

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Point 3

Titre de la réunion :	Conseil d'administration	Date et heure :	Le 26 avril 2016 à 13 h 30
But de la réunion :	Réunion publique	Endroit : Day's Inn Dalhousie Salon Victoria	
Président :	Paul Couturier		
Secrétaire :	Sonia Haché-Lanteigne		
Participants			
Paul Couturier (président)		Gabriel Godin (vice-président)	
Adélard Cormier		Bonnie Mae Martin	
Roger Doiron		Pierre Martin	
Philippe Ferguson (trésorier)		Christian Mercier	
Rita Godbout		Tracy Peters	
Membres d'office			
Gilles Lanteigne		Dre France Desrosiers	
Équipe de leadership			
Pierre Verret		Jacques Duclos	
Gisèle Beaulieu		Stéphane Legacy	
AVIS DE RÉUNION			Documents

1. Ouverture de la séance		
2. Constatation de la régularité de la réunion		
3. Adoption de l'ordre du jour	D	✓
4. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels		
5. Adoption du procès-verbal de la réunion du 1 mars 2016	D	✓
6. Questions découlant du procès-verbal et suivis		
6.1 Suivi du procès-verbal	I	✓
6.1.1 IRM		
6.1.2 Plan de transparence		
7. Rapport du président-directeur général	I	✓
8. Rapports des comités		
8.1 Comité exécutif (aucune réunion)	I	✓
8.2 Comité de gouvernance et de mise en candidature (31 mars 2016)	D	✓
8.3 Comité de finances et de vérification (12 avril 2016)	D	✓
8.4 Comité de gestion des risques et de la qualité (23 mars 2016)	D	✓
8.5 Comité stratégique de la recherche et des affaires académiques (aucune réunion)	I	✓
8.6 Comité médical consultatif (5 avril 2016)	D	✓
8.7 Comité professionnel consultatif (15 mars 2016)	D	✓
8.8 Comité ad hoc – voyages médicaux (14 avril 2016)	D	✓
9. Privilèges temporaires	D	✓
10. Dossiers légaux	I	✓

Légende : D = Décision I = Information C = Consultation

11. Correspondance	I	✓
12. Documentation pour information pour les membres		
12.1 Que savons-nous sur les fusions d'hôpitaux	I	✓
12.2 Des principes à la pratique : la gestion de l'intégration post-fusion		
13. Histoire d'une expérience d'un patient		
13.1 Urgence et Pharmacie	C	✓
14. Relations avec la communauté		
14.1 Programme de réadaptation et revalidation rapide	I	✓
15. Autre point		
15.1 Projet d'infrastructure et équipements majeurs	I	✓
16. Levée de la séance		
17. Évaluation de la séance	C	✓
18. Dialogue avec le public	I	

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Point 5

Titre de la réunion :	Conseil d'administration	Date et heure :	Le 1er mars 2016 à 13 h 30		
But de la réunion :	Réunion publique	Endroit :	Best Western Plus (Bathurst) Salle Acadie		
Président :	Paul Couturier				
Secrétaire :	Sonia Haché-Lanteigne				
Participants :					
Paul Couturier (président)	√	Gabriel Godin (vice-président)	√	Sonia A. Roy	√
Adélard Cormier	√	Bonnie Mae Martin	√	Paulette Sonier Rioux	√
Roger Doiron-quitte à 15 h 30	√	Pierre Martin	√	Anne C. Soucie	√
Philippe Ferguson (trésorier)	√	Christian Mercier	√	Donald Thériault	√
Rita Godbout	√	Tracy Peters (téléconférence)	√	Lester Young	√
Membres d'office					
Gilles Lanteigne	√	Dre France Desrosiers	√	Linda Sunderland-quitte à 15 h 45	√
Équipe de leadership					
Gisèle Beaulieu	√	Stéphane Legacy	√	Pierre Verret	√
Jacques Duclos	√	Richard Losier	√		

PROCÈS-VERBAL

1. Ouverture de la séance

Le président du Conseil d'administration souhaite la bienvenue aux participants et participantes et déclare la séance ouverte à 13 h 30.

2. Constatation de la régularité de la réunion

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

3. Adoption de l'ordre du jour

L'ordre du jour est présenté et adopté tel que présenté.

MOTION 2016/03/01-01P

Proposé par Christian Mercier

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le Conseil d'administration adopte l'ordre du jour tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

4. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels

Aucun conflit d'intérêts n'est signalé.

5. Adoption du procès-verbal de la réunion du 1er décembre 2015

Le procès-verbal de la réunion du 1er décembre 2015 est présenté et approuvé avec la modification suivante :
On doit lire au point 12.4, appuyé par Anne Soucie au lieu de : Anne Paillard

MOTION 2016/03/01-02P

Proposé par Adélard Cormier

Appuyé par Lester Young

Et résolu que le Conseil d'administration adopte le procès-verbal de la réunion du 1er décembre 2015 avec une modification.

Adopté à l'unanimité.

6. Questions découlant du procès-verbal et suivis

6.1 IRM

L'équipe de radiologistes du Dre Caroline Giguère n'a pas accepté, pour diverses raisons, d'évaluer la qualité des images. Le Réseau de santé Vitalité continu d'améliorer la qualité des examens avec l'entreprise

et en parallèle, commence à évaluer une autre alternative, soit le rehaussement de l'appareil en place.

6.2 Plan de rattrapage

Le gouvernement va investir 1.9 million de dollars de plus dans le plan de rattrapage, sauf que ce montant est conforme au plan déposé. Dans ce sens, ce n'est pas un budget additionnel à ce qui était prévu. Ceci est quand même une bonne nouvelle, puisque les ressources anticipées sont confirmées. Le 1.9 million de dollars est la différence entre le financement de 2015-2016 versus le financement en 2016-2017.

En ce qui concerne les services de dialyse à l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent, le Réseau attend la réponse du ministère suite au plan de modernisation et de transformation et aussi du plan clinique - phase 2. Un suivi sera effectué avec le ministère à ce sujet dans les prochaines semaines.

Un poste de généticien sera inclus dans le plan de rattrapage qui est en phase de validation pour la prochaine année.

7. Rapport du président-directeur général (P.-D.G.)

Le rapport du P.-D.G. couvre la période du 1er décembre 2015 au 19 février 2016. Il vise à informer les principaux accomplissements envers l'atteinte des objectifs du Plan régional de santé et d'affaires 2015-2018 et des autres dossiers prioritaires pour le Réseau. Ce rapport couvre les sujets suivants :

- Engagement du personnel et du corps médical
 - Développement de la phase 2 du Plan des services cliniques
 - Période de mise en candidature des prix de mérite 2016
 - Sensibilisation à l'utilisation judicieuse des antibiotiques
- Gestion des ressources financières et matérielles
 - Résultats obtenus en date du 31 décembre 2015 – indicateurs de rendement
- Gestion des ressources humaines
 - Piste de marche pour les employés à Edmundston
- Relations avec nos partenaires et groupes communautaires
 - Accueil des réfugiés syriens
 - Rencontres et démarches de représentation
- Gestion stratégique / Communication
 - Renouvellement organisationnel
 - Lien vers le « portail santé » du Nouveau-Brunswick pour les médecins
- Mise en œuvre d'une culture de qualité et de sécurité des patients
 - Prix AMPRO à l'unité d'obstétrique de l'Hôpital régional d'Edmundston
 - Nouvelle politique d'environnement sans fumée : un succès!
- Relations avec le Conseil d'administration
 - Plan des services cliniques – phase 1
- Intégration des initiatives stratégiques et opérationnelles
 - Meilleure gestion du diabète
 - Développement d'un plan stratégique intégré pour le Réseau

Un membre demande une explication suite à la parution dans les médias mentionnant que la date finale du projet du bloc opératoire au CHUDGLD serait en 2020. Le bloc opératoire du CHUDGLD sera prêt en 2020 et le projet en son entier sera finalisé en 2021 (les soins intensifs intermédiaires). Un correctif sera envoyé par le service de communication à ce sujet.

Un membre suggère d'inclure dans le rapport du P.-D.G. les données des indicateurs comme présentés dans le passé. Le P.-D.G. explique que ceci est tout à fait possible et que présentement, cette information est acheminée au Comité de finances et de vérification, ainsi qu'au Comité de la gestion des risques et de la qualité. Si tel est le souhait des membres, ces indicateurs pourront être partagés lors des réunions publiques.

8. Rapports des comités du Conseil d'administration

8.1 Comité exécutif

Paul Couturier présente le rapport du Comité exécutif du 10 février 2016. Voici les points qui ont été soulignés :

- Politique régionale désignant les espaces
- Budget
- Renouvellement de l'organisation

MOTION 2016/03/01-03P

Proposé par Gabriel Godin

Appuyé par Anne Soucie

Et résolu que le Conseil d'administration adopte le rapport de la réunion du Comité exécutif du 10 février 2016.

Adopté à l'unanimité.

Paul Couturier présente le rapport du Comité exécutif du 17 février 2016. Voici le point qui a été souligné :

- Renouveau de l'organisation

MOTION 2016/03/01-04P

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Gabriel Godin

Et résolu que le Conseil d'administration adopte le rapport de la réunion du Comité exécutif du 17 février 2016.

Adopté à l'unanimité.**8.2 Comité de gouvernance et de mise en candidature**

Tracy Peters présente le rapport du Comité de gouvernance et de mise en candidature du 25 janvier 2016.

Voici les points qui ont été soulignés :

- Un plan de formation a été présenté aux membres du Conseil d'administration comprenant quatre thèmes dont :
 1. Gouvernance
 2. Éthique organisationnelle
 3. Qualité/Sécurité des patients
 4. Relation avec les parties prenantes et la communauté
- Le Sous-comité des normes de gouvernance a tenu deux réunions régulières les 27 novembre 2015 et 2 février 2016. Celui-ci veille à la réalisation du plan d'action découlant de l'auto-évaluation sur les normes de gouvernance.
- Nomination CMCL de la zone 6 – Dr Sylvain Matteau (MOTION 2016-01-25 / 03GMC)
- Politique et procédure CA-255 « Documents confidentiels numérisés » (MOTION 2016-01-25 / 05GMC)
- Politique et procédure GEN.2.40.10 « Relations avec les médias » (MOTION 2016-01-25 / 06GMC)
- Politique et procédure CA-120 « Mandat du Conseil d'administration et régime de gouvernance » (MOTION 2016-01-25 / 07GMC)
- Évaluation des réunions du Conseil d'administration; il a été convenu de poursuivre avec le même modèle d'évaluation aux prochaines réunions.

MOTION 2016/03/01-05P

Proposé par Paulette Sonier-Rioux

Appuyé par Adélarde Cormier

Et résolu que le Conseil d'administration adopte la nomination du Dr Sylvain Matteau comme chef du Département de médecine interne de la zone 6, pour un mandat de trois ans se terminant en 2018, en remplacement du Dr F. Shabani.

Adopté à l'unanimité.**MOTION 2016/03/01-06P**

Proposé par Tracy Peters

Appuyé par Lester Young

Et résolu que le Conseil d'administration adopte le rapport et les résolutions de la réunion du Comité de gouvernance et de mise en candidature du 25 janvier 2016.

Adopté à l'unanimité.

Elle présente le rapport de la réunion extraordinaire du Comité de gouvernance et de mise en candidature du 19 février 2016. Voici les points qui ont été soulignés :

- Nomination du Dr Khurshid Haque comme chef du Département de psychiatrie de la zone 5 pour un mandat de trois ans. (MOTION 2016-02-19 – 01GMC)
- Nomination du Dr Christian Dufour comme chef de Médecine familiale de la zone 5 pour un mandat de trois ans. (MOTION 2016-02-19 – 02GMC)

MOTION 2016/03/01-07P

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Rita Godbout

Et résolu que le Conseil d'administration adopte que Dr Khurshid Haque soit nommé chef du Département de psychiatrie de la zone 5 pour un mandat de trois ans.

Adopté à l'unanimité.**MOTION 2016/03/01-08P**

Proposé par Christian Mercier

Appuyé par Paulette Sonier-Rioux

Et résolu que le Conseil d'administration adopte que Dr Christian Dufour soit nommé chef de Médecine familiale de la zone 5 pour un mandat de trois ans.

Adopté à l'unanimité.**MOTION 2016/03/01-09P**

Proposé par Tracy Peters

Appuyé par Donald Thériault

Et résolu que le Conseil d'administration adopte le rapport et les résolutions de la réunion extraordinaire du Comité de gouvernance et de mise en candidature du 19 février 2016.

Adopté à l'unanimité.**8.3 Comité de finances et de vérification**

Philippe Ferguson présente le rapport du Comité de finances et de vérification du 18 février 2016. Voici les points qui ont été soulignés :

- Présentation du plan d'audit 2015-2016 (MOTION 2016/02/18-02FV)
- Coût pour le nouveau CHR – Contrat avec SNC Lavalin
- Présentation des états financiers au 31 décembre 2015 (MOTION 2016/02/18-04FV)
- Approbations des modifications budgétaires additionnelles pour 2015-2016 (MOTION 2016/02/18-05FV)
- Budget capital et opérationnel 2016-2017

MOTION 2016/03/01-10P

Proposé par Philippe Ferguson

Appuyé par Rita Godbout

Et résolu que le Conseil d'administration adopte le rapport et les résolutions de la réunion du Comité de finances et de vérification du 18 février 2016.

Adopté à l'unanimité.**8.4 Comité de gestion des risques et de la qualité**

Anne Soucie présente le rapport du Comité de gestion des risques et de la qualité du 27 janvier 2016. Voici les points qui ont été soulignés :

- Rapport du Bureau du vérificateur général (BVG) du Nouveau-Brunswick
- Plan qualité 2015-2016 et tableau de bord de la qualité
- Rapport des plaintes et des incidents - 3^e trimestre
- Rapport litige et réclamations en cours
- Sommaire du rapport provincial « La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) au N.-B. de 2003-2004 à 2014-2015 »
- Mise à jour – Agrément 2017
- Les sondages sur la qualité de vie au travail (Pulse)
- Expérience vécue d'un patient

Suite à la question d'un membre concernant la cueillette des plaintes, on explique qu'une équipe régionale des plaintes est en place dans le Réseau. On s'assure d'apprendre des plaintes formulées, car souvent il y a des améliorations qui peuvent être apportées. Ceci peut aussi prévenir que des situations semblables se reproduisent.

MOTION 2016/03/01-11P

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Lester Young

Et résolu que le Conseil d'administration adopte le rapport et les résolutions de la réunion du Comité de gestion des risques et de la qualité du 27 janvier 2016.

Adopté à l'unanimité.

8.5 Comité stratégique de la recherche et des affaires académiques

Aucune réunion du Comité stratégique de la recherche et des affaires académique n'a eu lieu depuis la dernière réunion du Conseil d'administration.

8.6 Comité médical consultatif

Dre France Desrosiers présente le rapport du Comité médical consultatif du 9 février 2016. Voici les points qui ont été soulignés :

- Résultats du Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail à l'intention des médecins qui guideront certains objectifs pour Vitalité dans la prochaine année
- Rapport de progrès – Plan de qualité
- Rapport régional trimestriel des plaintes médicales – Janvier 2016
- Approbation de politiques
 - Politique « Représentant légal » (Motion 2016/02/09-01-CMC)
 - Politique « Gestion de la warfarine » (Motion 2016/02/09-02-CMC)
 - Politique « Tuberculose respiratoire » (Motion 2016/02/09-04-CMC)

MOTION 2016/03/01-12P

Proposé par Sonia A .Roy

Appuyé par Christian Mercier

Et résolu que le Conseil d'administration adopte le rapport et les résolutions de la réunion du Comité médical consultatif du 9 février 2016.

Adopté à l'unanimité.

Elle présente également le rapport du médecin-chef régional :

- Nouveau médecin-chef local de la zone Nord-Ouest
- Comité consultatif des professionnels de la santé
- Comité provincial consultatif de la qualité et la sécurité des patients du N.-B.
- Comité provincial – Aide à mourir
- Comité consultatif sur les services cliniques

MOTION 2016/03/01-13P

Proposé par Christian Mercier

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le Conseil d'administration adopte le rapport du médecin-chef régional.

Adopté à l'unanimité.

8.7 Comité professionnel consultatif

Linda Sunderland présente le rapport du Comité professionnel consultatif du 26 janvier 2016. Voici les points qui ont été soulignés :

- Suivi sur la présentation des données pour le rapport de la Gestion intégrée des risques et le rapport sur la prévention des infections - lavage des mains.
- Mise à jour sur les activités du secteur de la pratique professionnelle.
- Suivi en ce qui a trait à une recommandation antérieure du CPC sur la problématique des no-shows et le travail effectué par un sous-comité du Conseil.
- Mise à jour par M. Lanteigne sur le Plan clinique et le plan de transformation de Vitalité, et changements à venir dans la structure organisationnelle de Vitalité.
- Présentation des rapports suivants :
 - Satisfaction des patients hospitalisés - sommaire - juillet à septembre 2015
 - Prévention des infections - Rapport trimestriel - juillet à septembre 2015
 - Mise à jour - Agrément

MOTION 2016/03/01-14P

Proposé par Pierre Martin

Appuyé par Donald Thériault

Et résolu que le Conseil d'administration adopte le rapport de la réunion du Comité professionnel consultatif du 26 janvier 2016.

Adopté à l'unanimité.

8.8 Comité ad-hoc - Voyages médicaux

Aucune réunion du Comité ad-hoc - Voyages médicaux n'a eu lieu depuis la dernière réunion du Conseil d'administration. Donald Thériault présente toutefois une mise à jour de ce comité. Voici les points qui constituent cette mise à jour :

- Note de service pour rendez-vous cliniques
- Mise à jour de la révision du processus d'assignation des rendez-vous
- Analyse des patients qui ne se présentent pas à leurs rendez-vous (No-Show)
- Les résultats de ces analyses seront apportés au comité lors de la prochaine réunion
- Analyse des patients qui voyagent plus de 50 km pour obtenir leurs services

9. Privilèges temporaires

Le président-directeur général du Réseau de santé Vitalité a signé des privilèges temporaires depuis la dernière réunion du Conseil d'administration et on présente la liste pour ratification.

MOTION 2016/03/01-15P

Proposé par Gabriel Godin

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le Conseil d'administration entérine la liste des privilèges temporaires déposés par le président-directeur général tel que présentée.

Adopté à l'unanimité.

10. Dossiers légaux

Aucun nouveau dossier n'a été entamé depuis la dernière réunion du Conseil d'administration.

11. Correspondance

Une liste de la correspondance reçue ou expédiée par le Conseil d'administration est présentée aux membres du Conseil d'administration.

12. Autre**12.1 Histoire d'une expérience d'un patient**

L'approche centrée sur le patient désigne l'interaction réelle des patients avec le système et fait partie des processus de soins à titre de partenaire. Comparativement à la satisfaction patient qui pour sa part, se réfère à la perception des patients sur certaines dimensions préétablies et fait partie des résultats de soins, le Réseau s'engage à relever la barre et créer une valeur ajoutée en matière de soins centrés sur le patient et sa famille en misant sur une stratégie d'expérience clientèle mettant l'accent sur la création et le soutien de partenariats mutuellement avantageux.

Un des premiers jalons de cette approche est d'avoir un témoignage d'un patient ou une histoire de cas à chacune des réunions du Conseil d'administration et de permettre des discussions sur les opportunités d'amélioration.

Une première situation vécue est présentée par M. Philippe Ferguson. Par la suite, une discussion d'environ quinze minutes sur quelques questions touchant les éléments les plus marquants de la situation vécue a été abordée.

La direction prendra en considération les commentaires des membres du Conseil d'administration et s'en servira afin d'améliorer la qualité des soins et services.

12.2 Renouvellement de l'organisation – organigramme

Depuis octobre 2015, l'Équipe de leadership s'est engagée dans un exercice de renouvellement de la structure l'organisation avec l'optique de renforcer le Réseau de santé Vitalité. Cet exercice vise à mettre en place une approche régionale renforcée de façon à offrir des soins de santé sécuritaire et de qualité dans un cadre cohérent et uniformisé.

Par souci de transparence et conscient de la nécessité de réaliser l'exercice sans engagement additionnel de coûts, l'Équipe de leadership s'est dotée des objectifs suivants :

- Optimisation de l'intégration clinique
- Standardisation des services dans le Réseau
- Introduction de la cogestion médicale administrative
- Emphase sur le continuum santé et bien-être

- Renforcer les services de qualité et sécuritaires
- Maintenir une gestion de changement efficace
- Minimiser l'impact sur les ressources humaines

La nouvelle structure de l'organisation a été considérablement bonifiée depuis la version initiale qui a été présentée au Conseil d'administration le 14 décembre dernier grâce aux nombreux commentaires reçus du personnel incluant le corps médical. Le présent modèle prévoit une approche axée sur les besoins des patients et qui intègre et uniformise les services cliniques et les services de soutien dans un cadre régional unique. Ce modèle prévoit aussi qu'il sera plus facile d'introduire le concept de la cogestion dans des programmes cliniques.

Le modèle prévoit aussi la création d'un nouveau poste de vice-président aux Services médicaux, Formation médicale et Recherche. Ce poste clé est essentiel pour offrir du leadership aux médecins dans le cadre de la cogestion des programmes et des services, et à affermir notre mandat en matière d'enseignement et de recherche.

L'organigramme de chacun des nouveaux vice-présidents (e) est présenté. Les soins palliatifs et les premières nations seront identifiés dans la structure au niveau approprié de l'organigramme.

12.3 Cadre de transparence et d'ouverture en matière de communication et de publication des résultats

Le Réseau de santé Vitalité met de plus en plus de renseignements à la disposition des citoyens et des citoyennes de la province du Nouveau-Brunswick. Par ailleurs, les citoyens et citoyennes, les groupes d'intérêt et les partenaires communautaires se voient offrir plus de possibilités de participer aux discussions entourant la planification des soins et des services du Réseau et l'élaboration de ses priorités en la matière.

À titre de leader dans les soins de santé, le Réseau joue un rôle important dans la prestation de soins et de services de haute qualité, axés sur les besoins de la population et s'engage à offrir un niveau accru de transparence et d'ouverture pour renforcer la confiance dans ses décisions.

Le Réseau propose au Conseil d'administration l'adoption d'un Cadre de transparence et d'ouverture en matière de communication et de publication des résultats afin de soutenir cet engagement. Ce cadre, qui couvre la période 2016-2018, propose des mesures concrètes que le Réseau prévoit entreprendre afin d'accroître l'accès des citoyens et citoyennes à des renseignements opportuns, pertinents et utiles. Le Réseau compte mettre ces mesures en œuvre tout en respectant les considérations liées à la protection de la vie privée et la protection des renseignements personnels sur la santé de ses patients et de ses patientes.

MOTION 2016/03/01-16P

Proposé par Pierre Martin

Appuyé par Adélarde Cormier

Et résolu que le Conseil d'administration adopte le cadre de transparence et d'ouverture en matière de communication et de publication des résultats tel que présenté, dont la mise en place s'échelonne jusqu'à 2017.

Adopté à l'unanimité.

13. Documentation pour information pour les membres

13.1 Article : Gouvernance

Dans le cadre du plan de formation continue des membres du Conseil d'administration, le Réseau s'engage à partager des articles d'intérêt aux membres du Conseil d'administration. L'article proposé fait référence aux fonctions élargies de la gouvernance; approche client, qualité, éthique, gestion des risques, relation avec les communautés, allocation des ressources et autres. Tous les membres du Conseil d'administration sont invités à suggérer des articles pour les prochaines rencontres.

14. Levée de la séance

Christian Mercier propose la levée de la séance à 15 h 45.

15. Évaluation de la séance

Les membres du Conseil d'administration sont demandés de compléter l'évaluation de la séance.

16. Dialogue avec le public

Le dialogue avec le public a eu lieu.

Paul Couturier
Président du Conseil d'administration

Gilles Lanteigne
Secrétaire du Conseil d'administration

ÉBAUCHE

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 26 avril 2016

Objet : **Suivis du procès-verbal du 1 mars 2016**

Voici les suivis au procès-verbal de la dernière rencontre publique :

6.1.1 Imagerie par résonance magnétique (IRM)

Depuis la dernière rencontre et compte tenu de la nouvelle structure administrative, le dossier de l'IRM a été transféré à Monsieur Stéphane Legacy. Plusieurs rencontres se sont déroulées avec le chef du département de l'imagerie médicale, le chef de service, le vice-président des services cliniques et le P.-D.G. pour évaluer les diverses alternatives pour régler la problématique.

Ces alternatives ont été documentées et l'analyse de trois options possibles ont été retenues. Les avantages et inconvénients de chacune des trois options ont été considérés en tenant des autres impacts auprès de la clientèle et des coûts. Au cours des prochaines semaines, une rencontre sera organisée avec le Ministère pour partager les constatations et explorer comment faire progresser le dossier.

Puisque certains modèles de l'appareil sont aussi dans d'autres établissements du Réseau de santé Vitalité, une démarche pour analyser la qualité des images sera complétée.

Désormais, le suivi du dossier se fera à l'interne et ne sera pas l'objet de mise à jour au Conseil d'administration, à moins de circonstances extraordinaires.

6.1.2 Plan de transparence

Les démarches sont en cours pour s'assurer que l'information tel que déterminée dans le plan de transparence soit mise sur le site web. Lorsque ceci sera terminé, nous préparerons une démonstration du site pour les membres du Conseil d'administration.

De plus, comme le plan de transparence s'échelonne sur une période de trois ans, un rapport de progrès annuel sera soumis au Conseil d'administration.

Soumis le 11 avril 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité et secrétaire du Conseil d'administration.

Rapport du PDG

Rapport du président-directeur général au Conseil d'administration Réunion du 26 avril 2016 Dalhousie, Nouveau-Brunswick

Chers membres du Conseil d'administration,

Le rapport qui suit couvre la période du 22 février au 15 avril 2016. Il vise à vous informer des principaux accomplissements envers l'atteinte de nos objectifs du Plan régional de santé et d'affaires 2015-2018 et des autres dossiers prioritaires pour le Réseau.

Depuis la dernière réunion du Conseil d'administration, la mise en œuvre de la nouvelle structure organisationnelle a mobilisé beaucoup de temps et d'énergie de la part de toute l'équipe de leadership du Réseau et de l'ensemble des gestionnaires. À cet égard, l'engagement et le dévouement de toutes les parties prenantes ont été remarquables et ont permis d'effectuer une transition sans heurt. Le travail est loin d'être terminé, mais les fondements organisationnels requis qui nous permettront d'atteindre nos objectifs sont maintenant en place.

Je vous souhaite une bonne lecture!

1. Engagement du personnel et du corps médical

1.1 Développement de la phase 2 du Plan des services cliniques

Le Comité consultatif sur les services cliniques s'est réuni à trois reprises depuis la dernière réunion du Conseil d'administration. Les efforts ont surtout porté sur la planification et l'organisation de deux journées de consultation avec les médecins qui auront lieu à Edmundston les 21 et 22 avril 2016. Il s'agit d'une étape cruciale dans le développement de la phase 2 du Plan des services cliniques alors qu'une centaine de médecins sont attendus à ces rencontres. Ils auront l'occasion de discuter de l'offre de service et de partager leurs idées quant à la manière d'améliorer l'organisation des services spécialisés et surspécialisés sur le territoire du Réseau. Nous avons toujours comme objectif de terminer la phase 2 du Plan des services cliniques.

2. Gestion des ressources financières et matérielles

2.1 Centralisation des systèmes financiers

La centralisation des systèmes financiers des quatre anciennes régions régionales de la santé est maintenant terminée avec la transition de la zone Acadie-Bathurst vers les nouveaux systèmes en mars 2016. Placé sous la direction de M. Joey Caissie, ce projet d'envergure, débuté au printemps 2014, a nécessité la participation de membres du personnel des Finances, de la Paie, des Ressources humaines, de la Gestion du matériel, de l'Informatique et de l'Amélioration de la performance. Grâce aux systèmes financiers unifiés, il sera désormais plus facile de suivre l'évolution financière du Réseau.

2.2 Marge de manœuvre financière de 4 millions de dollars en 2016-2017

Grâce au travail diligent des équipes en place, le Réseau est en mesure de dégager une marge de manœuvre financière de l'ordre de 4 millions de dollars durant l'exercice financier 2016-2017, et ce, à même le budget alloué. Cette somme servira à entreprendre la mise en œuvre du plan de transformation et de modernisation des soins de santé et des mesures prévues dans la phase 1 du Plan des services cliniques du Réseau, et ce, même si la mesure de réduire le nombre de lits n'a pas été retenue par le Ministère. Il s'agit donc d'une excellente nouvelle qui positionne avantageusement notre organisation vers la mise en place de soins et de services de santé primaires accrus.

3. Gestion des ressources humaines

3.1 Départ et arrivée

M. Richard Losier, vice-président aux Services cliniques, a quitté ses fonctions le 2 avril 2016 afin de poursuivre sa carrière dans le secteur privé. Au nom de toute l'équipe de leadership et du personnel de la zone Beauséjour, je tiens à lui exprimer mes remerciements pour son travail et sa contribution à l'avancement des soins de santé pour la population que nous desservons.

C'est madame Johanne Roy qui occupe les fonctions sur une base intérimaire. Gestionnaire compétente et expérimentée, Mme Roy est entrée en poste le 7 avril 2016. Je lui souhaite la plus cordiale des bienvenues parmi nous et bon succès dans l'accomplissement de son mandat intérimaire.

3.2 Postes de vice-présidents

Les entretiens afin de pourvoir le poste de vice-président aux Services cliniques et celui de vice-président aux Services médicaux, à la Formation médicale et à la Recherche sont prévus pour les derniers jours d'avril. Pour ce dernier, une demande a été acheminée au doyen de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke afin de solliciter leur participation au processus de sélection.

4. Relations avec nos partenaires et groupes communautaires

4.1 Rencontres et démarches de représentation

Pendant la période visée par ce rapport j'ai participé à près de 30 rencontres et discussions avec nos partenaires et plusieurs parties prenantes. Je souligne notamment des rencontres fructueuses avec l'organisation du personnel médical (OPM) des zones Beauséjour et Acadie-Bathurst, de même qu'avec plusieurs médecins sur une base individuelle. La liste détaillée de mes rencontres et démarches de représentation est présentée en annexe I de ce rapport.

4.2 Pistes prometteuses de partenariats

Au cours des dernières semaines, j'ai notamment eu l'occasion de participer à des rencontres avec des représentants de la première nation Listuguj Mi'gmaq (Québec) et des municipalités de Saint-Isidore et de Bertrand. Dans tous les cas, les discussions ont été positives et laissent entrevoir la possibilité d'établir des partenariats fructueux avec ces communautés.

4.3 Le Centre de santé du sein est ouvert sur la communauté

Le Centre de santé du sein du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont a tenu, le samedi 9 avril dernier, une activité « portes ouvertes » afin de souligner son premier anniversaire. Environ une centaine de personnes se sont déplacées et ont eu l'occasion de visiter le centre et d'en apprendre davantage sur sa mission et les services offerts. Des survivantes du cancer du sein provenant d'un peu partout au Nouveau-Brunswick étaient également présentes. Au nom de la Fondation CHU Dumont, la Dre Jocelyne Hébert et le Dr Marcel Caissie ont annoncé la tenue d'une nouvelle activité de collecte de fonds. Intitulée « Course de nuit électrisante », l'activité consiste en une course ou une marche de 5 km en soirée, le vendredi 24 juin 2016. Les fonds amassés aideront à fournir des prothèses et des soutiens-gorge aux patientes atteintes de cancer.

5. Gestion stratégique / Communication

5.1 Renouveau organisationnel

La mise en œuvre de la nouvelle structure organisationnelle, annoncée dans mon dernier rapport, s'est déroulée tel que prévu en mars dernier. Après la phase initiale, comprenant le groupe des vice-présidents et des directeurs, une deuxième phase a été dévoilée avec l'annonce de la nomination de près de 25 personnes dans le secteur de la Performance, de la Qualité et des Services généraux. Il s'agissait pour la plupart de postes d'analystes, de conseillers, de gestionnaires régionaux et de coordonnateurs.

5.2 Cadre de transparence et d'ouverture

J'ai mandaté le directeur des Communications et de l'Engagement communautaire de publier dès que possible, sur le site Internet du Réseau, le *Cadre de transparence et d'ouverture en matière de communication et de publication des résultats* adopté par le Conseil lors de la réunion du 1^{er} mars dernier. La nouvelle politique sur les Relations avec les médias sera également publiée en ligne. Cette dernière a fait l'objet d'une sortie publique de la part du président d'Égalité santé en français et du Dr Rémi Leblanc qui ont exprimé des préoccupations en lien avec sa portée et sa mise en œuvre. J'ai eu l'occasion d'accorder des entrevues aux médias sur le sujet et de parler à quelques médecins afin de les rassurer.

6. Mise en œuvre d'une culture de qualité et de sécurité des patients

6.1 Centre d'excellence en Trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale

Le Centre d'excellence en trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) du Nouveau-Brunswick, qui est géré par le Réseau, a récemment participé au lancement des nouvelles

lignes directrices canadiennes pour le diagnostic en TSAF. Il s'agit d'un honneur qui vient reconnaître le rôle de premier plan joué par la province en cette matière.

Ce lancement vient couronner un peu plus de deux années de travail de la part d'une équipe de spécialistes canadiens, de l'Agence de santé publique du Canada et du Réseau de recherche CanFASD qui ont collaboré afin de mettre à jour les lignes directrices canadiennes. La docteure Nicole Leblanc, pédiatre au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont et médecin-conseil au Centre d'excellence TSAF du Nouveau-Brunswick, faisait partie de l'équipe de spécialistes canadiens. Je salue l'expertise et le travail de pionnier de la docteure Leblanc. Je la remercie pour son travail au sein du comité national et sa contribution au développement d'une solide expertise en TSAF au Nouveau-Brunswick.

7. Relations avec le Conseil d'administration

7.1 Plan des services cliniques – phase 1

La lettre budgétaire du ministère de la Santé précise notamment qu'aucun changement aux programmes existants ne peut être mis en place sans une directive de sa part. On y précise également la nécessité de soumettre un plan régional de santé et d'affaires d'ici le 6 mai 2016 et le fait que le nombre maximal de lits en opération alloués ne doit pas dépasser 965 lits.

7.2 Candidatures aux postes du Conseil d'administration du Réseau

En date du vendredi 8 avril dernier, le site Internet d'Élections Nouveau-Brunswick affichait qu'un total de 28 citoyens et citoyennes ont posé leur candidature en vue des élections afin d'obtenir un poste au Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité. Le scrutin, qui aura lieu le 9 mai 2016, permettra d'élire huit membres du Conseil d'administration, soit une personne pour chacune des sous-régions. Les sept autres membres du Conseil d'administration seront nommés par le ministre de la Santé. Bonne chance aux membres sortants qui ont choisi de se représenter afin de solliciter un deuxième mandat.

8. Intégration des initiatives stratégiques et opérationnelles

8.1 Création du Comité stratégique des opérations

Dans le sillage de la mise en œuvre de la nouvelle structure organisationnelle du Réseau, j'ai procédé récemment à la mise en place d'un forum regroupant l'équipe de leadership, les médecins-chefs, les directeurs médicaux et les directeurs du Réseau. Appelé « Comité stratégique des opérations », ce groupe a comme objectif d'appuyer la vision, la mission et

les valeurs du Réseau en veillant à ce que les fonctions organisationnelles clés s'effectuent de façon cohérente selon un processus structuré et rigoureux.

Ce comité constitue une pièce maîtresse dans nos efforts visant à doter le Réseau d'une structure organisationnelle qui lui permettra de mettre en œuvre sa vision de moderniser et transformer les soins de santé au Nouveau-Brunswick. Cette vision permettra au Réseau de devenir une organisation encore mieux intégrée et cohésive pour assurer une meilleure prestation des soins de santé à la population.

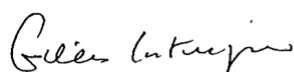
8.2 Performance organisationnelle

Un membre du Conseil d'administration avait suggéré de mettre davantage d'emphase sur l'analyse des indicateurs de rendement et des autres mesures de la performance. Pour y donner suite, j'ai demandé que l'on revoie le contenu du rapport du Comité de qualité et des risques (qui portera désormais le nom de Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité) qui est soumis au Conseil d'administration lors de ses réunions. Ceci m'apparaît plus approprié, d'autant plus que, tout comme le Comité des finances et de vérification couvre les aspects des finances et des volumes d'activité, le Comité des services à la clientèle, de la qualité et de la sécurité s'occupe quant à lui de la performance générale de l'organisation. Je vous invite donc à consulter les rapports de ces deux comités pour avoir une bonne appréciation du rendement et de la performance du Réseau de santé Vitalité.

Voilà qui fait le tour des principaux dossiers du Réseau pour la période du 22 février au 15 avril 2016. Beaucoup de temps et d'énergie seront consacrés durant les prochaines semaines à la production du rapport annuel 2015-2016 et des états financiers vérifiés qui seront présentés au Conseil d'administration pour approbation lors de l'assemblée générale annuelle du 28 juin prochain.

La planification stratégique et la finalisation de la phase 2 du Plan des services cliniques sont d'autres chantiers importants qui retiendront l'attention et monopoliseront les efforts ce printemps.

Le président-directeur général,




Gilles Lanteigne

ANNEXE 1 – Liste des rencontres et représentations du PDG (du 22 février au 15 avril 2016)

Sur une base régulière, des rencontres ont lieu avec les différentes instances gouvernementales, des groupes d'employés et de médecins, des partenaires communautaires et d'autres parties prenantes, tant à l'échelle régionale, provinciale que nationale.

1. Le 22 février 2016 : Rencontre avec M. Donald Arseneau, ministre de l'Énergie et des Mines – foyer de soins de Dalhousie;
2. Le 23 février 2016 : Rencontre avec les médecins de l'organisation du personnel médical (OPM) - Zone Beauséjour (Renouvellement organisationnel);
3. Le 24 février 2016 : Rencontre avec les médecins de l'OPM de la zone Acadie-Bathurst - (Renouvellement organisationnel);
4. Le 25 février 2016 : Rencontre avec Rachel Arseneau-Ferguson (Transmed);
5. Le 25 février 2016 : Rencontre avec le Forum des maires du Restigouche;
6. Le 2 mars 2016 : Rencontre avec Tom Maston, sous-ministre de la Santé - Projet de soins communautaires;
7. Le 8 mars 2016 : Rencontre avec Anne Bertrand, Commissaire à l'accès à l'information et à la protection de la vie privée du Nouveau-Brunswick;
8. Le 9 mars 2016 : Rencontre avec Jean Dubé (Premier Shuttle inc.);
9. Le 14 mars 2016 : Dr Alier Marrero (neurologue au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont (CHUDGLD) ;
10. Le 15 mars 2016 : Dr Finnegan (radiologiste au CHUDGLD);
11. Le 16 mars 2016 : Rencontre avec M. Robert Steward (Santé catholique internationale);
12. Le 17 mars 2016 : Rencontre avec le chef Scott Martin et le directeur général Paul Stanley du gouvernement Mi'Gmaq du Listuguj ;
13. Le 18 mars 2016 : Rencontre avec Dr Pierre Cossette, professeur titulaire et doyen, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke;
14. Le 21 mars 2016: Rencontre avec Diane Léger (Foyer de soins de Dalhousie);
15. Le 22 mars 2016 : Rencontre avec Dr Furlong – Dalhousie;
16. Le 22 mars 2016 : Rencontre avec Dre Youla - Campbellton ;
17. Le 30 mars 2016 : Rencontre avec Lise Guerrette-Daigle (Infirmières praticiennes);
18. Le 30 mars 2016 : Rencontre avec Dr Marrero (neurologue au CHUDGLD);
19. Le 30 mars 2016 : Rencontre avec Marc-Antoine Chiasson (McInnes Cooper);
20. Le 1er avril 2016 : Rencontre avec Dr Arseneault et l'équipe de médecine familiale (Clinique médicale Nepisiguit);
21. Le 4 avril 2016 : Rencontre avec le ministre Denis Landry (Centre de santé de Saint-Isidore);
22. Le 4 avril 2016 : Rencontre avec Joël Thibodeau (maire de Bertrand);

- 
23. Le 4 avril 2016 : Rencontre avec Dr Michel H. Landry, doyen associé, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke;
 24. Le 13 avril 2016 : Rencontre avec Nancy Nicol (Association des auxiliaires du N.-B.);
 25. Le 14 avril 2016 : Rencontre avec Tom Maston, sous-ministre de la Santé.

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 26 avril 2016

Objet : **Comité exécutif**

Cette note a pour but de vous informer qu'il n'y a eu aucune réunion du Comité exécutif depuis la dernière réunion du Conseil d'administration.

Soumis le 15 avril 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité et secrétaire du Conseil d'administration.

Rapport de la présidente
Comité de gouvernance et de mise en candidature
Réunion tenue le 31 mars 2016

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 26 avril 2016

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature a tenu une réunion régulière le 31 mars 2016. Les sujets suivants ont été discutés :

- **Rapport du Sous-comité des normes de gouvernance** ; le développement d'un plan d'action qui découle des résultats de l'auto-évaluation sur les normes de gouvernance est en cours avec le support d'un petit groupe de travail composé du président du Comité, du PDG et de l'équipe de la Qualité.
- **Formulaires d'évaluation des réunions du Conseil d'administration** ; le contenu des formulaires a été révisé à la lumière des normes de gouvernance.

MOTION 2016-03-31 / 03GMC

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Paulette Sonier-Rioux

Et résolu que les formulaires d'évaluation des réunions du Conseil d'administration soient approuvés avec les modifications suggérées.

Adopté à l'unanimité.

- **Politique et procédure « Planification stratégique »** ; cette nouvelle politique consiste au Conseil d'administration de superviser un processus de planification stratégique pour élaborer la vision, la mission et les valeurs de l'organisation, ainsi que pour établir son plan, ses buts et ses orientations stratégiques.

MOTION 2016-03-31 / 04GMC

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Paulette Sonier-Rioux

Et résolu que la politique et procédure « Planification stratégique » soit approuvée telle que présentée.

Adopté à l'unanimité.

- **Politique et procédure « Sous-comité de la planification stratégique »** ; cette nouvelle politique a pour objectif de mettre sur pied un Sous-comité de la planification stratégique pour superviser le processus entourant la planification stratégique.

MOTION 2016-03-31 / 05GMC

Proposé par Christian Mercier

Appuyé par Anne Soucie

Et résolu que la politique et procédure « Sous-comité de la planification stratégique » soit approuvée telle que présentée.

Adopté à l'unanimité.

Le sous-comité sera composé de trois membres votants du Conseil d'administration (CA), dont l'un assumera la présidence du sous-comité. Le sous-comité sera en fonction jusqu'en juin 2016, soit jusqu'à la tenue de l'Assemblée générale annuelle. L'expertise dans le système de santé et de la gouvernance est de mise pour siéger à ce sous-comité.

MOTION 2016-03-31 / 06GMC

Proposé par Christian Mercier

Appuyé par Paulette Sonier-Rioux

Et résolu que Gabriel Godin, Anne Soucie et Tracy Peters soient nommés pour siéger au sous-comité de la planification stratégique pour une période temporaire, qui prendra fin en juin 2016.

Adopté à l'unanimité.

- **Politiques et procédures révisées ;**

- CA-210 « Orientation des nouveaux membres du Conseil »
- CA-310 « Comité exécutif »
- CA-320 « Comité de gouvernance et de mise en candidature »
- CA-395 « Comité stratégique de la recherche et des affaires académiques »
- GEN.1.40.10 « Mandat du Comité professionnel consultatif »
- GEN.1.40.85 « Mandat du Comité d'éthique de la recherche »
- CA-350 « Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité »
- CA-400 « Processus d'évaluation de la performance du PDG »

MOTION 2016-03-31 / 07GMC

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Paulette Sonier-Rioux

Et résolu que la politique et procédure CA-210 « Orientation des nouveaux membres du Conseil » soit approuvée avec les modifications proposées.

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2016-03-31 / 09GMC

Proposé par Christian Mercier

Appuyé par Paulette Sonier-Rioux

Et résolu que la politique et procédure CA-310 « Comité exécutif » soit approuvée avec les modifications proposées.

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2016-03-31 / 10GMC

Proposé par Christian Mercier

Appuyé par Anne Soucie

Et résolu que la politique et procédure CA-320 « Comité de gouvernance et de mise en candidature » soit approuvée avec les modifications proposées.

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2016-03-31 / 11GMC

Proposé par Paulette Sonier-Rioux

Appuyé par Christian Mercier

Et résolu que la politique et procédure CA-395 « Comité stratégique de la recherche et des affaires académiques » soit approuvée avec les modifications proposées.

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2016-03-31 / 12GMC

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Christian Mercier

Et résolu que la politique et procédure GEN.1.40.10 « Mandat du Comité professionnel consultatif » soit approuvée avec les modifications proposées.

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2016-03-31 / 14GMC

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Paulette Sonier-Rioux

Et résolu que la politique et procédure GEN.1.40.85 « Mandat du Comité d'éthique de la recherche » soit approuvée avec les modifications proposées.

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2016-03-31 / 15GMC

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Paulette Sonier-Rioux

Et résolu que la politique et procédure CA-350 « Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité » soit approuvée avec les modifications proposées.

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2016-03-31 / 16GMC

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Paulette Sonier-Rioux

Et résolu que la politique et procédure CA-400 « Processus d'évaluation de la performance du PDG » soit approuvée avec les modifications suggérées.

Adopté à l'unanimité.

- **Ébauche – Table des matières du manuel d'orientation du Conseil d'administration;** celle-ci a été révisée, mais elle est sujette à changer au fur et à mesure que le manuel sera créé.

MOTION 2016-03-31 / 08GMC

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Christian Mercier

Et résolu que l'ébauche de la table des matières du manuel d'orientation du Conseil d'administration soit approuvée avec les modifications proposées.

Adopté à l'unanimité.

- **Politique et procédure « Appellation des installations matérielles »** ; cette nouvelle politique sera insérée dans le manuel général des politiques et procédures du Réseau de santé Vitalité.

MOTION 2016-03-31 / 13GMC

Proposé par Paulette Sonier-Rioux

Appuyé par Christian Mercier

Et résolu que la politique et procédure « Appellation des installations matérielles » soit approuvée telle que présentée.

Adopté à l'unanimité.

- **Politique et procédure « Mandat : Comité d'évaluation du rendement et du développement du Président-directeur général »** ; une nouvelle politique a été élaborée qui vise à mettre sur pied un Comité d'évaluation du rendement et du développement du PDG.

MOTION 2016-03-31 / 17GMC

Proposé par Paulette Sonier-Rioux

Appuyé par Christian Mercier

Et résolu que la politique et procédure « Mandat : Comité d'évaluation du rendement et du développement du Président-directeur général » soit approuvée telle que présentée.

Adopté à l'unanimité.

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité de Gouvernance et de mise en candidature pour la réunion tenue le 31 mars 2016 et je propose l'adoption de ce rapport tel que présenté.

Tracy Peters

Présidente du Comité de Gouvernance et de mise en candidature

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Point 8.2

Titre de la réunion :	Comité de gouvernance et de mise en candidature	Date et heure :	Le 31 mars 2016 à 09:00	
		Endroit :	Vidéoconférence	
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst (siège social) :	grande salle	(Gilles)
		Moncton :	salle du conseil	(Tracy)
		Edmundston :	salle du conseil	(Paul, Gisèle et Lucie)
	Tracy Peters	Campbellton :	salle palliative	(Christian)
	Lucie Francoeur	Téléconférence		(Anne et Paulette)
Participants				
Tracy Peters (Présidente)	✓	Paul Couturier	✓	Bonnie Mae Martin A
Gilles Lanteigne	✓	Anne Soucie	✓	Paulette Sonier-Rioux ✓
Gisèle Beaulieu	✓	Christian Mercier	✓	
PROCÈS-VERBAL				

1. Ouverture de la séance

La séance est ouverte à 09:00 par Tracy Peters.

2. Déclaration de conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

3. Adoption de l'ordre du jour**MOTION 2016-03-31 / 01GMC**

Proposé par Paulette Sonier-Rioux

Appuyé par Christian Mercier

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

Adopté à l'unanimité.

4. Adoption du procès-verbal du 25 janvier 2016**MOTION 2016-03-31 / 02GMC**

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Christian Mercier

Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 25 janvier 2016 soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

5. Suivis de la dernière réunion tenue le 25 janvier 2016

Rien de particulier à ajouter.

6. Affaires permanentes**6.1 Plan de travail 2015-2016**

Le plan de travail 2015-2016 qui fait état des activités est présenté aux membres pour information. À ce jour, les échéanciers sont respectés pour chacune des activités.

6.2 Rapport – Sous-comité des normes de gouvernance – note couverture

Le développement d'un plan d'action qui découle des résultats de l'auto-évaluation sur les normes de gouvernance est en cours avec le support d'un petit groupe de travail composé du président du comité, du PDG et de l'équipe de la Qualité.

6.2.1 Formulaires d'évaluation des réunions du CA

Les formulaires d'évaluation des réunions du Conseil d'administration ont été révisés à la lumière des normes de gouvernance. Les modifications suggérées sont indiquées en rouge.

MOTION 2016-03-31 / 03GMC

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Paulette Sonier-Rioux

Et résolu que les formulaires d'évaluation des réunions du Conseil d'administration soient approuvés avec les modifications suggérées.

Adopté à l'unanimité.

7. Affaires nouvelles

Planification stratégique

7.1 Politique et procédure CA-xx « Planification stratégique »

Une nouvelle politique et procédure en lien avec la planification stratégique a été élaborée qui consiste au Conseil d'administration (CA) de superviser un processus de planification stratégique pour élaborer la vision, la mission et les valeurs de l'organisation, ainsi que pour établir son plan, ses buts et ses orientations stratégiques. Le CA sera également responsable de la surveillance de l'exécution du plan.

MOTION 2016-03-31 / 04GMC

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Paulette Sonier-Rioux

Et résolu que la politique et procédure « Planification stratégique » soit approuvée telle que présentée.

Adopté à l'unanimité.

7.2 Politique et procédure CA-xx « Sous-comité de la planification stratégique »

Une nouvelle politique et procédure qui a pour objectif de mettre sur pied un Sous-comité de la planification stratégique a été élaborée. Le sous-comité de la planification stratégique supervise le processus de planification stratégique pour élaborer la vision, mission et les valeurs de l'organisme, ainsi que pour établir son plan, ses buts et ses objectifs stratégiques. Les membres passent en revue les responsabilités spécifiques du sous-comité qui sont claires et précises.

MOTION 2016-03-31 / 05GMC

Proposé par Christian Mercier

Appuyé par Anne Soucie

Et résolu que la politique et procédure « Sous-comité de la planification stratégique » soit approuvée telle que présentée.

Adopté à l'unanimité.

Le sous-comité sera composé de trois membres votants du Conseil d'administration (CA), dont l'un assumera la présidence du sous-comité. Il est suggéré d'identifier aujourd'hui les membres qui siégeront à ce sous-comité, dans le but de fixer une première rencontre en avril-mai, soit avant l'Assemblée générale annuelle. La présidence du sous-comité sera déterminée lors de la première réunion. On précise que le sous-comité sera en fonction jusqu'en juin 2016. On rappelle que le président du CA est membre d'office ayant droit de vote de tous les comités permanents du CA.

Les membres sont d'avis que l'expertise dans le système de santé et de la gouvernance est de mise pour siéger à ce sous-comité. Les membres suivants sont suggérés à siéger au sous-comité :

- Donald Thériault
- Anne Soucie
- Tracy Peters
- Gabriel Godin
- Paulette Sonier-Rioux

Après discussion, on s'entend que Donald Thériault et Gabriel Godin ne sont pas présents pour exprimer chacun leur intérêt à siéger au sous-comité, toutefois ils pourront le faire lors de la prochaine réunion du CA. On rappelle que le sous-comité sera en fonction jusqu'à la tenue de l'Assemblée générale annuelle, ensuite la composition sera revue avec l'arrivée des nouveaux membres. Des cinq membres suggérés, il y a trois membres qui ressortent, dont l'expertise nécessaire, et leur expérience cadrent adéquatement avec la planification stratégique.

MOTION 2016-03-31 / 06GMC

Proposé par Christian Mercier

Appuyé par Paulette Sonier-Rioux

Et résolu que Gabriel Godin, Anne Soucie et Tracy Peters soient nommés pour siéger au sous-comité de la planification stratégique pour une période temporaire, qui prendra fin en juin 2016.

Adopté à l'unanimité.

Programme d'orientation

7.3 Politique et procédure CA-210 « Orientation des nouveaux membres du Conseil »

La politique et procédure CA-210 « Orientation des nouveaux membres du Conseil » a été révisée, puis les modifications suggérées sont indiquées en couleur. On s'interroge sur les activités à être accomplies pendant la première année au sein du CA. Durant les premiers 6 mois, le nouveau membre siège au moins une fois sur chaque comité. L'intention est de permettre aux nouveaux membres de bien comprendre le mandat des différents comités en place et qu'ils soient en mesure de bien faire leur rôle.

MOTION 2016-03-31 / 07GMC

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Paulette Sonier-Rioux

Et résolu que la politique et procédure CA-210 « Orientation des nouveaux membres du Conseil » soit approuvée avec les modifications proposées.

Adopté à l'unanimité.

7.4 Ébauche – Table des matières du manuel d'orientation du Conseil d'administration

Une ébauche de la table des matières du manuel d'orientation du Conseil d'administration (CA) est présentée pour commentaires. On modifiera le titre du numéro 15, puisque conformément aux règlements administratifs, il y a trois comités permanents du CA, dont le comité exécutif, le comité des finances et de vérification et le comité de gouvernance et de mise en candidature. Aussi, il est suggéré d'avoir toutes les lois dans la même section. La table des matières du manuel d'orientation du CA est sujette à changer au fur et à mesure que le manuel sera créé.

MOTION 2016-03-31 / 08GMC

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Christian Mercier

Et résolu que l'ébauche de la table des matières du manuel d'orientation du Conseil d'administration soit approuvée avec les modifications proposées.

Adopté à l'unanimité.

Politiques

7.5 Politique et procédure CA-310 « Comité exécutif »

La politique et procédure CA-310 « Comité exécutif » a été révisée. Les modifications suggérées sont indiquées en couleur. On rappelle que le Comité exécutif traite des questions urgentes ou qui doivent être résolues entre les réunions régulières du Conseil d'administration.

MOTION 2016-03-31 / 09GMC

Proposé par Christian Mercier

Appuyé par Paulette Sonier-Rioux

Et résolu que la politique et procédure CA-310 « Comité exécutif » soit approuvée avec les modifications proposées.

Adopté à l'unanimité.

7.6 Politique et procédure CA-320 « Comité de gouvernance et de mise en candidature »

La politique et procédure CA-320 « Comité de gouvernance et de mise en candidature » a été révisée. Les modifications suggérées sont indiquées en bleu. Le Comité est composé de trois membres du Conseil d'administration (CA) ayant droit de vote, dont l'un assumera la présidence du Comité. Conformément aux règlements administratifs, le CA nomme le président du comité.

Il est cité au point numéro 6 de la politique : "Soumet lors de l'Assemblée générale annuelle les nominations pour les postes de vice-président et de trésorier, les membres de tous les comités du conseil, ainsi que les nominations pour les postes au sein du comité professionnel consultatif, du comité médical consultatif et du ~~comité d'éthique de la recherche~~ y compris les remplacements pour les postes devenus vacants avant la fin de leur mandat. " Le comité d'éthique de la recherche doit se rapporter à une plus haute instance, c'est pourquoi les nominations seront soumises à l'Assemblée générale annuelle, même si ce n'est pas un comité du CA en soi.

Dans la composition et fonctionnement, on a ajouté que le CA nomme le président du comité. Cette phrase sera biffée, étant donné qu'elle est déjà citée dans le mandat.

MOTION 2016-03-31 / 10GMC

Proposé par Christian Mercier

Appuyé par Anne Soucie

Et résolu que la politique et procédure CA-320 « Comité de gouvernance et de mise en candidature » soit approuvée avec les modifications proposées.

Adopté à l'unanimité.

7.7 Politique et procédure CA-395 « Comité stratégique de la recherche et des affaires académiques »

Les membres sont tous d'accord avec les modifications proposées à la politique et procédure CA-395 « comité stratégique de la recherche et des affaires académiques ».

MOTION 2016-03-31 / 11GMC

Proposé par Paulette Sonier-Rioux

Appuyé par Christian Mercier

Et résolu que la politique et procédure CA-395 « Comité stratégique de la recherche et des affaires académiques » soit approuvée avec les modifications proposées.

Adopté à l'unanimité.

7.8 Politique et procédure GEN.1.40.10 « Mandat du Comité professionnel consultatif »

La politique et procédure GEN.1.40.10 « Mandat du Comité professionnel consultatif » a été révisée. Tous sont d'accord avec les modifications suggérées.

MOTION 2016-03-31 / 12GMC

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Christian Mercier

Et résolu que la politique et procédure GEN.1.40.10 « Mandat du Comité professionnel consultatif » soit approuvée avec les modifications proposées.

Adopté à l'unanimité.

7.9 Politique et procédure « Appellation des installations matérielles »

Une nouvelle politique et procédure en lien avec l'appellation des installations matérielles a été élaborée. Cette politique sera insérée dans le manuel général des politiques et procédures du Réseau de santé Vitalité.

MOTION 2016-03-31 / 13GMC

Proposé par Paulette Sonier-Rioux

Appuyé par Christian Mercier

Et résolu que la politique et procédure « Appellation des installations matérielles » soit approuvée telle que présentée.

Adopté à l'unanimité.

7.10 Note couverture – Comité de gestion des risques et de la qualité

Le Comité de gestion des risques et de la qualité a tenu une réunion régulière le 23 mars dernier et a fait quelques recommandations qui sont citées ci-dessous.

7.10.1 Politique et procédure GEN.1.40.85 « Mandat du Comité d'éthique de la recherche »

La politique GEN.1.40.85 « Mandat du Comité d'éthique de la recherche » a été révisée. Le mandat dudit comité est d'évaluer l'acceptabilité éthique des projets de recherche ayant recours à des êtres humains et des recherches portant sur le matériel biologique humain avant d'en autoriser la mise en œuvre ou la poursuite, selon les normes reconnues sur le plan national et international.

MOTION 2016-03-31 / 14GMC

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Paulette Sonier-Rioux

Et résolu que la politique et procédure GEN.1.40.85 « Mandat du Comité d'éthique de la recherche » soit approuvée avec les modifications proposées.

Adopté à l'unanimité.

7.10.2 Politique et procédure CA-350 « Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité

La politique et procédure CA-350 a été révisée, d'ailleurs on a modifié le titre qui était auparavant le Comité de gestion des risques et de la qualité.

MOTION 2016-03-31 / 15GMC

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Paulette Sonier-Rioux

Et résolu que la politique et procédure CA-350 « Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité » soit approuvée avec les modifications proposées.

Adopté à l'unanimité.

Évaluation de la performance du PDG

7.11 Politique et procédure CA-400 « Processus d'évaluation de la performance du PDG »

La politique et procédure CA-400 « Processus d'évaluation du rendement et du développement du PDG » a été révisée. Le but de cette politique consiste à mesurer la performance du PDG à partir du plan de rendement et du développement à partir des objectifs annuels tel qu'approuvé par le Conseil d'administration. Aussi, d'offrir une rétroaction du CA au PDG de façon à clarifier les attentes vis-à-vis ses fonctions et s'appuyer dans son développement professionnel.

MOTION 2016-03-31 / 16GMC

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Paulette Sonier-Rioux

Et résolu que la politique et procédure CA-400 « Processus d'évaluation de la performance du PDG » soit approuvée avec les modifications suggérées.

Adopté à l'unanimité.

7.12 Politique et procédure CA-xx « Mandat : Comité d'évaluation du rendement et du développement du Président-directeur général »

Une nouvelle politique et procédure a été élaborée qui vise à mettre sur pied un Comité d'évaluation du rendement et du développement du PDG. Le but est d'assurer la gestion efficace de l'organisation, donc le Conseil d'administration et le PDG établiront conjointement un plan d'évaluation et du rendement et du développement du PDG annuel, pour guider le travail du PDG durant l'année en cours. Le plan d'évaluation du rendement et du développement du PDG, ainsi que la description de poste serviront de base pour l'examen annuel de la performance du PDG. Le numéro de la politique et procédure sera déterminé après l'adoption par le Conseil d'administration.

MOTION 2016-03-31 / 17GMC

Proposé par Paulette Sonier-Rioux

Appuyé par Christian Mercier

Et résolu que la politique et procédure « Mandat : Comité d'évaluation du rendement et du développement du Président-directeur général » soit approuvée telle que présentée.

Adopté à l'unanimité.

Évaluation des réunions du CA

7.13 Note couverture – Évaluations de la réunion à huis clos et de la réunion publique du Conseil d'administration (1^{er} mars 2016)

Les formulaires d'évaluation de la réunion à huis clos et de la réunion publique du Conseil d'administration du 1^{er} mars 2016 sont présentés. En général, les évaluations des deux réunions sont positives. Par ailleurs, certains éléments seront à revoir entre autres, la distribution des documents et la durée de temps alloué de certains sujets à l'ordre du jour lors de la réunion publique.

8. Date de la prochaine réunion

La prochaine réunion est prévue le 8 juin 2016 de 09:00 à 11:00 par vidéoconférence.

Le Président-directeur général souhaite tenir une réunion extraordinaire avant l'Assemblée générale annuelle pour la composition des comités pour l'année 2016-2017. Les élections sont prévues le 9 mai prochain, ensuite il faut attendre les nominations du ministre de la Santé. Advenant qu'on reçoive la correspondance du ministre de la Santé à la mi-mai, nous informant des changements au sein du Conseil d'administration, on pourra enclencher le processus de préférence des membres à faire partie de l'un ou l'autre des comités, pour qu'ils nous retournent le formulaire dans les plus brefs délais, soit pour le 8 juin. Il serait bien d'avoir la composition des comités lors de l'Assemblée générale annuelle le 27 juin 2016, pour amorcer le travail dès septembre.

9. Levée de la séance

La levée de la séance est proposée par Anne Soucie à 10:45

Tracy Peters
Présidente du comité

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



Formulaire d'évaluation des réunions du Conseil d'administration

Échelle : "1" ne répond pas aux attentes et un "5" dépasse les attentes

Date :

Question Réunions à huis clos	Résultats				
	5	4	3	2	1
Nombre					
1. Les distribution des documents ont été fournis en temps opportun suffisamment à l'avance pour se préparer aux réunions.					
2. La durée de temps est était appropriée pour chaque sujet à l'ordre du jour					
3. Les rapports/notes informatives étaient approfondis					
3. La mise à jour et le rapport du PDG étaient pertinents.					
4. La documentation permettait de comprendre les enjeux et d'appuyer la prise de décision.					
5. La direction était préparée et impliquée.					
6. Les membres du conseil étaient préparés.					
7. Les membres du conseil ont participé aux discussions.					
8. Le conseil était axé sur les questions de stratégie et de politique.					
9. Les discussions étaient pertinentes.					
10. La prise de décisions était guidée par les valeurs et des données probantes.					
11. Les suivis identifiés étaient clairs.					
12. Les discussions/divergences d'opinions ont été gérées de façon efficace.					
13. Les conflits d'intérêts ont été identifiés et gérés.					
14. Les sujets identifiés à la réunion à huis clos étaient-elles appropriées?					
Commentaires :					

Formulaire d'évaluation des réunions du Conseil d'administration

Échelle : "1" ne répond pas aux attentes et un "5" dépasse les attentes

Date :

Question Réunion publique	Résultats				
	5	4	3	2	1
1. Les distribution des documents ont été fournis en temps opportun suffisamment à l'avance pour se préparer aux réunions.					
2. La durée de temps est est était appropriée pour chaque sujet à l'ordre du jour.					
3. Les rapports/notes informatives étaient approfondis					
3. La mise à jour et le rapport du PDG étaient pertinents.					
4. La documentation permettait de comprendre les enjeux et d'appuyer la prise de décision.					
5. La direction était préparée et impliquée.					
6. Les membres du conseil étaient préparés.					
7. Les membres du conseil ont participé aux discussions.					
8. Le conseil était axé sur les questions de stratégie et de politique.					
9. Les discussions étaient pertinentes.					
10. La prise de décisions était guidée par les valeurs et des données probantes.					
11. Les suivis identifiés étaient clairs.					
12. Les discussions/divergences d'opinions ont été gérées de façon efficace.					
13. Les conflits d'intérêts ont été identifiés et gérés.					
14. Les sujets identifiés à la réunion à huis-clos publique étaient-elles appropriées?					

2016-04-14



Manuel : Politiques du Conseil d'administration

Titre :	PLANIFICATION STRATÉGIQUE		N° : CA.1.X.XX
Section :	1. Gouvernance générale	Date d'entrée en vigueur :	2016-04-
Émise par :	Président-directeur général	Date de révision précédente :	
Approuvée par : (Signée par)	Conseil d'administration Paul Couturier	Date de la signature :	2016-04-
Établissement / programme : (facultatif)		<input checked="" type="checkbox"/> Vitalité	

POLITIQUE

Le Conseil d'administration (CA) supervise un processus de planification stratégique pour élaborer la vision, la mission et les valeurs de l'organisation, ainsi que pour établir son plan, ses buts et ses orientations stratégiques.

Il est également responsable de la surveillance de l'exécution du plan.

Chaque année, le CA examine le plan stratégique et les progrès réalisés en vue de l'atteinte de ses objectifs.

La mise en place et le suivi du Plan stratégique sont la responsabilité du CA.

CADRE DE PROCESSUS DE PLANIFICATION STRATÉGIQUE

1. L'ensemble du processus de planification stratégique comprendra :
 - Énoncé de mission ;
 - Énoncé de vision à long terme;
 - Déclaration des valeurs ;
 - L'identification et l'analyse des besoins de santé de la population dans tout le continuum des services ;
 - L'évaluation des facteurs environnementaux (internes et externes) et collaboration avec les différents partenaires ;
 - Les hypothèses critiques sur l'avenir ;
 - Un plan stratégique de trois ans approuvé par le Conseil ; et
 - Une méthode et un processus conjoint à la planification tels qu'énoncés dans le cadre de responsabilité entre le ministre de la Santé et le Réseau de santé Vitalité.

2. Des réunions et/ou retraites du Conseil auront le lieu pour :
 - (i) Mettre en place et/ou réaffirmer la vision, mission et les valeurs ;
 - (ii) Mettre en place le plan stratégique; et
 - (iii) Établir les d'objectifs annuels et le plan de suivi des progrès en vue d'atteindre ces objectifs.
3. Une fois que le plan stratégique est développé, toutes les initiatives stratégiques entreprises par l'organisation seront mesurées par rapport au progrès vers la réalisation du plan.
4. Les initiatives stratégiques assureront l'avancement du Plan stratégique pour adresser les buts et objectifs annuels.
5. Les buts et objectifs annuels seront établis par le PDG avec l'accord du sous-comité de planification stratégique, et deviendront une mesure de la performance de la direction. En outre, ces buts et objectifs seront utilisés pour déterminer les objectifs de rendement pour les cadres supérieurs.
6. Un examen annuel des buts et objectifs de l'organisation sera complété par le PDG et les cadres supérieurs pour examen par le Conseil d'administration.
7. Des rapports de suivi et progrès seront fournis au CA sur une base régulière selon le plan de travail annuel du CA.

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



Manuel : Politiques du Conseil d'administration

Titre :	SOUS-COMITÉ DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE		N° : CA-XXX
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur :	2016-04
Émise par :	Comité de gouvernance et de mise en candidature	Date de révision précédente :	
Approuvée par (signature)	Conseil d'administration Paul Couturier, président	Date de la signature :	2016-04
Établissement / programme :	<input checked="" type="checkbox"/> Vitalité		

POLITIQUE

Mandat

Le sous-comité de planification stratégique supervise le processus de planification stratégique pour élaborer la vision, mission et les valeurs de l'organisme, ainsi que pour établir son plan, ses buts et ses objectifs stratégiques.

Responsabilités

Les responsabilités spécifiques sont :

1. Formule des recommandations au Comité de gouvernance et de mise en candidature sur la mission, vision, valeurs, initiatives stratégiques, principaux programmes et services de l'organisation.
2. Aide l'équipe de leadership à identifier les questions stratégiques cruciales face à l'organisation. Aide à l'analyse des options stratégiques alternatives.
3. Assure que l'équipe de leadership met en place un processus de planification stratégique efficace, y compris le développement et la mise en œuvre d'un plan stratégique de trois ans avec des objectifs mesurables et des échéanciers.
4. Comprend les grandes tendances nationales et provinciales du système de santé. Se tient à jour sur les besoins de soins de santé communautaires, des progrès technologiques et autres possibilités d'améliorer la portée, le rapport coût/efficacité et la qualité des services fournis par l'organisation.
5. Revois périodiquement la mission, la vision et le plan stratégique et recommande des changements au Comité de gouvernance et de mise en candidature.

6. Chaque année, examine le plan stratégique et recommande des mises à jour selon les besoins basés sur l'évolution du marché, besoins de la collectivité et d'autres facteurs.
7. Examine et transmet au Comité de gouvernance et de mise en candidature les plans stratégiques d'organismes subsidiaires (ex. : Service NB, Ambulance NB etc.) pour s'assurer qu'ils sont alignés avec l'orientation stratégique et les objectifs du système.
8. Examine les nouveaux programmes et services.
9. Élabore des critères à utiliser pour l'équipe de leadership pour évaluer les investissements stratégiques potentiels.
10. Aide à élaborer un tableau de bord stratégique et des indicateurs clés.
11. Surveille le rendement de l'organisation selon des cibles mesurables.

Composition et fonctionnement

1. Le sous-comité est composé de trois membres votants du Conseil, dont l'un assumera la présidence du Comité.
2. Le Comité se réunit au moins trois fois par année et au besoin selon un calendrier préétabli.
3. Le Comité fonctionne en respectant les lignes directrices sur les comités du Conseil (CA-300).

Rapport

Le Comité examine et reçoit les rapports suivants:

- Les progrès sur la mise en œuvre du plan stratégique
- Résumé sur les tendances des soins de santé/évaluation annuelle de l'environnement.
- Évaluation des besoins de santé communautaire et populationnelle.
- Évaluation des partenaires.
- L'évaluation opérationnelle et financière.
- Enquêtes sur les perceptions communautaires et l'expérience d'un patient.

Objectifs annuels du Comité

Le sous-comité de planification stratégique établira des objectifs annuels spécifiant plusieurs domaines sur lesquels il consacrera les efforts d'éducation, politique, définition d'objectifs et/ou d'activités de contrôle pour l'année à venir. Exemples typiques peuvent inclure :

- Étudier l'augmentation de volume des activités et déterminer les implications stratégiques de l'organisation.
- Étudier les avancées technologiques dans le traitement du cancer et les implications pour l'organisation.
- Examiner les moyens de générer des efficiences pour permettre la croissance des programmes, des installations supplémentaires, technologies de l'information à jour et initiatives d'amélioration de qualité proposées dans le plan stratégique.
- Examiner les services actuels et considérer une reconfiguration du modèle de livraison de service pour des raisons de qualité et financières.
- Évaluer la mesure dans laquelle les organisations subsidiaires (ex. : partenaires du système de santé) comprennent et embrassent la vision globale et les initiatives stratégiques.

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



Manuel : Politiques du Conseil d'administration

Titre :	ORIENTATION DES NOUVEAUX MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	N° : CA-210
Section :	Orientation - Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur : 2016-
Émise par :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2010/09/14
Approuvée par (Signature)	Conseil d'administration Paul Couturier, président	Date de la signature : 2016-
Établissement / programme :		<input checked="" type="checkbox"/> Vitalité

BUT

L'orientation des nouveaux membres du Conseil d'administration (CA) a pour but de permettre à ces membres d'acquérir les connaissances nécessaires et d'avoir la compréhension indispensable à tout membre d'un conseil qui se veut efficace.

L'orientation des nouveaux membres sert aussi à raffermir les liens entre les nouveaux membres et ceux déjà en poste en leur permettant de s'entraider et de s'entendre sur la façon dont ils s'acquitteront de leurs tâches.

POLITIQUE

1. Le manuel d'orientation des nouveaux membres et la liste de vérification du mentor sont approuvés par le Comité de gouvernance et de mise en candidature;
2. L'orientation des nouveaux membres est planifiée et organisée par le ~~Comité de gouvernance et de nomination et le~~ le Président du CA et le PDG. Ces derniers auront recours à de l'expertise au sein du Réseau et à de l'expertise externe, s'il y a lieu, en fonction des besoins et des domaines d'intérêt particuliers des nouveaux membres.
3. Les membres en poste sont appelés à agir, pendant un certain temps, à titre de mentor auprès de nouveaux membres ~~qui désirent un mentor.~~

Chaque nouveau membre reçoit une orientation complète selon les dispositions suivantes :

1. Orientation préalable à la première réunion du CA faisant suite à sa nomination;

- a. Reçois le Manuel d'Orientation;
 - b. Participe à l'orientation avec le Président du Conseil, le PDG et le mentor assigné;
 - c. Rencontre le mentor assigné;
 - d. Révise les politiques du CA et les règles de bonne gouvernance;
 - e. Révise les rôles et responsabilités des membres du CA et les responsabilités du personnel;
 - f. Reçoit aperçu de l'historique du Réseau, ses caractéristiques, ses défis et ses possibilités ainsi que sur les dossiers et tendances qui semblent se dégager;
 - g. Révise les mandats des différents comités du CA et discussion sur les intérêts et compétences pour siéger sur certains de ses comités;
 - h. Examine les procès-verbaux des dernières réunions
 - i. Signe et retourne les documents suivants :
 - i. Énoncé de conflit d'intérêt;
 - ii. Gage de confidentialité;
 - iii. Code d'éthique;
 - iv. Intérêt à participer sur certains comités;
 - v. Liste de vérification du Mentor.
2. Orientation et éducation continue pendant la première année ;
- a. Orientation sur le rôle et responsabilités d'une gouvernance efficace;
 - b. Orientation vers le monde des soins de santé et hôpitaux;
 - c. Orientation au Réseau de Santé Vitalité en tant qu'organisation.

Activités à être accomplies pendant la première année au sein du Conseil

Phase 1 – Durant le premier 6 mois

- Siège au moins une fois sur chaque comité ;
- Continue de rencontrer régulièrement son mentor avant chaque réunion du CA et complète les activités incluses dans la liste de vérification du Mentor;
- Lit des références, articles et journaux sur la Gouvernance
- Participe aux sessions d'éducation continue offertes par le CA.

Phase 2 – Durant le premier 12 mois

- Continue de rencontrer régulièrement son mentor et complète la liste de vérification du Mentor;
- Continue de lire les journaux, articles appropriés sur la Gouvernance;
- Participe aux sessions d'éducation continue.
- Assiste à l'assemblée générale annuelle

~~4. L'orientation des nouveaux membres du Conseil devrait avoir lieu peu de temps après leur nomination et dans un délai raisonnable avant la première réunion du Conseil faisant suite à leur nomination.~~

~~5. Le matériel nécessaire à l'orientation sera distribué aux participants avant la tenue de la séance.~~

Contenu de l'orientation des nouveaux membres

- ~~1. L'orientation des nouveaux membres comprendra un examen du Manuel des politiques du Conseil et des règles de bonne gouvernance. On mettra l'accent sur les rôles et les responsabilités du personnel ainsi que sur les rôles et les responsabilités des membres du Conseil afin d'éviter tout conflit entourant les rôles et les responsabilités de chacun.~~
- ~~2. On accordera une attention particulière aux mandats des différents comités lors de l'examen du Manuel des politiques du Conseil afin de déterminer la participation éventuelle des nouveaux membres au sein de certains comités.~~
- ~~3. Durant l'orientation, on devra aussi informer les nouveaux membres sur l'évolution historique du Réseau, ses caractéristiques, ses défis et ses possibilités, ainsi que sur les dossiers et les tendances qui semblent se dégager. On examinera les procès-verbaux des récentes réunions du Conseil et on créera des occasions de rencontre et de discussion avec l'équipe de direction du Réseau.~~

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

Liste de vérifications pour le mentor et le nouveau membre du CA

La liste de vérifications contient des exemples suggérés d'activités que le mentor et le nouveau membre du CA devraient participer ensemble dans le but de créer une expérience de mentorat enrichissante et structurée.

Politique / Procédure N°: CA-210

Activités de mentorat	Date accomplie
Un mentor est assigné à chaque nouveau membre du CA. Le mentor et le nouveau membre sont ensuite présentés lors d'une réunion initiale commune avec le Président du Conseil et le PDG.	
Le mentor et le nouveau membre partagent leur expérience professionnelle mutuelle, expertise et de l'expérience avec les soins de santé.	
Le mentor planifie un appel initial ou une rencontre avec le nouveau membre.	
Le mentor et le nouveau membre discutent et s'entendent sur comment ils vont travailler ensemble.	
Le mentor et le nouveau membre participent à la session d'orientation pour les nouveaux membres du CA.	
Le mentor attire l'attention aux éléments dans le manuel d'orientation qui portent sur les plus grands enjeux de l'organisation et du Conseil.	
Le mentor travaille avec les présidents des comités pour s'assurer que le nouveau membre a la possibilité d'assister aux réunions des comités du CA au moins une fois.	
Le mentor s'assure que le nouveau membre a complété tous les programmes de formation requis.	
Le mentor rencontre l'équipe de leadership pour examiner les questions et les défis actuels si besoin.	
Le mentor rencontre le médecin-chef régional et les médecins qui sont membres du CA au besoin.	
Le mentor et le nouveau membre rencontrent le PDG et le président du CA pour une discussion générale.	
Le mentor travaille avec le nouveau membre pour identifier les besoins d'apprentissage supplémentaires.	
Le nouveau membre assiste à une réunion des présidents des comités du CA pour un aperçu de la portée de chaque comité.	
Le mentor et le nouveau membre donne un suivi de l'intégration du nouveau membre à chaque réunion du CA en personne ou par téléconférence.	

Politique / Procédure N°: CA-210

Le mentor et le nouveau membre lient des articles éducatifs sur la gouvernance ou les soins de santé et discutent de la façon dont ils appliquent ceux-ci aux travaux du CA.	
Après la première année, le mentor et le nouveau membre déterminent si une interaction continue serait bénéfique.	
Après la première année, le président du CA et le PDG convoquent une entrevue avec le mentor et le nouveau membre.	



Manuel : Politiques du Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ EXÉCUTIF	N° : CA-310
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur : 2016
Émise par :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2015/05/08
Approuvée par (signature)	Conseil d'administration Paul Couturier, président	Date de la signature : 2016
Établissement / programme :	<input checked="" type="checkbox"/> Vitalité	

POLITIQUE

Mandat

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

Composition et fonctionnement

1. Le Comité est composé d'un président, d'un vice-président, d'un trésorier, d'un secrétaire et de trois membres du Conseil d'administration ayant droit de vote.
2. Le président du Conseil assume la présidence du Comité.
3. Le Comité se réunit au besoin entre les réunions ordinaires du conseil.
4. Le Comité fonctionne en respectant les lignes directrices sur les comités (CA-300).

Responsabilités

~~Le Comité conseille le Conseil d'administration et lui fait les recommandations qu'il juge appropriées sur les questions relatives à son mandat. Ainsi, le comité :~~

- ~~1. peut régler toutes questions qui ne peuvent attendre pendant la période séparant les réunions régulières du conseil, sous réserve des limites énoncées dans les règlements administratifs ou sauf sur indication contraire du Conseil;~~
- ~~2. autorise les privilèges des médecins au nom du Conseil advenant que plus d'un mois sépare les réunions régulières du Conseil;~~

3. s'acquitte aussi de toute autre fonction que peut lui confier le Conseil d'administration;
4. ~~recommande au Conseil l'approbation du plan stratégique et d'un projet de plan régional de santé et d'affaires triennal, et reçoit des suivis quant à leur mise en œuvre et à leur mise à jour quatre fois l'an;~~
5. fonctionne en respectant les lignes directrices.

Ratification des décisions du Comité

Le Comité doit faire ratifier toutes ses décisions par le Conseil lors de la prochaine réunion régulière du Conseil.

Rapport

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

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



Manuel : Politiques du Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ DE GOUVERNANCE ET DE MISE EN CANDIDATURE	N° : CA-320
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur : 2016
Émise par :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2015/05/08
Approuvée par (Signature)	Conseil d'administration Paul Couturier, président	Date de la signature : 2016
Établissement / programme :	<input checked="" type="checkbox"/> Vitalité	

POLITIQUE

Mandat

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

Composition et fonctionnement

1. Le Comité est composé de trois membres du Conseil ayant droit de vote, dont l'un assumera la présidence du Comité.
2. ~~Le Conseil nomme le président du comité.~~
3. Le Comité fonctionne en respectant les lignes directrices sur les comités (CA-300).
4. Le Comité se réunira un minimum de 3 fois par année.

Responsabilités

1. Oriente le Conseil et lui fait des recommandations relatives à la structure et aux processus de gouvernance du Conseil, à l'évaluation de l'efficacité du conseil, à la formation, l'orientation et à l'évaluation des membres;

- ~~2. Voit à la mise en place d'un processus d'évaluation annuelle du Conseil et de ses comités;~~
- ~~3. Voit à la formation des membres du Conseil et à l'orientation des nouveaux membres du Conseil.~~
- ~~4. Voit à l'adoption d'un code de conduite et à sa révision périodique ;~~
5. Recrute et nomme les dirigeants et les présidents des comités du conseil;
6. Soumet lors de l'assemblée annuelle les nominations pour les postes de vice-président et de trésorier, les membres de tous les comités du conseil ainsi que les nominations pour les postes au sein du comité professionnel consultatif, du comité médical consultatif et du comité d'éthique de la recherche y compris les remplacements pour les postes devenus vacants avant la fin de leur mandat.
- ~~7. Il recommande au Conseil les modifications qu'il juge nécessaire d'apporter aux règlements administratifs du Réseau incluant les règlements administratifs médicaux;~~
8. S'acquitte aussi de toute autre fonction que peut lui confier le Conseil.

Rapport

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

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



Manuel : Politiques du Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ STRATÉGIQUE DE LA RECHERCHE ET DES AFFAIRES ACADÉMIQUES	N° : CA-395
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur : 2016
Émise par :	Président-directeur général	Date de révision précédente : 2015/07/16
Approuvée par (Signature)	Conseil d'administration Paul Couturier, président	Date de la signature : 2016
Établissement / programme :		<input checked="" type="checkbox"/> Vitalité

POLITIQUE

Mandat

Assurer un encadrement et un positionnement stratégique pour le déploiement des activités de recherche et d'activités d'enseignement au sein du Réseau de santé Vitalité de façon à optimiser les services de santé et l'état de santé de la population en misant sur une approche interinstitutionnelle, interprofessionnelle et interdisciplinaire.

Composition et fonctionnement :

1. Le comité de la recherche est composé des personnes suivantes :
 - 1.1 Quatre membres du Conseil nommés par le conseil d'administration, dont l'un assumera la présidence du comité;
 - 1.2 Un membre engagé en recherche nommé par le Comité médical consultatif régional du Réseau de santé Vitalité;
 - 1.3 Un membre engagé en recherche nommé par le Comité professionnel consultatif du Réseau de santé Vitalité;
 - 1.4 Un membre de l'Université de Moncton désigné par le vice-recteur à l'enseignement et à la recherche;
 - 1.5 Vice-président des Affaires académiques et de la recherche (sans droit de vote).
2. Le Comité fonctionne en respectant les lignes directrices pour les comités du Conseil (CA-300).
3. Le Comité se réunit au moins 2 fois par année.

Responsabilités :

1. Soumettre pour approbation au conseil les grandes orientations en recherche, les grands axes de recherche, les priorités et les initiatives stratégiques en recherche sur une base triennale qui seront intégrés au plan stratégique et révisés annuellement;
2. Assurer que les efforts de la recherche répondent aux critères de viabilité financière, d'accessibilité, de qualité et de l'éthique de la recherche;
3. Recommander au conseil, toutes actions ou directives liées au statut de désignation de centre hospitalier universitaire ou de centre hospitalier universitaire affilié d'un de ses établissements et/ou de l'ensemble de ses établissements;
4. Appuyer et promouvoir des opportunités de concertation entre les intervenants hospitaliers, universitaires, gouvernementaux et du secteur privé dans le support et le développement des infrastructures à la recherche;
5. Recommander au conseil, l'adoption des contrats d'affiliation interinstitutionnels dans le secteur de la recherche et de l'enseignement;
6. Exercer la gouvernance des activités du Secteur des affaires académiques et de la recherche.

Rapport :

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

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

Manuel : Général du Réseau de santé Vitalité

Titre :	MANDAT DU COMITÉ PROFESSIONNEL CONSULTATIF		N° : GEN.1.40.10
Section :	1. Gestion générale	Date d'entrée en vigueur :	2016 06 28
Émise par :	Comité professionnel consultatif (CPC)	Date de révision précédente :	2014 08 07
Approuvée par : (Signée par)	Conseil d'administration Président-directeur général Gilles Lanteigne	Date de la signature :	2016 06 28
Établissement/ programme :	<input checked="" type="checkbox"/> Vitalité Zone : <input type="checkbox"/> 1B <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6		

RAISON D'ÊTRE

1. Fournir au Conseil d'administration des conseils, des recommandations, de la rétroaction et de l'information dans le cadre d'une perspective multidisciplinaire sur les questions relatives à la prestation de services et de soins de santé.
2. Comprendre les sujets de préoccupation et les enjeux du Réseau, mettre l'accent sur les priorités et recommander des solutions et des actions.

DÉFINITIONS

Membres du personnel professionnel : Praticiens de professions de la santé qui sont auto-réglementés conformément à une loi privée de l'Assemblée législative et qui sont employés par le Réseau ou qui travaillent pour celui-ci sur une base contractuelle ou qui ont des privilèges pour exercer leur profession dans le Réseau, y compris le personnel médical.

Comité consultatif : Comité qui est constitué pour donner des avis, ~~mais non pour prendre des décisions, fournir des expertises et prendre des décisions dans le cadre de son mandat.~~

RESPONSABILITÉS

1. Le CPC, de par son rôle de surveillance et de consultation, oriente le Conseil et lui fait des recommandations sur :
 - 1.1 les questions de santé et de soins cliniques;
 - 1.2 les critères d'admission et de congé des patients;
 - 1.3 les recommandations découlant des questions liées à l'assurance de la qualité, à la gestion des risques et à la sécurité des patients;
 - 1.4 les services offerts au sein du Réseau et les options multidisciplinaires pour la prestation de services;
 - 1.5 les normes de services et la pertinence du placement du patient.
2. Le CPC veille à ce que les programmes et les services respectent les normes d'Agrément Canada.

3. Le CPC s'assure du renouvellement annuel des titres de tous les professionnels des soins de santé réglementés, à l'exception des médecins, des chirurgiens et des dentistes.
4. Le CPC remplit d'autres fonctions dictées par le Conseil d'administration.
5. Le CPC assure son rôle de surveillance en établissant des liens et en recevant des données de plusieurs secteurs (v. Cadre d'imputabilité en gestion de la qualité et de la sécurité des patients – Réseau de santé Vitalité).

COMPOSITION

1. Le CPC est composé d'au plus 15 membres votants nommés par le Conseil et devant être membres du personnel professionnel du Réseau.

Au moins cinq membres viennent de différentes professions de la santé qui sont auto-réglementées conformément à une loi d'intérêt privé.

De plus, au moins un membre exerce habituellement dans chacun des domaines suivants : services hospitaliers, ~~services extra-mural~~, santé mentale communautaire et traitement des dépendances, santé publique, soins de santé primaires, ~~services communautaires~~.

2. La composition doit représenter les disciplines et les régions géographiques permettant au CPC d'accomplir son mandat.

Le CPC est composé de représentants des disciplines suivantes :

- Médecine (2);
- Soins infirmiers : infirmière ou infirmière auxiliaire (1) et infirmière praticienne (1);
- Thérapie respiratoire (1);
- Psychologie (1);
- Ergothérapie (1);
- Technologie de laboratoire (1);
- Technologie diagnostique (1);
- Nutrition clinique (1);
- Physiothérapie (1);
- Travail social (1);
- Pharmacie (1);
- Archives (1);
- Orthophonie/audiologie (1).

Le représentant doit démontrer une très bonne participation au sein de sa discipline et la représenter au CPC.

3. Les membres du CPC sont nommés pour un mandat de trois ans renouvelable chaque année par le Conseil.

Les candidatures sont reçues au CPC à l'aide du [Formulaire de candidature RA-49F](#).

Une vacance qui survient avant la fin du mandat d'un membre doit être comblée pour le reste du mandat de ce membre.

4. Le Conseil nomme le président du CPC sur recommandation du CPC et du PDG. Le vice-président est nommé par le CPC parmi les membres du comité et il agit au nom du président en cas d'absence ou d'empêchement de ce dernier. Le président et le vice-président sont nommés pour un mandat de trois ans.

5. Le président-directeur général (PDG) et le président du comité médical consultatif sont des membres d'office sans droit de vote.
6. La vice-présidente – ~~Planification, Qualité, Vie Privée Performance, Qualité et services généraux~~ est membre d'office sans droit de vote.
7. Un ~~chef des opérations (CDO) vice-président~~, nommé par le PDG, est membre d'office sans droit de vote. Le PDG fera une rotation annuelle entre les ~~CDO vice-présidents~~.
8. La ~~chef de la pratique infirmière-directrice de la~~ pratique professionnelle est membre d'office sans droit de vote.

FONCTIONNEMENT

1. Le CPC se réunit au moins quatre fois par année selon un calendrier préétabli.
2. Les réunions du CPC sont convoquées par le président.
3. Un membre du CPC peut participer à une réunion par différents moyens : téléphonique, électronique ou tout autre moyen de communication pouvant permettre à toutes les personnes participant à la réunion de communiquer adéquatement entre elles. Un membre participant à une réunion du CPC en utilisant de tels moyens de communication est réputé être présent à la réunion.
4. Le quorum lors des réunions du CPC constitue la majorité des membres votants.
5. Le président ne vote pas, sauf dans des situations d'égalité des votes.

OBLIGATION DE RENDRE COMPTE

1. Le CPC relève directement du Conseil d'administration.
2. Le CPC a un lien de communication avec l'équipe des cadres supérieurs, le Comité régional de la qualité et de la sécurité des patients ainsi qu'avec le comité médical consultatif par le biais d'un membre. De plus, le président participe à ces comités.
3. Les procès-verbaux de chaque réunion du CPC sont distribués au Conseil, à tous les membres du CPC et à tous les chefs de service (gestionnaires). Les procès-verbaux originaux sont conservés par la personne assurant le soutien administratif pour le comité.
4. Le CPC revoit son mandat annuellement et s'il y a lieu soumet la révision au Comité de gouvernance et de mise en candidature du Conseil afin d'obtenir l'approbation du mandat à la réunion annuelle du Conseil.

RÉFÉRENCES

Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *Loi sur les régies régionales de la santé*, <http://laws.gnb.ca/fr/showfulldoc/cs/2011-c.217//>, déposée le 13 mai 2011.

Réseau de santé Vitalité – Règlements administratifs – 22 octobre 2013

Cadre d'imputabilité en gestion de la qualité et de la sécurité des patients – Réseau de santé Vitalité.



Manuel : Général du Réseau de santé Vitalité

Titre :	MANDAT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE		N° : GEN.1.40.85
Section :	1. Gestion générale	Date d'entrée en vigueur :	2016-
Émise par :	V.-p. – Performance, Qualité et Services généraux	Date de révision précédente :	2010-01-01
Approuvée par : (Signée par)	PDG	Date de la signature :	2016-
Établissement / programme :	<input checked="" type="checkbox"/> Vitalité Zone : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6		

POLITIQUE

- ~~1. Les membres du Comité d'éthique de la recherche assurent une évaluation éthique compétente de l'acceptabilité éthique des projets de recherche ayant recours à des êtres humains ; l'évaluation éthique constitue la dernière étape du processus de soumission de projets de recherche.~~
- ~~2. Les membres du CÉR ont les qualifications, l'expertise et la formation nécessaires pour procéder à l'évaluation des questions éthiques soulevées par les projets de recherche menés au sein de la Régie régionale de la santé A (RRS A).~~
- ~~3. Le Comité d'éthique de la recherche (CER) dispose aussi d'une indépendance pour mener l'évaluation éthique à l'abri de toute influence indue, mais il doit rendre compte au Conseil d'administration de la RRS A de l'intégrité de ses méthodes, y compris de ses processus de prise de décisions.~~

Évaluer l'acceptabilité éthique des projets de recherche ayant recours à des êtres humains et des recherches portant sur le matériel biologique humain avant d'en autoriser la mise en œuvre ou la poursuite, selon les normes reconnues sur le plan national et international.

DÉFINITIONS

Président – Le président veille à ce que le fonctionnement du Comité d'éthique de la recherche (CÉR) soit conforme aux politiques et procédures du Réseau de santé Vitalité et aux normes jugées pertinentes en ce qui a trait au processus d'évaluation de l'éthique de la recherche. Le président s'assure de la cohérence des décisions du CÉR et veille à ce que celles-ci soient consignées adéquatement et communiquées aux chercheurs par écrit ou par voie électronique.

Vice-président – Le vice-président assume le rôle du président en son absence.

Membre expert en recherche quantitative – Personne possédant une expertise pertinente pour comprendre les répercussions méthodologiques de la recherche quantitative proposée ou en cours.

Membre expert en recherche qualitative – Personne possédant une expertise pertinente pour comprendre les répercussions méthodologiques de la recherche qualitative proposée ou en cours.

Membre expert en éthique – Personne possédant une formation officielle en éthique et une expérience en éthique de la recherche.

Membre expert dans les méthodes et les domaines de recherche – Personne possédant une expertise pertinente en ce qui concerne les méthodes, les domaines et les disciplines de recherche relevant de l'autorité du CÉR.

Membre versé en droit – Personne qui traite des questions de droit et leurs répercussions (autre que le conseiller juridique et le gestionnaire de risques du Réseau de santé Vitalité); elle ne donne pas d'avis juridique formel et n'agit pas en tant que conseiller juridique auprès du CÉR.

Membre clinique (médecine) – Personne possédant un permis d'exercer la médecine auprès du Collège des médecins et chirurgiens du N.-B., ayant de l'expérience et des compétences dans une discipline médicale et ayant un statut actif.

Membre clinique (Soins infirmiers) – Personne immatriculée auprès de l'Association des infirmières et des infirmiers du N.-B et ayant un statut actif.

Membre de la collectivité – Personne dont le rôle principal est de refléter la perspective du participant à la recherche. Le membre de la collectivité ne doit pas être un employé, un médecin ayant des privilèges ou un membre du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité.

Membres remplaçants – Un remplaçant pour chaque membre pour faire en sorte que le CÉR puisse continuer de fonctionner lorsque des membres réguliers sont dans l'impossibilité d'assister en raison de maladie ou de toute autre circonstance imprévue. Le recours à des membres remplaçants ne modifie pas la structure de l'ensemble des membres du Comité d'éthique de la recherche. Les membres remplaçants ont les connaissances, l'expertise et la formation nécessaires pour contribuer au processus d'évaluation de l'éthique.

Renseignements personnels identifiables – Renseignements qui permettent d'identifier une personne physique ou à l'égard desquels il est raisonnable de prévoir, dans les circonstances, qu'ils peuvent servir, seuls ou avec d'autres, à en identifier une.

Recherche – Une démarche visant le développement des connaissances au moyen d'une étude structurée ou d'une investigation systématique.

RESPONSABILITÉS

Le Comité d'éthique de la recherche a la responsabilité d'assurer la protection des participants de recherche qui servent de sujets humains, de sauvegarder leurs droits, d'assurer leur sécurité, leur bien-être et leur dignité.

Le CÉR examine chaque projet de recherche qui comporte l'une des caractéristiques suivantes par rapport à un ou plusieurs établissements du Réseau de santé Vitalité :

- le projet sera totalement ou en partie réalisé dans un ou plusieurs établissements;
- des sujets seront recrutés parmi les patients, le personnel ou à partir des dossiers conservés;
- des sujets recrutés dans le cadre d'un projet de recherche externe deviendront les patients du Réseau de santé Vitalité en raison de l'utilisation des ressources de l'un ou de plusieurs établissements;
- le projet utilisera des restes humains, des cadavres, des tissus, des fluides biologiques, des embryons ou des fœtus qui se retrouvent dans l'un des établissements;
- les chercheurs affirment une participation d'un ou de plusieurs établissements;
- les chercheurs affirment leur affiliation à un ou à plusieurs établissements;
- le projet utilisera des ressources humaines, matérielles ou financières d'un ou de plusieurs établissements.

Le CÉR doit être indépendant pour mener l'évaluation éthique à l'abri de toute influence indue. Il soumet un rapport semi-annuel (novembre et juin) au Conseil d'administration (CA) du Réseau de santé Vitalité dans lequel il résume ses activités et explique ses méthodes d'analyse et son processus de prise de décisions.

Le CÉR est guidé par les principes de *l'Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains 2014 (EPTC 2 – 2014)* (qui établit la norme pour les CÉR au Canada) et par toute autre norme provinciale, nationale ou internationale jugée pertinente.

NOMINATION

Le Conseil d'administration (CA) approuve la nomination des membres ainsi que des membres remplaçants du CÉR, au moyen d'un processus de sélection équitable et impartial. Le processus de sélection des membres tient compte des qualifications, de l'expertise, de la formation nécessaire et de la représentation de chacune des zones du Réseau de santé Vitalité.

Le président et le vice-président sont choisis à la suite d'un vote par les membres du CÉR.

COMPOSITION

Le CÉR sera est composé de personnes ayant à la fois la formation et l'expertise nécessaires pour juger de façon adéquate l'aspect éthique des projets de recherche soumis, tel que décrit dans la section « Définitions ».

Le CÉR est composé d'au moins 10 membres, parmi lesquels :

- un président ;
- un vice-président;
- un membre expert en recherche quantitative*;
- un membre expert en recherche qualitative*;
- un membre expert en éthique*;
- deux membres experts dans les méthodes et les domaines de recherche menée au sein du Réseau de santé Vitalité dont au moins un pharmacien*;
- un membre versé en droit;
- deux membres cliniques (médecine);
- un membre clinique (Soins infirmiers);
- un membre clinique (Services professionnels);
- un membre de la collectivité.

MANDAT DES MEMBRES

Les membres sont nommés pour un mandat initial de trois ans qui est ensuite renouvelable annuellement. Lors du renouvellement des mandats, le CA doit s'assurer de la continuité du processus de l'évaluation de l'acceptabilité éthique des projets de recherche.

Les candidatures sont soumises au Bureau de l'éthique à l'aide du formulaire fourni à l'annexe GEN.1.40.85(1) « Candidature au Comité d'éthique à la recherche ».

Les membres du Comité d'éthique de la recherche sont tenus d'assister régulièrement aux réunions prévues. Trois absences consécutives non motivées seront interprétées comme un avis de démission.

QUORUM

Le quorum est fixé à 50 % plus 1 des membres nommés. Par contre, pour être valide, les 5 membres identifiés par un astérisque (*) dans la section **Composition** doivent être présents.

À noter : seulement un membre sur deux possédant une expertise dans les méthodes et les domaines de recherche menée au Réseau de santé Vitalité doit être présent.

Afin d'éviter que les activités du CÉR ne soient paralysées en cas d'absence d'un ou de plusieurs membres, des membres remplaçants seront priés d'assister aux réunions. En cas d'absence de dernière minute d'un ou de plusieurs membres, un membre du CÉR, en plus de jouer son rôle, peut remplir un rôle additionnel (p. ex., advenant

l'absence de la personne venant de la collectivité, la personne ayant une formation juridique peut également remplir ce rôle).

CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

RÉUNIONS

- Le Comité d'éthique de la recherche tient régulièrement des réunions pour s'acquitter de ses responsabilités.
- Un horaire des dates de réunion et de présentation est disponible.
- Le CÉR peut tenir des séances de réflexion et des ateliers éducatifs pour accroître la formation en éthique de la recherche, discuter de toute question générale découlant des activités du CÉR ou réviser des politiques pertinentes.
- Le CÉR prépare et tient des dossiers détaillés, dont des procès-verbaux précis rendant compte des décisions de l'évaluation de l'acceptabilité éthique de la recherche, des membres présents aux réunions, ainsi que toute la documentation relative aux projets de recherche présentés au CÉR pour évaluation.

PRISES DE DÉCISIONS

Le CÉR a le pouvoir d'approuver, de rejeter, de proposer des modifications ou de mettre fin à toute recherche proposée ou en cours. La décision rendue peut être l'une des suivantes :

1. une approbation finale ;
2. une approbation avec modifications avant son approbation finale ;
3. un refus ;
4. un ordre de cesser une recherche ayant reçu une approbation finale préalable.

Le CÉR fonctionne de façon impartiale, fournit une évaluation équitable aux personnes en cause et donne des opinions et des décisions motivées et adéquatement documentées.

La décision quant à l'approbation de la recherche est précédée d'une discussion en profondeur au sujet de l'acceptabilité éthique et des moyens possibles d'améliorer certains aspects de la recherche. Ceux-ci peuvent comprendre la méthodologie de la recherche ou les renseignements fournis dans le processus d'obtention du consentement libre et éclairé qui touchent au bien-être, à l'autonomie et à la décision de participer **ou non** à la recherche et à l'égalité du statut moral de tous les êtres humains.

ÉVALUATION DÉLÉGUÉE

Le président et deux autres membres identifiés du CÉR peuvent procéder à une évaluation déléguée si un projet de recherche comporte tout au plus un risque minimal.

De façon générale, la norme du risque minimal se définit de la façon suivante : lorsqu'on a toutes les raisons de penser que les sujets pressentis estiment que la probabilité et l'importance des éventuels inconvénients associés à une recherche sont comparables à ceux auxquels ils s'exposent dans les aspects de la vie quotidienne reliés à la recherche, la recherche se situe sous le seuil de risque minimal.

Dans tous les cas d'une évaluation déléguée, les membres du CÉR sont informés de ces décisions lors de la réunion suivant ces approbations, avec l'opportunité de recevoir des explications et de consulter, si nécessaire, la documentation pertinente

CONSEILLERS SPÉCIAUX

Le CÉR peut nommer des conseillers spéciaux ad hoc dans le cas où il lui manque l'expertise ou les connaissances précises pour procéder à l'évaluation d'une proposition de recherche de façon compétente.

Les conseillers spéciaux ad hoc sont nommés pour une tâche précise et pour la durée de l'évaluation. Si ceci devait se produire régulièrement, les membres seraient changés pour veiller à ce que le CER possède l'expertise appropriée.

Même si un conseiller spécial ad hoc complète le CÉR par son expérience ou son expertise, ses suggestions constituent une forme de consultation que le CÉR peut ou non prendre en considération au moment de sa décision finale. Cette personne n'est pas un membre du CÉR et, à ce titre, n'a pas nécessairement les connaissances et l'expérience acquises par l'évaluation de demandes en tant que membre. Les conseillers spéciaux ad hoc ne sont pas comptés dans le quorum et ils n'ont pas le droit de vote.

ÉVALUATION CONTINUE DE L'ÉTHIQUE

Le CÉR procèdera à une évaluation continue de chaque recherche en cours à des intervalles proportionnels au degré de risque pour les participants humains, mais au moins une fois par année.

COMMUNICATION DE DÉCISIONS

Les approbations et les refus sont communiqués aux chercheurs par écrit et/ou par courrier électronique.

DEMANDE D'APPEL

Les chercheurs ont le droit de demander une réévaluation des décisions touchant un projet de recherche par un Comité d'appel composé de personnes qui n'ont pas participé à la première évaluation. (Par exemple, les membres remplaçants ou absents lors de

celle-ci peuvent composer le Comité d'appel). La décision du Comité d'appel est exécutoire.

INFORMATIONS ADDITIONNELLES

- L'évaluation éthique constitue la dernière étape du processus de soumission de projets de recherche.

RÉFÉRENCES

Ébauche de la 2^e édition de *L'énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*, décembre 2008.

Conférence internationale sur l'harmonisation, *Guidance E6: Good Clinical Practice-Consolidated Guidelines (of ICH Technical Requirements for the Registration of Pharmaceuticals for Human Use)* 1996, adopté par Santé Canada en 1997.

Part C, Division 5 of the Food and Drug Regulations de Santé Canada, septembre 2001.

Food and Drug Administration des États-Unis, Code of Federal Regulations. *Title 21, Food and Drugs Part 56.107, Institutional Review Boards*, révisé en date du 1^{er} avril 2008.

Department of Health and Human Services des États-Unis, Code of Federal Regulations, *Title 45 Public Welfare Part 46, Protection of Human Subjects*, révisé le 23 juin 2005.

Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé (LAPRPS), juin 2009.

Remplace :	Zone 1 : _____	Zone 5 : _____
	Zone 4 : _____	Zone 6 : _____
	Vitalité : <u>GEN.1.30.30</u>	



CANDIDATURE AU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Éthique)

Vitalité

Zone:

1B

4

5

6

Établissement/Facility:

Nom : _____

Profession/titre : _____

Zone : 1B 4 5 6

Établissement : _____

Adresse courriel : _____

Téléphone : _____

Veillez cocher le rôle pour lequel vous posez votre candidature (définitions à la page suivante) :

- Membre expert en recherche quantitative
- Membre expert en recherche qualitative
- Membre expert en éthique
- Membre expert dans les méthodes et les domaines de recherche
- Membre versé en droit
- Membre clinique (médecine)
- Membre clinique (sciences infirmières)
- Membre de la collectivité

Est-ce que vous possédez de l'expérience en recherche?

Oui Non

Si oui, veuillez expliquer comment vous avez acquis votre expérience (nombre d'années d'expérience, description des projets, affiliation de recherche, etc.).

Pour quelles raisons désirez-vous être membre du CER du Réseau de santé Vitalité?

Le comité tient ses réunions généralement en fin de journée. Êtes-vous disponible pour participer à des réunions en dehors des heures régulières de travail?

Oui Non

Définitions

Membre expert en recherche quantitative : Personne possédant une expertise pertinente pour comprendre les répercussions méthodologiques de la recherche quantitative proposée ou en cours.

Membre expert en recherche qualitative : Personne possédant une expertise pertinente pour comprendre les répercussions méthodologiques de la recherche qualitative proposée ou en cours.

Membre expert en éthique : Personne possédant une formation officielle en éthique et une expérience en éthique de la recherche.

Membre expert dans les méthodes et les domaines de recherche : Personne possédant une expertise pertinente en ce qui concerne les méthodes, les domaines et les disciplines de recherche relevant de l'autorité du CER.

Membre versé en droit : Personne qui traite des questions de droit et de leurs répercussions; le membre versé en droit ne donne pas d'avis juridique officiel et n'agit pas en tant que conseiller juridique auprès du CER.

Membre clinique (médecine) : Personne possédant une formation officielle en médecine, ayant de l'expérience et des compétences dans une discipline médicale.

Membre clinique (sciences infirmières) : Personne immatriculée auprès de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick.

Membre de la collectivité : Personne dont le rôle principal est de refléter la perspective du participant à la recherche; le membre de la collectivité ne doit avoir aucune affiliation présente au Réseau de santé Vitalité.

Manuel : Politiques du Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ DES SERVICES À LA CLIENTÈLE, DE LA GESTION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ	N° : CA-350
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur : 2016-
Émise par :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2015/07/16
Approuvée par : (Signature)	Conseil d'administration Paul Couturier, président	Date de la signature : 2016-
Établissement/ programme :	<input checked="" type="checkbox"/> Vitalité	

POLITIQUE

Mandat

Le Comité des services à la clientèle, de la qualité et de la sécurité (le « Comité ») est responsable de promouvoir et de surveiller l'ensemble des activités liées à la gestion de la qualité, la sécurité des patients et des usagers, des risques et de l'éthique 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.

Composition et fonctionnement

1. Le Comité est composé d'au moins trois membres votants du Conseil, dont l'un assumera la présidence du Comité.
2. Le Comité se réunit au moins trois fois et au plus cinq fois par année selon un calendrier préétabli.
3. Le Comité fonctionne en respectant les lignes directrices sur les comités du Conseil (CA-300).
4. Les présidents(es) du Comité médical consultatif régional et Comité professionnel consultatif sont membres permanents avec droits de vote.

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 des services à la clientèle, la gestion de la qualité, des risques et de la sécurité des patients et des usagers ainsi que sur l'éthique;
 - 1.1.1. priorise la qualité et la sécurité des patients et des usagers et énonce la direction que le Réseau doit suivre en matière de qualité;
 - 1.1.2. recommande au conseil d'administration le cadre conceptuel intégré de la gestion de la qualité et suit sa mise en œuvre;
 - 1.1.3. passe en revue et recommande un plan stratégique pluriannuel sur la qualité et la sécurité ainsi que des objectifs d'amélioration annuels
 - 1.1.4. assure la mise en place de mécanismes efficaces pour évaluer et améliorer la qualité des soins et services et gérer les risques;
 - 1.1.5. surveille et évalue régulièrement le rendement du Réseau par le biais de son tableau de bord ;
 - 1.1.6. reçoit et analyse les rapports du Comité régional de la qualité et de la sécurité et veille à ce que les mesures nécessaires soient prises pour aborder les écarts et améliorer la qualité des soins et services;
 - 1.1.7. examine les politiques liées à la qualité, à la sécurité des patients et à la gestion des risques;
 - 1.1.8. recommande des programmes éducatifs sur la qualité et la sécurité des patients pour les membres du Comité et du Conseil;
 - 1.2. aux normes d'agrément relatives aux services à la clientèle, à la qualité et la sécurité des soins et services et autres processus liés aux normes propres à un réseau de santé;
 - 1.3. à la satisfaction et expérience des patients/clients et aux processus de gestion des plaintes;
 - 1.3.1. assure la mise en place de mécanismes pour évaluer la satisfaction des patients/clients et pour gérer les plaintes;
 - 1.4. aux processus d'octroi des privilèges du personnel médical, de renouvellement, de suspension ou de modification;
 - 1.5. 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.

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

Rapport

Le Comité rend compte de ses activités à chaque réunion du Conseil, y compris une revue annuelle de la qualité, de la sécurité et de l'éthique. Les rapports réguliers incluent les points suivants :

- Indicateurs de la qualité sous forme d'un tableau de bord, y compris des mesures de rendement sur la qualité des services cliniques, la sécurité des patients et le service à la clientèle (trimestriellement)
- Progrès quant aux améliorations majeures sur le plan du rendement et aux objectifs de sécurité des patients (trimestriellement ou deux fois par année)
- Analyse des causes profondes (à mesure qu'elles surviennent)
- Sommaire des événements sentinelles (au moins une fois par trimestre)
- Satisfaction/perception des patients (rapport trimestriel et annuel)
- Satisfaction/perception des médecins (annuellement)
- Satisfaction/perception des employés (annuellement)
- Culture de sécurité des patients (rapport annuel)
- Agrément (rapport trimestriel)
- Vérification du processus de délivrance de titres et certificats (au moins tous les deux ans)
- Rapport des activités en éthique (rapport trimestriel et annuel)

Plan de travail et objectifs annuels du Comité

Le Comité se dote d'un plan de travail et des objectifs annuels en précisant ses domaines d'intérêt principaux pour la prochaine année. Voici des exemples :

- Surveiller un programme de diminution des erreurs liées aux médicaments.
- Appuyer fortement et surveiller une initiative d'amélioration du service à la clientèle au Service d'urgence.

- Surveiller les projets liés à une campagne (ex. : Campagne des soins plus sécuritaires maintenant).
- Examiner et mettre à jour le tableau de bord sur la qualité et d'autres rapports d'indicateurs clés liés à la qualité et aux patients pour veiller à ce qu'ils incluent des objectifs poussés pour le réseau.
- Passer en revue les priorités nationales actuelles dans le domaine de la qualité et de la sécurité des patients, comme la rémunération en fonction du rendement et l'usage de technologies de l'information pour améliorer la qualité.

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



Manuel : Politiques du Conseil d'administration

Titre :	PROCESSUS D'ÉVALUATION DU RENDEMENT ET DU DÉVELOPPEMENT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL	N° : CA-400
Section :	Processus d'évaluation	Date d'entrée en vigueur : 2016
Émise par :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2014/06/25
Approuvée par : (Signature)	Conseil d'administration Paul Couturier, président	Date de la signature : 2016
Établissement/ programme :	<input checked="" type="checkbox"/> Vitalité Zone : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	

BUT

Mesurer la performance du président-directeur général (PDG) à partir du plan de rendement et du développement (voir copie en annexe) à partir des objectifs annuels tel qu'approuvés par le Conseil d'administration.

Offrir une rétroaction du Conseil d'administration au PDG de façon à clarifier les attentes vis-à-vis ses fonctions et l'appuyer dans son développement professionnel.

POLITIQUE

Le Comité d'évaluation du rendement et du développement, composé du président et du vice-président du Conseil d'administration, est responsable de la mise en œuvre du processus d'évaluation annuelle du PDG.

Le président et le vice-président en consultation avec l'ensemble du Conseil d'administration complètent annuellement l'évaluation du rendement et du développement du PDG. De cette façon, la contribution du PDG aux objectifs du Réseau de santé Vitalité pour l'année qui se termine est évaluée à travers un processus rigoureux et documenté officiellement.

Le processus d'évaluation du rendement et du développement offre l'occasion de reconnaître la performance du PDG, de développer en collaboration les priorités organisationnelles pour l'année qui commence, pour mieux planifier stratégiquement et comment supporter le PDG et l'organisation. De façon diligente, le Conseil d'administration évalue la performance et le rendement du PDG à partir du profil de poste, de plan de rendement et du développement et des politiques du Conseil.

Outil

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

Processus d'évaluation

1. La performance du PDG est évaluée annuellement en fonction de l'année fiscale. L'évaluation de l'année en cours se terminera au plus à la fin du premier trimestre suivant l'année qui se termine.
2. Le Conseil délègue officiellement cette fonction au président et vice-président. Ce comité s'assure d'obtenir la contribution de l'ensemble des membres du Conseil d'administration au processus d'évaluation lors des phases d'acceptation du plan de rendement et du développement et de l'évaluation de ce plan.
3. Le Comité évalue la performance du PDG à partir du plan de rendement et du développement tel qu'établi en début d'année. Le Comité fait rapport à l'ensemble du Conseil d'administration sur l'évaluation et demande aux membres du Conseil leurs commentaires sur la performance du PDG. Ces commentaires sont ajoutés à l'évaluation du PDG.
4. Le Conseil peut, de temps à autre, mais doit au minimum tous les 3 ans compléter une évaluation qui considère l'opinion des intervenants internes et externes. Pour compléter cette partie de l'évaluation, le Conseil peut s'assurer de l'appui de consultants externes.

Responsabilités et échéanciers

Activités	Responsables	Échéanciers
a) Le PDG développe une proposition du plan d'évaluation du rendement et du développement pour commentaires au Comité d'évaluation du rendement et du développement.	<ul style="list-style-type: none"> • Le PDG 	<ul style="list-style-type: none"> • Avril
b) Le comité d'évaluation du rendement et du développement valide le plan d'évaluation du rendement et du développement et consulte l'ensemble des membres du Conseil d'administration pour leurs commentaires.	<ul style="list-style-type: none"> • Le comité d'évaluation du rendement et du développement 	<ul style="list-style-type: none"> • Avril
c) Le PDG finalise le plan d'évaluation du rendement et du développement suite aux commentaires reçus et soumet le plan fourni au	<ul style="list-style-type: none"> • Le PDG et le Comité d'évaluation du rendement et du développement 	<ul style="list-style-type: none"> • Mai

Activités	Responsables	Échéanciers
Comité d'évaluation du rendement et du développement pour approbation.		
d) Le PDG fait une auto-évaluation mi- année et rencontre le Comité d'évaluation du rendement et du développement pour discuter du progrès et faire les ajustements nécessaires au plan d'évaluation du rendement et du développement.	<ul style="list-style-type: none"> Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le PDG 	<ul style="list-style-type: none"> Septembre
e) Le PDG présente une auto-évaluation de fin d'année et la soumet au Comité d'évaluation du rendement et du développement.	<ul style="list-style-type: none"> PDG 	<ul style="list-style-type: none"> Fin mars, début avril
f) Le Comité d'évaluation du rendement et du développement rencontre et évalue la performance du PDG pour l'année qui se termine.	<ul style="list-style-type: none"> Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le PDG 	<ul style="list-style-type: none"> Avril
g) Le Comité d'évaluation du rendement et du développement fait rapport au Conseil d'administration et recueille leurs commentaires. Il finalise l'évaluation avec le PDG.	<ul style="list-style-type: none"> Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le PDG 	<ul style="list-style-type: none"> Mai

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

Réseau de santé Vitalité

Plan d'évaluation du rendement et du développement

Président-directeur général

Éléments du formulaire d'évaluation

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

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

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

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

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

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

Systeme d'évaluation du rendement

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

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

Nom du PDG :	Date :
--------------	--------

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

	•					
	•					
Relations externes						
	•					
Relations de travail avec le Conseil et ses comités						

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

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

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

Autorisation et approbation

Commentaires du PDG :

Signature du PDG :

Président du Conseil d'administration :

Date :

Date :

Manuel d'orientation du Conseil d'administration

Table des matières

1. Vision, Mission, Valeurs

Notre vision.....

Notre mission.....

Nos valeurs.....

2. Vue d'ensemble du Réseau

Territoire et population (zones socio-sanitaires).....

Conditions socio-économiques.....

Portrait de santé de la population.....

Programmes et services en un clin d'œil.....

Opérations.....

Accréditation.....

Reconnaissance.....

Rapport annuel 2015-2016.....

3. Historique de la Régie

Encadrement législatif.....

Loi sur les régies régionales de la santé

Règlement (2002-27) – Loi sur les régies régionales de la santé.....

Règlement (2012-07) – Loi sur les régies régionales de la santé.....

Loi reconnaissant l'égalité des deux communautés linguistiques
officielles au N.-B. (chapitre 198).....

Loi hospitalière (chapitre H-6.1).....

Règlement (92-84) – Loi hospitalière.....

Loi sur les services hospitaliers (chapitre H-9).....

Règlements (84-167) – Loi sur les services hospitaliers du N.-B.....

Siège social · Head Office

275, rue Main Street, Bureau · Suite 600

Bathurst NB E2A 1A9

506-544-2133

www.santevitalitehealth.ca

Ministère de la Santé – Organigramme.....	
Financement des soins de santé.....	
Plan provincial de la santé 2013-2018.....	
Structure organisationnelle de la Régie.....	

4. Partenaires du Réseau de santé Vitalité

Partenaires.....	
Entente tripartite avec la SSMEF du N.-B. et le MACS du N.-B.....	

5. Vue d'ensemble des services et programmes

Services primaires.....	
Services secondaires.....	
Services tertiaires.....	
Programmes et services provinciaux offerts par Vitalité.....	
Services de laboratoire.....	
Services d'imagerie.....	
Santé publique.....	

6. Planification stratégique

Plan stratégique (2016-2019).....	
Plan régional de santé et d'affaires – 2016.....	
Plan de transformation et modernisation du système de santé.....	
Plan de services cliniques (phases 1 et 2).....	

7. Lien avec la Régie et le ministère de la Santé

Cadre d'imputabilité.....	
Lois provinciales pertinentes au Réseau de santé Vitalité.....	

8. Services Nouveau-Brunswick

Siège social · Head Office

275, rue Main Street, Bureau · Suite 600

Bathurst NB E2A 1A9

506-544-2133

www.santevitalitehealth.ca

9. Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

10. Structure du Conseil d'administration et rôles

Composition.....

Membres du CA.....

11. Règlements et politiques

Règlements administratifs.....

Politiques du CA.....

12. Réunions du Conseil d'administration

Horaire des réunions.....

Horaire des réunions du CA 2016.....

Ordre du jour du CA.....

Éducation, Histoire de patient et discussions générales du CA.....

Ressources/lectures sur la gouvernance.....

Dépenses (voir politique CA-215).....

Assurance.....

13. Support au Conseil d'administration

14. Politiques liées à la gouvernance du Conseil d'administration

Mandat du Conseil d'administration et régime de gouvernance (CA-120).....

Code de conduite des membres du Conseil d'administration (CA-135)..

Code d'éthique du Réseau de santé Vitalité (CA-205).....

Fonctions du président du Conseil d'administration (CA-140).....

Fonctions du vice-président du Conseil d'administration (CA-150).....

Fonctions du trésorier du Conseil d'administration (CA-160).....

Siège social · Head Office

275, rue Main Street, Bureau · Suite 600

Bathurst NB E2A 1A9

506-544-2133

www.santevitalitehealth.ca

Fonctions du secrétaire du Conseil d'administration (CA-170).....

Fonctions du président-directeur général (CA-180).....

15. Comités permanents du Conseil d'administration

Comité exécutif (CA-310).....

Comité de gouvernance et de mise en candidature (CA-320).....

Comité de finances et de vérification (CA-330).....

16. Comités spéciaux et sous-comités du Conseil d'administration

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité (CA-350).....

Comité stratégique de la recherche et des affaires académiques (CA-395).....

Sous-comité des normes de gouvernance.....

Sous-comité de la planification stratégique.....

Comité d'évaluation du rendement et du développement du Président-directeur général.....

17. Comités consultatifs du Conseil d'administration

Comité médical consultatif.....

Comité professionnel consultatif.....

18. Autre comité

Comité d'éthique de la recherche.....

19. Annexes

Où trouver les documents dans l'onglet d'orientation – ordre chronologique

Où trouver les documents dans l'onglet d'orientation – ordre alphabétique

Manuel , _____

Titre :	APPELLATION DES INSTALLATIONS MATÉRIELLES	N° :
Section :		Date d'entrée en vigueur : (a/m/j)
Émise par :		Date de révision précédente : (a/m/j)
Approuvée par (Signature)		Date de la signature : (a/m/j)
Établissement / programme : (facultatif)	<input checked="" type="checkbox"/> Vitalité Zone(s) : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	

BUT

Le Réseau de santé Vitalité reçoit parfois des demandes visant à nommer des installations matérielles à des fins (1) de philanthropie, (2) honorifiques, (3) opérationnelles, (4) commémoratives ou (5) historiques.

La présente politique établit les modalités pour permettre la désignation d'installations matérielles en conformité avec la directive provinciale numéro AD-1903 sur les noms d'immeubles.

Elle précise à qui revient l'autorité en matière d'appellation des installations matérielles ainsi que les responsabilités des diverses parties prenantes.

DÉFINITIONS

Installation matérielle: S'entend d'une pièce particulière, d'un regroupement de pièces, d'une section d'un bâtiment, d'une aire d'activités ou de l'équipement situé dans un établissement exploité par le Réseau, de même que des espaces extérieurs situés sur la propriété de ces établissements.

Philanthropie : Générosité désintéressée d'un particulier, d'un organisme ou d'une entreprise qui souhaite améliorer la vie d'autrui et contribuer financièrement au progrès des soins de santé offerts dans sa collectivité.

Programme de reconnaissance : Toute politique ou document officiel d'une fondation qui décrit les modalités par lesquelles elle reconnaît de façon particulière la générosité de certains donateurs en fonction de la valeur de la contribution reçue. Les modalités de reconnaissance changent au fur et à mesure que les contributions d'un donateur atteignent différents paliers.

Appellation à des fins honorifiques : Appellation visant à nommer des installations matérielles en l'honneur de particuliers ou d'organismes qui se sont distingués et qui ont contribué à l'épanouissement et au développement des soins de santé.

Appellation à des fins opérationnelles : Appellation non reliée à la philanthropie ou honorifique qui vise à nommer des installations matérielles (surtout une pièce particulière ou un regroupement de pièces) afin de faciliter le fonctionnement interne d'un établissement ou d'un service.

POLITIQUE

1. Dispositions générales

- 1.1. Le nom d'un organisme ou d'une entreprise est admissible pourvu que ses produits ou ses services ne soient pas en opposition avec la vision et la mission du Réseau.
- 1.2. Le nom d'un particulier est admissible, mais ne peut être retenu pour une appellation à des fins honorifiques ou opérationnelles tant et aussi longtemps qu'il œuvre en politique active en tant qu'élu municipal, provincial ou fédéral.
- 1.3. Le nom d'un employé, d'un membre du personnel médical, d'une fondation, des auxiliaires, du Conseil d'administration est admissible, mais ne peut être retenu à des fins honorifiques ou opérationnelles tant et aussi longtemps que la personne a encore des liens officiels avec les opérations ou la gouvernance du Réseau.
- 1.4. En tenant compte du fait que le Réseau ne peut nommer des immeubles, car ils sont la propriété de la province, le ministre de la Santé sera informé à l'avance de toute annonce de nom ou de changement de nom d'une installation existante ou nouvelle.
- 1.5. Le nom d'une installation matérielle deviendra le nom couramment utilisé dans les publications officielles et dans la correspondance du Réseau.
- 1.6. Le président-directeur général ou le vice-président intéressé détient le pouvoir d'approuver le nom des installations matérielles à des fins de philanthropie et honorifiques après consultation avec le Conseil d'administration du Réseau.
- 1.7. Le président-directeur général ou le vice-président intéressé détient le pouvoir d'approuver le nom des installations matérielles à des fins opérationnelles.
- 1.8. Dans le cas des établissements catholiques, la désignation des installations matérielles à des fins de philanthropie et honorifiques doit également être approuvée après consultation auprès de Santé Catholique Internationale.
- 1.9. Le design de l'identification des installations matérielles (affiche, plaque, etc.) doit se faire en respectant la politique linguistique et l'image de marque du

Réseau et s'harmoniser autant que possible avec l'environnement physique des lieux.

2. Appellations à des fins de philanthropie

2.1 Objectifs visés

Pour une fondation, les appellations à des fins de philanthropie visent un double objectif : reconnaître publiquement, de façon permanente ou pour une période définie, ses plus grands donateurs et les inciter à faire des dons plus importants. Il convient de souligner que l'appellation d'une installation matérielle au nom d'un donateur constitue une marque de reconnaissance et non une vente.

2.2 Programme de reconnaissance

Les dispositions de tout programme de reconnaissance d'une fondation qui régissent les modalités de reconnaissance des donateurs donnant droit à nommer une installation matérielle doivent être approuvées par le Conseil d'administration.

2.3 Admissibilité

2.3.1 Tous les noms soumis par une fondation doivent être un particulier, un organisme ou une entreprise qui a fait un don important, tel que défini dans son programme de reconnaissance, le cas échéant.

2.3.2 En s'appuyant sur son programme de reconnaissance, une fondation reconnaît de façon publique et exclusive l'appui exceptionnel de certains donateurs. Ceux-ci peuvent être désireux d'associer leur nom ou encore le nom de leur fondateur à une installation matérielle.

2.4 Permanence de l'appellation

Dans l'éventualité de la démolition ou de la destruction d'une structure, la question de la continuité du nom qui y est rattaché sera considérée par le Réseau, en tenant compte de toute obligation légale, le cas échéant.

2.5 Consignation des appellations accordées

2.5.1 Chaque fondation requérante est responsable de s'assurer que les appellations soient consignées et conservées par écrit afin de prévenir toute éventuelle omission ou modification non conforme à ses politiques.

2.5.2 Selon les politiques des fondations, les termes et objectifs visés par un donateur doivent être précisés dans une entente de contribution. Cette entente assure que les désirs du donateur sont clairement identifiés d'une part, et que les promesses de reconnaissance sont respectées par la fondation, d'autre part.

RÉFÉRENCES

Directive provinciale numéro AD-1903 sur les noms d'immeubles

Naming of facilities, properties and features (Réseau de santé Horizon)

Politique pour l'appellation des installations physiques et des fonds de dotation au Collège communautaire du Nouveau-Brunswick

Politique pour l'appellation des installations physiques et des fonds de dotation à l'Université de Moncton

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



Manuel : Politiques du Conseil d'administration

Titre :	MANDAT : COMITÉ D'ÉVALUATION DU RENDEMENT ET DU DÉVELOPPEMENT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL		N° : CA-
Section :	Processus d'évaluation	Date d'entrée en vigueur :	2016-
Émise par :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	
Approuvée par : (Signée par)	Conseil d'administration Paul Couturier	Date de la signature :	2016-
Établissement / programme : (facultatif)	<input checked="" type="checkbox"/> Vitalité Zone : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6		

BUT

Afin d'assurer la gestion efficace de l'organisation, le Conseil d'administration et le président-directeur général (PDG) établiront conjointement un plan d'évaluation et du rendement et du développement du PDG annuel pour guider le travail du PDG pour l'année en cours. Le plan d'évaluation du rendement et du développement du PDG, ainsi que la description de poste servira de base pour l'examen annuel de la performance du PDG.

POLITIQUE

1. Le Conseil d'administration établira un Comité d'évaluation du rendement et du développement du PDG formé du président et du vice-président en vue de développer conjointement le plan du rendement et du développement avec le PDG.
2. Annuellement, le plan du rendement et du développement et toute modification, de temps à autre, seront présentés au Conseil d'administration pour approbation par le Comité d'évaluation du rendement et du développement du PDG.
3. Le plan d'évaluation et du rendement du PDG sera établi chaque année par la fin du premier trimestre de la nouvelle année financière.
4. Le plan d'évaluation et du rendement du PDG devrait être revu officiellement vers la mi-année et peut être mis à jour ou révisé afin de refléter les changements de circonstances.
5. Les évaluations et notes recommandées pour la prime incitative, mesurée par rapport au plan d'évaluation et du rendement du PDG pour l'exercice précédent, devraient être achevées d'ici la fin du premier trimestre de l'exercice suivant.

Des principes directeurs :

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

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

Comité de finances et de vérification du Conseil d'administration
Rapport de la réunion du 12 avril 2016

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 26 avril 2016

Performance financière et opérationnelle en date du 29 février 2016

Avec des dépenses d'exploitation totalisant 544,63 millions de dollars, nous avons enregistré un léger déficit budgétaire de 13,371 dollars mais qui demeure à l'intérieur du budget prévu. Ceci inclut les coûts opérationnels de 1,5 millions pour le nouveau Centre Hospitalier Restigouche qui sera seulement financé dans le prochain budget. Au niveau des salaires et des bénéfiques, nous avons enregistré un surplus de 1,5 millions de dollars soit 0,4 % de mieux que le budget prévu.

Notre taux d'heures de maladie par heures travaillées est passé de 5,9 % (en 2014-2015) à 5,7% cette année. Quant au taux d'heures supplémentaires par heures travaillées, il est passé de 2,2 % à 2,3 %. L'examen des coûts par habitant pour les soins de santé révèle que nous sommes présentement situés à 2 772 dollars par habitant, comparativement à 2 722 \$ pour la même période l'année précédente, ce qui représente une augmentation de 1.8 %. Les coûts d'opération des laboratoires par unité de charge de travail est passé de 1,01 dollars à 1,06 \$, soit une augmentation de 5 %. Cette augmentation est due principalement à l'augmentation du volume de procédures ainsi qu'à une augmentation des coûts des réactifs. Quant aux services alimentaires, les coûts par jour repas sont passés de 31,92 \$ à 32,89 dollars soit une augmentation de 3 % comparativement à la même période l'année précédente. L'augmentation fait suite à une diminution de 18,102 jours repas. En ce qui a trait au coût en salaire par pied carré pour l'entretien ménager, nous sommes passés de 4,73 dollars (en 2014-2015) à 4,78 \$ cette année, soit une augmentation de 1,0 %. Cette augmentation est due à l'augmentation dans les salaires. Au niveau du coût en énergie par pied carré, nous sommes passés de 5,69 dollars en 2014-2015 à 5,34 \$ cette année ce qui représente une diminution de 6,5%.

Révision du mandat du comité

Le comité a révisé le mandat du comité de finance et de vérification et celui-ci sera acheminé au Comité de gouvernance pour révision et soumis à la réunion du Conseil d'administration en juin pour approbation.

Budget 2016-2017

La lettre budgétaire du ministère de la santé datée du 17 février 2016 confirme le budget annuel de la Régie au montant de 573,660,722 \$. Un montant additionnel de 13,573,249 dollars, soit de 2.4% a été attribué pour tenir compte des augmentations salariales, de l'inflation et pour financer quelques points de pression dont entre autre 2.4 \$ millions pour les opérations du nouveau Centre Hospitalier Restigouche et 800,000 \$ pour le séquençage génétique.

Ce financement exclu le financement pour l'assurance-maladie, l'éducation médicale et autres programmes qui seront financés par des amendements budgétaires au courant de l'année soit d'un montant approximatif de 103,073,693 dollars.

Un budget opérationnel équilibré de 610,786,931 \$ a été présenté pour l'année 2016-2017 qui inclut un montant de 4.0 \$ millions de dollars obtenus par des mesures d'efficacités et qui permettra de mettre en œuvre le plan de transformation et de modernisation du système de santé.

Budget capitaux 2016-2017

Le Ministère a approuvé des budgets capitaux pour un montant de 48.2\$ millions. Voici la distribution du budget dans les grandes catégories suivantes:

▪ Budget d'équipement	6,294,449 \$
▪ Budget de rénovations majeures	2,200,000 \$
▪ Budget d'immobilisations majeures	39,800,000 \$

Les motions suivantes ont été effectuées :

MOTION 2016/04/12-03FV

Proposé par Gabriel Godin

Appuyé par Rita Godbout

Et résolu que le Comité de finances et vérification approuve les états financiers en date du 29 février 2016 tel que présenté.

Adopté à l'unanimité

MOTION 2016/04/12-04FV

Proposé par Rita Godbout

Appuyé par Adélarde Cormier

Et résolu que le Comité de finances et vérification approuve la révision du mandat du comité, tel que présenté.

Adopté à l'unanimité

MOTION 2016/04/12-05FV

Proposé par Adélarde Cormier

Appuyé par Gabriel Godin

Et résolu que le Comité de finances et vérification approuve le budget opérationnel pour 2016-2017, tel que présenté.

Adopté à l'unanimité

Ceci constitue le rapport du président du Comité de finances et de vérification du Conseil d'administration pour la réunion du 12 avril 2016 et je propose l'adoption de ce rapport tel que présenté.

Philippe Ferguson

Président du Comité de finances et de vérification du Conseil d'administration

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Point 8.3

Titre de la réunion :	Comité de finance et de vérification	Date et heure :	Le 12 avril 2016 à 9 heures
But de la réunion :	Réunion régulière	Endroit :	Siège social et par vidéoconférence
Président :	Philippe Ferguson	Edmundston :	Local 2281
Secrétaire :	Sylvie Gauvin	Grand-Sault :	Salle de conférence
		Siège social :	Grande Salle
		Moncton :	Sous-sol de l'Auberge
		Ste-Anne-de-Kent :	Salle de vidéoconférence
		Memramcook :	Jabber (Alain)

Participants

Philippe Ferguson (président)	✓	Paul Couturier	✓	Adélarde Cormier	✓
Gilles Lanteigne	✓	Rita Godbout	✓	Gisèle Beaulieu	✓
Gabriel Godin	✓	Alain Bécharde	✓		

Invités**PROCÈS-VERBAL**

Documents

1. Ouverture de la séance La séance est ouverte à 9 :00 heure.		
2. Adoption de l'ordre du jour <u>MOTION 2016/04/12-01FV</u> Proposé par Gabriel Godin Appuyé par Adélarde Cormier Et résolu que le Comité de finances et vérification approuve l'ordre du jour tel que présenté. Adopté à l'unanimité.	D	✓
3. Déclaration de conflits d'intérêts Aucun conflit d'intérêts n'est déclaré.	D	
4. Adoption du procès-verbal du 18 février 2016 <u>MOTION 2016/04/12-02FV</u> Proposé par Rita Godbout Appuyé par Gabriel Godin Et résolu que le Comité de finances et vérification approuve le procès-verbal du 18 février 2016 tel que présenté. Adopté à l'unanimité	D	✓
5. Suivis de la réunion du 18 février 2016 5.1 Projet des services alimentaires et des services environnementaux (JSRFP) Un groupe de travail se penche sur ce dossier afin d'élaborer une proposition interne qui sera comparée avec celle de Sodexo. Une analyse de sensibilité sera également effectuée afin d'évaluer la valeur actuelle nette (VAN) du projet et d'établir les avantages et inconvénients pour chacune des propositions. Le dossier sera présenté au conseil d'administration en juin 2016 pour approbation.	I	

5.2 Mise à jour sur les buanderies

Le budget pour les rénovations à la buanderie de Campbellton est évalué à 1.7 million. Nous estimons toutefois que l'investissement initial ne soit pas suffisant pour l'envergure du projet. Nous travaillons avec SNB afin de bien comprendre l'envergure du projet et d'apporter nos connaissances et commentaires au groupe de travail.

D ✓

6. États financiers en date du 29 février 2016

Les résultats financiers au 29 février 2016 sont présentés. Les points suivants sont discutés :

- Sommaire financier par niveau de responsabilité ;
- Résultats financiers par catégorie de dépenses ;
- Résultats financiers par programmes ;
- Indicateurs de volumes.

À la fin du mois de février, le Réseau a enregistré des dépenses excluant l'assurance-maladie de 544.63\$ millions comparativement à un budget de 544.62\$ millions ce qui se traduit par un déficit budgétaire de 13,371\$. Ceci inclut les coûts opérationnels de 1,5 millions pour le nouveau Centre Hospitalier Restigouche qui sera seulement financé dans le prochain budget. Au niveau des salaires et des bénéficiaires, nous avons enregistré un surplus de 1,5 millions de dollars soit 0,4 % de mieux que le budget prévu.

Notre taux d'heures de maladie par heures travaillées est passé de 5,9 % (en 2014-2015) à 5,7% cette année. Quant au taux d'heures supplémentaires par heures travaillées, il est passé de 2,2 % à 2,3 %. Les dépenses opérationnelles révèlent un déficit budgétaire de 1,387,239 \$ principalement dans les coûts en fournitures alimentaires, fournitures de laboratoire, dans les coûts d'opération du nouveau CHR (entente avec Rainbow Hospital Partnership) et dans l'entretien des équipements pour en nommer que quelques-uns.

MOTION 2016/04/12-03FV

Proposé par Gabriel Godin

Appuyé par Rita Godbout

Et résolu que le Comité de finances et vérification approuve les états financiers en date du 29 février 2016 tel que présenté.

Adopté à l'unanimité

7. Révision du mandat du Comité de finances et vérification

Chaque année le comité doit réévaluer le mandat du comité de finance tout en respect les lois et règlements administratifs de la Régie. Le comité a révisé le mandat et celui-ci sera acheminé au Comité de gouvernance pour révision et soumis à la réunion du Conseil d'administration en juin pour approbation.

MOTION 2016/04/12-04FV

Proposé par Rita Godbout

Appuyé par Adélarde Cormier

Et résolu que le Comité de finances et vérification approuve la révision du mandat du comité, tel que présenté.

Adopté à l'unanimité

D ✓

8. Budget 2016-2017**8.1 Budget opérationnel 2016-2017****8.2 Lettre budgétaire du ministère**

La lettre budgétaire du ministère de la santé datée du 17 février 2016 confirme le budget annuel de la Régie au montant de 573,660,722 \$. Un montant additionnel de 13,573,249 dollars, soit de 2.4% a été attribué pour tenir compte des augmentations salariales, de l'inflation et pour financer quelques points de pression dont entre autre 2.4 \$ millions pour les opérations du nouveau Centre Hospitalier Restigouche et 800,000 \$ pour le séquençage génétique.

Ce financement exclu le financement pour l'assurance-maladie, l'éducation médicale et autres programmes qui seront financés par des amendements budgétaires au courant de l'année soit d'un montant approximatif de 103,073,693 dollars.

Les éléments critiques de la lettre budgétaire sont :

- Aucun changement aux programmes existants sans une directive du Ministère.
- Une entente de responsabilisation sera établie et approuvée par le Ministère et la Régie d'ici le 6 mai 2016.
- Soumettre un plan régional de santé et d'affaires d'ici le 6 mai 2016.
- Le nombre maximal de lits en opération alloués ne doit pas dépasser 965 lits.
- Soumettre par le 30 juin 2016 le détail du budget 2016-2017.
- Soumettre selon les échéanciers établis les rapports financiers, l'information des paies et les bénéfiques salariaux ainsi que l'information financière trimestrielle au Ministère.

Un budget opérationnel équilibré de 610,786,931 \$ a été présenté pour l'année 2016-2017 qui inclus un montant de 4.0 \$ millions de dollars obtenus par des mesures d'efficacités et qui permettra de mettre en œuvre le plan de transformation et de modernisation du système de santé.

MOTION 2016/04/12-05FV

Proposé par Adélarde Cormier

Appuyé par Gabriel Godin

Et résolu que le Comité de finances et vérification approuve le budget opérationnel pour 2016-2017, tel que présenté.

Adopté à l'unanimité

9. Budgets capitaux 2016-2017

Le Ministère a approuvé des budgets capitaux pour un montant de 48.2\$ millions selon les catégories suivantes:

• Budget d'équipement	6,294,449 \$
• Budget de rénovations majeures	2,200,000 \$
• Budget d'immobilisations majeures	39,800,000 \$

10. Prochaine réunion

La prochaine réunion est prévue le 15 juin 2016.

11. Levée de la séance

La séance est levée à 10h20

Philippe Ferguson

Président

Gisèle Beaulieu

VP – Performance, qualité et services généraux

D

√

I

√

Rapport de la présidente
Comité de gestion des risques et de la qualité du Conseil d'administration
Réunion tenue le 23 mars 2016

Réunion à huis clos du Conseil d'administration
Le 26 avril 2016

Le Comité de gestion des risques et de la qualité du Conseil d'administration a tenu une réunion régulière le 23 mars 2016. Les sujets suivants ont été discutés :

- **Mise à jour de la démarche Agrément 2017** ; il y a vingt-quatre équipes en place spécifiquement pour adresser les différents cahiers de normes touchant l'ensemble de l'organisme et l'excellence des services. Leurs plans d'action seront terminés par le 29 avril 2016 et toutes les améliorations seront mises en œuvre par le 31 janvier 2017.
- **Tableau de bord de la qualité – janvier 2016** ; dans l'ensemble les tendances se maintiennent et les efforts se poursuivent pour atteindre les cibles pour chacun des indicateurs. Sur 43 indicateurs, nous obtenons des résultats meilleurs que la cible pour treize des indicateurs et des résultats semblables à la cible pour treize indicateurs.
- En ce qui concerne le taux d'implantation du bilan comparatif des médicaments (BCM) à l'admission, 25 % des unités de soins sont implantées alors que la cible est de 55 %. Une équipe régionale a été mise sur pied pour uniformiser les outils/politiques/formation et voir à concrétiser l'implantation du BCM dans les zones.
- Diverses stratégies et initiatives des soins de santé primaires sont développées pour réduire les admissions liées aux maladies chroniques. Le pourcentage d'admission pour les conditions propices aux soins ambulatoires est de 7,06 %, soit 5,3 % d'augmentation comparativement à l'année dernière.
- Le pourcentage de visite à l'urgence avec les codes de triage 4 et 5 si situe à 63,7 %, comparé à 64,1 % pour la même période l'année précédente. Il s'agit d'une amélioration de 0,7 %.
- Quant au pourcentage de lits occupés par des patients en attente de placement, les résultats démontrent un taux de 23,4 % comparativement à 24,9 % l'année dernière, soit une amélioration de 6,5 %.
- **Expérience vécue d'un patient** ; une histoire de cas reliée à une erreur de médicament impliquant une patiente de 81 ans a été présentée. Des pistes d'amélioration ont été ressorti de cette analyse et partager dans chacune des zones, entre autres la revue d'évènement a été fait avec le personnel de l'urgence et de la pharmacie HRE, puis on a réitérer l'importance de ne pas abrégé les noms des médicaments.

- **Politique et procédure GEN.5.20.20 « Gestion des plaintes » et Guide de gestion des plaintes** ; cette politique a été révisée et a pour but d'assurer la gestion des préoccupations des patients, de leur famille ou du personnel en se basant sur les meilleures pratiques de gestion. Aussi, d'assurer un traitement uniforme, opportun et juste de toutes les plaintes dans le but d'améliorer la qualité des soins et de services offerts par le Réseau de santé Vitalité. Le Guide de gestion des plaintes a été développé dans le but d'aider les médecins-chefs locaux et le médecin-chef régional dans la gestion des plaintes liées aux comportements perturbateurs et à la qualité des soins médicaux.

MOTION 2016-03-23 / 03GRQ

Proposé par Dre France Desrosiers

Appuyé par Lester Young

Et résolu que la politique et procédure GEN.5.20.20 « Gestion des plaintes » et le Guide de gestion des plaintes soient adoptés avec les modifications proposées.

Adopté à l'unanimité

- **Mandat du Comité d'éthique de la recherche** ; la politique et procédure GEN.1.40.85 « Mandat du Comité d'éthique de la recherche » a été révisée. Il a été proposé d'ajouter à la composition du comité une représentation des services professionnels.

MOTION 2016-03-23 / 04GRQ

Proposé par Dre France Desrosiers

Appuyé par Linda Sunderland

Et résolu que la politique et procédure GEN.1.40.85 « Mandat du Comité d'éthique de la recherche » soit adoptée avec les modifications proposées.

Adopté à l'unanimité

- **Aide médicale à mourir** ; le ministère de la Santé a mis sur pied un comité provincial avec des représentants des deux régions de la santé pour définir les prérequis nécessaires à la mise en place des processus pour l'aide médicale à mourir. Un groupe de travail régional a été mis sur pied pour développer et mettre en place les processus requis au sein du Réseau de santé Vitalité.
- **Politique et procédure CA-350 « Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité** ; la politique et procédure a été révisée à la lumière des normes de gouvernance.

MOTION 2016-03-23 / 05GRQ

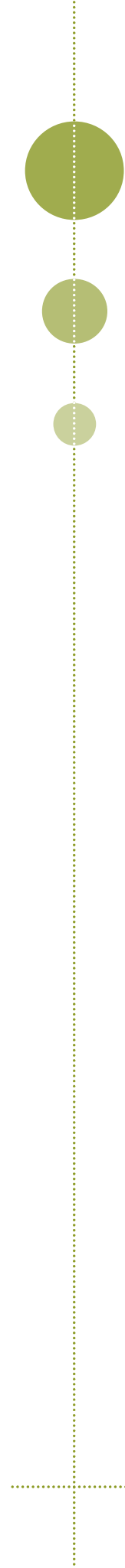
Proposé par Lester Young

Appuyé par Paulette Sonier-Rioux

Et résolu que la politique et procédure CA-350 « Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité » soit adoptée avec les modifications suggérées.

Adopté à l'unanimité

- **Rapport de satisfaction clientèle hospitalière – Q3** ; on note une diminution de 1 % de participation au sondage comparé au Q2. Seules les questions en lien avec les repas (74 %) et la tranquillité (89 %) n'ont pas atteint la cible (90 %). Des initiatives ont été mises en place dans les hôpitaux, puis on note des améliorations.
- **Résultats du sondage CSNB sur les soins à domicile** ; le Conseil de la santé a publié le 2 mars 2016 les résultats du deuxième sondage provincial sur la qualité des services de soins à domicile. Le sondage vise la clientèle recevant des services de soins à domicile soit le Programme extramural et des services de soutien à domicile. En général, les gens sont satisfaits. Les résultats des zones varient entre 93.9 % dans la zone 1 et 98.8 % dans la zone 5.

- 
- **Rapport sur la prévention des infections – résultats trimestriels (mars 2016)** ; le Réseau s'est fixé une cible de 80 % et les taux de participation atteints entre les zones varient entre 61 % et 91 % lors du dernier trimestre. Des audits ciblés se poursuivent et on continue à sensibiliser les employés à l'importance du lavage des mains.

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité de gestion des risques et de la qualité du Conseil d'administration pour la réunion tenue le 23 mars 2016 et je propose l'adoption de ce rapport tel que présenté.

Anne Soucie

Présidente du Comité de gestion des risques et de la qualité du Conseil d'administration

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Point 8.4

Titre de la réunion :	Comité de gestion des risques et de la qualité	Date et heure : Endroit :	Le 23 mars 2016 à 13:00 Vidéoconférence
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst (siège social) : grande salle Edmundston : salle 2281 Campbellton : salle téléadaptation	(Gilles et Lester) (Gisèle, Paul et Lucie) (Linda)
Présidente : Secrétaire :	Anne Soucie Lucie Francoeur	Téléconférence : Jabber :	(Anne, Paulette, Bonnie) (Dre Desrosiers)
Participants			
Anne Soucie (Présidente)	✓ Paul Couturier	✓ Lester Young	✓
Gilles Lanteigne	✓ Linda Sunderland	✓ Paulette Sonier-Rioux	✓
Gisèle Beaulieu	✓ Dre France Desrosiers	✓ Bonnie Mae Martin	✓
PROCÈS-VERBAL			

1. Ouverture de la séance

La séance est ouverte à 13:00 par Anne Soucie.

2. Déclaration de conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

3. Adoption de l'ordre du jour**MOTION 2016-03-23 / 01GRQ**

Proposé par Paulette Sonier-Rioux

Appuyé par Lester Young

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

Adopté à l'unanimité

4. Adoption du procès-verbal du 27 janvier 2016**MOTION 2016-03-23 / 02GRQ**

Proposé par Bonnie Mae Martin

Appuyé par Paulette Sonier-Rioux

Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 27 janvier 2016 soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité

5. Suivis de la dernière réunion du 27 janvier 2016**5.1 Note d'information – Mise à jour de la démarche Agrément 2017**

La prochaine visite d'agrément est prévue en juin 2017. Les démarches en lien avec la préparation pour cette visite ont été relancées l'automne dernier et se poursuivent activement. Il y a vingt-quatre équipes en place spécifiquement pour adresser les différents cahiers de normes touchant l'ensemble de l'organisme et l'excellence des services. Leurs plans d'action seront terminés par le 29 avril 2016 et toutes les améliorations seront mises en œuvre par le 31 janvier 2017.

Le Comité régional de la qualité et de la sécurité des patients sert de forum pour soutenir les équipes dans le développement et la mise en œuvre des plans d'action. Quant au Sous-comité des normes de gouvernance, celui-ci veille à la réalisation de l'auto-évaluation sur les normes de gouvernance et à la mise en place complète du plan d'action.

6. Affaires permanentes

6.1 Tableau de bord – Qualité (janvier 2016)

En janvier 2016, 13 indicateurs ont obtenu des résultats meilleurs que la cible, puis 13 indicateurs ont obtenu des résultats semblables à la cible. Un tableau est circulé aux membres démontrant les indicateurs inférieurs à la cible et résumant les actions prises. Dans l'ensemble, les tendances se maintiennent et on poursuit les efforts pour atteindre les cibles pour chacun des indicateurs.

Le docteur Marc Pelletier, chef du Centre cardiaque à Saint-Jean quitte son poste pour aller enseigner à l'Université Harvard, à Boston. Il a soulevé dans un communiqué de Radio-Canada le 21 mars dernier, que la situation des soins de chirurgie cardiaque au Nouveau-Brunswick n'est pas rose. Les membres se demandent s'il y a des choses qu'on peut faire différemment au N.-B. On commente qu'il y a de plus en plus de nouvelles technologies et procédures en chirurgie cardiaque ce qui permet de réduire les listes d'attente. Il semble ne pas y avoir de situations critiques au niveau des listes d'attente des chirurgies cardiaques dans le Réseau, par ailleurs les données seront présentées à la prochaine réunion.

7. Affaires nouvelles

7.1 Expérience vécue d'un patient

Une étude de cas est présentée aux membres. L'incident implique une patiente de 81 ans admise en observation à l'urgence HRE pour hypoglycémie. Celle-ci a reçu deux doses de Norflex (relaxant musculaire) au lieu de recevoir du Norflox (antibiotique) pour traiter son infection urinaire. Le Norflex est habituellement prescrit à 100 mg, puis la patiente a reçu 400 mg, soit quatre fois la dose habituelle à deux reprises, malgré les différentes méthodes de vérification d'ordonnance.

Le lendemain matin, la patiente est confuse et on informe la famille. Le médecin résident est avisé, puis celui-ci consulte le médecin traitant. L'erreur de médicament est captée et divulgation faite à la famille. On se doit d'être honnête et intègre dans les communications pour minimiser les effets négatifs.

Les principales pistes d'amélioration ressorties de cette analyse et partagées dans chacune des zones sont :

- ✚ revue d'évènement fait avec le personnel de l'urgence et de la pharmacie,
- ✚ réitérer l'importance de ne pas abrégier les noms des médicaments.
- ✚ ajouter un avertissement au dictionnaire de la pharmacie lors de l'entrée de Norflex ;
- ✚ évaluer la « List of error – Prone abbreviations, Symbols and Dose designations » d'ISMP et mettre en place des pistes d'amélioration pour tous les autres noms de médicaments à risques.
- ✚ ajouter au programme d'orientation de la pharmacie pour les nouveaux médecins/résidents/locums les documents sur les abréviations, symboles et inscriptions numériques dangereux.
- ✚ vérifier la possibilité de discontinuer le médicament Norflex pour les personnes âgées.
- ✚ évaluer l'utilisation des effectifs du personnel de la pharmacie les fins de semaine, selon les besoins opérationnels.

Il est parfois difficile de lire l'ordonnance écrite du médecin. On se questionne si éventuellement on pourra se tourner vers les ordonnances informatisées, ce qui éviterait les conséquences pour les patients. D'un autre côté, les membres sont conscients qu'il y aura toujours des erreurs humaines. Aussi, l'attitude face aux erreurs est encore marquée par une culture de blâme, contrairement à une culture non punitive.

Pour ce qui est de discontinuer le médicament Norflex pour les personnes âgées, cela n'évitera pas de se reproduire à d'autres groupes d'âge, donc ce n'est pas vraiment une solution à considérer.

On a ressorti également quelques questions dans le but d'identifier des occasions pour s'améliorer :

- ✚ Est-ce qu'on aurait pu faire autre chose pour prévenir cet incident ?
- ✚ Est-ce que notre système répond aux besoins des personnes âgées et de leur famille ?
- ✚ Avez-vous d'autres suggestions d'améliorations ?

Les membres sont d'avis de présenter l'étude de cas à la prochaine réunion du Conseil d'administration, en optant plutôt pour un format d'échange d'information au lieu de questions/réponses.

7.2 Politique et Guide de gestion des plaintes

La politique et procédure GEN.5.20.20 « Gestion des plaintes » a été révisée. Elle a pour but d'assurer la gestion des préoccupations des patients, de leur famille ou du personnel en se basant sur les meilleures pratiques de gestion. Aussi, d'assurer un traitement uniforme, opportun et juste de toutes les plaintes dans le but d'améliorer la qualité des soins et des services offerts par le Réseau de santé Vitalité.

Le Guide de gestion des plaintes a été développé dans le but d'aider les médecins-chefs locaux et le médecin-chef régional dans la gestion des plaintes liées aux comportements perturbateurs et à la qualité des soins médicaux. Ce guide offre une approche systématique, ainsi qu'une gamme d'outils, et s'applique surtout à la chefferie médicale. On clarifiera cet élément dans le guide.

Les membres félicitent Dre France Desrosiers et son équipe pour le beau travail réalisé !

MOTION 2016-03-23 / 03GRQ

Proposé par Dre France Desrosiers

Appuyé par Lester Young

Et résolu que la politique et procédure GEN.5.20.20 « Gestion des plaintes » et le Guide de gestion des plaintes soient adoptés avec les modifications proposées.

Adopté à l'unanimité

7.3 Mandat du Comité d'éthique de la recherche

La politique et procédure GEN.1.40.85 « Mandat du Comité d'éthique de la recherche » a été révisée et les modifications suggérées sont surlignées en jaune. Il est proposé d'ajouter dans la composition du comité une représentation des services professionnels. Gisèle Beaulieu souligne que le rapport annuel du secteur de l'éthique sera déposé à la prochaine réunion.

MOTION 2016-03-23 / 04GRQ

Proposé par Dre France Desrosiers

Appuyé par Linda Sunderland

Et résolu que la politique et procédure GEN.1.40.85 « Mandat du Comité d'éthique de la recherche » soit adoptée avec les modifications proposées.

Adopté à l'unanimité

7.4 Note d'information – Aide médicale à mourir

En février 2016, le ministère de la Santé a mis sur pied un comité provincial avec des représentants des deux régions de la santé pour définir les prérequis nécessaires à la mise en place des processus pour l'aide médicale à mourir. Le Dr Roger Bashala et Mireille Lanouette représentent le Réseau de santé Vitalité sur ce comité qui se réunit aux deux semaines.

Aussi, un groupe de travail régional a été mis sur pied pour développer et mettre en place les processus requis pour offrir l'aide médicale à mourir au sein du Réseau de santé Vitalité, conformément aux exigences légales établies. Les prochaines étapes du groupe de travail consistent à :

- ✚ obtenir des précisions sur la position des hôpitaux catholiques face à l'aide médicale à mourir et en tenir compte dans le cadre du développement du processus de référence ;
- ✚ valider la liste des étapes requises pour la procédure de l'aide médicale à mourir ;
- ✚ préparer l'implication des comités d'éthique pour offrir des forums de réflexion et de discussion dans les établissements du Réseau ;
- ✚ recruter un représentant du Programme extramural dans le groupe de travail afin d'obtenir leur implication en vue d'offrir ce service ;
- ✚ développer un système de soutien pour les proches des personnes désirant l'aide médicale à mourir, ainsi que pour les professionnels de la santé impliqués dans cette nouvelle pratique.

7.5 Comité provincial consultatif de QSP

À titre d'information, il existe un Comité provincial consultatif sur la qualité et la sécurité des patients du N.-B. qui vise à fournir des conseils et à formuler des recommandations à la « structure de gouvernance » sur des questions liées à la qualité des soins dans l'ensemble du continuum de services au sein du système de soins de santé du N.-B. Un de leurs principaux rôles et responsabilités est de voir à l'élaboration d'un plan stratégique provincial de qualité et de sécurité des patients. Gisèle Beaulieu représente le Réseau de santé Vitalité sur ce comité.

7.6 Collaboration de l'Atlantique & Consortium national de la SP

À titre d'information, depuis la dernière rencontre du Consortium national sur la sécurité des patients, plusieurs réunions ont eu lieu pour déterminer les mesures précises à prendre pour faire progresser la sécurité des patients. D'ailleurs un plan d'action a été élaboré avec la participation des membres issus des réunions sur la :

- ✚ Sécurité des soins chirurgicaux;
- ✚ Utilisation sécuritaire des médicaments;
- ✚ Sécurité des soins à domicile;
- ✚ Prévention et contrôle des infections;
- ✚ Éducation sur la sécurité des patients.

7.7 Atlantic Health Quality Council Proposal

À la demande des ministres et sous-ministres de la Santé, un groupe de travail au niveau de l'Atlantique a été mandaté d'évaluer la faisabilité de mettre sur pied un Conseil de la qualité et des soins de la santé. On est actuellement à l'étape préliminaire. Ce Conseil pourrait éventuellement remplacer le Conseil de la santé du N.-B. Il existe déjà dans quelques provinces canadiennes, un Conseil de la qualité et des soins de la santé.

Madame Linda Sunderland quitte la réunion à 14:20.

7.8 Politique et procédure CA-350 « Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité »

La politique et procédure CA-350 « Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité » a été révisée à la lumière des normes de gouvernance. Les modifications suggérées sont indiquées en couleur, entre autres on soulève un nouvel élément, dont le rapport des activités en éthique (trimestriel et annuel). Les membres sont d'accord avec les modifications suggérées.

MOTION 2016-03-23 / 05GRQ

Proposé par Lester Young

Appuyé par Paulette Sonier-Rioux

Et résolu que la politique et procédure CA-350 « Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité » soit adoptée avec les modifications suggérées.

Adopté à l'unanimité

8. Rapports

8.1 Rapport de satisfaction clientèle hospitalière – Q3

Le taux régional de participation au sondage est 20 % pour le Q3. On note une diminution de 1 % comparé au Q2. La majorité des questions ont eu un taux de satisfaction (excellent et bon) supérieur à 90 %. Seules les questions en lien avec les repas (74 %) et la tranquillité (89 %) n'ont pas atteint la cible (90 %). Des initiatives ont été mises en place dans certaines zones, puis on note des améliorations.

Pour ce qui est des heures de visite générales, il faudra redéfinir certaines définitions dans le but d'être plus précis et d'éliminer certaines nuances, entre autres le terme visiteur versus accompagnateur. Ainsi, selon les besoins du patient, un membre de la famille pourrait être au chevet du patient à divers moments de la journée, et ce, en dehors des heures de visite générales. On se questionne si l'agent de sécurité fait encore une tournée après les heures de visites ? Gisèle Beaulieu confirme qu'après les heures de visite, l'agent de sécurité fait une tournée aux unités pour veiller à ce que les visiteurs non autorisés aient quitté les lieux.

On rappelle l'importance de tous les intervenants en santé de s'identifier et de porter adéquatement leur carte d'identité. Certains membres trouvent déplorable que les infirmiers (ères) du Réseau de santé Vitalité ne portent pas l'uniforme noir et blanc pour se démarquer des autres professionnels de la santé, tel que recommandé par le SIINB l'année dernière.

8.2 Note d'information – Résultats du sondage du CSNB sur les soins à domicile

Le Conseil de la Santé a publié le 2 mars 2016 les résultats du deuxième sondage provincial sur la qualité des services de soins à domicile. Le premier a eu lieu en 2012. Le sondage vise la clientèle recevant des services de soins à domicile soit le Programme extramural et des services de soutien à domicile. Au niveau provincial, le taux de satisfaction global demeure élevé à 95.1 % en 2015, comparativement à 96.7 % en 2012. Les résultats des zones varient entre 93.9 % dans la zone 1 et 98.8 % dans la zone 5. En général, les gens sont satisfaits. Toutefois, certains éléments seront examinés au niveau du PEM, lors de l'exercice de la planification stratégique du Réseau de santé Vitalité.

En ce qui concerne le projet de transfert de la gestion du Programme extramural et de Télé-Soins à SMU Medavie, le président-directeur général commente que le sujet sera apporté à une réunion du Conseil d'administration, dès que nous aurons plus d'information à présenter.

8.3 Rapport sur la prévention des infections – résultats trimestriels (mars 2016)

Les membres passent en revue les résultats trimestriels d'hygiène des mains par zone. Le Réseau s'est fixé une cible de 80 % et les taux de participation atteints entre les zones varient entre 61 % et 91 % lors du dernier trimestre. Des audits ciblés vont se poursuivre aux unités de soins dans chacune des zones et on continue à sensibiliser les employés au lavage des mains.

9. Date de la prochaine réunion

La prochaine réunion est prévue le 9 juin 2016 à 10:00 par vidéoconférence.

10. Levée de la séance

La levée de la séance est proposée à 14:50 par Bonnie Mae Martin.

Anne Soucie
Présidente du comité

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

ÉBAUCHE



Manuel : Général du Réseau de santé Vitalité

Titre :	GESTION DES PLAINTES		N°: GEN.5.20.20
Section :	5- Gestion de la qualité/risques et sécurité des patients	Date d'entrée en vigueur :	2016-04-
Émise par :	V.-p. – Performance, Qualité et Services généraux	Date de révision précédente :	2011 05 09
Approuvée par	Président-directeur général Gilles Lanteigne	Date de la signature :	2016-04-
Établissement / programme :	Tous les services et programmes	<input checked="" type="checkbox"/> Vitalité	Zone(s) : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6

BUT

1. Assurer la gestion des préoccupations des patients, de leur famille ou du personnel en se basant sur les meilleures pratiques de gestion.
2. Assurer un traitement uniforme, opportun et juste de toutes les plaintes dans le but d'améliorer la qualité des soins et des services offerts par le Réseau de santé Vitalité.

DÉFINITIONS

1. Plainte

Toute insatisfaction ou préoccupation exprimée verbalement ou par écrit par un patient, sa famille ou le personnel relativement aux soins et aux services prodigués ou au comportement d'un membre du personnel.

2. Personnel

Désigne tous les membres du personnel, les médecins, les étudiants et les bénévoles.

3. Service

Désigne un service, une unité, un secteur, un programme ou un département, une division ou un service médical.

POLITIQUE

1. Une plainte peut être déposée verbalement (en personne ou par téléphone) ou par écrit. De plus, elle peut être déposée de façon anonyme.
2. Toute plainte doit être documentée dans le système de rapport d'incident et traitée conformément aux processus établis et aux valeurs du Réseau de santé Vitalité.

3. Toute plainte formulée verbalement doit être documentée et validée auprès du patient.
4. Toute plainte verbale résolue facilement à la satisfaction du plaignant n'a pas besoin d'être documentée.
5. Les plaintes déposées de façon anonyme doivent être portées à l'attention du gestionnaire (pour les plaintes non médicales) ou du chef de service intéressé (pour les plaintes médicales) afin qu'il vérifie sa validité et prenne les mesures nécessaires.
6. Les plaintes liées à un comportement ou à un acte professionnel doivent, dans la mesure du possible, être présentées par écrit et signée. Le processus pour ce faire est adaptable selon le besoin ou la situation.
7. Toute plainte d'harcèlement au travail doit être traitée conformément à la politique GEN.4.30.05.
8. Toute plainte liée à la violence en milieu de travail doit être traitée conformément à la politique GEN.4.30.10.
9. Les membres du personnel ont la responsabilité d'examiner, de résoudre dans la mesure du possible ou d'adresser à leur supérieur immédiat toute plainte ou préoccupation exprimée par un patient ou sa famille directement au point de service.
10. Le gestionnaire ou chef de service intéressé doit répondre aux préoccupations du plaignant lorsque le problème n'est pas résolu directement au point de service ou que la plainte ne relève pas de la responsabilité du personnel de première ligne.
11. Si la personne qui porte plainte désire faire part de ses préoccupations à un cadre supérieur, il faut la diriger en conséquence. Toutefois, lorsque possible, le plaignant doit être dirigé vers le niveau hiérarchique approprié.
12. Toute plainte doit recevoir une attention immédiate; de ce fait, un accusé de réception est requis dans les cinq jours ouvrables.
13. Un membre du personnel peut signaler ses préoccupations liées à la qualité des soins offerts par un autre membre du personnel à son supérieur immédiat, qui traitera cette plainte conjointement avec le Service de qualité et sécurité des patients.
14. Toute plainte liée à un manquement à l'obligation de confidentialité ou à tout autre risque relié à la protection des renseignements personnels doit être signalée dans les plus brefs délais au supérieur immédiat et au Bureau de la vie privée par le gestionnaire ou le chef du service intéressé.
15. Toute plainte potentiellement litigieuse ou médiatique, aux conséquences graves ou à l'origine d'un conflit majeur doit être portée à l'attention des supérieurs intéressés, du Service de la qualité et de la sécurité des patients et du directeur régional des communications dans les plus brefs délais.

16. Une plainte potentiellement litigieuse ou comportant une réclamation sera traitée en collaboration avec le Service de la gestion intégrée des risques.
17. La gestion des plaintes multisectorielles est coordonnée par le Service de la qualité et de la sécurité des patients, tout comme le suivi effectué auprès du plaignant.
18. Les plaintes envoyées à un membre du conseil d'administration doivent être acheminées au président-directeur général du Réseau de santé Vitalité afin qu'elles soient traitées conformément aux processus établis.
19. Le suivi auprès du plaignant doit être effectué dans les 30 jours ouvrables suivant la réception de sa plainte, si le plaignant désire obtenir un tel suivi. Le Service de la qualité et de la sécurité des patients a la responsabilité de surveiller tout délai encouru et d'en aviser le gestionnaire ou chef de service intéressé.
20. La conclusion du processus de gestion de toute plainte devrait permettre d'identifier les améliorations requises telles que communication, formation, révision des politiques et des pratiques, etc. Selon la gravité de la plainte, il se peut qu'une analyse des causes profondes soit requise.
21. Toute plainte qui ne peut être réglée de façon satisfaisante pour le plaignant au sein d'un établissement ou d'un programme peut être adressée au Service de qualité et sécurité des patients du Réseau de santé Vitalité, si le plaignant le désire.

PROCÉDURE

1. Documentation de la plainte

1.1. La personne qui reçoit la plainte :

- 1.1.1. Documente la plainte dans le système de rapport d'incident.
- 1.1.2. Demande au plaignant de déposer sa plainte par écrit et de la signer dans la mesure du possible, ou de valider et signer la plainte documentée par le personnel.
- 1.1.3. Estampe la date et le nom du service sur toute plainte déposée par écrit et envoie une copie au Service de la qualité et de la sécurité des patients.
- 1.1.4. Informe son supérieur hiérarchique.

2. Accusé de réception et évaluation de la plainte

2.1. Le personnel du Service de la qualité et de la sécurité des patients :

- 2.1.1. Prend connaissance de la documentation relative à la plainte et prévient son supérieur hiérarchique au besoin.

- 2.1.2. Évalue la gravité de la plainte non médicale avec le gestionnaire du service intéressé et implique le Service de gestion de risques au besoin.
- 2.1.3. Pour les plaintes verbales communique avec le plaignant pour obtenir plus d'information et l'informer du processus ainsi que du délai habituel de 30 jours ouvrables pour la résolution de la plainte. Au besoin, envoie la plainte documentée au plaignant pour sa validation et signature.
- 2.1.4. Pour les plaintes écrites, prépare et envoie, dans les cinq jours ouvrables, un accusé de réception signé par le personnel du Service de la qualité et de la sécurité des patients ou par la personne à qui la plainte a été adressée, avec copie conforme au gestionnaire/chef de service responsable du suivi. Une copie est envoyée à titre d'information au directeur et au besoin au cadre supérieur intéressé. Pour les plaintes relatives aux soins médicaux, une copie de l'accusé de réception est acheminée au médecin concerné et aux médecins-chefs local et régional.
- 2.1.5. Transmet ses coordonnées au plaignant à des fins de communication au besoin.
- 2.1.6. Adresse la plainte au gestionnaire ou au chef de service responsable de l'enquête et du suivi. Pour les plaintes relatives aux soins médicaux, une copie de la plainte est acheminée au médecin concerné, ainsi qu'aux médecins-chefs local et régional.

3. Enquête et suivi

3.1. Le gestionnaire ou chef de service responsable de l'enquête et du suivi :

- 3.1.1. Pour les plaintes non médicales : le gestionnaire évalue la gravité de la plainte en collaboration avec le Service de la qualité et de la sécurité des patients. Le Service de gestion intégrée des risques est impliqué au besoin.
- 3.1.2. Pour les plaintes relatives aux soins médicaux : La gravité de la plainte est évaluée par les médecins chefs local et régional. Le Service de gestion intégrée des risques est impliqué au besoin.
- 3.1.3. Vérifie la validité de la plainte et mène une évaluation de concert avec le personnel concerné et en collaboration avec le Service de la qualité et de la sécurité des patients en se basant sur les meilleures pratiques, les normes, les politiques, etc.
- 3.1.4. En collaboration avec le Service de la qualité et de la sécurité des patients, communique verbalement avec le plaignant, si ce dernier le désire, pour lui faire part du suivi effectué suite à sa plainte, dans les 30 jours ouvrables (le Service de la qualité et de la sécurité des patients à la responsabilité de prévenir le plaignant si un délai supplémentaire est prévu.
 - 3.1.4.1. Si une rencontre avec le plaignant est requise, le Service de la qualité et de la sécurité des patients coordonne et facilite celle-ci.

3.1.5. Documente dans le rapport d'incident ou rapport de suivi le résultat de son évaluation, les mesures prises et les améliorations à mettre en œuvre s'il y en a lieu.

3.1.6. Donne un suivi à son directeur ou aux médecins-chefs local et régional.

4. **Documentation finale**

4.1. **Le personnel du Service de la qualité et de la sécurité des patients:**

4.1.1. S'assure que les améliorations proposées soient partagées aux personnes intéressées du Réseau de santé Vitalité.

4.1.2. Prépare une ébauche de lettre réponse, de concert avec le gestionnaire ou chef de service responsable du suivi, pour toute plainte déposée par écrit. La lettre réponse est signée par le gestionnaire ou chef du service intéressé, ou au besoin par le personnel du Service de la qualité et de la sécurité des patients, avec copie conforme au directeur du service concerné ou au médecin-chef local et au Service de la qualité et de la sécurité des patients. Pour les plaintes relatives aux soins médicaux une copie est envoyée aux médecins-chefs local et régional pour approbation avant l'envoi au plaignant. Une copie de la lettre finale est envoyée au médecin concerné, ainsi qu'au médecin-chef régional à titre d'information.

La procédure est présentée sous forme d'algorithme à l'annexe GEN.5.20.20.

RENSEIGNEMENTS PERTINENTS SUPPLÉMENTAIRES

1. Une plainte exprimée peut indiquer que plusieurs autres personnes ont éprouvé le même mécontentement, mais ne l'ont pas exprimé.
2. Les plaintes ne doivent pas être perçues de façon négative, mais plutôt comme une occasion d'améliorer les soins et les services offerts par le Réseau de santé Vitalité.
3. Toute plainte qui ne peut être réglée de façon satisfaisante au sein du Réseau de santé Vitalité peut être adressée au bureau de l'ombudsman ou à l'organisme de réglementation approprié, selon l'ordre professionnel, comme le Collège des médecins et chirurgiens, l'Association des infirmiers et infirmières, etc. Le plaignant sera ainsi informé qu'il peut se prévaloir de ce droit.
4. Les plaintes liées à la protection des renseignements personnels sont traitées conformément à la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*. Ces plaintes peuvent être présentées de façon verbale ou écrite par tout membre du public, même si elles ne proviennent pas de la personne touchée par la violation.
5. Les plaintes liées aux langues officielles sont traitées conformément à la *Loi sur les langues officielles* et à la *Loi sur les régies régionales de la santé*. Le conseiller régional à la Protection des renseignements personnels et Langues officielles est consulté au besoin.

RÉFÉRENCES

1. Society for Healthcare Consumer Advocacy (SHCA), *"In the name of the Patient-Complaint Management"*, 2009 Ed.
2. Trillium Health Centre, *"Patient & Visitor Feedback Policy"*, 2010.
3. Institut canadien pour la sécurité des patients(ICSP), *Processus de résolution des plaintes des patients*, 2010.

Remplace : **Zone 1** : IV.10.12
 Zone 4 : GEN-V-C-25

Zone 5 : ADM-6-11
Zone 6 : 1201

PROCESSUS DE GESTION DES PLAINTES

Documentation – Personnel qui reçoit la plainte
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tente de résoudre toute plainte ou préoccupation exprimée par un patient ou sa famille directement au point de service. Adresse la plainte à son supérieur immédiat s'il n'est pas en mesure de satisfaire les attentes du patient ou de la famille. ▪ Documente la plainte dans le système de rapport d'incident. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plainte déposée verbalement → documentée et validée ▪ Plainte déposée par écrit → copie envoyée au Service de la qualité et de la sécurité des patients ▪ Plainte liée à un comportement ou à un acte professionnel → déposée par écrit, si possible ▪ Informe son supérieur hiérarchique.



Accusé de réception - Personnel du Service de la qualité et de la sécurité des patients	
Plaintes non-médicales	Plaintes médicales
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accuse réception (5 jours ouvrables) et envoie une copie au gestionnaire et directeur du service concerné. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accuse réception (5 jours ouvrables) et envoie une copie au chef de service.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adresse la plainte au gestionnaire responsable de l'enquête et du suivi. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adresse la plainte au chef de service responsable de l'enquête et du suivi. ▪ Envoie une copie de la plainte, ainsi que l'accusé de réception au médecin concerné et aux médecins-chefs local et régional.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveille tout délai et en avise le gestionnaire. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveille tout délai et en avise chef de service responsable.



Enquête et suivi - Gestionnaire ou Chef de service médical intéressé	
Plaintes non-médicales	Plaintes médicales
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évalue la gravité de la plainte en collaboration avec le Service de la qualité et sécurité des patients. Le Service de gestion intégrée des risques est impliqué au besoin. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évalue la gravité de la plainte avec les médecins-chefs local et régional. Le Service de gestion intégrée des risques est impliqué au besoin.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vérifie la validité de la plainte et mène une évaluation de concert avec le personnel concerné. ▪ Identifie des pistes d'amélioration. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vérifie la validité de la plainte et mène une évaluation de concert avec le médecin concerné. ▪ Identifie des pistes d'amélioration.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documente dans le rapport d'incident le résultat de son évaluation, les mesures prises et les améliorations à mettre en œuvre s'il y en a lieu. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documente dans son rapport de suivi le résultat de son évaluation, les mesures prises et les améliorations à mettre en œuvre s'il y en a lieu.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informe son directeur du suivi. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informe les médecins-chefs local et régional du suivi.



Documentation finale - Personnel du Service de la qualité et de la sécurité des patients	
Plaintes non-médicales	Plaintes médicales
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prépare une ébauche de lettre réponse, de concert avec le gestionnaire, pour toute plainte déposée par écrit et fait signer la lettre par le gestionnaire. Partage l'ébauche avec le directeur au besoin. ▪ Envoie une copie au directeur intéressé. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prépare une ébauche de lettre réponse, de concert avec le chef de service intéressé, pour toute plainte déposée par écrit et partage l'ébauche avec les médecins-chefs local et régional. ▪ Fait signer la lettre finale par le chef de service. ▪ Envoie une copie au médecin concerné et aux médecins-chefs local et régional.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Examine les améliorations proposées et s'assure qu'elles soient partagées aux personnes intéressées du Réseau de santé Vitalité. 	

Guide de gestion des plaintes

Document d'orientation et
boîte à outils



Initiative dirigée par le Réseau de santé Vitalité

17 août 2015
Ébauche 6

Table des matières - Document d'orientation

Avant-propos	4
Section A – Comportements perturbateurs	
Introduction	5
Mise en contexte	6
Objectifs	7
Définition du comportement perturbateur	8
Attentes relatives au comportement des médecins	10
Gestion des comportements perturbateurs chez les médecins du Réseau de santé Vitalité	13
Reconnaître le comportement perturbateur	14
Causes de comportement perturbateur	18
La prévention du comportement perturbateur	21
Les effets sur le milieu de travail de la santé et sur la sécurité des patients	22
Problèmes éventuels	24
Comment signaler un comportement perturbateur - Introduction	26
Gestion d'une plainte relative à un comportement perturbateur et étapes à suivre	27
La gestion du comportement perturbateur – Comment en assurer le succès	38
La gestion d'un comportement perturbateur – Pouvoir d'intervention de l'organisation	39
Section B – Qualité des soins médicaux	
Introduction	40
Catégories de plaintes liées aux soins médicaux	40
Gestion d'une plainte liée aux soins médicaux	41
Étapes et rôles d'une plainte liée aux soins médicaux	42
Section C – Boîte à outils – Formulaires	
Formulaire 1 – Grille de signalement	46
Formulaire 2 – Enquête préliminaire	47
Formulaire 3 – Évaluation des plaintes	48
Formulaire 4 – Rapport d'évaluation de plaintes pour le médecin-chef local	49
Formulaire 5 – Rapport de recommandations pour le Service de qualité et de sécurité des patients suite à l'évaluation de plaintes reliées aux soins médicaux	50
Section D – Annexes	
Annexe A – Politique GEN.5.20.20 « Gestion des plainte » du Réseau de santé Vitalité	51
Annexe B – Sigles	58
Annexe C – Programme de santé des médecins (PSM) (inclut le soutien à la famille)	59
Annexe D – Règlement modèle	60

Annexe E – Contrats de soins continus ou ententes de réparation	61
Annexe F – Rétroaction du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick (CMCNB)	62
Annexe G – Code de déontologie du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick (CMCNB)	65
Annexe H – Droits et obligations de l’auteur du signalement	73
Annexe I – Droits et obligations du médecin à qui on allègue avoir affiché un comportement perturbateur	74
Bibliographie	75
Autre matériel de référence	78

Avant-propos

Le présent guide vise à aider les chefs de service/division/département ainsi que les médecins-chefs locaux et le médecin-chef régional dans la gestion des plaintes liées aux comportements perturbateurs et à la qualité des soins médicaux. Ce guide a été développé en s'appuyant sur plusieurs sources de référence entre autres sur un document portant sur la gestion des comportements perturbateurs préparé en 2010 par le Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta et pour lequel le Réseau a reçu la permission de l'adapter à ses besoins. De plus, ce guide s'harmonise avec la politique « Gestion des plaintes » du Réseau que vous retrouverez à la suite de l'avant-propos.

Ce guide offre une approche systématique ainsi qu'une gamme d'outils.

Dans le présent document, le masculin générique englobe le féminin et est utilisé par souci de clarté et de concision.

Note :

Le présent guide n'est pas destiné aux cas ou situations suivantes :

- Bris statuaire incluant bris de confidentialité, bris de politique/ protocole du Réseau de santé Vitalité ;
- Bris des Règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité ;
- Bris de code de déontologie, n'incluant pas le comportement tel que défini au présent Guide.
- Toute procédure entamée sous le présent guide ne remplace pas toute procédure de revue tombant sous la juridiction du Service de la qualité et de la sécurité des patients du Réseau.
- Le Guide ne vise pas à remplacer les politiques suivantes :
 - Prévention de la violence en milieu de travail GEN.4.30.10
 - Harcèlement au travail GEN.4.30.05
 - Signalement des actes répréhensibles GEN.1.20.20
 - Gestion des plaintes GEN.5.20.20

SECTION A – COMPORTEMENTS PERTURBATEURS

Introduction

La présente section du document d'orientation et la boîte à outils qui l'accompagne ont été préparés pour mettre en lumière l'incidence que peuvent avoir quelques éléments perturbateurs sur les milieux de travail ainsi que sur les soins apportés aux patients et leur sécurité. Le document fournit aussi un cadre de travail pour réagir à ce genre de comportement s'il se produit.

L'information fournie provient de la rétroaction obtenue de plusieurs organisations des soins de santé et découle d'un processus de consultation exhaustif mené auprès de membres de la profession médicale et d'autres groupes connexes. Il est aussi possible d'adapter la méthode à la gestion d'autres fournisseurs de soins de santé en milieu de travail, notamment du personnel du domaine technique ou des services, des chercheurs, des professeurs, des infirmiers et infirmières de même que des administrateurs.

Sont inclus dans le présent document des procédés pour le signalement des comportements perturbateurs, l'enquête sur ces comportements et la résolution du problème. Le document fournit aussi des descriptions de comportements acceptables et non acceptables, expose les attentes relatives à un comportement professionnel et explique les diverses implications que le comportement perturbateur peut avoir sur le personnel, l'organisation dans son ensemble et la personne en cause. Une boîte à outils accompagne également le présent document et celle-ci comprend des grilles et des listes de contrôle pour guider les processus de signalement, de l'enquête subséquente et de la résolution du problème.

Il se peut que, malgré l'information fournie et la boîte à outils, il ne soit toujours pas possible de régler la question du comportement perturbateur dans une organisation donnée. Il faudra peut-être procéder à un changement de la culture de l'organisation. Un changement de culture peut prendre des mois et des années, mais l'amélioration qui en résulte sur le moral du personnel, le rendement au travail, les soins aux patients et leur sécurité en vaut vraiment la peine.

Note :

- La présente section n'explique pas comment régler chaque forme de comportement répréhensible ;
- Il convient de se reporter à la législation pertinente, aux normes de pratique, aux politiques ou règlements ou aux articles du code de déontologie pertinents pour composer avec les délits non visés dans la présente section ;
- La présente section du document ne constitue ni un avis juridique ni un avis sur la législation relative aux droits de la personne ou au droit du travail. Le guide est conçu pour aider dans la gestion de comportements perturbateurs de la part des médecins œuvrant dans le milieu des soins de santé.

Mise en contexte

Le comportement perturbateur est un problème qui sévit depuis longtemps dans divers milieux de travail de la santé au Nouveau-Brunswick. On entend par ce type de comportement, entre autres, le langage vulgaire, les éclats de colère non maîtrisée et les menaces physiques et verbales.

Le comportement perturbateur peut aussi être passif. Il peut comprendre des refus réitérés de se conformer à des normes de pratique connues et acceptées; le refus chronique de collaborer avec les collègues, le personnel et les patients; le refus de répondre à des demandes d'aide (lorsque la personne est de garde ou censée être disponible) et des retards répétés au travail.

Il a été déterminé que seul un petit pourcentage de médecins se comporte ainsi. Toutefois, il suffit d'un seul élément perturbateur pour créer une incidence négative sur les collègues et la réputation du milieu de travail. Cela peut avoir des répercussions sur le recrutement du personnel; cela peut entraîner un fort roulement du personnel et une augmentation des demandes de mutation et des demandes de congé de maladie de la part du personnel affecté par le comportement perturbateur. Si aucune mesure n'est prise pour contrer le comportement perturbateur, le milieu de travail devient dysfonctionnel, et ce sont les soins des patients et la sécurité qui finissent par en souffrir le plus.

Le comportement perturbateur peut aussi avoir une incidence sur le médecin affichant le comportement perturbateur : sa réputation peut en souffrir, la confiance qu'il inspire à ses patients et à ses collègues de travail peut être diminuée, et sa carrière peut même être compromise.

En l'absence de lignes de conduite précises, on constate que le comportement perturbateur dans les milieux de travail de la santé a été abordé de diverses manières : on l'a carrément ignoré ou on a tenté de régler les problèmes au cas par cas. Ces diverses méthodes n'ont pas été particulièrement fructueuses pour corriger des situations particulières ni pour régler les problèmes sous-jacents.

Objectifs

Le contenu de la présente section vise à :

- Appuyer le fait que désormais les comportements perturbateurs ne seront plus tolérés dans le milieu de travail de la santé ;
- Aider les administrateurs à gérer les problèmes de comportement perturbateur dans leur organisation de manière équitable et cohérente ;
- Modifier la culture des milieux de travail de la santé où des cas de comportement perturbateur ne sont pas encadrés ;
- Engendrer une incidence positive sur la santé de la personne affichant le comportement perturbateur et sur les membres de l'équipe avec qui elle travaille ;
- Veiller à ce que le personnel des soins de santé se sente en sécurité et qu'il soit habilité à signaler les cas de comportement perturbateur sans crainte de représailles ;
- Veiller à ce que la réaction au comportement perturbateur soit proportionnelle à la nature et aux circonstances du comportement perturbateur manifesté ;
- Vérifier que les rapports de comportement perturbateur ne sont pas de nature frivole, vexatoire ou faits dans l'intention de nuire à la personne ;
- S'assurer que les interventions sont de nature à favoriser la réhabilitation et de nature thérapeutique pour la personne mise en cause ;
- Veiller à ce que les sanctions, y compris la perte de privilèges, la suspension ou le renvoi, soient réservées à des comportements extrêmes ou au refus de changement ;
- Réduire le nombre d'incidents liés à un comportement perturbateur dans le milieu de travail de la santé.

Définition du comportement perturbateur

Pour bien définir le comportement perturbateur dans le contexte du présent document, nous avons consulté plusieurs sources et envisagé des adjectifs comme « non professionnel » et « inacceptable ». La définition que donnent les dictionnaires, c'est-à-dire « comportement qui dérange ou perturbe le fonctionnement d'un système, de la vie sociale ou personnelle » correspond le mieux aux effets qu'a le comportement perturbateur dans les milieux de travail de la santé. Aux fins du présent document, la définition suivante a donc été retenue : « *Le comportement perturbateur est un modèle de comportement qui dure et dérange ou perturbe le milieu de travail* ».

Si on applique la définition susmentionnée aux milieux de travail de la santé, le comportement perturbateur peut comprendre du langage vulgaire, une colère non maîtrisée et des menaces verbales ou physiques qui ont une incidence négative sur les collègues, les autres travailleurs et les patients, voire qui peuvent influencer sur la prestation sécuritaire des soins de santé.

Le comportement perturbateur peut aussi se manifester de manière passive, et il est alors plus difficile à reconnaître. Cela peut englober des refus réitérés de se conformer à des normes de pratique reconnues et acceptées; des refus chroniques de collaborer avec les collègues, le personnel et les patients; le refus de répondre à des demandes d'aide (lorsque la personne est de garde ou censée être disponible) et des retards répétés.

On emploie le terme « modèle qui perdure » pour faire la distinction entre ce qui pourrait être un incident de comportement perturbateur isolé – qui nécessite peut-être une forme d'investigation mais simplement à titre d'incident isolé – et un comportement perturbateur qui perdure ou qui s'intensifie. Citons à titre d'exemples « qui perdure » un comportement menaçant ou un manque de respect à l'endroit des autres ou un comportement qui témoigne d'un abus de pouvoir entre diverses parties. Il s'agit essentiellement de comportement où il y a litige, chicane ou absence de coopération.

On juge de la gravité du comportement perturbateur selon les facteurs suivants :

- la nature du comportement ;
- le contexte dans lequel il se manifeste ;
- les conséquences qui en découlent.

En plus de préciser la définition de comportement perturbateur, il convient d'expliquer ce qui ne constitue pas un comportement perturbateur. Ainsi, les efforts constructifs de changer les autres ou le système dans le but d'améliorer les soins aux patients ne constituent pas un comportement perturbateur.

De même, le fait de donner une rétroaction négative à un membre de l'équipe ne constitue pas un comportement perturbateur, à condition que ce soit fait de manière professionnelle et respectueuse.

L'information présentée dans le document met d'abord l'accent sur le comportement perturbateur qui est chronique, persistant et répétitif. En étudiant cette information, il importe de reconnaître que même le médecin le plus professionnel peut à l'occasion dépasser les bornes. Il convient aussi de noter que, selon la définition, tout comportement perturbateur serait aussi considéré comme un comportement dénué de professionnalisme. Cependant, tout comportement non professionnel n'est pas forcément perturbateur.

Attentes relatives au comportement des médecins

Introduction

Intégrité, loyauté, compassion et éthique sont à la base de l'exercice de la médecine. Les patients, les collègues, les résidents et les étudiants s'attendent à ce que les médecins fassent preuve de professionnalisme, ce qui a une incidence considérable sur la façon dont les soins de santé sont donnés et reçus.

La grande majorité des médecins agissent de façon professionnelle, et les études montrent que cela se traduit par un milieu de travail sain et une évolution favorable chez les patients. En revanche, un comportement inadmissible de la part d'un médecin peut provoquer divers problèmes dans le milieu des soins de santé, y compris :

- a) Un effet négatif sur la sécurité des patients et la qualité des soins ;
- b) La dégradation des rapports avec le personnel, les patients, les apprenants, les familles ;
- c) Des problèmes de recrutement et de fidélisation du personnel ;
- d) L'augmentation de l'absentéisme chez les collègues ;
- e) Des répercussions directes sur la santé et/ou la réputation du médecin.

Pour aborder ces problèmes, il faut établir clairement ce qu'on attend des médecins.

Voici des exemples de comportement professionnel que l'on voit généralement dans les milieux de travail de la santé, comportements qu'il faudrait appuyer et encourager.

1. Compétences en communication avec les collègues, les travailleurs, les patients et autres :

- Se rendre compte que chacun a le droit de se faire entendre. Écouter ce que les autres ont à dire ;
- Réagir au jugement clinique des collègues et des travailleurs de manière constructive et en toute confidentialité ;
- Toujours garder son sang-froid, même durant des échanges difficiles avec les patients, les collègues et les autres travailleurs ;
- Communiquer clairement et directement avec les autres tout en faisant preuve de considération, de sensibilité et de respect à l'égard d'autres points de vue ;
- Respecter les règles de la politesse et de l'étiquette en communiquant par courriel, et en utilisant les médias sociaux ;
- Plutôt que de réagir impulsivement, considérer tous les points de vue d'un problème ;
- Offrir des conseils constructifs aux autres, le cas échéant ;
- Se montrer ouvert à la critique constructive des autres et modifier son comportement en conséquence, selon le cas ;
- Au besoin, confronter les collègues ou les travailleurs qui font preuve d'un comportement perturbateur extrême et signaler les cas aux autorités sans tarder. Suivre les procédures établies, y compris communiquer avec les autorités compétentes si nécessaire ;
- Prendre soin de ne pas entacher la réputation des autres.

2. Prestation des soins de santé

Rapports avec les patients :

- Intégrer les valeurs, coutumes et croyances des patients dans les plans de gestion, le cas échéant ;
- Se porter à la défense des questions de santé des patients individuels et de la société en général ;
- Adhérer aux politiques, procédures et pratiques de l'établissement et aux lois provinciales appropriées pour le bienfait des patients ;
- Si l'on estime qu'une politique est incorrecte ou périmée, en favoriser la révision et le changement de manière positive et constructive ;
- Participer aux évaluations périodiques du rendement de même qu'aux activités des comités visant à garantir des soins adéquats aux patients ;
- Répondre aux questions en faisant preuve d'honnêteté et de tact ;
- Veiller à assurer son perfectionnement continu.

Rapports avec les collègues et les travailleurs :

- Traiter les collègues et les travailleurs avec intégrité, en se montrant humain et respectueux. Se concentrer sur les solutions plutôt que de chercher à blâmer quelqu'un ou à punir ;
- S'acquitter en temps opportun de ses responsabilités au sein de l'équipe clinique et non clinique ;
- Accepter de bonne grâce le travail supplémentaire, le cas échéant, pour aider l'équipe tout en considérant les articles 53 et 54 du Code de déontologie du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick qui stipulent :

53. Solliciter l'aide de collègues et de professionnels dûment qualifiés lors de problèmes personnels qui pourraient nuire aux services que vous offrez aux patients, à la société ou à la profession.

On rappelle aux médecins qu'ils peuvent avoir besoin d'aide pour régler leurs problèmes personnels s'ils veulent bien servir leurs patients.

54. Protéger et améliorer votre propre santé et votre propre mieux-être. À cette fin, cerner les facteurs de stress de votre vie professionnelle et personnelle susceptibles d'être gérés, en mettant au point et en adoptant des stratégies adéquates de gestion du stress

Rapports avec les patients, les collègues et les autres travailleurs :

- Savoir reconnaître et évaluer les incidents défavorables - travailler avec les autres pour éviter que ces incidents ne se reproduisent ;
- Tenir et compléter les dossiers cliniques en temps opportun ;
- Assumer la responsabilité de ses propres erreurs. S'excuser le cas échéant ;
 - Réagir rapidement aux demandes d'aide des collègues, des membres de l'équipe pluridisciplinaire, des patients et des membres de leurs familles. Cela comprend les appels, les demandes reçues par téléavertisseur et les demandes de consultation.

Collégialité

- Améliorer l'efficacité de l'équipe par la motivation et la facilitation ;
- Fournir des encouragements au travail en équipe ;
- Réagir adéquatement pour aider un collègue en détresse ou qui est atteint d'une incapacité ;
- Se porter à la défense des intérêts des collègues ;
- Résoudre les conflits en toute collégialité, c'est-à-dire en faisant des compromis ou en opposant son désaccord dans le respect de l'autre, selon le cas ;
- Fournir une rétroaction constructive et positive mettant l'accent sur l'amélioration ;
- Se présenter à l'heure et préparé pour les activités prévues et les rendez-vous ;
- Apporter une contribution valable pendant les cours, les réunions ou lors des visites ;
- S'abstenir de monopoliser les discussions et les conférences ;
- Valider la participation des autres membres de l'équipe ;
- Se montrer réceptif à des opinions et à des valeurs diverses et reconnaître la valeur d'autres opinions ;
- Écouter les autres attentivement et avec respect en affichant une gestuelle qui reflète l'attention aux propos des autres ;
- Solliciter l'avis des collègues, s'il y a lieu, et valoriser cet apport ;
- Reconnaître les limites de ses connaissances et compétences. Demander de l'aide au besoin ;
- Assurer du mentorat auprès des pairs et d'autres apprenants du domaine des soins de santé ;
- Reconnaître les idées et le travail des autres de manière intègre et constructive ;
- S'abstenir de fixer des attentes déraisonnables pour les autres ;
- Réagir adéquatement lorsqu'il y a des écarts de conduite ou des lacunes de rendement.

Gestion des comportements perturbateurs chez les médecins du Réseau de santé Vitalité

La présente section du *Guide de gestion des plaintes* (« Guide ») précise les attentes envers tous les médecins du Réseau de santé Vitalité, et ce, à toutes les étapes de leur carrière, dans toutes les facettes de la médecine et dans toutes les méthodes de prestation de soins.

Ce Guide est en accord avec le *Code de déontologie du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick* et les Règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité (Régie régionale de la santé A). Toute divergence entre le présent Guide et les Règlements administratifs doit être réglée en faveur des Règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité (Régie régionale de la santé A).

Les médecins doivent connaître ces règlements et s'y conformer; tout manquement à une conduite professionnelle sera jugé en fonction de ces trois documents de base.

Bien que le Code trace les grandes lignes des attentes en matière de comportement professionnel, le Réseau de santé Vitalité s'attardera aux éléments suivants dans des cas de comportement perturbateur :

- . Le bien-être du médecin en cause; et
- . Les enjeux systémiques au sein du système des soins de santé.

Note :

- Même s'il faut cerner les facteurs de stress et en tenir compte, ceux-ci ne peuvent servir d'excuse pour un comportement inconvenant.

Idéalement, le Guide servira de modèle dont les organisations des soins de santé pourront se servir ou qu'elles pourront modifier pour réagir face à un comportement perturbateur. Cela permettra une plus grande cohérence dans la détection et la gestion du comportement perturbateur à l'échelle de la province.

Reconnaître le comportement perturbateur

Note :

- Bien qu'un comportement perturbateur ne puisse être toléré, il faut bien considérer le contexte dans lequel le comportement s'est manifesté avant de se lancer dans un processus d'enquête officiel.

Un acte isolé de comportement non professionnel n'équivaut pas nécessairement à un comportement perturbateur. Il est entendu que dans certaines circonstances, n'importe qui peut faire une erreur de jugement ou se comporter de façon inopportune. Pour préciser la situation, les listes qui suivent fournissent des exemples particuliers de comportement perturbateur.

Mauvaise communication avec les collègues, les autres travailleurs et les patients

- Utiliser des étiquettes ou des commentaires déplacés en discutant de patients ou de collègues ;
- Humilier publiquement les autres qui n'ont pas obtenu de bons résultats ;
- Réprimander quelqu'un en public ou en privé ;
- Se laisser aller à des éclats de colère non maîtrisée ;
- Perdre son sang-froid en public ;
- Crier ou employer un langage grossier ou dénigrant ;
- Proférer des menaces à l'égard de collègues, les menacer de représailles, de poursuites ou de violences physiques ;
- User de tactiques d'intimidation pour obtenir l'adhésion d'autres personnes ou pour les contrôler ;
- User de moyens disgracieux de résolution de conflits (p. ex., le commérage, la médisance contre des collègues plutôt que d'aborder directement le problème).

Pratiques douteuses ou contraires à l'éthique

- Éviter arbitrairement des politiques cliniques et administratives raisonnables, comme refuser de remplir des formulaires, de gérer les dossiers, de signer des ordonnances, etc. ;
- S'en prendre aux personnes qui ont moins de pouvoir ou un statut moindre (p. ex., les étudiants, les résidents et les infirmiers et infirmières) sur le plan personnel ou professionnel ou les deux ;
- Tenter d'exploiter les patients, les membres des familles ou le personnel pour servir ses propres intérêts. Ainsi, placer les patients ou leur famille au milieu d'un conflit entre les fournisseurs de soins de santé ou utiliser les enjeux relatifs aux soins à ses propres fins.

Le harcèlement

L'article 4 de la Politique sur le harcèlement au travail (GEN 4.30.05) en donne la définition suivante :

Aux fins de la présente directive, « harcèlement au travail » comprend **le harcèlement sexuel et personnel, l'établissement d'un milieu de travail malsain et l'abus de pouvoir.**

4.1 **Harcèlement personnel**

Le **harcèlement personnel** désigne tout comportement inacceptable ou offensant qui est reconnu - ou devrait raisonnablement être reconnu - comme importun. Ce terme englobe tout commentaire, conduite ou exhibition répréhensible survenant de manière isolée ou persistante et ayant pour effet d'abaisser, de déprécier, d'humilier ou d'embarrasser quelqu'un.

Sans restreindre la portée de ce qui précède, le harcèlement personnel comprend le harcèlement fondé sur les motifs illicites de discrimination au sens de la *Loi sur les droits de la personne* du Nouveau-Brunswick, c'est-à-dire le harcèlement fondé sur les motifs illicites de discrimination suivants : la race, la couleur, la religion, la nationalité, l'ascendance, le lieu d'origine, l'âge, l'incapacité physique ou mentale, l'état civil, l'orientation sexuelle ou le sexe (y compris la grossesse et l'identité sexuelle), la condition sociale ou les convictions ou les activités politiques.

4.2 **Harcèlement sexuel**

Le **harcèlement sexuel** consiste en une conduite, des commentaires, des gestes ou un contact de nature sexuelle, survenant de façon isolée ou persistante, et

- a) pouvant raisonnablement être considérés comme offensifs ou humiliants; ou
- b) pouvant raisonnablement être perçus comme une condition de travail, de perfectionnement, de promotion ou d'obtention de services ou de contrats.

Voici **quelques exemples** de harcèlement sexuel :

- attouchements, caresses et regards non sollicités ;
- agression sexuelle ;
- questions ou commentaires sur la vie sexuelle d'une personne ;
- appels téléphoniques comportant des messages sous-entendus d'ordre sexuel ;
- insultes ou blagues à caractère sexiste occasionnant de la gêne ou de l'humiliation ;
- invitations à caractère social ou sexuel non sollicitées et faites avec insistance ; et
- commentaires ou intérêts déplacés sur l'apparence d'une personne.

4.3 **Milieu de travail malsain**

Un **milieu de travail malsain** est marqué par une activité ou un comportement qui n'est pas nécessairement dirigé contre quelqu'un en particulier, mais qui crée une atmosphère hostile ou offensante. Voici quelques exemples de comportements qui perturbent le milieu de travail : graffiti, insultes ou blagues à caractère sexuel, racial ou religieux; traitement abusif à l'endroit d'un employé; exhibition de matériel pornographique ou de tout autre matériel offensant.

4.4 **Abus de pouvoir**

Le harcèlement inclut également l'**abus de pouvoir**, c'est-à-dire le fait d'utiliser de façon **inappropriée** l'autorité et le pouvoir que confère un poste pour compromettre l'emploi d'une personne, nuire à son rendement, mettre son moyen de subsistance en danger ou s'ingérer de toute autre façon dans sa carrière. Il s'agit d'une autorité n'ayant aucune fin légitime dans le cadre du travail et qui devrait raisonnablement être reconnue comme inopportune. Par « abus de pouvoir » on entend, sans s'y limiter, des gestes ou un mauvais usage du pouvoir, tels que l'intimidation, les menaces, le chantage et la coercition.

Voici quelques exemples :

- actions intimidantes, menaçantes ou coercitives ;
- observations condescendantes et insultantes (p. ex., sur l'intelligence d'un employé) ;
- réprimandes faites à la personne en public ou dans le milieu de travail ;
- comportement humiliant qui rabaisse la personne ;
- intimidation (p. ex., injurier la personne, répandre des rumeurs ou l'isoler des autres) ;
- menaces non justifiées de mesures disciplinaires ou de renvoi ;
- gestes intimidants, comme lancer des objets ou claquer des portes ;
- suivi excessif et déraisonnable du travail d'un employé ;
- exclusion d'un employé des communications ou le fait de cacher de l'information nécessaire à l'accomplissement d'une tâche :
 - Cela peut comprendre s'abstenir délibérément d'envoyer des courriels ou des notes de service à la personne ou de l'aviser de la tenue de réunions ou encore ne pas répondre à ses courriels ou ses notes de service.

4.5 **La discrimination**

On entend par discrimination tout geste, commentaire ou comportement non sollicité (qu'il soit ou non délibéré) fondé sur les motifs illicites de discrimination au sens de la *Loi sur les droits de la personne* du Nouveau-Brunswick, c'est-à-dire la race, la couleur, la religion, la nationalité, l'ascendance, le lieu d'origine, l'âge, l'incapacité physique ou mentale, l'état civil, l'orientation sexuelle, le sexe (y compris la grossesse et l'identité sexuelle), la condition sociale, les convictions ou l'activité politiques.

Voici quelques exemples :

- Tenir des propos dénigrants ;
- Raconter ou faire circuler des farces, des insultes, des affiches, des bandes dessinées ou autres ;
- Attirer l'attention sur une caractéristique de la personne (dans un des domaines protégés par la loi) pour miner son rôle dans le milieu professionnel ou des affaires ;
- Faire des insinuations, des railleries ou exclure un employé relativement à un domaine protégé par la loi ;
- Prendre une décision relative à l'emploi sur la foi des domaines protégés par la loi, décision qui aurait une incidence négative sur la personne ;
- Refuser de traiter un patient en raison de son identité sexuelle

Représailles à l'encontre de quelqu'un qui aurait signalé un comportement perturbateur ou qui aurait agi comme témoin dans un incident de comportement perturbateur

Tous les membres du personnel doivent sentir qu'ils sont habilités à signaler un comportement perturbateur sans crainte de représailles. Il est absolument interdit de prendre des mesures à l'égard de personnes qui ont signalé un comportement perturbateur ou qui ont agi comme témoins dans le signalement de tels actes (GEN.1.20.20).

- Voici des exemples de mesures qui pourraient être prises et qui sont interdites :
 - Congédiement non justifié d'un témoin ou de la personne ayant signalé un cas de comportement perturbateur ;
 - Rétrogradation, mutation ou blocage des possibilités d'avancement des personnes visées.

Causes de comportement perturbateur

Il peut y avoir de nombreuses causes (personnelles et systémiques) au comportement perturbateur, et celles-ci résultent souvent d'un ensemble de circonstances. Le comportement perturbateur peut aussi illustrer un modèle de comportement qui a été toléré pendant longtemps et qui se trouve enraciné dans la personne. Dans bien des cas, le comportement perturbateur peut avoir commencé dès l'école de médecine. Vous trouverez ci-après des listes de facteurs susceptibles d'avoir contribué au comportement perturbateur.

1. Facteurs systémiques ou environnementaux (nécessitent une correction ou une résolution dès qu'ils ont été cernés)

Manque de ressources dans le milieu de travail

- Soutien financier pour l'embauche de personnel, le matériel de bureau, autres ;
- Ressources humaines – personnel professionnel et autre ;
- Besoins de base en fait d'équipement ;
- Nouvelle technologie pour assurer de meilleurs soins aux patients ;
- Contraintes d'espace, y compris l'élimination de lits ;
- Absence de plan de gestion de la fatigue dans l'organisation.

Lourdes exigences sur les médecins

- Investissement toujours croissant en temps et énergie ;
- Accroissement des responsabilités de garde ;
- Complexité accrue du travail ;
- Augmentation de la charge de travail clinique, de la recherche, du travail d'enseignement et des tâches administratives.

Tolérance par les autres du comportement perturbateur

- Les collègues et les autres travailleurs ignorent le comportement perturbateur ou s'efforcent de le contourner.

2. Facteurs personnels

Stress

- Le niveau de stress d'un médecin peut augmenter considérablement en raison de la surcharge de travail, de la fatigue et de la situation familiale ou personnelle, ce qui peut contribuer au comportement perturbateur.

Maladie

- 78 pour 100 des médecins qui ont manifesté un comportement perturbateur peuvent souffrir d'une maladie psychiatrique grave. De ce nombre, 40 pour 100 peuvent souffrir de dépression en particulier ;
- Un médecin peut aussi souffrir d'un trouble de personnalité ;

- Il est possible que le manque de compréhension des effets que peut avoir le comportement perturbateur soit une caractéristique importante des gens souffrant de ce trouble de comportement.

Abus d'alcool ou d'autres drogues

- Dans environ 20 pour 100 des cas, il y a des preuves d'abus d'alcool ou d'autres drogues. Cependant, cet abus n'est pas forcément la cause directe à l'origine du comportement perturbateur.

Traits de caractère

- Le comportement en cause peut aussi tout simplement être une forme exagérée des traits de caractère qui sont le propre de nombre de médecins, y compris la rigidité, le perfectionnisme, une tendance à la compulsion et l'indépendance. Ces traits de caractère peuvent être associés à l'insécurité, à la jalousie ou au fait de se sentir menacé par le succès d'un autre.

Problèmes personnels

- Le divorce, la séparation, les ennuis financiers ou un ensemble de ces facteurs peuvent contribuer au comportement perturbateur.

Perception du médecin par lui-même et par les autres

- Outre les facteurs personnels déjà énumérés, il peut y avoir un écart considérable entre la manière dont le médecin se perçoit et la perception que les autres ont de lui. Sotile²⁹ fait remarquer que les médecins qui affichent un comportement perturbateur s'attribuent les caractéristiques suivantes :
 - autonomes
 - très performants
 - brillants
 - perfectionnistes
 - objectifs
 - efficaces
 - travailleurs
 - compétents
 - compétitifs
 - ils réussissent très bien
- En revanche, il est possible que ces mêmes médecins soient perçus comme suit par les autres :
 - froids
 - peu empathiques
 - dominants
 - dénigrants
 - insensibles
 - critiques
 - intimidants

- égoïstes
- peu compétents

Ce genre d'écart peut porter à penser qu'un médecin est malade ou qu'il est simplement exigeant ou difficile sans que l'on se questionne davantage. Toutefois le comportement perturbateur peut à tout le moins être en partie attribuable à d'autres facteurs comme ceux qu'on vient de mentionner.

La prévention du comportement perturbateur

Les conseils suivants peuvent aider les administrateurs et les éducateurs à prévenir la manifestation de comportement perturbateur :

- Mettre en place de l'éducation précoce et continue sur le sujet – dès l'école de médecine, pendant la résidence et jusque dans la pratique ;
- Définir clairement ce qui constitue un comportement perturbateur pour que tout le personnel des soins de santé comprenne qu'il s'agit d'un comportement non professionnel ;
- Évaluer régulièrement les étudiants et les membres du corps professoral pour veiller à ce que leur comportement soit en accord avec ce qu'on attend de la profession.

Les effets sur le milieu de travail de la santé et sur la sécurité des patients

Il est bien connu que le comportement perturbateur a une incidence négative sur le moral et le fonctionnement des équipes des soins de santé et que cela peut aussi compromettre les soins et la sécurité des patients.

Il est possible que le personnel et les autres médecins usent de subterfuges pour éviter de travailler avec l'élément perturbateur. Les patients peuvent en arriver à perdre confiance en leur médecin ou dans l'établissement dans lequel il travaille et qu'ils ne soient alors plus disposés à collaborer aux soins. Il est aussi envisageable que les patients se mettent à craindre un médecin perturbateur à un point tel qu'ils ne reviennent pas se faire soigner.

Les soins aux patients peuvent aussi subir les contrecoups suivants :

Collègues médecins

- Refusent de consulter ou d'aider dans les interventions chirurgicales, ce qui pourrait entraîner des retards et poser des risques à la sécurité des patients.

Autres travailleurs (p. ex., les infirmiers et infirmières, les techniciens, le personnel de soutien)

- Choisissent de quitter leur travail plutôt que de subir une atmosphère de stress et de tension ;
- Craignent la personne au comportement perturbateur et s'efforcent de l'éviter ;
- Hésitent à faire appel à ce médecin pour de l'aide ou pour faire préciser les ordonnances ;
- Retardent les soins aux patients jusqu'à ce qu'un autre médecin soit de garde ;
- Prennent davantage de congés de maladie en raison de la tension qui existe dans le milieu de travail et du moral qui en souffre.

Administrateurs

- Notent une augmentation des congés de maladie chez le personnel ;
- Ont de la difficulté à attirer du nouveau personnel ou à conserver le personnel existant ;
- Consacrent plus de temps et d'énergie à essayer de corriger le comportement perturbateur, ce qui les prive de temps pour les enjeux directement liés aux soins aux patients.

Étudiants en médecine et résidents

- Ont un modèle de comportement négatif à un moment critique de leur développement professionnel, ce qui pourrait avoir une incidence sur leurs relations éventuelles avec les patients.

La personne en cause

- Les gestes d'un médecin affichant un comportement perturbateur peuvent aussi affecter cette personne et sa famille. Il est possible qu'il :
 - Souffre de stress et d'incertitude si sa réputation est altérée temporairement ou en permanence ;
 - Doive payer d'importants frais juridiques.

Compte tenu de tout un éventail de conséquences éventuelles, il est primordial d'agir sans tarder pour résoudre les cas de comportement perturbateur pour le bien des milieux de travail de la santé et la sécurité des patients.

À la lumière de cette observation, Barnsteiner² propose que les autorités mettent au point une politique sur le comportement perturbateur, qu'elles la distribuent et la mettent en œuvre. Il importe que celle-ci comporte un volet ou un programme éducatif pour les médecins, les autres travailleurs des soins de santé et le personnel administratif. Voici quels devraient être les objectifs d'une telle politique :

- Protéger toutes les personnes en cause ou touchées par la situation ;
- Faire connaître et reconnaître les normes de comportement et les conséquences qu'entraînera un mauvais comportement ;
- Établir des voies de communication assorties d'étapes claires pour les personnes désireuses de signaler un comportement perturbateur.

Dès la réception d'un rapport verbal ou écrit de comportement perturbateur, la personne responsable devrait déterminer :

- Si l'incident signalé est digne de foi et, le cas échéant, quelles mesures s'imposent ;
- Lancer une enquête préliminaire, y compris :
 - Mener des entrevues avec la personne en cause, la personne ayant signalé l'incident et les témoins, s'il y a lieu ;
 - Évaluer la personne en cause, s'il y a lieu. *Note* : L'évaluation devrait cependant être menée par un tiers.

Une fois l'enquête terminée, un plan d'action devrait être mis en œuvre, sur le modèle de l'Entente de réparation ou le Contrat ou Entente de soins continus (voir page XX). Ce plan peut renvoyer à d'autres politiques ou faire appel à d'autres organismes.

Problèmes éventuels

Il peut être difficile pour les organisations et les associations médicales ainsi que dans le cadre d'un programme particulier de déterminer ce qu'on entend par un comportement perturbateur, puis de gérer la situation. Voici quelques problèmes qui peuvent surgir dans le cours de la gestion d'incidents de comportement perturbateur.

Reconnaître tardivement un comportement perturbateur en place depuis longtemps.

- Il est possible que les collègues ou les membres de l'administration ou les deux ferment les yeux sur des problèmes mineurs ou choisissent de les traiter officieusement. Cela rend la situation d'autant plus difficile à gérer ;
- Un modèle de comportement perturbateur affiché par des étudiants universitaires ou des étudiants des études supérieures qui n'est pas repéré ni corrigé tôt risque de se perpétuer au cours de la carrière et la pratique de l'intéressé.

Croire que le comportement perturbateur est acceptable et utile.

- Certains médecins pensent peut-être que ce genre de comportement perturbateur est dans l'intérêt du patient, et donc acceptable ;
- Si le médecin est confronté au problème, il peut répondre en menaçant d'intenter des poursuites.

Soutenir et tolérer un médecin très compétent qui affiche cependant un comportement perturbateur.

- Si le médecin en cause est compétent et qu'il excelle sur le plan technique et dans les soins aux patients, ou encore s'il est le seul à prodiguer un type de soins dans de plus petits centres médicaux ruraux, il est possible que ces gestes de comportement perturbateur ne soient pas corrigés.

S'adresser à d'autres pour régler le problème.

- Il arrive que les administrateurs locaux ou les membres du personnel négligent de composer directement avec des incidents de comportement perturbateur et attendent de confier le problème à un nouveau médecin-chef ou s'en remettent au Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ou à la Société médicale du Nouveau-Brunswick et au Programme de santé des médecins (PSM).

Un médecin retombe dans son comportement perturbateur même après le traitement ou les mesures correctives.

- On trouve, parmi les situations les plus difficiles, le cas de médecins qui ont d'abord accepté de se corriger et de suivre une forme de traitement ou de counseling et qui retombent ensuite dans leur même modèle de comportement perturbateur.

Notes supplémentaires :

- Il faut s'attendre à ce que le niveau de stress grimpe dans le milieu de travail une fois qu'un signalement de comportement perturbateur a été fait. Du counseling offert au personnel ou une autre forme de soutien peut aider à contenir la situation ;
- Il convient de porter une attention spéciale aux milieux ruraux où ce type de soutien peut ne pas être facilement accessible ;
- Lorsqu'un médecin doit être retiré du milieu de travail en raison d'un comportement perturbateur, il y a souvent un sentiment de colère ou de frustration qui plane parmi les autres membres de l'équipe des soins de santé :
 - Prendre soin d'orchestrer un plan de réinsertion clair qui sera accepté par toutes les parties avant que le médecin ne revienne au travail.
- Reconnaître que le comportement perturbateur peut être un symptôme de problèmes plus profonds dans l'organisation, notamment des questions d'embauche, une charge de travail déraisonnable ou des horaires de garde insoutenables :
 - Il est essentiel d'examiner tous ces aspects pour déterminer les causes à l'origine du comportement perturbateur et pour déterminer comment prévenir la récurrence.

Comment signaler un comportement perturbateur - Introduction

Tous les employés du domaine des soins de santé devraient savoir comment et quand ils doivent signaler des incidents de comportement perturbateur – se référer à la politique Gestion des plaintes (GEN.5.20.20). Cependant, nombre d'entre eux ne voudront pas signaler le comportement par crainte que la situation ne soit pas corrigée et qu'aucune mesure ne soit prise à l'endroit de la personne affichant ce comportement répréhensible.

Les personnes qui subissent directement un comportement inacceptable ou du harcèlement ou encore les personnes qui en sont témoins ont le droit de prendre les mesures suivantes et elles devraient être encouragées à le faire :

- . Informer la personne en cause que son comportement est inopportun ;
- . Obtenir le soutien d'un ami ou d'un collègue qui sera le témoin de la discussion entre la personne faisant le signalement et la personne affichant le comportement perturbateur ;
- . S'adresser à une personne responsable au sein de l'organisme ou de l'établissement pertinent, par exemple un hôpital, une université, le registraire du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick (CMCNB), pour obtenir des conseils en toute confiance ou encore pour signaler le comportement perturbateur ;
- . Dans un rapport verbal (si la question est urgente) ou dans un rapport écrit, discuter de l'incidence qu'a ce comportement perturbateur sur la personne ayant fait le signalement ;
- . Recevoir de l'aide dans la présentation du rapport pour s'assurer que tous les détails pertinents ont été inclus.

Note :

- Il sera peut-être nécessaire de changer la culture du milieu de travail pour faire en sorte que les gens se sentent suffisamment en sécurité pour signaler un comportement perturbateur sans crainte de représailles
- Les individus ayant un rôle de supervision ont une obligation positive de rapporter ces comportements.

Gestion d'une plainte affichant un comportement perturbateur et étapes à suivre

Voici les principes et les étapes recommandés pour la gestion des rapports et investigations ainsi que pour la résolution des incidents liés à un comportement perturbateur.

Note :

- Il importe de conserver en lieu sûr toute la documentation touchant aux incidents de comportement perturbateur. Il y a ainsi une seule source d'information en rapport avec des incidents survenus dans le passé, ce qui simplifie la recherche d'information et la détermination de tendances dans le comportement.

1. Signalement

Dans les cas de signalement de comportement perturbateur, il est toujours préférable d'avoir une version écrite du rapport afin de garantir que l'incident est bien documenté pour le processus d'examen, l'enquête et la résolution du problème.

Dans le cas d'un incident grave, le rapport peut être verbal au départ afin que l'on puisse rapidement prendre des mesures. Il faudrait cependant une version écrite des faits avant de passer aux étapes d'examen et d'enquête.

BOÎTE À OUTILS : Formulaire 1 - Grille de signalement

Page 41

Règlement d'une plainte :

- À l'occasion, il pourrait être préférable de procéder à la résolution d'une plainte avant d'entreprendre les procédures disciplinaires officielles prévues aux règlements administratifs ;
- Toute tentative de régler une plainte doit obtenir l'approbation du médecin-chef. En vertu des règlements administratifs, le médecin-chef dispose de 30 jours pour tenter régler une plainte avant d'entreprendre les procédures disciplinaires officielles ;
- Même s'il devait y avoir un règlement d'une plainte sans la nécessité d'entreprendre les procédures disciplinaires officielles prévues aux règlements administratifs, la plainte, les incidents ayant menés à la plainte ainsi que la résolution de la plainte doivent être documentés et préservés. De plus, les processus de gestion et d'enquête de la plainte prévus dans le présent guide doivent être suivis.

Suivre un processus cohérent :

- Ne pas reculer si la personne en cause menace d'intenter des poursuites, mais reconnaître que celle-ci peut solliciter la présence d'un avocat pour la conseiller ;
- Mettre l'accent sur les mesures de réadaptation lorsque la chose est possible ;
- Encourager la médiation dans le cadre du processus alternatif de règlement des différends en vertu des règlements administratifs si les deux parties s'entendent et particulièrement si le comportement peut être attribuable aux deux parties. Par exemple, si le comportement perturbateur est causé par un chirurgien qui réagit à des pertes répétées de temps de chirurgie.

Veiller à ce que la rapidité d'intervention reflète la gravité du comportement :

- Envisager la nature passagère des preuves :
 - On entend par nature passagère des preuves le cas d'un témoin qui ne serait pas disponible plus tard, la nécessité de faire des analyses de toxicologie des fluides organiques, la présence d'éraflures ou de contusions ou autres.
- Bien documenter toutes les rencontres avec la personne qui fait le signalement et l'élément perturbateur :
 - Il convient de verser au dossier du médecin, situé au service médical local, un bref résumé des rencontres ;
 - La version complète du rapport devrait être conservée dans un endroit sûr pour consultation ultérieure ;
 - Fournir des copies de la plainte et des résultats des rencontres à la personne au comportement perturbateur à moins que la divulgation soit interdite par la loi.

Veiller à ce que la personne affichant le comportement perturbateur sache qu'elle a droit à un processus équitable, c'est-à-dire :

- L'aviser de toutes les allégations (faits reprochés) et des accusations ;
- Lui donner l'occasion de répondre aux allégations et accusations ;
- Lui donner l'occasion de rencontrer l'auteur du signalement, si ce dernier est en accord ;
- Lui fournir l'occasion de faire entendre son point de vue durant la gestion et l'enquête de la plainte, ainsi que dans une audience officielle devant un tribunal, dans l'éventualité où des procédures disciplinaires officielles devaient être entreprises.

Il importe en outre de :

- S'assurer que la personne sujette à une plainte concernant un comportement perturbateur comprenne que toute tentative d'intimidation ou de représailles à l'encontre de la personne ayant effectué le signalement est inacceptable et aura pour effet d'aggraver sa cause;
- Tenir compte du coût financier de l'investigation et déterminer qui en assumera la responsabilité (par exemple : médecin-chef local, directeur médical, chef de service/département ou consultant externe).

2. Examen et investigation

L'examen devrait commencer le plus tôt possible après la réception d'une plainte en lien avec un comportement perturbateur. Cet examen devrait être effectué par le directeur médical, chef de département ou le médecin-chef local.

Notes :

- Il faut obtenir le consentement du médecin ayant signalé l'incident pour pouvoir soumettre le rapport à d'autres médecins, notamment parce que l'identité du médecin sera alors connue (dans la plupart des cas).
- La documentation du rapport initial de même que le processus d'examen sont des étapes cruciales puisque tout manque d'information pourrait entraîner l'échec des efforts d'intervention.
- Toute la documentation sur le comportement perturbateur ou la gestion de conflits ou d'une plainte doit être conservée indéfiniment dans un classeur du service médical local, séparé du dossier de privilèges du médecin.

Avant de procéder à une investigation, il faut faire l'examen suivant :

Historique de l'incident signalé – comportement nouveau ou chronique selon :

- Médecin perturbateur
- Plaignant ou personne ayant signalé l'incident
- Travailleurs
- Collègues
- Patients et visiteurs
- Administration de l'organisation

Examen des allégations :

- **Où** l'incident s'est-il produit?
- **Quand** l'incident s'est-il produit?
- **Pourquoi** l'incident s'est-il produit?
- **Comment** l'incident s'est-il produit?

Notes :

- Tenir compte des conflits antérieurs pouvant avoir une incidence sur l'allégation.
- Déterminer quelle forme de redressement ou de résolution recherche l'auteur du signalement – par exemple, des excuses, des mesures disciplinaires ou autres.
- En interviewant les témoins ou en examinant la correspondance et le procès-verbal (dans les cas de comportement perturbateur passif), se concentrer sur l'information qui corrobore des faits plutôt que sur des opinions. Par exemple, demander : « Qu'avez-vous observé? » plutôt que « Qu'en avez-vous pensé? »

Éléments d'une bonne investigation

- S'assurer d'être neutre ;
- Documenter toutes les étapes de l'investigation, incluant toutes les entrevues. ; Une évaluation complétée du risque pour la sécurité du patient, du milieu de travail et du médecin en cause :
 - Note : si l'on détermine que le niveau de risque est élevé, le médecin affichant un comportement perturbateur devrait volontairement se retirer de la pratique pendant la durée de l'enquête ou être contraint à se retirer en vertu du processus prévu dans les règlements administratifs. Le médecin-chef doit être consulté sur tout retrait d'un médecin.
- S'assurer que tous les témoins pertinents participent à l'investigation afin de faire corroborer l'information par plus d'une personne lorsque la chose est possible ;
- Savoir quelle information doit demeurer confidentielle ;
- N'accepter que les comptes rendus objectifs de comportements observés et non des opinions ou des conjectures :
 - Dans les cas de comportement perturbateur passif, il est possible d'utiliser des preuves documentées comme un procès-verbal ou de la correspondance plutôt que des témoins comme tels.
- Déterminer le niveau de convergence entre le ou les rapports présentés ;
- Insister sur la confidentialité de la part de toutes les personnes en cause ;
- Procéder à une évaluation attentive du contexte dans lequel s'est produit le comportement, particulièrement si des enjeux systémiques peuvent avoir influé sur le comportement ou y avoir contribué. (Voir les pages 22 et 23 pour plus de détails) :
 - **Note** : il est possible que des enjeux systémiques puissent expliquer le comportement perturbateur sans pour autant le justifier.
- Examiner les éventuels facteurs atténuants comme des enjeux culturels, la frustration liée à un incident isolé, et des provocations systémiques chroniques comme la perte répétée de temps de chirurgie ;
- Passer en revue la documentation portant sur des incidents antérieurs (s'il y a lieu) et les efforts déployés dans le passé pour gérer ces incidents. Inclure l'information touchant à toute tentative de remédier au problème ;

- Déterminer si le rapport est fondé sur de la fausse information, qui aurait pu être mise de l'avant par un membre de l'équipe de soins de santé qui serait en colère ou jaloux :.
 - *Note* : en pareil cas, ce serait le faux rapport qui serait considéré comme un comportement perturbateur et la personne à l'origine d'un tel signalement devrait en subir les conséquences.
 - Envisager la possibilité d'un coup monté par un groupe de personnes se présentant sous la forme de plusieurs faux rapports ou de rapports touchant à des incidents de peu d'importance à l'encontre d'une personne vulnérable ou peu populaire (voir l'article 5.2.14 de la politique sur le harcèlement au travail) ;
 - S'assurer que le médecin sujet d'une plainte pour un comportement perturbateur ait l'opportunité de répondre aux allégations contre lui.

Tout au long de l'investigation, garder à l'esprit la possibilité d'un malentendu prenant racine dans les origines culturelles, ethniques et religieuses d'un patient ou d'un membre de l'équipe des soins de santé. En pareils cas, il peut falloir une plus grande communication pour informer les gens et modifier les attitudes.

3. Évaluation de la gravité du comportement perturbateur – Niveaux 1 à 4

Note :

- Les aveux, les excuses et la promesse d'adopter un comportement acceptable peuvent résoudre de nombreuses situations, sauf les fautes gravissimes.

Niveau 1 (faible gravité) :

- Comportement à faible gravité qui est signalé pour la première fois, mais qui n'est pas nécessairement un premier incident.

Niveau 2 (gravité moyenne) :

- Récidive du comportement de niveau un, malgré une intervention ;
- Manque de coopération et réponse inadéquate ou inadmissible de la part du médecin affichant un comportement perturbateur ;
- Escalade en fréquence ou en gravité (au-delà du niveau un).

Niveau 3 (gravité moyenne à élevée) :

- Comportement dont la gravité est supérieure à celle d'un comportement du niveau deux, malgré une intervention ;
- Récidive d'un comportement perturbateur de gravité supérieure à la gravité moyenne ;
- Conduite très grave qui fait craindre pour la sécurité du médecin affichant le comportement perturbateur et/ou pour celle d'autrui.

Niveau 4 (gravité élevée) :

- Comportement plus grave qu'un comportement de niveau trois et qui comprend, entre autres, des menaces, des tentatives de se faire du mal ou de faire du mal à autrui, des actes engageant une grande responsabilité juridique et des gestes constituant un risque immédiat de blessure pour les patients ;
- Tout comportement de niveau quatre doit être automatiquement traité conformément aux procédures disciplinaires stipulées dans les Règlements administratifs et immédiatement communiqué aux médecins-chefs local et régional et au chef du département dans ce but.

Note :

- Tous les incidents devraient être gérés à l'échelle locale, soit là où ils se sont produits.

4. Rencontre avec le médecin affichant un comportement perturbateur

Lorsqu'on vous signale un comportement perturbateur, vous devez immédiatement procéder à la collecte de renseignements préliminaires (p. ex., examen des anciens dossiers, interrogation des personnes concernées) puis rencontrer le médecin ayant affiché le comportement perturbateur et décider des prochaines mesures à prendre.

Le niveau de l'intervention auprès du médecin affichant un comportement perturbateur dépend de la gravité du comportement. L'intervention peut se résumer à une conversation informelle pour discuter de l'incident – un entretien en tête-à-tête avec un administrateur ou un collègue — ou à une rencontre plus officielle.

Dans les cas où une rencontre officielle est de mise, il est recommandé de suivre les étapes suivantes :

Dressez par écrit l'exposé des faits dans les buts suivants :

- Clarifier votre pensée ;
- Vous assurer de l'à-propos et de la qualité des données ;
- Présenter un tout cohérent (ce qui sera très utile si le médecin conteste en justice).

Déterminez le contenu de la rencontre :

- Révisez le contenu du Formulaire 1 – Grille de signalement et du Formulaire 2 – Évaluation préliminaire ;
- Concentrez-vous sur le comportement ;
- Évitez de faire des allusions aux motifs. Ne mentionnez jamais le diagnostic ou le caractère du médecin affichant un comportement perturbateur ;
- Parlez d'une manière objective, neutre et respectueuse ;
- Donnez la date, l'heure et le lieu où les événements se sont produits ;
- Mentionnez également d'autres circonstances et contextes pertinents ;
 - Consignez les déclarations des témoins ;
 - Donnez le plus d'exemples possibles du comportement perturbateur ;
 - Notez les raisons pour lesquelles le comportement était inadmissible si c'est le cas.

Dressez le plan de la rencontre :

- Choisissez parmi vos pairs une personne neutre qui assistera comme témoin à la rencontre au besoin ;
- Énoncez clairement les buts de la rencontre. Assurez-vous que le médecin à qui on allègue avoir affiché le comportement perturbateur est mis au courant de ces buts bien avant la tenue de la rencontre ;
- Avisez le médecin à qui on allègue avoir affiché le comportement perturbateur de tout changement dans les buts de la rencontre ;
- Choisissez un lieu de rencontre convenable (p. ex., un endroit privé mais sécuritaire, au cas où la situation dégénérerait), mais pas un corridor ou un lieu public ;
- Avec le médecin affichant un comportement perturbateur, convenez de l'heure de la rencontre ;
- Si approprié, avant la rencontre, rédigez l'ébauche d'une entente de réparation qui sera discutée et révisée durant et après la rencontre ; (voir la page T18)
- Déterminez avant la rencontre les points qui sont négociables et ceux qui ne le sont pas et réévaluez après la rencontre.

Effectuez la rencontre :

- Soyez toujours respectueux. Remerciez le médecin de sa présence ;
- Expliquez les règles de la rencontre. Amorcez le dialogue, puis donnez au médecin l'occasion de répondre ; Obtenez la permission du médecin avant de poursuivre ;
- Expliquez clairement l'objet et les buts de la rencontre ;
- Passez en revue le rapport écrit des faits liés au cas ;
- Si vous le jugez approprié, terminez en exprimant votre confiance dans les bonnes intentions du médecin et l'espoir de sa collaboration en vue d'améliorer son comportement futur ;
- Suivez le plan que vous avez dressé par écrit et tâchez de ne pas vous en écarter ;
- Parlez lentement et clairement ;
- Ramenez la discussion sur le point visé chaque fois que le médecin tente de détourner la conversation. Proposez de discuter des autres questions dans le cadre d'une autre rencontre ;
- Arrêtez-vous régulièrement pour répéter en d'autres mots l'information et pour éviter les méprises ; Demandez au médecin de répéter ce qu'il comprend de vos déclarations ;
- Indiquez au médecin qu'il peut communiquer avec son assurance de responsabilité médicale si nécessaire ;
- Assurez-vous de bien documenter le déroulement de la rencontre, incluant les thèmes discutés et les réponses du médecin.

5. Évaluation du médecin à qui on allègue avoir affiché un comportement perturbateur

Notes:

- Il faut procéder à une évaluation du médecin à qui on allègue avoir affiché un comportement perturbateur. Le fait de ne pas tenir compte de l'un des facteurs suivants pourrait conduire à une mauvaise interprétation de la situation qui pourrait se révéler grave.

État physique :

- Examen externe indépendant de la santé physique du médecin :
 - Considérer la possibilité d'une privation de sommeil échelonnée sur une longue période ;
 - Considérer le vieillissement et une éventuelle détérioration des aptitudes cognitives.

État mental :

- Examens externes indépendants de l'état mental de la personne en cause ;
- Épuisement professionnel :
 - Le stress peut être un facteur attribuable à des changements dans la prestation des soins de santé (par exemple une importante charge de travail, de fréquentes heures de garde, le manque de ressources).
- Dépression ;
- Troubles bipolaires ;
- Troubles de la personnalité ;
- Toxicomanie, y compris alcoolisme ou accoutumance à des produits chimiques, aux jeux du hasard, troubles alimentaires, etc. ;
- Limites personnelles ;
- Traits de personnalité de base.

Antécédents familiaux :

- Disputes avec le conjoint ou la conjointe, les enfants ou les membres de la famille immédiate ;
- Stress attribuable à une maladie physique ou mentale chez un membre de la famille.

Antécédents sociaux :

- Mode de vie en général ;
- Moyens de détente ;
- Isolement sur le plan social ou professionnel ;
- Différences religieuses ou culturelles.

Antécédents professionnels et problèmes (s'il y a lieu) :

- Évaluation générale de la qualité du travail du médecin ;
- Charge de travail du médecin – jours par semaine, périodes de garde, complexité et nombre des cas/de patients, enseignement, recherche et administration ;

- Depuis combien de temps le médecin occupe-t-il son poste actuel ;
- Y a-t-il eu récemment une promotion ou un autre changement dans sa situation professionnelle ;
- Où le médecin a-t-il travaillé auparavant? Pendant combien de temps? Pourquoi cela a-t-il changé?

6. Actions recommandées à la suite d'un comportement perturbateur (niveaux 1 à 4)

Introduction

À moins que les actes imputés soient extrêmement graves ou de nature criminelle, un mode de résolution non disciplinaire des conflits doit être privilégié. De plus, il ne faut ménager aucun effort pour trouver une solution locale aux cas de comportement perturbateur. Cependant, toutes tentatives de résolution avant d'entreprendre des procédures disciplinaires en vertu des règlements administratifs doivent être approuvées par le médecin-chef. Ce dernier a 30 jours pour tenter de résoudre toute plainte avant d'entreprendre des procédures disciplinaires officielles.

Souvent, une discussion en tête-à-tête peut d'emblée permettre de résoudre un conflit par une solution axée sur les intérêts. Dans de nombreux cas, il suffit d'un aveu, d'excuses et de la promesse de cesser le comportement perturbateur pour résoudre le problème. Dans d'autres, il faut compter sur du counseling, une évaluation, une thérapie ou une médication. Peu importe le mode de résolution, on doit s'assurer de bien documenter la plainte, les incidents ayant menés à la plainte et toute résolution éventuelle. Toute entente ou résolution doit clairement établir les obligations que doit rencontrer le médecin.

On ne peut suspendre ou réduire les privilèges d'un médecin sans l'approbation du médecin-chef et d'avoir respecté les procédures disciplinaires officielles prévues sous les Règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité.

Parmi les autres options disponibles, une résolution informelle peut comprendre, selon la sévérité de la situation, un ou plusieurs des éléments suivants (voir Formulaire 3, paragraphe f) :

- L'examen des récurrences/rechutes possibles du comportement et des conséquences qui en découleraient ;
- Discussion de la situation avec un supérieur du médecin concerné ;
- Apporter le médecin à comprendre que le comportement doit changer ;
- L'élaboration d'un plan de surveillance de l'individu, qui comprend la tenue d'exams périodiques du rendement et les conditions fixées en cas de rechute ;
- La consignation des discussions et du plan convenu ;
- La présentation par le médecin affichant le comportement perturbateur d'excuses à l'auteur du signalement ;
- L'aveu formel (p. ex., par écrit) d'avoir affiché le comportement perturbateur et la promesse qu'une telle conduite ne se reproduira plus ;
- L'obligation de respecter certaines conditions ;

- La supervision du médecin en cause ;
- Un test obligatoire de dépistage de drogues et de l'alcool;
- L'obligation de suivre une formation ;
- Recommander au médecin le Programme de santé des médecins ou le Programme d'aide aux employés.

Dans les situations plus graves (niveaux 3 et 4) ou lorsque le médecin à qui on allègue avoir affiché un comportement perturbateur ne coopère pas, il peut être nécessaire d'entreprendre des démarches plus formelles en vertu des règlements administratifs. Les actions recommandées dans le présent guide servent à déterminer s'il sera nécessaire d'entreprendre ces démarches. Le médecin-chef local ou le directeur médical doivent être impliqués lorsqu'il s'agit de comportements de niveau 2 et plus élevé. Ceci n'empêche pas que le médecin-chef local ou le directeur médical soient impliqués lorsque le comportement est de niveau 1. Finalement, le médecin-chef doit être avisé de tout comportement de niveaux 3 et 4.

Dans les cas plus sévères, les mesures ou options suivantes pourraient s'appliquer :

- Réduction et restriction de privilèges ;
- Suspension de privilèges ;
- Avis au Collège des médecins et chirurgiens ;
- Etc...

7. Réparation

Tel que discuté plus haut, on peut s'appuyer sur des contrats ou ententes de réparation ou de soins continus pour surveiller le comportement et les progrès réalisés. Pour assurer le succès de la réparation, il est essentiel que le médecin à qui on allègue avoir affiché un comportement perturbateur reconnaisse sa responsabilité et qu'il soit disposé à faire des changements personnels.

Les attentes et les points qui ont mené à l'établissement du contrat doivent être clairement définis par l'enquêteur et compris par le médecin. Le contrat ou l'entente peut aussi porter sur les éléments suivants :

- La marche à suivre pour aborder les questions de santé ;
- Les dispositions à prendre pour surveiller le comportement professionnel, p. ex., avoir recours à un moniteur en médecine, au superviseur ou au chef du personnel médical ;
- Les conséquences des écarts de conduite qui se répètent constamment, entre autres :
 - le réexamen des facteurs personnels ou de santé ;
 - des restrictions ou modifications aux privilèges d'exercice du médecin ;
 - l'établissement de points de référence en matière de comportement ;
 - des échéanciers précis.

- D'autres démarches et conséquences possibles en cas de non-respect du contrat, de non-amélioration du comportement et de récurrence ;
- Les contrats ou ententes doivent également préciser :
 - le nom du moniteur et/ou du mentor (le cas échéant) ;
 - un énoncé au sujet de la manière dont l'information sera communiquée à l'organisme de réglementation pertinent.

Une déclaration portant sur le processus et le contrat ou l'entente de réparation, le cas échéant, est également versée au dossier situé au service médical local du médecin à qui on allègue avoir affiché un comportement perturbateur.

La gestion du comportement perturbateur – Comment en assurer le succès

La gestion réussie du comportement perturbateur aboutira à l'atténuation du comportement, voire à sa disparition complète.

L'attitude et les gestes des médecins qui ont affiché un comportement perturbateur pourraient s'améliorer si:

- L'abord est facile même dans les situations de stress ;
- Les membres de l'équipe sont traités avec respect ;
- L'approche avec les membres difficiles de l'équipe est bien effectuée ;
- Les gens sont réceptifs aux suggestions ;
- L'intervention en cas de conflits est effectuée dans le but de trouver des solutions ;
- Tous s'adaptent aux politiques, aux procédures et aux priorités qui changent.

La gestion d'un comportement perturbateur – Pouvoir d'intervention de l'organisation

Le pouvoir d'intervenir en cas de signalement de comportements perturbateurs s'appuie sur les lois, politiques et règlements suivants qui sont applicables à l'organisation :

Lois provinciales :

- *Loi sur les régies régionales de la santé (Regional Health Authorities Act) ;*
- *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé (Personal Health Information Privacy and Access Act) ;*
- *Loi hospitalière (Hospital Act) ;*
- *Loi sur les droits de la personne (Human Rights Act) ;*
- *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée (Right to Information and Protection of Privacy Act) ;*
- *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail (Occupational Health and Safety Act) ;*
- *Loi médicale (Medical Act).*

Politiques et règlements institutionnels, s'il y a lieu :

- Code de déontologie de l'Association médicale canadienne (AMC) ;
- Code de déontologie du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick (CMCNB) ;
- Comité médical consultatif local (CMCL) ;
- Politiques internes de l'établissement sur la discrimination, l'équité, la violence et le harcèlement ;
- Règlements administratifs du Réseau santé Vitalité ;
- Société médicale du Nouveau-Brunswick.

SECTION B – QUALITÉ DES SOINS MÉDICAUX

Introduction

Cette section du Guide porte sur la gestion de plaintes liées à la qualité des soins médicaux offerts à l'intérieur du *Réseau de santé Vitalité*. Elle veut servir à assurer le traitement opportun et juste de plaintes provenant des patients ou des familles, des médecins ou d'autres professionnels.

Dans la plupart des cas, il est préférable de tenter de résoudre une plainte, au niveau local, avant d'entreprendre les procédures disciplinaires officielles prévues aux règlements administratifs.

Toute tentative de régler une plainte doit obtenir l'approbation du médecin-chef. En vertu des règlements administratifs, le médecin-chef dispose de 30 jours pour tenter de régler une plainte avant d'entreprendre les procédures disciplinaires officielles.

Même s'il devait y avoir un règlement d'une plainte sans la nécessité d'entreprendre les procédures disciplinaires officielles prévues aux règlements administratifs, la plainte, les incidents ayant menés à la plainte ainsi que la résolution de la plainte doivent être documentés et préservés au service médical local. De plus, les processus de gestion et d'enquête de la plainte prévus dans le présent guide doivent être suivis.

La gestion de plaintes liées au comportement perturbateur est traitée dans la section A du document.

Catégories de plaintes liées aux soins médicaux

Situations formelles : Celles enregistrées au Service de la qualité et de la sécurité des patients de la zone concernant un rapport d'incident, une plainte écrite exprimée par le patient ou sa famille, par des médecins ou d'autres professionnels soulevant une inquiétude à l'égard des soins médicaux.

Situations spéciales : Rapport exclusivement verbal ou lettre anonyme ou non d'une situation qui met en doute les soins médicaux, non enregistrée au Service de la qualité et de la sécurité des patients de la zone.

Gestion d'une plainte liée aux soins médicaux

Voici les principes recommandés pour la gestion des plaintes liées aux soins médicaux :

- Le chef du médecin visé par la plainte doit communiquer avec le médecin-chef qui est responsable de vérifier si les situations spéciales sont mesurables et objectivables afin de définir si il est justifié de continuer la démarche ;
- Toute situation spéciale évaluée comme objectivable et mesurable par le médecin-chef doit être acheminée au Service de la qualité et de la sécurité des patients de la zone, qui coordonnera le traitement de la plainte selon la politique sur la gestion des plaintes GEN 5.20.20 ;
- Le chef du médecin visé est responsable de l'évaluation, de vérifier la validité de la plainte et du suivi auprès du médecin visé par la plainte ;
- Le chef du département/division/service menant l'évaluation doit s'assurer de rencontrer le médecin visé par la plainte et d'obtenir sa signature sur le formulaire d'évaluation de plainte (formulaire 3). Cette rencontre peut être face-à-face où à distance ;
- Le chef du département/division/service menant l'évaluation doit acheminer une copie du rapport d'évaluation (formulaire 4) contenant les recommandations au médecin visé par la plainte afin d'obtenir sa signature d'accusé de réception ;
- Le formulaire d'évaluation préliminaire (formulaire 2) doit être remis au dossier du médecin visé par la plainte qui est conservé dans le classeur de la qualité des affaires médicales ;
- Toute documentation de l'évaluation doit être gardée dans le classeur de la qualité des affaires médicales.
- Le rapport d'évaluation contenant les recommandations est acheminé au Service de la qualité et de la sécurité des patients de la zone et une copie est gardée dans le dossier de la qualité des affaires médicales.

Étapes et rôles de la gestion d'une plainte liée aux soins médicaux

Le Service de la qualité et de la sécurité des patients :

- Achemine une copie de la plainte au chef du département/division/service, au médecin-chef local et au médecin-chef régional ;
- Prépare un accusé réception pour le plaignant et copie le chef du département/division/service.

Le chef de service :

- Vérifie s'il est nécessaire d'obtenir de l'information supplémentaire des archives, du patient, ou d'autres sources et prévoit un rendez-vous en personne ou à distance avec le médecin visé par la plainte ;
- Effectue une évaluation préliminaire le plus près possible de l'endroit et de la date d'occurrence de la situation afin de documenter des détails en se servant du formulaire d'évaluation préliminaire (formulaire 2) ;
- Questionne les témoins et recueille de l'information en se concentrant sur les renseignements qui appuient les faits plutôt que sur l'opinion en utilisant des expressions comme : « Qu'avez-vous observé? » au lieu de « Qu'en avez-vous pensé? » ;
- Détermine si l'allégation et les déclarations des témoins sont confirmées et clarifie les écarts, le cas échéant ;
- Détermine les facteurs pouvant avoir contribué à la situation de plainte en considérant les éléments suivants :

État physique :

- Examen externe indépendant de la santé physique de la personne en cause :
 - Considérer la possibilité d'une privation de sommeil échelonnée sur une longue période ;
 - Considérer le vieillissement et une éventuelle détérioration des aptitudes cognitives.

État mental :

- Examens externes indépendants de l'état mental du médecin en cause :
- Épuisement professionnel :
 - Le stress peut être un facteur attribuable à des changements dans la prestation des soins de santé (par exemple une importante charge de travail, de fréquentes heures de garde, le manque de ressources).
- Dépression ;
- Troubles bipolaires ;
- Troubles de la personnalité ;
- Troubles de dépendances, y compris alcoolisme ou accoutumance à des produits chimiques, aux jeux du hasard, troubles alimentaires etc. ;
- Limites personnelles ;
- Traits de personnalité de base.

Antécédents familiaux :

- Disputes avec le conjoint ou la conjointe, les enfants ou les membres de la famille immédiate ;
- Stress attribuable à une maladie physique ou mentale chez un membre de la famille.

Antécédents sociaux :

- Mode de vie en général ;
- Moyens de détente ;
- Isolement sur le plan social ou professionnel ;
- Différences religieuses ou culturelles.

Antécédents professionnels et problèmes (s'il y a lieu) :

- Évaluation générale de la qualité du travail du médecin ;
- Charge de travail du médecin – jours par semaine, périodes de garde, complexité et nombre de cas/ patients, enseignement, recherche et administration ;
- Depuis combien de temps le médecin occupe-t-il son poste actuel ;
- Y a-t-il eu récemment une promotion ou un autre changement dans sa situation professionnelle ;
- Où le médecin a-t-il travaillé auparavant? Pendant combien de temps? Pourquoi cela a-t-il changé?

Préparez la rencontre avec le médecin impliqué en suivant les étapes ci-dessous :

Dressez par écrit l'exposé des faits dans les buts suivants :

- Clarifiez votre pensée ;
- Assurez-vous de l'à-propos et de la qualité des données ;
- Présentez un tout cohérent (ce qui sera très utile si le médecin conteste en justice).

Déterminez le contenu de la rencontre :

- Concentrez-vous sur les faits de la plainte ;
- Documentez la date, l'heure et le lieu où les événements se sont produits ;
- Documentez également d'autres circonstances et contextes pertinents ;
- Consignez les déclarations des témoins ;
- Notez les raisons pour lesquelles la plainte était inadmissible si c'est le cas.

Dressez le plan de la rencontre :

- Choisissez parmi vos pairs une personne neutre qui assistera comme témoin à la rencontre au besoin ;
- Énoncez clairement les buts de la rencontre. Assurez-vous que le médecin signalé par la plainte soit mise au courant de ces buts bien avant la tenue de la rencontre ;
- Choisissez un lieu de rencontre convenable (p. ex., un endroit privé mais sécuritaire, au cas où la situation dégénérerait), mais pas un corridor ou un lieu public. Lorsqu'une rencontre face-à-face est impossible, une méthode de communication à distance sécurisée sera choisie;
- Avec la personne visée par la plainte, convenez de l'heure de la rencontre, qui ne devrait pas durer plus d'une heure ;
- Avant la rencontre, réfléchissez aux points qui peuvent être négociables et à ceux qui sont non négociables.
- Rencontrez le médecin visé par la plainte et remplissez le formulaire d'évaluation (formulaire 3). Pour le bon déroulement de la rencontre, il est recommandé de tenir compte des éléments suivants :
 - Soyez toujours respectueux. Remerciez la personne de sa présence;
 - Parlez lentement et clairement;
 - Mentionnez ses mérites et ses qualités;
 - Expliquez clairement l'objet et les buts de la rencontre;
 - Expliquez les règles de la rencontre. Amorcez le dialogue, puis donnez au médecin l'occasion de répondre. Obtenez l'accord du médecin par rapport aux règles présentées avant de poursuivre la rencontre ;
 - Passez en revue le rapport écrit des faits liés au cas ;
 - Arrêtez-vous régulièrement pour répéter en d'autres mots l'information et pour éviter les méprises ;
 - Demandez au médecin de répéter ce qu'elle comprend de vos déclarations ;
 - Ramenez la discussion sur le point visé chaque fois que le médecin tente de détourner la conversation; proposez de discuter des autres questions dans le cadre d'une autre rencontre ;
 - Suivez le plan que vous avez dressé par écrit et tâchez de ne pas vous en écarter ;
 - Indiquez au médecin qu'il peut communiquer avec son assurance de responsabilité médicale si nécessaire ;
 - Remplissez et signez le formulaire d'évaluation de plaintes (formulaire 3) ;
 - Demandez au médecin de signer le formulaire d'évaluation de plaintes si la rencontre a lieu en personne. Si la rencontre est à distance ou si le médecin refuse de signer le formulaire, faites-lui parvenir par courrier exigeant une signature à la réception ;

- Documente au fur et à mesure le progrès de l'évaluation dans le tableau de suivi pour permettre au médecin-chef de connaître l'évolution de la démarche ;
- En collaboration avec le Service de la qualité et de la sécurité des patients, communique verbalement avec le plaignant, si ce dernier le désire, pour lui faire part du suivi effectué suite à sa plainte, dans les 30 jours ouvrables (le Service de la qualité et de la sécurité des patients a la responsabilité de prévenir le plaignant si un délai supplémentaire est prévu) ;
- Achemine une copie du rapport de recommandations au médecin concerné pour obtenir sa signature d'accusé de réception. Si le médecin concerné refuse de signer l'accusé de réception, on doit lui acheminer le rapport par courrier en exigeant une signature à la réception ;
- Remet une copie du formulaire d'évaluation de plainte rempli (formulaire 3) et du rapport d'évaluation de plaintes (formulaire 4) au médecin-chef local et en garde une copie, ainsi qu'une copie de toute autre documentation, dans le classeur de la qualité des affaires médicales ;
- Documente dans le rapport d'incident le résultat de son évaluation, les mesures prises et les améliorations à mettre en œuvre. Le Rapport d'évaluation de plaintes (formulaire 4) peut servir comme source d'information pour ce faire ;
- Informe le médecin-chef local et régional du suivi ;
- Achemine au Service de la qualité et sécurité des patients le formulaire avec les éléments de réponse à partager au plaignant (Formulaire 5) ;
- Prépare et signe une lettre réponse, de concert avec le Service de la qualité et de la sécurité des patients pour toute plainte déposée par écrit et l'achemine pour approbation auprès du médecin-chef local/régional. Une copie de la lettre finale est envoyée au Service de la qualité et de la sécurité des patients et aux médecin-chef local et régional à titre d'information ;
- Assure la mise en œuvre et le suivi des recommandations qui découlent de la plainte ;
- Partage les recommandations aux membres du personnel médical durant une réunion de service/division/ département lorsque jugé pertinent. Dans cette étape de rétroaction, le nom du médecin visé par la plainte ainsi que ceux des autres personnes impliquées doivent rester anonymes.

Formulaire 1 – Grille de signalement

ÉTABLISSEMENT :	DÉPARTEMENT / SERVICE / DIVISION :
SIGNALEMENT	
Date :	À :
Par :	Au sujet de :
Témoïn :	Témoïn :
INCIDENT	
Date :	Heure :
Endroit :	
NATURE DE L'INCIDENT	
Description :	
CIRCONSTANCES / CONTEXTE	
Description :	
QUESTIONS LIÉES AU SYSTÈME / À L'ENVIRONNEMENT	
Questions :	
EFFETS / RÉPERCUSSIONS DU COMPORTEMENT PERTURBATEUR	
Effets / répercussions :	
QUESTIONS LIÉES AUX SOINS ET À LA SÉCURITÉ DU PATIENT	
Questions :	
Date :	
Signature :	
Témoïn :	
Entente finale :	

Formulaire 2 - Évaluation préliminaire

INCIDENT		
Date :	Heure :	
Endroit :		
HISTORIQUE DE LA SITUATION PRÉSENTÉ PAR :	1 ^{ère} fois	Répétée
Patient / famille		
Des collègues		
Des travailleurs		
L'administration de l'organisation		
Anonyme		
Autre (lequel) :		
DÉTAILS DE LA PLAINTÉ		
a) Le quand : Quand la situation a-t-elle eu lieu ?		
b) Le où : Où la situation a-t-elle eu lieu ?		
c) Le qui : Qui est visé par la plainte ? Qui sont les témoins ?		
d) Le quoi et le comment : Décrivez la situation (telle qu'elle a été relatée par le plaignant) Quelles ont été ou pourraient être les conséquences pour le patient (relater les faits et non les opinions personnelles)		
e) Quelle forme de résolution demande le plaignant ? (ex. : excuses, mesures disciplinaires, etc.)		
Commentaires additionnels :		
Notes :		
<ul style="list-style-type: none"> • Tenez compte de plaintes antérieures pouvant influencer sur l'allégation. • Lorsque vous interviewez les témoins ou que vous ramassez de l'information, concentrez-vous sur les renseignements qui appuient les faits plutôt que sur l'opinion. Par exemple, dites : « Qu'avez-vous observé ? » au lieu de « Qu'en avez-vous pensé ? » 		
CONFIRMATION DES ALLÉGATIONS	Oui	Non
Allégation confirmée		
Déclarations des témoins confirmées		
Les déclarations et l'information des témoins correspondent-elles au rapport original? Si non, expliquez l'écart :		
Conserver l'original de ce formulaire rempli au dossier du médecin visé par la plainte qui doit se trouver dans le classer de la qualité des affaires médicales.		
Date :		
Signature :		

Formulaire 3- Évaluation des plaintes

INCIDENT		
Date :	Heure :	
Endroit :		
RENCONTRE AVEC LA PERSONNE VISÉE PAR LA PLAINTÉ		
Date de la rencontre :	En personne <input type="checkbox"/> À distance <input type="checkbox"/>	
Endroit de la rencontre :		
Participants	Titre du poste	Signature
SUITE À LA RÉVISION DES FAITS		
a) La personne visée par la plainte ajoute les renseignements suivants :		
b) Quelle est l'opinion de la personne visée par la plainte?		
c) Quelles sont les raisons identifiées par la personne visée par la plainte comme ayant contribué à la situation ? (Milieu de travail, système, facteurs personnels, problèmes de communication, autres)		
d) Quelles conséquences a subi ou pourrait subir le patient à cause de la situation?		
e) Quelle solution propose la personne visée par la plainte pour éviter que la situation se reproduise?		
f) Quel est le plan d'amélioration, la (les) mesure(s) informelle(s), ou la(les) sanction(s) proposée(s)? (Pourraient inclure une ou plusieurs des mesures suivantes : formation, accompagnement/supervision, médiation, présentation d'excuses, aveu, programme d'aide, test de dépistage, suspension, modification de privilèges, mesure informelle, enquête formelle, recommandation au CMCNB, etc.)		
Date :	Date :	
Élaboré par :	Je confirme avoir été rencontré pour discuter de ce rapport	
Titre du poste :	Signature :	
Conserver l'original de ce formulaire rempli au dossier du médecin visé par la plainte qui doit se trouver dans le classer de la qualité des affaires médicales.		
Signature :		

Formulaire 4- Rapport d'évaluation de plaintes pour le médecin-chef local

INCIDENT	
Date :	Heure :
Endroit :	
RAPPORT	
Plainte signalée :	
DESCRIPTION DE LA PLAINTÉ (si elle diffère de la déclaration du plaignant)	
DESCRIPTION DE LA DÉMARCHE : Résumé des actions prises pour l'évaluation et la résolution de la plainte (p. ex. vérification avec des témoins, analyse du dossier patient, rencontre avec la famille, rencontre avec le médecin, mesures correctives implantées, etc.)	
CONCLUSIONS : Description des éléments identifiés suite à l'évaluation de la plainte	
RECOMMANDATIONS : Description des actions concrètes à mettre en œuvre pour répondre à la plainte et/ou éviter une autre situation semblable	
Élaboré par :	Signature :
Titre du poste :	Date :
<p>Envoyer une copie de ce rapport rempli au médecin-chef local</p> <p>Envoyer une copie de ce rapport rempli au médecin-chef régional</p> <p>Garder l'original de ce rapport rempli au classeur de la qualité des affaires médicales</p> <p>Envoyer une copie de ce rapport rempli au médecin sujet de l'enquête</p>	

Formulaire 5 Rapport de recommandations pour le Service de qualité et sécurité des patients suite à l'évaluation de plaintes liées aux soins médicaux

INCIDENT	
Date :	Heure :
Endroit :	
RAPPORT	
Plainte signalée :	
DESCRIPTION DE LA PLAINTÉ (si elle diffère de la déclaration du plaignant)	
RECOMMANDATIONS : Description des actions concrètes à mettre en œuvre pour répondre à la plainte et/ou éviter une autre situation semblable	
Élaboré par :	Signature :
Titre du poste :	Date :

Section D – Annexes

Annexe A – Politique GEN.5.20.20 « Gestion des plaintes »



Manuel : Général du Réseau de santé Vitalité

Titre :	GESTION DES PLAINTES		N° : GEN.5.20.20
Section :	5- Gestion de la qualité/risques et sécurité des patients	Date d'entrée en vigueur :	2014 01 xx
Émise par :	V.-p. – Planification et Développement organisationnel	Date de révision précédente :	2011 05 09
Approuvée par	Président-directeur général Rino Volpé	Date de la signature :	2014 01 xx
Établissement / programme :	Tous les services et programmes	<input checked="" type="checkbox"/> Vitalité	Zone(s) : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6

BUT

1. Assurer la gestion des préoccupations des patients, de leur famille ou du personnel en se basant sur les meilleures pratiques de gestion.
2. Assurer un traitement uniforme, opportun et juste de toutes les plaintes dans le but d'améliorer la qualité des soins et des services offerts par le Réseau de santé Vitalité.

DÉFINITIONS

1. **Plainte**

Toute insatisfaction ou préoccupation exprimée verbalement ou par écrit par un patient, sa famille ou le personnel relativement aux soins et aux services prodigués ou au comportement d'un membre du personnel.

2. **Personnel**

Désigne tous les membres du personnel, les médecins, les étudiants et les bénévoles.

3. **Service**

Désigne un service, une unité, un secteur, un programme ou un département, une division ou un service médical.

POLITIQUE

1. Une plainte peut être déposée verbalement (en personne ou par téléphone) ou par écrit. De plus, elle peut être déposée de façon anonyme.
2. Toute plainte doit être documentée dans le système de rapport d'incident et traitée conformément aux processus établis et aux valeurs du Réseau de santé Vitalité.
3. Toute plainte formulée verbalement doit être documentée, et devrait dans la mesure du possible, être validée et signée par le plaignant ou son représentant. Le processus pour ce faire est adaptable selon le besoin ou la situation.
4. Toute plainte verbale résolue facilement à la satisfaction du plaignant n'a pas besoin d'être documentée.
5. Les plaintes déposées de façon anonyme doivent être portées à l'attention du gestionnaire (pour les plaintes non médicales) ou du chef de service intéressé (pour les plaintes médicales) afin qu'il vérifie sa validité et prenne les mesures nécessaires.
6. Toute plainte d'harcèlement au travail doit être traitée conformément à la politique GEN.4.30.05.
7. Toute plainte liée à la violence en milieu de travail doit être traitée conformément à la politique GEN.4.30.10.
8. Les membres du personnel ont la responsabilité d'examiner, de résoudre dans la mesure du possible ou d'adresser à leur supérieur immédiat toute plainte ou préoccupation exprimée par un patient ou sa famille directement au point de service.
9. Le gestionnaire ou chef de service intéressé doit répondre aux préoccupations du plaignant lorsque le problème n'est pas résolu directement au point de service ou que la plainte ne relève pas de la responsabilité du personnel de première ligne.
10. Si la personne qui porte plainte désire faire part de ses préoccupations à un cadre supérieur, il faut la diriger en conséquence. Toutefois, lorsque possible, le plaignant doit être dirigé vers le niveau hiérarchique approprié.
11. Toute plainte doit recevoir une attention immédiate; de ce fait, un accusé de réception est requis dans les cinq jours ouvrables.
12. Les plaintes liées à un comportement ou à un acte professionnel doivent, dans la mesure du possible, être présentées par écrit et signées. Le processus pour ce faire est adaptable selon le besoin ou la situation.
13. Un membre du personnel peut signaler ses préoccupations liées à la qualité des soins offerts par un autre membre du personnel à son supérieur immédiat, qui traitera cette plainte conjointement avec le Service de qualité et sécurité des patients.

14. Toute plainte liée à un manquement à l'obligation de confidentialité ou à tout autre risque relié à la protection des renseignements personnels doit être signalée dans les plus brefs délais au supérieur immédiat et au Bureau de la vie privée par le gestionnaire ou le chef du service intéressé.
15. Toute plainte potentiellement litigieuse ou médiatique, aux conséquences graves ou à l'origine d'un conflit majeur doit être portée à l'attention des supérieurs intéressés, du Service de la qualité et de la sécurité des patients et du directeur régional des communications dans les plus brefs délais.
16. Une plainte potentiellement litigieuse ou comportant une réclamation sera traitée en collaboration avec le Service de la gestion intégrée des risques.
17. La gestion des plaintes multisectorielles est coordonnée par le Service de la qualité et de la sécurité des patients, tout comme le suivi effectué auprès du plaignant.
18. Les plaintes envoyées à un membre du conseil d'administration doivent être acheminées au président-directeur général du Réseau de santé Vitalité afin qu'elles soient traitées conformément aux processus établis.
19. Le suivi auprès du plaignant doit être effectué dans les 30 jours ouvrables suivant la réception de sa plainte, si le plaignant désire obtenir un tel suivi. Le Service de la qualité et de la sécurité des patients a la responsabilité de surveiller tout délai encouru et d'en aviser le gestionnaire ou chef de service intéressé.
20. La conclusion du processus de gestion de toute plainte devrait permettre d'identifier les améliorations requises telles que communication, formation, révision des politiques et des pratiques, etc. Selon la gravité de la plainte, il se peut qu'une analyse des causes profondes soit requise.
21. Toute plainte qui ne peut être réglée de façon satisfaisante pour le plaignant au sein d'un établissement ou d'un programme peut être adressée au Service de qualité et sécurité des patients du Réseau de santé Vitalité, si le plaignant le désire.

PROCÉDURE

1. Documentation de la plainte

1.1. La personne qui reçoit la plainte :

- 1.1.1. documente la plainte dans le système de rapport d'incident;
- 1.1.2. demande au plaignant de déposer sa plainte par écrit et de la signer dans la mesure du possible, ou de valider et signer la plainte documentée par le personnel;

- 1.1.3. estampe la date et le nom du service sur toute plainte déposée par écrit et envoie une copie au Service de la qualité et de la sécurité des patients,
- 1.1.4. informe son supérieur hiérarchique.

2. Accusé de réception et évaluation de la plainte

2.1. Le personnel du Service de la qualité et de la sécurité des patients :

- 2.1.1. prend connaissance de la documentation relative à la plainte et prévient son supérieur hiérarchique au besoin;
- 2.1.2. évalue la gravité de la plainte non médicale avec le gestionnaire du service intéressé et implique le Service de gestion de risques au besoin;
- 2.1.3. pour les plaintes verbales communique avec le plaignant pour obtenir plus d'information et l'informer du processus ainsi que du délai habituel de 30 jours ouvrables pour la résolution de la plainte. Au besoin, envoie la plainte documentée au plaignant pour sa validation et signature.
- 2.1.4. pour les plaintes écrites, prépare et envoie, dans les cinq jours ouvrables, un accusé de réception signé par le personnel du Service de la qualité et de la sécurité des patients ou par la personne à qui la plainte a été adressée, avec copie conforme au gestionnaire/chef de service responsable du suivi. Une copie est envoyée à titre d'information au directeur et au besoin au cadre supérieur intéressé. Pour les plaintes relatives aux soins médicaux, une copie de l'accusé de réception est acheminée aux médecins-chefs local et régional.
- 2.1.5. transmet ses coordonnées au plaignant à des fins de communication au besoin.
- 2.1.6. adresse la plainte au gestionnaire ou au chef de service responsable de l'enquête et du suivi. Pour les plaintes relatives aux soins médicaux, une copie de la plainte est acheminée aux médecins-chefs local et régional.

3. Enquête et suivi

3.1. Le gestionnaire ou chef de service responsable de l'enquête et du suivi :

- 3.1.1. pour les plaintes non médicales : le gestionnaire évalue la gravité de la plainte en collaboration avec le Service de la qualité et de la sécurité des patients. Le Service de gestion intégrée des risques est impliqué au besoin;
- 3.1.2. pour les plaintes relatives aux soins médicaux : La gravité de la plainte est évaluée par les médecins chefs local et régional. Le Service de gestion intégrée des risques est impliqué au besoin.
- 3.1.3. vérifie la validité de la plainte et mène une évaluation de concert avec le personnel concerné et en collaboration avec le Service de la qualité et de la sécurité des patients en se basant sur les meilleures pratiques, les normes, les politiques, etc.;

3.1.4. en collaboration avec le Service de la qualité et de la sécurité des patients, communique verbalement avec le plaignant, si ce dernier le désire, pour lui faire part du suivi effectué suite à sa plainte, dans les 30 jours ouvrables (le Service de la qualité et de la sécurité des patients à la responsabilité de prévenir le plaignant si un délai supplémentaire est prévu.

3.1.4.1.1. si une rencontre avec le plaignant est requise, le Service de la qualité et de la sécurité des patients coordonne et facilite celle-ci;

3.1.5. documente dans le rapport d'incident le résultat de son évaluation, les mesures prises et les améliorations à mettre en œuvre s'il y en a lieu;

3.1.6. donne un suivi à son directeur ou aux médecins-chefs local et régional.

4. Documentation finale

4.1. Le personnel du Service de la qualité et de la sécurité des patients:

4.1.1. s'assure que les améliorations proposées soient partagées aux personnes intéressées du Réseau de santé Vitalité;

4.1.2. prépare une lettre réponse, de concert avec le gestionnaire ou chef de service responsable du suivi pour toute plainte déposée par écrit. La lettre réponse est signée par le gestionnaire ou chef du département/service intéressé, ou au besoin par le personnel du Service de la qualité et de la sécurité des patients, avec copie conforme au directeur du service concerné ou au médecin-chef local et au Service de la qualité et de la sécurité des patients. Pour les plaintes relatives aux soins médicaux une copie est envoyée au médecin-chef local/régional pour approbation avant l'envoi au plaignant. Une copie de la lettre finale est envoyée au médecin-chef régional à titre d'information.

La procédure est présentée sous forme d'algorithme à l'annexe GEN.5.20.20.

RENSEIGNEMENTS PERTINENTS SUPPLÉMENTAIRES

1. Une plainte exprimée peut indiquer que plusieurs autres personnes ont éprouvé le même mécontentement, mais ne l'ont pas exprimé.
2. Les plaintes ne doivent pas être perçues de façon négative, mais plutôt comme une occasion d'améliorer les soins et les services offerts par le Réseau de santé Vitalité.
3. Toute plainte qui ne peut être réglée de façon satisfaisante au sein du Réseau de santé Vitalité peut être adressée au bureau de l'ombudsman ou à l'organisme de réglementation approprié, selon l'ordre professionnel, comme le Collège des médecins et chirurgiens, l'Association des infirmiers et infirmières, etc. Le plaignant sera ainsi informé qu'il peut se prévaloir de ce droit.
4. Les plaintes liées à la protection des renseignements personnels sont traitées conformément à la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels*

sur la santé. Ces plaintes peuvent être présentées de façon verbale ou écrite par tout membre du public, même si elles ne proviennent pas de la personne touchée par la violation.

5. Les plaintes liées aux langues officielles sont traitées conformément à la *Loi sur les langues officielles* et à la *Loi sur les régies régionales de la santé*. Le conseiller régional à la Protection des renseignements personnels et Langues officielles est consulté au besoin.

RÉFÉRENCES

1. Society for Healthcare Consumer Advocacy (SHCA), *"In the name of the Patient- Complaint Management"*, 2009 Ed.
2. Trillium Health Centre, *"Patient & Visitor Feedback Policy"*, 2010.
3. Institut canadien pour la sécurité des patients(ICSP), *Processus de résolution des plaintes des patients*, 2010.

Remplace :	Zone 1 : <u>IV.10.12</u> Zone 4 : <u>GEN-V-C-25</u>	Zone 5 : <u>ADM-6-11</u> Zone 6 : <u>1201</u>
------------	----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

ANNEXE GEN.5.20.20

Gestion des plaintes

La personne qui reçoit la plainte :

- documente la plainte dans le système de rapport d'incident;
- plainte liée à un comportement, à une attitude ou à un acte professionnel → déposée par écrit, si possible;
- plainte déposée verbalement → documentée et validée/signée par le patient, si possible
- plainte déposée par écrit → copie envoyée au Service de la qualité et de la sécurité des patients;
- informe son supérieur hiérarchique

**Le personnel du Service de la qualité et de la sécurité des patients :**

- prend connaissance de la documentation relative à la plainte;
- évalue la gravité des **plaintes non liées aux soins médicaux** avec le gestionnaire du service intéressé et implique le Service de gestion intégrée de risques au besoin;
- prévient son supérieur hiérarchique au besoin;
- accuse réception → 5 jours ouvrables et envoie une copie au gestionnaire/chef de service et directeur ou au médecin-chef local;
- adresse la plainte au gestionnaire ou au chef de service responsable de l'enquête et du suivi. Pour les plaintes relatives aux soins médicaux, envoie une copie de la plainte aux médecins-chefs local et régional,
- surveille tout délai et en avise le gestionnaire ou chef de service responsable.

**Le personnel du Service de la qualité et de la sécurité des patients :**

- prend connaissance de la documentation relative à la plainte;
- évalue la gravité des **plaintes non liées aux soins médicaux** avec le gestionnaire du service intéressé et implique le Service de gestion intégrée de risques au besoin;
- prévient son supérieur hiérarchique au besoin;
- accuse réception → 5 jours ouvrables et envoie une copie au gestionnaire/chef de service et directeur ou au médecin-chef local;
- adresse la plainte au gestionnaire ou au chef de service responsable de l'enquête et du suivi. Pour les plaintes relatives aux soins médicaux, envoie une copie de la plainte aux médecins-chefs local et régional,
- surveille tout délai et en avise le gestionnaire ou chef de service responsable.

**Le gestionnaire ou chef de service intéressé :**

- **Pour les plaintes non liées aux soins médicaux : le gestionnaire évalue la gravité de la plainte en collaboration avec le Service de la qualité et de la sécurité des patients.** Le Service de gestion intégrée des risques est impliqué au besoin;
- **Pour les plaintes relatives aux soins médicaux : La gravité de la plainte est évaluée par les médecins-chefs local et régional.** Le Service de gestion intégrée des risques est impliqué au besoin;
 - vérifie la validité de la plainte et mène une évaluation, de concert avec le personnel concerné et en collaboration avec le Service de la qualité et de la sécurité des patients en visant les meilleures pratiques, les normes, les politiques, etc., tout en s'assurant d'identifier des pistes d'amélioration;
 - en collaboration avec le Service de la qualité et de la sécurité des patients, communique verbalement avec le plaignant, si ce dernier le désire, pour lui faire part du suivi effectué suite à sa plainte → 30 jours ouvrables. Si une rencontre de suivi est requise, le personnel du Service de la qualité et de la sécurité des patients facilite le processus de rencontre;
- documente dans le rapport d'incident le résultat de son évaluation, les mesures prises et les améliorations à mettre en œuvre s'il y a lieu;
- informe son directeur ou les médecins-chefs local et régional du suivi.

**Le personnel du Service de la qualité et de la sécurité des patients :**

- examine les améliorations proposées et s'assure qu'elles sont transmises aux personnes intéressées du Réseau de santé Vitalité;
- prépare une réponse, de concert avec le gestionnaire ou chef de service intéressé pour toute plainte déposée par écrit. Envoie une copie au directeur intéressé. Pour les plaintes médicales, achemine une copie de la lettre aux médecins-chefs local/régional pour approbation. La copie de la lettre finale est envoyée aux deux à titre d'information.

Annexe B - Sigles

ACPM = Association canadienne de protection médicale

AMC = Association médicale canadienne

CMCL = Comité médical consultatif local

CMCNB = Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick

CMCR = Comité médical consultatif régional

IGM = Institut de gestion médicale (PMI)

PSM = Programme de santé des médecins

Annexe C - Programme de santé des médecins (PSM) (inclus le soutien à la famille)

Le Programme de santé des médecins (PSM) de la Société médicale du Nouveau-Brunswick est accessible au numéro sans frais 1-888-453-7272. Ce service est offert 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Vous pouvez également joindre le Bureau de la Société médicale du Nouveau-Brunswick au 1-506-458-8860 durant les heures normales de bureau. Le médecin examinateur qui répondra à votre appel saura vous orienter correctement par rapport à votre problème.

Le directeur du Programme de santé des médecins (PSM) répondra dès que possible, par téléphone ou courriel, selon la situation et la demande de l'individu. Ce service confidentiel n'est pas un service d'urgence. Le Programme de santé des médecins fournit des services après les heures normales, y compris des rendez-vous avec le directeur du programme. Le programme accepte les autos-références ainsi que des références des membres de la famille ou d'autres organismes.

Annexe D - Règlement modèle

Le règlement modèle qui figure ci-après donne aux administrateurs le pouvoir nécessaire pour intervenir lorsque des médecins affichent un comportement perturbateur.

Le règlement peut :

- . s'ajouter aux règlements actuellement en vigueur dans votre hôpital ou organisation;
- . servir aux évaluations du rendement;
- . être utilisé pour préciser les attentes ou les exigences qui sont des conditions de nomination.

« Les médecins sont tenus de se conformer à la lettre et à l'esprit du guide de gestion des comportements perturbateurs approuvé et peuvent faire l'objet d'une enquête en cas de manquements observés et signalés et répondre de ces manquements, les conséquences pouvant aller du counseling jusqu'au renvoi. »

Annexe E - Contrats de soins continus et ententes de réparation

Les contrats de soins continus et les ententes de réparation peuvent servir, dans le cadre de la résolution, à surveiller le comportement et les progrès. Ils visent à réduire au minimum les risques pour les patients et à soutenir les besoins en soins de santé du médecin, le cas échéant.

Ces contrats ou ententes :

- permettent aux administrateurs de suivre de près les médecins qui ont des problèmes de santé;
- précisent clairement ce qui est attendu du médecin et les conséquences du non-respect des attentes, de l'absence d'amélioration et des récurrences.

Note :

- Les médecins devraient consulter un avocat de l'ACPM avant d'accepter les termes d'un contrat de soins continus ou d'une entente de réparation.

Liste de contrôle – Contrat de soins continus/Entente de réparation

À utiliser si le processus de résolution exige une entente de réparation pour la personne affichant un comportement perturbateur.

Cochez toutes les réponses pertinentes :

	Description du comportement perturbateur et des circonstances
	Description de toute évaluation ou de l'énoncé de faits convenu ou des deux
	Description des attentes en matière de comportement
	Description de toute mesure de surveillance, y compris des rapports des personnes suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Surveillants de pratique • Programme de santé des médecins de la Société médicale du Nouveau-Brunswick • Médecin superviseur, chef de division ou de service ou médecin-chef
	Description de toute restriction ou limite de pratique
	Description des conséquences du comportement perturbateur récurrent, y compris les conséquences suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Propositions pour restreindre ou limiter la pratique du médecin • Évaluation additionnelle des facteurs contributifs (personnel, système, etc.) • Notification additionnelle d'autres organisations ou organismes de réglementation

Annexe F - Rétroaction du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick (CMCNB)

Attentes par rapport à la conduite professionnelle des médecins au Nouveau-Brunswick

Les médecins détenant un permis d'exercice au Nouveau-Brunswick sont membres du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick et ils doivent suivre les principes du Collège et observer les exigences de leur champ de pratique.

Les principes du Collège en matière de champ de pratique revêtent plusieurs formes. En premier lieu, les médecins doivent respecter le Code de déontologie de l'Association médicale canadienne. Plusieurs dispositions du Code de déontologie peuvent être de mise dans ce contexte.

Responsabilités fondamentales

1. Prendre d'abord en considération le bien-être du patient.
2. Exercer la médecine de façon à traiter le patient avec égards et respect.
4. Pratiquer l'art et la science de la médecine avec compétence, avec intégrité et en possession de tous ses moyens.
6. Chercher à approfondir toujours votre savoir afin de préserver et d'améliorer vos connaissances, compétences et attitudes professionnelles.
7. Combattre toute influence ou ingérence risquant de miner votre intégrité professionnelle.
10. Promouvoir et préserver votre propre santé et votre propre mieux-être.

Responsabilités envers le patient

11. Reconnaître de dévoiler les conflits d'intérêt survenant dans l'exercice de vos activités et devoirs professionnels, et les résoudre dans le meilleur intérêt des patients.
14. Prendre toutes les mesures raisonnables pour éviter de causer un préjudice aux patients; si le patient subit un préjudice, lui révéler.
15. Reconnaître vos limites et, au besoin, recommander ou solliciter des avis et des services supplémentaires.

Amorce et interruption d'une relation patient-médecin

18. Fournir toute l'aide appropriée possible à quiconque a un besoin urgent de soins médicaux.

Respect de la vie privée et confidentialité

34. En public, éviter de discuter des patients ou de faire à leur sujet des commentaires qui pourraient raisonnablement être jugés comme révélant des renseignements confidentiels ou permettant d'identifier la personne.

Responsabilités envers la profession

46. Reconnaître que l'autoréglementation de la profession est un privilège et que chaque médecin a la responsabilité de constamment mériter ce privilège et d'appuyer ses institutions.
48. Éviter d'entacher la réputation de collègues pour des raisons personnelles, mais signaler aux autorités compétentes toute conduite non professionnelle de collègues.
52. Collaborer avec d'autres médecins et professionnels de la santé aux soins des patients et au fonctionnement et à l'amélioration des services de santé. Traiter vos collègues avec dignité et comme des personnes dignes de respect.

Responsabilités envers vous-même

53. Solliciter l'aide de collègues et de professionnels dûment qualifiés lors de problèmes personnels qui pourraient nuire aux services que vous offrez aux patients, à la société ou à la profession.
54. Protéger et améliorer votre propre santé et votre propre mieux-être. À cette fin, cerner les facteurs de stress de votre vie professionnelle et personnelle susceptibles d'être gérés, en mettant au point et en adoptant des stratégies adéquates de gestion du stress

En outre, le règlement du Collège sur les fautes professionnelles inclut un certain nombre d'activités interdites pouvant donner lieu à une plainte et à des mesures disciplinaires. Ces activités incluent :

3. le non-respect des normes de la pratique de la profession;
14. le refus de dispenser des services professionnels pour une raison qui serait considérée comme discriminatoire si l'on tenait compte de toutes les circonstances;
15. ne pas informer un patient que ses convictions morales ou religieuses l'empêchent de lui administrer un traitement qui pourrait être approprié et de ne pas le prévenir de ce qui peut s'ensuivre s'il ne reçoit pas ce traitement;
21. exercer la médecine quand sa capacité à exécuter un service professionnel est affaiblie;
22. exercer la médecine dans un domaine où il n'a pas de formation ou d'expérience récente;
23. cesser d'assurer des services professionnels essentiels à un malade avant que ce malade n'ait eu une chance raisonnable d'obtenir les services d'un autre médecin;
24. ne pas être raisonnablement disponible et zélé en ce qui concerne un patient;
30. abus verbal, physique ou sexuel à l'endroit d'un patient.

36. être en situation de conflit d'intérêts par rapport à l'exercice de sa profession;
37. une conduite ou une action ayant rapport à l'exercice de la médecine qui serait raisonnablement considérée par les membres comme scandaleuse, indigne ou contraire aux usages de la profession si l'on tenait compte de toutes les circonstances;
40. entraver directement ou indirectement la liberté d'un patient à choisir son médecin ou le droit d'un patient à consulter un médecin ou un autre professionnel;

Annexe G- Code de déontologie du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick (CMCNB)

Introduction

Le Code de déontologie du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick (CMCNB) a été élaboré pour répondre aux médecins qui demandaient des précisions et des conseils sur le comportement professionnel. Il a été rédigé en collaboration avec des médecins, d'autres fournisseurs de soins de santé, des organismes de soins de santé et de réglementation et des établissements d'enseignement postsecondaires.

Le Code de déontologie vise à :

- . Soutenir une culture qui valorise le professionnalisme, l'intégrité, l'honnêteté, la loyauté et la collégialité, et qui facilite et favorise l'efficacité des soins donnés aux patients.
- . Promouvoir un environnement de qualité et de sécurité optimales pour la santé et le bien-être des patients et des familles, des médecins, du personnel infirmier et d'autres travailleurs des soins de santé, des apprenants et des enseignants, ainsi que d'autres personnes du milieu de la santé.
- . Aider les médecins à se conformer aux principes énoncés dans le *Code de déontologie de l'Association médicale canadienne (AMC)* et dans les *normes de pratique du Réseau de santé Vitalité*.
- . Aider les médecins à montrer à leurs jeunes collègues comment se comporter en professionnels et leur enseigner un tel comportement.
- . Encourager les échanges francs et respectueux à propos de la prestation des soins de santé.
- . Montrer aux médecins et à d'autres intervenants comment faire pour aborder des comportements qui ne répondent pas à leurs attentes de la part des médecins.

Commentaires tels qu'approuvés par le Conseil du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick

Responsabilités fondamentales

1. Prendre d'abord en considération le bien-être du patient.

Le médecin doit prendre en considération le bien-être des autres patients, de la société et des collègues, ainsi que son propre bien-être, mais il doit avant tout se préoccuper de celui du patient en sa présence.

2. Exercer la médecine de façon à traiter le patient avec égards et respect.

Le respect pour la personne est un principe fondamental de la déontologie médicale; il exclut non seulement l'exploitation et la discrimination, mais aussi le manque de courtoisie et l'insensibilité.

3. Voir à ce que le patient reçoive les soins nécessaires, y compris le confort et l'appui spirituel et psychosocial, même lorsqu'il est incurable.

Le médecin doit chercher à s'assurer que l'on répond à tous les besoins du patient.

4. Prendre en considération le bien-être de la société quand il s'agit de questions de santé publique.
5. Pratiquer l'art et la science de la médecine avec compétence, avec intégrité et en possession de tous ses moyens.
6. Chercher à approfondir toujours votre savoir afin de préserver et d'améliorer vos connaissances, compétences et attitudes professionnelles.

La formation continue est indispensable pour garder ses compétences. Les attitudes sont au centre des rapports patient-médecin, comme l'indique l'article 2.

7. Combattre toute influence ou ingérence risquant de miner votre intégrité professionnelle.
8. Contribuer à l'avancement de la profession médicale, par la pratique clinique, la recherche, l'enseignement, l'administration ou la défense des intérêts de la profession ou du public.
9. Refuser de participer à des pratiques enfreignant les droits humains fondamentaux, ou d'appuyer de telles pratiques.
10. Promouvoir et préserver votre propre santé et votre propre mieux-être.

Responsabilités envers le patient

Responsabilités générales

11. Reconnaître de dévoiler les conflits d'intérêt survenant dans l'exercice de vos activités et devoirs professionnels, et les résoudre dans le meilleur intérêt des patients.
12. Prévenir votre patient lorsque vos valeurs personnelles auraient un effet sur la recommandation ou la prestation de toute intervention médicale que le patient souhaite ou dont il a besoin.

Si le refus ou le report du traitement risque de causer du tort au patient, le médecin a l'obligation d'envoyer sans délai le patient à un autre médecin. De toute façon, le médecin ne peut l'empêcher de consulter un autre médecin.

13. S'abstenir d'exploiter les patients à des fins personnelles.
14. Prendre toutes les mesures raisonnables pour éviter de causer un préjudice aux patients; si le patient subit un préjudice, lui révéler.

15. Reconnaître vos limites et, au besoin, recommander ou solliciter des avis et des services supplémentaires.

Les autres peuvent comprendre des personnes qui ne sont pas médecins de même que des collègues médecins.

16. Dans l'établissement des honoraires professionnels exigés des patients pour des services non assurés, tenir compte à la fois de la nature du service fourni et de la capacité de payer du patient, et être disposé à discuter des honoraires avec le patient.

Amorce et interruption d'une relation patient-médecin

17. Dans la prestation des services médicaux, n'exercer de discrimination envers aucun patient en raison, notamment, de son âge, son sexe, son état civil, son état de santé, son origine nationale ou ethnique, son incapacité physique ou mentale, son affiliation politique, sa race, sa religion, son orientation sexuelle ou sa situation socioéconomique. Cette disposition ne prive pas le médecin du droit de refuser un patient pour des raisons légitimes.

La discrimination n'est pas limitée aux catégories énumérées. Il serait également répréhensible de refuser de soigner d'autres classes de patients comme les patients actuels ou anciens d'un médecin ou de médecins en particulier ou une classe fondée sur un autre facteur tel que le lieu de résidence. De même, le droit de refuser un patient peut être limité selon la disponibilité des autres médecins.

18. Fournir toute l'aide appropriée possible à quiconque a un besoin urgent de soins médicaux.
19. Après avoir assumé la responsabilité professionnelle d'un patient, continuer de fournir des services jusqu'à ce qu'ils ne soient plus nécessaires ou souhaités, jusqu'à ce qu'un autre médecin approprié ait pris le patient en charge, ou après avoir avisé ce dernier de votre intention de mettre fin à la relation, dans un délai raisonnable.

Un médecin ne peut cesser de mauvaise grâce de soigner un patient comme il est indiqué ailleurs dans le Code.

"Délai suffisant" dépend des circonstances, particulièrement quand un médecin n'est pas facilement disponible.

20. Limiter les traitements administrés aux membres de votre famille immédiate ou à vous-même aux services mineurs ou d'urgence, et uniquement lorsqu'un autre médecin n'est pas facilement disponible; ces traitements devraient être gratuits.

Quand le patient est un proche parent, il peut y avoir un conflit de rôles entre celui de médecin et celui de proche parent. La définition de "proche parent" dépend des circonstances. En plus du conjoint, elle comprend généralement les parents, les frères, les sœurs et les enfants, mais peut également comprendre d'autres personnes selon la possibilité de conflit.

Communication, prise de décision et consentement

21. Fournir à vos patients l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions éclairées au sujet de leurs soins de santé et répondre à leurs questions au meilleur de vos compétences.

Pour que le patient puisse donner son consentement en connaissance de cause, le médecin a l'obligation de lui fournir tous les renseignements qui, du point de vue du patient, auront une incidence sur sa décision quant aux soins médicaux.

22. Faire tous les efforts raisonnables pour communiquer avec vos patients de façon à ce que l'information échangée soit comprise.

Le consentement en connaissance de cause exige une bonne communication.

23. Ne recommander que les services de diagnostic et de traitement que vous jugez bénéfiques pour votre patient ou d'autres personnes. Si un service est recommandé pour le bénéfice d'autres personnes, lorsqu'il est question de santé publique par exemple, il faut en informer le patient et obtenir préalablement son consentement éclairé explicite, à moins que la loi ne l'exige autrement.

Les médecins doivent promouvoir la santé publique et protéger la société, même si les interventions en question ne sont pas destinées à profiter directement au patient (ex. : certaines vaccinations ou démarches diagnostiques comme le typage sérologique de certaines infections virales à des fins de contrôle de la santé publique). De telles interventions exigent toujours le consentement en connaissance de cause du patient, à moins qu'elles ne soient exigées par la loi.

24. Respecter le droit d'un patient apte d'accepter ou de refuser tout soin médical recommandé.

25. Reconnaître la nécessité d'établir un équilibre entre l'aptitude grandissante des personnes mineures et le rôle des membres de leur famille dans la prise de décisions médicales. Respecter l'autonomie des personnes mineures qui sont autorisées à donner leur consentement au traitement.

Les médecins ne devraient pas oublier les dispositions de la Loi sur le consentement des mineurs aux traitements médicaux. Un patient âgé de seize ans ou plus a les mêmes droits qu'un adulte pour tous les aspects des soins médicaux, y compris le consentement à un traitement, le refus de traitement et la confidentialité. Un enfant de moins de seize ans a les mêmes droits si un médecin le croit capable de consentir au traitement et que le traitement est dans son intérêt.

26. Accéder à la demande raisonnable de votre patient qui veut obtenir un deuxième avis de la part d'un médecin de son choix.

27. Déterminer, dans la mesure du possible, et reconnaître les désirs de votre patient au sujet de la mise en œuvre, du maintien ou de l'interruption des traitements essentiels au maintien de la vie.

Une bonne communication patient-médecin est particulièrement importante en ce qui concerne les traitements qui entretiennent la vie comme la RCR, auxquels certains patients peuvent vouloir renoncer dans certaines circonstances.

28. Respecter les intentions qu'un patient inapte a exprimées avant de devenir inapte (p. ex., en donnant des directives préalables valides ou en désignant un mandataire).

"Respecter" ne veut pas nécessairement dire "exécuter à la lettre", mais le médecin ne devrait pas oublier l'incidence d'un refus d'une forme quelconque de traitement, qui a été exprimé à l'avance. Dans la mesure du possible, le médecin devrait vérifier le statut légal d'un consentement donné par une autre personne que le patient.

29. Lorsqu'on ne connaît pas les intentions d'un patient inapte et en l'absence de tout mécanisme officiel de prise de décision face au traitement, pratiquer les interventions jugées conformes aux valeurs du patient ou, si on ne connaît pas ses valeurs, à son meilleur intérêt.

Les valeurs personnelles du patient ont la priorité sur ce que le médecin estime être l'intérêt du patient.

30. Faire preuve de prévenance envers les membres de la famille du patient et envers ses proches et collaborer avec eux dans l'intérêt du patient.

Respect de la vie privée et confidentialité

31. Protéger les renseignements personnels sur la santé de vos patients.
32. Fournir aux patients des renseignements raisonnables, compte tenu des circonstances, sur les raisons de la collecte, de l'utilisation et de la divulgation des renseignements personnels sur leur santé.
33. Connaître les droits de vos patients en ce qui a trait à la collecte, à l'utilisation, à la divulgation et à l'accessibilité des renseignements personnels sur leur santé; veiller à ce que ces renseignements soient correctement enregistrés.
34. En public, éviter de discuter des patients ou de faire à leur sujet des commentaires qui pourraient raisonnablement être jugés comme révélant des renseignements confidentiels ou permettant d'identifier la personne.
35. Divulguer à des tiers les renseignements personnels sur la santé de vos patients uniquement avec le consentement de ces derniers, ou lorsque la loi l'exige, par exemple lorsque le maintien de la confidentialité risquerait de causer un préjudice grave à des tiers ou, dans le cas de patients inaptes, aux patients eux-mêmes. Il faut alors prendre toutes les mesures raisonnables pour prévenir le patient de la dérogation aux exigences habituelles de confidentialité.
36. Dans tout acte posé pour le compte d'un tiers, prendre des dispositions raisonnables pour s'assurer que le patient comprend la nature et l'étendue de votre responsabilité à l'égard du tiers.

Cette responsabilité comprend le droit d'un tiers à un compte rendu de l'examen. Le patient a également droit à ces renseignements.

37. Sur demande du patient, fournir au patient ou à un tiers une copie de son dossier médical, à moins qu'il y ait une raison probante de croire que l'information contenue dans le dossier causera un préjudice grave au patient ou à quelqu'un d'autre.

Le patient a un droit moral de même qu'un droit reconnu par la loi à ces renseignements et le médecin a une responsabilité à la fois morale et légale de les fournir. "Dossier médical" désigne également les rapports rédigés à la demande d'un tiers, nonobstant toute objection de la part du tiers à la divulgation des renseignements au patient. Le médecin a également l'obligation de fournir les renseignements, sous forme de rapport ou de formulaire, si le patient en a besoin pour obtenir une indemnité. Ces obligations peuvent durer après que les rapports patient-médecin ont pris fin.

Recherche

38. Veiller à ce que toute recherche à laquelle vous participez soit évaluée sur les plans éthique et scientifique et approuvée par un conseil d'éthique en recherche répondant aux normes actuelles de pratique.

Cela s'adresse aux médecins communautaires qui envisagent de participer à des études de marché de médicaments, aussi bien qu'aux principaux chercheurs qui participent à des projets de base de recherche clinique.

39. Informer un participant éventuel ou son mandataire de l'objet de l'étude, de la source du financement, de la nature et de la probabilité relative de préjudices et d'avantages, et de la nature de votre participation y compris de toute rémunération.
40. Avant de procéder à l'étude, obtenir le consentement éclairé du participant ou de son mandataire et informer les participants éventuels qu'ils ont le droit de refuser de participer à l'étude ou de s'en retirer en tout temps sans nuire aux soins qu'ils reçoivent.

Responsabilités envers la société

41. Reconnaître que la communauté, la société et l'environnement sont des facteurs importants dans la santé de l'individu.

Parce qu'il y a une influence du milieu sur la santé du patient, le médecin doit s'efforcer d'améliorer les facteurs sociaux et environnementaux qui influent sur la santé.

42. Reconnaître la responsabilité de la profession envers la société à l'égard des questions qui ont trait à la santé publique, à l'éducation sur la santé, à la protection de l'environnement, à la législation touchant la santé ou le mieux-être de la communauté et à l'obligation de témoigner au cours de procédures judiciaires.

43. Reconnaître que les médecins doivent favoriser l'accès équitable aux ressources consacrées aux soins de santé.
44. Utiliser judicieusement les ressources consacrées aux soins de santé.
45. Assumer la responsabilité de présenter les positions générales de la profession dans l'interprétation de connaissances scientifiques pour la population; lorsqu'un avis contraire à l'opinion générale de la profession est présenté, il faut le spécifier.

Il faut protéger le public contre les opinions irréfléchies en médecine.

Responsabilités envers la profession

46. Reconnaître que l'autoréglementation de la profession est un privilège et que chaque médecin a la responsabilité de constamment mériter ce privilège et d'appuyer ses institutions.
47. Être disposé à enseigner aux étudiants en médecine, aux résidents, aux autres collègues et aux autres professionnels de la santé, et à apprendre d'eux.

Il s'agit d'une responsabilité générale de la profession. L'importance de cet enseignement dépend de la disponibilité du médecin et de son aptitude à la tâche. Tous les médecins devraient être disposés à enseigner à titre non-officiel, par exemple, d'autres professionnels de la santé qui s'occupent de leurs patients, mais on ne s'attend pas à ce que tous les médecins participent à des programmes spécifiques d'enseignement.

48. Éviter d'entacher la réputation de collègues pour des raisons personnelles, mais signaler aux autorités compétentes toute conduite non professionnelle de collègues.
49. Être disposé à participer à des examens critiques par des pairs et à s'y soumettre soi-même. Établir des liens, des contrats et des ententes uniquement lorsqu'il est possible de maintenir votre intégrité professionnelle et de protéger les intérêts de vos patients.

L'évaluation collégiale est un élément essentiel de l'autoréglementation ainsi qu'une occasion d'apprentissage pour l'inspecteur et celui qui fait l'objet de l'évaluation.

50. Éviter de promouvoir, comme membre de la profession médicale, tout service (autre que le vôtre) ou produit dans le but d'en retirer des gains personnels.
51. Ne pas cacher à des collègues les agents et procédures diagnostiques ou thérapeutiques que vous utilisez.
52. Collaborer avec d'autres médecins et professionnels de la santé aux soins des patients et au fonctionnement et à l'amélioration des services de santé. Traiter vos collègues avec dignité et comme des personnes dignes de respect.

Responsabilités envers vous-même

53. Solliciter l'aide de collègues et de professionnels dûment qualifiés lors de problèmes personnels qui pourraient nuire aux services que vous offrez aux patients, à la société ou à la profession.

On rappelle aux médecins qu'ils peuvent avoir besoin d'aide pour régler leurs problèmes personnels s'ils veulent bien servir leurs patients.

54. Protéger et améliorer votre propre santé et votre propre mieux-être. À cette fin, cerner les facteurs de stress de votre vie professionnelle et personnelle susceptibles d'être gérés, en mettant au point et en adoptant des stratégies adéquates de gestion du stress.

Annexe H - Droits et obligations de l'auteur du signalement

Droits :

- Être entendu et compris ;
- Obtenir le soutien d'un ami, d'un parent ou d'un collègue ;
- Obtenir de l'aide pour rédiger le signalement ;
- Pouvoir faire un signalement sans crainte de représailles à son endroit ;
- S'attendre au respect de la confidentialité et de sa vie privée (et le recevoir), lequel respect doit s'équilibrer avec les principes du droit naturel de la personne affichant un comportement perturbateur ;
- Être tenu au courant de l'avancement de l'enquête et de la résolution ;
- Pouvoir rencontrer en personne et en toute sécurité le médecin à qui on allègue avoir affiché un comportement perturbateur.

Obligations :

- Faire un signalement juste et complet en évitant de colporter des racontars sur le médecin à qui on allègue avoir affiché un comportement perturbateur ;
- Examiner judicieusement toutes les excuses et les promesses de changement ;
- Ne pas faire de signalement à la légère ou à des fins vexatoires ;
- Être disposé à réfléchir à son propre comportement qui a peut-être pu provoquer ou favoriser le comportement perturbateur signalé.

Annexe I - Droits et obligations du médecin à qui on allègue avoir affiché un comportement perturbateur

Droits :

- Être informé du signalement qui a été fait à son encontre, de la nature du signalement et du contenu des allégations ;
- Avoir le soutien d'un ami, d'un parent ou d'un collègue ;
- Embaucher un avocat pour veiller à ce que tous les règlements et autres mesures législatives applicables soient suivis ;
- Pouvoir rencontrer l'auteur du signalement en personne et en toute sécurité ;
- Répondre aux allégations ;
- Être entendu et compris ;
- Faire l'objet d'une enquête juste et objective ;
- S'attendre au respect de la confidentialité et de sa vie privée (et le recevoir), lequel respect doit s'équilibrer avec les principes du droit naturel de l'auteur du signalement ;
- Être tenu au courant de l'avancement de l'enquête et de la résolution ;
- Interjeter appel en cas de décision défavorable ;
- S'attendre à ce que des efforts soient déployés pour atténuer ou supprimer les facteurs de stress dans le système.

Obligations :

- Présenter une réponse juste et complète ;
- Comprendre l'importance du point de vue des autres et accepter la responsabilité de ses actes ;
- Coopérer à l'enquête, aux examens et aux évaluations ;
- Accepter d'être dirigé en thérapie au besoin ;
- Changer son comportement s'il est établi qu'il est perturbateur.

Bibliographie

1. Alberta Health Services, Draft Medical Staff Bylaws, S.3.2.4. January 27, 2009.
2. Barn Steiner, J.H., Madigan, C., & Spray, T.L. (2001) Instituting a disruptive conduct policy for medical staff. *AACN Clinical Issues*, 12(3) : pp. 378-382.
3. Breault, L. (2008). Personal communication.
4. Calgary Health Region (CHR). (2002) Code of conduct. Revised May 2007.
5. Association médicale canadienne (AMC). (2004) Code de déontologie, article 54.
6. Capital Health Authority (CHA), Edmonton, Alberta. (1997) Corporate administrative directive : Workplace respect-All parties. Revised February 20, 2001.
7.
 - a) Chochinov, H.M. (2007) Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMJ*, 335 : pp. 184-187 (28 July).
 - b) Rapid responses from readers.
8. Cohen, J.S. and Patten, S. (2005) Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Medical Education*, 5: 21. Consulté le 25 septembre 2008 : <http://www.biomedcentral.com/11472-6920/5/21>.
9. Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba (CMCM). Code de déontologie. Sans date.
10. Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO)
 - a) Gerace, R. (2006) Disruptive physician behaviour initiative: Healthcare institutions working group report. (Du rapport provisoire du Comité directeur de l'OMCO. R. Gerace, registraire et président).
 - b) The CPSO and OHA. Guidebook for Managing Disruptive Physician Behaviour. April, 2008.
 - c) Tanchak, S. (2007) Defusing disruptive physician behaviour. *Dialogue*, pp. 11-15.
 - d) The CPSO. Policy Matters (2008) Patients caught in the crossfire when doctors behave badly. *Dialogue*, pp. 26-28.
 - e) The CPSO Policy Statement #4-07 (2007) Physician Behaviour in the Professional Environment.
11. David Thompson Health Region Medical Staff, Red Deer, Alberta. (2007) Code of conduct (version provisoire fondée sur un document de l'Hôpital d'Ottawa).
12. Diversity and Human Rights Office, Mount Sinai Hospital, Toronto, Ontario. (2006) Code of Conduct.

13. Federation of State Medical Boards (FSMB). (2000) Report of the special committee on professional conduct and ethics.
14. Graham, P., & Stacy, S.C. Disruptive behavior. Acumen Assessments Inc. Sans date.
15. Huntoon, L.R. (Ed.). (2004) Abuse of the "Disruptive Physician" clause. *Journal of American Physicians and Surgeons*, 9(3) : p. 68.
16. The Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO).
 - a) Accreditation Standard LD.3.15 : Proposed Standard for Disruptive Behavior. (2007)
 - b) Behaviors that undermine a culture of safety. Consulté le 15 juillet 2008 : http://www.jointcomission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_40.htm
17. Kaufmann, M. Presentation to U. of A. Department of Surgery. Edmonton, Alberta. March 7, 2008. (Non publié)
18. Krizek, T. H. Ethics and philosophy lecture: surgery.....is it an impairing profession? *Journal of the American College of Surgeons*, 194(3) : pp. 352-266.
19.
 - a) Law Society of Alberta. (1998) Model harassment policy. Consulté le 28 mai 2007 : www.lawsocietyalberta.com/resources/modelEquityPolicies/equityPolicies2/Harassmentpolicy.cfm.
 - b) Law Society of Alberta. (2007) Working Relationships Policy.
20. Leape, L.L. & Fromson, J.A. (2006) Problem doctors : Is there a system-level solution? *Annals of Internal Medicine*, 144 : pp. 107-115.
21.
 - a) Magnussen, H.J. Disruptive physicians and physician conflict: Charting a new course. Présentation à la conférence internationale de l'AMA/AMC sur la santé des médecins, Vancouver, C.-B., octobre 2002.
 - b) Mise à jour de mars 2004.
22. National Board of Medical Examiners (NBME).
 - a) Assessment of professional behaviors: List of behaviors. 2007.
 - b) Assessment of professional behaviors: Categorized list of behaviors. 2006.
 - c) The behaviors of professionalism. 2003-2004. Consulté le 25 octobre 2007, à 11 h 10 : <http://professionalbehaviors.nbme.org>

23. a) Neff, K.E. (2000) Understanding and managing physicians with disruptive behavior. In S.B. Management. Tampa, FL; American College of Physician Executives; pp. 45-72.
b) Neff, K.E. Presentation to the Alberta Psychiatric Association. Banff, Alberta. March 2007. (Non publié).
24. Office of Equity and Faculty Development, Faculty of Medicine and Dentistry, University of Alberta. Code of Conduct. Sans date.
25. Papadakis, M.A., Teherani A., Banach, M.A., Knettler, T.R., Rattney, S.L., Stern, D.T., Veloski, J.J., Hodgson, C.S. (2005) Disciplinary action by medical boards and prior behavior in medical school. NEJM, 353 : pp. 2673-2682.
26. Physician and Family Support Program (Alberta Medical Association). Draft algorithm for managing disruptive behaviour. 2008.
27. The "P.U.L.S.E. Program". Consulté le 20 novembre 2008 : <http://www.pdpflorida.com>.
28. RSA 2008, C-11. Alberta Evidence Amendment Act, S26.1. Gouvernement de l'Alberta. Le 4 novembre 2008.
29. Sotile, W.M. Helping physicians with disruptive behavior. Notes de présentation pour un atelier de l'OMCO, le 3 novembre 2003.
30. Université de Calgary
 - a) Faculty of Medicine. (2008). Professional Standards for faculty members and learners in the Faculty of Medicine at the University of Calgary.
 - b) Medical School Student Code of Conduct. (2004). Réaffirmé par les classes de 2006, 2007, 2008 et 2009.
 - c) Lettre du D^r J. Cohen, sans date.
 - d) Guidelines for administrators when acting on concerns about conduct. Consulté le 19 septembre 2007 :
http://www.ucalgary.ca/hr/about_hr/policies_procedures/guidelines_for_administrators_when_acting_on_concerns_about_conduct

Autre matériel de référence

1. Ali, A. (2007). Tame the jerk doctor on your team. *National Review of Medicine*. p.19.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Dealing with a physician's disruptive behavior. *ACOG Today*. May/June 2007. p. 9.
3. American Medical Association. Physicians and disruptive behavior. Policies. July 2004.
4. Bennett, I. Alberta Medical Association. Physician and Family Support Program. Rapport de projet, version provisoire n° 2. Sans date.
5. Benzer, D.G. & Miller, M.M. (1995). The disruptive-abusive physician: a new look at an old problem. *Wisconsin Med J*; 94(8) : pp. 455-460.
6. Bernstein, M., & Fundner, R. (2002/03). House of healing, house of disrespect: A Kantian perspective on disrespectful behavior among hospital workers. *Hosp. Quarterly*. pp. 62-66.
7. College of Physicians and Surgeons of Alberta. Health Professions Act Standards of Practice. Document provisoire, August 5, 2008.
8. Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. Note d'information du comité exécutif. Avril 2003. Policy initiative on "Disruptive Doctors" – mise à jour.
9. Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario - Notes de présentation pour un atelier de l'OMCO, 3 novembre 2003
 - a) Gerace, R. (2003). Physicians with disruptive behavior: Concepts, issues and responses.
 - b) Ginsburg, S. Evaluating professionalism in education: Taking context, conflict and resolution into account.
 - c) Cunningham, G. The disruptive physician.
10. Commonwealth of Massachusetts Board of Registration in Medicine. Disruptive physician behavior. Policy 01-001 (Adopted June 13, 2001).
11. Dodd, D.T. IV Disruptive behavior – problem physicians : a national perspective. Report to the Georgia Composite State Board of Examiners; pp. 17-19.
12. Dorin, AF. Disruptive doctors: can doctors deal with their own? Sans date.
13. Fooks, C., & Maslove, L. (2003). Dealing with disruptive physician behavior: concepts, issues and responses. The Health Network, CPRN Inc. Background Report for CPSO.
14. Horowitz, R., Schouten, R., Porter, J.E., & Gendel, M.H. (2007). Managing disruptive behavior: differential diagnosis, organizational issues, and barriers to change. A joint session (of FSMB) with the FSPHP 2007. pp. 47-66.

15. Immen, W. (2007). Are office jerks (to put it politely) a health hazard? Review of book by Robert Sutton. "The no asshole rule, building a civilized workplace and surviving one that isn't". The Globe & Mail, section Careers, C 1-2. 4 mai 2007.
16. Irons, R. The behaviorally disruptive physician. Non publié. Consulté le 13 mars 2008 : [www.prckansas.org/articles/Behaviourally Disruptive Physician.htm](http://www.prckansas.org/articles/Behaviourally_Disruptive_Physician.htm).
17. Kirkland, K., & Skipper, G.E. (2002). Anger management for Alabama physicians. J Med Lic & Disc : 88(1) : pp. 19-24.
18. Linney, B.J. (1997). Confronting the disruptive physician. Phys. Exec.; 23(7) (EBSCO Host).
19. Magnussen, H. J. (2006). A Doctor's Calling: A matter of conscience. Wembley Publishing.
20. Pfifferling, J-H. (1997). Managing the unmanageable: The disruptive physician. Fam. Pract. Mgmt. pp. 76-92.
21. Pfifferling, J-H. (1999). The disruptive -physician. Phys. Exec. 25(2).
22. Puddester, D. (2008). Honoring the dead. CMAJ. 179(1) : pp. 57-58
www.cmaj.ca/cqj/reprint/179/1/57?eaf
23. Regional Health Authorities of Alberta. Draft RHA policy position on disruptive physician behaviour. Sans date.
24. Rosenstein, A.H. (2002). Nurse-physician relationships: Impact on nurse satisfaction and retention. AJN; 102(6) : pp. 26-34.
25. Rosenstein, A.H., Russell H., & Lauve, R. (2002). Disruptive physician behavior contributes to nursing shortage. Phys. Exec. pp. 7-11.
26. Tobias, A. The disruptive physician. Consulté le 5 février 2007 : [www.Medicalaw.net/disruptive physician.htm](http://www.Medicalaw.net/disruptive_physician.htm).
27. Anonyme. Disruptive behaviour. Non publié. Consulté le 13 mars 2008 : [www.prckansas.org/articles/Behaviourally Disruptive Physician.htm](http://www.prckansas.org/articles/Behaviourally_Disruptive_Physician.htm).
28. White Williams, B., Williams, M.V. (2008). The Disruptive Physician: A Conceptual Organization. J. of Med.: Licensure and Discipline : 94 (3) : pp. 12-20.
29. Williams, M.V., White Williams, B., and Speider, M. (2004). A systems approach to disruptive behaviour in physicians: A case study. J. of Med. Licensure and Discipline; 90(4) : pp.18-24.

30. Williams, M.V., & White Williams, B. (2004). The disruptive physician: a social network analysis of team disruption. Présentation à la Conférence internationale sur la santé des médecins de 2004, Oak Brook, IL.
31. Williams, M.V., White Williams, B., & Speicher, M. (2004). Addressing the disruptive physician: a systems approach. Présentation à la Conférence internationale sur la santé des médecins de 2004, Oak Brook, IL.
32. Wright, J. (2006). College of Physicians and Surgeons of Alberta. Disruptive behavior in healthcare workers. Présentation au groupe de travail sur les médecins et les travailleurs de la santé affichant un comportement perturbateur. 13 octobre.
33. Youssi, M.D. (2002). JCAHO standards help address disruptive physician behavior. *Phys. Exec.* 6 : pp. 12-13.
34. Code de déontologie du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick (CMCNB) (Approuvé par le Conseil du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick (CMCNB)).
35. Programme de santé des médecins (PSM) de la Société médicale du Nouveau-Brunswick.
36. Règlements administratifs du Conseil de la Régie régionale de la santé.



Manuel : Général du Réseau de santé Vitalité

Titre :	MANDAT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE		N° : GEN.1.40.85
Section :	1. Gestion générale	Date d'entrée en vigueur :	2016-
Émise par :	V.-p. – Performance, Qualité et Services généraux	Date de révision précédente :	2010-01-01
Approuvée par : (Signée par)	PDG	Date de la signature :	2016-
Établissement / programme :	<input checked="" type="checkbox"/> Vitalité Zone : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6		

POLITIQUE

- ~~1. Les membres du Comité d'éthique de la recherche assurent une évaluation éthique compétente de l'acceptabilité éthique des projets de recherche ayant recours à des êtres humains ; l'évaluation éthique constitue la dernière étape du processus de soumission de projets de recherche.~~
- ~~2. Les membres du CÉR ont les qualifications, l'expertise et la formation nécessaires pour procéder à l'évaluation des questions éthiques soulevées par les projets de recherche menés au sein de la Régie régionale de la santé A (RRS A).~~
- ~~3. Le Comité d'éthique de la recherche (CER) dispose aussi d'une indépendance pour mener l'évaluation éthique à l'abri de toute influence indue, mais il doit rendre compte au Conseil d'administration de la RRS A de l'intégrité de ses méthodes, y compris de ses processus de prise de décisions.~~

Évaluer l'acceptabilité éthique des projets de recherche ayant recours à des êtres humains et des recherches portant sur le matériel biologique humain avant d'en autoriser la mise en œuvre ou la poursuite, selon les normes reconnues sur le plan national et international.

DÉFINITIONS

Président – Le président veille à ce que le fonctionnement du Comité d'éthique de la recherche (CÉR) soit conforme aux politiques et procédures du Réseau de santé Vitalité et aux normes jugées pertinentes en ce qui a trait au processus d'évaluation de l'éthique de la recherche. Le président s'assure de la cohérence des décisions du CÉR et veille à ce que celles-ci soient consignées adéquatement et communiquées aux chercheurs par écrit ou par voie électronique.

Vice-président – Le vice-président assume le rôle du président en son absence.

Membre expert en recherche quantitative – Personne possédant une expertise pertinente pour comprendre les répercussions méthodologiques de la recherche quantitative proposée ou en cours.

Membre expert en recherche qualitative – Personne possédant une expertise pertinente pour comprendre les répercussions méthodologiques de la recherche qualitative proposée ou en cours.

Membre expert en éthique – Personne possédant une formation officielle en éthique et une expérience en éthique de la recherche.

Membre expert dans les méthodes et les domaines de recherche – Personne possédant une expertise pertinente en ce qui concerne les méthodes, les domaines et les disciplines de recherche relevant de l'autorité du CÉR.

Membre versé en droit – Personne qui traite des questions de droit et leurs répercussions (autre que le conseiller juridique et le gestionnaire de risques du Réseau de santé Vitalité); elle ne donne pas d'avis juridique formel et n'agit pas en tant que conseiller juridique auprès du CÉR.

Membre clinique (médecine) – Personne possédant un permis d'exercer la médecine auprès du Collège des médecins et chirurgiens du N.-B., ayant de l'expérience et des compétences dans une discipline médicale et ayant un statut actif.

Membre clinique (Soins infirmiers) – Personne immatriculée auprès de l'Association des infirmières et des infirmiers du N.-B et ayant un statut actif.

Membre de la collectivité – Personne dont le rôle principal est de refléter la perspective du participant à la recherche. Le membre de la collectivité ne doit pas être un employé, un médecin ayant des privilèges ou un membre du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité.

Membres remplaçants – Un remplaçant pour chaque membre pour faire en sorte que le CÉR puisse continuer de fonctionner lorsque des membres réguliers sont dans l'impossibilité d'assister en raison de maladie ou de toute autre circonstance imprévue. Le recours à des membres remplaçants ne modifie pas la structure de l'ensemble des membres du Comité d'éthique de la recherche. Les membres remplaçants ont les connaissances, l'expertise et la formation nécessaires pour contribuer au processus d'évaluation de l'éthique.

Renseignements personnels identifiables – Renseignements qui permettent d'identifier une personne physique ou à l'égard desquels il est raisonnable de prévoir, dans les circonstances, qu'ils peuvent servir, seuls ou avec d'autres, à en identifier une.

Recherche – Une démarche visant le développement des connaissances au moyen d'une étude structurée ou d'une investigation systématique.

RESPONSABILITÉS

Le Comité d'éthique de la recherche a la responsabilité d'assurer la protection des participants de recherche qui servent de sujets humains, de sauvegarder leurs droits, d'assurer leur sécurité, leur bien-être et leur dignité.

Le CÉR examine chaque projet de recherche qui comporte l'une des caractéristiques suivantes par rapport à un ou plusieurs établissements du Réseau de santé Vitalité :

- le projet sera totalement ou en partie réalisé dans un ou plusieurs établissements;
- des sujets seront recrutés parmi les patients, le personnel ou à partir des dossiers conservés;
- des sujets recrutés dans le cadre d'un projet de recherche externe deviendront les patients du Réseau de santé Vitalité en raison de l'utilisation des ressources de l'un ou de plusieurs établissements;
- le projet utilisera des restes humains, des cadavres, des tissus, des fluides biologiques, des embryons ou des fœtus qui se retrouvent dans l'un des établissements;
- les chercheurs affirment une participation d'un ou de plusieurs établissements;
- les chercheurs affirment leur affiliation à un ou à plusieurs établissements;
- le projet utilisera des ressources humaines, matérielles ou financières d'un ou de plusieurs établissements.

Le CÉR doit être indépendant pour mener l'évaluation éthique à l'abri de toute influence indue. Il soumet un rapport semi-annuel (novembre et juin) au Conseil d'administration (CA) du Réseau de santé Vitalité dans lequel il résume ses activités et explique ses méthodes d'analyse et son processus de prise de décisions.

Le CÉR est guidé par les principes de *l'Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains 2014 (EPTC 2 – 2014)* (qui établit la norme pour les CÉR au Canada) et par toute autre norme provinciale, nationale ou internationale jugée pertinente.

NOMINATION

Le Conseil d'administration (CA) approuve la nomination des membres ainsi que des membres remplaçants du CÉR, au moyen d'un processus de sélection équitable et impartial. Le processus de sélection des membres tient compte des qualifications, de l'expertise, de la formation nécessaire et de la représentation de chacune des zones du Réseau de santé Vitalité.

Le président et le vice-président sont choisis à la suite d'un vote par les membres du CÉR.

COMPOSITION

Le CÉR sera est composé de personnes ayant à la fois la formation et l'expertise nécessaires pour juger de façon adéquate l'aspect éthique des projets de recherche soumis, tel que décrit dans la section « Définitions ».

Le CÉR est composé d'au moins 10 membres, parmi lesquels :

- un président ;
- un vice-président;
- un membre expert en recherche quantitative*;
- un membre expert en recherche qualitative*;
- un membre expert en éthique*;
- deux membres experts dans les méthodes et les domaines de recherche menée au sein du Réseau de santé Vitalité dont au moins un pharmacien*;
- un membre versé en droit;
- deux membres cliniques (médecine);
- un membre clinique (Soins infirmiers);
- un membre clinique (Services professionnels);
- un membre de la collectivité.

MANDAT DES MEMBRES

Les membres sont nommés pour un mandat initial de trois ans qui est ensuite renouvelable annuellement. Lors du renouvellement des mandats, le CA doit s'assurer de la continuité du processus de l'évaluation de l'acceptabilité éthique des projets de recherche.

Les candidatures sont soumises au Bureau de l'éthique à l'aide du formulaire fourni à l'annexe GEN.1.40.85(1) « Candidature au Comité d'éthique à la recherche ».

Les membres du Comité d'éthique de la recherche sont tenus d'assister régulièrement aux réunions prévues. Trois absences consécutives non motivées seront interprétées comme un avis de démission.

QUORUM

Le quorum est fixé à 50 % plus 1 des membres nommés. Par contre, pour être valide, les 5 membres identifiés par un astérisque (*) dans la section **Composition** doivent être présents.

À noter : seulement un membre sur deux possédant une expertise dans les méthodes et les domaines de recherche menée au Réseau de santé Vitalité doit être présent.

Afin d'éviter que les activités du CÉR ne soient paralysées en cas d'absence d'un ou de plusieurs membres, des membres remplaçants seront priés d'assister aux réunions. En cas d'absence de dernière minute d'un ou de plusieurs membres, un membre du CÉR, en plus de jouer son rôle, peut remplir un rôle additionnel (p. ex., advenant

l'absence de la personne venant de la collectivité, la personne ayant une formation juridique peut également remplir ce rôle).

CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

RÉUNIONS

- Le Comité d'éthique de la recherche tient régulièrement des réunions pour s'acquitter de ses responsabilités.
- Un horaire des dates de réunion et de présentation est disponible.
- Le CÉR peut tenir des séances de réflexion et des ateliers éducatifs pour accroître la formation en éthique de la recherche, discuter de toute question générale découlant des activités du CÉR ou réviser des politiques pertinentes.
- Le CÉR prépare et tient des dossiers détaillés, dont des procès-verbaux précis rendant compte des décisions de l'évaluation de l'acceptabilité éthique de la recherche, des membres présents aux réunions, ainsi que toute la documentation relative aux projets de recherche présentés au CÉR pour évaluation.

PRISES DE DÉCISIONS

Le CÉR a le pouvoir d'approuver, de rejeter, de proposer des modifications ou de mettre fin à toute recherche proposée ou en cours. La décision rendue peut être l'une des suivantes :

1. une approbation finale ;
2. une approbation avec modifications avant son approbation finale ;
3. un refus ;
4. un ordre de cesser une recherche ayant reçu une approbation finale préalable.

Le CÉR fonctionne de façon impartiale, fournit une évaluation équitable aux personnes en cause et donne des opinions et des décisions motivées et adéquatement documentées.

La décision quant à l'approbation de la recherche est précédée d'une discussion en profondeur au sujet de l'acceptabilité éthique et des moyens possibles d'améliorer certains aspects de la recherche. Ceux-ci peuvent comprendre la méthodologie de la recherche ou les renseignements fournis dans le processus d'obtention du consentement libre et éclairé qui touchent au bien-être, à l'autonomie et à la décision de participer **ou non** à la recherche et à l'égalité du statut moral de tous les êtres humains.

ÉVALUATION DÉLÉGUÉE

Le président et deux autres membres identifiés du CÉR peuvent procéder à une évaluation déléguée si un projet de recherche comporte tout au plus un risque minimal.

De façon générale, la norme du risque minimal se définit de la façon suivante : lorsqu'on a toutes les raisons de penser que les sujets pressentis estiment que la probabilité et l'importance des éventuels inconvénients associés à une recherche sont comparables à ceux auxquels ils s'exposent dans les aspects de la vie quotidienne reliés à la recherche, la recherche se situe sous le seuil de risque minimal.

Dans tous les cas d'une évaluation déléguée, les membres du CÉR sont informés de ces décisions lors de la réunion suivant ces approbations, avec l'opportunité de recevoir des explications et de consulter, si nécessaire, la documentation pertinente

CONSEILLERS SPÉCIAUX

Le CÉR peut nommer des conseillers spéciaux ad hoc dans le cas où il lui manque l'expertise ou les connaissances précises pour procéder à l'évaluation d'une proposition de recherche de façon compétente.

Les conseillers spéciaux ad hoc sont nommés pour une tâche précise et pour la durée de l'évaluation. Si ceci devait se produire régulièrement, les membres seraient changés pour veiller à ce que le CER possède l'expertise appropriée.

Même si un conseiller spécial ad hoc complète le CÉR par son expérience ou son expertise, ses suggestions constituent une forme de consultation que le CÉR peut ou non prendre en considération au moment de sa décision finale. Cette personne n'est pas un membre du CÉR et, à ce titre, n'a pas nécessairement les connaissances et l'expérience acquises par l'évaluation de demandes en tant que membre. Les conseillers spéciaux ad hoc ne sont pas comptés dans le quorum et ils n'ont pas le droit de vote.

ÉVALUATION CONTINUE DE L'ÉTHIQUE

Le CÉR procèdera à une évaluation continue de chaque recherche en cours à des intervalles proportionnels au degré de risque pour les participants humains, mais au moins une fois par année.

COMMUNICATION DE DÉCISIONS

Les approbations et les refus sont communiqués aux chercheurs par écrit et/ou par courrier électronique.

DEMANDE D'APPEL

Les chercheurs ont le droit de demander une réévaluation des décisions touchant un projet de recherche par un Comité d'appel composé de personnes qui n'ont pas participé à la première évaluation. (Par exemple, les membres remplaçants ou absents lors de

celle-ci peuvent composer le Comité d'appel). La décision du Comité d'appel est exécutoire.

INFORMATIONS ADDITIONNELLES

- L'évaluation éthique constitue la dernière étape du processus de soumission de projets de recherche.

RÉFÉRENCES

Ébauche de la 2^e édition de *L'énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*, décembre 2008.

Conférence internationale sur l'harmonisation, *Guidance E6: Good Clinical Practice-Consolidated Guidelines (of ICH Technical Requirements for the Registration of Pharmaceuticals for Human Use)* 1996, adopté par Santé Canada en 1997.

Part C, Division 5 of the Food and Drug Regulations de Santé Canada, septembre 2001.

Food and Drug Administration des États-Unis, Code of Federal Regulations. *Title 21, Food and Drugs Part 56.107, Institutional Review Boards*, révisé en date du 1^{er} avril 2008.

Department of Health and Human Services des États-Unis, Code of Federal Regulations, *Title 45 Public Welfare Part 46, Protection of Human Subjects*, révisé le 23 juin 2005.

Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé (LAPRPS), juin 2009.

Remplace :	Zone 1 : _____	Zone 5 : _____
	Zone 4 : _____	Zone 6 : _____
	Vitalité : <u>GEN.1.30.30</u>	



CANDIDATURE AU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Éthique)

Vitalité

Zone:

1B

4

5

6

Établissement/Facility:

Nom : _____

Profession/titre : _____

Zone : 1B 4 5 6

Établissement : _____

Adresse courriel : _____

Téléphone : _____

Veillez cocher le rôle pour lequel vous posez votre candidature (définitions à la page suivante) :

- Membre expert en recherche quantitative
- Membre expert en recherche qualitative
- Membre expert en éthique
- Membre expert dans les méthodes et les domaines de recherche
- Membre versé en droit
- Membre clinique (médecine)
- Membre clinique (sciences infirmières)
- Membre de la collectivité

Est-ce que vous possédez de l'expérience en recherche?

Oui Non

Si oui, veuillez expliquer comment vous avez acquis votre expérience (nombre d'années d'expérience, description des projets, affiliation de recherche, etc.).

Pour quelles raisons désirez-vous être membre du CER du Réseau de santé Vitalité?

Le comité tient ses réunions généralement en fin de journée. Êtes-vous disponible pour participer à des réunions en dehors des heures régulières de travail?

Oui Non

Définitions

Membre expert en recherche quantitative : Personne possédant une expertise pertinente pour comprendre les répercussions méthodologiques de la recherche quantitative proposée ou en cours.

Membre expert en recherche qualitative : Personne possédant une expertise pertinente pour comprendre les répercussions méthodologiques de la recherche qualitative proposée ou en cours.

Membre expert en éthique : Personne possédant une formation officielle en éthique et une expérience en éthique de la recherche.

Membre expert dans les méthodes et les domaines de recherche : Personne possédant une expertise pertinente en ce qui concerne les méthodes, les domaines et les disciplines de recherche relevant de l'autorité du CER.

Membre versé en droit : Personne qui traite des questions de droit et de leurs répercussions; le membre versé en droit ne donne pas d'avis juridique officiel et n'agit pas en tant que conseiller juridique auprès du CER.

Membre clinique (médecine) : Personne possédant une formation officielle en médecine, ayant de l'expérience et des compétences dans une discipline médicale.

Membre clinique (sciences infirmières) : Personne immatriculée auprès de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick.

Membre de la collectivité : Personne dont le rôle principal est de refléter la perspective du participant à la recherche; le membre de la collectivité ne doit avoir aucune affiliation présente au Réseau de santé Vitalité.



Manuel : Politiques du Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ DES SERVICES À LA CLIENTÈLE, DE LA GESTION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ	N° : CA-350
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur : 2016-
Émise par :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2015/07/16
Approuvée par : (Signature)	Conseil d'administration Paul Couturier, président	Date de la signature : 2016-
Établissement/ programme :	<input checked="" type="checkbox"/> Vitalité	

POLITIQUE

Mandat

Le Comité des services à la clientèle, de la qualité et de la sécurité (le « Comité ») est responsable de promouvoir et de surveiller l'ensemble des activités liées à la gestion de la qualité, la sécurité des patients et des usagers, des risques et de l'éthique 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.

Composition et fonctionnement

1. Le Comité est composé d'au moins trois membres votants du Conseil, dont l'un assumera la présidence du Comité.
2. Le Comité se réunit au moins trois fois et au plus cinq fois par année selon un calendrier préétabli.
3. Le Comité fonctionne en respectant les lignes directrices sur les comités du Conseil (CA-300).
4. Les présidents(es) du Comité médical consultatif régional et Comité professionnel consultatif sont membres permanents avec droits de vote.

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 des services à la clientèle, la gestion de la qualité, des risques et de la sécurité des patients et des usagers ainsi que sur l'éthique;
 - 1.1.1. priorise la qualité et la sécurité des patients et des usagers et énonce la direction que le Réseau doit suivre en matière de qualité;
 - 1.1.2. recommande au conseil d'administration le cadre conceptuel intégré de la gestion de la qualité et suit sa mise en œuvre;
 - 1.1.3. passe en revue et recommande un plan stratégique pluriannuel sur la qualité et la sécurité ainsi que des objectifs d'amélioration annuels
 - 1.1.4. assure la mise en place de mécanismes efficaces pour évaluer et améliorer la qualité des soins et services et gérer les risques;
 - 1.1.5. surveille et évalue régulièrement le rendement du Réseau par le biais de son tableau de bord ;
 - 1.1.6. reçoit et analyse les rapports du Comité régional de la qualité et de la sécurité et veille à ce que les mesures nécessaires soient prises pour aborder les écarts et améliorer la qualité des soins et services;
 - 1.1.7. examine les politiques liées à la qualité, à la sécurité des patients et à la gestion des risques;
 - 1.1.8. recommande des programmes éducatifs sur la qualité et la sécurité des patients pour les membres du Comité et du Conseil;
 - 1.2. aux normes d'agrément relatives aux services à la clientèle, à la qualité et la sécurité des soins et services et autres processus liés aux normes propres à un réseau de santé;
 - 1.3. à la satisfaction et expérience des patients/clients et aux processus de gestion des plaintes;
 - 1.3.1. assure la mise en place de mécanismes pour évaluer la satisfaction des patients/clients et pour gérer les plaintes;
 - 1.4. aux processus d'octroi des privilèges du personnel médical, de renouvellement, de suspension ou de modification;
 - 1.5. 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.

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

Rapport

Le Comité rend compte de ses activités à chaque réunion du Conseil, y compris une revue annuelle de la qualité, de la sécurité et de l'éthique. Les rapports réguliers incluent les points suivants :

- Indicateurs de la qualité sous forme d'un tableau de bord, y compris des mesures de rendement sur la qualité des services cliniques, la sécurité des patients et le service à la clientèle (trimestriellement)
- Progrès quant aux améliorations majeures sur le plan du rendement et aux objectifs de sécurité des patients (trimestriellement ou deux fois par année)
- Analyse des causes profondes (à mesure qu'elles surviennent)
- Sommaire des événements sentinelles (au moins une fois par trimestre)
- Satisfaction/perception des patients (rapport trimestriel et annuel)
- Satisfaction/perception des médecins (annuellement)
- Satisfaction/perception des employés (annuellement)
- Culture de sécurité des patients (rapport annuel)
- Agrément (rapport trimestriel)
- Vérification du processus de délivrance de titres et certificats (au moins tous les deux ans)
- Rapport des activités en éthique (rapport trimestriel et annuel)

Plan de travail et objectifs annuels du Comité

Le Comité se dote d'un plan de travail et des objectifs annuels en précisant ses domaines d'intérêt principaux pour la prochaine année. Voici des exemples :

- Surveiller un programme de diminution des erreurs liées aux médicaments.
- Appuyer fortement et surveiller une initiative d'amélioration du service à la clientèle au Service d'urgence.

- Surveiller les projets liés à une campagne (ex. : Campagne des soins plus sécuritaires maintenant).
- Examiner et mettre à jour le tableau de bord sur la qualité et d'autres rapports d'indicateurs clés liés à la qualité et aux patients pour veiller à ce qu'ils incluent des objectifs poussés pour le réseau.
- Passer en revue les priorités nationales actuelles dans le domaine de la qualité et de la sécurité des patients, comme la rémunération en fonction du rendement et l'usage de technologies de l'information pour améliorer la qualité.

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

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 26 avril 2016

Objet : **Comité stratégique de la recherche et des affaires académiques**

Cette note a pour but de vous informer qu'il n'y a eu aucune réunion du Comité stratégique de la recherche et des affaires académiques depuis la dernière réunion du Conseil d'administration.

Soumis le 15 avril 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité et secrétaire du Conseil d'administration.

Rapport de la présidente du Comité médical consultatif et de la médecin-chef régionale

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 26 avril 2016

COMITÉ MÉDICAL CONSULTATIF

Le Comité médical consultatif a tenu une réunion régulière le 5 avril 2016.

Rapports présentés aux membres du CMC

- Tableau de bord du CMC
- Rapport des groupes cliniques
- Rapport de progrès – Plan de qualité

Ces rapports sont créés par le Réseau et sont présentés au CMC pour suivis au niveau de la qualité de l'acte médical.

Approbation de politiques

Les politiques suivantes ont été discutées et adoptées par le Comité médical consultatif régional:

- Politique « Thérapie intraveineuse (TIV) : Généralités », et
- Politique « Thérapie intraveineuse (TIV) : Périphérique » (Motion 2016/04/05-02-CMC)
- Politique « Retrait de sonde vésicale à demeure » (Motion 2016/04/05-04)

MOTION 2016/04/05-02-CMC

Il est proposé par Dr Martin Robichaud, appuyé par Dre Anik Savoie, que le Comité médical consultatif recommande l'adoption des politiques « Thérapie intraveineuse (TIV) : Généralités NSG.3.30.30 » et « Thérapie intraveineuse (TIV) : Périphérique NSG 3.30.35 » telles que présentées. **ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ**

MOTION 2016/04/05-04-CMC

Il est proposé par Dr Marc Lagacé, appuyé par Dr Ralph Holly, que le CMC recommande le changement de sonde vésicale à demeure aux 30 jours. **ADOPTÉE : 11 en faveur et 1 abstention.**

Essai du masque N95

Conformément à la politique INF.2.30.15 « Masque et respirateur N95 » du Réseau de santé Vitalité, les membres du CMC recommandent, en consultation avec les chefs des soins intensifs et d'urgence, que l'essai du masque N95 soit rendu obligatoire, pour l'obtention des privilèges, aux médecins qui doivent entrer dans la chambre des patients dans le cadre de leurs fonctions habituelles. Par conséquent, cette exigence sera ajoutée au formulaire d'exigences minimales puisque la formation de base de l'essai du masque N95 nécessite un renouvellement aux deux ans.

MOTION 2016/04/05-07-CMC

Il est proposé par Dr Martin Robichaud, appuyé par Dr Mohamed Benlamlih, de rendre obligatoire l'essai du masque N95, pour obtention des privilèges, aux médecins qui doivent entrer dans la chambre des patients dans le cadre de leurs fonctions habituelles. **ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ**

MÉDECIN-CHEF RÉGIONALE

Comité d'abréviations

Un Comité d'abréviations, pour voir à la révision et à la mise à jour du guide d'abréviations du Réseau de santé Vitalité, est en voie d'être créé et nécessite la participation de deux médecins des zones 1B, 5 ou 6 dans sa composition. Les nominations des Dr Pierre-Michel Tremblay de la zone 1B et Dre Natalie Banville de la zone 6 ont été soumis au CMC pour recommandation.

MOTION 2016/04/05-08-CMC

Il est proposé par Dre Louise Thibault, appuyé par Dr Éric Basque, que le CMC recommande les nominations des Dr Pierre-Michel Tremblay de la zone 1B et Dre Natalie Banville de la zone 6 comme représentation médicale au Comité d'abréviations. **ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ**

Comité provincial consultatif de la qualité et la sécurité des patients

Une réunion a eu lieu le 10 février dernier. Essentiellement, les discussions ont tourné autour des sujets suivants pour les deux réseaux :

- Démarche d'agrément
- Démarche d'agrément d'Ambulance NB
- Activité d'amélioration de la performance
- Indicateurs de qualité et de sécurité

Projet PEM « Service de réadaptation et de revalidation »

Le Service de réadaptation et de revalidation consiste en une amélioration au service actuellement offert par le Programme extra-mural et le ministère du Développement social. Il s'agit d'un service intensif de courte durée offert au domicile du patient ou dans un foyer de soins spéciaux dans le but ultime d'assurer la réadaptation des aînés et de leur permettre de continuer à demeurer chez eux.

Ce service est destiné aux patients de plus de 65 ans qui sont hospitalisés pour MPOC, IC, AVC, démence ou autres, et qui pourraient avoir un congé de l'hôpital et recevoir des services de physiothérapie, ergothérapie, orthophonie à la maison en-dedans de 24-48h. Ces patients seraient accompagnés de soigneurs de 8 à 10 heures par jour. S'ils nécessitent la présence de soigneurs plus étendue, le même programme se donnerait à l'intérieur de lits spécifiques dans des foyers de soins temporaires. Le programme s'étend sur une période de 8 à 10 semaines post-hospitalisation.

Le but est de diminuer les durées de séjour hospitalier et d'augmenter les chances de reprise d'autonomie précoce à domicile ou dans un lieu se rapprochant d'un domicile.

Ce projet sera mis en place à la zone 1B sous peu, à la zone 6 à l'automne puis s'étendra aux zones 4 et 5 au printemps 2017.

Séance de planification annuelle du Conseil de la santé du N.-B.

La médecin-chef régionale a participé à une séance de planification annuelle du Conseil de la santé du N.-B. (CSNB) qui a eu lieu le 18 février dernier. Cette séance d'une journée était divisée en deux parties, soit :

- Un survol des livrables du Plan d'affaires 2015-2016 du CSNB ; et
- L'engagement des citoyens et des citoyennes - comment nous pouvons être plus efficace comme Conseil et comme système de santé pour avoir des citoyennes et citoyens informé(e)s.

Comité consultatif sur les services cliniques

Dans le cadre de la Phase 2 du Plan des services cliniques du Réseau de santé Vitalité, une centaine de médecins des secteurs médicaux et chirurgicaux, ainsi que d'autres professionnels de la santé, ont été invités à prendre part à deux journées de consultation les 21 et 22 avril prochains. Le but des journées de consultation est de formuler des recommandations sur l'éventail des programmes cliniques spécialisés qui doivent être offerts par le Réseau pour le mieux-être de la population. Plus spécifiquement, à partir des carnets de travail et des données probantes disponibles et des paramètres (lignes directrices établies), chaque spécialité médicale pourra préciser les besoins de sa clientèle pour les prochaines années et recommander une organisation de services permanents et viables sur tout le territoire de Vitalité.

Résumé Journée éducative – Forum MPOC

Afin de soutenir l'initiative régionale pour l'amélioration de la gestion de la MPOC, un forum a eu lieu le 26 février dernier organisé par le comité de la stratégie MPOC de la zone 1B. Un total de 204 participants étaient présents dont 50 étaient des médecins.

Les sujets suivants ont été présentés lors de ce forum :

- Les différentes options de traitement disponibles pour vaincre la dépendance au tabac;
- La prévention et la gestion des exacerbations;
- L'importance de développer les capacités du patient à vaincre la dépendance au tabac et de traiter «le cerveau» avec les différentes thérapies disponibles;
- Les considérations en fin de vie pour les patients MPOC;
- L'importance du soutien nutritionnel pour gérer la perte de masse musculaire;
- Les lignes directrices pour le diagnostic précoce et le fonctionnement de la clinique pulmonaire au CHUDGLD;
- Le programme d'abandon du tabac.

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité médical consultatif et de la médecin-chef régionale et je propose l'adoption de ce rapport tel que présenté.

Dre France Desrosiers
Présidente du Comité médical consultatif et médecin-chef régionale

Comité professionnel consultatif

Réunion du 15 mars 2016

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 26 avril 2016

Le Comité professionnel consultatif a tenu une réunion régulière le 15 mars 2016. Les sujets suivants ont été discutés :

- Clinique ambulatoire de contrôle de la warfarin – CSCSJ
- Révision du mandat du CPC
- Processus de mise en candidature pour nouveaux membres du CPC
- Processus vérification renouvellement droit de pratique
- Mandat Comité d'abréviation
- Mise à jour secteur de la pratique professionnelle

- Présentation des rapports suivants :
 - Satisfaction des patients hospitalisés – sommaire- octobre à décembre 2015
 - Prévention des infections - Résultats décembre 2015
 - Rapport trimestriel des plaintes – Q1 à Q3 – 2015 – daté du 25 février 2016
 - Mise à jour – Agrément – 7 mars 2016

Trois (3) propositions ont été présentées :

MOTION 2016-03-15 03CPC

Proposé par Diane Lebrun

Appuyé par Mario Levesque

Et résolu que le CPC appui le mandat du Comité régional abréviation avec le changement recommandé qui est d'assurer qu'un processus est mis en place pour les audits par les gestionnaires des disciplines.

Adopté à l'unanimité

MOTION 2016-03-15 03CPC

Proposé par Claudine Godbout-Lavoie

Appuyé par Dre Johanne Robichaud

Et résolu que le mandat du CPC soit accepté avec le changement proposé

Adopté à l'unanimité.

MOTION ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ - Il est résolu que le CPC appui l'initiative locale de la Clinique de contrôle de la warfarin au CSCSJ et suggère fortement de régionaliser le tout.

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité professionnel consultatif.

Linda Sunderland

Présidente du Comité professionnel consultatif

Rapport du président
Comité adHoc – voyages médicaux
Réunion tenue le 14 avril 2016

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 26 avril 2016

Le Comité adHoc – voyages médicaux du Conseil d'administration a tenu une réunion régulière le 14 avril 2016. Les sujets suivants ont été discutés :

Mise à jour de la révision du processus d'assignation des rendez-vous ; Une mise à jour de la révision du processus d'assignation des rendez-vous est effectuée. On soulève qu'il y a une grande variation au niveau du fonctionnement entre les zones et que la démarche s'avère très complexe puisqu'il ne s'agit pas seulement d'une amélioration et standardisation de processus, mais également d'une intégration de nos systèmes technologiques et d'une gestion de changement qui touche plusieurs secteurs, entre autres, les cliniques externes, les services diagnostiques, les cabinets de médecins, etc. Compte tenu de la complexité et l'importance accordée à ce dossier, la structure organisationnelle a été revue en mars dernier pour réaligner ce dossier, afin d'assigner un gestionnaire régional des centres de rendez-vous et afin de permettre une meilleure intégration des systèmes et des services centrés sur la clientèle.

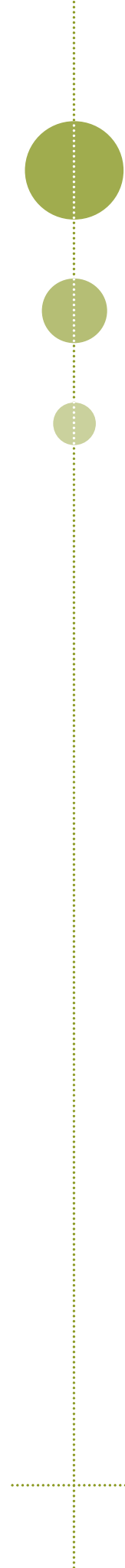
Des objectifs et indicateurs seront développés et soumis au Conseil d'administration pour approbation.

Analyse des patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous ; un rapport statistique d'avril à décembre 2015 est présenté et révèle les informations suivantes :

- Les patients ne se présentent pas à 10.4% des rendez-vous cédulés;
- Les Centres de santé ont le plus petit pourcentage d'absence aux rendez-vous (6.4 %) alors que les hôpitaux communautaires ont le plus haut taux à 13,2 %;
- La cueillette de spécimen a le plus haut taux d'absence (entre 30% jusqu'à 80%)

Une analyse plus approfondie devra être effectuée afin de comprendre la raison des absences et afin de mieux rencontrer les besoins des clients.

Analyse comparative des déplacements des patients voyageant plus de 50 Km ; Une analyse comparative des déplacements des patients dans les secteurs ambulatoires pour les mois d'octobre à novembre 2014 et 2015 démontre que les patients voyageant plus de 50 Km demeure stable dans l'ensemble de Vitalité avec seulement une variation de 1,82 % entre les deux périodes. Les zones 1 et 6 ont le plus grand nombre de visites dont les déplacements étaient de plus de 50 Km (selon le lieu de résidence). Les raisons pour lesquelles nous avons obtenu des augmentations ou diminutions de certaines visites sont à valider.



Le Réseau analysera ses informations plus en détail dans le processus de développer la phase 2 de son plan de service clinique.

Ceci constitue le rapport du président du Comité adHoc – voyages médicaux du Conseil d'administration pour la réunion tenue le 14 avril 2016 et je propose l'adoption de ce rapport tel que présenté.

Donald Thériault

Président du Comité adHoc – voyages médicaux du Conseil d'administration

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Titre de la réunion :	Comité ad Hoc – voyages médicaux	Date et heure :	Le 14 avril à 10 heures
But de la réunion :	Réunion administrative	Endroit :	Vidéoconférence
Président :	Donald Thériault		Bathurst-Grande salle, siège social
Secrétaire :	Sylvie Gauvin		Grand-Sault (HGGS)-Salle 0252
			Edmundston (HRE)-Local 0008, niveau 0
			Moncton (CHUDGLD)-Sous-sol de l'Auberge
			St-Quentin-Salle d'administration
			Campbellton – CRH - Palliatif

Participants

Donald Thériault (Président)	✓	Paul Couturier	✓	Roger Doiron	A
Gilles Lanteigne (audio)	✓	Rita Godbout	✓	Gisèle Beaulieu	✓
Christian Mercier	✓	Anne Soucie	✓		

Invités**PROCÈS-VERBAL**

Documents

1. Ouverture de la séance

La séance est ouverte à 10:20 heures.

2. Adoption de l'ordre du jour**MOTION 2016/04/14-01adHoc**

Proposé par Rita Godbout

Appuyé par Christian Mercier

Et résolu que le Comité adHoc-Voyages médicaux approuve l'ordre du jour tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

D

✓

3. Déclaration de conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts n'est déclaré.

D

4. Adoption du procès-verbal du 19 novembre 2015**MOTION 2016/02/14-02acHoc**

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Rita Godbout

Et résolu que le Comité adHoc-Voyages médicaux approuve le procès-verbal du 19 novembre 2015 tel que présenté.

Adopté à l'unanimité

D

✓

5. Suivis du procès-verbal du 19 novembre 2015**Identification des secteurs de développement potentiel en télésanté (point 6.5)**

L'utilisation de la télésanté est déjà en place pour certaines cliniques externes et certains services. Un plan de développement sera réalisé une fois que la planification stratégique aura été effectuée et que les besoins plus précis sont identifiés. Ce sujet sera également tenu compte dans le développement du plan de services cliniques qui est présentement en développement.

I

6. Mise à jour – Révision du processus d'assignation des rendez-vous

Une mise à jour de la révision du processus d'assignation des rendez-vous est effectuée. On soulève qu'il y a une grande variation au niveau du fonctionnement entre les zones et que la démarche s'avère très complexe puisqu'il ne s'agit pas seulement d'une amélioration et standardisation de processus mais également d'une intégration de nos systèmes technologiques et d'une gestion de changement qui touche plusieurs secteurs dont entre autres les cliniques externes, les services diagnostiques, les cabinets de médecins etc. Gisèle Beaulieu mentionne que compte tenu la complexité et l'importance accordée à ce dossier, la structure organisationnelle a été revue en mars dernier pour réaligner ce dossier afin d'assigner un gestionnaire régional des centres de rendez-vous qui est sous sa responsabilité et ce qui permettra une meilleure intégration des systèmes et des services centrés sur la clientèle.

Après discussions, les membres conviennent de développer quelques objectifs et indicateurs qui seront soumis au Conseil d'administration pour approbation. Une fois approuvés, les indicateurs seront insérés dans le tableau de bord Qualité et les résultats seront suivis sur une base régulière par le Comité de Qualité du Conseil d'administration.

7. Analyse des patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous

Un rapport statistique d'avril à décembre 2015 est présenté et révèle les informations suivantes :

- Les patients ne se présentent pas à 10.4% des rendez-vous cédulés;
- Les Centres de santé ont le plus petit pourcentage d'absence aux rendez-vous (6.4 %) alors que les hôpitaux communautaires ont le plus haut taux à 13,2 %;
- La cueillette de spécimen a le plus haut taux d'absence (entre 30% jusqu'à 80%)

Gisèle Beaulieu mentionne qu'une analyse plus approfondie devra être effectuée afin de comprendre la raison des absences. Ceci s'inscrit très bien dans la démarche que nous sommes en train de développer afin de centrer les soins et les services sur le client.

Suite aux discussions, des indicateurs seront identifiés et ajoutés au tableau de bord et dans le plan opérationnel du Réseau.

8. Analyse comparative des déplacements des patients voyageant plus de 50 km

Une analyse comparative des déplacements des patients dans les secteurs ambulatoires pour les mois d'octobre à novembre 2014 et 2015 démontre que les patients voyageant plus de 50 Km demeure stable dans l'ensemble de Vitalité avec seulement une variation de 1,82 % entre les deux périodes. Les zones 1 et 6 ont le plus grand nombre de visites dont les déplacements étaient de plus de 50 Km (selon le lieu de résidence).

Les raisons pour lesquelles nous avons obtenu des augmentations ou diminutions de certaines visites sont à valider.

Gisèle Beaulieu mentionne que le Réseau est dans le processus de développer la phase 2 de son plan de service clinique. Les distances à parcourir pour obtenir des services font partie des données qui ont été partagé aux divers groupes cliniques.

Donald Thériault fait part de quelques idées afin de réduire les déplacements dont entre autre de revoir avec l'Assurance-maladie la rémunération des médecins lors d'appels aux patients (ex. : pour donner des résultats de tests par téléphone, etc.) et également d'avoir un logiciel pour coordonner tous les rendez-vous d'un patient dans une journée afin de limiter les déplacements.

Suite aux discussions, il est convenu d'identifier des objectifs et indicateurs qui pourraient être inclus dans le tableau de bord.

9. Prochaines étapes

- Déterminer les objectifs et indicateurs à être inclus dans le tableau de bord et le plan stratégique pour la prochaine réunion et qui seront apportés au conseil d'administration.

10. Prochaine réunion

La prochaine réunion est prévue en mai – date à être déterminée

11. Levée de la séance

La séance est levée à 11h20

Donald Thériault
Président

Gisèle Beaulieu
VP – Performance, qualité et
services généraux

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 26 avril 2016

Objet : **Privilèges temporaires**

Cette note a pour but de vous informer des privilèges temporaires des médecins du Réseau de santé Vitalité pour approbation en date du 2 mars au 14 avril 2016.

Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les privilèges temporaires des médecins du Réseau de santé Vitalité en date du 2 mars au 14 avril 2016.

Soumis le 15 avril 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

TABLEAU DES PRIVILÈGES TEMPORAIRES - 14 avril 2016

Médecins	Spécialité	Catégorie	Date de privilèges		Zones
			Du	Au	
Cormier, Dr Jocelyn	Médecine générale	Invité	15 mars 2016	31 mai 2016	1B
Ghassemi Kakroodi, Dre Parisa	Médecine familiale	Suppléant	18 avril 2016	8 juillet 2016	1B
Rivet, Dre Caroline	OBS/GYN	Suppléant	5 février 2016	29 avril 2016	1B
					4
Al-Rejjal, Dr Rafat	Chirurgie	Suppléant	18 mars 2016	10 juin 2016	5
Bennani, Dr Taher	Médecine familiale	Associé	26 mars 2016	10 juin 2016	5
Cayard, Dr Jean Edward	Médecine familiale	Associé	7 mars 2016	30 mai 2016	5
Gomez, Dr Alfonso	Chirurgie	Consultant	18 mars 2016	10 juin 2016	5
Barriault, Dr Ronald	Méd. fam. et urgence Chaleur	Suppléant	27 février 2016	20 mai 2016	6
Novikova, Dr Olia	Anesthésie	Suppléant	27 février 2016	20 mai 2016	6
Schneider, Dr André Perillier	Anesthésie	Associé	19 février 2016	13 mai 2016	6

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 26 avril 2016

Objet : **Dossiers légaux**

Cette note a pour but de vous informer qu'il n'y a eu aucun nouveau dossier légal depuis la dernière réunion du Conseil d'administration.

Soumis le 15 avril 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Correspondance du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité - 2015-2016 (Point 11)

Date	Destinataire	Expéditeur	Objet	Réponse
17 février 2016	Gilles Lanteigne	Listuguj Mi'Gmaq Government	Travail de collaboration entre le RSV et le gouvernement Mi'gmaq de Listuguj	Rencontre avec eux et le P.-D.G. le 17 mars 2016
17 février 2016	Paul Couturier	Jacques Verges	Pouvoirs du Conseil d'administration - deuxième accusé de réception expédié au demandeur	10 mars 2016
9 mars 2016	Paul Couturier	Eric J. Roy	Demande du Comité communautaire de la santé/HGGS d'organiser une des prochaines réunion du Conseil d'administration à Grand-Sault	10 mars 2016
23 mars 2016	Paul Couturier	Michel Richard	Mieux utiliser les centres d'urgence et cliniques médicales	1 avril 2016

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 26 avril 2016

Objet : **Documentation pour information pour les membres**

Deux articles sont partagés aux membres :

- Que savons-nous sur les fusions d'hôpitaux
- Des principes à la pratique : la gestion de l'intégration post-fusion

Nous invitons tous les membres à suggérer des articles pour nos prochaines rencontres.

Soumis le 15 avril 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

**What do we know about hospital mergers?
A selected annotated bibliography**

by

**Astrid Brousselle¹
Jean-Louis Denis^{1,2}
Ann Langley³**

December 1999

**Dépt. d'Administration de la Santé
Faculté de Médecine
Université de Montréal**

¹ Doctoral Candidate, Département d'administration de la santé & GRIS, Université de Montréal, C.P. 6128 Succursale Centre-Ville, Montréal, H3C 3J7, Canada, (514)-343-6185; Fax: (514)-343-2207; astrid@altern.org

² Associate Professor, Département d'administration de la santé & GRIS, Université de Montréal, C.P. 6128 Succursale Centre-Ville, Montréal, H3C 3J7, Canada, (514)-343-6031; Fax: (514)-343-2448; Jean-Louis.Denis@umontreal.ca

³ Professor, École des sciences de la gestion, Université du Québec à Montréal, C.P.6192 Succursale Centre-Ville, Montréal, H3C 4R2, Canada, (514)-987-3000 X4862; Fax: (514)-987-0422, langley.ann@uqam.ca

The following annotated bibliography summarizes 21 recent publications dealing with hospital mergers. The review is not intended to be exhaustive, but rather to focus on the most important recent articles. Because older work is adequately reviewed in several synthesis articles, we have concentrated mostly on materials published since 1995. The review also focuses principally on research based publications because these offer the strongest evidence base. We have selected only a few representative examples of practitioner based publications. In general, this type of article offers experiential advice on the merger process often with relatively little scientific foundation.

We have classified the publications into four broad categories: syntheses of the literature (3 articles); impact studies or analyses (9 articles), articles dealing with predictors and motives for mergers (2 articles), and publications concerning conditions for success (1 book and 6 articles). Note that the classification identifies the main theme in the publication. However, some articles cover a number of other themes in less depth.

Several general observations emerge from this bibliography:

1. A large proportion of articles deal with the economic impact of mergers in quantitative terms. Most of these indicate that efficiency gains from mergers are possible but not guaranteed. In particular, mergers are more likely to produce economic benefits when they involve smaller hospitals in the same geographic market.
2. Several articles discuss the consequences of mergers for market concentration and raise concerns about prices and the problems that arise when patients must deal with large powerful organizations and have relatively little choice.
3. Despite references to the non-economic benefits of mergers, there appears to be little systematic research on this topic, at least in the literature dealing specifically with mergers. An investigation of the medical care literature on the relationships between size and quality and staffing issues might however provide further insight concerning these expected non-economic benefits.
4. This bibliography focuses essentially on mergers. However, this is only the most formal option for improving efficiency, organization and coordination of care. Other options include alliances, contractual arrangements, etc. Several publications reviewed do however touch on these other arrangements. There is need for more research that compares the relative benefits and disadvantages of different organizational forms.
5. Some publications pay attention to two alternative forms of coordination: "vertical integration" and "horizontal integration". Mergers between organizations with similar missions such as hospitals correspond to horizontal integration. There are many factors that also seem to be stimulating the creation of integrated delivery system (vertical integration). It is not clear how current mergers will evolve and how they will establish coordination with others levels of care. This is another issue that requires further research.

6. Many publications underline the variability of results following mergers. Even when economic conditions are promising, organizational problems often undermine mergers according to many of the publications reviewed. In particular, problems of governance and difficulties in mobilizing physicians seem very common. This suggests that more understanding of the processes of managing implementation to deal with organizational factors is critical. As noted above, there is an extensive practitioner literature that proposes recipes for success but little systematic research on these processes.

1. SYNTHESSES OF THE LITERATURE

Markham, B. and Lomas, J. (1995) "Review of the Multi-Hospital Arrangements Literature: Benefits, Disadvantages and Lessons for Implementation." Healthcare Management Forum, 8(3): 24-35.

This article presents a useful systematic review of the literature on "multi-hospital arrangements." It classifies these arrangements as varying from loosely structured alliances to full-fledged merger and consolidation and provides an extensive list of examples from Canadian experience. It then examines the evidence for various types of benefits and disadvantages classified into four areas: economic and financial, quality of services, human resources and organizational and managerial. Expected benefits include cost savings and improved utilization of resource capacity, response to community needs, comprehensiveness of care, coordination of academic and teaching opportunities, development of human resources, better coordination of care and reduced waiting lists. Expected disadvantages relate to increased financial costs to create the new entity, lack of easy access to certain services, insecurity of human resources, loss of managerial and organizational identity, and disruption of routines at the clinical and organizational level. Overall, the evidence concerning economic benefits is mixed and the trade-off between benefits and disadvantages is difficult to assess. It is also expected that the extent of benefits or disadvantages will vary with the intensity of institutional arrangements. Drawing on several case study articles, it is concluded that the process adopted to implement the merger seems to be an important determinant of the balance between advantages and disadvantages and that it may take up to ten years to achieve full integration.

Lee, S.-Y D; Alexander, J.A., « Consequences of Organizational Change in U.S. Hospitals », Medical Care Research and Review, vol. 56, no. 3, 1999 : 227-276.

This article presents a useful, systematic and broad review of the literature on the impact of organizational change in US hospitals. It classifies change into three categories: multi-institutional arrangements, change in traditional ownership and management configurations including mergers, diversification and consolidation. It is based on a large sample of articles covering the period between 1980 and 1999. It examines the empirical evidence on expected benefits for various types of change. It also looks critically at variations in empirical results across studies using different contextual factors or organizational attributes. Concerning mergers, expected benefits include increasing market share, economies of scale, patient volumes and profitability. It appears that efficiency gains resulting from a merger vary by hospital attributes and market conditions. Small hospitals or hospitals in very competitive markets are in a position to benefit more from merger in terms of economic efficiencies than others. However, despite some potential efficiency gains, merged hospitals may face financial downturns. It is proposed that the process of merging hospitals may have a detrimental effects on employee morale and productivity and on relations with physicians and the community. By examining the literature on others types of change in hospitals, this article provides useful insights concerning the benefits and pitfalls of different strategies to adapting these organizations to new contingencies. Some strategies such as mergers and affiliation with multi-hospital systems imply formal structural changes and some lost in autonomy and flexibility. Other arrangements such as strategic alliances and contract management aim at adapting the hospitals to their new

environment without major restructuring. Empirical evidence on the benefits of strategic alliances for hospitals is rather scarce. For contract management, more empirical evidence is available but it is not easy to assess the benefits of such managerial practices. The authors, note that previous research on organizational change has many limitations. It is hard to assess the benefits of change when we do not have a clear idea of the performance and attributes of hospitals at the onset of the process. Following changes through time may provide insights on the relation between environmental conditions and the potential of different structural or managerial changes. Questions of sample size are still a limitation of many studies. Also many studies looking at the outcome of organizational changes make an implicit assumption that hospitals are pursuing rational goals. Organizational changes can be adopted to respond to uncertainties without a clear idea about expected benefits in that specific case. This underlines the importance of more research on the process and outcomes of change.

Snail, T.S. and Robinson, J.C. (1998). "Organizational diversification in the American hospital," Annual Review of Public Health, 19: 417-453.

This excellent review article systematically examines the state of research on hospital organizational diversification, including horizontal integration, vertical integration, unrelated diversification and physician-hospital mergers. Three types of contributions are reviewed: those that examine the causes of diversification, those that examine economic effects, and those that investigate other operational impacts. Eighteen empirical studies are examined in depth. The causes of merger identified in the studies include reduction in competition, network expansion and service consolidation. Many studies have examined economies of scale in production in horizontal mergers. These are observed to occur in the 200-400 bed range, but not above, raising questions about the pertinence of mergers between large institutions. However, few studies have analyzed economies of scale in other functions such as management, purchasing, marketing, etc. The results concerning other operating benefits and improvements in performance are somewhat inconsistent. There has also been little work comparing mergers with looser contractual forms of integration. In addition to summarizing the results of previous studies, this article provides a methodological critique. It concludes by calling for more systematic economic research into the causes and consequences of various forms of diversification.

2. IMPACT OF MERGERS

Alexander J.A., Halpern M.T., Lee S.Y.D. (1996) "The Short-Term Effects of Merger on Hospital Operations", Health Services Research, 30 (6): 729:847.

This article analyses the short-term effects of merger, examining 194 hospitals that resulted in 97 merged organizations in the period 1982-1989. It compares different variables before and after merger, controlling for trend effects by taking into consideration a comparison group of 276 non-merging hospitals. The results show a decline in occupancy rates in recently merged hospitals but this decline was even more pronounced in non-merging hospitals. Concerning expenses, an increase is observed after merging but the increase is more important in non-

merged hospital. These two indicators show that merged hospitals are more efficient. The third category of variables considered, the staffing variable does not show an effect that can be associated directly to merger measures. The changes were then analyzed controlling for merger characteristics (similarity in size, ownership and time period). The first important conclusion concerns the observed increase in efficiency of merged hospitals that cannot be explained only by merger. The effects of merger can be examined by looking at previously existing trends in the merger candidates. In the short term, small trend changes are observed but not drastic modifications. The author emphasizes the fact that merger is more of a process than a specific change at a particular moment in time and that modifications can occur over a middle term integration process, a factor that cannot be controlled in a short-term study.

Bogue R.J., Shortell S.M., Sohn M.W, Manheim L.M., Bazzoli G., Chan C. (1995) "Hospital Reorganization After Merger" Medical Care, 33 (7): 676-686.

This article analyses the results of a survey of surviving hospitals after mergers that occurred between 1983 and 1988. The author examines the pre-merger institution characteristics to identify differences between acquired hospitals and acquirers. The variables considered include the organizational form (system owned, leased or sponsored or independent hospital), the number of beds and the mean occupancy rate by region. Then the article presents the post merger use of the acquired hospital, distinguishing urban from rural hospitals. The author identifies two different merger strategies. The first consists of reducing direct competitors and increasing vertical integration. The second consists of consolidating the horizontal network. To distinguish the different characteristics in relation to the different strategies, the author presents variables showing similarities or differences between those who dropped the acute function and those who retained acute services. He considers the level of competition in the two categories of hospital and the declared reasons for the merger. A merger is a powerful instrument for restructuring health services delivery. Hospitals' choices of partners seemed to depend on the objective of the merger. Similar hospitals were chosen for developing horizontal networks, whereas geographically proximate hospitals with characteristics which could potentially facilitate a change of function were preferred when attempting to reduce direct competition. Both strategies had the objective of strengthening financial position and consolidating services.

Bond P., Weissman R. (1997) "The Costs of Mergers and Acquisitions in the U.S. Health Care Sector" International Journal of Health Services, 27 (1): 77-87.

This essay warns about the effects of mergers and for profit conversions in the US health sector. It examines the context following the collapse of the Clinton health care reform proposals. Three sectors are analyzed. First, the article discusses the effects of the changing status of insurance companies. It takes the example of Blue Cross that has changed from a not-for-profit to a for-profit status. It argues that the power wielded by these large insurance companies can threaten patients' control of health care. This threat is all the more important when insurance companies develop agreements with large hospitals (vertical integration). The second phenomenon examined is the rapid concentration of hospitals and the consequences of managed care on the concentration trends and delivery of care, especially for small communities. Another problem in the hospital sector is the acquisition of nonprofit hospital by for-profit hospitals which may result in the selling of community assets below their true value. The third part of the article

concerns the pharmaceutical industry where numerous horizontal mergers are observed but also where vertical integration is developing. This article raises concerns about freedom of choice and patient's power when having to face large corporations.

Connor R.A., Feldman R.D., Dowd B.E., Radcliff T.A. (1997) "Which Types of Hospital Mergers Save Consumers Money?" Health Affairs, 16 (6): 62-74.

This study examines the market determinants of mergers and the effects of horizontal mergers on organizational costs and consumer prices. It is a well-documented study that examines data on 3500 US short-term hospital including 122 mergers between 1986 and 1994. The market study shows that hospitals tend to merge in less concentrated markets, in markets where there is high HMO penetration and in areas with few rural characteristics. It also examines the organizational characteristics of hospitals that decided to merge (ex: occupancy rates, level of expenses, etc.). On prices and costs, this study shows that horizontal mergers created money savings, which were transferred to patients. This was not true in very concentrated markets where price increases were observed. Price savings were also more important when HMOs presented high market penetration. Price savings were also more present in low-occupancy hospitals, non-teaching hospitals, non-system hospitals and not-for-profit hospitals. Furthermore, savings were greater in mergers of hospitals of similar sizes and for those with pre-merger service duplication. In the second part of the article, the authors offer explanations for the results. For example they note that "the lack of savings for mergers involving teaching hospitals may reflect the complexity and already-large size of these institutions, or higher prices because of their unique products and market power when negotiating with buyers".

Dranove D. (1998) "Economies of scale in non-revenue producing cost centers; implications for hospital mergers" Journal of Health Economics, (17): 69-83.

This article uses a semi-parametric model to verify the assertion that mergers generate economies of scale. This study only includes non-revenue producing cost centers, i.e., departments of administrative, clerical, financial and hotel services. The reason for this is that these departments are often targeted for reorganization in case of merger. The findings show that only small hospitals (average of 2500 discharges) can benefit from economies of scale. The savings that can be generated by mergers of larger hospitals may be minimal. The author notes that achieving economies of scale implies the integration or reorganization of some departments.

Given R.S. (1996) "Economies of scale and scope as an explanation of merger and output diversification activities in the health maintenance organization industry" Journal of Health Economics, (15): 685-713.

Observing the growing number of HMO mergers, and their consequences on the scale and scope of their activities, the author decided to test the hypothesis that economies of scale and economies of scope explain these mergers. This research is based on the experience in California. This article confirms the fact that small HMOs of about 115 000 enrollees can benefit from economies of scale. This potential advantage may be a reason for encouraging mergers, but it is not relevant for explaining large HMO mergers. The author sees two plausible explanations for large HMO mergers. The first is that large HMOs attain a monopsonic position which gives them the power to negotiate advantageous prices with suppliers and allows them to

reduce their average cost. The second explanation is that the perception large purchasers have that large HMO offer high quality leads HMOs to produce beyond the MES. The concerns raised by increasing consolidation of HMOs are, first, the preference of enrollees for small organizations and second, the decreasing competition in the HMO market. In addition, this study does not find economies of scope, but on the contrary, notes the presence of diseconomies of scope. The author proposes various explanations for this phenomenon. For example, to reduce the cost of capital, HMOs may be ready to increase the scope of enrollees.

Kassirer, J.P. (1996) "Mergers and Acquisitions – Who benefits? Who loses?" The New England Journal of Medicine, 334 (11) :722-723.

This article provides a synthetic discussion of various aspects of mergers. The principal motive for mergers and acquisitions is to compensate for diminishing health care revenues. The idea is to achieve economies of scale by reducing expenses, placing the organization in a better negotiating position and enabling it to preserve its role in research and teaching. One difficulty encountered by mergers in the US context is federal and state anti-trust legislation. Moreover, it is important to note that not everyone benefits from mergers. Generally, corporation executives, stockholders, lawyers and health care consultants gain. On the other hand, physicians often lose income, jobs and autonomy. Merger does not guarantee survival and several difficulties can occur. Among them, the institution often decides to borrow capital. This creates large debts that can prevent it from being competitive. Second, there is a limit to personnel reductions: there is a tension between providing optimal care and minimizing costs. Problems of continuity of long term support offered by not for profit organizations can occur when for-profit headquarters are far from the site. There is also a problem of solvency in the case of failed institutions. Mergers lead to various benefits and difficulties, but the most important test of success is whether patient care is actually optimized.

Magel J.S. (1999) "Consolidation of the Health Care Sector" Journal of Health Care Finance, 25 (3):22-28.

In the introduction, this article describes the historical evolution of health care market consolidation. Mergers, acquisitions and contractual arrangements are seen as three forms of market consolidation. Generally, economics and changing market conditions are driving the process. The objective is to gain market share to improve bargaining power with managed care entities and third party payers. Consolidation provides the opportunity, first, to reduce operating expenses by rationalizing processes and facilities, second, to share talents, creativity and experience, third, to increase efficiencies through standardization in production, product and services. However, the impact of consolidation is not only positive. It also has the effect of reducing the number of providers and increasing their aggressiveness. Furthermore, the size of firms grows very large, increasing the distance between those providing care and those setting policies. There is a tendency to focus on satisfying investors which often means less attention to patients. The author also notes the erosion of physician autonomy that can undermine the patient-physician relationship. Other consequences are cited. Finally the author lists success factors related to both the organization and the individuals involved in a consolidation process.

Woolley J.M. (1989) "The competitive effects of horizontal mergers in the hospital industry" Journal of Health Economics, (8): 271-291.

This article utilizes an event history methodology to test the effect of mergers (market concentration) on hospital profits and competitor returns. The author bases his argument on three economic theories: oligopoly theory, monopoly theory and the theory of non-price competition. The event history methodology consists of selecting announcement pro and anti merger in the Wall street journal and observing the effects on weekly returns. The results confirm the oligopoly theory in the sense that mergers increase profitability including the profitability of competitors. It also finds that the greater the effect of the merger on local market concentration, the stronger the effect on competitor returns.

3. PREDICTORS AND MOTIVES FOR MERGERS

Dranove D., Shanley M., Simon C. (1992) "Is hospital competition wasteful?" Journal of economics, 23 (2): 247-262

This article tries to explore the relationship between the size of the market for specialized services, the number of hospitals and the cost and quality of services. The authors examine two alternate theories. The first, the "medical arm race" hypothesis suggest that hospital competition is socially and economically harmful and that it leads to an oversupply of high-tech medical services and a fall in the overall quality. The other hypothesis says that the quantity of services and the number of providers are determined by the demand and the size of the market. They then use an economic model of medical service production and consumption to test the two hypotheses. Their results indicate that the population size is the best predictor of the supply of resources. The medical arms race hypothesis cannot be ruled out but seems to account for only a small increase in the supply of specialized services. Finally there seems to be some place for scale economies in small markets that could be a justification for hospital mergers The authors conclude that competition shows no harmful effects and that the "medical arms race" hypothesis is not a valid justification for hospital mergers, but that economies of scale could be.

Brooks G.R., Jones G.V. (1997) "Hospital Mergers and Market Overlap" Health Services Research, 31(6): 701- 722.

This article analyses the determinants of mergers. It tests three hypotheses to determine whether horizontal mergers (between hospitals or group of hospitals) are positively related to the degree of rivalry in the market, whether they are negatively related to the hospital's market share, and whether hospital merger is negatively related to hospital size. None of these relations is found to be significant. The article then examines the relation between merging pair characteristics and merger activity. It tests three other hypothesis to determine whether the occurrence of horizontal merger is positively related to the degree of overlap between the markets they serve, to their level of operating performance and to the combination of these phenomena, with the hypothesis that the combined effect is more than additive. The degree of overlap is strongly related to the

incidence of mergers. The article shows that the more similar the hospitals are in terms of their performance level, the higher the probability they merge. In addition, the combination of these two factors accentuates the probabilistic relation. This article suggests that what matters is not the consideration of market power or efficiency (single hospital context) but the opportunities in the very local hospital market (hospital pair context). Furthermore, the search for externality gains does not seem to be an important determinant in the whole market, but it maybe important in the case of market overlap. Finally, other factors such as ownership and teaching status may influence the likelihood of merger.

4. CONDITIONS FOR SUCCESS

Andreopoulos S. (1997) "The Folly of teaching-Hospital Mergers ?" The New England Journal of Medicine, 336 (1):61-64.

Many teaching hospitals are merging with the objective of developing integrated Health Care Systems. They hope to benefit from economies of scale by reducing administrative costs and sharing equipment, staff, and facilities. Mergers may improve the teaching hospital's negotiating position, secure a patient base and preserve the roles of service and research in the community. The principal difficulty consists in reconciling the research and teaching role with medical practice. The article discusses the different tensions and difficulties medical schools encounter when separated or integrated into the hospital and the dilemmas a teaching hospital has to face to preserve the teaching function and to meet the economic constraints. The article reviews various modes of functioning after mergers, from the maintenance of separate structures which reduces the possibility of achieving economies of scale, to the elimination of duplication and expansion of the institution to an unmanageable size. In concluding, the author puts forward some proposals. First, he suggests that some research laboratories may be reduced and their administrative support services could be bundled together. Second, he raises the question of the separation of clinical and academic activities, emphasizing the advantages of cooperation instead of competition. Finally, strategists have too often ignored the problem, keeping the status-quo as a solution. There is a need for leadership in the integration of these activities.

Baker, C.M., Ogden, S.J., Prapaipanich, W., Kelley Keith, C., Beattie, L.C and Nickleson, L.E. (1999): "Hospital Consolidation: Applying Stakeholder Analysis to Merger Life-Cycle," Journal of Nursing Administration, 29(3): 11-20.

Based on the nursing management literature on health care mergers, this article examines the prevalence of merger activity in the US, comments on the clinical leadership role of the nurse executive and proposes stakeholder analysis as a tool to aid nurse executives in understanding and reconciling competing objectives at different stages of the merger process.

Colón, G., Gupta, A. and Mango, P.(1999), M&A Malpractice, The McKinsey Quarterly, Number 1, 1999: (62-77)

Based on a study of 300 merger transactions in US hospitals, this article concludes that overall, hospital mergers have not lived up to expectations. The authors note that the traditional rationale for mergers is based on economies of scale, increased market power, and the ability to increase patient flows by providing fully integrated service. However, this broad rationale does not take into account local conditions. The authors suggest that each case needs to be considered on its merits and provide a framework for assessing the potential for benefit from merger based on two dimensions: structural attractiveness and organizational resistance. Structural attractiveness depends on the geographic proximity of the hospitals, their relative size and, the dominance of managed care. For example, economies of scale are possible for sizes of up to 300-400 beds but there may be diseconomies beyond this. The reluctance of payors and physicians to becoming dependent on single integrated organizations can also undermine potential volume increases. Even when structural factors are favorable, organizational resistance can prevent the realization of benefits. The authors cite physician relations, the integration of assets and leadership, and the pressures for improved performance as factors that may assist or hinder merger implementation. In particular, problems can arise in reconciling physicians' interests with those of the merging institution. To facilitate change, it also appears desirable to replace Board members with people with no affiliation with the old institutions. When organizational resistance is low, the potential for skill transfer among sites can however offer considerable benefits.

Denis, J.-L., Lamothe, L., Langley, A. (1999) "The struggle to implement teaching hospital mergers," Canadian Public Administration,

This article is one of the few that empirically examines the process of merger implementation and integration from a descriptive (rather than prescriptive) viewpoint. It describes the processes of implementation of two major teaching hospital mergers (of three hospitals each) in Quebec, beginning with the negotiations leading to the merger agreement and tracing the early phases of implementation for approximately two years. The paper first examines the general context surrounding the two mergers, drawing attention to ambiguous and somewhat conflicting objectives (development vs. rationalization) and diffuse power structures as features that could make subsequent operationalization more complex. It is also noted that pre-existing power relations among medical staff, board and administration in each institution differed between the different sites and generated conflicting expectations for the governance of the merged hospital. The process of implementation is presented in four stages: pre-merger negotiations, leadership development, strategic framing and operationalization. Despite very different processes which seemed on the surface smoother in one organization than the other, both organizations have experienced difficulties in achieving successful operationalization. It is concluded that the context of limited resources, diffuse power and divergent cultures were largely responsible for the difficulties experienced. The authors also note that if a merger is to produce the results expected of it, it must eventually involve micro-mergers at the operational clinical level. They observe that the challenges of change at this level are often underestimated. Such micro-mergers necessitate the questioning of practices that have emerged organically over long periods of time

and appear satisfactory to the professionals involved in them. The reconstruction of such practices require both investment and time, resources that are scarce in an environment where mergers are seen as a quick route to rationalization.

Hollis, S.R. (1999) "Strategic and economic factors in the hospital conversion process," Health Affairs, 16(2): 131-143.

This article is based on the personal experiences of a consultant who has advised many organizations involved in mergers in US hospitals. The author develops four scenarios. The first scenario called "merge with your neighbor" involves mergers between geographically close and formerly competing non-profits (the scenario most similar to that in Canadian hospitals). Despite obvious potential from consolidation however, these projects often founder on board rivalry, problems in the selection of the CEO, and resistance at all levels to the idea of rationalizing clinical services. The alternative scenarios involve acquisition by a large not-for-profit system, acquisition by a for profit hospital chain and a joint venture with a for-profit system. The majority of the article deals with the issues to be considered in choosing a form of affiliation, and in valuing and overseeing the transaction.

Lynk W.J. (1995) "The creation of economic efficiencies in hospital mergers" Journal of Health Economics, (14): 507-530.

This article presents an economic model justifying the potential for creation of efficiencies in consolidating particular clinical services. The idea is to propose the merger of various small clinical departments within a larger consolidated one. This reorganization could help in gaining efficiency by reducing overstaffing and "excess capacity", and by reducing demand volatility. The objective is to reorganize departments so that random periods of high demand will be reduced.

Shortell, S.M., Gillies, R.R., Anderson, D.A., Erickson, K.M. and Mitchell, J.B.: Remaking Health Care in America, San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1996.

In this book, the authors examine what they called integrated delivery systems where hospitals, other types of health care organizations and providers develop organizational forms to improve the delivery of care and achieve financial viability. These systems have a greater diversity of components than simple horizontal mergers. However we may learn many lessons from this detailed empirical study about the critical factors for achieving integration. A first dimension of integration is functional integration where the management of financial, human and information resources are unified under new corporate management. Another critical dimension is the integration of physician into a new and more complex organizational form. Finally a third dimension is clinical integration referring to the coordination of care in order to maximize benefits for the patients. Clinical integration is the most critical task to achieve but results in different ways from the two previous forms of integration. It is expected that these three forms of integration will be achieved as long as a proper system of governance and management is in

place to support activities and process at all other levels of the system. Many organizations striving for more integration start at the functional level, move gradually to the problem of physician integration and finally may try to achieve clinical integration. The authors note that a focus mainly on the functional side of integration may lead to difficulties in mobilizing physicians and consequently moving toward clinical integration. Barriers to integration and a series of key success factors are identified for each of the three forms of integration. These include a TQM culture, information systems, a system-focused vision, and aligned physician incentives.

Trans
of patients



Commentary

From Principles to Practice: The Management of Post-Merger Integration

DIANNE MACFARLANE AND DALE BUTTERILL

It is practically a cliché to state that change in organizations is a way of life (Meyer et al. 1998), one with which healthcare organizations in Canada are very familiar. In the last decade, all provinces have developed plans and processes to reform their healthcare systems in an attempt to increase efficiency and effectiveness. One of the main mechanisms in these reform exercises has been the restructuring of acute and other hospital-delivered healthcare services through the merger of two or more organizations.

In March 1997, Ontario's Health Services Restructuring Commission (HSRC) directed that the governance and management of Toronto's four largest addiction and mental health organizations be merged: the Addiction Research Foundation; the Clarke Institute of Psychiatry; the Donwood Institute; and the Queen Street Mental Health Centre. A steering committee was formed to undertake the implementation of the merger, and 11 months later, in March of 1998, their work was completed (See Garfinkel et al. 1999, for a detailed review of this process) and the new Centre for Addiction and Mental Health was launched.

The purpose of this article is to show how this newly merged organization incorporated accepted principles into a custom-designed approach to post-merger integration. The Centre for Addiction and Mental Health began by reviewing the relevant literature, interviewing senior managers in other merged Canadian healthcare organizations and identifying the salient principles that appear most closely related to successful mergers. These were used to develop the Centre's approach to planning and managing the post-merger integration in its first pivotal year. Recognizing that one year's experience is likely not a fully adequate base from which to draw conclusions about the success of the post-merger strategies, the discussion here is largely descriptive. Yet despite this limitation, we are

able to point to encouraging signs that indicate the usefulness of the Centre's approach.

A REVIEW OF WHAT'S BEEN SAID AND DONE

As Ivancevich et al. (1987) note, the "closing of a merger marks the beginning of the transition stage." And transitions are difficult for organizations and the individuals in them because they "combine maximum uncertainty with minimum clarity" (McCann and Gilkey 1988). The first premise, at times articulated and at times not, upon which much of this literature is built is that the transition that is created by a change in an organization can and should be managed quite vigorously. There is also agreement that major transitions tend to be under- rather than overmanaged.

A second fundamental premise in the literature links an organization's success in effecting desired change with the successful transition of individuals within the organization. Bridges (1988, 1991) describes change as the "ends" or the road map showing where the organization wants to go, while transition is the process of leaving behind the old and ultimately identifying with the new organization. Capable transition management requires that employee reactions, sometimes intense and always varied, be seen as legitimate reflections of where the individuals are in the process.

So, assuming that organizational change can and should be managed, and that having a conceptual framework for understanding the effect of such a change on an organization is helpful, how should organizations prepare for and implement change? What emerges are six underlying principles:

1. The development of a clear, concise and accessible vision of the positive benefits the change is expected to achieve and the underlying values.

2. The involvement of visible, strong, cohesive executive leadership throughout the post-merger integration process.
3. The allocation of designated resources to support and coordinate the transition activities.
4. Ongoing communication that is varied, factual, open, honest, timely and preferably face to face.
5. Collaboration with and involvement of as many of those affected by the change as early as possible.
6. Attention to organizational culture from the outset, making every effort as soon as possible to articulate the attributes of the "desired" one, while respecting all the cultures that are coming together.

Having identified these six fundamental principles, the next task was to apply them to the designing of an appropriate process and structure for managing the Centre's post-merger integration.

APPLYING THE PRINCIPLES

1. VISION AND VALUES

To begin integration planning a context was necessary. It was very helpful that the pre-merger steering committee had spent considerable time early in its discussions developing statements that articulated the vision for the new organization and the values it would espouse. Widely consulted upon, both internally and externally, these statements emphasized important themes such as partnerships; collaboration; client-patient centred care; "best practices"; a comprehensive continuum of services including prevention/promotion and advocacy; and accountability.

The question immediately facing the Centre was whether the steering committee's vision, values and commitment to partnership statements provided enough direction or required further elaboration through comprehensive strategic planning. Due to other priorities, the board and senior management decided to delay strategic planning for six months and to use the steering committee's guiding statements in the interim. Having followed that timetable, in April 1999 the board endorsed the Centre's first strategic plan, one that was highly consistent with the original vision and values. In retrospect, there is no actual evidence to suggest that deferring its start was detrimental to the first year's integration planning or operations.

One other decision taken by senior management just prior to the completion of the merger also helped to focus integration planning – the decision to organize the Centre on the basis of programs rather than disciplines. Thirteen addiction

and mental health clinical programs of the Centre were identified. The context for the latter included the HSRC's directives regarding target populations and services, the expertise of the four founding organizations and the affiliation with the University of Toronto. The non-clinical program priorities were conveyed by the other corporate program portfolios – research and community health and education.

2. EXECUTIVE LEADERSHIP

It is tempting when designing the corporate structure for a newly merged organization to create a single senior management position with responsibility for the transition or to retain an external consultant to assist in managing the process. Another tendency is to create a structure parallel to that of the senior management structure. These options were considered and rejected, and it was decided to embed the accountability for leading the planning and implementation of the post-merger integration in the Senior Management Group (SMG). Terms of reference for this aspect of its role and responsibilities were developed, and included: developing a comprehensive set of transition planning principles and assumptions; convening a number of task forces and integration teams to assist in the planning and approving of their work plans and final reports; identifying an appropriate conceptual framework for the transition; ensuring appropriate internal and external communications; and developing macro-level indicators to monitor and evaluate the implementation of the post-merger integration. The SMG met weekly during the year, and transition planning was a regular agenda item for discussion and decision-making.

To connect the SMG more closely with the transition planning process, several individual senior managers co-chaired six major task forces, whose work focused on pivotal Centre-wide issues.

3. DESIGNATED TRANSITION SUPPORTS

Having decided to have the SMG function as the steering committee for the post-merger transition, it was clear that the team would require some support. A half-time external consultant was retained as a Special Advisor, Transition Planning, and a full-time Transition Planning Coordinator was recruited through an internal competition. Along with a part-time administrative assistant, together they constituted the Transition Support Office (TSO) during the Centre's first year after the merger. The TSO reported to the Office of the President and functioned in a number of ways to support the senior management team. Specifically, it provided: strategic advice, facilitation and support in the design and implementation of a "best practices" transition process and structure; coordination of all transition and other Centre planning processes (e.g., strategic and program); operational support to

the task forces and consulting support to integration teams; and preparation of regular progress reports on the transition for the board, staff and external stakeholders.

As the Centre neared the end of its first year of operation, the work of the task forces, integration teams and strategic planning was almost completed and most middle-management positions were filled. It became clear that the organization was coming to the natural end of the first phase of the post-merger integration, a year focused primarily on planning in a detailed way the implementation of the integration. In April 1999, therefore, the TSO was closed and a new position of Strategic Initiatives Coordinator was created and filled to ensure continuing support for the monitoring of the implementation of the many plans developed in Year One. The largest single remaining planning process yet to be completed is that related to the development of the sites to support the organization's strategic plan.

It is important to emphasize that the TSO did what it was intended to do - it supported a myriad of transition-related activities and processes, but did not lead or manage the transition. That was the SMG's role, and this clear division of responsibility and labour was an important factor in the success of the first year.

4. COMMUNICATIONS

Shortly after the merger took place, staff anxiety increased and the need for more and varied communication became apparent even though a number of mechanisms were in place, including a weekly internal newsletter. An anonymous telephone transition hot line was established with a commitment to respond to queries in the newsletter (helpful for two months or so, but of little use after that). What appeared to be most needed were more opportunities for face-to-face, two-way communication. The Centre took a number of steps: regular breakfasts with the CEO and COO were instituted for small groups of staff, and the issues raised in these discussions were addressed in the newsletter; regular forums for middle managers were organized; all-staff meetings at each of the four sites were held; and senior managers were provided with overhead materials to inform their staff about important new developments.

The effectiveness of these communication mechanisms is hard to judge, although it is likely that the demand for information and discussion during this kind of transition is almost impossible to meet. In retrospect, the Centre tried hard, but it may not have been better than "good enough."

Although it was the Centre's intention to undertake an employee survey early in the fall of 1998, circumstances at that time dictated its postponement until 16 months after the merger. The survey selected encompassed a range of issues, including opinions about how staff viewed the Centre's efforts

to keep them informed during the transition. The data would have been helpful in providing a baseline for monitoring the transition over time.

All other things being equal, it is recommended that relatively early on in the post-merger transition, some method be instituted to capture systematically and clearly staff perceptions of communication efforts and to obtain suggestions for improvement.

5. COLLABORATION

During any merger, voluntary or imposed, it is important to provide as much opportunity as possible for those affected by the change to be involved in planning its implementation. Therefore, collaboration and involvement of staff in the design and structure of integration processes became a priority. To this end, six task forces with broad representation were struck to address six major cross-organizational issues: communications, culture, human resources, program management implementation, operational/clinical performance indicators and transition support strategies, each with a mandate to develop recommendations for the SMG. A general invitation to participate was extended to staff, and by the end of the process almost 200 staff had participated.

The TSO supported and coordinated the process by: developing Terms of Reference, and transition planning principles; assisting with the composition of the task forces; and working closely with the co-chairs (one from senior management and one from middle management). Orientations were provided to the members of the task forces when the work began in May 1998. Each task force developed a work plan with timelines, convened a number of action groups to assist, used a variety of approaches to facilitate the building of trust and cohesion in the team and met a variety of challenges along the way. On several occasions the TSO brought the co-chairs together to ensure a coordinated approach to the overlapping issues.

The task forces presented their final reports to the SMG in January 1999, at which time all task force members were invited to attend a recognition lunch and asked to participate in an evaluation of the process and structure. On balance, the participants valued the experience, and many became in their own ways "champions of change" within the Centre. Their commitment is reflected in the decision by four of the task forces to reconstitute them for the next phase - monitoring and evaluating the implementation of their recommendations.

The second structural component of the transition was a number of integration teams to develop specific plans for consolidating important Centre functions: the four addiction programs, research, human resources, lab services, pharmacy, volunteers, educational training, finance, library services, purchasing and materials management, creative and produc-

Recommend your patients keep a HEALTH DIARY™

WHY?

- a health diary helps patients organize personal information
- encourages compliance & adherence to medical & health advice
- reduces potential medication contraindications
- easy to follow prompts & size
- The self-directed Table of Contents allows the patient to tailor the book to their own needs.
- great gift, shop sales or fundraising

Suite 250, Unit 14, 4 Westwood Blvd., Upper Tantallon, Nova Scotia, Canada B3Z 1H3
 1-877-FUL-WITS (385-9487) toll free, 902-857-1900 tel or fax us at 902-857-1124

www.healthdiaries.com

tion services. Generic terms of reference were developed for these teams, and the relevant senior managers convened and led these processes. The breadth of membership and approach to the task varied considerably across the integration teams. While most teams completed their work by the target date, the results were uneven. In retrospect, these teams would have benefited from more direct support from the TSO.

Another process began in the summer of 1998 and provided an excellent team-building opportunity that fit quite nicely with the Centre's approach to integration – that is, preparation for the first Canadian College of Health Services Accreditation survey in March 1999. At the time it seemed an almost impossible task, yet in retrospect it is clear that the “accreditation challenge” served the integration process well and contributed to morale when excellent results were received.

In summary, any process and structure that provides an appropriately supported opportunity for a cross-section of employees to work together as a new team on common issues is beneficial to the integration enterprise.

6. CULTURE

The four founding partners brought with them quite different organizational cultures. Not only were there important differences between the cultures of the addictions and mental health organizations, there were notable differences between the two addiction and between the two mental health organizations. Paying heed to the literature on the role of the culture variable in a successful merger, the Culture Task Force was convened to articulate the attributes of the new organization's desired work culture. Implicit in the Centre's approach to this task were three notions: each of the four cultures was deserving of respect; each of the cultures had positive aspects that could enhance the performance of the organization; and the culture of the new organization should combine existing cultures rather than have one or two dominate the others. Buono and Bowditch (1989: 143) describe this type of cultural merger outcome as “cultural blending.”

It was difficult to know how best to do this work on culture. The review of the literature and other merged organizations' experience uncovered a number of ready-made tools to facilitate the process. After considerable discussion, it was decided that the Culture Task Force would undertake its own process, using its membership as a microcosm of the Centre to reach a consensus on the attributes of the Centre's desired culture. To do this, short histories of each of the four founding partners were developed and discussed; members' perceptions of their own and the three other organizations' cultures were systematically shared; several critical cultural attributes were identified (e.g., respect for diversity, participatory management style, collaboration and partnership) and agreed on over the course of several meetings and a one-day facilitated retreat; and, finally, these were articulated in the form of a Statement of Desired Culture.

The results were very satisfying for the task force members, and although it is premature to assess, the Centre is optimistic that the attention paid to culture, although not likely to eliminate all "culture clashes" and "we/they" tensions, will provide the basis for the emergence of a healthy and productive work culture over the next several years.

CONCLUSIONS

Comprehensive data for measuring the success of the first year post-merger integration are not at hand. The Centre's Balanced Scorecard – the first of its kind in the addiction and mental health field – includes a number of indicators specific to the transition that are being monitored closely, but the data are at this point preliminary. And, as noted earlier, the results of the first employee survey are not yet known. However, there are signs that the Centre's approach to planning and managing the first phase of the post-merger transition was effective: a comprehensive strategic plan was completed and endorsed; the first accreditation survey report commented favourably on the post-merger progress made; an ambitious capital campaign was well underway; and funding for research increased by 20%. In addition, as a result of informal, spontaneous activity between and across programs and services, numerous smaller integration successes have been produced and documented.

Without more outcome data and "hindsight," it is risky to draw conclusions about the "success" of the post-merger integration. However, some observations about the process and structure of such endeavours can be offered:

- It is important to custom-design the process and structure, as there is no "one-size-fits-all" formula or approach.
- Firmly root the custom-design in clear principles – the six identified in this article appear highly relevant.
- Post-merger integration is more complex and challenging than pre-merger negotiations.
- Perfection is not possible, as successful transitions are more "art than science."
- Successful organizational integration takes months and years, not days and weeks.

A merger is a unique event in the life cycle of an organization and although it is stressful for the organization and the individuals in it, it also provides a profound and exciting opportunity for improvement. As the Centre entered its second year, the focus changed from planning the post-merger integration to implementing the many plans completed in the first year and moving closer to achieving its vision. There is a consensus that change initiatives frequently falter in this phase as the focus, energy and commitment required to manage the change/transition in the short term fails to be sustained in the managing of organizational performance in the long term.

Moreover, that assumes that an organization will have the luxury of managing just one transition in the short term, not a likely reality for most healthcare organizations in the foreseeable future. As Jick (1991) notes: "Implementation has less to do with implementing commandments and more to do with responding to the various voices within the organization, to the requirements of a particular situation and to the reality that change may never be a discrete phenomenon or a closed book."

Thus, a merger, like other kinds of major change, should be used as a vehicle for enhancing the organization's capacity to recognize and thrive on the continuing necessity of change. The practical principles applied in designing the first phase of its post-merger integration are consistent with that goal and have served well in achieving what many believe is a promising beginning for the Centre for Addiction and Mental Health. **□**

REFERENCES

- Bridges, W. 1998. *Surviving Corporate Transition*. William Bridges and Associates, Mill Valley, CA.
- Bridges, W. 1991. *Managing Transitions*. Addison-Wesley Publishing Company, Reading, MA.
- Buono, A., J. Bowditch, and J. Lewis. 1995. "When Cultures Collide: The Anatomy of a Merger." *Human Relations* 38(5): 477-500.
- Garfinkel, P., J. Simpson, and A. Baumann. 1999. "An Amalgamation of Four Specialty Hospitals: Lessons Learned." *Hospital Quarterly* (Spring) 14-22.
- Ivancevich, J., P. Schweiger, and F. Power. 1987. "Strategy for Managing Human Resources During Mergers and Acquisitions." *Human Resource Planning* 10(1): 19-35.
- Jick, T. 1991. "Implementing Change." Harvard Business School, Case N9-491-114, President and Fellows of Harvard College.
- McCann, J. and R. Gilkey. 1998. *Joining Forces: Creating and Managing Successful Mergers and Acquisitions*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Meyer, J., J. Allen, and L. Topolnytsky. 1998. "Commitment in a Changing World of Work." *Canadian Psychology*, 39 (1-2): 83-93.



DIANNE MACFARLANE



DALE BUTTERILL

Dianne Macfarlane, is Senior Associate in the Health Systems Research and Consulting Unit at the Centre for Addiction and Mental Health, and is an associate Professor Department of Psychiatry, University of Toronto.

Dale Butterill, is the coordinator of Strategic Initiatives and a Senior Consultant in the Health Systems Research and Consulting Unit at the Centre for Addiction and Mental Health.

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 26 avril 2016

Objet : **Histoire d'une expérience d'un patient**

Afin d'appuyer les efforts dans notre démarche d'amélioration continue de la qualité des soins et la sécurité des patients, nous vous présentons l'histoire de cas ci-jointe.

Nous vous invitons à nous guider dans les priorités à développer.

Soumis le 15 avril 2016 par Gisèle Beaulieu, vice-présidente de la Performance, de la Qualité et des Services généraux

Histoire d'un patient

Urgence et Pharmacie

Avril 2016

Situation

- Patiente de 81 ans a reçu 2 doses de **Norflex** (relaxant musculaire) au lieu de recevoir du **Norflox** (antibiotique – norfloxacine).
- **Norflex** (relaxant musculaire) habituellement prescrit à 100 mg. Elle a reçu 400 mg - 4 fois la dose habituelle à deux reprises.
- **Conséquences** : hallucinations, délirium, myoclonie (contraction musculaire) et hospitalisation prolongée (durée de séjour – 1 semaine).
- Patiente a reçu traitement à l'Haldol et les effets secondaires se sont atténués graduellement (après 3 jours symptômes résolus).

Chronologie

- Patiente admise à l'urgence pour hypoglycémie.
- Au foyer de soins, traitement débuté pour infection urinaire (Noroxin – nom générique de l'antibiotique).
- Patiente gardée en observation à l'urgence.
- Bilan comparatif des médicaments (BCM) fait à l'urgence et **Norflex 400 mg BID - bien inscrit** au BCM.
- Médecin prescrit Noroxin (Norfloxacin).
- Feuille de BCM reçue à la pharmacie et ordonnance entrée comme **Norflex** (Orphénadrine) 400 mg par technicien (auto-correcteur à capté Norflex et erreur manquée.)
- Ordonnance vérifiée (**Norflex**) par la pharmacienne et livrée à l'urgence (erreur manquée).

Chronologie

- Feuille de BCM et fiche de médicament vérifiées et contre signées par l'infirmière (erreur manquée).
- Médicament donné en soirée (**Norflex** 400 mg au lieu de **Norflox**).
- Lendemain matin, la patiente présente signes de confusion, cherche ses mots, ne comprend pas les consignes.
- Médicament du matin donné (**Norflex** 400 mg au lieu de **Norflox**).
- Fax reçu de la pharmacie communautaire mentionnant tous les médicaments de la patiente dont : Apo Norflox, 400 mg, co, apx norfloxacin (erreur manquée).

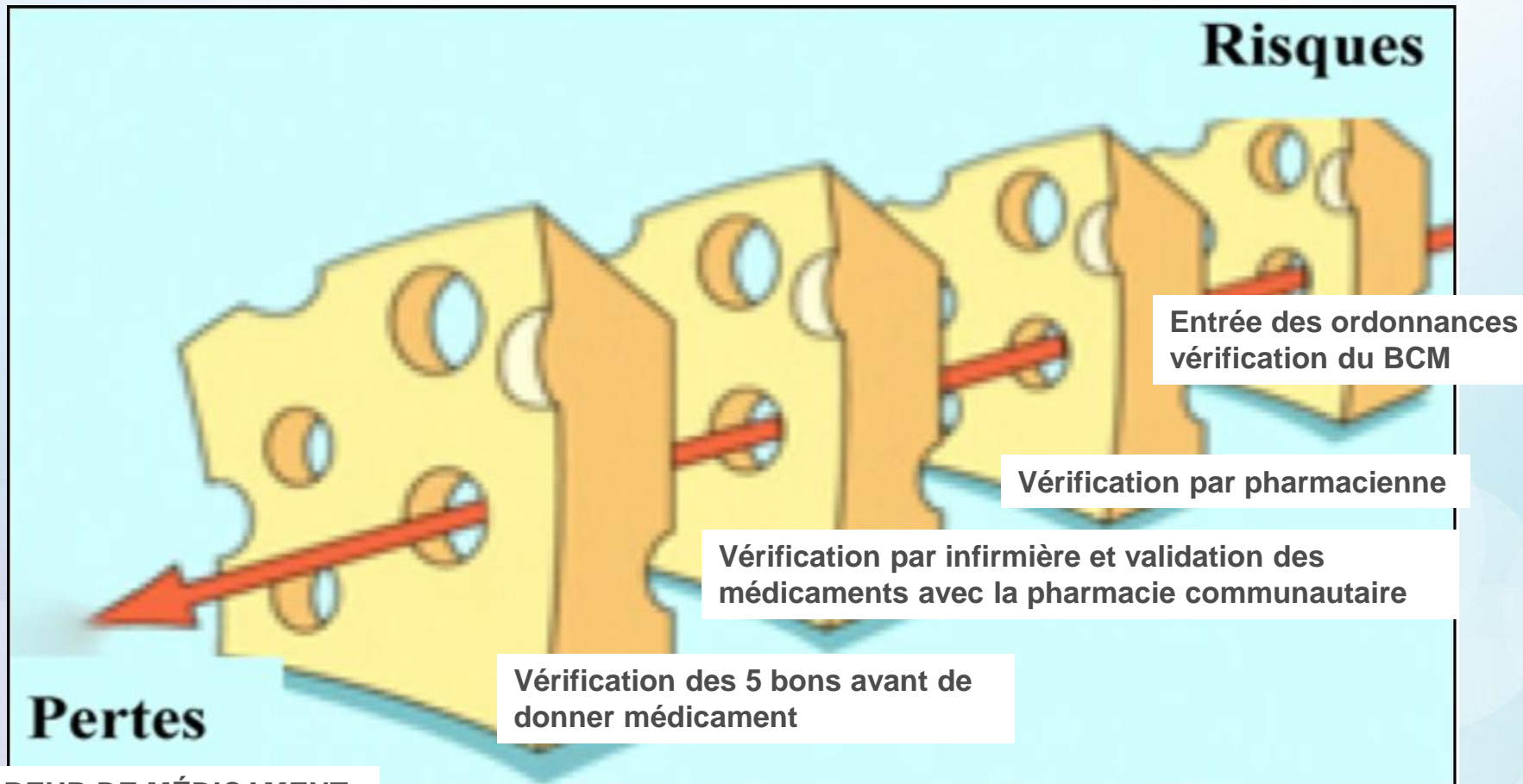
Chronologie

- Patiente très confuse ne comprend plus rien. Famille avisée.
- Médecin résident avisé, patient mange très peu, regard fixe, mouvements saccadés.
- Médecin résident consulte le médecin traitant.
- Erreur captée et démarches entreprises pour renverser les effets secondaires du médicament.
- Divulgation de l'erreur à la famille.
- Revue de l'événement effectuée afin d'identifier des pistes d'amélioration.

Renseignements additionnels

- Personnel infirmier complet à la salle d'urgence. Personnel avec plus de 15 ans d'expérience (2 infirmières et une auxiliaire).
- Nombre de patients élevé en observation (5 – 6 patients).
- Taux de visites élevé à l'urgence.
- Dotation usuelle du personnel à la pharmacie.
- Personnel de la pharmacie impliqué dans l'incident: 1 pharmacienne et 2 techniciens, avec 10 – 20 ans d'expérience.
- Poste de travail à la pharmacie en révision (environnement achalandé et bruyant).
- Nombre d'ordonnances à la pharmacie :
 - Dimanche (8 h-16 h): 604 (une pharmacienne)
 - Lundi (8 h-20 h): 708 (trois pharmaciens)
- Taux d'occupation élevé à l'hôpital:
 - Dimanche : 101,78 %
 - Lundi: 107,10 %

Failles dans le système



Risques

Entrée des ordonnances
vérification du BCM

Vérification par pharmacienne

Vérification par infirmière et validation des
médicaments avec la pharmacie communautaire

Vérification des 5 bons avant de
donner médicament

Pertes

ERREUR DE MÉDICAMENT

Discussion

Quelle est la meilleure approche à entreprendre afin de développer une culture non punitive?



RÉSEAU DE SANTÉ

vitalité

HEALTH NETWORK



Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 26 avril 2016

Objet : Relations avec la communauté

Programme de la réadaptation et revalidation rapide

L'initiative : **Réadaptation et revalidation rapide** s'inscrit dans les stratégies "D'abord chez soi" du Ministère de la santé et du Ministère du développement social. Suite à un projet pilote qui a débuté dans la zone 3 du Réseau de santé Horizon en juillet 2015, nous sommes maintenant rendu à la phase d'étendre cette initiative dans toute la province. Cette mise en œuvre progressive s'étendra sur une période de 2 ans. Dans le Réseau de santé Vitalité, les unités du PEM de la zone 1b seront les premières unités à implanter cette nouvelle initiative. Le but de cette initiative vise à offrir aux aînés, des soins et des traitements intensifs de courte durée afin de les aider à retrouver leur autonomie et à demeurer chez eux à la suite d'une hospitalisation ou d'un incident de santé dans la collectivité. Les personnes âgées admissibles reçoivent des soins et des services prodigués de façon rapide, continue, intégrée et intensive.

L'initiative de réadaptation et de revalidation rapides est un service amélioré qui :

- favorise un rétablissement plus rapide après une maladie;
- contribue à l'obtention d'un congé plus rapide de l'hôpital;
- favorise la vie autonome à domicile;
- permet d'obtenir de meilleurs résultats sur le plan de la santé et sur le plan social;
- élimine ou retarde le recours à des soins inutiles et plus coûteux.

Madame Carla Maltais, directrice-adjointe des services d'urgence, fera une présentation lors de la réunion et les membres auront l'occasion de poser des questions sur cette initiative. Cette présentation est annexée à la présente documentation.

Soumis le 15 avril 2016 par Jacques Duclos, vice-président des services communautaires et de santé mentale.

La stratégie du Nouveau-Brunswick : D'abord chez soi

**Service de réadaptation
et revalidation rapide**

Services de réadaptation et revalidation rapide

Initiative prioritaire de la stratégie *D'abord chez soi*

Objectif :

Offrir aux aînés des soins et des services à court terme de manière intensive afin de les aider à rétablir leur indépendance et à demeurer à domicile après une hospitalisation ou un événement dans la communauté.

- *Les aînés hospitalisés* recevront leur congé rapidement en communauté grâce à l'ajout de personnel et à l'intégration des services de santé et sociaux. On offrira des interventions et un soutien intensif pour optimiser la récupération et promouvoir l'indépendance
- *Les aînés de la communauté* recevront des services afin de maximiser leur indépendance et d'éviter des visites inutiles aux urgences et une hospitalisation
- Intégrer et améliorer les services du PEM et de soutien à domicile existants afin d'appuyer une réadaptation et revalidation rapide et intensive, que ce soit à domicile ou dans un foyer de soins spéciaux

Population ciblée :

Aînés de 65 ans et plus

Hospitalisés et qui ne requièrent plus de soins médicaux aigus avec un diagnostic de :

- *Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)*
- *Insuffisance cardiaque congestive (ICC)*
- *Diabète*
- *Accident vasculaire cérébrale (AVC) faible ou modéré*
- *Accident ischémique transitoire (AIT)*
- *Chute, blessures musculo-squelettiques, fractures – reçois des services de réadaptation, de convalescence et des interventions générales de renforcement à l'hôpital*

À la maison et à risque d'admission à l'hôpital avec un diagnostic ci-dessus

À la maison après avoir été diagnostiqués avec des symptômes de démence

Comment il diffère?

- Intégration des services sociaux et de santé
- Jusqu'à 6 heures de soutien à domicile formel par jour pour un maximum de 9 semaines
- Peut bénéficier jusqu'à 10 heures de soutien à domicile pendant 3 jours si à la maison et à risque d'admission à l'hôpital
- Option d'un placement transitoire dans un foyer de soins spéciaux désigné pour un maximum de 21 jours
- Pas de temps d'attente pour le PEM ou l'accès à des travailleurs de soutien à domicile
- Aucune facture pour les patients afin de recevoir les travailleurs de soutien à domicile pour la durée du service
- La fréquence des visites des professionnels du PEM intensifiée par rapport aux soins habituels

Service de réadaptation et revalidation rapide

Mise en œuvre provinciale sera échelonnée :

En 2016-2017:

- Avril 2016 : zone 1 dans les deux Réseaux de santé : Vitalité et Horizon; compléter la mise en œuvre dans la zone 3
- Octobre 2016 : zone 2 d'Horizon et la zone 6 de Vitalité

En 2017-2018 (prévu):

- Avril 2017 : zone 4 de Vitalité et compléter la mise en œuvre dans les zones 1 et 2 d'Horizon et la zone 6 de Vitalité
- Octobre 2017 : zone 5 de Vitalité et la zone 7 d'Horizon

Responsabilité et surveillance

Groupe ciblé :

- Réduction de la durée moyenne de séjour d'hospitalisation
- Réduction des journées d'hospitalisation des autres niveaux de soins (ANS)
- Augmentation des références provenant de la communauté vers le Programme extra-mural (PEM)
- Réduction des heures du programme de soins de longue durée (SLD) (50%)
- Réduction de la durée de séjour dans un foyer de soins pour 15 % des patients participant au programme
- Réduction des placements résidentiels

Service de réadaptation et revalidation rapide

?

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 26 avril 2016

Objet : Projet de construction et rénovation

Vous trouverez ci-joint une mise à jour des projets de construction et rénovation pour l'année 2016-2017 conformément au budget annoncé par le Ministère de la Santé soit :

Budget d'immobilisation à long terme

Total : 39,8 M \$ dont :

- 17,8 M \$ (Services chirurgicaux au CHUDGLD)
- 3,4 M \$ (2M Centre d'excellence à Campbellton et 1.4 M Démolition du CHR)
- 18,6 M \$ (18.2M Agrandissement à l'Hôpital Régional Chaleur et 400 000 Centre de Santé de Paquetville)

Budget de rénovation majeur

Total : 2.2 M \$ dont :

- 1 M \$ (800 K \$ Champs d'épuration Stella-Maris-de-Kent et 200 K \$ système de contrôle des ascenseurs au CHUDGLD)
- 800 K \$ (Compléter pharmacie satellite de l'oncologie à l'Hôpital Régional d'Edmundston)
- 400 K \$ (Réparation ascenseurs à Caraquet et Lamèque)

Soumis le 15 avril 2016 par Gisèle Beaulieu, vice-présidente de la Performance, de la Qualité et des Services généraux





Projets construction 2016-2017



Région Beauséjour

Centre Hospitalier Universitaire Dr-G-L.-Dumont

Services chirurgicaux



Services chirurgicaux

- Coût total prévu du projet - \$101M
- Budget annoncé 2016-17 par le MS : \$17.8 M
- Ouverture du bloc opératoire, service central, soins intensifs, physio/ergo prévue : juin 2020.
- Ouverture des nouveaux soins intermédiaires, réception de marchandise prévue : nov 2021.
- Construction (contrat 2 - enveloppe) débutée en mars 2015 et prévue d'être complétée en novembre 2016.
- Appel d'offres pour le contrat 3 (intérieur et rénovations) : prévu septembre 2016.

Salles d'opération – niveau 1

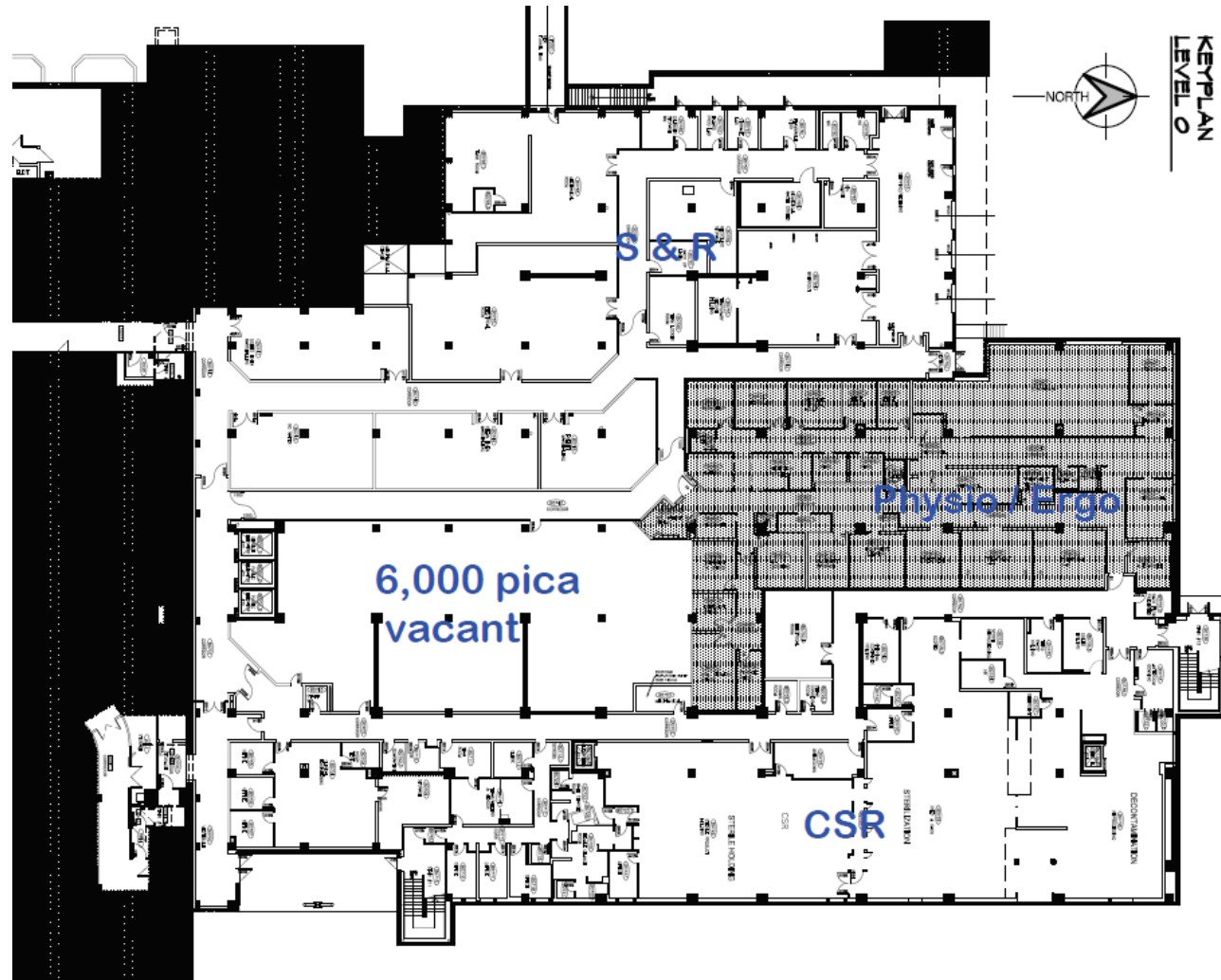


Salles d'opération – niveau 0 (avant PT/ET)



Salles d'opération – niveau 0

Emplacement pour Physio T et Ergo T

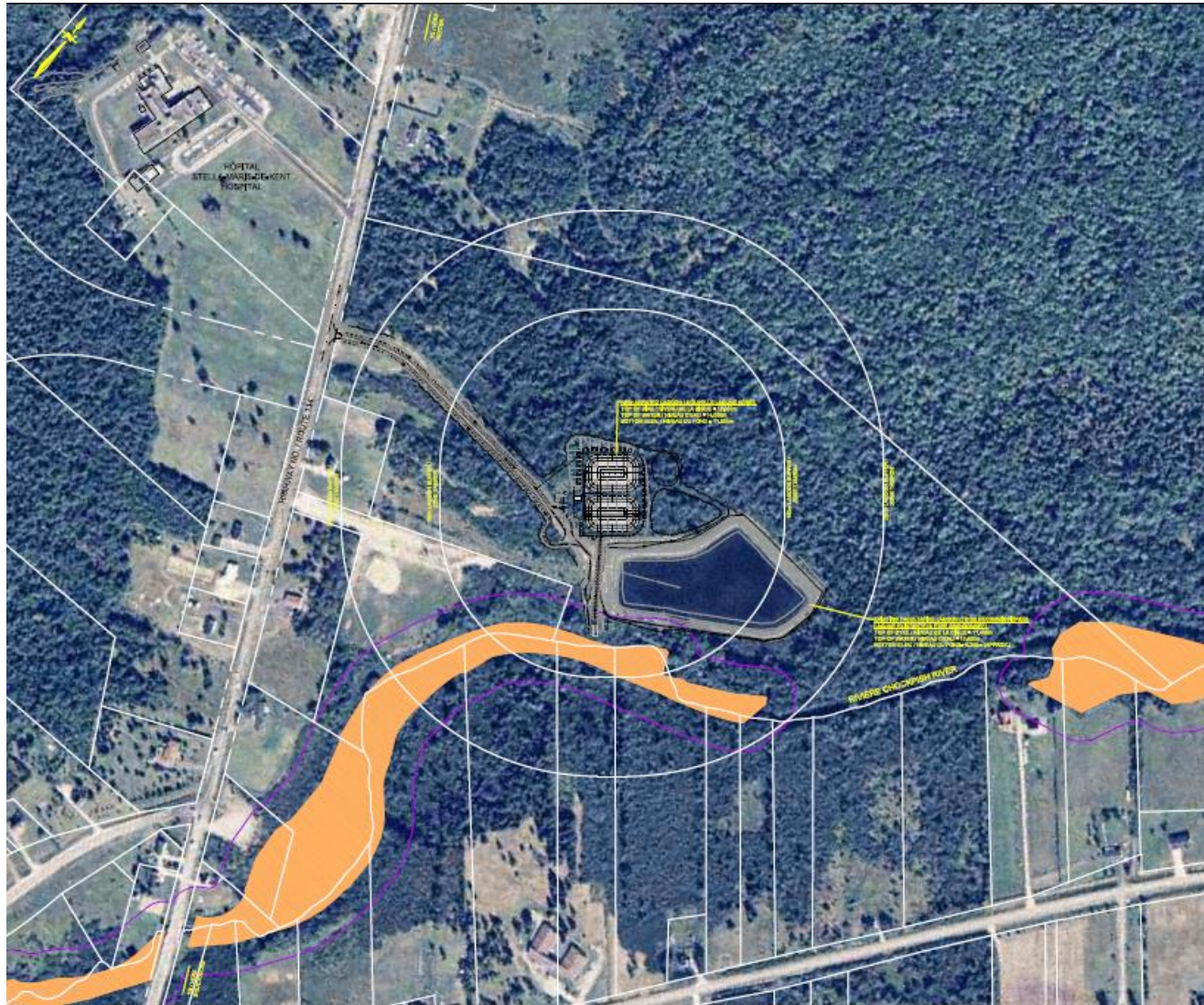


Hôpital Stella Maris de Kent

Bassins traitement des eaux usées

- Coût total prévu du projet - \$1.65 M
- Budget annoncé par MS 16-17: 800,000 \$
- Phase 1: exécutée de septembre 2015 à novembre 2015 - Construction du chemin d'accès et des deux bassins.
- Phase 2: Prévue d'être exécutée de mai à août 2016 - Construction de l'usine d'aération.

Bassins traitement des eaux usées – HSMK



Nouvelle morgue au CHUDGLD

- Budget : \$1.5M. Coûts partagés entre Vitalité et le Centre de formation médicale (CFM).
- Nouvel espace de 2,500 pi² remplacera l'espace présent de 650 pi² et qui inclus:
 - salle de réunion
 - salle d'éducation
 - espace de visionnement en plus d'une salle d'autopsie
 - un réfrigérateur adapté
- Construction prévue débuter en septembre 2016 pour une durée de 4 mois.

Clinique du sommeil au CHUDGLD

- Budget : \$700K.
- Nouvel espace de 2300 pi.ca. remplacera l'espace présent approximatif de 1000 pi.ca et inclus:
 - quatre (4) chambres à coucher
 - une salle d'acquisition
 - un bureau
 - une salle ambulatoire
 - une réception
- Dessins architecturaux sont complétés.
- Processus d'une soumission publique pour la sélection d'un contracteur général en cours.
- Construction prévue débuter cet été pour une durée de 4 mois.

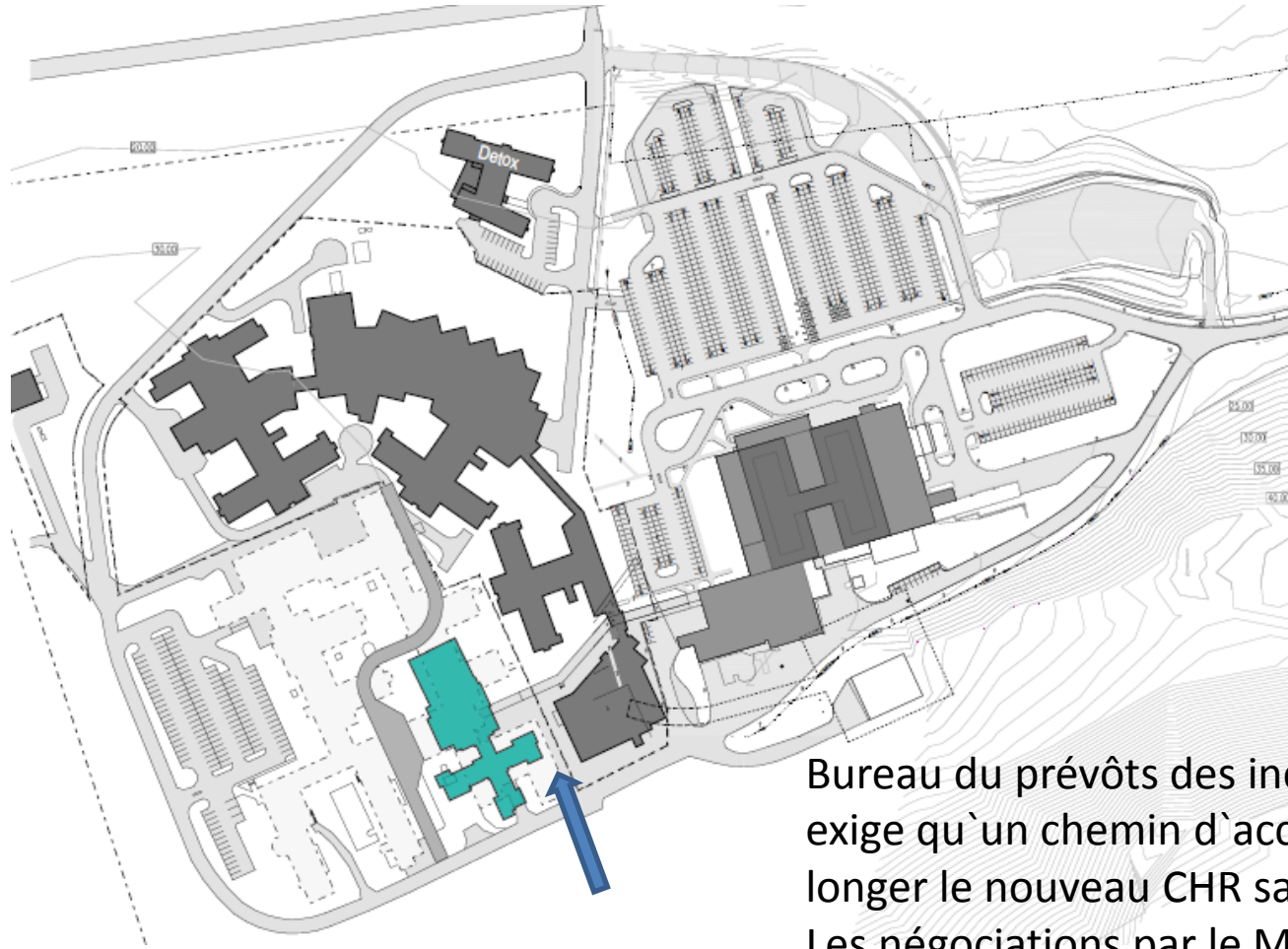


Région Restigouche

Centre provincial d'excellence pour jeunes

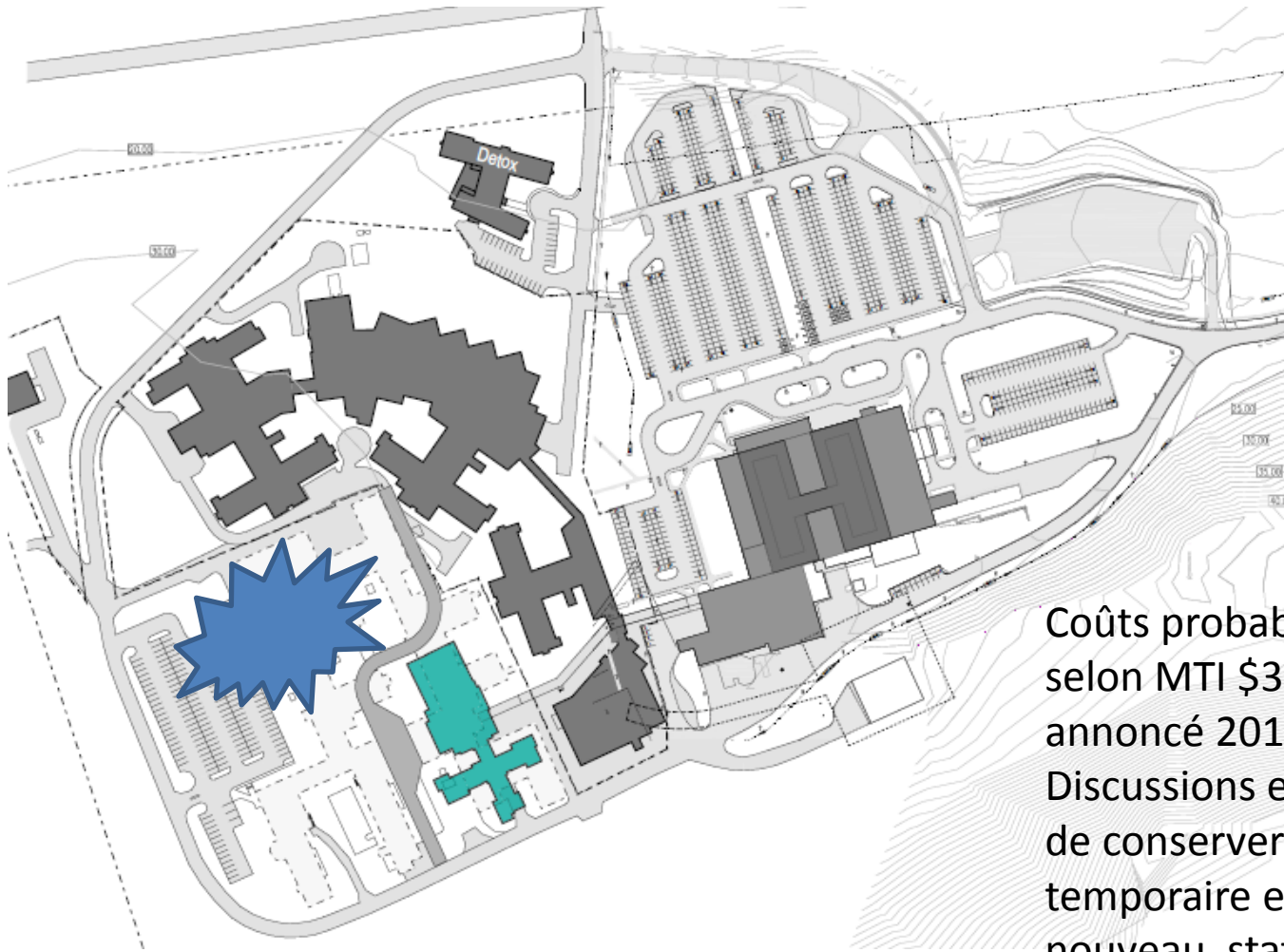
- Coût total prévu pour ce projet: \$11.8M
- Budget annoncé 2016-17 par le MS: \$2.0M (pour le début des plans architecturaux).
- Nouveau centre accueillera 15 patients (10 non sécurisés + 5 sécurisés).
- Nouvel édifice: 28,000 pi² de 1 étage raccordé au circuit de passerelles internes existantes (avec le CHR et l'HRC).
- Plan d'adjacence approuvé le 29 mars 2016.
- Construction prévue débuter vers la fin mars 2017 pour une durée d'environ 12 mois.
- Date de mise en service par le Réseau: mi-juillet 2018.

Centre provincial d'excellence pour jeunes



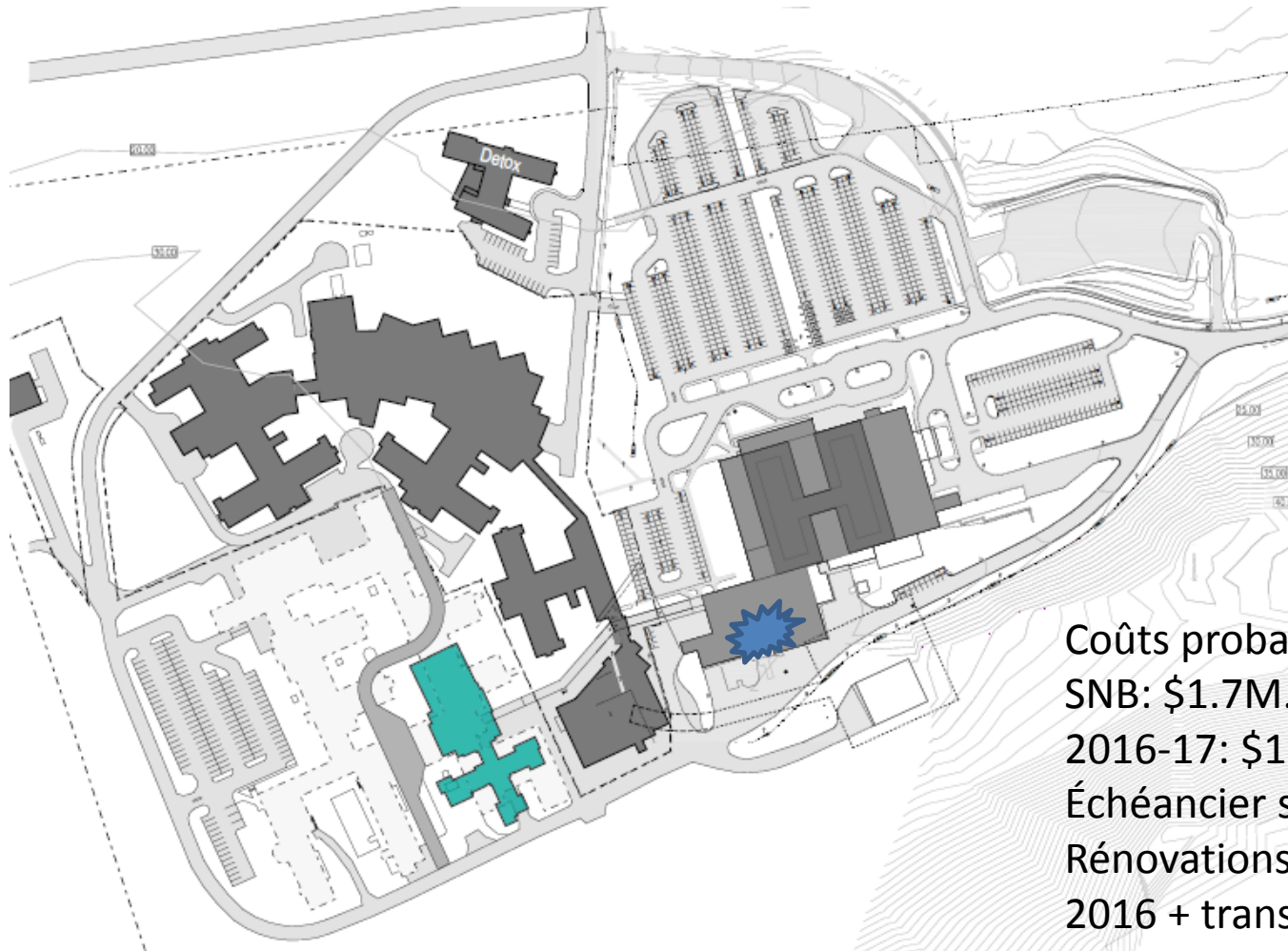
Bureau du prévôts des incendies du NB exige qu'un chemin d'accès se doit de longer le nouveau CHR sans interruption. Les négociations par le MTI se poursuivent en conséquence.

Démolition de l'ancien CHR avec construction nouveau stationnement



Coûts probables du projet selon MTI \$3.5M. Budget annoncé 2016-17: \$1.4 M. Discussions en cours au sujet de conserver le stationnement temporaire existant vs un nouveau stationnement.

Rénovation buanderie de HRCampbellton pour accepter charge de HRChaleur



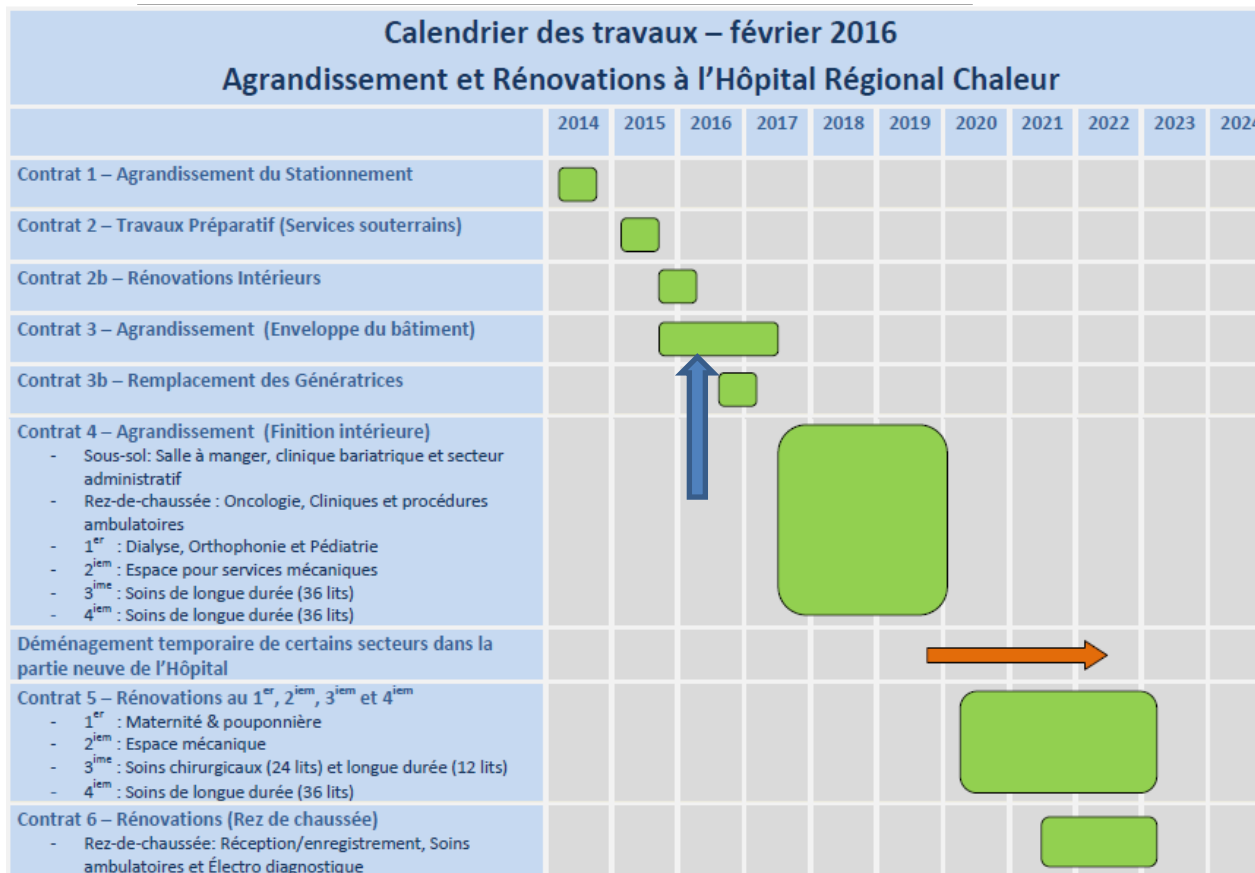
Coûts probables du projet selon
SNB: \$1.7M. Budget annoncé
2016-17: \$1.7 M.
Échéancier selon SNB –
Rénovations terminées 30 sept
2016 + transferts 31 jan 2017.



Région Acadie-Bathurst

Agrandissement et rénovation – Hôpital Régional Chaleur

- Coût total prévu pour ce projet: \$217M (dont \$144M en budget de construction). En février 2016, le MTI indique \$149M requis.
- Budget annoncé par le MS pour 2016-17 : \$18.2M



Agrandissement et rénovation – Hôpital Régional Chaleur



Agrandissement
de 7 étages =
22,000m² total
de nouvelle
superficie.

Rénovation de 6
étages =
11,500m² total
de superficie
existante
affectée.

Centre de santé de Paquetville

- Budget annoncé par MS (16-17): 400,000 \$.
- Agrandissement et rénovation du Centre actuel.
- Ajout d'un service de phlébotomie et autres services.
- Phase de planification en cours par une firme d'architecte.
- Début des travaux prévu pour septembre 2016 avec une période de construction de 6 mois.



Région Nord-Ouest

Projet pédopsychiatrie

- Relocalisation du secteur pédopsychiatrie dans l'unité psychiatrique.
- Projet complété et correction des déficiences en cours pendant la semaine du 11 avril.
- Déménagement de la pédopsychiatrie prévu au cours de la semaine du 25 avril.
- Ouverture des 3 lits prévue pour le 18 avril.
- Budget provient du plan de “rattrapage”: \$550K

Pharmacie satellite en oncologie

- Budget: \$1.06M (\$950K en 2015-2016 et \$110K en 2016-2017).
- Extension du secteur d'oncologie pour une pharmacie satellite afin de préparer les médicaments.
- Fin du projet prévue pour le 29 avril.
- Mise en service de la nouvelle pharmacie prévue pour le 16 mai.

Projets reportés

- Les projets suivants n'ont pas reçu de financement du Ministère de la Santé en 16-17
 - Hémodialyse à l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent
 - Remplacement de la bouilloire à bois à l'Hôpital Régional de Campbellton
 - Remplacement de l'IRM mobile par une IRM fixe à l'Hôpital Régional de Campbellton

Formulaire d'évaluation

Réunion publique du Conseil d'administration

Le but de ce formulaire est d'évaluer l'efficacité globale du processus de la réunion publique du Conseil d'administration. Veuillez s.v.p. classer les éléments suivants sur une échelle de 1-5, où un "1" ne répond pas à vos attentes et un "5" dépasse vos attentes. Cette évaluation nous guidera afin de savoir où les changements peuvent être effectués dans le but d'accroître notre productivité.

	Dépasse vos attentes		Rencontre vos attentes		Ne réponds pas à vos attentes	
	5	4	3	2	1	
1) Les documents ont été fournis suffisamment à l'avance pour se préparer aux réunions.	5	4	3	2	1	
2) La durée de temps était appropriée pour chaque sujet à l'ordre du jour.	5	4	3	2	1	
3) La mise à jour et le rapport du P.-D.G. étaient pertinents.	5	4	3	2	1	
4) La documentation permettait de comprendre les enjeux et d'appuyer la prise de décision.	5	4	3	2	1	
5) La direction était préparée et impliquée.	5	4	3	2	1	
6) Les membres du conseil étaient préparés.	5	4	3	2	1	
7) Les membres du conseil ont participé aux discussions.	5	4	3	2	1	
8) Le conseil était axé sur les questions de stratégie et de politique.	5	4	3	2	1	
9) Les discussions étaient pertinentes.	5	4	3	2	1	
10) La prise de décisions était guidée par les valeurs et des données probantes.	5	4	3	2	1	
11) Les suivis identifiés étaient clairs.	5	4	3	2	1	
12) Les discussions/divergences d'opinions ont été gérées de façon efficace.	5	4	3	2	1	
13) Les conflits d'intérêts ont été identifiés et gérés.	5	4	3	2	1	
14) Les sujets identifiés à la réunion publique étaient-ils appropriés ?	5	4	3	2	1	

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

Veuillez nous fournir des idées au niveau de l'éducation ou des discussions génératives pour des sujets de discussion futurs :

Remettre le formulaire complété à l'adjointe administrative du P.-D.G. Merci!