

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Point 4

Titre de la réunion :	Comité mixte de la qualité et de la gouvernance	Date et heure :	Le 1er octobre 2024, 13 h à 15 h 30
But de la réunion :	Réunion régulière	Endroit :	Teams
Co-présidentes :	Johanne Thériault Paulin Claire Savoie		
Adjointes administratives :	Vicky Pellerin Sophie Legacy		

Participants**Membres votants**

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

Membres d'office

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

Membres invités - Qualité

Dr Eric Levasseur	Annie Carré	Catherine Rouanes
Brigitte Sonier Ferguson	Marjorie Pigeon	Sonia Bernatchez
Marc-André Leblanc	Pierre Michaud	Gérald Richard
Rino Lang		

Membres invités - Gouvernance

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

Avis de réunion

Heure	Sujet	Action
13 h	1. Ouverture de la réunion	Décision
13 h 01	2. Constatation de la régularité de la réunion	Décision
13 h 02	3. Rappel de confidentialité	Information
13 h 03	4. Adoption de l'ordre du jour	Décision
13 h 05	5. Déclaration de conflits d'intérêts	Information

QUALITÉ

13 h 06	6. Approbation du procès-verbal du 6 juin 2024	Décision
13 h 07	7. Suivis de la dernière rencontre	Information
	8. Affaires permanentes	
13 h 10	8.1 Performance du Réseau en matière de qualité et sécurité des patients	Information
13 h 20	8.2 Rapport annuel 2023-2024 et T1 2024-2025 du secteur Qualité, sécurité des patients et expérience patient	Information
13 h 35	8.3 Rapport des risques organisationnels (T1)	Information
13 h 50	8.4 Révision et recommandation du plan de travail	Décision
	9. Affaires nouvelles	
13 h 55	9.1 Abolition du Comité consultatif des patients et des familles	Information

GOUVERNANCE

14 h	10. Approbation en bloc des procès-verbaux 10.1 Procès-verbal réunion ordinaire du 6 juin 2024	Décision
------	---	----------

	<p>10.2 Procès-verbal réunion extraordinaire du 11 juin 2024 (vote électronique – nomination des médecins chefs de zone)</p> <p>10.3 Procès-verbal réunion extraordinaire du 16 juillet 2024 (modification apportée au calendrier des réunions du Conseil d'administration et de ses comités)</p>	
14 h 01	11. Suivis de la dernière réunion	
	<p>11.1 Réflexion sur le processus de présentation des résultats des évaluations annuelles et mise à jour de la politique</p> <p>a) Note exécutive</p> <p>b) Politique CA-140</p> <p>c) Évaluation des pairs</p> <p>d) Évaluation de la présidence d'un comité</p> <p>e) Activité des attentes</p> <p>f) Engagement collectif pour les rencontres d'équipe</p>	Information
	<p>11.2 Processus pour la tenue de réunions du Conseil d'administration à huis clos</p> <p>a) Note exécutive</p> <p>b) Liste des membres du Comité exécutif</p>	Décision
	<p>11.3 Progression de la mise à jour des règlements administratifs</p> <p>a) Note exécutive</p>	Information
14 h 15	12. Affaires permanentes	
	<p>12.1 Recommandation d'un plan de formation annuel à l'intention du Conseil</p> <p>a) Note exécutive</p> <p>b) Plan de formation annuel</p>	Décision
	<p>12.2 Révision et recommandation du plan de travail du Conseil d'administration</p> <p>a) Note exécutive</p> <p>b) Plan de travail du Conseil d'administration</p>	Décision
	<p>12.3 Adoption des plans de travail des comités du Conseil d'administration</p> <p>a) Note exécutive</p> <p>b) Plans de travail des comités du Conseil d'administration</p>	Décision
	<p>12.4 Révision des mandats des comités du Conseil d'administration</p> <p>a) Note exécutive</p> <p>b) Mandats de travail des comités du Conseil d'administration</p>	Décision
	<p>12.5 Adoption des politiques révisées du Conseil d'administration</p> <p>a) Note exécutive</p> <p>b) Politiques :</p> <p>CA-190 : Planification stratégique</p> <p>CA-240 : Gestion de la qualité, de la sécurité des patients et des risques</p>	Décision
	<p>12.6 Adoption d'une nouvelle politique du Conseil d'administration</p> <p>a) Note exécutive</p> <p>b) Politique : CA-XXX : Élections des dirigeants du Conseil d'administration</p>	

	12.7 Retrait d'une politique du Conseil d'administration a) Note exécutive b) Politique CA-360 : Mandat du Comité consultatif des patients et des familles	Décision
	12.8 Identification des vacances à venir au sein du Conseil d'administration et lancement de l'appel de candidatures a) Note exécutive b) Profil de compétences des membres du Conseil d'administration	Décision
	12.9 Évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration a) Note exécutive b) Tableau d'évaluation des réunions à huis clos et publique, et de l'assemblée générale annuelle du 25 juin 2024	Information
15 h 25	13. Affaires nouvelles	
	13.1 Modifications au niveau des membres invités du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients a) Note exécutive b) Membres des comités du Conseil d'administration 2024-2025	Décision
15 h 29	14 Date de la prochaine réunion : 17 décembre 2024 à 13 h	Information
15 h 30	15 Levée de la réunion	Décision

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Point 10.1

Titre de la réunion :	Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature	Date et heure :	Le 6 juin 2024, 9 h à 11 h 09
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)	✓	Jacques Doucet	✓
-------------------------------	---	--	---	----------------	---

Membres d'office

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

Membres invités - Qualité

Dr Eric Levasseur	✓	Annie Carré	A	Gérald Richard	A
Brigitte Sonier Ferguson	✓	Marjorie Pigeon	✓	Catherine Rouanes	✓
Sonia Bernatchez	✓	Marc-André LeBlanc	✓	Pierre Michaud	✓

Membres invités - Gouvernance

Marc-André LeBlanc	✓	Pierre Michaud	✓		
--------------------	---	----------------	---	--	--

PROCÈS-VERBAL**1. Ouverture de la réunion**

La réunion est ouverte par Claire Savoie, coprésidente du Comité mixte de la qualité et de la gouvernance. On souhaite la bienvenue à Catherine Rouanes, nouvelle directrice principale de la protection des renseignements personnel du secteur de la vie privée au Réseau de santé Vitalité.

2. Constatation de la régularité de la réunion

La réunion est dûment convoquée et le quorum est atteint.

3. Rappel de confidentialité

La coprésidente rappelle à tous leur devoir de confidentialité.

4. Adoption de l'ordre du jour

L'ordre du jour de la réunion est adopté tel que circulé.

MOTION 2024-06-06 / 01CMQG

Proposée par Jacques Doucet

Appuyée par Tom Soucy

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 2 avril 2024**

Le procès-verbal de la réunion de la section qualité du 2 avril 2024 est adopté tel que circulé.

MOTION 2024-06-06 / 02CMQG

Proposée par Jacques Doucet

Appuyée par Tom Soucy

Et résolu que le procès-verbal du 2 avril 2024 soit adopté tel que circulé.

Adoptée à l'unanimité.

1.

7. Suivis de la dernière rencontre (à titre d'information)

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.

Actions	Responsables	Suivis
Obtenir plus d'information sur les tendances en matière de sécurité des patients	VP – Performance, Mission universitaire et Stratégies Directrice Qualité, Sécurité des patients et Expérience patient Directeur Analytique de santé	Pas de nouveauté depuis la dernière rencontre
Mettre en place un système de patients traceurs pour évaluer les services	Directrice Qualité, Sécurité des patients et Expérience patient	Plan d'affaires déposé pour priorisation. Projet pilote avec les cliniques intégrées de santé familiale
Revoir la présentation de l'information pour amener les membres à discuter de gouvernance et de stratégies	VP – Performance, Mission universitaire et Stratégies Directrice Qualité, Sécurité des patients et Expérience patient Directeur Analytique de santé	Des travaux de révision des formats sont prévus pour l'été afin d'être prêts pour la présentation du rapport du trimestre 1 2024-2025.

8. Affaires permanentes

8.1 Performance du Réseau en matière de qualité et sécurité des patients (à titre d'information)

Afin de permettre une surveillance de la performance organisationnelle plus approfondie, des bulletins de performance par programmes clientèles apprenants, ainsi que par secteurs cliniques transversaux, sont présentement en développement.

Les indicateurs de performance clé pour chaque programme et secteur seront répertoriés selon cinq catégories (qui s'arriment avec les dimensions de la qualité d'Agrément Canada) :

- 1) L'accès
- 2) L'efficacité opérationnelle
- 3) Les résultats patients
- 4) Les contre-indicateurs de performance (qualité et sécurité)
- 5) La satisfaction des clients

On présente l'avancement du développement des bulletins de performance pour les programmes clientèle apprenants et les secteurs cliniques transversaux. Les secteurs cliniques transversaux suivants ont identifié les indicateurs clés de performance qui seront inclus dans leur bulletin de performance :

- Cheminement patient
- Service de laboratoire
- Services professionnels
- Santé publique
- Services médicaux

On présente au comité, la progression de l'organisation dans le développement des modèles de bulletins de performance par programmes et secteurs cliniques transversaux. Ceux-ci ne sont pas encore peuplés de données. Les indicateurs sont en cours de développement et seront disponible pour la prochaine rencontre du comité. À ce moment, des faits saillants et points de surveillance de haut niveau seront rapporté au comité afin de leur permettre de s'acquitter de leurs responsabilités en matière de surveillance de la performance de l'organisation.

8.2 Rapport synthèse en matière de qualité, sécurité des patients et expérience des patients (T4) (à titre d'information)

On présente le rapport de synthèse T4 en matière de qualité, sécurité des patients et expérience des patients. Le rapport résume les résultats, ainsi que les activités du Réseau en matière de qualité, sécurité des patients et expérience des patients.

Quelques faits saillants du rapport :

- 1) Au niveau des plaintes, on a amorcé un travail avec l'équipe de gestion des urgences car c'est à ces endroits où il y a le plus de plaintes. Nos données sont plus accessibles et on peut davantage analyser en profondeur pour apporter des solutions concrètes
- 2) On a eu une troisième et dernière reddition de compte avec Agrément Canada en avril 2024.
- 3) Une séance de formation sera offerte à l'ensemble des membres du Conseil d'administration le 25 juin 2024 afin de débiter la préparation en lien avec le cahier de normes de gouvernance.

Le comité suggère quelques points d'amélioration au rapport :

- 1) Mieux distinguer les incidents qui mènent à des comités de revues.
- 2) Présenter les données de sorte à pouvoir mieux les comprendre.
En collaboration avec l'équipe d'Analytique de santé, le secteur de la qualité est à prévoir une nouvelle présentation du tableau de bord qui intégrera notamment des volumes, des pourcentages, des taux par 1000 jours/présence ainsi que des cibles étalées sur une période de temps plus longue. Cela permettra une meilleure perspective pour dégager les tendances et identifier plus rapidement les écarts significatifs ou les bons coups.

Par ailleurs, des consultants en performance organisationnelle - Qualité ont été assignés à chaque VP et leurs directeurs afin de travailler de pair avec ces derniers. Ceci vise à mieux intégrer la qualité à travers les opérations. Au lieu de poursuivre avec des plans qualité séparés, les recommandations, projets et initiatives visant l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients seront intégrés à même les feuilles de route des VP, programmes clientèle apprenants et secteurs transversaux cliniques. Cette association vient de débiter.

8.3 Rapport synthèse du Bureau des risques organisationnels (T4) (à titre d'information)

On présente le rapport du Bureau des risques organisationnels (BRO) pour le quatrième trimestre de 2023-2024.

Points saillants :

- **Registre de risque** : Le secteur des technologies de l'information a analysé le contrat d'utilisation et les documents relatifs à l'outil d'HIROC. Le BRO va examiner le tout prochainement et prendre une décision à l'égard de l'outil offert par HIROC.
- **Règlements administratifs** : La révision des règlements administratifs du Réseau s'est poursuivie auprès de la direction et de la chefferie médicale. Le BRO a aussi été consulté par rapport à la révision des règles du personnel médical qui découlent des règlements administratifs. Cet exercice se continuera lors du prochain trimestre et un arrimage avec le Réseau de santé Horizon est prévu.
- **Plan d'urgence – code orange** : Le projet de développement d'un plan d'urgence en cas de code orange (grand nombre de blessés) pour les établissements qui ont une urgence est en cours et se poursuit. Les rencontres pour élaborer le plan d'urgence pour l'Hôpital régional Chaleur de Bathurst ont débuté.
- **Loi de Vanessa** : Les présentations ciblées à l'intention des professionnels de la santé ont débuté. Les efforts de sensibilisation se poursuivront dans les prochains mois.
- **Gestion des contrats** : La cartographie de chaque étape des processus d'engagement des dépenses et de signature des contrats incluant l'identification des intervenants clés s'est poursuivie. Ces processus sont intimement liés et doivent être alignés et bien compris par les gestionnaires du Réseau. Cette cartographie permettra donc de limiter les risques auxquels s'expose quotidiennement le Réseau en procédant à la mise à jour des politiques relatives et d'outiller les gestionnaires dans leurs actions reliées aux dépenses et aux contrats. Cette dernière initiative s'inscrit dans le projet visant l'amélioration de la gestion des contrats. En plus de réviser et de répertorier les contrats dans un registre, le BRO poursuit son objectif de créer des outils et des formations pour aider les gestionnaires à mieux comprendre leur rôle dans la gestion des contrats.
- **Signature électronique** : Le développement de la politique sur la signature électronique a été complété. Cette dernière est actuellement en phase de consultation formelle.
- **Intelligence artificielle** : Une note exécutive et un mandat pour un groupe de travail sur l'intelligence artificielle ont été préparés et soumis à l'intention de l'Équipe de Leadership.

- **Cartes de chaleur** : Les rencontres ont débuté avec le secteur des ressources humaines afin d'informatiser les cartes de chaleur avec l'ajout de scénarios (simulateur) et de projections.
- **Politiques du Conseil d'administration** : La révision des politiques du Conseil d'administration (Conseil) s'est poursuivie afin de se conformer et de s'adapter aux amendements de la *Loi sur les régies régionales de la santé*. Les politiques du Conseil nécessitant une révision seront placées sur le gabarit des politiques du Réseau et devraient être adoptées par le Conseil d'ici le mois de juin 2024.

Lors de la prochaine rencontre, il y aura une amélioration au niveau de la façon dont le BRO présente l'information et le contenu dans la note exécutive.

On propose, dans le futur, de faire une formation avec les membres du Conseil sur le fonctionnement des cartes de chaleur.

8.4 Rapport annuel du Bureau de la vie privée (2023-2024) (à titre d'information)

On présente le rapport annuel – Confidentialité et protection de la vie privée.

Un processus efficace est en place pour répondre à des demandes de consultation sur des questions de protection de la vie privée notamment en provenance des employés et des non-employés, des partenaires du système de santé et des membres du public. Au cours de 2023-2024, le BVP a répondu à 406 demandes de consultations.

De plus, le BVP a mis de l'avant plusieurs initiatives en 2023-2024 afin de promouvoir la protection de la vie privée. Par exemple, la préparation de notes de services pour favoriser la sensibilisation des employés sur des sujets pointus tel que le bon usage du courrier interne et des tubes pneumatiques, le signalement de problèmes de nature technique ou informatique, l'importance de la sélection du bon pourvoyeur de soins lors de l'enregistrement des patients et l'usage des appareils technologiques personnels par les patients sur les unités de soins. Le BVP a aussi offert des séances d'orientation générale ou ciblée à plus de 340 employés et non-employés.

Des améliorations ont été apportées au logiciel d'audit afin de faciliter la production de rapports et d'effectuer plus efficacement la surveillance des accès. Un processus a été établi pour aviser les usagers du système lorsqu'ils accèdent à leurs renseignements personnels sur la santé à partir de leur compte d'utilisateur du Réseau.

Priorités pour 2024-2025

- Développer un programme de protection de la vie privée pour le Réseau;
- Développer une stratégie de communication pour le Bureau de la vie privée;
- Compléter le projet sur les initiatives afin d'harmoniser les divers processus pour les accès électroniques des non-employés;
- Suivre et rapporter les indicateurs de performance organisationnelle en matière de confidentialité et de protection de la vie privée suivants :
 - Pourcentage des demandes de consultation qui sont assignées à un membre du Bureau de la vie privée à l'intérieur de dix jours ouvrables (Accès)
 - Temps total pour compléter la grille d'évaluation RA-289 (Efficacité opérationnelle)
 - Pourcentage des incidents/ plaintes rapportés qui ont mené à une atteinte réelle (Résultats clients)
 - Taux de satisfaction des clients -à développer (Satisfaction)
 - Nombre de plaintes déposées directement au Bureau de l'Ombud (Contre-indicateur de performance)
 - Pourcentage des incidents rapportés qui ont trait à des accès non-autorisés (Contre-indicateur de performance)

GOVERNANCE

9. Approbation du procès-verbal du 2 avril 2024

Le procès-verbal de la réunion de la section Gouvernance du 2 avril 2024 est présenté pour approbation tel que circulé.

MOTION 2024-06-06 / 03CMQG

Proposée par Tom Soucy

Appuyée par Johanne Thériault Paulin

Et résolu que le procès-verbal du Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section Gouvernance du 2 avril 2024 soit adopté tel que circulé.

Adoptée à l'unanimité.

10. Suivis de la dernière réunion

10.1 Lettre de mandat du président du Conseil d'administration

Les développements relativement à la lettre de mandat du président du Conseil sont présentés. La lettre de mandat du président reçue à la suite de la lettre de suivi envoyée au ministre Fitch par la secrétaire du Conseil d'administration est présentée.

Action

- Un plan de préparation pour la lettre de mandat de la PDG qui découlera de la lettre de mandat du président sera présenté à la prochaine rencontre du comité.

10.2 Nomination au Conseil d'administration pour le poste vacant au 1er juillet 2024

Les avancements par rapport au poste vacant au Conseil d'administration au 1er juillet 2024 sont présentés à titre informatif. Il s'agit du mandat de Johanne Thériault Paulin qui prendra fin le 28 juin 2024. Après avoir reçu une lettre de suivi de la part de la PDG, le ministre Fitch a remis la lettre de renouvellement de mandat de Johanne Thériault Paulin le 31 mai 2024.

Les membres félicitent Johanne Thériault Paulin pour le renouvellement de son mandat.

Action

- Ajuster le tableau des mandats des membres du Conseil d'administration en conséquence.

10.3 Évaluation de la performance de la PDG

Les résultats de l'évaluation du rendement et du développement de la PDG, ainsi que les prochaines étapes, sont présentés. Cette évaluation a été menée par le Comité d'évaluation du rendement et du développement de la PDG formé du président, du vice-président et des coprésidences du Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et de mise en candidature – section gouvernance.

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

L'évaluation du rendement et du développement du médecin-chef et de la présidente du Comité professionnel consultatif a été menée par le Comité d'évaluation formé du président du Conseil et de la PDG.

10.5 Évaluation du président du Conseil d'administration

Le rapport d'évaluation annuel du président du Conseil d'administration est présenté à titre informatif et aux fins de discussion.

Les membres indiquent qu'un point à l'échelle devrait être ajouté; celui-ci indiquerait que cet énoncé ne peut être évalué par le membre qui remplit le formulaire d'évaluation. Ceci peut survenir lorsque le membre qui remplit le formulaire n'a pas eu l'occasion d'être témoin d'un des énoncés à évaluer.

De plus, si le membre qui remplit l'évaluation donne une note qui indique soit *pas d'accord* ou *pas du tout d'accord*, une case explicative obligatoire pourrait être ajoutée pour que le membre fournisse une explication liée à son désaccord, et ce dans le but d'identifier des pistes de solutions pour que la personne évaluée puisse améliorer son rendement relativement à cet énoncé.

Action

- Modifier les évaluations comme demandé ci-haut.

10.6 Évaluation des coprésidences des comités du Conseil d'administration

Le rapport d'évaluation annuel des coprésidences des comités du Conseil d'administration est présenté à titre informatif et aux fins de discussion.

Il est suggéré qu'une discussion informelle à ce sujet entre les coprésidences et les autres membres de leur comité du Conseil ait lieu.

Actions

- Trouver un moyen de ne pas compter le 1 de l'échelle qui indique *ne s'applique pas*, car celui-ci fait baisser la moyenne obtenue.
- Ajouter une case explicative obligatoire quand une note de désaccord est donnée afin que le membre puisse prendre les mesures nécessaires pour améliorer son rendement.

11. Affaires permanentes

11.1 Évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration

Le rapport d'évaluation de la réunion du Conseil d'administration du 23 avril 2024 est présenté à titre informatif et aux fins de discussion.

Claire Savoie va faire parvenir un courriel aux membres du Conseil d'administration afin de clarifier un commentaire indiqué à la question 12 de l'évaluation de la réunion publique du 23 avril 2024.

Les membres indiquent que les couleurs utilisées pour démontrer les résultats du sondage de l'évaluation des réunions sont déroutantes. Le rouge, qui indique généralement un point négatif, indique ici un accord. Une demande est formulée pour que les couleurs soient modifiées (utiliser d'autres couleurs ou un gradient de couleurs).

De plus, une case explicative obligatoire devrait aussi être ajoutée à ce sondage pour que le membre qui indique un désaccord puisse fournir une explication dans le but d'identifier des pistes de solutions.

Actions

- Modifier les formulaires comme demandé ci-haut.

11.2 Progression de la mise à jour des règlements administratifs

L'avancement et l'échéancier prévu pour la révision des règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité sont présentés à titre informatif.

11.3 Plan de travail du Comité de gouvernance et de mise en candidature 2023-2024

11.3.1 Adoption du calendrier des réunions du Conseil d'administration 2024-2025

Le calendrier révisé des réunions du Conseil d'administration 2024-2025 est présenté aux fins d'adoption pour ensuite en recommander l'approbation au Conseil d'administration.

MOTION 2024-06-06 / 04CMQG

Proposée par Jacques Doucet

Appuyée par Thomas Soucy

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section Gouvernance recommande au Conseil d'administration d'adopter le calendrier 2024-2025 des réunions du Conseil d'administration et de ses comités.

Adoptée à l'unanimité.

11.3.2 Adoption des mandats des comités du Conseil d'administration

Les politiques CA-330 – Comité des finances et de vérification et CA-350 – Comité stratégique de la recherche et de la formation, révisées et traduites, sont présentées aux fins d'adoption et de recommandation au Conseil d'administration, soit d'approuver les mandats de ces deux comités.

MOTION 2024-06-06 / 05CMQG

Proposée par Johanne Thériault Paulin

Appuyée par Jacques Doucet

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section Gouvernance recommande au Conseil d'administration d'adopter les mandats les mandats du Comité des finances et de vérification (CA-330) et du Comité stratégique de la recherche et de la formation (CA-350) modifiés et traduits tels que présentés.

Adoptée à l'unanimité.

11.3.3 Adoption en bloc des politiques

Les politiques modifiées suivantes sont présentées aux fins d'adoption par le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section Gouvernance et de recommandation au Conseil d'administration afin qu'elles soient adoptées telles que circulées :

- CA-110 : Image de marque, raison d'être et valeurs
- CA-120 : Conseil d'administration et régime de gouvernance
- CA-135 : Code de conduite et morale des membres
- CA-140 : Fonctions du président
- CA-180 : Fonctions du président-directeur général
- CA-210 : Orientation des nouveaux membres
- CA-225 : Communication et relations publiques
- CA-235 : Succession du président-directeur général
- CA-255 : Documentation numérisée
- CA-300 : Comités du Conseil d'administration

Celles-ci seront présentées au Conseil d'administration le 25 juin 2024 afin qu'elles soient adoptées telles que circulées.

MOTION 2024-06-06 / 06CMQG

Proposée par Thomas Soucy

Appuyée par Jacques Doucet

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section Gouvernance recommande au Conseil d'administration d'adopter les politiques

- CA-110 : Image de marque, raison d'être et valeurs
- CA-120 : Conseil d'administration et régime de gouvernance
- CA-135 : Code de conduite et morale des membres
- CA-140 : Fonctions du président
- CA-180 : Fonctions du président-directeur général
- CA-210 : Orientation des nouveaux membres
- CA-225 : Communication et relations publiques
- CA-235 : Succession du président-directeur général
- CA-255 : Documentation numérisée
- CA-300 : Comités du Conseil d'administration

modifiées et traduites telles que présentées.

Adoptée à l'unanimité.

11.3.4 Nomination des postes de vice-président et trésorier

En février 2024, une élection a eu lieu afin d'élire une vice-présidence du Conseil d'administration à la demande du ministre de la Santé. À l'issue de cette élection, Réjean Després a été élu en tant que vice-président du Conseil d'administration pour un second mandat qui prendra fin le 6 février 2025. Le 25 juin 2024, les nominations des postes de vice-président et de trésorier du Conseil d'administration seront présentées au Conseil d'administration aux fins d'adoption.

11.3.5 Nomination des coprésidences et des membres de tous les comités du Conseil d'administration

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature présente les nominations de coprésidences et des membres de tous les comités du Conseil d'administration, lesquelles seront présentées au Conseil d'administration aux fins d'adoption.

MOTION 2024-06-06 / 07CMQG

Proposée par Johanne Thériault Paulin

Appuyée par Jacques Doucet

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section Gouvernance recommande au Conseil d'administration l'adoption de la

composition des comités du Conseil d'administration, y compris la nomination des coprésidences des comités pour l'année 2024-2025.

Adoptée à l'unanimité.

11.3.6 Nomination du médecin-chef

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature recommande l'adoption de la nomination du médecin-chef, Dr Eric Levasseur, au Conseil d'administration.

MOTION 2024-06-06 / 08CMQG

Proposée par Jacques Doucet

Appuyée par Johanne Thériault Paulin

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section Gouvernance recommande au Conseil d'administration l'adoption de la nomination du Dr Éric Levasseur en tant que médecin-chef pour l'année 2024-2025.

Adoptée à l'unanimité.

11.3.7 Nomination des membres du Comité médical consultatif

Le Comité de gouvernance présente les nominations des membres du Comité médical consultatif aux fins d'adoption par le Conseil d'administration.

MOTION 2024-06-06 / 09CMQG

Proposée par Thomas Soucy

Appuyée par Johanne Thériault Paulin

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section Gouvernance recommande au Conseil d'administration l'adoption des nominations au CMC pour l'année 2024-2025.

Adoptée à l'unanimité.

11.3.8 Nomination des membres des Comités médicaux consultatifs locaux

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature présente les nominations des membres des Comités médicaux consultatifs locaux aux fins d'approbation par le Conseil d'administration.

MOTION 2024-06-06 / 10CMQG

Proposée par Thomas Soucy

Appuyée par Johanne Thériault Paulin

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section Gouvernance recommande au Conseil d'administration l'adoption des nominations aux CMCL pour l'année 2024-2025.

Adoptée à l'unanimité.

11.3.9 Nomination de la présidence du Comité professionnel consultatif

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature présente la nomination de la présidence du Comité professionnel consultatif, Annie Carré, aux fins d'adoption par le Conseil d'administration.

MOTION 2024-06-06 / 11CMQG

Proposée par Thomas Soucy

Appuyée par Jacques Doucet

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section Gouvernance recommande au Conseil d'administration l'adoption de la candidature d'Annie Carré à la présidence du Comité professionnel consultatif pour l'année 2024-2025.

Adoptée à l'unanimité.

11.3.10 Nomination des membres du Comité professionnel consultatif

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature présente les nominations des membres du Comité professionnel consultatif aux fins d'adoption par le Conseil d'administration.

MOTION 2024-06-06 / 12CMQG

Proposée par Johanne Thériault Paulin

Appuyée par Jacques Doucet

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section Gouvernance recommande au Conseil d'administration l'adoption des nominations au Comité professionnel consultatif pour l'année 2024-2025.

Adoptée à l'unanimité.

11.3.11 Nomination des membres du Comité d'éthique de la recherche

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature présente les nominations des membres qui se sont joints au Comité d'éthique de la recherche au cours de l'année 2023-2024 et de la composition de ce comité pour l'année 2024-2025 aux fins d'adoption par le Conseil d'administration.

MOTION 2024-06-06 / 13CMQG

Proposée par Jacques Doucet

Appuyée par Johanne Thériault Paulin

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section Gouvernance recommande au Conseil d'administration l'adoption des nouvelles nominations au Comité d'éthique de la recherche pour l'année 2023-2024 et de la composition du Comité d'éthique de la recherche pour l'année 2024-2025.

Adoptée à l'unanimité.

11.4 Demandes de formation des membres du Conseil d'administration

Les demandes de formation aux membres du Conseil d'administration sont présentées à titre informatif. Aucune demande n'a été formulée par le biais du Registre de demandes de formation des membres du Conseil.

Cependant, une demande de formation sur le Code de conduite a été formulée à la question 12 (Veuillez fournir vos besoins, vos demandes et/ou vos suggestions en matière de formation ainsi que vos idées de discussions productives) de l'évaluation de la réunion publique du 23 avril 2024.

Action

- Ajouter la demande formulée dans l'évaluation de la réunion publique du 23 avril 2024 au Registre de demandes de formation des membres du Conseil d'administration.

12. Affaires nouvelles

12.1 Adoption des règlements administratifs de l'Association des bénévoles Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont

Les règlements administratifs de l'Association des bénévoles du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont sont présentés aux fins d'adoption par le Comité de gouvernance et de mise en candidature pour qu'ensuite ceux-ci soient présentés au Conseil d'administration aux fins d'adoption. Bien que cette association formule ses propres règlements administratifs, ceux-ci sont assujettis à l'examen et à l'approbation du Conseil d'administration à tout moment.

MOTION 2024-06-06 / 14CMQG

Proposée par Jacques Doucet

Appuyée par Thomas Soucy

Et résolu que le Comité recommande l'approbation des règlements administratifs de l'Association des bénévoles Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont au Conseil d'administration.

Adoptée à l'unanimité.

12.2 Réunions à huis clos du Conseil d'administration

Ce point ne comprend pas de document et est présenté aux fins de discussion. La discussion porte sur les membres devant être présents lors des réunions à huis clos du Conseil d'administration. Une réflexion aura lieu sur le sujet.

12.3 Adoption du mandat du Comité médical consultatif

Le mandat du Comité médical consultatif est présenté aux fins d'adoption par le Comité et de recommandation d'approbation par le Conseil d'administration. Le CMC a recommandé l'adoption de son mandat lors de sa plus récente réunion tenue le 21 mai dernier.

MOTION 2024-06-06 / 15CMQG

Proposée par Jacques Doucet

Appuyée par Johanne Thériault Paulin

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section Gouvernance recommande au Conseil d'administration d'adopter la politique GEN.1.40.05 – Mandat du Comité médical consultatif, telle que présentée.

Adoptée à l'unanimité.

12.4 Adoption du formulaire d'évaluation de l'Assemblée générale annuelle du Conseil d'administration

Le formulaire d'évaluation de l'AGA du Conseil d'administration est présenté aux fins d'approbation. Les questions 7 et 8 ont été modifiées afin d'utiliser le terme « présidences » plutôt que « présidents ». De plus, la question « Accepteriez-vous de participer à une de nos prochaines Assemblées générales annuelles? » a été retirée puisque ces évaluations sont anonymes et cette question ne permettrait pas d'identifier les personnes à inviter aux prochaines Assemblées générales annuelles.

MOTION 2024-06-06 / 16CMQG

Proposée par Johanne Thériault Paulin

Appuyée par Thomas Soucy

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et de mise en candidature – section gouvernance approuve le formulaire d'évaluation de l'Assemblée générale annuelle du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité tel que présenté.

Adoptée à l'unanimité.

13. Date de la prochaine réunion : 10 septembre 2024 à 13 h

14. Levée de la réunion

Jacques Doucet propose la levée de la réunion à 11 h 09.

Claire Savoie
Coprésidente du comité

Pierre Michaud
Chef de la gestion des risques

Johanne Thériault Paulin
Coprésidente du comité

AVIS DE RÉUNION

PROCÈS-VERBAL

Point 10.2

Titre de la réunion :	Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature – section gouvernance	Date :	Le 12 juin 2024
But de la réunion :	Réunion extraordinaire	Endroit :	Courriel
Coprésidentes :	Claire Savoie Johanne Thériault Paulin		
Adjointe administrative :	Sophie Legacy		

Participants

Membres votants

Claire Savoie (coprésidente)	√	Johanne Thériault Paulin (coprésidente)	√	Jacques Doucet	√
------------------------------	---	---	---	----------------	---

Membres d'office

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

Membres invités

Pierre Michaud	√	Marc-André LeBlanc	√		
----------------	---	--------------------	---	--	--

PROCÈS-VERBAL

Il s'agit d'une réunion extraordinaire qui consiste en un vote électronique sur l'adoption du renouvellement annuel 2024-2025 de la nomination des médecins-chefs des zones Beauséjour, Nord-Ouest, Restigouche et Acadie-Bathurst. Ce point avait été omis à l'ordre du jour de la réunion du Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature – section gouvernance du 6 juin 2024.

1. Courriel envoyé aux membres du Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature – section gouvernance

Le 12 juin 2024, l'adjointe administrative du comité a fait parvenir aux membres du Comité un courriel explicatif, y compris la motion, pour qu'ils procèdent à un vote électronique (Reportez-vous à l'annexe A.)

2. Constat du quorum

L'adjointe administrative constate que, du nombre total de membres, tous ont enregistré leur vote électronique.

Le quorum est atteint.

3. Sujet du vote électronique

Approbation du renouvellement annuel 2024-2025 de la nomination des médecins-chefs des zones Beauséjour, Nord-Ouest, Restigouche et Acadie-Bathurst

MOTION 2024-06-12 / 01CMQG

Proposée par Claire Savoie

Appuyée par Jacques Doucet

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et de mise en candidature – section gouvernance propose au Conseil d'administration de confirmer le renouvellement annuel 2024-2025 de la nomination des médecins-chefs des zones Beauséjour, Nord-Ouest, Restigouche et Acadie-Bathurst.

Adoptée à l'unanimité

4. Résultat des votes

Les résultats des votes électroniques sont inclus dans les tableaux ci-dessous.

Membres votants	En faveur	En désaccord
Claire Savoie	Oui	-
Johanne Thériault Paulin	Oui	-
Jacques Doucet	Oui	-
Tom Soucy	Oui	-

5. Fin du vote

Le processus du vote électronique a pris fin le 14 juin 2024 à 16 h 48.

Claire Savoie

Coprésidente du Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature
– section gouvernance

Pierre Michaud, chef de la gestion des risques

Johanne Thériault Paulin

Coprésidente du Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature
– section gouvernance

Annexe A

12 juin 2024 : Courriel envoyé aux membres pour adoption du renouvellement annuel 2024-2025 de la nomination des médecins-chefs des zones Beauséjour, Nord-Ouest, Restigouche et Acadie-Bathurst

From: [Legacy, Sophie \(VitaliteNB\)](#)
To: [TheraultPaulin, Johanne \(VitaliteNB\)](#); [Savoie, Claire \(Conseil\)\(VitaliteNB\)](#); [Doucet, Jacques \(VitaliteNB\)](#)
Cc: [Soucy, Tom \(VitaliteNB\)](#); [Desrosiers, Dr. France \(VitaliteNB\)](#); [Hache Lantaigne, Sonia \(VitaliteNB\)](#); [LeBlanc, Marc-Andre \(RS\)\(VitaliteNB\)](#); [Michaud, Pierre \(VitaliteNB\)](#)
Bcc: westcothomas@hotmail.com
Subject: Vote électronique dans le cadre de l'omission d'un point à l'ordre du jour de la réunion du CMOG - secteur gouvernance du 6 juin 2024
Date: June 12, 2024 1:07:00 PM
Attachments: [1 a\) Note - Nomination des médecins chefs de zone.pdf](#)
[1 b\) Tableau - Médecins-chefs de zone.pdf](#)
[image001.png](#)

Bonjour chers membres du Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature – section gouvernance,

Lors de la réunion du Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de la gouvernance et mise en candidature – section gouvernance tenue le 6 juin 2024, un point à l'ordre du jour a été omis ; ce point doit être adopté par le Conseil d'administration lors de l'Assemblée générale annuelle le 25 juin 2024.

Il s'agit du point intitulé **Nominations – Médecins-chefs de zone**. Les documents qui s'y rattachent, soit une note exécutive et le tableau des nominations, sont présentés en pièces jointes. Si vous avez des questions ou des commentaires, veuillez s.v.p. m'en faire part pour que je les transmette au Médecin-chef régional.

À la suite de votre lecture de ces documents, vous pourrez passer au vote électronique de la motion suivante :

MOTION 2024-06-12 / 01CMOG

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et de mise en candidature – section gouvernance propose au Conseil d'administration de confirmer le renouvellement annuel 2024-2025 de la nomination des médecins-chefs des zones Beauséjour, Nord-Ouest, Restigouche et Acadie-Bathurst.

Nous demandons donc un proposeur et un appuieur.

Nous vous saurions grés de nous faire parvenir votre vote d'ici la fin de la journée du 13 juin 2024. **Prière de répondre à tous** lors de l'envoi de votre vote.

Merci / Thank you / Wela'lin / Woliwon

Sophie Legacy (elle / she, her, hers)
Adjointe administrative – Siège social / Administrative Assistant – Head Office

AVIS DE RÉUNION

PROCÈS-VERBAL

Titre de la réunion :	Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et de mise en candidature – section gouvernance	Date :	Le 16 juillet 2024
But de la réunion :	Réunion extraordinaire	Endroit :	Courriel
Coprésidentes :	Claire Savoie Johanne Thériault Paulin		
Adjointe administrative :	Sophie Legacy		

Participants

Membres votants

Claire Savoie (coprésidente)	√	Johanne Thériault Paulin (coprésidente)	√	Jacques Doucet	√
------------------------------	---	---	---	----------------	---

Membres d'office

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

Membres invités

Pierre Michaud	√	Marc-André LeBlanc	√		
----------------	---	--------------------	---	--	--

PROCÈS-VERBAL

Il s'agit d'une réunion extraordinaire qui consiste en un vote électronique sur l'adoption de la modification de la date de tenue de la première réunion des comités du conseil d'administration du 10 septembre 2024 remise au 1^{er} octobre 2024 et de la tenue d'une demi-journée de formation l'après-midi du 28 octobre 2024.

1. Courriel envoyé aux membres du Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et de mise en candidature – section gouvernance

Le 16 juillet 2024, l'adjointe administrative du comité a fait parvenir aux membres du comité un courriel explicatif, y compris la motion, pour qu'ils procèdent à un vote électronique (voir l'annexe A).

2. Constat du quorum

L'adjointe administrative constate que tous les membres votants du comité ont enregistré leur vote électronique.

Le quorum est atteint.

3. Sujet du vote électronique

Adoption du calendrier modifié des dates de réunions du conseil d'administration.

MOTION 2024-07-16 / 01CMQG

Proposée par Claire Savoie

Appuyée par Jacques Doucet

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et de mise en candidature – section gouvernance propose au conseil d'administration d'adopter le calendrier des réunions du conseil d'administration de 2024-2025 avec la modification de la date de tenue de la première réunion des comités du conseil d'administration du 10 septembre 2024 remise au 1^{er} octobre 2024 et la tenue d'une demi-journée de formation l'après-midi du 28 octobre 2024 tel qu'il est présenté.

Adoptée à l'unanimité

4. Résultat des votes

Les résultats des votes électroniques sont inclus dans le tableau suivant :

Membres votants	En faveur	En désaccord
Claire Savoie	Oui	-
Johanne Thériault Paulin	Oui	-
Jacques Doucet	Oui	-
Tom Soucy	Oui	-

5. Fin du vote

Le processus du vote électronique a pris fin le 23 juillet 2024 à 13 h 40.

Claire Savoie

Coprésidente du Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et de mise en candidature
– section gouvernance

Pierre Michaud, chef de la gestion des risques

Johanne Thériault Paulin

Coprésidente du Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et de mise en candidature
– section gouvernance

Annexe A

Le 16 juillet 2024 : Courriel envoyé aux membres pour l'adoption de la modification de la date de tenue de la première réunion des comités du conseil d'administration du 10 septembre 2024 remise au 1^{er} octobre 2024 et la tenue d'une demi-journée de formation l'après-midi du 28 octobre 2024

From: [Legacy, Sophie \(VitalitéNB\)](#)
To: [Doucet, Jacques \(VitalitéNB\)](#); [Savoie, Claire \(Conseil\)\(VitalitéNB\)](#); [Soucy, Tom \(VitalitéNB\)](#); [TheraultPaulin, Johanne \(VitalitéNB\)](#)
Cc: [Desrosiers, Dr. France \(VitalitéNB\)](#); [Hache Lanteigne, Sonia \(VitalitéNB\)](#); [LeBlanc, Marc-André \(R5\)\(VitalitéNB\)](#); [Soniér-Ferguson, Brigitte \(VitalitéNB\)](#); [Michaud, Pierre \(VitalitéNB\)](#)
Bcc: westtothomas@hotmail.com
Subject: Vote électronique pour l'adoption de la modification du calendrier des réunions des comités du Conseil d'administration
Date: July 16, 2024 10:45:00 AM
Attachments: [image001.png](#)
[1 c\) Horaire des réunions du Conseil d'administration 2024-2025.pdf](#)
[1 a\) Note – Calendrier réunions CA 2024-2025 \(modification\).pdf](#)
[1 b\) Calendrier des réunions - 2024-2025 - MAJ le 2024.07.10.pdf](#)

Bonjour chers membres du Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature – section gouvernance,

Lors de la réunion publique du Conseil d'administration tenue le 25 juin 2024, le calendrier des réunions du Conseil d'administration 2024-2025 a été adopté tel que présenté ; cependant, la coprésidente, Claire Savoie, a mentionné lors de l'adoption de cette motion qu'une date de tenue d'une réunion des comités du Conseil pourrait être modifiée.

Il s'agit de la date prévue de la tenue de la première réunion des comités du Conseil du 10 septembre 2024 ; **celle-ci doit être déplacée au 1^{er} octobre 2024.**

Vous trouverez en pièces jointes une note exécutive, le calendrier modifié et l'horaire des réunions modifié. À la suite de votre lecture de ces documents, vous pourrez passer au vote électronique de la motion suivante :

MOTION 2024-07-16 / 01CMQG

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et de mise en candidature – section gouvernance propose au Conseil d'administration d'adopter le calendrier des réunions du Conseil d'administration 2024-2025 avec la modification de la date de tenue de la première réunion des comités du Conseil d'administration du 10 septembre 2024 remise au 1^{er} octobre 2024 et la tenue d'une demi-journée de formation l'après-midi du 28 octobre 2024, tel que présenté.

Nous demandons donc un proposeur et un appuieur.

Nous vous saurions grés de nous faire parvenir votre vote d'ici la fin de la journée du 19 juillet 2024. **Prière de répondre à tous lors de l'envoi de votre vote.**

Merci / Thank you / Wela'in / Woliwon

Sophie Legacy (elle / she, her, hers)

Adjointe administrative – Siège social / Administrative Assistant – Head Office

 Je choisis • I choose

 **vitalité**

275, rue Main - suite 600

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

Date : 1^{er} octobre 2024

Objet : Processus de présentation des résultats des évaluations annuelles et mise à jour de la politique

Résultat ou état futur recherché

L'objectif est de réfléchir au processus de présentation des résultats des évaluations annuelles et des modifications de la politique CA-410 et ses annexes, le cas échéant.

Raison pour laquelle le résultat ou l'état futur est désiré ou nécessaire

En vertu de la politique CA-410 : Cadre d'évaluation, le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance est responsable de mettre en place le processus annuel d'évaluation du Conseil d'administration, de ses comités et de ses dirigeants.

À la suite des évaluations annuelles de 2023-2024, il a été déterminé qu'une réflexion était nécessaire pour identifier les pistes d'amélioration potentielles au processus et aux formulaires d'évaluation en soi pour s'assurer d'obtenir les meilleurs résultats possibles.

Les résultats de ces évaluations permettent au Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance d'évaluer la performance du Conseil d'administration, d'adapter le cadre de gouvernance en conséquence et de proposer des formations afin d'améliorer les compétences des membres.

Un exemple d'amélioration potentielle soulevé est d'ajouter le nom de la personne qu'on évalue lorsqu'on complète l'évaluation des pairs.

Données ou information probante à l'appui

Sans objet

Solution ou action proposée

L'action proposée est d'avoir une réflexion sur le processus et les documents utilisés pour l'évaluation annuelle lors de l'année 2023-2024.

Risque lié à cette action ou inaction

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

Basé sur les discussions et les réflexions, une version mise à jour de la politique CA-410 et de ses annexes sera présentée à la prochaine réunion du Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance.

Agrément Canada

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 : 4.2.1 et 4.2.2

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) ».

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.

Motion

Sans objet

Soumis le 29 août 2024 par Pierre Michaud, Chef de la gestion des risques, et Marc-André LeBlanc, Conseiller principal - gestion des risques organisationnels.



Manuel : Conseil d'administration

Titre :	FONCTIONS DE LA PRÉSIDENTE		N° : CA-140
Section :	Orientation – Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur :	2024-06-25
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2022-06-21
Approuvée par :	Conseil d'administration Thomas Soucy, président	Approuvée le :	2024-06-25

POLITIQUE

Dispositions générales

La présidente est nommée par le ministre parmi les membres du Conseil d'administration (le « Conseil ») ayant droit de vote.

La présidente:

1. préside toutes les réunions du Conseil et gère les affaires du Conseil conformément aux lois et aux règlements en vigueur ainsi qu'aux politiques de gouvernance du Conseil; il doit notamment s'assurer que le Conseil est bien structuré, fonctionne efficacement et remplit ses obligations et responsabilités.
2. remplit les obligations fiduciaires d'un administrateur.
3. préside le Comité exécutif.
4. établit le lien clé entre la présidente-direction générale (la « PDG ») et le conseil pour renforcer l'intelligibilité et la compréhension mutuelle des rôles et des attentes du conseil et du personnel de gestion. Il entretient de bonnes relations de travail avec la PDG et veille au maintien de rapports efficaces entre le ministre intéressé, les autres représentants du gouvernement et les partenaires clés.
5. est un membre d'office ayant droit de vote de tous les comités permanents du Conseil.
6. remplit toute autre fonction déterminée par le Conseil.
7. fait un compte rendu des activités de la régie à chaque assemblée annuelle.

Fonctions et responsabilités

Relation avec la direction

La présidence du Conseil a les responsabilités suivantes :

1. Conseiller la PDG et lui prêter une oreille attentive, notamment en l'aidant à examiner les stratégies, définir les enjeux, assurer l'obligation de rendre des comptes aux parties prenantes conformément aux meilleures pratiques et obligations législatives, ainsi que d'aider la PDG à établir des relations. La présidence dirige le Conseil d'administration qui, lui-même, a autorité sur la PDG.
2. Représenter le Réseau de santé Vitalité (le « Réseau »).
3. Veiller à tenir la PDG au courant des préoccupations du gouvernement, du Conseil et des autres partenaires.
4. Diriger le Conseil dans l'examen et l'évaluation du rendement de la PDG, assurer l'imputabilité de la PDG et veiller à ce que la PDG mette en place les plans de relève et de perfectionnement de l'équipe de leadership.
5. Travailler en étroite collaboration avec la PDG pour veiller à bien exposer les stratégies, les plans et le rendement de la direction aux membres du Conseil.
6. Agir à titre de principal porte-parole du Conseil.
7. Favoriser le maintien d'une relation constructive harmonieuse et de confiance entre le Conseil et l'équipe de leadership.

Gestion du Conseil d'administration

La présidence du Conseil a les responsabilités suivantes :

1. Présider les réunions du Conseil et veiller à ce que l'on aborde les questions pertinentes.
2. Assumer la responsabilité du bon fonctionnement du Conseil.
3. Veiller à ce que les membres du Conseil connaissent leurs responsabilités et obligations envers le Réseau, le gouvernement et les autres partenaires et qu'ils jouent un rôle significatif et remplissent leur mandat au cours des réunions ou au sein des comités du Conseil.
4. S'assurer que le conseil joue pleinement son rôle, notamment à l'égard de l'approbation des orientations stratégiques, de la gestion de la performance et des risques ainsi que de la surveillance effective de la direction.
5. Est amené à faire en sorte que la responsabilité de supervision du Conseil ne s'exerce pas au détriment de celles plus opérationnelles de la direction générale.
6. S'assurer que les membres du Conseil agissent pour le bien du Réseau qu'ils administrent, et non en fonction des intérêts du groupe social ou professionnel dont ils sont issus.
7. Déterminer la fréquence des réunions du Conseil.

8. Aider le Comité de gouvernance et de mise en candidature à élaborer les critères de sélection des membres du Conseil et la liste des candidats éventuels à recommander au gouvernement aux fins de nomination et communiquer avec le gouvernement au sujet de ces critères. Il veille, avec l'apport du Comité de gouvernance et de mise en candidature, à ce que la provenance des membres du conseil soit suffisamment diversifiée, de façon que sa composition constitue une réelle valeur ajoutée.
9. Il s'emploie à créer un climat de confiance et de solidarité entre les membres.
10. Assurer la liaison et la communication avec tous les membres du Conseil et les présidences de comité pour coordonner la rétroaction des membres et maximiser l'efficacité du Conseil d'administration et de ses comités.
11. Apporter son aide et assurer la coordination de l'ordre du jour, des trousseaux d'information et des événements pertinents pour les réunions du Conseil, de concert avec la PDG et l'adjoint administratif du Conseil. Réviser les procès-verbaux et signer les ententes.
12. Veiller à ce que les membres du Conseil comprennent, examinent, surveillent et approuvent les principaux projets du Réseau en temps opportun.
13. Veiller à ce que le Conseil reçoive des mises à jour adéquates et régulières de la PDG relativement à toutes les questions importantes pour le bien-être et l'avenir du Réseau.
14. Développer des consensus et favoriser le travail d'équipe au sein du Conseil.
15. Examiner les questions de conflits d'intérêts des membres du Conseil.
16. Veiller, en collaboration avec la PDG, à ce que l'information demandée au Conseil par les membres ou les comités soit fournie avec diligence et réponde à leurs besoins.
17. Veiller à la tenue d'évaluations à intervalles réguliers pour le Conseil, la présidence du Conseil, les comités et les membres du Conseil.

Relations avec le gouvernement et les autres partenaires

La présidence du Conseil agit à titre de principal lien entre le Conseil, le ministre et le ministère et les autres agences gouvernementales pour les dossiers traitant du Conseil, et la PDG agit à titre de principal lien pour la gestion et les affaires de l'organisation.

La présidence est membre avec droit de vote du Conseil de collaboration du système de santé afin de faciliter la collaboration entre les régions régionales de la santé.

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

Questionnaire d'évaluation par les pairs

Claire Savoie

Échelle :

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

Comment évaluez-vous la performance du membre du Conseil pour chacun des énoncés suivants?

* Required

* This form will record your name, please fill your name.

1. Claire assiste aux réunions et elle est bien préparée pour évaluer la valeur et/ou ajouter de la valeur aux points de l'ordre du jour. *

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

2. Claire détient des connaissances, des compétences et de l'expérience qui font d'elle une ressource précieuse et qui lui permettent de s'acquitter de ses responsabilités. *

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

3. Claire donne des renseignements et des points de vue externes qui sont utiles aux délibérations. *

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

4. Claire participe aux réunions et elle est engagée. *

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

5. Claire fait preuve de compréhension et de sensibilité en ce qui concerne les responsabilités fiduciaires, éthiques et juridiques. *

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

6. Claire démontre constamment son intégrité et elle adhère à des normes d'éthique élevées. *

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

7. Claire se conforme à la politique sur les conflits d'intérêts. *

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

8. Claire respecte la confidentialité. *

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

9. Claire pense indépendamment; elle peut exprimer des idées contraires à celles du groupe. *

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

10. Claire écoute efficacement les idées et les points de vue des autres membres et elle encourage leur contribution. *

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

11. Claire fait preuve d'un jugement sain et équilibré au profit de toutes les parties prenantes. *

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

12. Claire contribue de façon éclairée et constructive aux discussions et elle est prête à prendre position ou à exprimer un point de vue. Elle fournit une vision et une orientation stratégiques. *

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

13. Claire démontre de solides aptitudes en relations interpersonnelles. *

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

14. Claire représente le Conseil d'administration de manière appropriée lors d'interactions avec les membres du public. *

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

15. Claire appuie les décisions du Conseil d'administration. *

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

16. Claire reste axée sur les politiques plutôt que sur les opérations. *

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

17. Claire apporte, dans l'ensemble, une contribution précieuse au fonctionnement du Conseil. *

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

18. Commentaires :

This content is neither created nor endorsed by Microsoft. The data you submit will be sent to the form owner.



Questionnaire d'évaluation de la coprésidente – Claire Savoie (CMQG)

Échelle :

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

Comment évaluez-vous la performance du coprésident de comité ci-dessus?

* Required

* This form will record your name, please fill your name.

1. Claire 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. *

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

2. Claire fournit un leadership fort au comité en l'assistant dans le suivi 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. *

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

3. Claire veille à ce que les réunions du comité soient gérées de manière efficace, et elle s'assure que le comité dispose des renseignements ou des conseils nécessaires pour prendre des décisions. *

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

4. Claire 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. *

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

5. Claire évalue périodiquement l'efficacité du comité et de ses membres, et elle examine les résultats avec les membres individuellement, le cas échéant, et avec le comité dans son ensemble. *

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---



6. La coprésidente du comité, Claire, et le Conseil / comité comprennent le rôle de la coprésidente, Claire, en tant que porte-parole du comité. *

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

7. La coprésidente du comité, Claire, représente le comité au sein du Conseil, et elle aide à établir de solides relations avec les principaux acteurs. *

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

8. Je me sens à l'aise de présenter certaines questions à la coprésidente du Comité, Claire. *

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

9. La coprésidente du comité, Claire, investit du temps dans l'établissement de relations avec :

- Le président du Conseil d'administration;
- Le présidence-direction générale;
- Les membres du comité;
- Le membre de l'Équipe de leadership responsable du comité.

10. J'estime que les comités mixtes sont une façon opérationnelle efficace de tenir les réunions des comités du Conseil d'administration pour assurer le quorum et ainsi éviter les délais dans la prise de décision. *

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

11. Commentaires sur la coprésidence (Claire Savoie) :

12. Commentaires sur le comité mixte:

This content is neither created nor endorsed by Microsoft. The data you submit will be sent to the form owner.

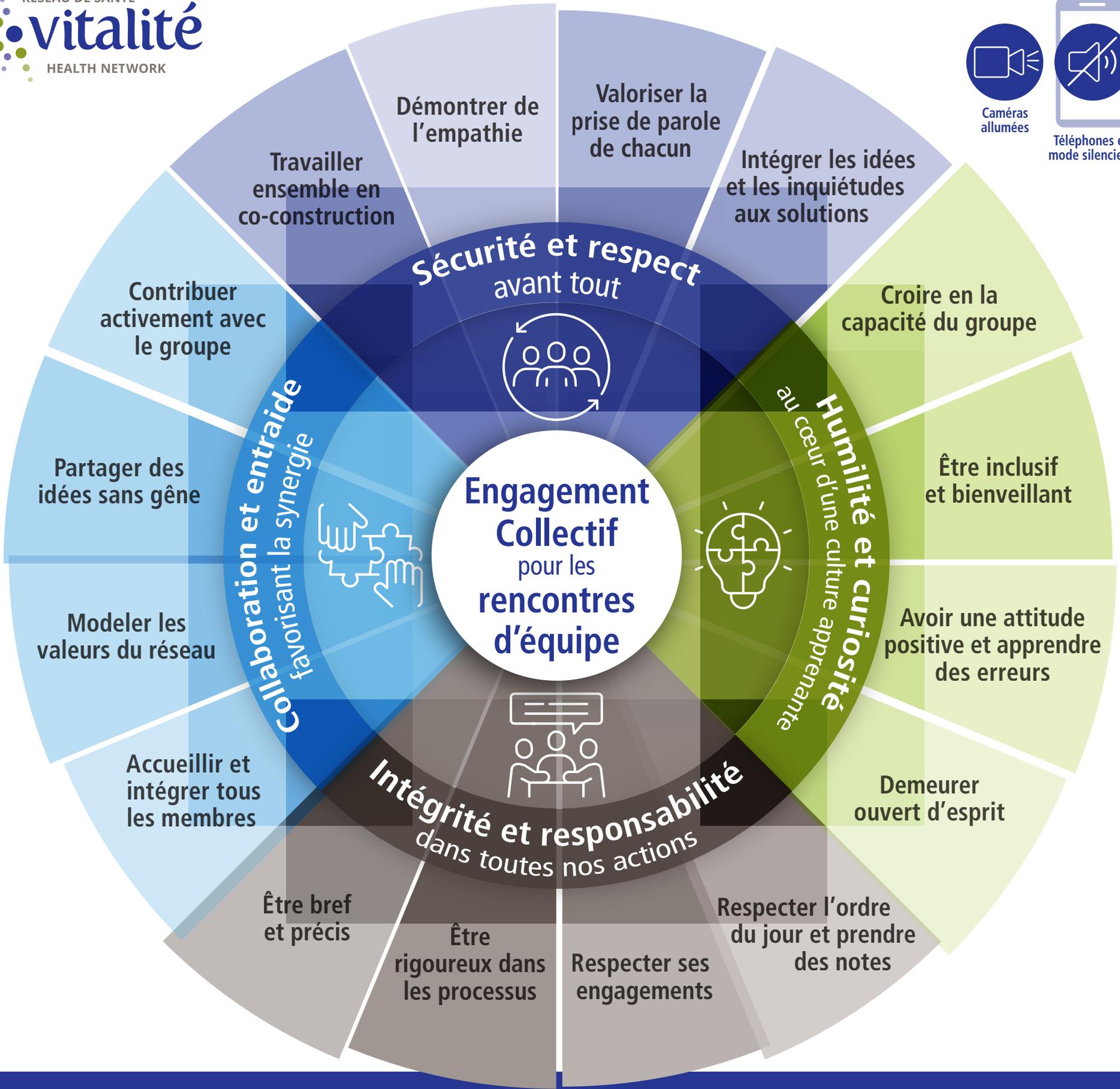
Attentes des membres du Conseil d'administration envers eux-mêmes et envers leurs collègues du CA

Pendant et entre les rencontres :

- Tous les membres sont bien préparés avant les rencontres
- Respecter l'ordre du jour des rencontres
 - Être discipliné
 - Respecter les opinions des autres
- Collaboration entre les membres
- Engagement de tous les membres
- Concentrer et engager dans la rencontre (éviter les distractions externes comme le cellulaire, ordinateur ou travail personnel)
- Pas de « clan » ou de « sous-réunion »
- Pas de jugement
- Être actif pendant et après les rencontres (pour les suivis)
- Être vulnérable et accepter qu'on ne soit pas expert dans tout
- Demander de la formation ou des informations supplémentaires au besoin pour bien comprendre et jouer leur rôle
- Demeurer factuel

Interactions avec la direction et interactions avec les autres membres du CA :

- Éviter les discussions de « couloir »
- Transparence, ouverture et honnêteté de tous les membres
- Faciliter les communications et les contacts
- Respecter leur rôle en tant que membre du CA (ne pas faire de gestion « day to day »)
- Pouvoir diriger les membres vers les ressources appropriées
- Partager l'information pertinente/ disponible (pas seulement l'information qui est bénéfique pour le Réseau)
- Demander de l'information supplémentaire au besoin
- Ne pas alourdir le travail de la direction



« Il faut plusieurs idées pour trouver la bonne! »

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

Date : 1^{er} octobre 2024

Objet : Processus pour la tenue de réunions du Conseil d'administration à huis clos

Résultat ou état futur recherché

Présenter, à titre d'information et de décision, une option afin de tenir des réunions à huis clos du Conseil d'administration sans la présence de la présidence du Comité médical consultatif (CMC) et de la présidence du Comité professionnel consultatif (CPC).

Raison pour laquelle le résultat ou l'état futur est désiré ou nécessaire

En vertu de la *Loi sur les régies régionales de la santé*, les présidences du CMC et du CPC sont des membres sans droit de vote du Conseil d'administration. La *Loi* prévoit que le Conseil d'administration peut tenir des réunions à huis clos. Rien dans la *Loi* ne prévoit que certains membres du Conseil d'administration sont exclus de ces réunions à huis clos. Les présidences du CMC et du CPC devraient participer à tous les huis clos du Conseil d'administration.

Le Conseil d'administration souhaite pouvoir tenir de façon exceptionnelle des réunions à huis clos sans la présidence du CMC et du CPC, compte tenu de la nature de leur rôle au sein de l'organisation et leur rapport avec le Conseil d'administration.

Selon la politique CA-320, le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance est responsable de guider le Conseil d'administration 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, des politiques du Conseil, des normes de gouvernance d'Agrément Canada, des bonnes pratiques en gouvernance et des compétences des membres en gouvernance. Cette réflexion et cette démarche s'inscrivent dans cette responsabilité.

Ces réunions à huis clos sont tenues de façon exceptionnelle et doivent être convoquées et pouvoir rassembler les membres rapidement.

Données ou information probante à l'appui

Sans objet

Solution ou action proposée

Dans le contexte où rien ne permet au Conseil d'administration d'exclure certains membres afin de tenir une réunion à huis clos, la solution proposée est de convoquer plutôt le Comité exécutif.

En vertu de la politique CA-310, le comité exécutif a comme responsabilité de régler toutes les activités en situation d'urgence dans les périodes séparant les réunions ordinaires du Conseil d'administration. De plus, ce comité est composé de la présidence, de la vice-présidence, du trésorier et d'au moins un autre membre du Conseil ayant droit de vote. De plus, toutes les décisions du Comité exécutif doivent être ratifiées par le Conseil d'administration lors de la prochaine réunion ordinaire du Conseil d'administration.

Cette politique permet donc de nommer l'ensemble des membres du Conseil d'administration ayant droit de vote au Comité exécutif et de les réunir afin de régler des questions urgentes qui ne peuvent attendre

Note exécutive

la réunion ordinaire du Conseil d'administration. De plus, les réunions du Comité exécutif peuvent se tenir à huis clos.

Il s'agit de la méthode la plus efficace afin de répondre au besoin.

Risque lié à cette action ou inaction

Il y a un risque de perte d'agilité du Comité exécutif de pouvoir agir rapidement tel que l'intention était lors de sa création. L'objectif du Comité exécutif est de pouvoir se réunir très rapidement avec un nombre limité de membres afin de répondre à des urgences. En rassemblant l'ensemble des membres du Conseil d'administration ayant droit de vote dans ce Comité, il pourrait devenir difficile de tenir des réunions rapidement.

Si le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance détermine que ce risque est acceptable, il faudra adopter une motion afin de recommander au Conseil d'administration l'adoption de la composition du Comité exécutif en annexe.

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

Après recommandation par le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance, cette décision sera présentée pour adoption au Conseil d'administration.

Agrément Canada

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 : 2.1.4

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) ».

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

Motion

Proposée et appuyée

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section gouvernance recommande au Conseil d'administration l'adoption de la composition du Comité exécutif.

Soumis le 27 août 2024 par Pierre Michaud, Chef de la gestion des risques, et Marc-André LeBlanc, Conseiller principal - gestion des risques organisationnels.



Conseil d'administration Comités 2024-2025

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

Claire Savoie : co-présidente

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 d'office

Thomas Soucy : président (avec droit de vote)

Dre France Desrosiers, PDG (sans droit de vote)

Membres invités - Gouvernance

Pierre Michaud
Marc-André Leblanc

Membres invités - Qualité

Dr Eric Levasseur

Annie Carré

Pandurang Ashrit

Brigitte Sonier Ferguson Marjorie Pigeon

Diane Mignault

Marc-André LeBlanc

Membres votants

Julie Cyr

Réjean Després

Yves Francoeur

Membres d'office

Thomas Soucy : président (avec droit de vote)

Dre France Desrosiers, PDG (sans droit de vote)

Membres invités - Recherche et formation

Dr Denis Prudhomme

Dr Michel H. Landry

Brigitte Sonier Ferguson

Martine Poirier

Erika Dugas

Stephen Lewis

Marc-André LeBlanc

Membres invités - Finances

Patrick Parent

Alain Lavallée

Marc-André LeBlanc

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

**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 : 1^{er} octobre 2024

Objet : Progression de la mise à jour des règlements administratifs

Résultat ou état futur recherché

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

Raison pour laquelle le résultat ou l'état futur est désiré ou nécessaire

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 amendée 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.

Données ou information probante à l'appui

Sans objet

Solution ou action 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	Complété
Avril 2024 à mai 2024	Mise en page du document aux fins de consultation	Complété
Mai 2024	Consultation et négociation avec le Réseau de santé Horizon	En cours
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 changer selon les disponibilités des différents services et partenaires qui devront faire partie intégrale du processus de révision.

Risque lié à cette action ou inaction

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

Le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance sera informé à chaque réunion de la progression de la mise à jour des règlements administratifs.

Agrément Canada

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 : 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3, 2.2.10.

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) ».

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 27 août 2024 par Pierre Michaud, Chef de la gestion des risques, et Marc-André LeBlanc, Conseiller principal - gestion des risques organisationnels.

Point 12.1 a)

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

Date : 1^{er} octobre 2024

Objet : Plan de formation annuel

Résultat ou état futur recherché

Ce point est présenté à titre décisionnel afin d'obtenir une motion pour adopter le plan de formation annuel du Conseil d'administration.

Raison pour laquelle le résultat ou l'état futur est désiré ou nécessaire

Selon la politique CA-320, le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance est responsable de voir à la formation des membres du Conseil d'administration. De ce fait, le comité de gouvernance et de mise en candidature doit mettre en place un plan de formation annuel pour le Conseil d'administration.

Données ou information probante à l'appui

Sans objet

Solution ou action proposée

Le plan annuel de formation est présenté en annexe.

Le plan annuel de formation a été développé en tenant compte des demandes de formation, du profil des compétences des membres, des exigences d'Agrément Canada et des critères d'Agrément Canada.

Risque lié à cette action ou inaction

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

Après recommandation par le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance, cette décision sera présentée pour adoption au Conseil d'administration.

Agrément Canada

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 : 2.2.9, 5.1.3 et 6.1.3

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) ».

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.

Motion

Proposée et appuyée

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section Gouvernance recommande au Conseil d'administration l'adoption du plan de formation annuel.

Soumis le 27 août 2024 par Pierre Michaud, Chef de la gestion des risques, et Marc-André LeBlanc, Conseiller principal - gestion des risques organisationnels.

FORMATIONS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION 2024-2025

DATE	TEMPS ALLOUÉ	SUJET	RESPONSABLE(S)	NORME(S) D'AGRÉMENT
28 octobre 2024	14h30 - 15h30 (1h)	Réconciliation avec les autochtones	Joanna Martin	Gouvernance 6.1.3
28 octobre 2024	15h45 - 16h15 (30 min)	Gestion des contrats	Marc-André LeBlanc Pierre Michaud	Gouvernance 3.1.9 Leadership 12.6, 12.7
28 octobre 2024	16h15 – 16h45 (30 min)	Exercice des attentes et Code de conduite	Brigitte Sonier-Ferguson	Gouvernance 1.1.7, 2.2.5
28 octobre 2024	17h – 17h30 (30 mins)	Agrément Canada – Préparation à l'auto-évaluation	Marjorie Pigeon	Ensemble des normes
29 octobre 2024	8h00 - 8h15 (15 min)	Gouvernance et code Morin	Marc-André LeBlanc	Gouvernance 2.2.4, 2.2.8, 2.2.9
29 octobre 2024	8h15 - 8h30 (15 min)	Signature des documents	Sophie Legacy Marc-André LeBlanc	Gouvernance 2.2.4
21 janvier 2025	8h00-8h30 (30 min)	Carte de chaleur	Pierre Michaud	Gouvernance 3.1.9 et 3.1.10
29 avril 2025	8h00 - 9h00 (1h)	Rencontre avec le ministre de la Santé & le Conseil d'administration du Réseau de santé Horizon	Sophie Legacy Marc-André LeBlanc	Gouvernance 1.1.1
24 juin 2025	8h00-8h30 (30 min)	Expérience employé	Frédéric Finn	Gouvernance 3.1.1, 3.1.2, 3.1.9, 3.1.11, 3.4.1

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

Date : 1^{er} octobre 2024

Objet : Révision et recommandation d'adoption du plan de travail du Conseil d'administration

Résultat ou état futur recherché

La décision recherchée est d'adopter le plan de travail du Conseil d'administration.

Raison pour laquelle le résultat ou l'état futur est désiré ou nécessaire

En vertu de la politique CA-320, le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance est responsable de guider le Conseil d'administration 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, des politiques du Conseil, des normes de gouvernance d'Agrément Canada, des bonnes pratiques en gouvernance et des compétences des membres en gouvernance. Cette démarche s'inscrit dans cette responsabilité.

Pour assurer une bonne gouvernance, il est souhaitable que le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance révise le plan de travail annuel du Conseil d'administration.

Données ou information probante à l'appui

Sans objet

Solution ou action proposée

Le plan de travail annuel du Conseil d'administration est présenté en annexe.

Les modifications sont indiquées en rouge.

Risque lié à cette action ou inaction

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 le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance aura recommandé l'adoption de ce plan de travail, il sera apporté au Conseil d'administration pour adoption.

Agrément Canada

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 : 2..2.3

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) ».

2.2.3	L'instance de gouvernance consigne les conditions opérationnelles exigées pour l'exercice de ses activités.
-------	---

Motion

Proposée et appuyée

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section Gouvernance recommande au Conseil d'administration l'adoption du plan de travail annuel du Conseil d'administration.

Soumis le 27 août 2024 par Pierre Michaud, Chef de la gestion des risques, et Marc-André LeBlanc, Conseiller principal - gestion des risques organisationnels.

PLAN DE TRAVAIL – CONSEIL D'ADMINISTRATION

	ACTIVITÉS	Date				Au besoin
		Oct. 2024	Janvier 2025	Avril 2025	Juin 2025	
Conseil d'administration	Adoption des plans de travail des comités du Conseil d'administration	X				
	Adoption des mandats des comités du Conseil d'administration	X				
	Élections des dirigeants		X			
	Adoption du budget annuel		X			
	Adoption du plan d'évaluation annuelle de la performance de la PDG, médecin-chef et présidence du CPC			X		
	Participation aux évaluations du fonctionnement des dirigeants et des membres et du Conseil d'administration			X		
	Réception des résultats des évaluations annuelles de la performance de la PDG, médecin-chef et présidence du CPC				X	
	Nomination des présidences et des membres des comités du Conseil d'administration				X	
	Nomination de la présidence du Comité professionnel consultatif				X	
	Nomination du médecin-chef régional				X	
	Nomination des membres du Comité professionnel consultatif et du Comité médical consultatif				X	
	Nomination des médecins-chefs de zone				X	
	Nomination des membres des Comités médical consultatif locaux				X	
	Nomination des membres du Comité d'éthique de la recherche				X	
	Nomination des chefs de départements				X	
	Nomination du vérificateur externe				X	
	Adoption des états financiers vérifiés				X	
	Réception du rapport annuel de la présidence du Conseil d'administration				X	
	Réception des rapports annuels des comités du Conseil d'administration				X	
	Réception du rapport annuel du Comité professionnel consultatif				X	
	Réception du rapport annuel du Médecin-chef et du Comité professionnel consultatif				X	
	Approbation du Plan régional de santé et d'affaires 2023-2026				X	
	Approbation du rapport annuel 2024-2025				X	
	Réception des rapports annuels des comités du Conseil d'administration				X	
	Adoption des états financiers trimestriels	X	X	X	X	
	Réception du bulletin de performance trimestriel	X	X	X	X	
	Réception trimestrielle des risques organisationnels	X	X	X	X	
	Octroi/retrait des privilèges du personnel médical	X	X	X	X	X
	Octroi/retrait des privilèges temporaires du personnel médical	X	X	X	X	
	Octroi/retrait des privilèges des infirmières praticiennes	X	X	X	X	X
	Réception du rapport trimestriel des incidents liés à la sécurité des patients	X	X	X	X	
	Réception du plan d'affaires trimestriel	X	X	X	X	
	Réception du rapport trimestriel du médecin-chef	X	X	X	X	
Réception du rapport trimestriel du Comité médical consultatif	X	X	X	X		
Réception du rapport du Comité professionnel consultatif	X	X	X	X		
Présentation des dossiers litigieux des médecins	X	X	X	X	X	
Réception des rapports trimestriels des comités du Conseil d'administration	X	X	X	X		
Participation active aux activités de formation et d'éducation	X	X	X	X	X	
Procède aux évaluations régulières des réunions du Conseil	X	X	X	X		
Examiner les relations et engagement avec les principaux intervenants clés	X	X	X	X	X	
Participation active à la démarche d'Agrément					X	
Adoption de la signature des contrats nécessitant l'approbation du Conseil d'administration					X	

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

Date : 1^{er} octobre 2024

Objet : Révision et adoption des plans de travail des comités du Conseil d'administration

Résultat ou état futur recherché

La décision recherchée est d'adopter les plans de travail des comités du Conseil d'administration.

Raison pour laquelle le résultat ou l'état futur est désiré ou nécessaire

En vertu de la politique CA-320, le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance est responsable de guider le Conseil d'administration 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, des politiques du Conseil, des normes de gouvernance d'Agrément Canada, des bonnes pratiques en gouvernance et des compétences des membres en gouvernance.

Pour assurer une bonne gouvernance, il est souhaitable que le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance adopte les plans de travail annuels des comités pour assurer un suivi constant sur les responsabilités de chacun des comités.

Données ou information probante à l'appui

Sans objet

Solution ou action proposée

Les plans de travail annuels des comités sont présentés en annexe.

Les modifications sont en rouge.

Les plans de travail annuels ont été adoptés par chacun des comités préalablement.

Risque lié à cette action ou inaction

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

Agrément Canada

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 : 2.2.3

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) ».

2.2.3	L’instance de gouvernance consigne les conditions opérationnelles exigées pour l’exercice de ses activités.
-------	---

Motion

Proposée et appuyée

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section gouvernance adopte les plans de travail annuels des comités du Conseil d’administration.

Soumis le 27 août 2024 par Pierre Michaud, Chef de la gestion des risques, et Marc-André LeBlanc, Conseiller principal - gestion des risques organisationnels.

PLAN DE TRAVAIL – COMITÉ DE GOUVERNANCE ET DE MISE EN CANDIDATURE

	ACTIVITÉS	Date				
		Octobre 2024	Décembre 2024	Avril 2025	Juin 2025	Au besoin
Comité de gouvernance et de mise en candidature	Recommandation d'un plan de formation annuel à l'intention du Conseil d'administration	X				
	Révision et recommandation du plan de travail du Conseil d'administration	X				
	Révision des mandats et des plans de travail des comités du Conseil d'administration et recommande pour approbation au Conseil d'administration	X			X	
	Révision des mandats des comités du Conseil d'administration	X				
	Identification des vacances à venir au sein du Conseil d'administration et lancement de l'appel à candidatures	X				
	Adoption du processus d'élections des dirigeants du Conseil d'administration		X			
	Sélection des candidatures pour les vacances à venir au sein du Conseil d'administration		X			
	Présentation des résultats et approbation du plan d'action sur la mise aux normes de Gouvernance d'Agrément Canada			X		
	Adoption du plan d'assurance de l'évaluation annuelle de la performance de la PDG, médecin-chef et présidence du CPC			X		
	Évaluation annuelle Conduite du sondage d'évaluation du Conseil d'administration et des membres révision des résultats			X		
	Révision et adoption du manuel d'orientation du Conseil d'administration			X		
	Révision et approbation du plan de travail et calendrier de réunions du Conseil d'administration pour approbation au Conseil d'administration	X			X	
	Révision et adoption du profil des compétences des membres du Conseil d'administration				X	
	Adoption du rapport annuel du comité				X	
	Recrutement et Nomination des dirigeants et présidences des comités du Conseil d'administration				X	
	Recommandation de la nomination des présidences et des membres des comités du Conseil d'administration				X	
	Recommandation de la nomination de la présidence du Comité professionnel consultatif				X	
	Recommandation de la nomination du médecin-chef régional				X	
	Recommandation de la nomination des membres les postes au sein du Comité professionnel consultatif et du Comité médical consultatif				X	
	Recommandation de la nomination des médecins-chefs de zone				X	
	Recommandation de la nomination des membres des Comités médical consultatif locaux				X	
	Recommandation de la nomination des membres du Comité d'éthique de la recherche				X	
	Évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration	X	X	X	X	
	Suivi du plan de travail sur les normes de Gouvernance en prévision de la visite d'Agrément	X	X	X	X	
	Nomination de membres pour le remplacement de postes devenus vacants avant la fin de leur mandat pour les membres de tous les comités du Conseil d'administration, le Comité professionnel consultatif et le Comité médical consultatif					X
	Révision et approbation en bloc des politiques et procédures du Conseil d'administration				X	X
Recommandations de séances de formation à l'intention du Conseil d'administration					X	
Fournir des conseils sur la planification de la retraite du Conseil et de la révision annuelle du plan stratégique		X				
Participation à la visite d'Agrément					X	
*Support de Pierre Michaud, Chef de la gestion des risques						

PLAN DE TRAVAIL – COMITÉ DE FINANCES ET DE VÉRIFICATION

	ACTIVITÉS	Date				
		Oct. 2024	Janvier 2025	Avril 2025	Juin 2025	Au besoin
Comité des finances et de vérification	Révision et adoption du plan de travail annuel du comité	X				
	Révision et adoption du mandat du comité	X				
	Révision et adoption du plan quinquennal et annuel en immobilisations		X			
	Rapport sur les fonds non partageables		X			
	Formation 101 Finances		X			
	Revoir-Adoption du plan d'audit et de vérification externe annuel			X		
	Approbation du budget d'exploitation 2025-2026			X		
	Gestion des investissements			X		
	Superviser les risques pour protéger la viabilité financière et les actifs <i>(Politiques et procédures liées aux fonctions de finances et de vérification interne, rapports)</i>		X	X	X	X
	Approbation des états financiers vérifiés				X	
	Évaluation des vérificateurs externes et recommandation de la nomination annuelle des vérificateurs externes				X	
	Adoption du rapport annuel du comité				X	
	Superviser la performance et la viabilité financière du Réseau Révision et adoption des tableaux de bord et des états financiers trimestriels	X	X	X	X	
	Adoption du plan d'affaires et de sa progression	X	X	X	X	
Révision des amendements budgétaires		X	X	X		
Identification des besoins en formation spécifique	X				X	
*Support de Patrick Parent, PDG adjoint et vice-président principal - Programmes clientèles et Services professionnels et Alain Lavallée, Chef des services financiers						

PLAN DE TRAVAIL – COMITÉ DE LA QUALITÉ DES SOINS ET DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

	ACTIVITÉS	Date				Au besoin
		Oct. 2024	Décembre 2025	Avril 2025	Juin 2025	
Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients	Révision et adoption du plan de travail annuel du comité	X				
	Révision et adoption du mandat du comité	X				
	Réception du rapport annuel du Bureau des risques organisationnels				X	
	Réception du rapport annuel du Bureau de la vie privée				X	
	Réception du rapport annuel du secteur Qualité, sécurité des patients et expérience patient	X				
	Surveiller la préparation de l'organisation à la visite d'Agrément 2026	X	X	X	X	
	Réception du rapport trimestriel du Bureau des risques organisationnels (rapport trimestriel – incidents, analyse des risques, litiges/réclamations, protection vie privée, etc.)	X	X	X	X	
	Réception du rapport trimestriel du Bureau de la vie privée	X	X	X	X	
	Réception du rapport trimestriel en matière de qualité, de sécurité des patients et d'expérience patient (incidents, plaintes, satisfaction de la clientèle, suivi des recommandations, agrément, culture juste, partenariat patient, diversité, équité, inclusion, accessibilité et lutte contre le racisme)	X	X	X	X	
	Examiner les rapports des recommandations des comités de revue et assurer que des suivis sont apportés (rapport des recommandations)	X	X	X	X	
	Surveiller la mise en œuvre de la stratégie des soins centrés sur le patient et la famille	X	X	X	X	
	Examiner Surveiller la satisfaction de la clientèle le rapport sur les plaintes, le rapport sur l'expérience des patients hospitalisés et l'histoire patient)	X	X	X	X	
	Présentation du plan qualité, initiatives, projets – VP	X	X	X	X	
	Présentation du rapport de performance du Réseau en matière de qualité et de sécurité des patients	X	X	X	X	
	Assurer le suivi des recommandations d'Agrément Canada (si requis)				X	X
Identification des besoins en formation spécifique au niveau de la qualité, des risques et de l'éthique	X				X	
Réviser le plan de travail et le calendrier des réunions du Comité de la qualité				X		
*Support de Brigitte Sonier-Ferguson, vice-présidente principale - Performance, Mission universitaire et Stratégies						

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

Date : 1^{er} octobre 2024

Objet : Révision des mandats des comités du Conseil d'administration

Résultat ou état futur recherché

La décision recherchée est de recommander l'adoption des mandats des comités du Conseil d'administration.

Raison pour laquelle le résultat ou l'état futur est désiré ou nécessaire

En vertu de la politique CA-320, le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance est responsable 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.

Données ou information probante à l'appui

Sans objet

Solution ou action proposée

Les mandats des comités sont présentés en annexe.

Aucune modification n'est proposée puisque les mandats ont été révisés dans la dernière année et sont toujours à jour.

Risque lié à cette action ou inaction

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

Après recommandation par le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance, cette décision sera présentée pour adoption au Conseil d'administration.

Agrément Canada

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 : 2.2.3, 3.1.2 et 2.1.4

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) ».

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

Motion

Proposée et appuyée

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section gouvernance recommande au Conseil d'administration l'adoption des mandats des comités du Conseil d'administration, sans modification.

Soumis le 27 août 2024 par Pierre Michaud, Chef de la gestion des risques, et Marc-André LeBlanc, Conseiller principal - gestion des risques organisationnels.



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 : 2024-04-23
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2022-06-21
Approbateur :	Conseil d'administration Thomas Soucy, président.	Approuvée le : 2024-04-23

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 : _____

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ DES FINANCES ET DE VÉRIFICATION	N° : CA-330
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur : 2024-06-25
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2022-06-21
Approbateur :	Conseil d'administration Thomas Soucy, président	Date de la signature : 2024-06-25

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 gestion de l'environnement dans le cadre de ses activités (3.5.10).
8. 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).
9. Collabore avec le Réseau pour promouvoir la valeur des services de l'organisme auprès de tous les intervenants (AC : 1.2.4).

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

2024-06-25

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 : _____

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 : 2024-04-23
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2022-06-21
Approbateur :	Conseil d'administration Tom Soucy, président	Approuvée le : 2024-04-23

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;
 - 1.4 à la satisfaction et à l'expérience des patients/clients et aux processus de gestion des plaintes;
 - 1.4.1 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);
 - 1.5 à la protection de la vie privée et de tous les renseignements des intervenants (AC : 3.5.7);
 - 1.6 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).
 - 1.7 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).;
 - 1.8 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

2024-06-25

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 : _____

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

Date : 1^{er} octobre 2024

Objet : Adoption des politiques révisées du Conseil d'administration

Résultat ou état futur recherché

L'objectif est de recommander au Conseil d'administration l'adoption de politiques révisées.

Raison pour laquelle le résultat ou l'état futur est désiré ou nécessaire

En vertu de la politique CA-320 : Comité de gouvernance et de mise en candidature, le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance 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.

Notamment, les politiques ont été révisées afin de les aligner avec les changements à la *Loi sur les régions régionales de la santé*.

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'octobre 2024. Ceci n'empêche pas le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance de recommander des modifications, si nécessaire.

Données ou information probante à l'appui

Sans objet

Solution ou action proposée

Les politiques modifiées sont en annexe; voici un résumé des changements (les changements sont identifiés par du surlignement pointillé dans les politiques) :

CA-190 :

- Ajout de la notion de priorités organisationnelles
- Mise à jour du processus pour refléter les pratiques actuelles
- Ajout de la notion de planification stratégique en continu

CA-240 :

- Ajout de l'éthique et de la vie privée dans les aspects surveillés par le Conseil d'administration
- Ajout des notions de diversité, d'équité, d'inclusion et de lutte contre le racisme

Risque lié à cette action ou inaction

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 le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance aura recommandé l'adoption de ces politiques, elles seront apportées au Conseil d'administration pour adoption.

Agrément Canada

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 : 2.2.3 et 3.1.2

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) ».

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.

Motion

Proposée et appuyée

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section Gouvernance recommande au Conseil d'administration d'adopter les politiques modifiées et traduites telles que présentées.

Soumis le 27 août 2024 par Pierre Michaud, Chef de la gestion des risques, et Marc-André LeBlanc, Conseiller principal - gestion des risques organisationnels.



Manuel : Conseil d'administration

Titre :	PLANIFICATION STRATÉGIQUE	N° : CA-190
Section :	Gouvernance générale	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) : Ébauche aaaa-mm-jj		

BUT

Définir le rôle du Conseil d'administration (le « Conseil »), de même que les principes généraux dans le cadre du processus de planification stratégique.

DÉFINITION(S) (facultatif)

1. **À l'externe** : représente les publics cibles suivants : les patients et leur famille, la population en général, les Premières Nations, les organismes communautaires, les organismes de sensibilisation et de soutien, les mouvements associatifs et les municipalités.
2. **À l'interne** : représente les publics cibles suivants : les médecins, les employés, les syndicats, les gestionnaires, l'équipe de leadership et le Conseil d'administration

POLITIQUE

Le Conseil doit superviser le processus de planification stratégique pour élaborer la raison d'être et les valeurs de l'organisation, ainsi que pour établir son plan, ses orientations stratégiques et ses priorités organisationnelles.

L'approbation et le suivi du plan stratégique apprenant et en continu sont la responsabilité du Conseil.

Cadre du processus de planification stratégique

1. De façon générale, le processus respecte les principes suivants :
 - a. une analyse exhaustive de l'environnement interne et externe (projections et modélisations, recherches et innovations, rapports d'évaluation des besoins des communautés en matière de santé, rapports du secteur de la qualité, etc.);
 - b. la mise à jour des priorités organisationnelles et du plan stratégique apprenant et en continu;

- c. une diffusion à l'interne et à l'externe du plan stratégique en continu et de l'évolution des progrès.
2. La démarche de planification stratégique comprend la révision des éléments suivants :
 - a. l'énoncé de la raison d'être;
 - b. les valeurs;
 - c. les orientations stratégiques;
 - d. les priorités organisationnelles.
3. La démarche comprend la détermination des forces, des faiblesses, des menaces et des possibilités du Réseau. Pour ce faire, les éléments suivants sont analysés :
 - a. les besoins en santé de la population dans tout le continuum de services;
 - b. les facteurs politiques, économiques, sociaux, environnementaux et technologiques;
 - c. les plans de développement antérieurs, y compris le plan stratégique et le Plan régional de santé et d'affaires;
 - d. les orientations ministérielles et gouvernementales, ainsi que les priorités d'autres parties prenantes (ex. : Agrément Canada).
4. L'analyse de l'environnement conduit à la détermination des grands enjeux organisationnels, desquels découlent :
 - a. les orientations stratégiques;
 - b. les priorités organisationnelles.
5. Des réunions et/ou des retraites du Conseil ont lieu pour :
 - a. appuyer et/ou réaffirmer la raison d'être et les valeurs;
 - b. superviser le processus de planification stratégique apprenant et en continu et approuver la mise à jour du plan stratégique en continu;
 - c. réviser le plan stratégique au besoin et établir les priorités organisationnelles annuelles;
 - d. suivre les progrès en vue d'atteindre les résultats stratégiques.
6. Une fois le plan stratégique développé, toutes les initiatives stratégiques entreprises par l'organisation sont mesurées par rapport au progrès vers la réalisation du plan.
7. Un plan opérationnel annuel est élaboré à partir des priorités établies par le Conseil. Il assure l'atteinte de l'ensemble des objectifs du plan stratégique à la fin du cycle triennal.
8. Le plan opérationnel est sous la responsabilité du P.-D.G. et fait partie intégrante de l'évaluation de la performance de la direction. En outre, les objectifs annuels sont utilisés pour déterminer les objectifs de rendement des cadres supérieurs.
9. Un examen annuel des objectifs de l'organisation est effectué par la P.-D.G. et les cadres supérieurs en vue d'un examen par le Conseil.
10. Des rapports de suivi et de progrès sont fournis au Conseil de façon régulière.

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



Manual: Board of Directors

Title:	STRATEGIC PLANNING		No.: CA-190
Section:	General Governance	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): Draft yyyy-mm-dd			

PURPOSE

Define the role of the Board of Directors (the “Board”) as well as the general principles in the strategic planning process.

DEFINITIONS

1. **Externally:** Refers to the following target audiences: Patients and their families, the general public, First Nations, community organizations, awareness-raising and support organizations, associations, and municipalities.
2. **Internally:** Refers to the following target audiences: Physicians, employees, unions, managers, the Leadership Team, and the Board of Directors.

POLICY

The Board must oversee the strategic planning process to develop the purpose and values of the organization and to establish its plan, strategic directions and organizational priorities.

The Board is responsible for approving and monitoring the continuous learning-based strategic plan.

Strategic planning process framework

1. Generally speaking, the process takes place in accordance with the following principles:
 - a) a comprehensive analysis of the internal and external environment (projections and modelling, research and innovation, community health needs assessment reports, quality sector reports, etc.);
 - b) the update of organizational priorities and the continuous learning-based strategic plan;

Note: This document is **CONTROLLED**. Any documents appearing in paper format are not controlled and **MUST ALWAYS** be checked against the electronic version on Boulevard before being used.

- c) communication of the continuous strategic plan and related progress internally and externally.
2. The strategic planning process includes review of the following elements:
 - a) statement of purpose;
 - b) values;
 - c) strategic directions;
 - d) organizational priorities.
3. This process includes determining the Network's strengths, weaknesses, threats, and options. To this end, the following elements are analyzed:
 - a) The public's health needs across the entire continuum of services;
 - b) The political, economic, social, environmental, and technological factors at play;
 - c) The previous development plans, including the strategic plan and the Regional Health and Business Plan;
 - d) The departmental and governmental policies involved as well as the priorities of other stakeholders (e.g. Accreditation Canada).
4. Environmental analysis identifies the organization's major challenges, from which emerge the organization's:
 - a) strategic directions;
 - b) strategic priorities.
5. Board meetings and/or retreats are held to:
 - a) support and/or reaffirm the purpose and values;
 - b) supervise the continuous learning-based strategic planning process and approve the update to the continuous strategic plan;
 - c) revise the strategic plan as needed and set annual organizational priorities;
 - d) monitor the progress toward achieving the strategic results.
6. Once the strategic plan is developed, all strategic initiatives undertaken by the organization are measured against progress towards the plan.
7. An annual operating plan is developed based on the priorities set by the Board. This ensures that all strategic plan objectives are achieved by the end of the three-year cycle.
8. The operating plan is under the responsibility of the President and CEO and is an integral part of the senior management performance appraisal process. The annual objectives are used to set performance objectives for senior managers.
9. An annual review of the organization's objectives is conducted by the President and CEO and senior managers for review by the Board.
10. The Board is provided with regular follow-up and progress reports.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	GESTION DE LA QUALITÉ, DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ET DES RISQUES	N° : CA-240
Section :	Orientation – Lignes directrices	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) : Ébauche aaaa-mm-jj		

POLITIQUE

Dispositions générales

Le Conseil d'administration (le « Conseil ») du Réseau de santé Vitalité (le « Réseau ») est responsable de la qualité des soins et de la sécurité des patients au sein du Réseau. Il s'engage à surveiller et à rendre des comptes sur la qualité des soins et services dispensés par l'organisme.

Cet engagement comprend l'assurance que les renseignements relatifs à la gestion de la qualité, de la sécurité des patients et des risques permettent une prise de décision qui soutient l'innovation, l'apprentissage et l'amélioration des résultats par l'entremise d'un processus d'amélioration continue. Il permet d'assurer la protection des citoyens et les biens du Réseau et de maintenir la confiance du public envers le Réseau.

Responsabilités du Conseil

1. Assurer que des mécanismes sont en place afin de surveiller le rendement et de gérer efficacement tous les aspects de la gestion de la qualité, de la sécurité des patients, de l'éthique, de la vie privée et des risques.
2. Favoriser et appuyer une culture juste et axée sur l'amélioration continue et la sécurité des patients, et s'assurer que l'ensemble des secteurs et services de l'organisation intègre à sa feuille de route des actions visant l'amélioration de la qualité et la qualité des soins et services, le tout selon l'approche apprenante.
3. Soutenir le développement d'une culture de soins centrés sur la personne, comprenant des composantes sur la diversité, l'équité, l'inclusion et la lutte contre le racisme.
4. Appuyer le Réseau dans sa volonté de valoriser la voix des patients grâce à divers comités, groupes de travail et mécanismes, notamment l'intégration de partenaires

de l'expérience patient.

5. Favoriser l'apprentissage à partir de résultats, la prise de décision fondée sur la recherche et les données probantes.
6. Réviser les politiques en matière de gestion de la qualité, de la sécurité des patients et des risques.
7. Recevoir des rapports de progrès soumis de façon périodique par l'équipe de direction et s'assurer que des mécanismes sont en place pour donner suite aux recommandations émises dans les rapports. Ces rapports incluent, sans s'y limiter, les rapports sur les incidents préjudiciables, les événements évités de justesse, les taux d'infections, les plaintes, la satisfaction de la clientèle, etc.
8. Assurer la mise en place d'une méthode intégrée de gestion des risques. Surveiller les risques qui menacent l'organisation et approuver le niveau de tolérance général de risque du Réseau, et s'assurer que ses responsabilités statutaires et les exigences en matière de rapport sont respectées.

Mise en œuvre et suivi

Le Conseil délègue à la présidence-direction générale la responsabilité de développer et de mettre en œuvre toute stratégie, politique et procédure visant à assurer que les principes et les pratiques en gestion de la qualité, de la sécurité des patients et des risques sont ancrées dans tous les aspects de la philosophie, de la culture, de la planification et des opérations du Réseau.

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



Manual: Board of Directors

Title:	MANAGEMENT OF QUALITY, PATIENT SAFETY AND RISK	No.: CA-240
Section:	Orientation Guidelines	Effective date: yyyy-mm-dd
Issued by:	Board of Directors	Date of last revision: 2022-06-21
Approved by:	Board of Directors Thomas Soucy, Chairperson	Approved on: yyyy-mm-dd
Facility/ program: Draft yyyy-mm-dd		

POLICY

General provisions

The Board of Directors (the “Board”) of Vitalité Health Network (the “Network”) is responsible for the quality of care and patient safety within the Network. It is committed to monitoring and being accountable for the quality of the care and services delivered by the organization.

This commitment involves ensuring that information related to the management of quality, patient safety, and risk allows decision making that supports innovation, learning, and the improvement of outcomes through a continuous improvement process and makes it possible to protect the public as well as the Network’s assets and to maintain public confidence in the Network.

Board’s responsibilities

1. Ensure that mechanisms are in place to monitor performance and effectively administer all aspects of the management of quality, patient safety, ethics, privacy and risk.
2. Promote and support a fair culture focused on continuous improvement and patient safety and ensure that all departments and services of the organization incorporate into their roadmaps actions aimed at improving quality and the quality of care and services, using a learning approach.
3. Support the development of a person-centred care culture that includes the aspects of diversity, equity, inclusion and anti-racism.
4. Support the Network’s efforts to empower the patient voice through various committees, working groups and mechanisms, including the inclusion of patient experience partners.

Policy / Procedure No.: CA-240

5. Promote results-based learning as well as research- and evidence-based decision making.
6. Review policies governing the management of quality, patient safety, and risk.
7. Receive progress reports submitted periodically by the senior management team and ensure that mechanisms are in place to act on the recommendations contained therein. These reports include but are not limited to reports on adverse events, near misses, infection rates, complaints, client satisfaction, etc.
8. Implement an integrated risk management method. Monitor the risks that the organization faces, approve the Network's general risk tolerance level, and ensure that the organization's statutory responsibilities and reporting requirements are met.

Implementation and follow-up

The Board assigns the President and CEO the responsibility for developing and implementing all strategies, policies, and procedures designed to ensure that principles and practices in the management of quality, patient safety, and risk are integrated into all aspects of the Network's philosophy, culture, planning and operations.

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

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

Date : 1^{er} octobre 2024

Objet : Adoption d'une nouvelle politique du Conseil d'administration

Résultat ou état futur recherché

L'objectif est de recommander au Conseil d'administration l'adoption d'une nouvelle politique.

Raison pour laquelle le résultat ou l'état futur est désiré ou nécessaire

En vertu de la politique CA-320 : Comité de gouvernance et de mise en candidature, le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance 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.

Notamment, un processus a été adopté durant la dernière année par rapport à la tenue d'élections des dirigeants du Conseil d'administration. Ce processus a été formalisés sous la forme de politiques afin de le légitimiser et de s'assurer qu'elle soit revue régulièrement par le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance.

La politique a été traduites afin de permettre au processus d'avancer plus rapidement et pour que celle-ci puissent être adoptée par le Conseil à la prochaine rencontre d'octobre 2024. Ceci n'empêche pas le Comité de recommander des modifications, si nécessaire.

Données ou information probante à l'appui

Sans objet

Solution ou action proposée

La nouvelle politique est en annexe et elle est tirée directement du processus adopté préalablement.

Risque lié à cette action ou inaction

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 le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance aura recommandé l'adoption de cette politique, elle sera apportée au Conseil d'administration pour adoption et un numéro lui sera attribué.

Agrément Canada

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 : 2.2.3 et 3.1.2

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) ».

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.

Motion

Proposée et appuyée

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section gouvernance recommande au Conseil d'administration d'adopter la nouvelle politique telle que présentée.

Soumis le 27 août 2024 par Pierre Michaud, Chef de la gestion des risques, et Marc-André LeBlanc, Conseiller principal - gestion des risques organisationnels.

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	ÉLECTIONS DES DIRIGEANTS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION		N° : CA-XXX
Section :	GOUVERNANCE GÉNÉRALE	Date d'entrée en vigueur :	aaaa-mm-jj
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	
Approbateur :	Conseil d'administration Thomas Soucy, président	Approuvée le :	aaaa-mm-jj
Établissement(s)/programme(s) : Ébauche 2024-08-20			

BUT

Définir le processus d'élection des dirigeants du Conseil d'administration.

DÉFINITION(S) (facultatif)

1. Dirigeants : les dirigeants représentent les postes élus de présidence, de vice-présidence et/ou de trésorier du Conseil d'administration.

POLITIQUE

1. Le Conseil d'administration est responsable de tenir des élections pour les postes de dirigeants lorsque le ministre de la Santé en fait la demande ou de façon annuelle.
2. Les élections des dirigeants permettent de s'assurer que les gens qui occupent ces postes sont compétents et représentent la volonté des membres du Conseil d'administration.
3. Les critères d'admissibilités à la présidence sont décrits dans la politique **CA-140**.
4. Les critères d'admissibilités à la vice-présidence sont décrits dans la politique **CA-150**.
5. Les critères d'admissibilités au poste de trésorier sont décrits dans la politique **CA-160**.
6. En cas de vacances, les élections peuvent être tenues pour un ou plusieurs des postes de dirigeants.

PROCÉDURE

1. ANNUELLEMENT OU AU BESOIN

- a. Annuellement ou au besoin, le Comité de gouvernance et de mise en candidature se rencontre afin de réviser et d'adopter le processus d'élection et de déterminer les postes de dirigeants pour lesquels il est nécessaire de tenir des élections.
- b. Le Comité de gouvernance et de mise en candidature révisé l'entièreté du processus d'élection et le modifie, le cas échéant. Ensuite, le Comité adopte une

motion afin d'adopter le processus et de déterminer la date de l'envoi de l'expression d'intérêt aux membres du Conseil d'administration.

- i. À la demande du Comité de gouvernance et de mise en candidature, une réunion à huis clos du Conseil d'administration est convoquée afin de tenir les élections.

2. EXPRESSION D'INTÉRÊT

- a. À la demande du Comité de gouvernance et de mise en candidature, l'adjointe administrative du Conseil d'administration envoie un courriel à tous les membres du Conseil d'administration éligible à un poste de dirigeant, pour les inviter à soumettre leur expression d'intérêt à un poste de dirigeant du Conseil d'administration au plus tard à la réunion à huis clos du Conseil d'administration lors de laquelle sont prévues les élections.
 - i. L'Annexe XXXXX est un exemple de courriel à envoyer aux membres du Conseil d'administration :
- b. Les membres du Conseil d'administration sont également invités à identifier les collègues du Conseil d'administration qu'ils croient être des personnes candidates dignes pour les postes de dirigeants.
- c. Les personnes candidates intéressées seront invitées à fournir un aperçu de leur expérience antérieure en matière de leadership d'un conseil d'administration et les raisons de leur intérêt pour le poste (le « dossier de candidature »).

3. AVANT LA RÉUNION À HUIS CLOS

- a. L'adjointe administrative du Conseil d'administration envoie le dossier de candidature de chaque personne intéressée aux autres membres du Conseil d'administration.
- b. L'adjointe administrative du Conseil d'administration prépare des bulletins de vote vierges.
- c. L'adjointe administrative du Conseil d'administration contacte les membres qui seront absents de la réunion à huis clos pour faire des arrangements pour le vote.

4. RÉUNION À HUIS CLOS

a. Présidence d'élection

- i. La secrétaire du Conseil d'administration présidera l'élection des dirigeants.

b. Avant l'élection d'un dirigeant

- i. Seuls les membres du Conseil d'administration, la secrétaire du Conseil d'administration, l'adjointe administrative du Conseil d'administration et le chef de la gestion des risques seront présents à l'élection.
- ii. L'élection de la présidence sera effectuée en premier pour permettre aux personnes candidates infructueuses à ce poste d'envisager de se présenter à l'élection du poste de la vice-présidence ou de trésorier.
- iii. L'élection de la vice-présidence sera effectuée en deuxième pour permettre aux personnes de candidatures infructueuses à ce poste d'envisager de se présenter à l'élection du poste de trésorier.

- iv. La présidence d'élection présentera la liste des personnes candidates et appellera trois (3) fois pour les nominations du plancher.
 - 1. Un membre peut se proposer lui-même ou proposer une autre personne.
 - 2. La proposition doit être acceptée par le membre nommé.
 - 3. Il n'est pas nécessaire d'avoir un appuieur à une proposition.
- v. Les mises en candidatures fermeront alors.
 - 1. S'il n'y a qu'une candidature, la présidence d'élection annoncera l'élection par acclamation du membre.
- vi. La présidence d'élection demandera « Quelle personne candidate souhaite s'adresser au Conseil d'administration? ».
- vii. Chaque personne candidate aura alors l'occasion de s'adresser à ses collègues du Conseil d'administration pendant trois (3) minutes au plus au sujet de sa candidature, mais elle n'est pas tenue de le faire. La présidence d'élection est responsable de s'assurer du respect du temps.
- viii. À la suite des présentations par les candidats, toutes les personnes candidates devront sortir de la salle de réunion.
- ix. Les membres restants auront cinq (5) minutes pour discuter en général des attentes du Conseil et des compétences/expérience des personnes candidates. La présidence d'élection est responsable de s'assurer du respect du temps.

c. Élection

- i. Les personnes candidates retourneront dans la salle de réunion et participent au vote.
- ii. La présidence du Conseil d'administration a le droit de voter, mais n'a pas le droit de rompre une égalité.
- iii. Un scrutin secret sera effectué. L'adjointe administrative du Conseil d'administration distribuera un bulletin de vote par membre du Conseil d'administration.
- iv. Les personnes membres du Conseil d'administration qui sont absentes ou les personnes membres du Conseil d'administration présentes à la réunion du Conseil d'administration par téléconférence ou vidéoconférence auront la possibilité d'enregistrer leur vote par téléphone ou par vidéoconférence. L'adjointe administrative du Conseil d'administration émettra un courrier électronique aux personnes absentes avec un numéro de téléphone sécurisé en précisant un délai lorsque les scrutateurs seront disponibles pour enregistrer leur vote.
- v. La personne candidate qui reçoit la majorité des voix exprimées sera élue.
 - 1. Lorsqu'aucune des personnes candidates ne remporte la majorité des suffrages exprimés, la personne candidate ayant le moins de voix sera retirée du scrutin et un autre scrutin secret aura lieu.
 - 2. Dans le cas d'une égalité au vote entre deux personnes candidates restantes, l'élection sera déterminée par pile ou face.
- vi. L'adjointe administrative du Conseil d'administration agira comme scrutatrice. Elle annoncera la personne candidate élue sans indication du nombre de votes reçus par l'une des personnes candidates.

d. Procès-verbal

- i. À la suite de l'élection, les résultats de l'élection seront notés au procès-verbal sans indiquer le nombre de votes obtenus par chaque personne candidate.

5. APRÈS LA RÉUNION

- a. La scrutatrice détruira tous les bulletins de vote immédiatement après la réunion à huis clos du Conseil d'administration.

RENSEIGNEMENTS PERTINENTS SUPPLÉMENTAIRES

1. Des éléments à tenir en compte lors de l'élection des dirigeants sont :

- a. L'équité, la diversité et l'inclusion;
- b. La continuité de la mémoire institutionnelle du Conseil d'administration;
- c. Le profil des compétences des membres du Conseil d'administration; et
- d. L'engagement et capacité de contribuer.

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

Annexe A

Bonjour,

Le Conseil d'administration doit procéder à la recommandation annuelle des dirigeants du Conseil d'administration d'ici le _____.

La présidence du Comité de gouvernance invite les membres à soumettre leur expression d'intérêt au poste de la présidence, au poste de la vice-présidence et/ou au poste de trésorier. Les membres sont invités à identifier les collègues du Conseil d'administration qui sont des personnes candidates dignes et à fournir leurs commentaires.

Lors de la prochaine réunion à huis clos du Conseil d'administration du _____, les membres devront voter afin d'élire les dirigeants. La présidence et la vice-présidence actuelles sont admissibles à la réélection.

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature révisera la durée des mandats afin d'assurer une continuité au niveau des postes de la présidence et de la vice-présidence. Ceci permettra d'éviter de l'instabilité et de respecter les bonnes pratiques de gouvernance.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec la secrétaire du Conseil d'administration, Dre France Desrosiers.

Merci et passez une belle journée!

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

Date : 1^{er} octobre 2024

Objet : Refonte du comité consultatif des patients et familles et retrait d'une politique du Conseil d'administration

Résultat ou état futur recherché

Volet Qualité des soins et sécurité des patients :

Approuver les prochaines étapes proposées pour la refonte du Comité consultatif des patients et familles.

Volet Gouvernance :

Recommander l'adoption d'une motion au Conseil d'administration pour le retrait de la politique CA-360 : Mandat du Comité consultatif des patients et des familles.

Raison pour laquelle le résultat ou l'état futur est désiré ou nécessaire

Volet Qualité des soins et sécurité des patients :

Avec l'évolution du Réseau en matière d'intégration des patients et des familles dans sa structure et de l'approche centrée sur la personne qui s'instaure graduellement, la portée actuelle et le mandat du Comité consultatif des patients et des familles ne sont plus d'actualité en ce sens qu'ils ne permettent plus, tels quels, de faire progresser l'organisation dans la bonne direction. Le temps est venu d'opérationnaliser les changements et de passer aux prochaines étapes pour garantir l'efficacité de l'apport d'un comité favorisant le partenariat patient à travers le Réseau, et ce, de manière à obtenir des résultats pour une valeur ajoutée tangible.

Volet Gouvernance :

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.

Données ou information probante à l'appui

Sans objet

Solution ou action proposée

Volet Qualité des soins et sécurité des patients :

- Abolir le Comité consultatif des patients et des familles, lequel est rattaché au Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients du Conseil d'administration.
- Assurer l'arrimage entre le partenariat patient organisationnel et le partenariat patient en recherche à des fins de cohérence dans les approches et de partage de connaissances.
- Finaliser la stratégie, puis élaborer et mettre en œuvre un plan d'action détaillé.
- La reddition de compte en matière de partenariat patient passera par le Comité de la qualité. Le président de la nouvelle entité pourrait être invité permanent au Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients relevant du Conseil d'administration. Pour ce qui est du volet du

Note exécutive

partenariat patient en recherche, la reddition de compte, celle-ci se fera avec le Comité stratégique de la recherche sous le Conseil d'administration.

- Le Bureau de partenariat avec les patients et les familles sera appelé à travailler étroitement avec la nouvelle mouture du Comité, de même qu'avec la consultante externe, laquelle s'avère être une patiente partenaire travaillant au sein de l'Unité de soutien SSA | Québec (système de santé apprenant) et affiliée au CIUSSS de Sherbrooke.

Volet Gouvernance :

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.

Risque lié à cette action ou inaction

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 le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance aura recommandé le retrait de cette politique, cette décision sera apportée au Conseil d'administration pour adoption.

Agrément Canada

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 : 2.2.3 et 3.1.2

- 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) ».

1.1.6	L'instance de gouvernance collabore avec l'organisme pour intégrer une approche de soins centrés sur la personne dans l'ensemble de l'organisme et dans ses activités de gouvernance.
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.

3.1.5	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme maximise la valeur pour ses intervenants, y compris pour les usagers, les proches, la communauté et la main-d'œuvre.
-------	--

Motion – Qualité

Proposée et appuyée

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section Qualité adopte les prochaines étapes par rapport à la stratégie d'intégration des partenaires des patients et des familles au Réseau de santé Vitalité.

Motion - Gouvernance

Proposée et appuyée

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section Gouvernance recommande au Conseil d'administration de retirer la politique CA-360 : Mandat du Comité consultatif des patients et des familles.

Soumis le 27 août 2024 par Marjorie Pigeon, directrice de la gestion intégrée de la qualité et de l'expérience patient, et Marc-André LeBlanc, conseiller principal – gestion des risques organisationnels.



Manuel : Conseil d'administration

Titre :	MANDAT DU COMITÉ CONSULTATIF DES PATIENTS ET DES FAMILLES	N° : CA-360
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur : 2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2021-06-22
Approbateur :	Conseil d'administration Denis M. Pelletier, président par intérim 	Approuvée le : 2022-06-21
Établissement(s)/Programme(s) :		

BUTS

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

RESPONSABILITÉS

1. Offrir au Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients du Conseil, une orientation et des conseils relativement aux objectifs, aux politiques et aux pratiques visant l'amélioration des soins centrés sur les patients et les familles.
2. Participer à l'établissement des priorités et des projets en matière d'amélioration de l'expérience des patients.
3. Participer à l'élaboration et à la révision des divers outils destinés aux patients et aux familles (p. ex. dépliants, formulaires, matériel d'enseignement, etc.).
4. Promouvoir la collaboration entre le personnel, les médecins et l'ensemble de la collectivité dans le but d'accroître la participation des patients et des familles à la planification et à la prestation des soins dans l'ensemble du Réseau.
5. Faire des suggestions et donner de la rétroaction sur l'élaboration des pratiques, des politiques, des programmes et de l'enseignement/orientation à l'échelle de l'organisation, des programmes/services ou des unités.
6. Passer en revue l'enseignement et les stratégies de communication concernant les soins centrés sur les patients et les familles et donner de la rétroaction sur ceux-ci.

7. Participer à titre de partenaire communautaire ou assurer une représentation dans la planification et le fonctionnement de comités et/ou de programmes précis dans l'ensemble du Réseau au besoin.
8. Faire des suggestions en ce qui concerne une évaluation annuelle des partenaires de l'expérience patient au sein du Réseau.

COMPOSITION

Le comité est composé de huit partenaires de l'expérience patient qui proviennent de différentes régions sur l'ensemble du territoire auquel le Réseau offre des services.

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

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

Le président-directeur général du Réseau, le président du Conseil d'administration et la vice-présidente à la Mission universitaire, Performance et Qualité sont membres d'office.

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

DURÉE DU MANDAT

Le mandat est d'une durée de trois ans et il peut être renouvelé pour une période d'un an ou deux ans; ne dépassant une durée maximale de cinq ans. Les mandats sont organisés de manière à ce qu'ils se chevauchent pour assurer une cohérence dans la composition.

Le mandat des membres du comité, y compris celui du président et du vice-président, est révisé annuellement au Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients et recommandé au Comité de gouvernance et de mise en candidature pour approbation.

QUORUM

Le quorum est composé de la moitié des membres du comité plus un. Le consensus est la méthode de choix pour la prise de décisions. Au besoin, une simple majorité de la moitié plus un est utilisé.

RÉUNIONS ET PROCÈS-VERBAUX

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

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

RAPPORT HIÉRARCHIQUE

Le comité relève du Comité de la qualité des soins et la sécurité des patients du Conseil d'administration.

Le président du comité siège au Comité de la qualité des soins et la sécurité des patients à titre de membre d'office.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

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

DÉPENSES

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

RENSEIGNEMENTS PERTINENTS SUPPLÉMENTAIRES

Conditions pour être partenaire de l'expérience patient

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

Exigences générales pour le partenaire de l'expérience patient

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

Responsabilités du président

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

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

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

Date : 1^{er} octobre 2024

Objet : Profil de compétences des membres du Conseil d'administration 2024-2025

Résultat ou état futur recherché

- Informer les membres du Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance :
 - Des vacances des postes à venir au sein du Conseil d'administration à partir du 1^{er} juillet 2025;
 - Des prochaines étapes par rapport au processus de nomination des membres du Conseil d'administration.
- Présenter pour information le profil de compétences des membres du Conseil d'administration complété.

Raison pour laquelle le résultat ou l'état futur est désiré ou nécessaire

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). 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. 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.

En avril 2024, le Comité a adopté le processus de planification et de renouvellement de la succession du Conseil d'administration (en annexe). Selon ce processus, le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance est responsable des étapes suivantes en 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 de candidatures public selon les caractéristiques de représentation et les compétences manquantes identifiées.
- Vérifier l'intérêt des membres actuels du Conseil d'administration admissible à un renouvellement de mandat à être renommés au Conseil d'administration.

Données ou information probante à l'appui

Les vacances au sein du Conseil d'administration à partir du 1^{er} juillet 2025 :

- Jacques Doucet
- Julie Cyr
- Yves Francoeur

Le profil de compétences complété est présenté en annexe.

Solution ou action proposée

Considérant l'approche imminente des élections provinciales et des possibilités de changement au sein du gouvernement, il est recommandé de ne pas procéder avec un appel à candidature pour le moment et de ne pas soumettre de recommandation au ministre de la Santé.

Note exécutive

Les actions proposées sont les suivantes :

1. Attendre la tenue des élections provinciales et des nominations au sein du ministère de la Santé.
2. Discuter informellement avec le ministre ou le sous-ministre de la Santé quant à l'approche adopté pour les nominations par le Comité en avril 2024.
3. Rencontrer le Comité de gouvernance et de mise en candidature d'Horizon afin de faire une proposition conjointe formelle au ministre de la Santé.
4. Si le processus est accepté :
 - a. Modifier les règlements administratifs afin d'inclure ce nouveau processus de nomination.
 - b. Débuter le processus de nomination pour les vacances au sein du Conseil d'administration à partir du 1^{er} juillet 2025.

Risque lié à cette action ou inaction

- Possibilité de changement à la *Loi sur les régies régionales de la santé* et la composition du Conseil d'administration après les élections provinciales.
- 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

Le processus de nomination sera présenté au Comité de gouvernance du Réseau de santé Horizon. Il est donc possible qu'il y ait des modifications afin de pouvoir aligner les processus et de les présenter au ministre de la Santé, qui pourrait changer selon le résultat des élections.

Agrément Canada

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 : 1.2.3, 2.1.1, 2.1.2

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) ».

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.

Note exécutive

Motion

Sans objet

Soumis le 27 août 2024 par Pierre Michaud, Chef de la gestion des risques et Marc-André LeBlanc, Conseiller principal - 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 DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ

Nom du membre	Thomas Soucy	Réjean Després	Claire Savoie	Johanne Thériault Paulin	Julie Cyr	Yves Francoeur	Jacques Doucet
Année de la fin du mandat	2026	2026	2026	2027	2025	2025	2025
Caractéristiques de représentation							
Représentation géographique	Nord-Ouest	Beauséjour	Acadie-Bathurst	Acadie-Bathurst	Restigouche	Acadie-Bathurst	Beauséjour
Rural ou urbain	Rural	Urbain	Rural	Rural	Urbain	Urbain	Urbain
Genre	Masculin	Masculin	Féminin	Féminin	Féminin	Masculin	Masculin
Issu d'un groupe de la diversité	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Langue	Français	Français	Français	Français	Français	Français	Français
Compétences identifiées							
Connaissances et compréhensions du domaine de la santé	B	I	A	I	A	I	B
Expérience antérieure en gouvernance	A	I	A	A	I	B	I
Leadership et influence	A	A	A	A	A	I	A
Comptabilité, finance et gestion des ressources financières	A	A	A	B	I	A	A
Communications, relations publiques et média	I	I	A	A	I	B	I
Relations gouvernementales	I	I	A	A	I	I	I
Connaissance en éthique et indépendance d'esprit	I	A	A	A	A	B	I
Qualité et sécurité des patients	B	B	A	B	A	B	B
Gestion des risques	I	A	A	I	A	I	A
Mesure et performance organisationnelle	I	A	A	I	I	A	A
Technologies de l'information et technologie des communications	B	I	A	I	A	B	I
Gestion des ressources humaines et développement	I	A	A	I	A	I	I
Qualifications juridiques	I	B	I	A	B	B	B
Achat/ approvisionnement / gestion de contrat	I	I	I	I	I	B	I
Planification stratégique	A	I	A	A	A	I	I
Connaissance du milieu académique, de la recherche et de l'innovation	B	A	I	I	A	I	B

Légende	
A	Avancée
I	Intermédiaire
B	Base

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

Date : 1^{er} octobre 2024

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

Résultat ou état futur recherché

L'objectif est de présenter le rapport d'évaluation des réunions du Conseil d'administration à huis clos et publique du 25 juin 2024, ainsi que de l'Assemblée générale annuelle. Ceci est un point présenté à titre d'information et aux fins de discussion.

Raison pour laquelle le résultat ou l'état futur est désiré ou nécessaire

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

L'évaluation des réunions publique et à huis clos du Conseil d'administration permet d'en améliorer l'efficacité, d'aligner les objectifs du Conseil, d'obtenir des membres une rétroaction constructive et de renforcer leur engagement.

Données ou information probante à l'appui

Sans objet

Solution ou action proposée

Les résultats sont présentés en annexe.

Risque lié à cette action ou inaction

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

Les résultats seront présentés au Conseil d'administration.

Agrément Canada

Note exécutive

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 : 4.2.1

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) ».

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

Motion

Sans objet

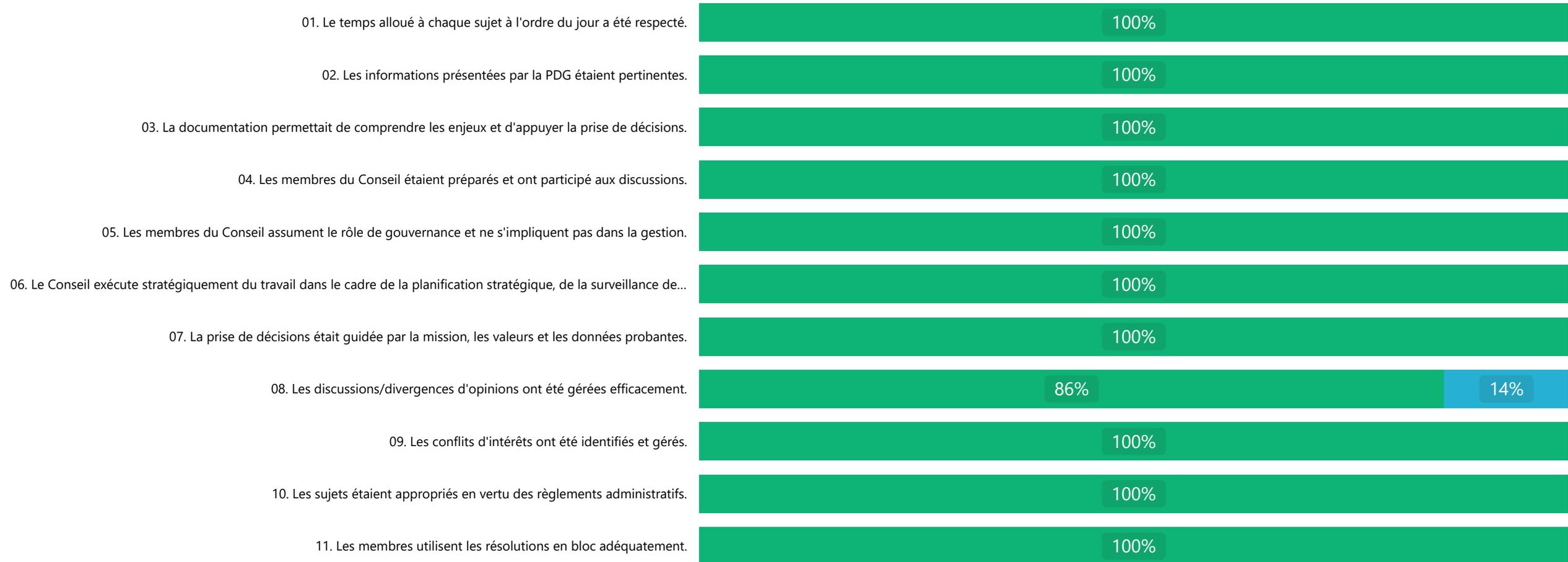
Soumis le 27 août 2024 par Pierre Michaud, Chef de la gestion des risques, et Marc-André LeBlanc, conseiller principal – gestion des risques organisationnels.

Résultats du sondage - Réunion publique - 2024-06-25

Questions à échelle d'évaluation

Pourcentage de participation : 100 % (7 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 % (7 membres)

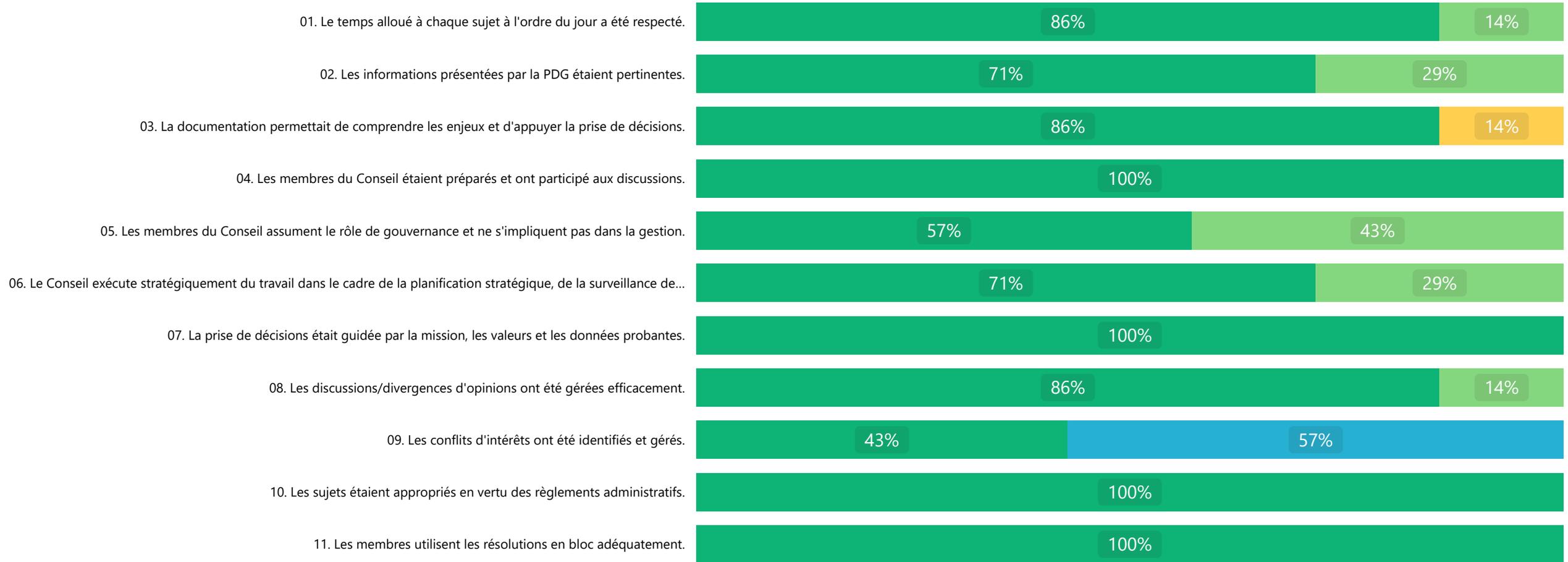
Pourcentage de questions répondues : 100 %

12. Veuillez utiliser cet espace pour ajouter des commentaires.

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

Questions à échelle d'évaluation

Pourcentage de participation : 100 % (7 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 % (7 membres)

Pourcentage de questions répondues : 100 %

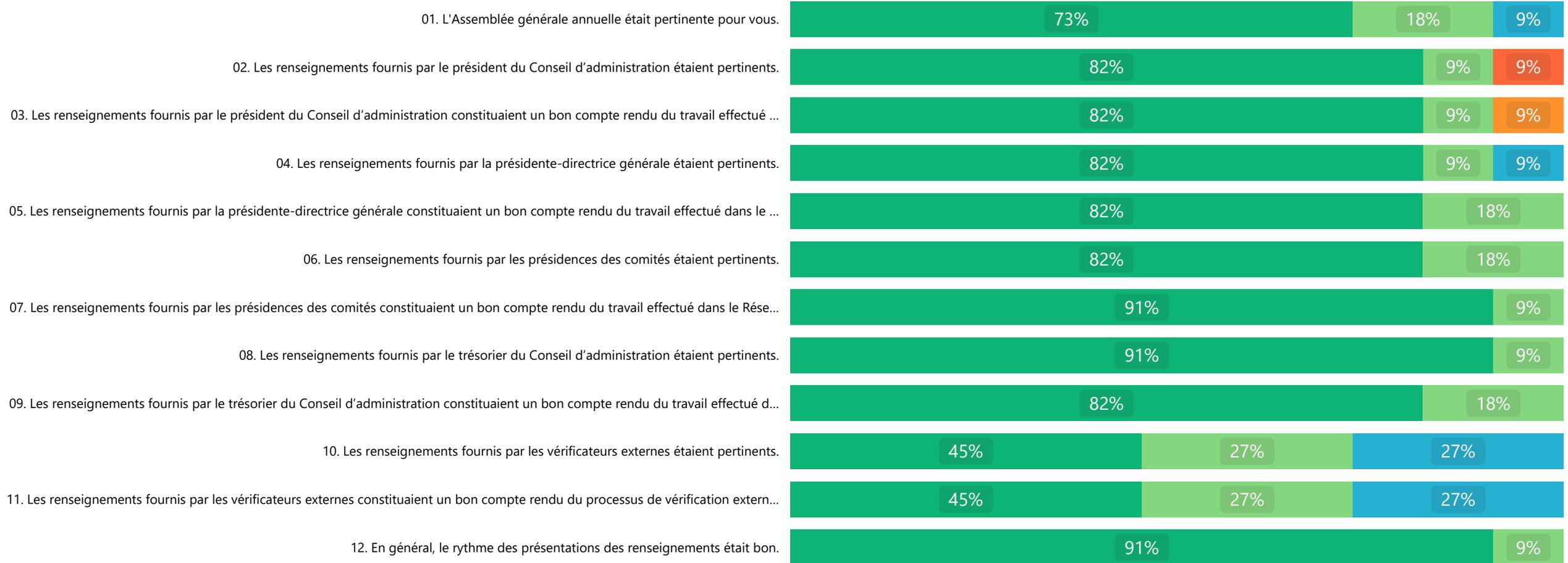
12. Veuillez utiliser cet espace pour ajouter des commentaires.

Excellente rencontre. Merci!

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

Questions à échelle d'évaluation

Participation : 11 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.)

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

Date : 1^{er} octobre 2024

Objet : Modifications au niveau des membres invités du Comité de la qualité des soins et la sécurité des patients

Résultat ou état futur recherché

Informer les membres du Comité de gouvernance et de mise en candidature d'une modification au niveau des membres invités du Comité de la qualité des soins et la sécurité des patients et présenter la membricité des comités du Conseil d'administration 2024-2025 mise à jour aux fins d'approbation.

Raison pour laquelle le résultat ou l'état futur est désiré ou nécessaire

Des modifications au niveau des membres invités du Comité de la qualité des soins et la sécurité des patients ont eu lieu depuis l'adoption de sa composition par le Conseil d'administration le 25 juin 2024, soit les départs de deux membres, Diane Mignault et Pandurang Ashrit.

Les nouveaux membres du Comité sont :

- Catherine Rouanes
- Gérald Richard

La nomination des membres des comités du Conseil d'administration 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.

Données ou information probantes à l'appui

Ne s'applique pas.

Solution ou action proposée

À la suite du départ de deux membres invités du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients, adopter la nouvelle membricité dudit Comité avec l'ajout des personnes mentionnées en contexte.

La membricité des comités est présentée en annexe.

Risque lié à cette action ou inaction

Il est important de s'assurer que tous les membres du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients, y compris les membres invités, soient tenus au courant de la tenue des réunions et des décisions qui s'ensuivent. La mise à jour de la membricité de ce Comité permettra d'inclure les nouveaux membres à toute communication pertinente.

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(s) à la décision

À la suite de l'adoption de la membricité des comités du Conseil d'administration 2024-2025 telle que modifiée, présentation au Conseil d'administration pour son approbation.

Agrément Canada

Ce point permet au comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon le(s) critère(s) de la norme Gouvernance d'Agrément Canada suivant(s) :

No de critère	Libellé
2.1.4	L'instance de gouvernance crée des comités propres au sujet au besoin pour s'acquitter de ses responsabilités.

Motion

Proposée et appuyée

Et résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section gouvernance adopte la membricité des comités du Conseil d'administration 2024-2025 tel que modifiée relativement aux membres invités du Comité de gouvernance et de mise en candidature, c'est-à-dire, le retrait de Pandurang Ashrit et de Diane Mignault et l'ajout de Gérald Richard et de Catherine Rouanes.

Soumis le 16 septembre 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 2024-2025

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	Comité mixte stratégique de la recherche et de la formation et des finances et de vérification
<p>Johanne Thériault Paulin : co-présidente Claire Savoie : co-présidente</p>	<p>Julie Cyr : co-présidente (section recherche et formation) Réjean Després : co-président (section finances)</p>
<p>Membres votants Johanne Thériault Paulin Claire Savoie Jacques Doucet</p> <p>Membres d'office Thomas Soucy : président (avec droit de vote) Dre France Desrosiers, PDG (sans droit de vote)</p> <p>Membres invités - Gouvernance Pierre Michaud Marc-André Leblanc</p> <p>Membres invités - Qualité Dr Eric Levasseur Annie Carré Gérald Richard Brigitte Sonier Ferguson Marjorie Pigeon Catherine Rouanes Pierre Michaud Marc-André LeBlanc</p>	<p>Membres votants Julie Cyr Réjean Després Yves Francoeur</p> <p>Membres d'office Thomas Soucy : président (avec droit de vote) Dre France Desrosiers, PDG (sans droit de vote)</p> <p>Membres invités - Recherche et formation Dr Denis Prudhomme Dr Michel H. Landry Brigitte Sonier Ferguson Martine Poirier Erika Dugas Stephen Lewis Marc-André LeBlanc</p> <p>Membres invités - Finances Patrick Parent Pierre Michaud Marc-André LeBlanc</p>

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

Johanne Thériault Paulin : co-présidente, comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et de mise en candidature

**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.*