le Comité est informé des activités du Comité consultatif des patients et des familles du Réseau.

Une présentation aura lieu à la prochaine réunion sur l'importance et la raison d'être du Comité consultatif de patients et des familles.

8.4 Rapport synthèse du Bureau du risque organisationnel (T2)

Le rapport du Bureau des risques organisationnels (BRO) pour le deuxième trimestre de 2023-2024 est présenté à titre informatif.

Prochaines étapes :

Poursuivre les révisions des règlements.

- Développer le registre des risques organisationnels.
- Poursuivre les initiatives pour réduire les risques d'interruptions de services.
- Poursuivre la gestion des contrats.
- Poursuivre la révisions des politiques du Conseil d'administration.
- Avoir une formation sur les *cartes de chaleurs* pour les membres du Conseil d'administration.

9. Affaires nouvelles

9.1 Révision et recommandation du mandat du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

Le mandat du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients est présenté pour adoption avec les changements demandés lors de la dernière réunion.

Il y aura 3 membres votants par comité.

Action : Remettre le point Gestion des risques au mandat.

MOTION 2024-01-15 / 03CMQG

Proposée par Tom Soucy

Appuyée par Johanne Thériault Paulin

Et résolu que le mandat du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients, tel que présenté en annexe, soit soumis pour approbation au Comité de gouvernance et de mise en candidature.

Adoptée à l'unanimité.

9.2 Révision et approbation du plan de travail du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

Le plan de travail du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients est présenté pour adoption.

MOTION 2024-01-15 / 04CMQG

Proposée par Tom Soucy

Appuyée par Johanne Thériault Paulin

Et résolu que le plan de travail du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients, tel que présenté en annexe, soit soumis pour approbation au Comité de gouvernance et de mise en candidature.

Adoptée à l'unanimité.

GOVERNANCE**10. Approbation du procès-verbal du 25 octobre 2023**

Le procès-verbal de la réunion du Comité de gouvernance et de mise en candidature du 25 octobre 2023 est présenté pour approbation tel que circulé.

MOTION 2024-01-15 / 05CMQG

Proposée par Johanne Thériault Paulin

Appuyée par Tom Soucy

Et résolu que le procès-verbal soit adopté tel que circulé.

Adoptée à l'unanimité.

11. Suivis de la dernière réunion**11.1 Plan de formation du Conseil d'administration 2023-2024 : création d'un registre**

Un registre de demandes de formation de la part des membres du Conseil d'administration a été créé et sera mis à la disposition des membres du Conseil d'administration sous peu. Un courriel et un lien permettant d'y accéder seront envoyés à tous les membres du Conseil d'administration.

Les membres recommandent qu'une procédure soit élaborée et qu'elle soit envoyée aux membres en même temps que le courriel les informant du registre.

Le plan de formation 2023 – 2024 est présenté aux membres du comité.

MOTION 2024-01-15 / 06CMQG

Proposée par Tom Soucy

Appuyée par Johanne Thériault Paulin

Et résolu que le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance recommande qu'une procédure soit élaborée relativement au registre de demandes de formation et que le plan de formation 2023-2024 au Conseil d'administration soit adopté.

Adoptée à l'unanimité.

11.2 Mandat du Comité de gouvernance et de mise en candidature

Les membres demandent qu'une modification au mandat soit effectuée relativement au nombre de membres de leur comité qui doit compter trois membres. Le mandat révisé sera présenté pour adoption lors de la prochaine réunion du Conseil d'administration, soit le 6 février 2024.

MOTION 2024-01-15 / 07CMQG

Proposée par Tom Soucy

Appuyée par Johanne Thériault Paulin

Et résolu que le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance modifie le mandat du Comité de gouvernance et de mise en candidature afin d'indiquer que le Comité doit être formé d'au moins trois membres et qu'il recommande son adoption au Conseil d'administration.

Adoptée à l'unanimité.

11.3 Réorganisation des comités du Conseil d'administration**11.3.1 Couplage du Comité de gouvernance et de mise en candidature et du Comité de la qualité de soins et de la sécurité des patients et couplage du Comité des finances et de vérification et du Comité stratégique de la recherche et de la formation**

Le raisonnement du couplage des comités est présenté et la nomination des membres des comités du Conseil d'administration est présentée pour adoption.

Les membres indiquent leur préférence que la co-présidence des réunions soit tenue par la même personne du début à la fin de la réunion du Comité. Cependant, ils préconisent un modèle leur permettant une certaine flexibilité relativement à la co-présidence. Une discussion a lieu relativement à la présentation des rapports des comités au Conseil.

MOTION 2024-01-15 / 08CMQG

Proposée par Johanne Thériault Paulin

Appuyée par Tom Soucy

Et résolu que le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance soumette au Conseil d'administration les nominations des membres des comités du Conseil d'administration telles que présentées.

Adoptée à l'unanimité.

11.3.2 Changements relativement aux motions (en bloc)

La nouvelle procédure d'adoption des motions des comités lors des réunions du Conseil d'administration est expliquée aux membres.

Le président du Conseil d'administration recommande que les motions et les points soient présentés par section en premier lieu et qu'à l'intérieur de ces sections soient présentés les points à titre d'information en premier, suivis des motions.

Une procédure sera préparée dans l'éventualité où un membre demandait une discussion sur une proposition en particulier, afin de pouvoir ressortir cette motion de la résolution en bloc.

12. Affaires permanentes

12.1 Évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration

Le rapport d'évaluation de la réunion du Conseil d'administration du 7 novembre 2023 est présenté à titre informatif. Aucune rétroaction n'a été reçue ou notée.

12.2 Progression de la mise à jour des règlements administratifs

L'échéancier prévu pour la révision des règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité est présenté à titre informatif.

12.3 Plan de travail du Conseil d'administration 2023-2024

12.3.1 Révision du plan de travail et calendrier de réunions du Conseil d'administration pour approbation au Conseil d'administration

Le plan de travail et le calendrier de réunions du Conseil d'administration sont révisés et leur adoption par le Conseil d'administration est recommandée.

MOTION 2024-01-15 / 09CMQG

Proposée par Tom Soucy

Appuyée par Johanne Thériault Paulin

Et résolu que le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance recommande l'adoption au Conseil d'administration du plan de travail et du calendrier de réunions du Conseil d'administration tels que présentés.

Adoptée à l'unanimité.

12.3.2 Révision des mandats et des plans de travail des comités du Conseil et recommandation de l'approbation au Conseil d'administration

La conformité des mandats des comités du Conseil d'administration en lien avec les lois, les règlements administratifs, les règles et les politiques est révisée.

Le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance demande des révisions aux mandats des comités du Conseil d'administration et ne recommande pas leur adoption tels que présentés.

Le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance recommande l'adoption des plans de travail des comités du Conseil d'administration pour qu'ils soient ensuite soumis à l'approbation du Conseil d'administration.

MOTION 2024-01-15 / 10CMQG

Proposée par Tom Soucy

Appuyée par Johanne Thériault Paulin

Et résolu que le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance examine la membriété des comités du Conseil d'administration et recommande que la membriété de ceux-ci soit uniforme dans les différents mandats.

Adoptée à l'unanimité.

MOTION 2024-01-15 / 11CMQG

Proposée par Tom Soucy

Appuyée par Johanne Thériault Paulin

Et résolu que le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance adopte les plans de travail du Comité de finances et de vérification et du Comité stratégique de la recherche et de la formation et recommande l'adoption du mandat et du plan de travail du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients au Conseil d'administration.

Adoptée à l'unanimité.

13. Affaires nouvelles

13.1 Nomination du nouveau membre du Conseil d'administration

Le Conseil d'administration n'a pas reçu de détails relativement à la nomination d'un nouveau membre du Conseil d'administration. Si tel est toujours le cas le 6 février 2024, le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance propose qu'un suivi soit effectué auprès du ministre.

13.2 Adoption du manuel d'orientation du Conseil d'administration

Le manuel d'orientation du Conseil d'administration est présenté pour adoption tel que présenté.

MOTION 2024-01-15 / 12CMQG

Proposée par Johanne Thériault Paulin

Appuyée par Tom Soucy

Et résolu que le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance adopte le manuel d'orientation du Conseil d'administration tel que présenté.

Adoptée à l'unanimité.

14. Date de la prochaine réunion : 2 avril 2024 à 9 h

15. Levée de la réunion

Claire Savoie annonce la levée de la réunion à 10 h 30.

Claire Savoie
Présidente du comité

Brigitte Sonier Ferguson
Vice-présidente principale
Performance, Mission universitaire et Stratégies

Pierre Michaud
Chef de la gestion des risques

Nom du comité : Comité mixte de la qualité et de la gouvernance

Date : 2 avril 2024

Objet : Évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration

Objectif

L'objectif est de présenter le rapport d'évaluation de la réunion du Conseil d'administration du 6 février 2024. Ceci est un point présenté à titre d'information et aux fins de discussion.

Contexte

Ce rapport permet au comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon le critère de la norme Gouvernance d'Agrément Canada AC : 4.2.1.

4.2.1	L'instance de gouvernance évalue régulièrement son efficacité afin d'apporter des améliorations au besoin.
-------	--

Selon la politique CA-320, le comité de gouvernance et de mise en candidature est responsable de voir à la mise en place d'un processus d'évaluation de l'efficacité du conseil après chaque réunion.

Cependant, veuillez noter qu'une erreur informatique est survenue au niveau des réponses des questions ouvertes 12 et 13 pour la réunion à huis clos et que ces réponses n'ont pu être récupérées. Les questions faisaient bel et bien partie du questionnaire d'évaluation, mais les réponses n'ont pu être récupérées par l'équipe des Technologies et de la santé numérique. Ces réponses étaient toutefois disponibles pour la réunion publique. L'erreur aurait été causée par un boque informatique.

Solution proposée

À la suite du bogue informatique qui a perturbé la collecte des données des questions 12 et 13 se rapportant à la réunion à huis clos du 6 février 2024, des essais seront effectués avant la prochaine réunion du Conseil d'administration afin d'éviter que ceci se reproduise.

Avantages

S/O

Désavantages

S/O

Considérations importantes

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

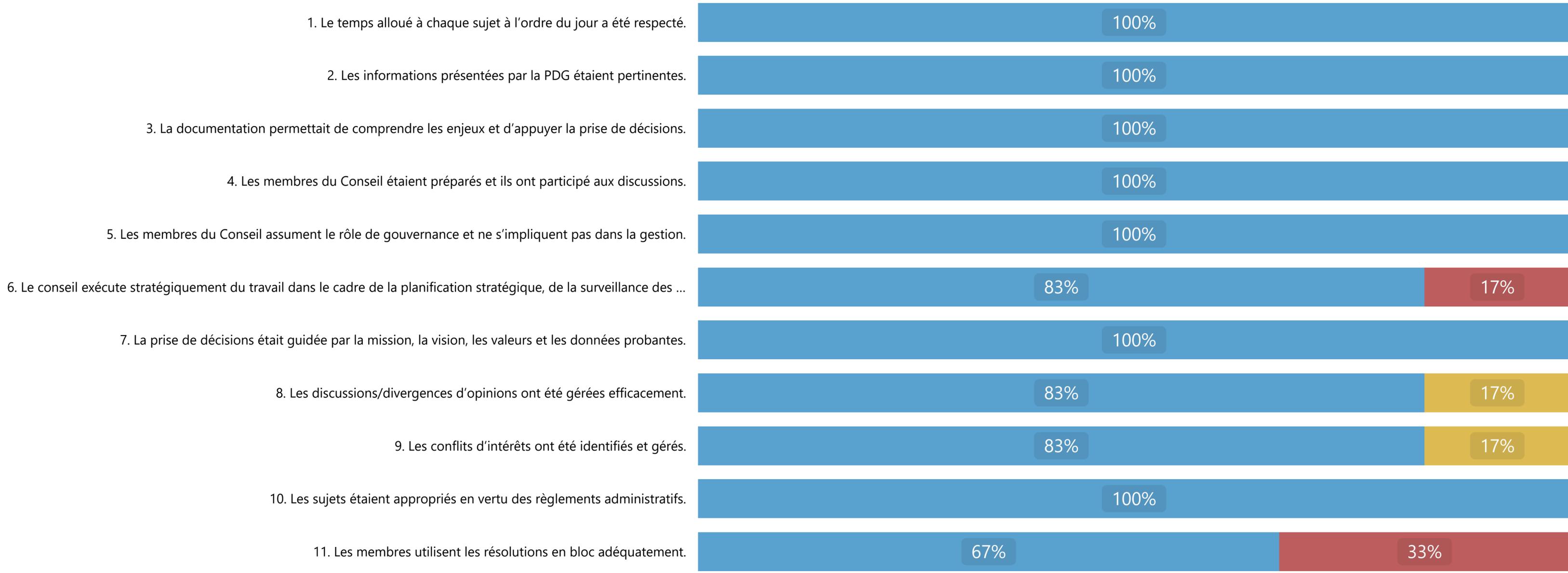
Suivi à la décision

Sans objet

Soumis le 29 février 2024 par Pierre Michaud, chef de la gestion des risques, et Marc-André LeBlanc, conseiller principal en gestion des risques organisationnels.

Résultats du sondage - Réunion publique - 2024-02-06

Questions à échelle d'évaluation Pourcentage de participation : 100 % (6 membres)
 Pourcentage de questions répondues : 100 %



● 6. Tout à fait d'accord ● 5. D'accord ● 4. Ni d'accord ni en désaccord ● 3. Pas d'accord ● 2. Pas du tout d'accord ● 1. Sans objet (S.O.)

12. Veuillez fournir vos besoins, vos demandes et/ou vos suggestions en matière de formation ainsi que vos idées de discussions productives.

Code de conduite

Rapport sur la performance de l'organisation par la firme de consultant=

Pas assez de temps alloué pour la présentation des rapports

Il est important de présenter le travail de ces comités

13. Veuillez utiliser cet espace pour ajouter des commentaires.

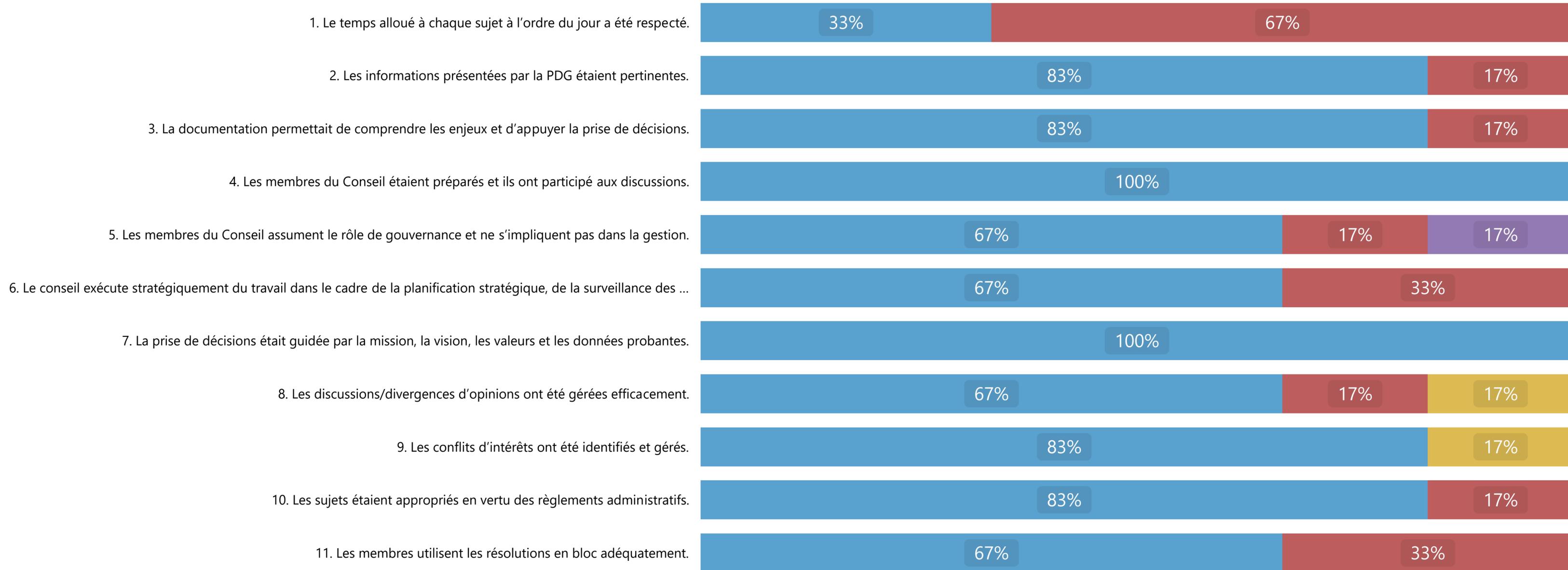
Confidentialité- ne pas divulguer les raisons des absences des membres du CA. Beaucoup de contenu rapidement.

Évaluation de la réunion publique.

Questions à échelle d'évaluation

Pourcentage de participation : 100 % (6 membres)

Pourcentage de questions répondues : 100 %



● 6. Tout à fait d'accord ● 5. D'accord ● 4. Ni d'accord ni en désaccord ● 3. Pas d'accord ● 2. Pas du tout d'accord ● 1. Sans objet (S.O.)

Questions à réponse libre

Pourcentage de participation : 100 % (6 membres)

Pourcentage de questions répondues : 100 %

12. Veuillez fournir vos besoins, vos demandes et/ou vos suggestions en matière de formation ainsi que vos idées de discussions productives.

13. Veuillez utiliser cet espace pour ajouter des commentaires.

Nom du comité : Comité mixte de la qualité et de la gouvernance

Date : 2 avril 2024

Objet : Progression de la mise à jour des règlements administratifs

Objectif

Présenter à titre informatif l'échéancier prévu pour la révision des règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité

Contexte

Cette mise à jour permet au Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance (Comité) de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon les critères de la norme Gouvernance d'Accréditation Canada AC : 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3, 2.2.10.

Les règlements administratifs ont été approuvés par le ministre de la Santé le 30 juillet 2021.

La *Loi sur les régies régionales de la santé* a été modifiée en 2023 et il s'avère nécessaire de modifier les règlements administratifs des régies régionales de la santé afin de s'assurer que ceux-ci respectent les nouvelles dispositions de la *Loi*.

Les règlements administratifs sont pratiquement les mêmes du côté du Réseau de santé Horizon et du Réseau de santé Vitalité. Le Réseau de santé Vitalité a commencé sa propre révision en tenant compte des nouvelles dispositions de la *Loi* et en profitant de l'occasion pour revoir l'ensemble des règlements administratifs.

Solution proposée

L'échéancier proposé est le suivant :

Septembre à novembre 2023	Révision par le Bureau des risques organisationnels	Complété
Novembre 2023 à janvier 2024	Révision par le secteur des affaires médicales	Complété
Janvier à avril 2024	Consultation avec les parties prenantes au Réseau	En cours
Avril 2024 à mai 2024	Mise en page du document pour la consultation et la traduction des sections modifiées	À venir
À déterminer	Consultation et négociation avec le Réseau de santé Horizon	À venir
À déterminer	Révision juridique	À venir
À déterminer	Traduction et révision linguistique finale	À venir
À déterminer	Approbation par le Comité de gouvernance	À venir
À déterminer	Approbation par le Conseil d'administration	À venir
À déterminer	Approbation par le ministre de la Santé	À venir

L'échéancier proposé pourrait être appelé à changer selon les disponibilités des différents services et partenaires qui devront faire partie intégrale du processus de révision.

Note exécutive

Avantages

Être en conformité avec la *Loi sur les régies régionales de la santé*.

Revoir l'ensemble des processus et des éléments prévus dans les règlements administratifs

Désavantages

Le Réseau de santé Vitalité et le Réseau de santé Horizon doivent s'entendre sur des règlements administratifs similaires, sauf à quelques distinctions près. Les propositions de modification du Réseau de santé Vitalité doivent donc être acceptées par le Réseau de santé Horizon et vice-versa.

Considérations importantes

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

Suivi à la décision

1. Les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada (édition 2022) pour les visites sont cités en référence dans le document de la manière suivante : « (AC : 1.1.1) ».

2.2.1	L'instance de gouvernance établit ses responsabilités conformément aux obligations associées à son territoire.
2.2.2	L'instance de gouvernance établit les responsabilités de chacun de ses membres, y compris celles du président.
2.2.3	L'instance de gouvernance consigne les conditions opérationnelles exigées pour l'exercice de ses activités.
2.2.10	L'instance de gouvernance met en œuvre son cadre décisionnel en matière de gouvernance.

Soumis le 7 mars 2024 par Pierre Michaud, chef de la gestion des risques, et Marc-André LeBlanc, conseiller principal en gestion des risques organisationnels.

Nom du comité : Comité mixte de qualité et de gouvernance

Date : 2 avril 2024

Objet : Suivi du plan de travail sur les normes de Gouvernance en prévision de la visite d'Agrément Canada

Objectif

La présente note exécutive permet au comité mixte de qualité et de gouvernance de rendre compte et de planifier le travail au sujet de la démarche d'accréditation avec Agrément Canada pour les normes de Gouvernance dont la responsabilité incombe au conseil d'administration.

Contexte

Lors de la visite d'Agrément Canada de juin 2022, le Réseau a obtenu un taux de conformité de 100% à l'égard des normes de Gouvernance. Par conséquent, aucun plan de travail n'était requis.

Une nouvelle édition des normes de Gouvernance a été établie par Agrément Canada, laquelle comporte maintenant de nouveaux critères requérant du travail, notamment en termes de diversité, d'équité, d'inclusion et de lutte contre le racisme systémique. Toutefois, aucune autre pratique organisationnelle requise n'a été émise.

Solution proposée

Selon le cycle de planification pour la démarche d'accréditation avec Agrément Canada en vue de la prochaine visite aux alentours de juin 2026, le Réseau entre dès avril prochain dans sa phase d'autoévaluation, et ce, jusqu'en septembre 2024, à la suite de quoi un plan d'action sera établi et mis en œuvre avec chaque groupe responsable d'au moins un cahier de normes. Dans cette foulée, les prochaines activités prévues avec le conseil d'administration sont les suivantes :

- Juin 2024 : séance d'information pour le lancement de la démarche avec présentation des normes.
- Août-septembre : auto-évaluation individuelle par les membres du conseil d'administration
- Octobre : revue des résultats et élaboration du plan d'action

Avantages

La préparation adéquate en vue de la mise aux normes pour la prochaine visite d'Agrément Canada en 2026.

Désavantages

Nil

Considérations importantes

Faire valoir l'analyse des répercussions sur le plan de l'éthique; de l'allocation des ressources (analyse financière); de la qualité et de la sécurité; les impacts politiques; des partenariats; de la réputation et de la communication; et de la gestion des risques (analyse légale).

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

Suivi à la décision

Sans objet.

Soumis le 18 mars 2024 par Marjorie Pigeon, directrice Qualité, Sécurité des patients et Service des bénévoles.

Nom du comité : Comité mixte de la qualité et de la gouvernance

Date : 2 avril 2024

Objet : Évaluation du rendement et du développement de la présidente-directrice générale

Objectif

Présenter à titre informatif le processus d'évaluation du rendement et du développement de la Présidente-directrice générale (PDG).

Contexte

Cette mise à jour permet au Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance (Comité) de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada AC : 3.2.2, 3.2.3, 3.2.4.

3.2.2	L'instance de gouvernance veille à établir les responsabilités du dirigeant principal.
3.2.3	L'instance de gouvernance évalue régulièrement le rendement du dirigeant principal par rapport à l'établissement d'objectifs de rendement mesurables.
3.2.4	L'instance de gouvernance appuie et examine régulièrement le plan de perfectionnement professionnel continu du dirigeant principal.

En vertu de la politique du Conseil CA-400 : Évaluation du rendement et du développement du Président-directeur général, le Conseil d'administration (Conseil) établit un comité d'évaluation du rendement et du développement du PDG (formé du président, du vice-président et d'un membre supplémentaire du Conseil) (comité d'évaluation du rendement et du développement). Le comité d'évaluation du rendement et du développement est responsable de la mise en œuvre du processus d'évaluation annuelle du PDG.

En vertu du plan de travail du Comité, le Comité s'assure de l'évaluation de la performance du PDG, du médecin-chef et du président du CPC.

En vertu de la *Loi sur les régies régionales de la santé*, le Conseil est responsable de superviser le directeur général.

Solution proposée

En vertu de la politique CA-400, les activités proposées sont les suivantes :

Activités	Responsables	Échéanciers
1. Le PDG développe une proposition du plan d'évaluation du rendement et du développement	Le PDG	Avril

Note exécutive

Activités	Responsables	Échéanciers
en vue de l'obtention des commentaires du Comité d'évaluation du rendement et du développement.		
2. 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.	Le Comité d'évaluation du rendement et du développement	Avril
3. Le PDG met au point le plan d'évaluation du rendement et du développement à la suite des commentaires reçus et soumet le plan au Comité d'évaluation du rendement et du développement pour approbation.	Le PDG et le Comité d'évaluation du rendement et du développement	Mai
4. 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.	Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le PDG	Septembre
5. Le PDG présente une auto-évaluation de fin d'année et la soumet au Comité d'évaluation du rendement et du développement.	Le PDG	Fin mars, début avril
6. Le Comité d'évaluation du rendement et du développement rencontre le PDG et évalue sa performance durant l'année qui se termine.	Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le PDG	Avril
7. 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	Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le PDG	Mai

Le plan d'évaluation du rendement et du développement de la PDG est présenté en annexe de la politique CA-400.

Avantages

Sans objet.

Désavantages

Sans objet

Considérations importantes

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

Suivi à la décision

Le président du Conseil devrait débiter le processus sous peu et en faire rapport au Conseil à la réunion de juin.

Soumis le 7 mars 2024 par Pierre Michaud, chef de la gestion des risques, et Marc-André LeBlanc, conseiller principal en gestion des risques organisationnels.

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 :

Nom du comité : Comité mixte de la qualité et de la gouvernance

Date : 2 avril 2024

Objet : Évaluation du médecin-chef et de la présidente du Comité professionnel consultatif

Objectif

Présenter à titre informatif le processus d'évaluation du médecin-chef et de la présidente du Comité professionnel consultatif (CPC)

Contexte

Ce point permet au Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance (Comité) de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon les critères de la norme Gouvernance d'Accréditation Canada AC : 2.2.2, 2.2.4, 4.2.3.

2.2.2	L'instance de gouvernance établit les responsabilités de chacun de ses membres, y compris celles du président.
2.2.4	L'instance de gouvernance veille à ce que chaque membre reconnaisse ses responsabilités.
4.2.3	Le président de l'instance de gouvernance fait régulièrement le point sur la contribution de chacun de ses membres et leur fournit ses commentaires en fonction des résultats.

En vertu de la politique du Conseil CA-430 : Processus d'évaluation du médecin-chef et du président du Comité professionnel consultatif, un comité d'évaluation est formé du président du Conseil d'administration (Conseil) et de la Présidente-directrice générale (PDG). Ceux-ci sont responsables de la mise en œuvre du processus d'évaluation annuelle du médecin-chef et de la présidente du CPC.

Le Conseil évalue, de façon diligente, la performance et le rendement selon les modalités suivantes.

Médecin-chef

- d'après les responsabilités du médecin-chef telles qu'elles sont décrites dans les règlements administratifs (B.13.5);
- d'après le plan d'évaluation du rendement et du développement;
- d'après les politiques du Conseil.

Président du Comité professionnel consultatif

- en tenant compte du mandat du CPC;
- en tenant compte du plan d'évaluation du rendement et du développement;
- en tenant compte des politiques du Conseil.

En vertu du plan de travail du Comité, le Comité s'assure de l'évaluation de la performance du PDG, du médecin-chef et du président du CPC.

Solution proposée

En vertu de la politique CA-430, les activités proposées sont les suivantes :

Activité	Responsables	Échéancier
a) Le médecin-chef et le président du CPC développent 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 médecin-chef Le président du CPC 	<ul style="list-style-type: none"> Avril
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 médecin-chef et le président du CPC mettent au point le plan d'évaluation du rendement et du développement suite aux commentaires reçus et soumettent le plan au Comité d'évaluation du rendement et du développement pour	<ul style="list-style-type: none"> Le médecin-chef et le Comité d'évaluation du rendement et du développement Le président du CPC et le Comité d'évaluation du rendement et du développement 	<ul style="list-style-type: none"> Mai
d) Le médecin-chef et le président du CPC font une auto-évaluation à la mi-année et rencontrent le Comité d'évaluation du rendement et du développement pour discuter du progrès et faire les ajustements nécessaires au plan	<ul style="list-style-type: none"> Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le médecin-chef Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le président du CPC 	<ul style="list-style-type: none"> Septembre
e) Le médecin-chef et le président du CPC présentent une auto-évaluation de fin d'année et la soumettent au Comité d'évaluation du rendement et du développement.	<ul style="list-style-type: none"> Le médecin-chef Le président du CPC 	<ul style="list-style-type: none"> Fin mars, début avril
f) Le Comité d'évaluation du rendement et du développement rencontre le médecin-chef et le président du CPC et évalue leur performance durant l'année qui se termine.	<ul style="list-style-type: none"> Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le médecin-chef Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le président du CPC 	<ul style="list-style-type: none"> Avril

Note exécutive

<p>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 P.-D.G.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le P.-D.G. 	<ul style="list-style-type: none"> Mai
--	---	---

Le plan d'évaluation du rendement et du développement du médecin-chef et de la présidente du CPC est présentée en annexe de la politique CA-430.

Avantages

Sans objet

Désavantages

Sans objet

Considérations importantes

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

Suivi à la décision

Le président du Conseil et la PDG devraient débiter le processus sous peu et en faire rapport au Conseil à la réunion de juin.

Soumis le 6 mars 2024 par Pierre Michaud, chef de la gestion des risques et Marc-André LeBlanc, conseiller principal en gestion des risques organisationnels.

Réseau de santé Vitalité

Plan d'évaluation du rendement et du développement

**Médecin-chef ou Président du Comité professionnel
consultatif (CPC)**

Éléments du formulaire d'évaluation

Le **Plan d'évaluation du rendement et du développement du médecin-chef ou du président du CPC 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 médecin-chef et du président du CPC 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 au milieu de l'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 médecin-chef ou le président du CPC. 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 médecin-chef ou du président du CPC :	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	<ul style="list-style-type: none"> • Est conscient de ses propres hypothèses, valeurs, principes, points forts et limites • Assume la responsabilité de son rendement et de sa santé • Cherche activement des occasions et des défis en matière d'apprentissage personnel, de formation du caractère et de croissance • Démontre des qualités, comme l'honnêteté, l'intégrité, la résilience et la confiance 				
Fait participer les autres	<ul style="list-style-type: none"> • Appuie et encourage les autres à atteindre des objectifs professionnels et personnels • Crée un environnement agréable où les autres ont des occasions intéressantes d'apporter une contribution ainsi que les ressources nécessaires pour s'acquitter de leurs responsabilités • Sait écouter attentivement et encourage l'échange ouvert de renseignements et d'idées à l'aide des moyens de communication appropriés • Facilite un environnement de collaboration et de coopération pour atteindre des résultats 				

Obtient des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Inspire une vision et cible, établit et communique des attentes et des résultats clairs et utiles • Combine la mission/les valeurs organisationnelles et des données fiables et valables pour prendre des décisions • Agit d'une manière qui cadre avec les valeurs organisationnelles pour donner des services efficaces axés sur la population • Mesure et évalue les résultats, est responsable et tient les autres responsables des résultats obtenus par rapport aux points de référence, corrige sa façon de procéder selon les besoins 				
Crée des coalitions	<ul style="list-style-type: none"> • Crée des liens, une relation de confiance et des idées communes avec des gens et des groupes • Facilite la collaboration, la coopération et des coalitions au sein de divers groupes ainsi que des approches pour améliorer les services • Emploie des méthodes pour recueillir des renseignements, encourage l'échange ouvert de renseignements, utilise des données probantes de qualité pour influencer les choses au sein du système • Est politiquement astucieux, négocie en situation de conflit, mobilise le soutien nécessaire 				

Transforme les systèmes	<ul style="list-style-type: none"> • Réfléchit de manière analytique et conceptuelle, remet en question le statu quo pour cerner les problèmes, règle des problèmes et conçoit et met en œuvre des processus efficaces visant les systèmes et les parties intéressées • Crée un climat d'amélioration continue et de créativité visant le changement systémique • Observe l'environnement pour obtenir des idées, des pratiques exemplaires et des tendances nouvelles qui façonneront le système 				
--------------------------------	--	--	--	--	--

Partie III : Priorités futures proposées par le cadre hiérarchique à la suite de l'évaluation de fin d'année	

Autorisation et approbation	
Commentaires du médecin-chef ou du président du CPC :	
Signature du médecin-chef ou du président du CPC :	Date :
Président du Conseil d'administration :	Date :

Nom du comité : Comité mixte de la qualité et de la gouvernance

Date : 2 avril 2024

Objet : Adoption du formulaire du sondage d'évaluation du Conseil et ses membres

Objectif

Présenter pour adoption les quatre formulaires relatifs à l'évaluation du Conseil et ses membres.

Contexte

Ce point permet au Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance (Comité) de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada AC : 4.2.1 et 4.2.2.

4.2.1	L'instance de gouvernance évalue régulièrement son efficacité afin d'apporter des améliorations au besoin.
4.2.2	L'instance de gouvernance évalue régulièrement le rendement de son président pour lui donner une rétroaction fondée sur les résultats.

En vertu de la politique du Conseil CA-410 : Cadre d'évaluation, le Conseil d'administration (Conseil) a recours à un protocole d'évaluation annuelle. Le Comité est responsable de mettre en place le processus annuel d'évaluation du Conseil, de ses comités et de ses dirigeants, basé sur :

- Le mandat du Conseil et régime de gouvernance (CA-120)
- Les comités du Conseil (CA-300)
- Les fonctions du président du Conseil (CA-140)
- Les fonctions du vice-président du Conseil (CA-150)

Le Comité est responsable de déterminer le processus pour compléter ces évaluations et les évaluations sont effectuées sur un site de sondage électronique. Les résultats demeurent anonymes et sont communiqués seulement au membre touché et au président du Conseil.

En vertu du plan de travail du Comité, le Comité s'assure de la conduite du sondage d'évaluation du Conseil et des membres.

Solution proposée

Les quatre formulaires d'évaluation en annexe sont les suivants :

- Questionnaire d'auto-évaluation des membres - Annexe CA-410 (1);
- Questionnaire d'évaluation du président du Conseil d'administration - Annexe CA-410 (2);
- Questionnaire d'évaluation du président de comité - Annexe CA-410 (3);
- Questionnaire d'évaluation par les pairs - Annexe CA-410 (4).

Note exécutive

Le processus proposé est le suivant :

- Envoi des liens pour compléter les formulaires d'évaluation à tous les membres du Conseil le 1^{er} mai 2024
- Date limite pour compléter les formulaires d'évaluation le 15 mai 2024
- Compilation des résultats au plus tard le 29 mai 2024.
- Partage des résultats anonymisés :
 - Évaluation du président du Conseil
 - au président du Conseil le 30 mai 2024.
 - au comité de gouvernance le 6 juin 2024.
 - Évaluation du président de comité
 - à chaque présidence de comité le 30 mai 2024.
 - au comité de gouvernance le 6 juin 2024.
 - Évaluation des pairs à chacun des membres le 30 mai 2024.

Avantages

Sans objet.

Désavantages

Sans objet

Considérations importantes

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

Suivi à la décision

Proposé et appuyé

Et résolu que les quatre formulaires d'évaluations soient adoptés et que le processus présenté soit mis en œuvre.

Soumis le 7 mars 2024 par Pierre Michaud, chef de la gestion des risques et Marc-André LeBlanc, conseiller principal en gestion des risques organisationnels.

Questionnaire d'auto-évaluation des membres

(nom du membre)

Ce questionnaire est destiné à vous permettre d'évaluer votre performance individuelle au sein du Conseil d'administration.

Veillez noter où vous vous situez sur une échelle de 1 à 6 (**6 – tout à fait d'accord; 5 – d'accord; 4 – ni d'accord ni en désaccord; 3 – pas d'accord; 2 – pas du tout d'accord; 1 – ne s'applique pas [S.O.]**). Si l'échelle ne s'applique pas ou si l'appréciation se situe en dessous de ce que vous considérez comme acceptable, vous disposez d'un espace pour noter les mesures que vous devriez prendre pour accroître votre performance.

Comment évaluez-vous votre performance pour chaque énoncé suivant?	Évaluation					
	6	5	4	3	2	1
1. Définition de la stratégie J'ai une compréhension claire de l'activité principale du Réseau et je participe à la définition des objectifs stratégiques de celui-ci.						
2. Garantie de la performance Je contribue à garantir la disponibilité des ressources financières et humaines pour que le Réseau puisse réaliser ses objectifs.						
3. Définition et application des valeurs J'endors la mission, la vision et les valeurs du Réseau.						
4. Courage et intégrité En ce qui concerne les sujets d'éthique, je suis prêt à défendre mon opinion et à prendre en considération, de manière constructive, les visions d'autrui.						
5. Préparation adéquate Je me prépare aux séances du Conseil d'administration.						
6. Participation active Je participe activement aux discussions soutenues et critiques pendant les séances du Conseil d'administration.						
7. Responsabilité personnelle Je montre que je me sens personnellement responsable de contribuer au succès du Réseau.						
8. Risques et contrôles En ce qui concerne l'analyse des risques au sein de l'organisation, j'adopte une approche sincère et critique.						
9. Réaction aux mauvaises nouvelles J'encourage une communication ouverte et transparente.						
10. Contribution individuelle Je suis conscient de mon rôle.						
11. Compétences des membres du Conseil d'administration J'ai les compétences et l'expérience requises pour exercer mes fonctions.						
12. Compréhension des affaires Je fais l'effort d'apprendre à connaître le Réseau et son activité.						
13. Temps suffisant consacré à mes fonctions Je dispose de suffisamment de temps à consacrer à mes fonctions.						
14. Flexibilité J'anticipe et j'intègre les changements en soulignant les aspects positifs desdits changements aux autres.						
15. Prise d'influence Je communique efficacement. Je m'efforce de comprendre le point de vue des autres et de négocier / d'utiliser mon influence à bon escient.						
16. Sens aigu des affaires Je prends des décisions sensées et je fais preuve d'un bon jugement lors des discussions sur les points à l'ordre du jour.						
17. Développement professionnel Je contribue à mon développement professionnel.						
18. Relations avec la direction générale Je veille à une communication ouverte avec la direction générale et les autres interlocuteurs.						
Commentaires :						
Une évaluation sera effectuée sur un site de sondage électronique. Les résultats seront communiqués au membre touché seulement et au président du Conseil d'administration. Les résultats resteront anonymes.						

Questionnaire d'évaluation du président du Conseil d'administration

(nom du membre)

Échelle : 6 – tout à fait d'accord; 5 – d'accord; 4 – ni d'accord ni en désaccord; 3 – pas d'accord; 2 – pas du tout d'accord; 1 – ne s'applique pas (S.O.)

Comment évaluez-vous la performance du président du Conseil d'administration?	Évaluation					
	6	5	4	3	2	1
1. Il avise et conseille, en tant que président du Conseil d'administration, le président-directeur général, notamment en aidant à définir les problèmes, à revoir la stratégie et à maintenir la reddition de comptes.						
2. Il fournit un leadership fort au Conseil / aux comités en assistant dans le suivi de la vision, de la mission, des valeurs, de la stratégie et des plans du Réseau de santé Vitalité ainsi que dans la réalisation des objectifs de ce dernier et dans l'avancement des travaux du Conseil.						
3. Il veille à ce que les réunions du Conseil soient gérées de manière efficace et s'assure que le Conseil dispose des renseignements ou des conseils nécessaires pour prendre des décisions.						
4. Il veille à ce que suffisamment de temps soit accordé pour les débats et à ce que tous les aspects d'une question ou d'un problème soient entendus.						
5. Il évalue périodiquement l'efficacité du Conseil et de ses membres, et il examine les résultats avec les membres individuellement, le cas échéant, et avec le Conseil dans son ensemble.						
6. Le président du Conseil et le Conseil comprennent le rôle du président en tant que porte-parole du Conseil.						
7. Le président du Conseil représente le Conseil et le Réseau de santé Vitalité dans la communauté, et il aide à établir de solides relations avec les principaux acteurs.						
8. Je me sens à l'aise de présenter certaines questions au président.						
Commentaires :						
<p>Le président du Conseil investit du temps dans l'établissement de relations avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Le président-directeur général; o Le médecin-chef; o Le président du Comité professionnel consultatif; o Les membres du Conseil; o Les présidents de comité; o L'équipe de leadership. <p>Une évaluation sera effectuée sur un site de sondage électronique. Les résultats seront communiqués au président du Conseil d'administration seulement. Les résultats resteront anonymes.</p>						

Questionnaire d'évaluation du président de comité

(nom du membre et du comité)

Échelle : 6 – tout à fait d'accord; 5 – d'accord; 4 – ni d'accord ni en désaccord; 3 – pas d'accord; 2 – pas du tout d'accord; 1 – ne s'applique pas (S.O.)

Comment évaluez-vous la performance du président de comité ci-dessus?	Évaluation					
	6	5	4	3	2	1
1. Il avise et conseille le Conseil d'administration, notamment en aidant à définir les problèmes, à revoir la stratégie et à maintenir la reddition de comptes.						
2. Il fournit un leadership fort au comité en l'assistant dans le suivi de la vision, de la mission, des valeurs, de la stratégie et des plans du Réseau de santé Vitalité ainsi que dans la réalisation des objectifs de ce dernier et dans l'avancement des travaux du Conseil.						
3. Il veille à ce que les réunions du comité soient gérées de manière efficace, et il s'assure que le comité dispose des renseignements ou des conseils nécessaires pour prendre des décisions.						
4. Il veille à ce que suffisamment de temps soit accordé pour les débats et à ce que tous les aspects d'une question ou d'un problème soient entendus.						
5. Il évalue périodiquement l'efficacité du comité et de ses membres, et il examine les résultats avec les membres individuellement, le cas échéant, et avec le comité dans son ensemble.						
6. Le président du comité et le Conseil / comité comprennent le rôle du président en tant que porte-parole du comité.						
7. Le président du comité représente le comité au sein du Conseil, et il aide à établir de solides relations avec les principaux acteurs.						
8. Je me sens à l'aise de présenter certaines questions au président.						
Commentaires :						
<p>Une évaluation sera effectuée sur un site de sondage électronique. Les résultats seront communiqués au membre touché seulement et au président du Conseil d'administration. Les résultats resteront anonymes.</p>						

- Le président du comité investit du temps dans l'établissement de relations avec :
 - o Le président du Conseil d'administration;
 - o Le président-directeur général;
 - o Les membres du comité;
 - o Le vice-président de liaison pour le comité.

Questionnaire d'évaluation par les pairs

(nom du membre et du comité)

Échelle : 6 – tout à fait d'accord; 5 – d'accord; 4 – ni d'accord ni en désaccord; 3 – pas d'accord; 2 – pas du tout d'accord; 1 – ne s'applique pas (S.O.)

Comment évaluez-vous la performance du membre du Conseil pour chacun des énoncés suivants?		Évaluation					
		6	5	4	3	2	1
1.	Il assiste aux réunions et il est bien préparé pour évaluer la valeur et/ou ajouter de la valeur aux points de l'ordre du jour.						
2.	Il détient des connaissances, des compétences et de l'expérience qui font de lui une ressource précieuse et qui lui permettent de s'acquitter de ses responsabilités.						
3.	Il donne des renseignements et des points de vue extérieurs qui sont utiles aux délibérations.						
4.	Il participe aux réunions et il est engagé.						
5.	Il fait preuve de compréhension et de sensibilité en ce qui concerne les responsabilités fiduciaires, éthiques et juridiques.						
6.	Il démontre constamment son intégrité et il adhère à des normes d'éthique élevées.						
7.	Il se conforme à la politique sur les conflits d'intérêts.						
8.	Il respecte la confidentialité.						
9.	Il pense indépendamment. – Il peut exprimer des idées contraires à celles du groupe.						
10.	Il écoute efficacement les idées et les points de vue des autres membres et il encourage leurs contributions.						
11.	Il fait preuve d'un jugement sain et équilibré au profit de toutes les parties prenantes.						
12.	Il contribue de façon éclairée et constructive aux discussions, et il est prêt à prendre position ou à exprimer un point de vue. Il fournit une vision et une orientation stratégiques.						
13.	Il démontre de solides aptitudes en relations interpersonnelles.						
14.	Il représente le Conseil d'administration de manière appropriée lors d'interactions avec les membres du public.						
15.	Il appuie les décisions du Conseil d'administration.						
16.	Il reste axé sur les politiques plutôt que sur les opérations.						
17.	Il apporte, dans l'ensemble, une contribution précieuse au fonctionnement du Conseil.						
Commentaires :							
<p>Une évaluation sera effectuée sur un site de sondage électronique. Les résultats seront communiqués au membre touché seulement et au président du Conseil d'administration. Les résultats resteront anonymes.</p>							

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

Date : 2 avril 2024

Objet : Membres des comités du Conseil d'administration

Objectif

Adopter la membriété des comités du Conseil d'administration (Conseil) afin de nommer officiellement le nouveau membre du Conseil comme membre du Comité mixte de la qualité et de la gouvernance (Comité).

Contexte

Le Comité avait adopté, en octobre 2023, la membriété des comités du Conseil.

Depuis, un septième membre s'est ajouté au Conseil. Afin qu'il soit officiellement membre du Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de la gouvernance et mise en candidature, ce comité doit adopter la membriété des comités.

La nomination des membres des comités du Conseil permet au Comité de s'acquitter de sa responsabilité en matière de gouvernance selon le critère de la norme Gouvernance d'Agrément Canada AC : 2.1.4.

2.1.4	L'instance de gouvernance crée des comités propres au sujet au besoin pour s'acquitter de ses responsabilités.
-------	--

Solution proposée

La solution proposée est d'adopter la membriété des comités, y compris le nouveau membre du Conseil. La membriété des comités est présentée en annexe.

Avantages

Permet de s'assurer que chaque membre du Conseil fasse partie d'un comité et que les comités n'aient pas de postes vacants.

Désavantages

Sans objet.

Considérations importantes

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

Suivi à la décision

Proposé et appuyé

Et résolu que le Comité mixte de la qualité et la gouvernance – section gouvernance adopte la membreship des comités du Conseil d'administration.

Soumis le 11 mars 2024 par Pierre Michaud, chef de la gestion des risques, et Marc-André LeBlanc, conseiller principal en gestion des risques organisationnels.



Conseil d'administration Comités 2023-2024

Président : Tom Soucy

Vice-président : Réjean Després

Trésorier : Réjean Després

Comité exécutif

Tom Soucy : président du comité

Réjean Després : vice-président

Claire Savoie : co-présidente, comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et de mise en candidature (*PDG : Dre France Desrosiers*)

Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et de mise en candidature

Johanne Thériault Paulin : co-présidente (section qualité)

Claire Savoie : co-présidente (section gouvernance)

Comité mixte stratégique de la recherche et de la formation et des finances et de vérification

Julie Cyr : co-présidente (section recherche et formation)

Réjean Després : co-président (section finances)

Membres votants

Johanne Thériault Paulin

Claire Savoie

Jacques Doucet

Membres votants

Julie Cyr

Réjean Després

Yves Francoeur

Membres d'office

Thomas Soucy : président

Dre France Desrosiers, PDG

Membres d'office

Thomas Soucy : président

Dre France Desrosiers, PDG

Membres invités - Gouvernance

Pierre Michaud

Marc-André Leblanc

Membres invités - Recherche et formation

Dr Denis Prudhomme

Dr Michel H. Landry

Brigitte Sonier Ferguson

Martine Poirier

Erika Dugas

Stephen Lewis

Membres invités - Qualité

Dr Eric Levasseur

Annie Carré

Pandurang Ashrit

Brigitte Sonier Ferguson

Marjorie Pigeon

Diane Mignault

Membres invités - Finances

Patrick Parent

Alain Lavallée

Comité d'appréciation du rendement et du perfectionnement de la PDG

Tom Soucy : président

Réjean Després : vice-président

Claire Savoie : co-présidente, comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et de mise en candidature

Comités consultatifs

Comité médical consultatif (CMC)

Dr Éric Levasseur : président du comité

Membres votants :

- Dre Danièle Thibodeau
- Dre Carole Clavette
- Dr Simon Racine
- Dr Marc-André Doucet
- Dre Nadine Lebel-Déjario
- Dr Vincent Moreau
- Dr Jean-Philippe Lepage
- Dr Luc Cormier
- Dre Ariane Bouchard
- Dr Jean-François Bélanger
- Dr André-Denis Basque
- Dre Marie-Hélène Ranger
- Dr Marc-André Collin

Membres d'office (sans droit de vote) :

- Dre France Desrosiers
- Dre Natalie Banville
- Brigitte Sonier Ferguson
- Dr Martin Robichaud
- Dre Jocelyne Hébert
- Dre Michèle Michaud
- Dre Laurie Malenfant
- Dr Patrick Thibeault
- Dre Anick Pelletier
- Dr Pierre Tremblay
- Dr Michel H. Landry
- Dr Pandurang Ashrit
- Dre Rita RaaFat Gad
- Annie Carré

Invités :

- Marjorie Pigeon
- Malik Bereksi
- Marie-Ève Francoeur

Comité professionnel consultatif (CPC)

Annie Carré – Présidente du comité

Membres votants :

- Julie Aubé-Pinet
- Janie St-Onge
- Julie Morin
- Lyne Cormier Landry
- Daniel Doucette
- Luc Jalbert
- Nadine Lewis
- Jacques Gagnon - Partenaire de l'expérience patient
- Sophie Levesque
- Annie Berthelot – Vice-présidente
- Julie Richard Julie Richard
- Amy Martin
- Nicole Caissie
- Diane Savoie Morneault

Membres d'office (sans droit de vote) :

- Dre France Desrosiers
- Patrick Parent
- Sharon Smyth-Okana
- Brigitte Sonier-Ferguson
- Eric Levasseur
- Marjorie Pigeon
- Virgil Guitard

**Le président du Conseil d'administration et la présidente-directrice générale sont membres ex-officio (d'office) sur tous les comités du Conseil. Le président est membre ex-officio votant de tous les comités du Conseil d'administration.*

Nom du comité : Comité mixte de la qualité et de la gouvernance

Date : 2 avril 2024

Objet : Demandes de formation des membres du Conseil d'administration

Objectif

Présenter pour information les demandes de formation des membres du Conseil d'administration, le cas échéant

Contexte

Ce point permet au Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance (Comité) de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon les critères de la norme Gouvernance d'Accréditation Canada AC : 2.2.9, 5.1.3 et 6.1.3.

2.2.9	L'instance de gouvernance offre une formation continue sur la gouvernance à ses membres.
5.1.3	L'instance de gouvernance offre une formation et des possibilités d'apprentissage continues à ses membres sur la sécurisation culturelle et l'humilité et sur le racisme systémique.
6.1.3	L'instance de gouvernance offre une formation et des possibilités d'apprentissage continues à ses membres sur la sécurisation culturelle et l'humilité et sur le racisme systémique à l'endroit des Autochtones.

Le Comité a adopté, à sa réunion du 15 janvier 2024, un format de registre de demande de formation pour permettre aux membres du Conseil d'administration (Conseil) d'indiquer des idées de formation pour le Conseil lorsque celles-ci se présentaient.

Un courriel a été envoyé aux membres du Conseil le 17 janvier 2024 et a été mis en ligne sur Teams la même journée.

Solution proposée

En vertu de la politique du Conseil CA-320 : Comité de gouvernance et de mise en candidature, le Comité est responsable de voir à la formation des membres du Conseil. De ce fait, le point des demandes du registre de formation sera présenté comme point permanent d'information à chaque réunion du Comité afin de permettre au Comité de prendre connaissance des demandes de formation depuis la dernière réunion et d'établir un plan de formation, au besoin.

Avantages

Permettre au Comité d'être à l'affût des demandes de formation des membres et des besoins de ceux-ci en la matière.

Désavantages

Sans objet

Considérations importantes

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

Suivi à la décision

Sans objet

Soumis le 11 mars 2024 par Pierre Michaud, chef de la gestion des risques, et Marc-André LeBlanc, conseiller principal en gestion des risques organisationnels.

Nom du comité : Comité mixte de la qualité et de la gouvernance

Date : 2 avril 2024

Objet : Adoption des politiques

Objectif

Recommander au Conseil l'adoption de politiques modifiées

Contexte

Ce point permet au Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance (Comité) de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada AC :2.2.3 et 3.1.2

2.2.3	L'instance de gouvernance consigne les conditions opérationnelles exigées pour l'exercice de ses activités.
3.1.2	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme dispose de politiques et de procédures efficaces liées aux fonctions et aux domaines sous la supervision de l'instance de gouvernance.

En vertu de la politique CA-320 : Comité de gouvernance et de mise en candidature, le Comité est responsable d'orienter le Conseil d'administration (Conseil) sur les questions relatives à sa structure et à sa bonne gouvernance et d'appuyer et conseiller le Conseil en la matière. De ce fait, il revient au Comité de réviser les politiques pour s'assurer de leur conformité.

Les politiques ont été traduites afin de permettre au processus d'avancer plus rapidement et pour que celles-ci puissent être adoptées par le Conseil à la prochaine rencontre d'avril 2024. Ceci n'empêche pas le Comité de recommander des modifications, si nécessaire.

Solution proposée

Les politiques modifiées sont présentées en annexe; ci-après un résumé des changements (les changements sont identifiés par du surlignage pointillé dans les politiques).

Politique CA-310 – Comité exécutif

- Remplacement de l'obligation d'avoir trois autres membres du Conseil ayant droit de vote à ce comité par la possibilité d'avoir au moins un autre membre du Conseil ayant droit de vote à ce comité.
- Utilisation de termes épïcènes.

Politique CA-320 – Comité de gouvernance et mise en candidature

- Traduction de la politique

Note exécutive

Politique CA-350 – Comité de la qualité des soins et la sécurité des patients

- Traduction de la politique

Politique CA- 215 – Rémunération des membres du Conseil d'administration – Formulaire de réclamation

- Modification des tarifs
- Traduction du formulaire

Avantages

Maintenir à jour les politiques du Conseil d'administration

Désavantages

Sans objet

Considérations importantes

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

Suivi à la décision

Proposé et appuyé

Et résolu que le Comité mixte de la qualité et la gouvernance – section gouvernance recommande au Conseil d'administration d'adopter les politiques modifiées et traduites telles que présentées.

Soumis le 7 mars 2024 par Pierre Michaud, chef de la gestion des risques, et Marc-André LeBlanc, conseiller principal en gestion des risques organisationnels.



Manuel : Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ EXÉCUTIF	N° : CA-310
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur : xxxx-xx-xx
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2021-06-21
Approbateur :	Conseil d'administration Tom Soucy, président	Approuvée le : xxxx-xx-xx
Établissement(s)/programme(s) :		

BUT

Le Comité exécutif traite des questions urgentes ou qui doivent être résolues entre les réunions ordinaires du Conseil d'administration (le « Conseil »).

Composition et fonctionnement

1. Le Comité exécutif est composé de la présidence, de la vice-présidence, du trésorier du Conseil, du secrétaire (PDG) et d'au moins un (1) autre membre du Conseil ayant droit de vote.
2. La présidence du Conseil assume la présidence du comité.
3. Tous les membres ont droit de vote sauf le secrétaire du comité.
4. Le comité se réunit au besoin entre les réunions ordinaires du Conseil.
5. Le comité fonctionne en respectant la politique sur les comités du Conseil d'administration (CA-300).

Responsabilités

Le comité :

1. peut régler toutes les activités en situation d'urgence uniquement pendant la période séparant les réunions ordinaires du Conseil, sous réserve des limites énoncées dans les règlements administratifs ou sauf indication contraire du Conseil;
2. s'acquitte aussi de toutes autres fonctions que peut lui confier le Conseil;
3. fonctionne en respectant les lignes directrices.

Ratification des décisions du comité

Le comité doit faire ratifier toutes ses décisions par le Conseil lors de la prochaine réunion régulière du 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 : _____



Manual: Board of Directors

Title:	EXECUTIVE COMMITTEE		No.: CA-310
Section:	Board Committees	Effective date:	xxxx-xx-xx
Issuing authority:	Board of Directors	Date of last revision:	2021-06-21
Approver:	Board of Directors Thomas Soucy, Chairperson	Approved on:	xxxx-xx-xx
Facility(ies)/program(s):			

PURPOSE

The Executive Committee addresses matters that are urgent or that must be resolved between regular meetings of the Board of Directors (the “Board”).

Membership and operations

1. The Executive Committee is made up of the chairperson, vice-chairperson, Board treasurer, secretary (President and CEO) and at least one other Board member with voting rights.
2. The Chairperson of the Board also chairs the committee.
3. All members have voting rights except the secretary of the committee.
4. The Committee meets as needed between the Board’s regular meetings.
5. The Committee operates in accordance with the policy on Board of Directors committees (CA-300).

Responsibilities

The committee:

1. may resolve any activities in an emergency situation solely during the period between regular Board meetings, subject to the limits set out in the By-Laws or unless otherwise indicated by the Board;
2. performs any other duties assigned by the Board;
3. operates within the guidelines.

Ratification of Board decisions

The Committee must have all its decisions ratified by the Board at the next regular Board meeting.

Report

The committee reports on its meetings to the Board and keeps minutes of its meetings.

Supersedes: Zone 1: _____ Zone 5: _____ Zone 4: _____ Zone 6: _____

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 : aaaa-mm-jj
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2022-06-21
Approbateur :	Conseil d'administration Thomas Soucy, président.	Approuvée le : aaaa-mm-jj
Établissement(s)/programme(s) :		

BUT

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature est responsable d'orienter le Conseil d'administration (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 en la matière. Il s'occupe principalement de surveiller les activités du conseil d'administration, plutôt que celles de l'organisme dans son ensemble. Il voit également à l'adoption par le Conseil de politiques assurant la bonne gouvernance du Réseau ainsi qu'à la mise en place d'un processus d'évaluation du Conseil, de ses comités et de ses membres. Enfin, il appuie le Conseil dans son examen du suivi des grandes orientations et des priorités stratégiques, conformément à la raison d'être et les valeurs du Réseau (AC : 1.1.3, 1.1.5)

Composition et fonctionnement

1. Le comité est composé d'au moins deux membres du Conseil ayant droit de vote, dont l'un assumera la présidence du Comité.
2. Le président du comité est nommé par le Conseil.
3. Le président du Conseil d'administration est membre d'office avec droit de vote et le président-directeur général est membre d'office sans droit de vote.
4. Le comité fonctionne en respectant la politique sur les comités du Conseil d'administration (CA-300).
5. Le comité se réunit quatre fois par année selon un calendrier préétabli.

Responsabilités

Structure et processus de gouvernance :

1. Guider le Conseil et lui soumettre des recommandations par rapport à sa structure et à ses processus de gouvernance, en se basant sur le cadre législatif du Réseau, des politiques du Conseil, des normes de gouvernance d'Agrément Canada, des bonnes pratiques en gouvernance et des compétences des membres en gouvernance (AC : 1.1.1, 1.1.2, 2.1.1, 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3, 2.2.6, 2.2.7, 2.2.10, 3.1.1, 3.1.2, 3.1.3, 3.1.9, 3.1.10, 3.2.1, 3.2.2, 3.2.3, 3.5.1, 4.1.1, 4.1.2, 4.1.3, 4.2.4).

2. Surveiller et contrôler la conformité au Code de conduite et morale des membres du Conseil d'administration (CA-135) (AC : 2.1.3, 2.2.5).

Planification stratégique :

3. En matière de planification stratégique et de suivi des orientations stratégiques, appuyer le Conseil dans sa supervision du processus de planification stratégique.

Fonctionnement du Conseil d'administration :

4. Respecter des procédures transparentes fondées sur une approche d'équité, de diversité et d'inclusion (EDI) quant à la gestion des membres du Conseil, y compris la gestion du président (AC : 2.1.2).
5. Voir à la mise en place d'un processus d'évaluation de l'efficacité du conseil après chaque réunion et à une évaluation annuelle du Conseil, des dirigeants, des comités et de ses membres. (AC : 2.2.4, 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3).
6. Voir à la formation, des activités de sensibilisation et à des possibilités d'apprentissage des membres du Conseil et à l'orientation des nouveaux membres du Conseil, y compris sur la sécurisation culturelle et l'humilité et sur le racisme systémique (AC : 2.2.8, 2.2.9, 5.1.3, 6.1.3).
7. S'assurer de la conformité des mandats du Conseil et de ses comités en lien avec les lois, règlements administratifs, règles et politiques et soumet ceux-ci à l'approbation du Conseil (AC : 2.1.4, 2.2.2).
8. Recruter et proposer la candidature des dirigeants et des présidents des comités du Conseil.
9. Lors du choix des candidatures aux différents comités, ainsi qu'à la présidence de chaque comité et de la vice-présidence du Conseil, le Comité de gouvernance et de mise en candidature tient compte :
 - des compétences, habiletés et de l'expérience de chaque membre ;
 - de la continuité dans le fonctionnement des comités et dans les rôles des dirigeants ;
 - des préférences de chaque membre.

Au besoin, une rotation périodique des membres, de la présidence des comités et vice-présidence du Conseil doit être considérée dans le but de reconnaître et d'apporter un équilibre entre le besoin pour de nouvelles idées, la continuité et le maintien d'une expertise fonctionnelle.
10. Soumettre à l'Assemblée générale annuelle du Conseil, des candidatures pour les postes des comités du Conseil (président, vice-président, trésorier, dirigeants), des candidatures pour les membres de tous les comités du Conseil, sauf mention contraire dans les règlements administratifs, ainsi que des candidatures pour les postes au sein du Comité professionnel consultatif et du Comité médical consultatif, y compris pour le remplacement de postes devenus vacants avant la fin du mandat des titulaires.

11. S'acquitter de toute autre responsabilité que peut lui confier le Conseil.

Rapport

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

RÉFÉRENCE

1. Les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada (édition 2022) pour les visites sont référencés dans le document de la manière suivante : « (AC : 1.1.1) ».

Attestation de lecture et compréhension du mandat

Signature

Date

Retourner une copie signée au président du comité, suite à la première réunion du comité selon le calendrier annuel.

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

Manual: Board of Directors

Title:	GOVERNANCE AND NOMINATION COMMITTEE		No.: CA-320
Section:	Board Committees	Effective date:	yyyy-mm-dd
Issuing authority:	Board of Directors	Date of last revision:	2022-06-21
Approver:	Board of Directors Thomas Soucy, Chairperson	Approved on:	yyyy-mm-dd
Facility(ies)/program(s):			

PURPOSE

The Governance and Nomination Committee is responsible for guiding the Board of Directors (the “Board”) on matters relating to the structure and good governance of Vitalité Health Network (the “Network”) and for supporting and advising the Board in this area. Its primary role is to oversee the activities of the Board of Directors, rather than those of the organization as a whole. It also sees to the Board’s adoption of policies that ensure the Network’s good governance and implementation of a process for evaluating the Board, its committees, and its members. Lastly, it supports the Board in its review of the follow-up to major directions and strategic priorities, in accordance with the Network’s purpose and values (AC: 1.1.3, 1.1.5)

Membership and operations

1. The Committee is made up of at least two voting members from the Board, one of whom will act as chairperson.
2. The Committee chairperson is appointed by the Board.
3. The Chairperson of the Board of Directors is a voting ex officio member, and the President and CEO is a non-voting ex officio member.
4. The Committee operates in accordance with the policy on Board of Directors committees (CA-300).
5. The committee meets four times a year according to a predetermined schedule.

Responsibilities

Governance structure and process

1. Provides guidance and recommendations to the Board on its governance structure and processes, based on the Network’s legislative framework, Board policies, Accreditation Canada’s governance standards, best practices in governance and members’ governance skills (AC: 1.1.1, 1.1.2, 2.1.1, 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3, 2.2.6, 2.2.7, 2.2.10, 3.1.1, 3.1.2, 3.1.3, 3.1.9, 3.1.10, 3.2.1, 3.2.2, 3.2.3, 3.5.1, 4.1.1, 4.1.2, 4.1.3, 4.2.4).
2. Monitors and controls compliance with the Code of Conduct and Morals for Members

of the Board of Directors (CA-135) (AC: 2.1.3, 2.2.5).

Strategic planning

3. In terms of strategic planning and monitoring of strategic directions, supports the Board in its supervision of the strategic planning process.

Board of Directors operations

4. Follows transparent procedures based on an equity, diversity and inclusion (EDI) approach to management of Board members, including management of the chairperson (AC: 2.1.2).
5. Ensures implementation of a process to evaluate the Board's effectiveness after each meeting and an annual evaluation of the Board, officers, committees and members. (AC: 2.2.4, 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3).
6. Ensures training, awareness activities and learning opportunities for Board members and orientation for new Board members, including on cultural safety and humility and on systemic racism (AC: 2.2.8, 2.2.9, 5.1.3, 6.1.3).
7. Ensures that the terms of reference of the Board and its committees comply with the legislation, By-laws, rules and policies and submits them to the Board for approval (AC: 2.1.4, 2.2.2).
8. Recruits and nominates officers and chairpersons for Board committees.
9. When selecting candidates for various committees as well as the chairs of each committee and the Vice-Chairperson of the Board, the Governance and Nomination Committee factors in the following:
 - the competencies, skills and experience of each member;
 - continuity in committee operations and the roles of officers;
 - the preferences of each member.If necessary, a periodic rotation of the members, committee chairs and Board vice-chairperson shall be considered in order to recognize and balance the need for new ideas, continuity, and the maintenance of functional expertise.
10. Submits, at the Board's Annual General Meeting, nominations for Board committee positions (chairperson, vice-chairperson, treasurer, officers), nominations for the membership of all Board committees, unless otherwise indicated in the By-Laws, and nominations for positions on the Professional Advisory Committee and the Medical Advisory Committee, including to fill positions vacated by members before their terms had ended.
11. Performs any other duties assigned by the Board.

Report

The committee reports on its meetings to the Board and keeps minutes of its meetings.

REFERENCE

1. The criteria of the Accreditation Canada Governance standard (2022 edition) for the surveys are referenced in the document as follows: "(AC : 1.1.1)."

Terms of Reference Reading and Understanding Record

Signature

Date

Return a signed copy to the committee chairperson following the first committee meeting in accordance with the annual schedule.

Supersedes: Zone 1: _____ Zone 5: _____
Zone 4: _____ Zone 6: _____

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ DES FINANCES ET DE VÉRIFICATION		N° : CA-330
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur :	aaaa-mm-jj
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2022-06-21
Approbateur :	Conseil d'administration Thomas Soucy, président	Date de la signature :	aaaa-mm-jj
Établissement(s)/programme(s):			

BUT

Le Comité des finances et de vérification (le « comité ») aide le Conseil d'administration (le « Conseil ») du Réseau de santé Vitalité (« le Réseau ») à s'acquitter de ses responsabilités pour assurer la viabilité financière et organisationnelle. Il recommande des mesures relatives à l'allocation des ressources, y compris l'adoption du budget annuel, et il surveille la performance financière sur une base continue. Il analyse la situation financière de l'organisation et les risques financiers auxquels celle-ci s'expose et il en informe le Conseil. En outre, le comité est responsable d'aider le Conseil à assumer sa responsabilité de surveillance quant à l'exactitude des rapports financiers en veillant à ce que la direction ait établi des systèmes appropriés de contrôles internes et de superviser le processus de vérification externe. Il oriente également le Conseil sur l'investissement de fonds pour lequel il a une responsabilité fiduciaire. Enfin, il appuie le Conseil dans son examen du suivi des orientations stratégiques, conformément à la raison d'être et les valeurs du Réseau (AC : 1.1.3, 1.1.5).

Composition et fonctionnement

1. Le comité est constitué d'au moins deux membres du Conseil ayant droit de vote, dont le trésorier, qui est le président.
2. Le président du Conseil d'administration est membre d'office avec droit de vote et le président-directeur général est membre d'office sans droit de vote.
3. Le comité fonctionne en respectant les lignes directrices sur les comités du Conseil (CA-300).
4. Le comité se réunit quatre fois par année selon un calendrier préétabli et à la

demande du président du comité.

5. Les vérificateurs du Réseau doivent être mis au courant du nom des membres du comité.
6. Le comité doit rencontrer le vérificateur externe lorsqu'il y a lieu pour examiner tout dossier qui, de l'avis du comité ou des vérificateurs, devrait être porté à l'attention du Conseil.

Responsabilités

Sous réserve des pouvoirs et responsabilités du Conseil d'administration, les responsabilités du comité sont les suivantes :

Supervise la performance et la viabilité financière (AC : 3.5.6)

Le Comité :

1. Examine le plan d'affaires annuel, y compris les hypothèses financières, et formule des recommandations au Conseil;
2. Analyse la performance financière du Réseau et présente un rapport à ce sujet à chaque réunion du Conseil et veille à ce que l'organisation mène ses activités en fonction du financement obtenu;
3. Passe en revue les plans établis par la direction pour corriger tout écart entre le plan opérationnel et la performance réelle et recommande ceux-ci au Conseil, surveille la mise en œuvre et fait rapport au Conseil à ce sujet;
4. Examine les ententes de responsabilisation en matière de livraison de services avec le ministère de la Santé et fait des recommandations au Conseil à ce sujet;
5. Passe en revue l'accord-cadre de services (ACS) entre le Réseau et Service Nouveau-Brunswick et fait des recommandations au Conseil à cet égard;
6. Analyse les rapports financiers qui exigent l'approbation du Conseil avant la présentation au ministère de la Santé et fait des recommandations au Conseil à cet égard.

Veille à ce que des ressources ou les biens soient disponibles et utilisés efficacement

Le comité :

1. S'assure que la direction a établi des processus de gestion et de répartition adéquate des ressources (ressources physiques, biens, actifs, technologie, équipements, etc.) pour offrir le niveau prévu de services demandés (AC : 3.5.2);
2. Assure la disponibilité des fonds d'immobilisations pour entretenir et remplacer les

installations et autres actifs qui sont nécessaires pour fournir des services aux clients et faire des recommandations au Conseil à cet égard (AC : 3.5.3);

3. S'assure que les biens sont utilisés efficacement;
4. S'assure que la direction a établi des processus en place pour éviter la dépréciation d'actifs en raison d'un manque d'entretien préventif ou d'autres causes.
5. Veille à ce que le Réseau dispose de systèmes de gestion de l'information efficaces, y compris de systèmes de sécurité de l'information (AC : 3.5.8).
6. Veille à ce que le Réseau gère le flux d'information et l'accès à l'information de façon à maximiser la qualité des soins offerts à l'utilisateur (AC : 3.5.9).
7. Veille à ce que l'organisme favorise la gérance de l'environnement dans le cadre de ses activités (3.5.10).
8. Veille à ce que l'organisme dispose d'une stratégie exhaustive en matière de ressources humaines (AC : 3.1.11).
9. Collabore avec le Réseau pour que ce dernier dispose d'un plan complet quant à la mobilisation des intervenants, qui comprend des plans de communication (AC : 1.2.1).
10. Collabore avec le Réseau pour promouvoir la valeur des services de l'organisme auprès de tous les intervenants (AC : 1.2.4).
11. Surveille les expériences de la main-d'œuvre au lieu de travail (AC : 3.4.1).
12. Veille à ce que les politiques en matière de ressources humaines reflètent les pratiques en matière de diversité, d'équité, d'inclusion et de lutte contre le racisme.

Supervise les risques pour protéger la viabilité financière et les actifs

Le comité :

1. Détermine, le cas échéant, les risques financiers que prend le Réseau et veille à ce que le Conseil les comprend;
2. S'assure que la direction a établi des systèmes et des contrôles internes pour gérer ces risques et que ces systèmes sont en place;
3. Surveille l'observation des obligations statutaires et réglementaires;
4. Révise les politiques et procédures relatives aux fonctions de finances et de vérification de l'organisation pour recommandation au Conseil;
5. Examine l'efficacité du processus global de détermination des risques touchant les rapports financiers, élabore des plans de gestion des risques organisationnels et analyse les mesures/stratégies d'atténuation relativement aux risques importants.

Supervise la vérification (AC : 3.5.5)

Le comité examine la planification et les résultats des activités de vérification externe et les rapports suivis avec le vérificateur externe.

1. Examine et recommande le mandat du vérificateur externe pour l'approbation par le Conseil;
2. Examine le plan de vérification externe annuel;
3. Veille à la satisfaction quant à l'indépendance du vérificateur externe;
4. Fait une revue des services autres que la vérification par le cabinet des vérificateurs-ou ses associés (incluant les honoraires approximatifs), et examine les répercussions sur l'indépendance du vérificateur externe;
5. Rencontre périodiquement, et au moins une fois l'an, le vérificateur externe sans la présence de la direction;
6. Analyse les états financiers annuels vérifiés et formule des recommandations au Conseil à cet égard; tient compte des changements, s'il y a lieu, en matière de principes et de méthodes comptables, des ajustements importants découlant de la vérification, de la conformité aux règles comptables et du respect des obligations juridiques;
7. Analyse l'évaluation de la direction concernant le respect des lois, des règlements, des règles et des contrats;
8. Passe en revue l'évaluation de la direction concernant la pertinence et l'efficacité des contrôles internes liés aux systèmes de comptabilité et d'information financière ainsi que les recommandations des vérificateurs externes;
9. Obtient la certitude que la direction a établi un environnement de contrôle adéquat qui met l'accent sur la responsabilité des employés sur le plan de la gestion des fonds publics et qu'elle a mis en place des politiques et procédures appropriées quant au contrôle et à la protection des actifs (p. ex. couverture d'assurance, processus d'autorisation d'achats, etc.).
10. Recommande au Conseil la nomination du vérificateur externe.

Gestion des investissements

1. Établit les procédures du Réseau relatives à l'approbation des placements de capitaux, y compris des achats d'équipement principaux (AC : 3.5.4).
2. Le comité examine annuellement la politique relative aux investissements pour ceux qui gèrent les fonds du Réseau et recommande les révisions nécessaires au Conseil.
3. Il effectue un suivi trimestriel des rendements du portefeuille d'investissements.

Autres

Le Comité :

1. Examine les directives et procédés relatifs à la revue et à l'approbation des dépenses du président-directeur général;
2. Avise, sur demande, le Comité exécutif sur des sujets de nature financière que le Comité exécutif doit traiter entre les réunions du Conseil;
3. Soumet à l'approbation du Conseil un plan de travail annuel et les résultats attendus.

Rapport

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

RÉFÉRENCE

1. Les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada (édition 2022) pour les visites sont référencés dans le document de la manière suivante : « (AC : 1.1.1) ».

Attestation de lecture et compréhension du mandat

Signature

Date

Retourner une copie signée au président du comité, suite à la première réunion du comité selon le calendrier annuel.

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

Manual: Board of Directors

Title:	FINANCE AND AUDIT COMMITTEE		No.: CA-330
Section:	Board Committees	Effective date:	yyyy-mm-dd
Issuing authority:	Board of Directors	Date of last revision:	2022-06-21
Approver:	Board of Directors Thomas Soucy, Chairperson	Date signed:	yyyy-mm-dd
Facility(ies)/program(s):			

PURPOSE

The Finance and Audit Committee (the “Committee”) assists the Board of Directors (the “Board”) of Vitalité Health Network (the “Network”) in fulfilling its responsibilities to ensure financial and organizational viability. It recommends measures related to the allocation of resources, including the adoption of an annual budget, and supervises financial performance on a continuous basis. It analyzes and informs the Board about the organization’s financial situation and the financial risks to which it is exposed. The Committee is also responsible for assisting the Board in fulfilling its oversight responsibility regarding the accurateness of financial reports by ensuring that appropriate internal control systems have been established by management and for supervising the external audit process. It also guides the Board on the investment of funds that fall under its fiduciary responsibility. Lastly, it supports the Board in its review of the follow-up to strategic directions, in accordance with the Network’s purpose and values (AC: 1.1.3, 1.1.5).

Membership and operations

1. The Committee is comprised of at least two voting members from the Board, including the Treasurer, who serves as chair.
2. The Chairperson of the Board of Directors is a voting ex officio member and the President and CEO is a non-voting ex officio member.
3. The Committee operates within the guidelines governing Board of Directors Committees (CA-300).
4. The Committee meets four times a year according to a predetermined schedule and at the request of the Committee chairperson.

5. The Network's auditors must be informed of the Committee members' names.
6. The Committee must meet with the external auditor when appropriate to examine any matter that, in the opinion of the Committee or the auditors, should be brought to the Board's attention.

Responsibilities

Subject to the Board's powers and responsibilities, the Committee has the following responsibilities.

Supervise performance and financial viability (AC: 3.5.6)

The Committee:

1. Reviews the annual business plan, including fiscal assumptions, and makes recommendations to the Board;
2. Analyzes the Network's financial performance and reports on this at each Board meeting and ensures that the organization manages its activities in accordance with the budget allocated.
3. Reviews and recommends to the Board the plans made by management to bridge any gaps between the operational plan and actual performance, supervises their implementation, and reports back to the Board.
4. Examines and makes recommendations to the Board concerning accountability arrangements with the Department of Health.
5. Reviews and makes recommendations to the Board concerning the framework service agreement (FSA) between the Network and Service New Brunswick.
6. Analyzes and makes recommendations to the Board concerning financial reports that must be approved by the Board before being submitted to the Department of Health.

Ensure that resources or property are available and used effectively

The Committee:

1. Ensures that resources management processes have been established by management (physical resources, property, assets, technology, equipment, etc.) to deliver the anticipated level of service required. (AC: 3.5.2);
2. Ensures that capital funds are available to maintain and replace facilities as well as other assets that are required to deliver services to clients and makes recommendations to the Board in this regard (AC: 3.5.3);
3. Ensures that property is used effectively;

Policy/Procedure no.: CA-330

4. Ensures that processes have been implemented by management to prevent asset depreciation due to lack of preventive maintenance or other;
5. Ensures that the Network has effective information management systems, including information security systems (AC: 3.5.8);
6. Ensures that the Network manages the flow of and access to information to maximize the quality of care provided to the user (AC: 3.5.9);
7. Ensures that the organization promotes environmental stewardship in its activities (AC: 3.5.10);
8. Ensures the organization has a comprehensive human resources strategy (AC: 3.1.11);
9. Works with the Network to ensure that it has a comprehensive stakeholder engagement plan, including communication plans (AC: 1.2.1);
10. Works with the Network to promote the value of the organization's services to all stakeholders (AC: 1.2.4);
11. Monitors workforce experiences in the workplace (AC: 3.4.1);
12. Ensures that human resources policies reflect diversity, equity, inclusion and anti-racism practices.

Supervise risks to protect financial viability and assets

The Committee:

1. Identifies, if applicable, the financial risks taken by the Network and ensures that they are understood by the Board;
2. Ensures that internal control systems have been established and implemented by management to manage these risks;
3. Monitors compliance with statutory and regulatory requirements;
4. Reviews policies and procedures related to the organization's financial and audit functions for recommendation to the Board;
5. Examines the effectiveness of the overall risk identification process related to financial reports, develops organizational risk management plans, and analyzes attenuation measures/strategies related to significant risks.

Supervise auditing (AC: 3.5.5)

The Committee reviews the planning and results of external audit activities and the ongoing relationship with the external auditor.

1. Reviewing the external auditor's mandate and recommends it to the Board for approval;

2. Reviewing the annual external audit plan;
3. Obtaining assurance as to the independence of the external auditor;
4. Reviewing the non-audit services provided by auditor's firm or partners (including the estimated fees) and considering the repercussions on the independence of the external auditor;
5. Meeting periodically, and at least annually, with the external auditor without management being present;
6. Analyzing and recommending audited annual financial statements to the Board; taking into consideration changes, if any, in accounting principles and methods, important adjustments arising from auditing, compliance with accounting rules, and fulfillment of legal obligations;
7. Analyzing the management's evaluation of compliance with legislation, regulations, rules and contracts;
8. Reviewing the management's evaluation of the relevance and effectiveness of internal controls related to accounting and financial information systems, as well as recommendations from external auditors;
9. Obtaining certainty that management has set an adequate control environment focusing on the employee's responsibility in the management of public funds and has implemented appropriate policies and procedures for the auditing and protection of assets (e.g., insurance coverage, purchase authorization process, etc.);
10. Recommending the appointment of the external auditor to the Board.

Investment management

1. Establishes Network procedures for approving capital investments, including major equipment purchases (AC: 3.5.4);
2. The Committee conducts an annual review of the investment policy for those handling the Network's funds and makes recommendations to the Board concerning any needed revisions ;
3. It monitors the returns of the investment portfolio on a quarterly basis.

Other

The Committee:

1. Examines the policies and procedures for the review and approval of the President and CEO's expenses;
2. Advises, on request, the Executive Committee on matters of a financial nature that the Executive Committee must handle between Board meetings;

Policy/Procedure no.: CA-330

3. Submits an annual work plan and expected results to the Board for approval.

Report

The Committee submits meeting reports to the Board and retains the minutes of its meetings.

REFERENCE

1. The criteria of the Accreditation Canada Governance standard (2022 edition) for the surveys are referenced in the document as follows: "(AC : 1.1.1)."

Terms of Reference Reading and Understanding Record

Signature

Date

Return a signed copy to the committee chairperson following the first committee meeting in accordance with the annual schedule.

Supersedes: Zone 1: _____ Zone 5: _____
Zone 4: _____ Zone 6: _____

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ DE LA QUALITÉ DES SOINS ET LA SÉCURITÉ DES PATIENTS	N° : CA-350
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur : aaaa-mm-jj
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2022-06-21
Approbateur :	Conseil d'administration Thomas Soucy, président	Approuvée le : aaaa-mm-jj
Établissement(s)/programme(s) :		

BUT

Le Comité de la qualité des soins et la sécurité des patients (le « comité ») est responsable d'assurer que des mécanismes sont en place pour surveiller et améliorer le rendement du Réseau en matière de qualité et d'expérience patient. Le comité est responsable de promouvoir et de surveiller l'ensemble des activités liées à la gestion de la qualité, de la sécurité des patients, d'approche centrée sur la personne, de diversité, équité et inclusion, de l'éthique et de la protection de la vie privée, ceci afin d'être en mesure de guider le Conseil d'administration (le « Conseil ») à l'égard de ses responsabilités concernant tous les aspects liés à la prestation des soins et services aux patients. Enfin, il appuie le Conseil dans son examen du suivi des orientations stratégiques, conformément à la raison d'être et les valeurs du Réseau (AC : 1.1.3, 1.1.5)

Composition et fonctionnement

1. Le comité est composé d'au moins deux membres du Conseil ayant droit de vote, dont l'un assumera la présidence du comité.
2. Le président du Conseil d'administration est membre d'office avec droit de vote et le président-directeur général est membre d'office sans droit de vote.
3. Les présidents du Comité médical consultatif régional et du Comité professionnel consultatif, ainsi que du Comité consultatif des patients et des familles sont membres invités sans droit de vote.
4. Le comité fonctionne en respectant les lignes directrices sur les comités du Conseil (CA-300).
5. Le comité se réunit quatre fois par année selon un calendrier préétabli.

Responsabilités

1. Le comité surveille, conseille le Conseil et lui fait les recommandations qu'il juge appropriées sur les questions relatives :
 - 1.1. aux processus de services à la clientèle et de gestion de la qualité, de la sécurité des patients ainsi qu'à l'éthique et à la protection de la vie privée (AC : 3.1.12);
 - 1.1.1. priorise la qualité et la sécurité des patients et énonce la direction que le Réseau doit suivre en matière de qualité;
 - 1.1.2. veille à ce que le Réseau adopte une approche globale pour promouvoir et soutenir la santé et la sécurité (AC : 3.4.2);
 - 1.1.3. recommande au Conseil les cadres de référence en matière de qualité et sécurité des patients, d'éthique et de protection de la vie privée, et suit leurs mises en œuvre;
 - 1.1.4. examine régulièrement les progrès effectués par l'organisme par rapport aux objectifs de son plan intégré d'amélioration de la qualité (AC : 3.1.8);
 - 1.1.5. assure la mise en place de mécanismes efficaces pour évaluer et améliorer la qualité des soins et services et gérer les risques (AC : 3.4.3);
 - 1.1.6. surveille et évalue régulièrement le rendement du Réseau en matière de qualité par le biais de son tableau de bord et d'autres rapports réguliers (AC : 3.1.6, 3.4.4);
 - 1.1.7. reçoit et analyse les rapports du comité de la qualité et veille à ce que les mesures nécessaires soient prises pour aborder les écarts et améliorer la qualité des soins et services;
 - 1.1.8. examine les politiques liées à la qualité, à la sécurité des patients et à l'éthique;
 - 1.1.9. recommande des programmes éducatifs sur la qualité et la sécurité des patients pour les membres du comité et du Conseil et à la protection de la vie privée (AC : 1.1.7);
 - 1.2. à l'approche des soins centrés sur la personne et aux patients partenaires (AC : 1.1.6, 3.1.5);
 - 1.3. aux normes d'agrément liées à l'approche des soins centrés sur la personne, à la qualité et à la sécurité des soins et des services et autres processus liés aux normes propres à un réseau de santé;
 - 1.3. à la satisfaction et à l'expérience des patients/clients et aux processus de gestion des plaintes;
 - 1.3.1. assure la mise en place de mécanismes pour évaluer et améliorer l'expérience des patients et pour gérer les plaintes (AC : 3.1.7, 3.4.5, 3.4.6);
 - 1.4. à la protection de la vie privée et de tous les renseignements des intervenants (AC : 3.5.7);
 - 1.5. à l'approche liée à la diversité, équité et inclusion ainsi qu'à la lutte contre le racisme, y compris à l'endroit des communautés Autochtones (AC : 5.1.1).

- a) collabore avec les partenaires et les communautés pour l'établissement d'un plan d'action à l'égard de ces questions (AC : 5.1.2, 5.1.5, 6.1.2, 6.1.5);
 - b) veille à ce que les politiques du Réseau reflètent les pratiques en matière de sécurisation culturelle et d'humilité et intègrent la culture et les droits des communautés qui reçoivent des services de l'organisme, notamment à l'endroit des communautés Autochtones (AC : 5.1.4, 6.1.4);
 - c) s'inspire d'un cadre reconnu pour évaluer les situations de racisme systémique à l'endroit des Autochtones (AC : 6.1.1);
 - d) met en œuvre un plan d'action, en partenariat avec des partenaires Autochtones, pour lutter contre le racisme systémique à l'endroit des Autochtones au sein de l'organisme (AC : 6.1.2).
- 1.6. aux processus d'octroi des privilèges du personnel médical, de renouvellement, de suspension ou de modification (AC : 3.3.2, 3.3.3, 3.3.4);
- 1.7. aux processus liés au développement et au maintien des compétences des professionnels et des médecins et aux processus de délégation des actes professionnels et médicaux (AC : 3.3.1).

2. Le comité s'acquitte aussi de toute autre fonction que peut lui confier le Conseil.

Rapport

1. Le comité rend compte de ses activités à chaque réunion du Conseil, ce qui comprend une revue annuelle de la qualité, de la sécurité des patients, de l'éthique et de la protection de la vie privée. Les rapports réguliers peuvent comprendre, entre autres :
 - 1.1 Indicateurs de la qualité sous forme d'un tableau de bord, y compris des mesures du rendement sur la qualité des services cliniques, la sécurité des patients et les services à la clientèle;
 - 1.2 Progrès quant aux améliorations majeures sur le plan du rendement et aux objectifs de sécurité des patients;
 - 1.3 Analyse des causes profondes soumises par le Comité de la qualité;
 - 1.4 Sommaire des revues d'événements préjudiciables;
 - 1.5 Satisfaction/perception des patients;
 - 1.6 Culture juste et de sécurité des patients;
 - 1.7 Agrément;
 - 1.8 Vérification du processus de délivrance de titres et de certificats;
 - 1.9 Rapport des activités en éthique.
 - 1.10 Rapport sur la protection de la vie privée.

RÉFÉRENCE

1. Les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada (édition 2022) pour les visites sont référencés dans le document de la manière suivante : « (AC : 1.1.1) ».

Attestation de lecture et compréhension du mandat

Signature

Date

Retourner une copie signée au président du comité, suite à la première réunion du comité selon le calendrier annuel.

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

Manual: Board of Directors

Title:	QUALITY OF CARE AND PATIENT SAFETY COMMITTEE	No.: CA-350
Section:	Board Committees	Effective date: yyyy-mm-dd
Issuing authority:	Board of Directors	Date of last revision: 2022-06-21
Approver:	Board of Directors Thomas Soucy, Chairperson	Approved on: yyyy-mm-dd
Facility(ies)/program(s):		

PURPOSE

The Quality of Care and Patient Safety Committee (the “Committee”) is responsible for ensuring that mechanisms are in place to monitor and improve the Network’s quality and patient experience performance. The Committee is responsible for promoting and overseeing all quality, patient safety, person-centred approach, diversity, equity and inclusion, ethics, and privacy activities so as to guide the Board of Directors (the “Board”) regarding its responsibilities in all aspects related to the delivery of health care services to patients. Lastly, it supports the Board in its review of the follow-up to strategic directions, in accordance with the Network’s purpose and values (AC: 1.1.3, 1.1.5)

Membership and operations

1. The Committee is made up of at least two voting members from the Board, one of whom will act as Chairperson.
2. The Chairperson of the Board of Directors is an ex officio voting member and the President and CEO is an ex officio non-voting member.
3. The chairpersons of the Regional Medical Advisory Committee and the Professional Advisory Committee as well as the Patient and Family Advisory Committee are non-voting guest members.
4. The Committee operates within the guidelines set out in the Board of Directors Committees Policy (CA-300).
5. The Committee meets four times a year, according to a pre-set schedule.

Responsibilities

Policy/Procedure no.: CA-350

1. The Committee oversees, advises the Board, and makes recommendations it deems appropriate on issues related to:
 - 1.1. The processes around client service, quality and patient safety, ethics and privacy processes (AC: 3.1.12);
 - 1.1.1. prioritizes quality and patient safety and sets the direction that the Network must follow in terms of quality;
 - 1.1.2. ensures that the Network takes a comprehensive approach to promoting and supporting health and safety (AC: 3.4.2);
 - 1.1.3. recommends frameworks on quality and patient safety, ethics and privacy to the Board, and monitors their implementation;
 - 1.1.4. regularly reviews the organization's progress in relation to the objectives of its integrated quality improvement plan (AC: 3.1.8);
 - 1.1.5. ensures that effective mechanisms are established to evaluate and improve the quality of care and services and to manage risks (AC: 3.4.3);
 - 1.1.6. regularly monitors and evaluates the Network's performance in terms of quality through its scorecard and other regular reports (AC: 3.1.6, 3.4.4);
 - 1.1.7. receives and analyzes reports from the Quality Committee and ensures that the necessary measures are taken to address discrepancies and improve the quality of care and services;
 - 1.1.8. reviews policies related to quality, patient safety, and ethics;
 - 1.1.9. recommends educational programs on quality and patient safety, and privacy protection for members of the Committee and the Board (AC: 1.1.7);
 - 1.2. the person-centred care approach and patient partners (AC: 1.1.6, 3.1.5);
 - 1.3. accreditation standards related to the person-centred care approach, service quality and safety and other processes related to the standards that are specific to a health network;
 - 1.3. patient/client satisfaction and experience and complaint management processes;
 - 1.3.1. ensures that mechanisms are established to evaluate and improve the experience of the patient/client satisfaction and to deal with complaints (AC: 3.1.7, 3.4.5, 3.4.6);
 - 1.4. protection of privacy and all stakeholder information (AC: 3.5.7);
 - 1.5. the approach to diversity, equity and inclusion, and the fight against racism, including in relation to Indigenous communities (AC: 5.1.1);
 - a) works with partners and communities to establish an action plan on these issues (AC: 5.1.2, 5.1.5, 6.1.2, 6.1.5);
 - b) ensures that Network policies reflect practices of cultural safety and humility and integrate the culture and rights of the communities served by the organization, especially Indigenous communities (AC: 5.1.4, 6.1.4);
 - c) draws inspiration from a recognized framework for assessing situations of

Policy/Procedure no.: CA-350

systemic racism against Indigenous people (AC: 6.1.1);

d) implements an action plan, in partnership with Indigenous partners, to combat systemic racism against Indigenous people within the organization (AC: 6.1.2).

1.6. processes for granting, renewing, suspending or changing medical staff privileges (AC: 3.3.2, 3.3.3, 3.3.4);

1.7. processes related to the development and maintenance of professionals and physicians and to delegated professional and medical functions (AC: 3.3.1).

2. The Committee also performs any other duties assigned by the Board.

Report

1. The Committee submits a report on its activities at each meeting of the Board; including an annual review of quality, patient safety, ethics and privacy. Regular reports may include, among others:

1.1 Quality indicators presented in a scorecard, including performance measurements on the quality of clinical services, patient safety, and client services;

1.2 Progress in major improvements in performance and patient safety objectives;

1.3 Root-cause analysis submitted by the Quality Committee;

1.4 Summary of adverse events reviews;

1.5 Patient satisfaction/perception;

1.6 Fairness and patient safety culture;

1.7 Accreditation;

1.8 Verification of the credentialing and certification process;

1.9 Report on ethics activities.

1.10 Report on privacy.

REFERENCE

1. The criteria of the Accreditation Canada Governance standard (2022 edition) for the surveys are referenced in the document as follows: "(AC : 1.1.1)."

Terms of Reference Reading and Understanding Record

Signature _____

Date _____

Return a signed copy to the committee chairperson following the first committee meeting in accordance with the annual schedule.

Supersedes: Zone 1: _____ Zone 5: _____
Zone 4: _____ Zone 6: _____

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ STRATÉGIQUE DE LA RECHERCHE ET DE LA FORMATION	N° : CA-395
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur : aaaa-mm-jj
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2022-06-21
Approbateur :	Conseil d'administration Thomas Soucy, président	Approuvée le : aaaa-mm-jj
Établissement(s)/programme(s) :		

Mandat

Assurer la réalisation des orientations stratégiques de la mission universitaire du Réseau de santé Vitalité (le « Réseau ») en matière de formation et de recherche. Appuyer le Conseil dans son examen du suivi des orientations stratégiques, conformément à la raison d'être et les valeurs du Réseau (AC : 1.1.3, 1.1.5)

Composition et fonctionnement

- Le Comité stratégique de la recherche et de la formation est composé :
 - d'au moins deux membres du Conseil d'administration (le « Conseil ») ayant droit de vote nommés par le Conseil, dont l'un assume la présidence du comité;
 - du président du Conseil d'administration à titre de membre d'office avec droit de vote;
 - du président-directeur général du Réseau à titre de membre d'office sans droit de vote;
 - du directeur régional - Recherche et évaluation en santé à titre de membre d'office sans droit de vote;
 - du directeur régional - Formation et partenariats en enseignement à titre de membre d'office sans droit de vote;
 - du doyen associé de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke/directeur du Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick à titre de membre d'office sans droit de vote;
 - du directeur général de l'institut de recherche en santé du Nouveau-Brunswick;
 - du représentant de l'Université de Moncton à titre de membre d'office sans droit de vote.
- Le président peut, le cas échéant, inviter toute autre personne à participer à une réunion du comité. Cette personne est sans voix délibérative.

3. Le comité peut adjoindre toute personne-ressource qu'il juge utile pour exercer ses fonctions, et ce pour une période déterminée. Cette personne ne fait pas partie du comité.
4. Le comité fonctionne en respectant les lignes directrices pour les comités du Conseil (CA-300).
5. Le comité se réunit au moins trois fois par année.

Responsabilités

1. Veiller à ce que le Réseau dispose de politiques et de procédures efficaces pour mener des recherches, y compris de politiques favorisant la recherche centrée sur le patient (AC : 3.1.4).
2. Exercer les fonctions de gouvernance reliées au secteur de la formation et de la recherche afin d'assurer la réalisation des engagements du Réseau en cette matière, c'est-à-dire promouvoir et développer la recherche et fournir aux étudiants un encadrement administratif et un environnement propice à la formation;
3. Favoriser la synergie entre la mission universitaire et la mission de soins et de service en santé du Réseau;
4. Assurer que les priorités et les actions retenues en matière de formation et de recherche sont conformes aux orientations stratégiques priorisées par le Réseau;
5. Faire rapport au conseil d'administration sur les grandes orientations, les priorités et les initiatives stratégiques en matière de formation et de recherche;
6. Examiner les résultats des activités de formation et de recherche en s'assurant que les objectifs stratégiques fixés en cette matière sont atteints;
7. Présenter au Conseil des recommandations sur toute matière ayant une incidence sur le développement et l'innovation en formation et en recherche (opportunités de concertation entre les intervenants hospitaliers, universitaires, gouvernementaux et du secteur privé pour du financement ou le développement d'infrastructure de recherche, relation avec les différents établissements d'enseignement, contrats d'affiliation interinstitutionnels, etc.).

Rapport

Le comité fait rapport de ses réunions au Conseil et conserve les procès-verbaux de ses réunions et de ses progrès sur son plan d'action annuel.

RÉFÉRENCE

1. Les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada (édition 2022) pour les visites sont référencés dans le document de la manière suivante : « (AC : 1.1.1) ».

Attestation de lecture et compréhension du mandat

Politique / Procédure N°: CA-395

Signature _____

Date _____

Retourner une copie signée au président du comité, suite à la première réunion du comité selon le calendrier annuel.

Remplace :

Zone 1 : _____

Zone 5 : _____

Zone 4 : _____

Zone 6 : _____

Manual: Board of Directors

Title:	STRATEGIC RESEARCH AND TRAINING COMMITTEE		No.: CA-395
Section:	Board Committees	Effective date:	yyyy-mm-dd
Issuing authority:	Board of Directors	Date of last revision:	2022-06-21
Approver:	Board of Directors Thomas Soucy, Chairperson	Approved on:	yyyy-mm-dd
Facility(ies)/program(s):			

Mission

To fulfill the strategic directions of Vitalité Health Network’s (the “Network”) academic mission in the area of training and research. Support the Board in its review of the follow-up to strategic directions, in accordance with the Network’s purpose and values (AC: 1.1.3, 1.1.5).

Membership and operations

1. The Strategic Research and Training Committee is made up of:
 - at least two voting members from the Board of Directors (the “Board”) appointed by the Board, one of whom chairs the committee;
 - the Chairperson of the Board of Directors as a voting ex officio member;
 - the President and CEO of the Network as a non-voting ex officio member;
 - the Regional Director, Research, as an ex officio member without the right to vote;
 - the Regional Director of Training and Teaching Partnerships as an ex-officio member without the right to vote;
 - the Associate Dean of the Faculty of Medicine and Health Sciences of the Université de Sherbrooke / Director of the Centre de formation médicale du N.-B. as an ex officio member without the right to vote;
 - the managing director of the health research institute of New Brunswick;
 - a representative of the Université de Moncton as an ex officio member without the right to vote.
2. The chairperson can, if applicable, invite anyone to attend a committee meeting as a non-voting member.
3. The Committee may add any resource person it deems useful to carry out its duties, for a specified period. This person is not a member of the committee.
4. The Committee operates within the guidelines set out for Board Committees (CA-300).

5. The Committee meets at least three times a year.

Responsibilities

1. Ensure that the Network has effective policies and procedures for conducting research, including policies that promote patient-centered research (AC: 3.1.4).
2. Perform governance duties related to training and research to meet the Network’s commitments in this regard, i.e., promoting and developing research and providing students with an administrative framework and an environment conducive to training.
3. Promote synergy between the Network’s academic mission and its health care service mission.
4. Ensure that training and research priorities and actions are aligned with the strategic directions prioritized by the Network.
5. Report to the Board of Directors on major directions, priorities and strategic initiatives in the area of training and research.
6. Review the results of training and research activities to ensure that the strategic objectives set in this regard are met;
7. Make recommendations to the Board on any matter that impacts training and research development and innovation (opportunities for collaboration among hospital, university, government and private sector stakeholders for the funding or development of research infrastructure, relationships with various educational institutions, affiliation agreements between facilities, etc.).

Report

The Committee reports on its meetings to the Board and keeps minutes of its meetings and progress on its annual action plan.

REFERENCE

1. The criteria of the Accreditation Canada Governance standard (2022 edition) for the surveys are referenced in the document as follows: “(AC : 1.1.1).”

Terms of Reference Reading and Understanding Record

Signature

Date

Return a signed copy to the committee chairperson following the first committee meeting in accordance with the annual schedule.

Supersedes: **Zone 1:** _____ **Zone 5:** _____

Zone 4: _____

Zone 6: _____

Nom: _____
 Adresse _____
 postale _____

I. DÉPENSES DE DÉPLACEMENT

Raison du déplacement _____

IMPRIMEZ SI COMPLET
 ET VEUILLEZ ATTACHER
 TOUS LES REÇUS

							Total
A. Indemnité de kilométrage							
Déplacement	Date	De	À	Km	Tarif		
1					0.58 \$		
2					0.58 \$		
3					0.58 \$		
4					0.58 \$		
B. Indemnité de repas							
À l'intérieur de la province				À l'extérieur de la province			
# de repas	Tarif:	Sous-total:		# de repas	Tarif:	Sous-total:	
Petit-déjeuner _____	11.62 \$	_____		Petit-déjeuner _____	15.45 \$	_____	
Déjeuner _____	16.27 \$	_____		Déjeuner _____	18.52 \$	_____	
Dîner _____	30.14 \$	_____		Dîner _____	37.11 \$	_____	
ou indemnité quotidienne _____	58.03 \$	_____		ou indemnité quotidienne _____	71.08 \$	_____	
C. Hébergement							
# de jours _____	Facture totale _____		\$ _____				
D. Location d'auto							
# de jours _____	Facture totale _____		\$ _____				
	(Si applicable) Essence _____		\$ _____				
E. Dépenses connexes							
Tarif : _____	5.00 \$		# de soir _____				
F. Autres dépenses de déplacement							
Description: _____	Facture totale _____		\$ _____				
_____	_____		\$ _____				
_____	_____		\$ _____				

TOTAL DES DÉPENSES DE DÉPLACEMENT TOTAL =>

II. DÉPENSES NON-RELIÉES AU DÉPLACEMENT

Description: _____	Facture totale _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

TOTAL DES DÉPENSES NON-RELIÉES AU DÉPLACEMENT TOTAL =>

TOTAL DES DÉPENSES RECLAMÉES GRAND TOTAL =>

J'atteste que ces dépenses sont véridiques et ont été engagées par affaires pour l'hôpital seulement.

Signature _____ Date: _____

Vérifié et approuvé _____ Date: _____

*****Toutes réclamations seront payées en dollars canadiens à moins d'être autrement spécifié. \$ américains _____

IMPRIMEZ SI COMPLET ET VEUILLEZ ATTACHER
 TOUS LES REÇUS

Réservé à la comptabilité			
Distribution	Montant	Distribution	Montant
TVH/HST	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Name _____
 Mailing address _____

I. TRAVEL EXPENSES

Reason for trip _____

PRINT WHEN COMPLETE
 AND PLEASE ATTACH
 ALL RECEIPTS

A. Kilometre allowance

Trip	Date	From	To	Km	Rate
1					\$ 0.58
2					\$ 0.58
3					\$ 0.58
4					\$ 0.58

B. Meal allowance

Within the province			Outside the province		
# of meals	Rate:	Subtotal:	# of meals	Rate:	Subtotal:
Breakfast	\$ 11.62		Breakfast	\$ 15.45	
Lunch	\$ 16.27		Lunch	\$ 18.52	
Dinner	\$ 30.14		Dinner	\$ 37.11	
or daily allowance	\$ 58.03		or daily allowance	\$ 71.08	

C. Lodging

of days _____ Total bill _____ \$

D. Automobile rental

of days _____ Total bill _____ \$
 (If applicable) Fuel _____ \$

E. Related expenses

Rate: \$ 5.00 # of evenings _____

F. Other travel expenses

Description: _____ Total bill _____ \$
 _____ \$
 _____ \$

TOTAL TRAVEL EXPENSES

TOTAL =>

II. NON-TRAVEL-RELATED EXPENSES

Description: _____ Total bill _____ \$
 _____ \$
 _____ \$
 _____ \$

TOTAL NON-TRAVEL-RELATED EXPENSES

TOTAL =>

TOTAL EXPENSES CLAIMED

GRAND TOTAL =>

I certify that these expenses are true and were incurred on hospital business only.

Signature _____ Date: _____

Verified and approved _____ Date: _____

*****All claims will be paid in Canadian dollars unless otherwise specified.

US\$ _____

PRINT WHEN COMPLETE AND PLEASE ATTACH ALL RECEIPTS

Reserved for Accounting

Distribution	Amount	Distribution	Amount
TVH/HST	_____		_____
	_____		_____

Nom du comité : Comité mixte de la qualité et de la gouvernance

Date : 2 avril 2024

Objet : Politique CA-396 : Comité ad hoc des ressources humaines

Objectif

Recommandation de l'adoption d'une motion au Conseil d'administration pour le retrait de la politique CA-396 : Comité ad hoc des ressources humaines

Contexte

Ce point permet au Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance (Comité) de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada AC :2.1.4

En vertu de la politique CA-300 : Comités du Conseil d'administration, les comités du Conseil d'administration (Conseil) sont établis par le Conseil et celui-ci peut les modifier afin de satisfaire ses besoins en matière de gouvernance.

Le 21 juin 2022, le Conseil a adopté une politique afin de mettre sur un pied un comité ad hoc des ressources humaines.

Ce comité était responsable de fournir des recommandations, des conseils et de la rétroaction concernant les préoccupations et les enjeux du Réseau relatifs à la main-d'œuvre et à la planification de la main-d'œuvre au sein du Réseau de santé Vitalité.

Depuis, il a été déterminé que le Conseil serait plutôt informé par rapport à ces enjeux lors des réunions à huis clos du Conseil d'administration. Ceci s'explique en raison du nombre de membres du Conseil d'administration et donc du fait qu'il serait difficile de tenir un autre comité. Il a donc été déterminé qu'il est préférable d'informer le Conseil dans son ensemble de ces enjeux.

Solution proposée

Comme le Comité est responsable de guider le Conseil et lui soumettre des recommandations par rapport à sa structure et à ses processus de gouvernance, il est recommandé que le Comité examine la nécessité de maintenir cette politique et recommande au Conseil de la retirer. Il faut tenir compte du fait que la politique pourrait toujours être remise en vigueur si le besoin d'un autre comité ad hoc sur le sujet s'avérait nécessaire.

Avantages

Maintenir à jour les politiques du Conseil d'administration en concordance avec la structure utilisée en pratique.

Permettre à tous les membres du Conseil d'avoir la même information et de participer à toutes les discussions liées aux ressources humaines.

Désavantages

Sans objet

Considérations importantes

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

Suivi à la décision

Proposé et appuyé

Et résolu que le Comité mixte de la qualité et la gouvernance – section gouvernance recommande au Conseil d'administration de retirer la politique CA-396 : Comité ad hoc des ressources humaines.

1. Les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada (édition 2022) pour les visites sont cités en référence dans le document de la manière suivante : « (AC : 1.1.1) ».

2.1.4	L'instance de gouvernance crée des comités propres au sujet au besoin pour s'acquitter de ses responsabilités.
-------	--

Soumis le 7 mars 2024 par Pierre Michaud, chef de la gestion des risques, et Marc-André LeBlanc, conseiller principal en gestion des risques organisationnels.

Nom du comité : Comité mixte de la qualité et de la gouvernance

Date : 2 avril 2024

Objet : Formulaire d'intérêt pour la présidence et les membres des comités

Objectif

Adopter un formulaire d'intérêt pour la présidence et les membres des comités

Contexte

Ce point permet au Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance (Comité) de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada AC :2.1.1 et 2.1.4.

2.1.1	L'instance de gouvernance réalise les objectifs établis concernant sa composition.
-------	--

En vertu de la politique CA-320 : Comité de gouvernance et de mise en candidature, le Comité est responsable de recruter et de proposer la candidature des dirigeants et des présidences des comités du Conseil. En fait, le Comité doit soumettre, à l'Assemblée générale annuelle du Conseil, des candidatures pour les postes des comités du Conseil et les membres de ces comités.

Lors du choix des candidatures aux différents comités, ainsi qu'à la présidence de chaque comité et de la vice-présidence du Conseil, le Comité de gouvernance et de mise en candidature tient compte :

- des compétences, des habiletés et de l'expérience de chaque membre ;
- de la continuité dans le fonctionnement des comités et dans les rôles des dirigeants ;
- des préférences de chaque membre.

Solution proposée

Comme le Comité est responsable de tenir compte de ces éléments, il est proposé d'adopter un formulaire d'intérêt qui comprendra tous ces éléments pour permettre au Comité de prendre une décision éclairée avant de soumettre les candidatures à l'Assemblée générale annuelle.

La solution proposée est d'envoyer le formulaire d'intérêt le 15 mai 2024 avec une date limite pour le compléter du 22 mai 2024.

Les formulaires complétés seront ensuite envoyés à la présidence du Comité et à la présidence du Conseil afin qu'elles se consultent et déterminent une proposition de candidature pour la rencontre du Comité du 6 juin 2024.

Note exécutive

Avantages

Tenir compte des compétences, des habiletés et de l'expérience de chaque membre et des préférences de chaque membre dans la sélection des candidatures pour les comités.

Désavantages

Sans objet

Considérations importantes

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

Suivi à la décision

Proposé et appuyé

Et résolu que le Comité mixte de la qualité et la gouvernance – section gouvernance adopte le formulaire d'intérêt pour la présidence et les membres des comités, ainsi que le processus proposé.

Soumis le 11 mars 2024 par Pierre Michaud, chef de la gestion des risques, et Marc-André LeBlanc, conseiller principal en gestion des risques organisationnels.

FORMULAIRE D'INTÉRÊT**Co-présidence d'un comité du Conseil d'administration ou adhésion en tant que membre**

Nom et prénom du membre du Conseil d'administration
Adresse complète du membre
No de téléphone
Adresse courriel
Intérêt <input type="checkbox"/> Président <input type="checkbox"/> Membre
Comité <input type="checkbox"/> Comité mixte de la qualité des soins et la sécurité des patients et de gouvernance et de mise en candidature <input type="checkbox"/> Comité mixte stratégique de la recherche et de la formation et des finances et de vérification

Expérience et compétences pertinentes*

Nom de l'organisme, l'entreprise, l'association ou autre organisation	Adresse	Poste(s) occupé(s)	Année(s)	Tâches

* Ajouter une page au besoin.

Signature

Date

Nom du comité : Comité mixte de la qualité et de la gouvernance

Date : 2 avril 2024

Objet : Mandats et recrutement des membres du Conseil d'administration

Objectif

Présenter à titre informatif les informations liées aux mandats et au recrutement des membres du Conseil d'administration.

Présenter pour adoption le processus de planification et de renouvellement de la succession du Conseil d'administration.

Présenter pour adoption le profil de compétences des membres du Conseil d'administration.

Présenter pour adoption un processus pour le poste vacant au 1^{er} juillet 2024.

Contexte

Ce point permet au Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance (Comité) de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada AC : 1.2.3, 2.1.1 et 2.1.3.

1.2.3	L'instance de gouvernance veille à la pérennité de l'organisme.
2.1.1	L'instance de gouvernance réalise les objectifs établis concernant sa composition.
2.1.2	L'instance de gouvernance respecte des procédures transparentes fondées sur une approche d'équité, de diversité et d'inclusion (EDI) quant à la gestion de ses membres, y compris la gestion du président.

Recrutement et nomination des membres

En vertu du paragraphe 20(1) de la *Loi sur les régies régionales de la santé*, le ministre de la Santé est responsable de nommer jusqu'à sept membres ayant droit de vote au Conseil d'administration (Conseil). À une exception près, le ministre de la Santé est chargé à lui seul de recruter et de nommer les membres du Conseil. La seule limite au pouvoir du ministre de la Santé est prévue en vertu du paragraphe 3(5) du *règlement sur le conseil de la Loi sur les régies régionales de la santé*, soit que les ordres religieux qui sont propriétaires en tout ou en partie d'un établissement hospitalier exploité par une régie régionale de la santé proposent les noms des personnes parmi lesquelles l'une d'elles est nommée en tant que membre ayant droit de vote au Conseil.

Le ministre de la Santé n'a aucune obligation de consulter le Réseau de santé Vitalité quant aux personnes qui sont recrutées et nommées. La *Loi sur les régies régionales de la santé*, ne prévoit pas de pouvoir pour le Conseil de soumettre des candidatures ou de faire part de son opinion par rapport aux candidatures.

Note exécutive

En vertu du paragraphe 20(1.1) de la *Loi sur les régies régionales de la santé*, le ministre de la Santé devrait établir les compétences nécessaires pour assurer la réalisation de la mission du Conseil et tenir compte du sexe des personnes nommées, de la représentation des secteurs urbains et ruraux, des autochtones et de la priorité accordée aux communautés linguistiques officielles.

Présentement, le Réseau de santé Vitalité n'a pas complété de matrice de compétences des membres nommés au Conseil.

Durée des mandats

En vertu du paragraphe 20(2) de la *Loi sur les régies régionales de la santé*, le ministre de la Santé nomme jusqu'à sept membres avec droit de vote à titre amovible pour un mandat maximal de trois ans, lequel est renouvelable.

En annexe, vous trouverez le tableau qui indique la durée déterminée par le ministre de la Santé pour les mandats de chaque membre. Vous remarquerez que le ministre de la Santé a décidé de nommer les membres avec diverses durées de mandat afin de permettre un suivi des dossiers et éviter que le Conseil soit entièrement renouvelé dans trois ans.

De plus, en vertu du paragraphe 20(2) de la *Loi sur les régies régionales de la santé*, le ministre de la Santé nomme les membres du Conseil à titre amovible. Le ministre de la Santé se réserve donc le droit de terminer le mandat d'un membre à tout moment déterminé.

Renouvellement des mandats

En vertu du paragraphe 20(1) et du paragraphe 20(2) de la *Loi sur les régies régionales de la santé*, le ministre de la Santé est responsable de la nomination des membres ayant droit de vote au Conseil. Ceci comprend aussi le renouvellement de mandat. Les mêmes pouvoirs du ministre de la Santé s'appliquent au recrutement, à la nomination et au renouvellement des mandats. Le ministre de la Santé n'a aucune obligation de consulter le Réseau de santé Vitalité quant au renouvellement des mandats.

En vertu du paragraphe 20(2) de la *Loi sur les régies régionales de la santé*, le ministre de la Santé nomme les membres du Conseil pour un mandat maximal de trois ans, lequel est renouvelable. Un unique mandat ne peut donc dépasser trois ans, mais celui-ci est renouvelable. La *Loi sur les régies régionales de la santé* ne prévoit pas de limite au nombre de renouvellement de mandat.

Solution proposée

De façon générale, la solution proposée est d'adopter un processus interne par lequel le Comité propose des candidatures au ministre de la Santé lors de vacances ou de renouvellement de mandat, tout en tenant compte des compétences des membres et d'autres éléments pertinents par rapport au renouvellement des mandats, et tout en tentant de faire inscrire ces changements de façon formelle dans les règlements administratifs du Réseau.

Plus spécifiquement voici les actions proposées :

- 1) Processus de planification et de renouvellement de la succession du Conseil d'administration**
 - a. Recommander l'adoption par le Conseil d'administration du processus de planification et de renouvellement de la succession du Conseil d'administration proposé en annexe.
 - b. Ajouter le cycle de recrutement et de nomination dans le plan de travail du Comité pour adoption en juin 2024.
- 2) Profil de compétence**
 - a. Adopter le questionnaire du profil de compétence en annexe par le Comité.

Note exécutive

- b. Demander aux membres du Conseil (y compris le nouveau ou la nouvelle membre nommé(e) à partir de juillet 2024) de compléter le profil de compétences annuellement à partir de juillet 2024.
 - c. Compiler les résultats dans le tableau du profil des compétences (en annexe) afin que le Comité puisse prendre connaissance des compétences et en tenir compte lors de futures nominations au cours du processus.
- 3) Nomination pour le poste vacant au 1^{er} juillet 2024**
- a. Vérifier l'intérêt de Johanne Thériault Paulin à effectuer un autre mandat au Conseil d'administration.
 - b. Si la membre a cet intérêt :
 - i. Recommander au Conseil d'administration de proposer au ministre de la Santé la renomination de Johanne Thériault Paulin.
 - ii. Proposer au ministre de la Santé la renomination de Johanne Thériault Paulin pour un mandat de trois ans.
 - c. Si la membre n'a pas cet intérêt :
 - i. Recommander au Conseil de proposer au ministre de la Santé que la nouvelle personne membre possède les caractéristiques de représentation suivante : autochtone et genre féminin, ainsi que des compétences dans les domaines suivants : technologies de l'information et technologie des communications et mesure et performance organisationnelles.
 - ii. Proposer au ministre de la Santé que la nouvelle personne membre possède les caractéristiques de représentation suivante : autochtone et genre féminin, ainsi que des compétences dans les domaines suivants : technologies de l'information et technologie des communications et mesure et performance organisationnelles.

Le Comité peut déterminer des processus liés au recrutement, à la nomination, à la durée des mandats et au renouvellement des mandats des membres, mais le Comité doit tenir compte du fait que le ministre de la Santé a la pleine capacité sur ces éléments et qu'il n'a aucune obligation de respecter des processus établis par le Conseil alors qu'il a des pouvoirs en vertu de la *Loi sur les régies régionales de la santé*.

Avantages

- Tenter d'obtenir un pouvoir sur la nomination des membres du Conseil
- Assurer une gouvernance du Réseau par et pour les francophones du Nouveau-Brunswick
- Assurer une efficacité du processus de nomination des membres au Conseil
- Assurer une continuité des dossiers et de la mémoire institutionnelle du Conseil
- Assurer le respect des bonnes pratiques de gouvernance
- Assurer un alignement avec le Réseau de santé Horizon (si applicable)

Désavantages

- Possibilité de réticence du ministre de la Santé à respecter les décisions du Conseil
- Possibilité de réticence du ministre de la Santé à inclure le processus dans les règlements administratifs du Réseau

Considérations importantes

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique	X			
Qualité et sécurité	X			
Partenariats			X	

Gestion des risques (analyse légale)	X			
Allocation des ressources (analyse financière)	X			
Impacts politiques	X			
Réputation et communication	X			

Suivi à la décision

- Présenter au Conseil d'administration le processus de planification et de renouvellement de la succession du Conseil d'administration pour adoption lors de la réunion d'avril 2024.
- Proposer au Conseil d'administration l'adoption d'une candidature ou de compétences pour le poste vacant au 1^{er} juillet 2024 lors de la réunion d'avril 2024.
- Présenter le processus de planification et de renouvellement de la succession du Conseil d'administration du Réseau au Réseau de santé Horizon afin de tenter d'obtenir un alignement.
- Présenter le processus de planification et de renouvellement de la succession du Conseil d'administration au ministre de la Santé.
- Ajouter les éléments pertinents du processus de planification et de renouvellement de la succession du Conseil d'administration aux règlements administratifs du Réseau.

Proposé et appuyé

Et résolu que le Comité mixte de la qualité et la gouvernance – section gouvernance recommande au Conseil d'administration l'adoption du processus de planification et de renouvellement de la succession du Conseil d'administration.

Proposé et appuyé

Et résolu que le Comité mixte de la qualité et la gouvernance – section gouvernance adopte le profil de compétences des membres du Conseil d'administration.

Proposé et appuyé

Et résolu que le Comité mixte de la qualité et la gouvernance – section gouvernance recommande au Conseil d'administration de proposer au ministre de la Santé la candidature de Johanne Thériault-Paulin pour un deuxième mandat de trois ans débutant le 1^{er} juillet 2024.

Ou

Et résolu que le Comité mixte de la qualité et la gouvernance – section gouvernance recommande au Conseil d'administration de proposer au ministre de la Santé que la candidature pour le poste vacant au 1^{er} juillet 2024 soit comblée par une personne ayant les caractéristiques de représentation suivantes : autochtone et genre féminin, ainsi que des compétences dans les domaines suivants : technologies de l'information et technologie des communications et mesure et performance organisationnelles.

Soumis le 21 mars 2024 par Pierre Michaud, chef de la gestion des risques et Marc-André LeBlanc, conseiller principal en gestion des risques organisationnels.

PROCESSUS DE PLANIFICATION ET DE RENOUVELLEMENT DE LA SUCCESSION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Introduction

Les membres du Conseil d'administration transmettent leurs connaissances professionnelles et leur expérience dans la prise de décisions et la surveillance du Réseau de santé Vitalité. Pour assurer la continuité et permettre le renouvellement à long terme, le Conseil d'administration a besoin de personnes membres qui ont la capacité et la volonté de gouverner, qui sont disposées à partager leur jugement, à consacrer le temps nécessaire et à déployer les efforts essentiels, et qui s'engagent personnellement envers la raison d'être et les valeurs du Réseau de santé Vitalité.

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature joue un rôle essentiel dans l'identification des personnes membres potentielles et le partage de ces candidatures avec le ministre de la Santé, bien que le Conseil d'administration ne détienne pas un pouvoir formel de recommandation de candidatures.

Objectif

Ce processus a comme objectif de guider les membres du Comité de gouvernance et de mise en candidature lors de la sélection de membres potentiels au Conseil d'administration en s'assurant que les membres du Conseil d'administration possèdent les connaissances et les compétences nécessaires pour assurer la pérennité du Réseau de santé Vitalité.

Cycle de recrutement et de nomination – Rôle du Comité de gouvernance et mise en candidature

Septembre/octobre	Identifier les vacances à venir dans la prochaine année au Conseil d'administration
	Identifier les caractéristiques de représentation et les compétences manquantes au Conseil d'administration selon le profil des compétences
	Adopter le texte de l'appel public de candidatures selon les caractéristiques de représentation et les compétences manquantes identifiées
	Vérifier l'intérêt des membres actuels du Conseil d'administration admissibles à un renouvellement de mandat à être renommés au Conseil d'administration
Décembre/janvier	Réviser et sélectionner les candidatures pour les vacances de la prochaine année au Conseil d'administration
	Recommander au Conseil d'administration les candidatures à proposer au ministre de la Santé.
	Communiquer les candidatures proposées au ministre de la Santé
Mars/avril	Réviser et adopter le manuel d'orientation
	Demander un suivi au ministre de la Santé sur la nomination des membres au Conseil d'administration
Mai/juin	Réviser et adopter le profil des compétences

Processus de planification et de renouvellement de la succession du Conseil d'administration

Motion de recommandation d'adoption par le Comité :

Motion d'adoption par le Conseil d'administration:

Juillet	Demander aux membres (y compris les nouveaux membres) de compléter le profil des compétences
---------	--

Éléments dont il faut tenir compte lors de la sélection de candidatures à proposer au ministre

- Le nombre maximal de mandats recommandé est de deux pour un total maximum de six ans;
- La continuité de la mémoire institutionnelle du Conseil d'administration;
- Le profil des compétences des membres du Conseil d'administration;
- Engagement et capacité de contribuer; et
- Tout autre élément identifié pour cette ronde de mise en candidature par le Comité de gouvernance et de mise en candidature.

Toutes les recommandations qui seront faites au ministre seront basées sur une évaluation objective des compétences et des caractéristiques de représentation, ainsi que des besoins en gouvernance du Réseau de santé Vitalité.

À noter que lorsqu'une personne complète le mandat d'un ancien membre dû à une vacance, cela ne doit pas être considéré comme un premier mandat, mais plutôt comme un mandat de remplacement.

Notamment, le Comité de gouvernance et de mise en candidature peut se permettre de déroger du processus lorsqu'il le juge nécessaire.

Pour établir un bon équilibre entre la continuité de l'expérience et l'introduction de nouvelles perspectives au Conseil d'administration, les nominations au Conseil d'administration doivent être échelonnées.

Profil de compétence d'un membre du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité – avril 2024

Profil de compétence du membre du Conseil d'administration Prénom et nom : _____	Avancée	Intermédiaire	Base
Connaissances et compréhensions du domaine de la santé			
Expérience antérieure en gouvernance			
Leadership et influence			
Comptabilité, finance et gestion des ressources financières			
Communications, relations publiques et médias			
Relations gouvernementales			
Connaissances en éthique et indépendance d'esprit			
Qualité et sécurité des patients			
Gestion des risques			
Mesure et performance organisationnelles			
Technologies de l'information et technologie des communications			
Gestion des ressources humaines et développement organisationnel			
Qualifications juridiques			
Achat/approvisionnement/gestion de contrat			
Planification stratégique			
Connaissance du milieu académique, de la recherche et de l'innovation			
Caractéristique de représentation :			
Lieu de résidence : _____ Rural <input type="checkbox"/> Urbain <input type="checkbox"/>			
Membre de groupes issus de la diversité : _____			
Langue d'origine : <input type="checkbox"/> français ou <input type="checkbox"/> anglais ou <input type="checkbox"/> autre			
Autre information pertinente :			

Définitions des niveaux des compétences :

Avancée : Compréhension approfondie du domaine et capacité d'appliquer cette compétence dans une gamme complète de situations. Détenir un titre professionnel lié à la compétence ou une vaste expérience dans le domaine, p. ex. : en comptabilité/finance : détenir un titre professionnel et/ou être expert en connaissances financières et expérience élevée en gestion des risques financiers et des risques opérationnels. Maîtriser les connaissances du domaine, p. ex. : en gouvernance, avoir complété un programme de certification. Une longue expérience (c.-à-d., 10 années et plus) dans le domaine spécifique peut aussi être considérée comme avoir acquis le niveau de compétence avancée.

Intermédiaire : Avoir des connaissances ou une expérience qui permettent de bien comprendre et saisir les enjeux du domaine. Comprendre les termes utilisés dans le domaine de la compétence. À titre d'exemple, en comptabilité, être capable de lire, interpréter et analyser des états financiers. Détenir une expérience dans le domaine de 5 à 9 ans au moins.

Base : Être familier avec le domaine et en avoir une compréhension minimale. Avoir été exposé par des lectures ou des discussions; p. ex. : en gestion des ressources humaines, avoir exercé des fonctions de responsabilité minimale; p. ex. : au niveau gouvernemental, avoir travaillé, même pendant une courte période, dans l'appareil gouvernemental.

Mandats et recrutement des membres du Conseil d'administration (présentés par ordre croissant de durée du mandat)

Membre	Mandat	Date de nomination	Date d'entrée en vigueur	Durée du mandat	Date de fin du mandat
Thériault Paulin, Johanne	1 ^{er}	29 juin 2023	29 juin 2023	1 an	29 juin 2024
Doucet, Jacques	Remplacement	15 janvier 2024	15 janvier 2024	1 an, 5 mois, 13 jours	28 juin 2025
Cyr, Julie	1 ^{er}	29 juin 2023	29 juin 2023	2 ans	29 juin 2025
Francoeur, Yves	1 ^{er}	29 juin 2023	29 juin 2023	2 ans	29 juin 2025
Després, Réjean	2 ^e	15 janvier 2024	15 janvier 2024	2 ans, 5 mois, 13 jours	28 juin 2026
Savoie, Claire	1 ^{er}	29 juin 2023	29 juin 2023	3 ans	29 juin 2026
Soucy, Thomas	1 ^{er}	29 juin 2023	29 juin 2023	3 ans	29 juin 2026



October 6, 2023

Ms. Julie Cyr
1B Selesse Lane,
Campbellton, NB E3N 3V5

Dear Ms. Cyr:

As a follow-up to my appointment letter dated June 29, 2023, and in accordance with subsection 20(2) of the *Regional Health Authorities Act*. I indicated that your term will be from one to three years and that it would be determined in the coming days. I am pleased to now confirm that your term will be two years from the date of your appointment. (June 29, 2023)

I expect you are very busy and fully engaged with this new role. I again thank you for your willingness to assume the responsibilities associated with this appointment.

Sincerely,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Bruce Fitch", written over a white background.

Hon. Bruce Fitch
Minister

cc: Dr. France Desrosiers, President and CEO, Vitalité Health Network



Le 6 octobre 2023

Madame Julie Cyr
1B allée Selesse,
Campbellton, NB E3N 3V5

Madame,

Cette lettre fait suite à la lettre de nomination datée du 29 juin 2023 conformément au paragraphe 20(2) de la *Loi sur les régies régionales de la santé*. J'ai indiqué que votre mandat serait d'un à trois ans et qu'il serait déterminé dans les prochains jours. J'ai le plaisir de confirmer maintenant que votre mandat sera deux ans à compter de la date de votre nomination (le 29 juin 2023).

J'espère que vous êtes très occupée et pleinement engagée dans ce nouveau rôle. Je vous remercie encore une fois de votre volonté d'assumer les responsabilités liées à cette nomination.

Le ministre,



L'hon. Bruce Fitch

c.c. Dre. France Desrosiers, Présidente-directrice générale, Réseau de santé Vitalité

Le 15 janvier 2024

Monsieur Réjean Després
1260, boul. Dieppe
Dieppe, NB E1A 9Y3

Monsieur,

En vertu des paragraphes 20(1), 20(1.1), 20(2) et 20(5) de la *Loi sur les régies régionales de la santé*, j'ai le plaisir de vous nommer un membre de conseil d'administration de la Régie régionale de la santé A (Réseau de santé Vitalité) pour un nouveau mandat qui entre en vigueur immédiatement et devrait expirer le 28 juin 2026.

Je vous souhaite bon succès et vous remercie d'avoir accepté, encore une fois, les responsabilités associées à ce rôle important.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, mes salutations distinguées.

Le ministre,



L'hon. Bruce Fitch

Pièce jointe

c.c. Dre. France Desrosiers, Présidente-directrice générale, Réseau de santé Vitalité

Minister / Ministre

Health / Santé

PO Box / C.P. 5100 Fredericton New Brunswick / Nouveau-Brunswick E3B 5G8

Tel. / Tél. : (506) 457-4800

January 15, 2024

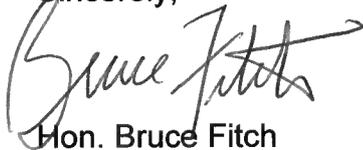
Mr. Réjean Després
1260 Dieppe Blvd.
Dieppe, NB E1A 9Y3

Dear Mr. Després:

In accordance with subsections 20(1), 20(1.1), 20(2) and 20(5) of the *Regional Health Authorities Act*, I am pleased to reappoint you as a member of the board of directors of Regional Health Authority A (Vitalité Health Network). Your new mandate is effective immediately and is expected to expire June 28, 2026.

I wish you the best in this important role and thank you for your willingness to reassume the responsibilities associated with this reappointment.

Sincerely,



Hon. Bruce Fitch
Minister

cc: Dr. France Desrosiers, President and CEO, Vitalité Health Network

Minister / Ministre

Health / Santé

PO Box / C.P. 5100 Fredericton New Brunswick / Nouveau-Brunswick E3B 5G8

Tel. / Tél. : (506) 457-4800

October 6, 2023

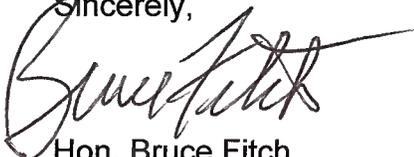
Mr. Réjean Després
1260 Dieppe Blvd
Dieppe, NB E1A 9Y3

Dear Mr. Després:

As a follow-up to my appointment letter dated June 29, 2023, and in accordance with subsection 20(2) of the *Regional Health Authorities Act*. I indicated that your term will be from one to three years and that it would be determined in the coming days. I am pleased to now confirm that your term will be one year from the date of your appointment. (June 29, 2023)

I expect you are very busy and fully engaged with this new role. I again thank you for your willingness to assume the responsibilities associated with this appointment.

Sincerely,



Hon. Bruce Fitch
Minister

cc: Dr. France Desrosiers, President and CEO, Vitalité Health Network



Le 6 octobre 2023

Mr. Réjean Després
1260, boul. Dieppe
Dieppe, NB E1A 9Y3

Monsieur,

Cette lettre fait suite à la lettre de nomination datée du 29 juin 2023 conformément au paragraphe 20(2) de la *Loi sur les régies régionales de la santé*. J'ai indiqué que votre mandat serait d'un à trois ans et qu'il serait déterminé dans les prochains jours. J'ai le plaisir de confirmer maintenant que votre mandat sera d'un an à compter de la date de votre nomination (le 29 juin 2023).

J'espère que vous êtes très occupé et pleinement engagé dans ce nouveau rôle. Je vous remercie encore une fois de votre volonté d'assumer les responsabilités liées à cette nomination.

Le ministre,



L'hon. Bruce Fitch

c.c. Dre. France Desrosiers, Présidente-directrice générale, Réseau de santé Vitalité



Le 15 janvier 2024

Monsieur Jacques Doucet, CPA, CGA
140, rue Cumberland
Moncton, NB E1G 0Z8

Monsieur,

En vertu des paragraphes 20(1), 20(1.1), 20(2) et 20(5) de la *Loi sur les régies régionales de la santé*, j'ai le plaisir vous nommer un membre de conseil d'administration de la Régie régionale de la santé A (Réseau de santé Vitalité) pour un mandat qui entre en vigueur immédiatement et devrait expirer le 28 juin 2025.

Vous serez contacté par Docteure France Desrosiers, Présidente-directrice générale, Réseau de santé Vitalité, avec les détails de votre nomination.

Je vous souhaite bon succès et vous remercie d'avoir accepté les responsabilités associées à ce rôle important.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, mes salutations distinguées.

Le ministre,



L'hon. Bruce Fitch

c.c. Dre France Desrosiers, Présidente-directrice générale, Réseau de santé Vitalité

January 15, 2024

Mr. Jacques Doucet, CPA, CGA
140 Cumberland St.
Moncton, NB E1G 0Z8

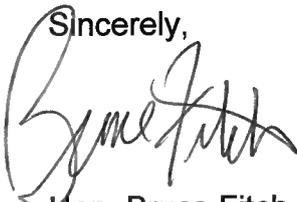
Dear Mr. Doucet:

In accordance with subsections 20(1), 20(1.1), 20(2) and 20(5) of the *Regional Health Authorities Act*, I am pleased to appoint you as a member of the board of directors of Regional Health Authority A (Vitalité Health Network). Your mandate is effective immediately and is expected to expire June 28, 2025.

You will be contacted by Dr. France Desrosiers, President and CEO of Vitalité Health Network, with details of your appointment.

I wish you the best in this important role and thank you for your willingness to assume the responsibilities associated with this appointment.

Sincerely,



Hon. Bruce Fitch
Minister

cc: Dr. France Desrosiers, President and CEO, Vitalité Health Network

October 6, 2023

Mr. Yves Francoeur
46-1193 Main Street
Beresford, NB E8K 1B9

Dear Mr. Francoeur:

As a follow-up to my appointment letter dated June 29, 2023, and in accordance with subsection 20(2) of the *Regional Health Authorities Act*. I indicated that your term will be from one to three years and that it would be determined in the coming days. I am pleased to now confirm that your term will be two years from the date of your appointment. (June 29, 2023)

I expect you are very busy and fully engaged with this new role. I again thank you for your willingness to assume the responsibilities associated with this appointment.

Sincerely,



Hon. Bruce Fitch
Minister

cc: Dr. France Desrosiers, President and CEO, Vitalité Health Network

Le 6 octobre 2023

Monsieur Yves Francoeur
46-1193, rue Main
Beresford, NB E8K 1B9

Monsieur,

Cette lettre fait suite à la lettre de nomination datée du 29 juin 2023 conformément au paragraphe 20(2) de la *Loi sur les régies régionales de la santé*. J'ai indiqué que votre mandat serait d'un à trois ans et qu'il serait déterminé dans les prochains jours. J'ai le plaisir de confirmer maintenant que votre mandat sera deux ans à compter de la date de votre nomination (le 29 juin 2023).

J'espère que vous êtes très occupé et pleinement engagé dans ce nouveau rôle. Je vous remercie encore une fois de votre volonté d'assumer les responsabilités liées à cette nomination.

Le ministre,



L'hon. Bruce Fitch

c.c. Dre. France Desrosiers, Présidente-directrice générale, Réseau de santé Vitalité



October 6, 2023

Ms. Claire Savoie
73 West Lane
South Tetagouche, NB E2A 4Z2

Dear Ms. Savoie:

As a follow-up to my appointment letter dated June 29, 2023, and in accordance with subsection 20(2) of the *Regional Health Authorities Act*. I indicated that your term will be from one to three years and that it would be determined in the coming days. I am pleased to now confirm that your term will be three years from the date of your appointment. (June 29, 2023)

I expect you are very busy and fully engaged with this new role. I again thank you for your willingness to assume the responsibilities associated with this appointment.

Sincerely,



Hon. Bruce Fitch
Minister

cc: Dr. France Desrosiers, President and CEO, Vitalité Health Network

Le 6 octobre 2023

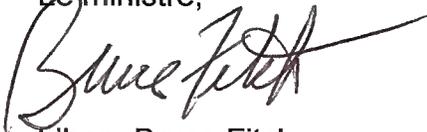
Madame Claire Savoie
73, voie West
Tétagouche Sud, NB E2A 4Z2

Madame,

Cette lettre fait suite à la lettre de nomination datée du 29 juin 2023 conformément au paragraphe 20(2) de la *Loi sur les régies régionales de la santé*. J'ai indiqué que votre mandat serait d'un à trois ans et qu'il serait déterminé dans les prochains jours. J'ai le plaisir de confirmer maintenant que votre mandat sera trois ans à compter de la date de votre nomination (le 29 juin 2023).

J'espère que vous êtes très occupée et pleinement engagée dans ce nouveau rôle. Je vous remercie encore une fois de votre volonté d'assumer les responsabilités liées à cette nomination.

Le ministre,



L'hon. Bruce Fitch

c.c. Dre. France Desrosiers, Présidente-directrice générale, Réseau de santé Vitalité

October 6, 2023

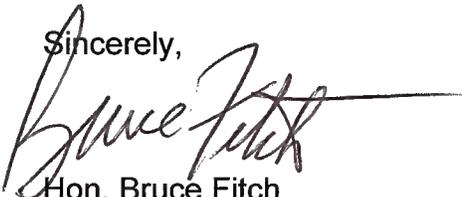
Mr. Tom Soucy
P.O. Box 1024
Claire, NB E7A 2J5

Dear Mr. Soucy:

As a follow-up to my appointment letter dated June 29, 2023, and in accordance with subsection 20(2) of the *Regional Health Authorities Act*. I indicated that your term will be from one to three years and that it would be determined in the coming days. I am pleased to now confirm that your term will be three years from the date of your appointment. (June 29, 2023)

I expect you are very busy and fully engaged with this new role. I again thank you for your willingness to assume the responsibilities associated with this appointment.

Sincerely,



Hon. Bruce Fitch
Minister

cc: Dr. France Desrosiers, President and CEO, Vitalité Health Network



le 6 octobre 2023

Monsieur Tom Soucy
CP 1024
Claire, NB E7A 2J5

Monsieur,

Cette lettre fait suite à la lettre de nomination datée du 29 juin 2023 conformément au paragraphe 20(2) de la *Loi sur les régies régionales de la santé*. J'ai indiqué que votre mandat serait d'un à trois ans et qu'il serait déterminé dans les prochains jours. J'ai le plaisir de confirmer maintenant que votre mandat sera trois ans à compter de la date de votre nomination (le 29 juin 2023).

J'espère que vous êtes très occupé et pleinement engagé dans ce nouveau rôle. Je vous remercie encore une fois de votre volonté d'assumer les responsabilités liées à cette nomination.

Le ministre,



L'hon. Bruce Fitch

c.c. Dre. France Desrosiers, Présidente-directrice générale, Réseau de santé Vitalité



October 6, 2023

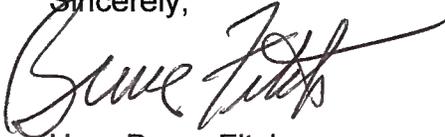
Ms. Johanne Thériault- Paulin
155 Fairview Court
Bathurst, NB E2A 4X5

Dear Ms. Thériault- Paulin:

As a follow-up to my appointment letter dated June 29, 2023, and in accordance with subsection 20(2) of the *Regional Health Authorities Act*. I indicated that your term will be from one to three years and that it would be determined in the coming days. I am pleased to now confirm that your term will be one year from the date of your appointment. (June 29, 2023)

I expect you are very busy and fully engaged with this new role. I again thank you for your willingness to assume the responsibilities associated with this appointment.

Sincerely,



Hon. Bruce Fitch
Minister

cc: Dr. France Desrosiers, President and CEO, Vitalité Health Network

Le 6 octobre 2023

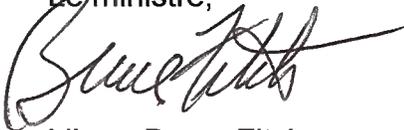
Madame Johanne Thériault- Paulin
155, cour Fairview
Bathurst, NB E2A 4X5

Madame,

Cette lettre fait suite à la lettre de nomination datée du 29 juin 2023 conformément au paragraphe 20(2) de la *Loi sur les régies régionales de la santé*. J'ai indiqué que votre mandat serait d'un à trois ans et qu'il serait déterminé dans les prochains jours. J'ai le plaisir de confirmer maintenant que votre mandat sera d'un an à compter de la date de votre nomination (le 29 juin 2023).

J'espère que vous êtes très occupée et pleinement engagée dans ce nouveau rôle. Je vous remercie encore une fois de votre volonté d'assumer les responsabilités liées à cette nomination.

Le ministre,



L'hon. Bruce Fitch

c.c. Dre. France Desrosiers, Présidente-directrice générale, Réseau de santé Vitalité

Nom du comité : Comité mixte de la qualité et de la gouvernance

Date : 2 avril 2024

Objet : Lettre de mandat de la Présidente-directrice générale

Objectif

Présenter à titre informatif l'obligation du Conseil d'administration de fournir une lettre de mandat à la Présidente-directrice générale

Contexte

Ce point permet au Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance (Comité) de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada AC :3.2.2 et 3.5.1.

3.2.2	L'instance de gouvernance veille à établir les responsabilités du dirigeant principal.
3.5.1	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme se conforme à ses obligations juridiques, réglementaires et contractuelles.

En vertu de l'article 20.1 de la *Loi sur les régies régionales de la santé*, le Conseil d'administration établit l'orientation générale, les buts et les objectifs du Réseau de santé Vitalité et, en outre, est chargé de remettre une lettre de mandat à la Présidente-directrice générale. Celle-ci n'a pas encore été préparée et remise à la Présidente-directrice générale.

En vertu du paragraphe 20(9) de la *Loi sur les régies régionales de la santé*, dans les trois mois qui suivent la nomination du président du Conseil d'administration, le ministre de la Santé rédige une lettre de mandat qu'il lui remet. Cette lettre renferme l'orientation stratégique et opérationnelle du Réseau de santé Vitalité et les attentes relatives au rendement du Réseau de santé Vitalité. Celle-ci n'a pas encore été remise au président du Conseil d'administration.

Solution proposée

Comme le Comité est responsable de guider le Conseil et de lui soumettre des recommandations par rapport à sa structure et à ses processus de gouvernance en se basant sur le cadre législatif du Réseau, il est recommandé que ce soit le Comité qui supervise le processus lié à la préparation de la lettre de mandat de la Présidente-directrice générale.

Compte tenu que la lettre de mandat au président du Conseil d'administration n'a pas encore été remise et que celle-ci est importante, compte tenu de son contenu, afin de pouvoir préparer une lettre de mandat pour la Présidente-directrice générale, il est proposé que le Comité supervise le processus de préparation de la lettre de mandat à la suite de l'évaluation du rendement et du développement de la Présidente-directrice générale, et ce, si la lettre de mandat du président du Conseil d'administration a été reçue.

Avantages

Sans objet

Désavantages

Sans objet

Considérations importantes

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

Suivi à la décision

Lorsque la lettre de mandat du président du Conseil d'administration sera reçue, il sera possible de présenter un plan pour la préparation d'une lettre de mandat pour la Présidente-directrice générale.

Soumis le 7 mars 2024 par Pierre Michaud, chef de la gestion des risques, et Marc-André LeBlanc, conseiller principal en gestion des risques organisationnels.

Nom du comité : Comité mixte de la qualité et de la gouvernance

Date : 2 avril 2024

Objet : Lettre de renomination du président du Conseil d'administration

Objectif

Présenter à titre informatif la lettre de renomination du président du Conseil d'administration.

Contexte

À la suite de l'élection effectuée par le Conseil d'administration en février 2024 pour le poste de la présidence du Conseil d'administration, le ministre de la Santé a émis une lettre nommant M. Thomas Soucy comme président du Conseil d'administration à partir du 1^{er} avril 2024 pour un mandat d'un an. Cette renomination respecte donc les résultats de l'élection de février 2024.

Solution proposée

Sans objet

Avantages

Sans objet

Désavantages

Sans objet

Considérations importantes

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

Suivi à la décision

Informar le Conseil d'administration de la décision du ministre de la Santé.

Soumis le 22 mars 2024 par Pierre Michaud, chef de la gestion des risques, et Marc-André LeBlanc, conseiller principal en gestion des risques organisationnels.

Le 22 mars 2024

Monsieur Tom Soucy
CP 1024
Claire, NB E7A 2J5

Monsieur,

En vertu du paragraphe 20(6) de la *Loi sur les régies régionales de la santé*, et sur la recommandation du conseil d'administration, j'ai le plaisir de vous nommer président du conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité. Votre mandat à titre de président durera un an et entrera en vigueur le 1er avril 2024. Votre mandat en tant que membre du conseil d'administration se poursuivra également jusqu'au 28 juin 2026.

Je vous souhaite bon succès et vous remercie d'avoir accepté, encore une fois, les responsabilités associées à ce rôle important.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, mes salutations distinguées.

Le ministre,



L'hon. Bruce Fitch

c.c. D^{re} France Desrosiers, Présidente-directrice générale, Réseau de santé Vitalité