

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Titre de la réunion :	Conseil d'administration	Date et heure :	Le 4 octobre 2016 à 13 heures
But de la réunion :	Réunion publique	Endroit :	Four Points by Sheraton (Moncton) Rendez-vous
Présidente :	Michelyne Paulin		
Secrétaire :	Sonia Haché-Lanteigne		
Participants			
Membres			
Lucille Auffrey	Wesley Knight		Michelyne Paulin (Présidente)
Pauline Bourque	Brenda Martin		Denis M. Pelletier
Rita Godbout (Trésorière)	Norma McGraw		Sonia A. Roy
Gabriel Godin	Gaitan Michaud		Claire Savoie
Émeril Haché	Jean-Marie Nadeau		Anne C. Soucie (Vice-présidente)
Membres d'office			
Gilles Lanteigne	Linda Sunderland		
Équipe de leadership			
Gisèle Beaulieu	Jacques Duclos		Johanne Roy
Dre France Desrosiers	Stéphane Legacy		Pierre Verret

AVIS DE RÉUNION			Pour	NI	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 28 juin 2016			D		✓
6. Questions découlant du procès-verbal et suivis			I	✓	
6.1 Plan des services cliniques					
6.2 Plan régional de santé et d'affaire 2016-2019					
6.3 Organisation des services alimentaires et environnementaux					
7. Rapport du président-directeur général			I	✓	✓
8. Rapports des comités					
8.1 Comité exécutif (23 août 2016)			D	✓	✓
8.2 Comité de gouvernance et de mise en candidature (14 septembre 2016)			D	✓	✓
8.3 Comité de finances et de vérification (13 septembre 2016)			D	✓	✓
8.4 Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité (13 septembre 2016)			D	✓	✓
8.5 Comité stratégique de la recherche et des affaires académiques (aucune réunion)			D	✓	✓
8.6 Comité de la planification stratégique (31 août et 19 septembre 2016)			D	✓	✓

Légende : D = Décision I = Information C = Consultation NI = Note d'information

8.7 Comité médical consultatif (Rapport – 20 septembre 2016)	D	✓	✓
8.8 Comité professionnel consultatif (Rapport – 13 septembre 2016)	D	✓	✓
9. Privilèges temporaires des médecins	D	✓	✓
10. Dossiers légaux	I	✓	
11. Correspondance	I	✓	✓
12. Documentation pour les membres	I	✓	✓
12.1 Building High Performance Boards			
12.2 Asphyxie fœtal aiguë			
13. Histoire d'une expérience d'un patient		✓	
14. Relations avec la communauté / Services offerts			
14.1 Aide médicale à mourir	D	✓	✓
15. Autres points			
15.1 Plan de communication	D	✓	✓
15.2 Planification stratégique	C	✓	✓
15.3 Signataires de contrats	D	✓	
16. Levée de la séance	D		
17. Évaluation de la séance	C	✓	✓
18. Dialogue avec le public		✓	

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Point 5

Titre de la réunion :	Conseil d'administration	Date et heure :	Le 28 juin 2016 à 13 heures		
But de la réunion :	Réunion publique	Endroit :	Hôtel Atlantic Host à Bathurst Salon Jade		
Président :	Paul Couturier				
Secrétaire :	Sonia Haché-Lanteigne				
Participants :					
Membres actuels					
Paul Couturier (président)	√	Bonnie Mae Martin	√	Paulette Sonier Rioux	√
Adélard Cormier	√	Pierre Martin	√	Donald Thériault	√
Roger Doiron	√	Christian Mercier	√	Lester Young	√
Philippe Ferguson (trésorier)	√	Tracy Peters	√		
Membres d'office					
Gilles Lanteigne	√	Linda Sunderland	√		
Équipe de leadership					
Gisèle Beaulieu	√	Jacques Duclos (remplacé par Janice Lizotte-Duguay)	√	Johanne Roy	√
Dre France Desrosiers	√	Stéphane Legacy	√	Pierre Verret	√
Nouveaux membres					
Lucille Auffrey	√	Wesley Knight	√	Denis M. Pelletier	√
Pauline Bourque	√	Norma McGraw	√	Sonia A. Roy	√
Rita Godbout	√	Gaitan Michaud	√	Claire Savoie	√
Gabriel Godin (vice-président)	√	Jean-Marie Nadeau	√	Anne C. Soucie	√
Émeril Haché	√	Michelyne Paulin	√		
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 heures.					
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 pour approbation. <u>MOTION 2016/06/28-01P</u> 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 26 avril 2016 Le procès-verbal de la réunion du 26 avril 2016 est présenté pour approbation. <u>MOTION 2016/06/28-02P</u> Proposé par Lester Young Appuyé par Bonnie Mae Martin Et résolu que le Conseil d'administration adopte le procès-verbal de la réunion à huis clos du 26 avril 2016. Adopté à l'unanimité.					

6. Questions découlant du procès-verbal et suivis

Suite à une question concernant la politique d'harcèlement, le P.-D.G. informe que cette politique est disponible sur le Site Web et sur le Boulevard.

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

Le P.-D.G. souhaite la bienvenue aux nouveaux membres et remercie les membres sortants.

Le rapport du P.-D.G. couvre la période du 18 avril au 17 juin 2016. Il vise à informer les principaux accomplissements envers l'atteinte des objectifs du Plan régional de santé et d'affaires 2015-2018 et autres dossiers prioritaires pour le Réseau. De ce rapport, les sujets suivants sont couverts :

- Engagement du personnel et du corps médical
 - Développement de la phase 2 du Plan des services cliniques
- Gestion des ressources financières et matérielles
 - Projet innovateur à l'Hôpital régional d'Edmundston
- Gestion des ressources humaines
 - Nomination d'une vice-présidente aux Services médicaux, Formation et Recherche
 - Poste de vice-président aux Services cliniques
 - Nomination au poste de directeur scientifique
- Relations avec nos partenaires et groupes communautaires
 - Rencontres et démarches de représentation
 - Journées néphrologiques du Nouveau-Brunswick
- Gestion stratégique / Communication
 - Ouverture du Centre de formation clinique In Situ
 - Nouveauté sur le site Internet et plan de communication général
 - Renouvellement organisationnel
- Mise en œuvre d'une culture de qualité et de sécurité des patients
 - Double identification des patients
- Relations avec le Conseil d'administration
 - Élections des régions régionales de la santé
- Intégration des initiatives stratégiques et opérationnelles
 - Projet de loi C-14 sur l'aide médicale à mourir

8. Rapports des comités du Conseil d'administration**8.1 Comité exécutif**

Aucune réunion du Comité exécutif n'a eu lieu depuis la dernière réunion du Conseil d'administration.

8.2 Comité de gouvernance et de mise en candidature

Tracy Peters, présidente du comité, présente le rapport du Comité de gouvernance et de mise en candidature du 8 juin 2016. Voici les points qui ont été soulignés :

- Rapport du Sous-comité des normes de gouvernance
- Politiques et procédures révisées
 - CA-330 « Comité des finances et vérification » (MOTION 2016-06-08 / 03GMC)
 - CA-410 « Cadre d'évaluation du Conseil d'administration » (MOTION 2016-06-08 / 04GM)
 - CA-300 « Comités du Conseil d'administration » (MOTION 2016-06-08 / 05GMC)
- Manuel d'orientation du Conseil d'administration (MOTION 2016-06-08 / 06GMC)
- Évaluations de la réunion à huis clos et de la réunion publique du Conseil d'administration (26 avril 2016)
 - la participation des membres ex-officiels aux réunions à huis clos du huis clos
 - l'évaluation des membres quant à la préparation des réunions
 - les stratégies pour garder les discussions autour des politiques versus les opérations
 - les sujets de discussions futures (Gouvernance, Conseil de la Santé du N.-B., etc.)
 - la formation continue

MOTION 2016/06/28-03P

Proposé par Tracy Peters

Appuyé par Paulette Sonier-Rioux

Et résolu que le Conseil d'administration adopte le rapport et les motions du Comité de gouvernance et de mise en candidature du 8 juin 2016.

Adopté à l'unanimité.

Mme Peters présente le rapport du Comité de gouvernance et de mise en candidature du 24 juin 2016. Voici les points qui ont été soulignés :

- Sélection des dirigeants et membres des comités (qui seront adoptés lors de l'AGA)
- Dialogue avec le public

MOTION 2016/06/28-04P

Proposé par Tracy Peters

Appuyé par Philippe Ferguson

Et résolu que le Conseil d'administration adopte le rapport et les motions ci-haut mentionnées du Comité de gouvernance et de mise en candidature du 24 juin 2016.

Adopté à l'unanimité.

Suite à une question d'un membre concernant la politique : CA-300 Comité du Conseil d'administration, on clarifie que la présidente est membre ex-officio de tous les comités du Conseil d'administration et a le droit de parole et de vote et ce, selon les règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité.

8.3 Comité de finances et de vérification

Philippe Ferguson, président du comité, présente le rapport du Comité de finances et de vérification du 15 juin 2016. Voici les points qui ont été soulignés :

- Approbation des modifications budgétaires 2015-2016 (MOTION 2016/06/15-03FV)
- États financiers en date du 31 mars 2016 (MOTION 2016/06/15-04FV)
- Communication des auditeurs aux responsables de la gouvernance (MOTION 2016/06/15-05FV)
- Projet des services alimentaires et environnementaux (MOTION 2016/06/15-06FV)
- Plan régional de santé et d'affaires 2016-2017 (MOTION 2016/06/15-07FV)
- Budget 2016-2017

MOTION 2016/06/28-05P

Proposé par Philippe Ferguson

Appuyé par Rita Godbout

Et résolu que le Conseil d'administration adopte le rapport et les motions ci-haut mentionnées de la réunion du Comité de finances et de vérification du 15 juin 2016.

Adopté à l'unanimité.

8.4 Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité

Anne Soucie, présidente du comité, présente le rapport du Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité du 9 juin 2016. Voici les points qui ont été soulignés :

- Mise à jour de la démarche Agrément 2017
- Tableau de bord de la qualité – mars 2016
- Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients
- Réunions conjointes avec les finances
- Plan des services cliniques
- Rapport annuel de la qualité 2015-2016
- Rapport annuel de l'éthique 2015-2016
- Rapport annuel de la gestion intégrée des risques 2015-2016
- Rapport annuel des sondages de satisfaction 2015-2016
- Rapport annuel des plaintes 2015-2016

MOTION 2016/06/28-06P

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Lester Young

Et résolu que le Conseil d'administration adopte le rapport de la réunion du Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité du 9 juin 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 Médecin-chef régional. Voici les points qui ont été soulignés :

- Comité spécial sur le cannabis médical (MOTION 2016/05/31-19-CMC)
- Comité consultatif sur les services cliniques
- Sondage Pulse sur la qualité de vie au travail des médecins

MOTION 2016/06/28-07P

Proposé par Philippe Ferguson

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le Conseil d'administration adopte le rapport et la motion ci-haut mentionnés du Médecin-chef régional.

Adopté à l'unanimité.

Dre Desrosiers présente le rapport du Comité médical consultatif du 31 mai 2016. Voici les points qui ont été soulignés :

- Tableau de bord du CMC
- Rapport des groupes cliniques
- Rapport de progrès – Plan de qualité
- Progrès de la démarche d'agrément 2017
- Rapport annuel des plaintes médicales 2015-2016
- Approbation de politiques
 - Politique GEN.3.80.30 « Testament de vie » (MOTION 2016/05/31-02-CMC)
 - Politique INF.2.30.05 « Hygiène des mains » (MOTION 2016/05/31-03-CMC)
 - Politique INF.2.40.05 « Flacons unidoses et multidoses » (MOTION 2016/05/31-04-CMC)
 - Politique GEN.3.80.15 « Contentions » (MOTION 2016/05/31-05-CMC)
 - Politique GEN.4.50.05 « Vaccination contre la grippe saisonnière » (MOTION 2016/05/31-06-CMC)
- Vaccination contre la grippe saisonnière
- Demandes de nomination de privilèges
- Demandes de changement de nomination de privilèges
- Tableau de renouvellement de privilèges 2016-2018
- Octroi de privilèges aux médecins du Réseau de santé Horizon (MOTION 2016/05/31-17-CMC)
- Octroi de privilèges aux stagiaires en médecine clinique et aux apprenants en médecine 2016-2017
 - Demandes de nomination pour les privilèges DE LA ZONE 1b (MOTION 2016/05/31-10-CMC)
 - Demandes de nomination pour les privilèges DE LA ZONE 4 (MOTION 2016/05/31-11-CMC)
 - Demandes de nomination pour les privilèges DE LA ZONE 5 (MOTION 2016/05/31-12-CMC)
 - Demandes de nomination pour les privilèges DE LA ZONE 6 (MOTION 2016/05/31-13-CMC)

MOTION 2016/06/28-08P

Proposé par Christian Mercier

Appuyé par Lester Young

Et résolu que le Conseil d'administration adopte la politique GEN.3.80.30 « Testament de vie ».

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2016/06/28-09P

Proposé par Gabriel Godin

Appuyé par Adélarde Cormier

Et résolu que le Conseil d'administration adopte en bloc les demandes de nomination de privilèges, les demandes de changement de nomination de privilèges et le tableau de renouvellement de privilèges 2016-2018 tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2016/06/28-10P

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Rita Godbout

Et résolu que le Conseil d'administration adopte en bloc l'octroi de privilèges aux médecins du Réseau de santé Horizon et l'octroi de privilèges aux stagiaires en médecine clinique et aux apprenants en médecine 2016-2017 tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2016/06/28-11P

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Paulette Sonier-Rioux

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les sections 1 à 7 des Règles du personnel médical du Réseau de santé Vitalité tel que présenté. Ces sections constituent la première partie d'une série de trois.

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2016/06/28-12P

Proposé par Pierre Martin

Appuyé par Rita Godbout

Et résolu que le Conseil d'administration adopte le rapport et les motions ci-haut mentionnées de la réunion du Comité médical consultatif du 31 mai 2016.

Adopté à l'unanimité.

8.7 Comité professionnel consultatif

Linda Sunderland présente le rapport du Comité professionnel consultatif du 3 mai 2016. Voici les points qui ont été soulignés :

- Suivi- clinique ambulatoire de contrôle de la Warfarin – CSCSJ
- Approbation du mandat du CPC
- Recommandation au Comité de gouvernance des mises en candidature pour nouveaux membres du CPC (MOTION 2016-05-03 04CPC)
- Mise à jour secteur de la pratique professionnelle
- Compétence avancée – examen vaginal au spéculum (MOTION 2016-05-03 03CPC)
- Demande d'acte délégué – assistants-techniques en pharmacie (MOTION 2016-05-03 05CPC)
- Présentation des rapports suivants :
 - Prévention des infections – mars 2016
 - Tableau de bord qualité – mars 2016

MOTION 2016/06/28-13P

Proposé par Donald Thériault

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le Conseil d'administration adopte le rapport et les motions ci-haut mentionnées de la réunion du Comité professionnel consultatif du 3 mai 2016.

Adopté à l'unanimité.

8.8 Comité ad-hoc - Voyages médicaux

Donald Thériault présente le rapport du Comité ad-hoc - Voyages médicaux du 16 juin 2016. Voici les points qui ont été soulignés :

- Indicateurs (MOTION 2016-06-16 – 01adHoc)
 - Temps pour traiter la demande de rendez-vous : cible de 48 h
 - Volume de no-show : cible de ↓ 25 %
 - Volume de rendez-vous annulés par le Réseau : cible ↓ 25 %
 - Taux d'utilisation de la télésanté : cible ↑ 10 %

MOTION 2016/06/28-14P

Proposé par Donald Thériault

Appuyé par Christian Mercier

Et résolu que le Conseil d'administration adopte le rapport et la motion ci-haut mentionnés du Comité ad-hoc - Voyages médicaux du 16 juin 2016.

Adopté à l'unanimité.

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, soit du 14 avril au 17 juin 2016, et on présente la liste pour ratification.

TABLEAU DES PRIVILÈGES TEMPORAIRES - 16 juin 2016

Médecins	Spécialité	Catégorie	Date de privilèges		Zones
			Du	Au	
COMSTOCK, Dr Sean	Chirurgie orthopédique	Consultant	23 juin 2016	16 septembre 2016	1B
MORRIS, Dr Susan	Neurophysiologie	Scientifique affilié	23 juin 2016	16 septembre 2016	1B
4					
BENNANI, Dr Taher	Médecine familiale	Associé	10 juin 2016	2 septembre 2016	5
CAYARD, Dr Jean Edward	Médecine familiale	Associé	17 juin 2016	9 septembre 2016	5
CHUNG, Dr Jonathan	Imagerie diagnostique	Suppléant	1er juin 2016	26 août 2016	5
OYEYE, Dr Grant	OBS/GYN	Suppléant	13 mai 2016	5 août 2016	5
CHIASSON, Dre Melissa	Médecine interne	Suppléant	27 mai 2016	19 août 2016	6

MOTION 2016/06/28-15P

Proposé par Gabriel Godin

Appuyé par Lester Young

Et résolu que le Conseil d'administration entérine la liste des privilèges temporaires du 14 avril au 17 juin 2016 déposée par le président-directeur général telle que présentée.

Adopté à l'unanimité.**10. Dossiers légaux**

Aucun nouveau dossier légal 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. Documentation pour les membres**12.1 Documentation pour les membres**

Deux articles sont partagés aux membres :

- Réducing Physician Burnout through Engagement
- Cybercollaboration meilleur ensemble : Main dans la main avec les familles

Les membres du Conseil d'administration sont invités à suggérer des articles pour les prochaines rencontres.

13. Histoire d'une expérience d'un patient

Il n'y aura pas d'histoire d'expérience d'un patient à cette réunion.

14. Relations avec la communauté – Services offerts**14.1 La gestion personnalisée des services (G.P.S.)**

La coordonnatrice à l'accès aux soins primaires, Stéphanie Roy, fait une présentation du projet : Gestion personnalisée des services (G.P.S.). En résumé, le choix d'investir sur la gestion de cas et les soins intégrés et coordonnés des clients grands utilisateurs fait suite à l'analyse des impacts importants qu'ont leurs conditions, d'une part, sur la mortalité, la morbidité et la qualité de vie des clients touchés et, d'autre part, sur les coûts sociaux du système de santé. La gestion de cas personnalisée des services a comme objectif l'amélioration de l'autogestion, de la qualité de vie et de la continuité des soins, de même que la

réduction des complications et ainsi que des épisodes aigus et d'exacerbation de la maladie prévenant ainsi les consultations à l'urgence et les hospitalisations. Il s'agit donc de fournir un accès à des soins sécuritaires et de qualité, par l'intermédiaire d'une équipe interdisciplinaire coordonnée et intégrée ayant la capacité d'offrir une gamme de services pour répondre aux besoins diversifiés d'une clientèle à besoins complexes. La gestion personnalisée est piloté sous forme de projet pilote dans les régions du Nord-Ouest et Chaleur. Une cohorte de grands utilisateurs a été établie en fonction des critères suivants, soient 5 visites à l'urgence ou plus, 3 hospitalisations ou plus à l'intérieur d'une année.

Le président remercie Mme Roy et est très fier de cette nouvelle initiative.

15. Autres points

15.1 Plan de communication

Le Réseau a entrepris l'élaboration d'un Plan de communication général pour l'organisation. Ce plan, qui couvrira une période de trois ans, est un outil essentiel pour toute organisation. Il permet de décrire quels sont nos groupes cibles, ce que nous voulons leur dire et la façon dont nous comptons nous y prendre pour les joindre.

Le plan de communication va favoriser une communication ouverte, proactive et bidirectionnelle avec les parties prenantes à l'interne et à l'externe. Il établit les buts et objectifs du partage de l'information et les différents mécanismes qui peuvent être disponibles pour cibler différents groupe. Il clarifie aussi quelle information sera partagée, de quelle façon et avec qui.

15.2 Plan des services cliniques

Dre France Desrosiers et Gisèle Beaulieu, co-présidente du Comité consultatif des services cliniques, font une présentation du Plan des services cliniques. Elles présentent également les cinq recommandations présentées au ministère de la Santé qui émane des travaux du Comité consultatif sur les services cliniques et de ses consultations. Voici les cinq recommandations :

Recommandation n° 1

Compte tenu du large consensus atteint, tant auprès du Conseil d'administration, des communautés, du corps médical et du personnel, quant à la nécessité de procéder à la transformation et à la modernisation des services de santé;

Compte tenu des effets positifs sur la qualité des services et sur la situation financière du Réseau qu'engendrerait la mise en place du virage axé sur les services communautaires de soins primaires et de spécialités;

Que le Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité recommande au ministère de la Santé de lui déléguer l'autorité nécessaire pour diminuer le nombre de lits dans les hôpitaux une fois les alternatives à l'hospitalisation en place, le tout sans fermeture complète d'hôpital et de façon progressive au fur et à mesure que les taux d'occupation le permettront et que les services seront développés.

Recommandation n° 2

Compte tenu de la nature clinique du Programme extra-mural et de son expertise spécifique;

Compte tenu de la nécessité de maintenir des processus efficaces de renvoi des patients et que ces processus sont déjà éprouvés et fonctionnent de façon intégrée;

Compte tenu des liens déjà établis entre le corps médical et le personnel du Programme extra-mural;

Compte tenu de l'importance du rôle du Programme extra-mural dans les services communautaires et de son impact direct dans le virage vers les soins primaires que le Réseau désire effectuer;

Compte tenu de l'introduction de l'aide médicale à mourir, de la probabilité élevée que ce type de procédure ait lieu au domicile des patients et que ces patients soient déjà suivis par le personnel du Programme extra-mural étant donné leur état de santé, le maintien des liens étroits entre le corps médical, les infirmières praticiennes et le Programme extra-mural doit être préservé.

Que le Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité recommande au ministère de la Santé de maintenir la gestion et la livraison du Programme extra-mural sous l'autorité du Réseau de santé Vitalité afin d'assurer une meilleure qualité et continuité des services à la clientèle, le tout à un meilleur coût unitaire.

Recommandation n° 3

**Compte tenu du développement historique des services de santé au Nouveau-Brunswick;
Compte tenu de la nécessité de développer des services pour la population desservie par le Réseau de santé Vitalité;
Compte tenu de la nécessité de tenir compte de la capacité financière de la province et des bassins de population;**

Que le Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité recommande au ministère de la Santé la création d'un Comité de travail conjoint permanent pour identifier et planifier tout nouveau programme provincial en santé, conformément à l'engagement selon lequel ce mandat doit toujours être confié au Réseau de santé Vitalité dans le cadre du « Plan d'action pour la répartition équitable des services de santé 2013-2018 » (communément appelé Plan de rattrapage).

Recommandation n° 4

**Compte tenu des défis importants liés au nombre de personnes qui occupent des lits de soins actifs, mais qui ne nécessitent pas ces soins;
Compte tenu des nombreux chevauchements entre les programmes des ministères du Développement social et de la Santé ainsi que du fonctionnement actuel qui n'est pas efficient;
Compte tenu du modèle d'organisation des services qui ne favorise pas l'intégration de la fonction de la planification des départs (congrès de l'hôpital) et qui crée des inefficacités importantes de même qu'une grande utilisation des ressources;**

Que le Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité recommande au ministère de la Santé d'intégrer les services aux personnes âgées présentement offerts par le ministère du Développement social dans son ministère, notamment en ce qui concerne les services d'hébergement en foyer de soins, les évaluations de placement en foyer de soins et les services reliés aux activités de la vie quotidienne.

Recommandation n° 5

**Compte tenu de la complexité d'arrimage entre les soins et les services offerts aux aînés;
Compte tenu du nombre important de programmes qui se chevauchent;**

Que le Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité recommande au ministère de la Santé de mettre en place un Comité, auquel siègera les Régies Régionales, ayant comme mandat spécifique de recommander l'élimination des obstacles réglementaires, structureux et législatifs qui nuisent à l'utilisation efficiente des ressources, le tout avec l'objectif d'améliorer la qualité des services à la population et de diminuer les coûts totaux pour les ministères concernés.

MOTION 2016/06/28-16P

Proposé par Gabriel Godin

Appuyé par Pierre Martin

Et résolu que le Conseil d'administration approuve le Plan des services cliniques du Réseau de santé Vitalité.

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2016/06/28-17P

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Philippe Ferguson

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les 5 recommandations qui émanent des travaux du Comité consultatif sur les services cliniques et de ses consultations présentées au ministère de la santé.

Adopté à l'unanimité.

15.3 Plan régional de santé et d'affaires 2016-2019

Mireille Lanouette présente le Plan régional de santé et d'affaires 2016-2019. Le développement d'un Plan régional de santé et d'affaires 2016-2019 est une exigence légale qui doit être soumis sur une base annuelle au ministre de la Santé, conformément à l'article 32 de la *Loi sur les régies régionales de santé*. Mireille Lanouette présente le plan.

Le contenu de ce plan est un engagement du Réseau de participer au développement d'une entente de responsabilité commune entre les deux régies régionales de la santé et le ministère de la Santé.

- Implication dans le développement d'un Schéma stratégique du système de santé qui découle de l'entente de responsabilité.
- Description du Réseau (établissements, programmes et services offerts, lits)
- Schéma stratégique du Réseau aligné avec celui du système de santé
- Axes stratégiques de développement pour 2016-2017
 - Plan des services cliniques
 - Planification stratégique
 - Plan d'action pour la répartition équitable des services de santé (plan de rattrapage)
 - Amélioration de la qualité
 - Amélioration de la performance
 - Intégration des services
 - Technologies
 - Ressources humaines
 - Infrastructures
- Budget 2016-2017

	Réel 2014-2015	% aug (dim)	Projection 2015-2016	% aug (dim)	Budget 2016-2017	% aug (dim)
Revenus						
Ministère de la Santé	548,501,239	-2.7%	560,239,920	2.1%	560,010,962	0.0%
Revenus provenant des patients	28,835,333	-9.6%	32,423,995	12.4%	33,462,367	3.2%
Recouvrements et ventes	7,066,083	0.0%	8,355,010	18.2%	6,253,883	-25.1%
Recouvrements médecins salariés	74,682,807	-14.5%	66,894,133	-10.4%	65,947,484	-1.4%
Autres programmes	8,912,161	2.7%	8,860,483	-0.6%	8,131,772	-8.2%
Total des revenus	667,997,623	-4.3%	676,773,541	1.3%	673,806,468	-0.4%
Dépenses						
Programmes cliniques	485,088,008	-1.7%	501,067,043	3.3%	496,610,546	-0.9%
Médecins salariés	75,493,390	-14.0%	67,161,847	-11.0%	66,507,483	-1.0%
Autres programmes du ministère	88,233,341	-4.2%	90,925,931	3.1%	91,297,344	5.2%
Recherche	786,838	-9.2%	782,182	-0.6%	851,250	8.8%
Enseignement médical	5,274,541	-2.0%	5,528,943	4.8%	5,715,548	3.4%
Autres programmes	9,288,154	5.5%	8,826,847	-5.0%	8,426,648	-4.5%
Plan de transformation et modernisation	-		-	0.0%	4,397,647	0.0%
Total des dépenses	664,164,272	-3.5%	674,292,793	1.5%	673,806,468	-0.1%
Surplus/(déficit) d'opération	3,833,351	-62.4%	2,480,748	-35.3%	(0)	-100.0%

Pour plus d'information voir tableau 7 du plan régional de santé et d'affaires

- Profil des ressources humaines et médicales

MOTION 2016/06/28-18P

Proposé par Lester Young
Appuyé par Adélarde Cormier

Et résolu que le Conseil d'administration adopte le Plan régional de santé et d'affaires 2016-2019.

Adopté à l'unanimité.

15.4 Organisation des services alimentaires et environnementaux

Ce dossier remonte à 2013 lorsque le Gouvernement a fait part de son intention de sous-traiter la gestion des services alimentaires et environnementaux dans le but de générer des économies. Les deux Régies ont alors procédé à un processus d'appel d'offre et la compagnie Sodexo a été retenue en janvier 2014 afin de procéder aux négociations d'un contrat provincial de dix ans.

En avril 2014, le Conseil d'administration avait décidé de se retirer du processus d'appel d'offre mais en avril 2015, suite à des discussions avec les dirigeants et les instances gouvernementales, il fut décidé de poursuivre le processus tout en s'assurant d'inclure dans le calcul les coûts indirects tels que les coûts associés à l'administration des ressources humaines et à la gestion des griefs. Ces coûts réels viendraient diminuer les économies prévues.

Finalement, les négociations s'allongeant, il a été convenu avec le Conseil d'administration qu'une analyse détaillée des deux options; c'est-à-dire de maintenir les services à l'interne ou de les confier à Sodexo

serait effectuée pour prise de décision avant la fin juin 2016 date à laquelle il était prévu que les négociations seraient terminées avec Sodexo.

Le Réseau de santé Vitalité a participé activement au processus de négociation provincial mais en parallèle a développé un plan d'amélioration de la performance de ces secteurs d'activités et effectué une analyse financière de cette proposition comparativement à celle de Sodexo. Les deux options ont été évaluées en utilisant la valeur actuelle nette (VAN).

La méthodologie de la VAN est une démarche éprouvée pour l'évaluation de projets dans le domaine financier. Elle consiste à analyser tous les flux de trésorerie (sorties et entrées de fonds) des projets et de les rapporter en dollars d'aujourd'hui.

Les résultats de l'analyse financière basés sur la VAN, indiquent que la proposition du Réseau de santé Vitalité génère des économies additionnelles de 3,465,384\$ sur 10 ans par rapport à la proposition de Sodexo et ceci tient compte des coûts additionnels encourus par le du Réseau de santé Vitalité dans la proposition de Sodexo.

Il est à noter que dans la réduction des coûts d'opération, les deux propositions prévoient fermer les cafétérias qui ne sont pas rentables. Sodexo propose d'en fermer sept et le Réseau de santé Vitalité six soit : Stella Maris, St-Quentin, Grand-Sault, Campbellton, Caraquet et Lamèque. Pour ce qui est de la cafétéria de Tracadie, le Réseau de santé Vitalité prévoit la garder ouverte le midi alors que Sodexo la fermerait. Pour pallier aux effets de ces fermetures, les deux propositions prévoient augmenter les machines distributrices et offrir des aliments prêts à manger. Sodexo prendra en charge les machines distributrices et les revenus anticipés sont inclus dans leur projection d'épargnes. Le Réseau de santé Vitalité prévoit poursuivre son partenariat avec les Auxiliaires et les Fondations pour gérer les machines distributrices et en contrepartie, demander d'appuyer les investissements requis pour les équipements et technologies.

Essentiellement, les deux propositions visent la standardisation des processus et des politiques et procédures, le rehaussement de la technologie, le remplacement d'équipements désuets, la satisfaction de la clientèle, la réduction des coûts d'opération, la formation du personnel et la mise en place de système de contrôle et de suivi.

En conclusions, le Réseau de santé Vitalité a été un des premiers organismes à adopter une politique régionale pour fournir des environnements alimentaires sains et est le mieux placé pour poursuivre les initiatives en matière de saine alimentation tant pour les patients, le personnel et le grand public.

Le Réseau de santé Vitalité a un lien très étroit avec les communautés ce qui favorisera l'acceptation des fermetures de cafétérias et la mise en place de solutions alternatives. Le respect des coutumes alimentaires et les traditions des gens ainsi que le maintien de l'achat local, lorsque économique, sont d'autres avantages importants.

La proposition d'améliorer la performance du Réseau de santé Vitalité a été développée avec l'expertise interne et la collaboration des employés et dirigeants. Ses chances de succès sont considérés plus élevées.

Recommandations

L'analyse financière du plan d'amélioration de la performance du Réseau de santé Vitalité, par rapport aux coûts et aux implications de la proposition de Sodexo, indique qu'il y a des avantages financiers et qualitatifs tout en diminuant le risques de retenir les services à l'interne et de procéder le plus rapidement possible à la mise en œuvre de cette initiative.

L'analyse de la valeur actuelle nette démontre que la proposition du Réseau de santé Vitalité générera 3,465,383\$ de plus que la proposition de Sodexo.

Pour toutes les raisons évoquées, nous recommandons au Conseil d'administration de maintenir la gestion des services alimentaires et d'environnement sous la responsabilité du Réseau de santé Vitalité et d'appuyer la mise en œuvre du plan d'amélioration de la performance.

MOTION 2016/06/28-19P

Proposé par Pierre Martin

Appuyé par Paulette Sonier-Rioux

Et résolu que le Conseil d'administration de maintenir la gestion des services alimentaires et d'environnement sous la responsabilité du Réseau de santé Vitalité et d'appuyer la mise en œuvre du plan d'amélioration de la performance.

Adopté à l'unanimité.

15.5 Horaire des réunions et des comités du Conseil d'administration

L'horaire des réunions, ainsi que l'horaire des comités du Conseil d'administration sont présentés. Il y aura correction aux réunions publiques qui débiteront à 13 heures au lieu de 13 h 30.

MOTION 2016/06/28-20P

Proposé par Christian Mercier

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le Conseil d'administration adopte l'horaire des réunion du Conseil d'administration et l'horaire des comité du Conseil d'administration en tenant compte du changement d'heure des réunions publique, soit à 13 heures au lieu de 13 h 30.

Adopté à l'unanimité.

15.6 Politique : Testament de vie

La politique : Testament de vie (GEN.3.80.30) a été adoptée lors de la présentation du rapport du Comité médical consultatif du 31 mai 2016 tel que mentionné au point 8.6 de ce procès-verbal.

15.7 Règles du personnel médical

Les sections 1 à 7 des Règles du personnel médical du Réseau de santé Vitalité, qui constituent la première partie d'une série de trois, qui ont été révisées légalement et soumises aux membres du personnel médical pour rétroaction a été adoptée lors de la présentation du rapport du Comité médical consultatif du 31 mai 2016 tel que mentionné au point 8.6 de ce procès-verbal.

16. Levée de la séance

Rita Godbout propose la levée de la séance à 15 h 50.

17. Évaluation de la séance

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

Paul Couturier
Président du Conseil d'administration

Gilles Lanteigne
Secrétaire du Conseil d'administration

Note d'information

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 4 octobre 2016

Objet : Suivis du procès-verbal du 28 juin 2016

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

6.1 Plan des services cliniques

Le Plan des services cliniques a été annexé au Plan régional de santé et d'affaires 2016-2019 et acheminé au ministère de la Santé avec la résolution du Conseil d'administration.

Depuis, nous avons eu plusieurs questions de clarifications de la part des représentants du ministère de la Santé. Les cinq recommandations qui étaient en lien avec le Plan clinique ont aussi été acheminées au ministère de la Santé.

Nous attendons toujours l'approbation du Plan des services cliniques et le suivi du ministère de la Santé au sujet des cinq recommandations.

6.2 Plan régional de santé et d'affaires 2016-2019

Le Plan de santé et d'affaires 2016-2019 avec ses annexes et la résolution du Conseil d'administration ont été acheminés au ministère de la Santé en juin.

Depuis, nous avons eu plusieurs questions de clarifications de la part des représentants du ministère de la Santé.

Nous attendons toujours l'approbation du Plan de santé et d'affaires 2016-2019.

6.3 Organisation des services alimentaires et environnementaux

La proposition de maintenir la gestion des services alimentaires et d'environnement sous la responsabilité du Réseau de santé Vitalité a été acheminée au ministère de la Santé avec la résolution du Conseil d'administration.

Le ministère de la Santé n'a pas encore statué sur notre proposition et nous attendons une réponse officielle suite à la proposition soumise.

Soumis le 23 septembre 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Note d'information

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 4 octobre 2016

Objet : Rapport du président-directeur général

Le rapport du président-directeur général couvre la période du 18 juin au 23 septembre 2016. Il vise à vous informer des principaux accomplissements envers l'atteinte de nos objectifs du Plan régional de santé et d'affaires 2016-2019 et des autres dossiers prioritaires pour le Réseau.

Malgré la période estivale et un certain ralentissement en raison des vacances, plusieurs dossiers ont évolué positivement, dont l'aide médicale à mourir qui fera l'objet d'une présentation lors de la réunion d'aujourd'hui.

Le secteur des Ressources humaines a notamment effectué un travail exhaustif en vue de modifier sa structure organisationnelle dans le sillage du renouveau de notre organisation entamé à l'hiver 2016. Le Réseau continue également à préparer le terrain en vue de l'exercice de planification stratégique qui doit prendre son envol cet automne.

Soumis le 23 septembre 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.



Rapport du PDG

Rapport du président-directeur général au Conseil d'administration Réunion du 4 octobre 2016 Moncton, Nouveau-Brunswick

Chers membres du Conseil d'administration,

Le rapport qui suit couvre la période du 18 juin au 23 septembre 2016. Il vise à vous informer des principaux accomplissements envers l'atteinte de nos objectifs du Plan régional de santé et d'affaires 2016-2019 et des autres dossiers prioritaires pour le Réseau.

Malgré la période estivale et un certain ralentissement en raison des vacances, plusieurs dossiers ont évolué positivement, dont l'aide médicale à mourir qui fera l'objet d'une présentation lors de la réunion d'aujourd'hui. Le secteur des Ressources humaines a notamment effectué le travail exhaustif en vue de modifier sa structure organisationnelle dans le sillage du renouveau de notre organisation entamé à l'hiver 2016. Le Réseau continue également à préparer le terrain en vue de l'exercice de planification stratégique qui doit prendre son envol cet automne.

Je vous souhaite une bonne lecture!

1. Engagement du personnel et du corps médical

1.1 Obligations en matière de langues officielles

Le Réseau a récemment fait quelques rappels à l'ensemble de ses employés, de ses bénévoles et de ses médecins en lien avec ses obligations en matière de services dans les deux langues officielles. Les rappels portaient sur (1) l'offre active, (2) l'affichage et (3) la formation par e-apprentissage sur les langues officielles qui est obligatoire pour tous les membres du personnel, les médecins, les stagiaires et les bénévoles.

1.2 Prix de mérite 2016

Les récipiendaires des Prix de mérite 2016 du Réseau de santé Vitalité ont été annoncés en juillet. Ces prix sont remis depuis 2015 à des employés qui se sont démarqués au travail.

Prix Vitalité

Ce prix reconnaît quatre employés au sein du Réseau qui sont dévoués à leur travail, qui sont vrais et justes envers l'organisation, leurs collègues de travail et/ou les patients/clients tout en étant une source de motivation et d'inspiration et dont l'éthique de travail reflète les cinq valeurs du Réseau, soit l'intégrité, l'équité, le respect, la compassion et la solidarité. Les récipiendaires sont : **Louise Boissonnault**, intervenante en soins spirituels (Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont); **Gina McGraw**, diététiste (Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont); **Rachel Bossé**, infirmière surveillante (Hôpital régional d'Edmundston); **Bernise Hachey**, orthophoniste (Hôpital régional Chaleur).

Prix Excellence en gestion et en leadership

Ce prix reconnaît un gestionnaire au sein du Réseau qui s'est démarqué en faisant preuve d'excellence en matière de gestion et par son sens du leadership. La récipiendaire est **Pauline Perron**, gestionnaire – Ergothérapie, Audiologie et Orthophonie (zone Restigouche).

Prix Créativité et innovation

Ce prix reconnaît une équipe de travail au sein du Réseau qui, de par sa capacité de création et d'innovation, a réussi à imaginer et à mettre en œuvre un concept nouveau ou à trouver une solution originale et efficace à un problème ou qui s'applique tout simplement à améliorer les pratiques. Cette année, le prix va au Groupe de travail Santé publique – Promotion des boissons saines et nutritives. Les récipiendaires sont : **Denise St-Onge Charest**, infirmière, Santé publique – Bathurst; **Sandra Pitre**, infirmière, Santé publique – Bathurst; **Louise Colette-Bois**, diététiste, Santé publique – Bathurst; **Pauline Godbout Santerre**, infirmière, Santé publique – Campbellton; et **Manon Maltais**, diététiste, Santé

publique – Campbellton.

Prix Sécurité

Ce prix reconnaît un employé au sein du Réseau qui a su faire preuve d'ingéniosité et de prévention en ce qui a trait à la sécurité des patients/clients ou des employés du Réseau. La récipiendaire est **Rachele Roper**, physiothérapeute au Programme extra-mural – Unité Blanche-Bourgeois.

2. Gestion des ressources financières et matérielles

2.1 Composante « formation et perfectionnement » sur iTacit

iTacit est un système électronique qui permet aux employés de consulter les offres d'emploi et de postuler en ligne, et ce, à partir de l'intranet Boulevard. Le Réseau planifie actuellement l'élargissement de ce système avec la mise en œuvre d'une composante « Formation et perfectionnement ». Ce projet doit être réalisé à l'automne 2016.

Cette application unique, qui a été développée pour répondre à un grand besoin en ce qui concerne les compétences, offrira de nombreux avantages aux gestionnaires, aux employés et aux non-employés (étudiants, bénévoles, etc.). Par exemple, elle leur permettra de s'inscrire aux formations, de consulter un catalogue de formation régional interne ou externe, d'obtenir un profil des formations obligatoires et de dresser des rapports de toutes les activités de formation à partir de leur poste de travail ou de la maison. Les services de perfectionnement du personnel et les bibliothèques médicales des quatre zones seront responsables de faire l'entretien de cette application.

3. Gestion des ressources humaines

3.1 Nomination de la vice-présidente aux Services cliniques

Le Réseau a confirmé la nomination de Madame Johanne Roy à titre de vice-présidente aux Services cliniques en juillet dernier. Elle assurait l'intérim de ce poste depuis le 4 avril 2016. Madame Roy possède près de trente années d'expérience dans le milieu de la santé.

3.2 Nomination d'un directeur médical de la zone Beauséjour

Le Dr Martin Robichaud a été nommé au poste de directeur médical de la zone Beauséjour. Avant sa nomination, le Dr Robichaud était médecin d'urgence depuis 2000 et chef du Service d'urgence du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont depuis 2003.

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 un peu plus de 25 rencontres et discussions avec nos partenaires et plusieurs parties prenantes. Je souligne notamment des rencontres productives avec des regroupements communautaires et des élus municipaux (Saint-Quentin et la région du Restigouche) de même qu'avec des intervenants des milieux universitaires et de la recherche.

NOTE : La liste détaillée de mes rencontres et démarches de représentation est présentée en annexe 1 de ce rapport.

4.2 Programme de zoothérapie à l'Hôpital régional d'Edmundston

Depuis le 14 septembre dernier, l'Hôpital régional d'Edmundston offre un nouveau service dans le cadre du Programme de zoothérapie canine d'Ambulance Saint-Jean. Molly, un Boston-terrier de trois ans, sillonnera les couloirs des unités de soins prolongés, de chirurgie 2 et de psychiatrie de l'établissement hospitalier en compagnie de sa maîtresse, Isabelle Sirois, afin d'apporter un peu de réconfort aux patients.

Les visites auront lieu régulièrement à des heures variables et selon la demande. On préviendra le personnel à l'avance au sujet des visites. Le service est offert par des bénévoles et des animaux répondant à une série de critères.

4.3 Salon des perruques au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont

Les patientes atteintes de cancer du Centre d'oncologie Dr-Léon-Richard à Moncton peuvent désormais bénéficier d'un service qui contribue à améliorer leur mieux-être pendant et après la période des traitements grâce à l'aménagement d'un tout nouveau « Salon de perruques et autres solutions capillaires ».

Pour pallier au problème de la perte des cheveux, qui entraîne pour les patientes des conséquences affectives et sociales, certaines choisissent de le camoufler en utilisant des accessoires, dont des perruques, des chapeaux et des foulards. Le programme en place offre gratuitement une perruque aux femmes qui ont perdu leurs cheveux.

L'Association des bénévoles du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont a pu réaliser ce projet grâce à la persévérance des bénévoles et l'appui de plusieurs partenaires de la communauté. Le projet représente un investissement de l'ordre de 10 000 dollars.

5. Gestion stratégique / Communication

5.1 Retour du journal des employés « Le Lien »

Le Lien, le journal interne du Réseau, a été diffusé entre 2009 et 2013; il mettait en évidence les bons coups de l'organisation et les réussites de son personnel. La publication du journal Le Lien reprendra cet automne afin d'offrir au personnel des nouvelles sur les initiatives et les programmes mis en œuvre dans nos établissements, sur le processus d'agrément, sur la réorganisation clinique et administrative, etc. La première édition est prévue à la mi-octobre. La nouvelle mouture du journal permettra de :

- souligner les réalisations organisationnelles et individuelles relatives à la mission du Réseau de santé Vitalité;
- regrouper sous un même espace les annonces portant sur les ressources humaines, dont la reconnaissance, la santé et la sécurité, les avantages sociaux, la formation, la gestion du rendement, le Programme d'aide aux employés et leur famille ou toute autre activité portant sur le développement organisationnel;
- mettre en vedette le personnel incarnant des valeurs d'intégrité, de respect, de compassion, d'équité et de solidarité autant au travail que dans leur communauté.

Ce retour du journal des employés s'inscrit dans le cadre de nos efforts visant à améliorer nos communications internes.

5.2 Cure de rafraîchissement pour le Boulevard

Notre intranet Boulevard a récemment été révisé afin d'en actualiser le contenu et pour mettre en lumière les projets et initiatives du Réseau. La page d'accueil a notamment été réorganisée, l'annuaire de chaque zone est désormais disponible dans un endroit centralisé et les calendriers de l'organisation peuvent être consultés plus facilement. D'autres améliorations seront apportées au cours des prochains mois dans le cadre de la mise en œuvre du Plan général des communications 2016-2019.

5.3 Services offerts par l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin

Le 9 septembre dernier, le Réseau a publié un communiqué de presse dans lequel il réaffirme ne pas envisager de réduction dans les services de santé offerts à la population par l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin. Il était important de contrecarrer le discours inutilement alarmiste de certains intervenants quant à l'avenir des services de soins de santé à Saint-Quentin. L'objectif du Réseau est toujours d'assurer la prestation de services de qualité et sécuritaires à la population.

NOTE : La liste des communiqués de presse publiés est présentée en annexe 2 de ce rapport.

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

6.1 Vaccination du personnel contre la grippe

Depuis le mois d'août dernier, le Réseau a commencé les préparatifs en vue de la campagne automnale de vaccination du personnel contre la grippe, qui doit se tenir en octobre prochain. De nombreuses séances de vaccination seront offertes au personnel au cours des prochaines semaines.

La vaccination contre la grippe est fortement recommandée par toutes les instances de la santé pour éviter aux employés d'être malades ou de transmettre ce virus potentiellement mortel à leurs proches et à des personnes plus vulnérables. Elle est toutefois volontaire; c'est pourquoi le Réseau fait appel au sens de la prudence, du devoir et de l'éthique des employés afin qu'ils se fassent immuniser.

Le Réseau sollicite la collaboration de tous les gestionnaires pour qu'ils facilitent l'accès de leurs employés à la vaccination et qu'ils assurent la promotion de cette activité. Un plan de communication exhaustif a été élaboré afin d'appuyer la campagne de vaccination.

6.2 Activités reliées à la lutte contre le tabagisme

Le Réseau continue ses activités afin de demeurer un leader en matière de lutte contre le tabagisme. Le 22 septembre dernier, un forum portant sur la dépendance à la nicotine a rassemblé près de 280 professionnels de la santé à Campbellton, principalement des infirmières, des thérapeutes respiratoires et des médecins. On note également la participation de quelques représentants des Premières nations et des pharmacies communautaires.

Par ailleurs, dans le cadre des mesures entourant la mise en œuvre de sa politique d'environnement sans fumée, le Réseau compte prolonger l'aide offerte aux employés qui veulent se prévaloir du programme d'abandon du tabac.

7. Relations avec le Conseil d'administration

7.1 Célébrations à l'occasion du 50^e anniversaire de l'Hôpital Stella-Marie-de-Kent

Les cérémonies du 50^e anniversaire de l'Hôpital Stella-Marie-de-Kent ont eu lieu le dimanche 11 septembre dernier sur les terrains de l'établissement. Près de 150 personnes étaient

présentes, incluant divers représentants des municipalités, des gouvernements provincial et fédéral ainsi que plusieurs anciens gestionnaires de l'établissement. Soulignons la présence d'environ 40 religieuses de la congrégation Notre-Dame-du-Sacré-Cœur, qui ont reçu une chaleureuse ovation de toutes les personnes présentes.

Les activités ont fait une belle place à la première nation d'Elsipogtog, avec notamment une cérémonie de purification et la présence de danseurs traditionnels de la communauté autochtone. Un livre sur l'histoire de l'hôpital, rédigé par Sr Thérèse Vautour, a été lancé et plusieurs exemplaires ont été remis aux dignitaires présents, dont Mgr André Richard, l'honorable Victor Boudreau, ministre de la Santé, et madame Michelyne Paulin, présidente du Conseil d'administration du Réseau. Enfin, un mur de la reconnaissance visant à honorer les pionniers et les fondateurs de l'établissement ainsi que la congrégation Notre-Dame-du-Sacré-Cœur a été inauguré dans le hall d'entrée.

8. Intégration des initiatives stratégiques et opérationnelles

8.1 Renouveau de l'entente d'affiliation avec l'Université de Sherbrooke et le Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick

Le 16 septembre dernier, à Moncton, le Réseau de santé Vitalité et l'Université de Sherbrooke ont procédé au renouvellement d'une entente d'affiliation. Par le biais de ce renouvellement, l'Université de Sherbrooke continuera de livrer son programme complet de formation en médecine de famille au Nouveau-Brunswick de par le Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick.

Le renouvellement de cette entente est d'une grande importance pour le Réseau puisqu'elle nous permet d'assurer la continuité dans le développement des habiletés et compétences des étudiants en médecine du Nouveau-Brunswick. Ceci leur donne l'occasion de poursuivre leur développement professionnel dans leur province.

8.2 Le secteur des Ressources humaines précise sa nouvelle structure de fonctionnement

Pour faire suite au renouvellement organisationnel amorcé à l'hiver 2016, le secteur des Ressources humaines a annoncé des changements à sa structure organisationnelle. Ces changements visent à améliorer, à uniformiser et à équilibrer les services en matière de ressources humaines offerts à l'ensemble de l'organisation.

La composition de l'équipe des Ressources humaines est la suivante :

Réjean Bédard, directeur des Ressources humaines – Relations de travail et Santé et sécurité au travail;

Jaimie Laplante, directrice des Ressources humaines – Développement organisationnel et Perfectionnement du personnel;

Mélissa Levesque, gestionnaire régionale des Relations de travail;

Josée Gaudet, infirmière gestionnaire régionale – Santé et sécurité au travail;

Tanya Breau, gestionnaire régionale des Ressources humaines;

Daniel Perron, gestionnaire régional du Perfectionnement du personnel et bibliothèques médicales;

Linda LePage-LeClair, conseillère régionale en Développement des compétences;

Chantale Lavoie, conseillère régionale en Développement organisationnel.

8.3 Financement pour un Centre de médecine de précision

Un peu plus de 26 millions de dollars seront investis pour construire le Centre de médecine de précision du Nouveau-Brunswick à proximité du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont. L'annonce en a été faite à Moncton le 16 août dernier par le ministre des Pêches, des Océans et de la Garde côtière canadienne, Dominic LeBlanc, au nom du ministre de l'Innovation, des Sciences et du Développement économique, Navdeep Bains, et par le premier ministre du Nouveau-Brunswick, Brian Gallant. Ce nouveau centre mettra en valeur les forces de l'Université en recherche biomédicale et offrira un espace pour l'incubation de nouvelles entreprises. Il deviendra le premier centre de recherche transdisciplinaire en santé de la province en milieu clinique.

Le gouvernement fédéral assurera 10,5 millions de dollars du financement tandis que le gouvernement du Nouveau-Brunswick accordera 5,25 millions de dollars au projet. L'Université et d'autres partenaires verseront 10,7 millions de dollars pour assurer la réalisation du projet. Cet investissement servira à la construction de ce centre ainsi qu'à rénover la Faculté des sciences.

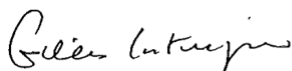
8.4 Rencontres des PDG des régies régionales de la santé des provinces maritimes

En juillet dernier, j'ai eu l'occasion de participer à une première rencontre des présidents-directeurs généraux des régies régionales de la santé des trois provinces maritimes à Moncton. Ce fut une belle occasion d'échanger sur nos défis communs, d'ouvrir les canaux de communication entre nos différentes organisations et de voir quelles seraient les occasions de coordonner certaines activités. D'autres rencontres sont à prévoir sur une base plus régulière et structurée.

Voilà qui fait le tour des principaux dossiers du Réseau pour la période du 18 juin au 23 septembre 2016.

Puisqu'il s'agit de la première réunion ordinaire du présent Conseil d'administration, j'aimerais profiter de cette occasion pour vous remercier tous et toutes pour votre excellente participation aux activités d'orientation du mois d'août dernier. Selon les commentaires reçus, ces séances de travail vous ont été utiles afin d'améliorer vos connaissances du système de santé de la province, de notre organisation ainsi que de ses composantes et des services qu'elle offre. Ces rencontres ont également été des occasions privilégiées afin de développer des relations de travail productives et cordiales entre les membres du Conseil d'administration et de l'équipe de leadership.

Le président-directeur général,



Gilles Lanteigne

ANNEXE 1 – Liste des rencontres et représentations du PDG (du 18 juin au 23 septembre 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 23 juin 2016 : Assemblée générale de la Fondation recherche santé du NB – Fredericton
2. Le 11 juillet 2016 : Rencontre du Regroupement des soins de santé de la région de Saint-Quentin
3. Le 13 juillet 2016 : Rencontre avec Janet Knox President & CEO Nova Scotia Health Authority - Moncton
4. Le 15 juillet 2016 : Rencontre avec Dr Denis Furlong pour le Centre de santé communautaire St. Joseph - Dalhousie
5. Le 18 juillet 2016 : Rencontre du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick - Moncton
6. Le 18 juillet 2016 : Rencontre avec le ministre Boudreau, Tom Maston, sous-ministre et Michelyne Paulin, présidente du Conseil d'administration - Moncton
7. Le 19 juillet 2016 : Rencontre avec Dr Battistini et Dre Desrosiers pour la Fondation de la recherche en santé du Nouveau-Brunswick - Moncton
8. Le 25 juillet 2016 : Rencontre avec Claude Allard, sous-ministre délégué pour le Projet Medavie – Moncton
9. Le 2 août 2016 : Rencontre de Raymond Théberge, recteur de l'Université de Moncton pour le Centre de médecine de précision - Moncton
10. Le 10 août 2016 : Visite de la zone Restigouche avec Michelyne Paulin, présidente du Conseil d'administration - Campbellton
11. Le 16 août 2016 : Rencontre avec le Centre de médecine de précision du Nouveau-Brunswick (CMPNB) / Analyse des options d'emplacement - Moncton
12. Le 23 août 2016 : Visite de la zone Acadie-Bathurst avec Michelyne Paulin, présidente du Conseil d'administration – Bathurst
13. Le 24 août 2016 : Visite de la zone Beauséjour avec Michelyne Paulin, présidente du Conseil d'administration – Moncton
14. Le 25 août 2016 : Rencontre du Dr Hervé David concernant les heures de temps opératoire - Bathurst
15. Le 26 août 2016 – Rencontre de la mairesse de Saint-Quentin
16. Le 31 août 2016 : Rencontre avec Dr Javidi - Clinique d'ophtalmologie privée - Bathurst
17. Le 7 septembre 2016 : Rencontre du Forum des maires – Campbellton
18. Le 11 septembre 2016 : Cérémonie du 50e anniversaire de l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent

19. Le 12 septembre 2016 : Rencontre avec Tom Maston, sous-ministre concernant le rôle et responsabilité dans la gestion des projets capitaux – Moncton
20. Le 14 et 15 septembre 2016 : Rencontre du groupe Medbuy pour la réunion du Conseil d'administration - Toronto
21. Le 16 septembre 2016 : Renouvellement de l'entente d'affiliation avec l'Université de Sherbrooke et le Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick – Moncton
22. Le 16 septembre 2016 : Invitation au 10^e anniversaire du Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick – Moncton
23. Le 19 septembre 2016 : Rencontre avec des élus municipaux de Kedgwick
24. Le 19 septembre 2016 : Rencontre des quatre présidents des fondations de la zone Acadie-Bathurst – Bathurst
25. Le 21 septembre 2016 : Rencontre d'Égalité santé en français avec la présidente du Conseil d'administration – Moncton
26. Le 23 septembre 2016 : Visite de la zone Nord-Ouest avec la présidente du Conseil d'administration – Edmundston

ANNEXE 2 – Liste des communiqués de presse publiés (du 18 juin au 23 septembre 2016)

Le 20 juin 2016 : Interdiction des visites partiellement levée à l'Hôpital régional Chaleur

Le 22 juin 2016 : Interdiction des visites complètement levée à l'Hôpital régional Chaleur

Le 28 juin 2016 : Réunion publique ordinaire du Conseil d'administration et assemblée générale annuelle 2015-2016 – faits saillants

Le 4 juillet 2016 : Fort taux d'occupation à l'Hôpital Régional de Campbellton

Le 15 juillet 2016 : Interruption temporaire de certains services aux Services de traitement des dépendances de Tracadie

Le 21 juillet 2016 : Fermeture temporaire du Centre de santé de Jacquet River

Le 17 août 2016 : Services améliorés pour le mieux-être des patientes atteintes de cancer

Le 1^{er} septembre 2016 : Une recrue adorable pour le secteur des bénévoles de l'Hôpital régional d'Edmundston

Le 9 septembre 2016 : Pas de réduction de service envisagée à l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin

Le 16 septembre 2016 : Renouvellement de l'entente d'affiliation entre le Réseau de santé Vitalité et l'Université de Sherbrooke

Le 21 septembre 2016 : Bris d'une conduite d'eau à l'Unité de médecine familiale de Dieppe

Note d'information

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 4 octobre 2016

Objet : **Rapport du Comité exécutif**

Vous trouverez ci-joint le rapport et le procès-verbal du Comité exécutif de la rencontre du 23 août 2016. Ce rapport sera présenté par Michelyne Paulin, la Présidente du Conseil d'administration.

1) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité exécutif de la rencontre du 23 août 2016.

Il n'y a eu aucune motion lors de cette rencontre.

Soumis le 23 septembre 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

**Rapport de la présidente
Comité exécutif
Réunion du 23 août 2016**

(Pour la réunion publique)

Le Comité exécutif a tenu une réunion régulière le 23 août 2016. Les sujets suivants ont été discutés :

- Session d'orientation
- Comités du Conseil d'administration
- Dossier Médavie

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité exécutif pour la réunion du 23 août 2016 et je propose l'acceptation de ce rapport tel que présenté.

Michelyne Paulin
Présidente du Comité exécutif

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL Point 8.1

Titre de la réunion :	Comité exécutif	Date et heure : Le 23 août 2016 à 9 heures			
But de la réunion :	Réunion régulière	Endroit : Hôpital régional Chaleur : Salle A Centre médical régional de Shediac : Salle de vidéo Hôpital général de Grand-Sault : Salle de vidéo Hôpital régional de Campbellton : Salle des soins palliatifs Université Sainte Anne en N-E : G-303			
Présidente : Secrétaire :	Michelyne Paulin Sonia Haché-Lanteigne				
Invitée : Gisèle Beaulieu					
Participants :					
Rita Godbout	√	Michelyne Paulin (Présidente)	√	Claire Savoie	√
Gabriel Godin	√	Sonia Roy	√	Anne Soucie	√
Gilles Lanteigne	√				
PROCÈS-VERBAL					
1. Ouverture de la séance La séance est ouverte à 9 h 05.					
2. Adoption de l'ordre du jour L'ordre du jour est adopté avec l'ajout suivant au point 6 : 6.1 Dossier Médavie <u>MOTION 2016/08/23-01CE</u> Proposé par Gabriel Godin Appuyé par Sonia A. Roy Et résolu que le Comité exécutif adopte l'ordre du jour avec cet ajout. Adopté à l'unanimité.					
3. Déclaration de conflits d'intérêts Aucun conflit d'intérêts n'est déclaré.					
4. Adoption du procès-verbal du 17 février 2016 Le procès-verbal de la réunion du 17 février 2016 est présenté. <u>MOTION 2016/08/23-02CE</u> Proposé par Anne Soucie Appuyé par Gabriel Godin Et résolu que le Comité exécutif adopte le procès-verbal du 17 février 2016 tel que présenté. Adopté à l'unanimité. Égalité Santé en Français inc. La façon d'Égalité Santé en Français inc. de critiquer négativement le Réseau de santé Vitalité est discutée. Certains membres sont très préoccupés de la personnalisation du débat envers le personnel du Réseau de santé Vitalité, ce qu'ils considèrent comme non productif. La présidente a reçu une invitation d'Égalité Santé en Français inc. et projette de rencontrer leurs représentants au début septembre.					
5. Affaires nouvelles 5.1 Session d'orientation Une session d'orientation aura lieu le 25 août pour les membres du Conseil d'administration afin de les familiariser à l'utilisation de la tablette électronique et du programme WatchDox. Il y aura aussi à l'ordre du jour la présentation du manuel d'orientation suivi d'une session sur l'agrément.					

Mentors

Suite à l'attribution de mentors pour les nouveaux membres, on propose de se doter d'un mécanisme d'évaluation. Ceci pourrait se faire par l'élaboration d'une grille, incluant un registre de notes et commentaires des nouveaux membres et des mentors. Ceci permettrait également d'apporter des améliorations s'il y a lieu.

5.2 Comités du Conseil d'administration

La formation des comités du Conseil d'administration a eu lieu lors de l'assemblée générale annuelle tenue en juin 2016. Le Conseil d'administration avait alors accepté les propositions du Comité de gouvernance et de mise en candidature pour ce qui est de la composition des différents comités. Pour arriver à faire des recommandations au Conseil d'administration, le Comité de gouvernance et de mise en candidature s'est doté d'un processus et des outils pour s'assurer de la meilleure représentativité et optimiser les compétences et les choix de ses membres. Cependant, il est assez difficile de remplir tous les critères de nomination tout en rencontrant les attentes et intérêts de chacun des membres du Conseil d'administration.

Les membres du Comité exécutif proposent pour la prochaine année, que la composition des comités demeure telle quelle et que les nouveaux membres se familiarisent avec la structure des comités. Par contre, si certains membres semblent concernés par le fait de participer à seulement un comité, leurs compétences seront prises en considération afin de participer en cours de route, ou au besoin, à un autre comité.

Par contre, suite à l'arrivée tardive de Brenda Martin au Conseil d'administration et compte tenu qu'elle n'a pu être nommée sur aucun comité, elle sera ajoutée au Comité de la planification stratégique.

MOTION 2016/08/23-03CE

Proposé par Claire Savoie

Appuyé par Rita Godbout

Et résolu que le Comité exécutif adopte que le Comité de gouvernance et de mise en candidature ajoute Brenda Martin comme membre du Comité de la planification stratégique.

Le mandat du Comité de la planification stratégique sera mis à jour suite à cette motion.

6. Autre**6.1 Dossier Médavie**

Le ministère de la Santé a décidé de reconduire la période de négociation avec Médavie. Le Réseau de santé Vitalité a réitéré sa position prise en juin 2016 lors d'une rencontre avec le ministère de la Santé et le Réseau de santé Horizon cet été.

7. Date de la prochaine réunion

La prochaine réunion sera organisée au besoin.

8. Levée de la séance

Gabriel Godin propose la levée de la séance à 9 h 50.

Michelyne Paulin
Présidente du Conseil d'administration

Gilles Lanteigne
Président-directeur général et secrétaire du
Conseil d'administration

Note d'information

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 4 octobre 2016

Objet : **Rapport du Comité de gouvernance et de mise en candidature**

Vous trouverez ci-joint le rapport et le procès-verbal du Comité de gouvernance et de mise en candidature de la rencontre du 14 septembre 2016. Ce rapport sera présenté par Lucille Auffrey, la Présidente du comité.

1) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité de gouvernance et de mise en candidature de la rencontre du 14 septembre 2016.

2) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : (MOTION 2016-09-14 / 04GMC), (MOTION 2016-09-14 / 05GMC), (MOTION 2016-09-14 / 06GMC) et (MOTION 2016-09-14 / 07GMC) du Comité de gouvernance et de mise en candidature de la rencontre du 14 septembre 2016.

Soumis le 23 septembre 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Rapport de la présidente
Comité de gouvernance et de mise en candidature
Réunion du 14 septembre 2016

(Pour la réunion publique)

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature a tenu une réunion régulière le 14 septembre 2016. Les sujets suivants ont été discutés :

- **Plan de travail 2016-2017** : un plan de travail a été proposé afin que le Comité de gouvernance et de mise en candidature puisse s'acquitter de ses fonctions :
 - Fonctionner efficacement en tant que Conseil ;
 - Définir clairement l'orientation de la Régie ;
 - Appuyer la Régie pour qu'elle réalise son mandat ;
 - Rendre compte et atteindre des résultats durables.

Ce plan fera partie du plan de travail du Conseil d'administration, lorsqu'approuvé.

MOTION 2016-09-14 / 04GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Pauline Bourque

Et résolu que le plan de travail 2016-2017 soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

- **Plan de mise à jour des politiques et procédures du Conseil d'administration** : cette année, il est proposé de modifier le calendrier de mise à jour des politiques et procédures du Conseil d'administration pour qu'il y ait une approbation annuelle en janvier 2017. Quelques modifications seront apportées au tableau, puisque le comité d'éthique n'existe plus.

MOTION 2016-09-14 / 05GMC

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le calendrier de mise à jour des politiques et procédures soit accepté avec les modifications proposées et qu'il y ait une approbation annuelle en bloc des politiques et procédures du Conseil d'administration.

Adopté à l'unanimité.

- **Rapport – Sous-comité des normes de gouvernance** : le sous-comité a tenu une réunion régulière le 7 septembre dernier. Il a été suggéré de refaire le sondage du fonctionnement de la gouvernance en janvier 2017, compte tenu l'arrivée de nouveaux membres du Conseil d'administration et l'importance de leur perception. Aussi, un exercice de simulation d'une visite d'agrément avec les membres du Conseil sera fixé en janvier 2017, pour avoir un aperçu de quelle façon la rencontre se fait avec les visiteurs.

- **Révision du mandat du Comité de planification stratégique** : un nouveau membre a été nommé par le ministre cet été. Il a été convenu de modifier la composition du Comité de planification stratégique afin de permettre l'ajout d'un membre additionnel. Il est primordial que tous les membres se sentent engagés et puissent apporter une contribution importante aux activités du Conseil.

MOTION 2016-09-14 / 06GMC

Proposé par Gaitan Michaud

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que la politique et procédure CA-360 « Comité de planification stratégique » soit adoptée telle que présentée et recommandée par le Comité de planification stratégique.

Adopté à l'unanimité.

- **Plan de formation du Conseil d'administration** : un plan de formation a été développé pour la prochaine année comprenant quatre thèmes :
 1. Éthique organisationnelle ;
 2. Agrément et normes de gouvernance ;
 3. Qualité et sécurité des usagers ;
 4. Gouvernance.

Le calendrier de formation coïncide avec les réunions du Conseil d'administration. Il se peut que les dates pour certains thèmes soient modifiées en cours de route.

MOTION 2016-09-14 / 07GMC

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Gaitan Michaud

Et résolu que le plan de formation du Conseil d'administration pour l'année 2016-2017 soit adopté avec la possibilité de modifier les dates pour certains thèmes.

Adopté à l'unanimité.

- **Évaluation des réunions du Conseil d'administration (27 et 28 juin 2016)** : le taux de participation a diminué comparativement aux réunions précédentes. Nous présumons que la cause principale est qu'il s'agissait de la dernière réunion de l'année et le départ de plusieurs membres. Il est important d'obtenir la rétroaction des membres du Conseil, afin d'améliorer le fonctionnement des réunions.

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité de Gouvernance et de mise en candidature pour la réunion du 14 septembre 2016 et je propose l'acceptation de ce rapport tel que présenté.

Lucille Auffrey

Présidente du Comité de Gouvernance et de mise en candidature

Manuel : Politiques du Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ DE PLANIFICATION STRATÉGIQUE		N° : CA-360
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur :	
Émise par :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2016-04-26
Approuvée par (signature)	Conseil d'administration Michelyne Paulin, Présidente	Date de la signature :	
Établissement / programme :	<input checked="" type="checkbox"/> Vitalité		

POLITIQUE

Mandat

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

Responsabilités

Responsabilités spécifiques

1. Il formule des recommandations au Conseil d'administration sur la mission, la vision, les valeurs, les initiatives stratégiques, les principaux programmes et les services de l'organisation.
2. Il aide l'équipe de leadership à déterminer les questions stratégiques cruciales à l'égard de l'organisation. Il aide à l'analyse des autres options stratégiques.
3. Il s'assure que l'équipe de leadership établit 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. Il comprend les grandes tendances nationales et provinciales du système de santé. Il se tient à jour sur les besoins en soins de santé communautaires, les progrès technologiques et les autres possibilités d'améliorer la portée, le rapport coût/efficacité et la qualité des services fournis par l'organisation.
5. Il revoit périodiquement la mission, la vision et le plan stratégique et il recommande des changements au Conseil d'administration.

6. Chaque année, il examine le plan stratégique et il recommande des mises à jour selon les besoins basés sur l'évolution du marché, les besoins de la collectivité et d'autres facteurs.
7. Il examine et transmet au Conseil d'administration 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. Il examine les nouveaux programmes et services.
9. Il élabore des critères que l'équipe de leadership doit utiliser pour évaluer les investissements stratégiques potentiels.
10. Il aide à élaborer un tableau de bord stratégique et des indicateurs clés.
11. Il surveille le rendement de l'organisation selon des cibles mesurables.

Composition et fonctionnement

1. Le comité est composé d'au moins trois membres votants du Conseil, dont l'un assume 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 la politique sur les comités du Conseil d'administration (CA-300).

Rapport

Le Comité examine et reçoit les rapports suivants :

- 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 en santé communautaire et « populationnelle »;
- Évaluation des partenaires;
- Évaluation opérationnelle et financière;
- Enquêtes sur les perceptions communautaires et l'expérience d'un patient.

Objectifs annuels du Comité

Le Comité de planification stratégique établira des objectifs annuels précisant les différents domaines auxquels il consacrera les efforts en ce qui concerne la formation, les politiques, la définition d'objectifs et/ou d'activités de contrôle pour l'année à venir. Exemples typiques :

- Étudier l'augmentation du 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 de l'efficacité pour favoriser la croissance des programmes, obtenir des installations supplémentaires, tenir les technologies de l'information à jour et poursuivre les initiatives d'amélioration de qualité proposées dans le plan stratégique.
- Examiner les services actuels et envisager une reconfiguration du modèle de prestation de services pour des raisons de qualité et des raisons 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 : _____

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL Point 8.2

Titre de la réunion :	Comité de gouvernance et de mise en candidature	Date et heure :	Le 14 septembre 2016 à 09:00	
		Endroit :	Vidéoconférence	
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst (siège social) :	grande salle	(Gisèle)
		Moncton :	salle à l'Auberge	(Michelyne)
		Edmundston :	amphi	(Lucie)
Présidente	Lucille Auffrey	Campbellton :	salle téléadaptation	(Sonia)
Secrétaire	Lucie Francoeur	Téléconférence :		(Lucille, Pauline et Gaitan)
Participants				
Lucille Auffrey	✓	Michelyne Paulin	✓	Gaitan Michaud ✓
Gilles Lanteigne	A	Sonia A. Roy	✓	
Gisèle Beaulieu	✓	Pauline Bourque	✓	
PROCÈS-VERBAL				

1. Ouverture de la séance

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

2. Déclaration de conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

3. Adoption de l'ordre du jour**MOTION 2016-09-14 / 01GMC**

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Gaitan Michaud

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

Adopté à l'unanimité.

4. Adoption du procès-verbal du 8 juin 2016**MOTION 2016-09-14 / 02GMC**

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 8 juin 2016 soit adopté avec réserve puisqu'aucun membre n'était présent lors de cette réunion.

Adopté à l'unanimité.

Un membre questionne la dissolution du Comité ad Hoc sur les voyages médicaux. Effectivement, il a été convenu de dissoudre ledit comité. Par ailleurs, des suivis d'ordre opérationnel ont été transmis à l'Équipe de leadership, puis nous suivons de près les indicateurs qui ont été déterminés par les anciens membres du Comité ad Hoc sur les voyages médicaux.

Une clarification est apportée concernant la participation des membres ex-officiels aux réunions à huis clos du huis clos. En juin dernier, il a été convenu de garder le statu quo du format du huis clos, puis un membre d'offre sera invité au besoin à entrer dans la salle de réunion.

5. Adoption du procès-verbal du 24 juin 2016**MOTION 2016-09-14 / 03GMC**

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Gaitan Michaud

Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 24 juin 2016 soit adopté avec réserve puisqu'aucun

membre n'était présent lors de cette réunion.

Adopté à l'unanimité.

6. Suivis des dernières réunions

Il a déjà été soulevé lors d'une réunion antérieure de réviser le format de dialogue avec le public lors des réunions du Conseil d'administration pour permettre la participation de tous les groupes et organismes de la communauté. Nous constatons durant les dernières années qu'il y a eu beaucoup d'échanges avec les mêmes organismes. Le Réseau de santé Horizon soulève le même questionnement.

Les nouveaux membres soulèvent qu'ils seraient difficiles pour eux de modifier le format de dialogue avec le public en ce moment et veulent se donner plus de temps et d'expérience avec le déroulement des rencontres avant d'apporter des modifications. Il est convenu de poursuivre les échanges avec Horizon, puis un suivi sera apporté à une prochaine réunion. La présidente du Conseil d'administration mentionne qu'elle et le président-directeur général auront une rencontre avec Égalité santé en français pour discuter de divers sujets, mais entre autres pour développer des échanges positifs entre les deux organismes. Un suivi sera apporté à la prochaine réunion du Conseil d'administration.

7. Affaires permanentes

7.1 Plan de travail 2016-2017

Le plan de travail 2016-2017 est proposé afin que le Comité de gouvernance et de mise en candidature puisse s'acquitter de ses fonctions :

- Fonctionner efficacement en tant que Conseil ;
- Définir clairement l'orientation de la Régie ;
- Appuyer la Régie pour qu'elle réalise son mandat ;
- Rendre compte et atteindre des résultats durables.

Ce plan fera partie du plan de travail du Conseil d'administration, lorsqu'approuvé.

MOTION 2016-09-14 / 04GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Pauline Bourque

Et résolu que le plan de travail 2016-2017 soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

7.2 Plan de mise à jour des politiques et procédures du Conseil d'administration

Cette année, il est proposé de modifier le calendrier de mise à jour des politiques et procédures du Conseil d'administration pour qu'il y ait une approbation annuelle en bloc. Étant donné que les politiques sur la vision, mission et valeurs doivent être révisées cet automne dans le cadre de la planification stratégique, il est proposé d'apporter la mise à jour du manuel de politiques en janvier 2017 pour l'approbation annuelle.

La documentation est acheminée aux membres une semaine à l'avance pour qu'ils puissent lire les rapports et autres documents avant la tenue de la réunion. Donc, les membres pourront réviser les politiques lorsque circulées pour commentaires lors de la réunion.

Une modification sera apportée au tableau à la colonne « comité responsable » aux politiques CA-205 et CA-245, parce que le comité d'éthique n'existe plus. Le Comité de gouvernance et de mise en candidature ainsi que le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité assureront la révision de ces politiques.

MOTION 2016-09-14 / 05GMC

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le calendrier de mise à jour des politiques et procédures soit accepté avec les modifications proposées et qu'il y ait une approbation annuelle en bloc des politiques et procédures du Conseil d'administration.

Adopté à l'unanimité.

7.3 Rapport – Sous-comité des normes de gouvernance

Le Sous-comité des normes de gouvernance a tenu une réunion régulière le 7 septembre dernier, puis les sujets suivants ont été discutés :

- Plan d'action – sommaire ;
- Mandat ;
- Normes de gouvernance ;
- Résultats de l'auto-évaluation (16 novembre au 12 décembre 2015) ;

Il a été suggéré de refaire le sondage du fonctionnement de la gouvernance en janvier 2017, compte tenu l'arrivée de nouveaux membres au sein du Conseil d'administration et l'importance de leur perception.

Un exercice de simulation d'une visite d'agrément avec les membres du Conseil sera fixé en janvier 2017, pour avoir un aperçu de quelle façon la rencontre se fait avec les visiteurs.

8. Affaires nouvelles

8.1 Révision du mandat du Comité de planification stratégique

Un nouveau membre du Conseil d'administration a été nommé par le ministre au courant de l'été. Puisqu'il est important que chaque membre du Conseil se sente engagée et puisse apporter une contribution importante aux activités du Conseil, il a été convenu de modifier la composition du Comité de planification stratégique, afin de permettre l'ajout d'un membre additionnel.

Norma McGraw a siégé au comité de sélection de la firme. La firme retenue est le Centre de leadership et d'évaluation Inc. « Le Clé ». Le dépôt du plan stratégique final est prévu à la fin décembre 2016.

MOTION 2016-09-14 / 06GMC

Proposé par Gaitan Michaud

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que la politique et procédure CA-360 « Comité de planification stratégique » soit adoptée telle que présentée et recommandée par le Comité de planification stratégique.

Adopté à l'unanimité.

8.2 Plan de formation du Conseil d'administration 2016-2017

Un plan de formation a été développé pour la prochaine année comprenant quatre thèmes dont :

1. Éthique organisationnelle ;
2. Agrément et normes de gouvernance ;
3. Qualité et sécurité des usagers ;
4. Gouvernance.

Le calendrier de formation coïncide avec les réunions du Conseil d'administration. Il se peut que les dates pour certains thèmes soient modifiées en cours de route pour accommoder les présentateurs. Les membres sont d'accord avec les thèmes proposés.

La présidente du Conseil d'administration a eu plusieurs conversations avec les membres qui ont manifesté un retour à la session de formation tenue en juin. Il est prévu à la prochaine réunion du Conseil d'administration de faire un retour sur ces discussions, afin de mieux saisir les enjeux des différents comités.

MOTION 2016-09-14 / 07GMC

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Gaitan Michaud

Et résolu que le plan de formation du Conseil d'administration pour l'année 2016-2017 soit adopté avec la possibilité de modifier les dates pour certains thèmes.

Adopté à l'unanimité.

8.3 Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration

Les évaluations des réunions du Conseil d'administration tenues les 27 et 28 juin 2016 sont présentées à titre d'information. Le taux de participation a diminué comparativement aux réunions précédentes. Nous présumons que la cause principale de ce faible taux de participation est parce qu'il s'agissait de la dernière réunion de l'année et le départ de plusieurs membres du Conseil. Il est important d'obtenir la rétroaction des membres du Conseil, afin d'améliorer le fonctionnement des réunions. D'ailleurs, ces évaluations ont apporté des changements positifs aux réunions du Conseil durant la dernière année.

9. Date de la prochaine réunion : le 14 novembre 2016 à 09:00

10. Levée de la séance

La levée de la séance est proposée par Pauline Bourque à 09:55

Lucille Auffrey
Présidente du comité

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

Note d'information

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 4 octobre 2016

Objet : **Rapport du Comité de finances et de vérification**

Vous trouverez ci-joint le rapport et le procès-verbal du Comité de finances et de vérification de la rencontre du 13 septembre 2016. Ce rapport sera présenté par Rita Godbout, la Présidente du comité.

1) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité de finances et de vérification de la rencontre du 13 septembre 2016.

2) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : (MOTION 2016-09-13 / 03FV), (MOTION 2016-09-13 / 05FV), (MOTION 2016-09-13 / 06FV) et (MOTION 2016-09-13 / 07FV) du Comité de finances et de vérification de la rencontre du 13 septembre 2016.

Soumis le 23 septembre 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Rapport de la présidente
Comité des finances et de vérification
Réunion tenue le 13 septembre 2016

(Pour la réunion publique)

Le Comité des finances et de vérification a tenu une réunion régulière le 13 septembre 2016. Les sujets suivants ont été discutés :

- **Suivis des recommandations du vérificateur externe 2015-2016** ; des recommandations ont été émises suite à la vérification externe 2015-2016. Le vérificateur externe a soulevé deux recommandations financières et cinq recommandations touchant la sécurité de l'informatique. Le Réseau appuie toutes les recommandations sauf une avec réserve qui touche le système de contrôleur de domaine (Méditech). Des discussions sont en cours avec Service NB pour identifier des solutions.

Un plan d'action sera présenté à la prochaine réunion du Comité des finances et de vérification adressant toutes les recommandations.

MOTION 2016-09-13 / 03FV

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Gabriel Godin

Et résolu que les réponses du Réseau de santé Vitalité soient adoptées telles que présentées, afin de se conformer aux recommandations du vérificateur externe contenu dans le rapport 2015-2016.

Adopté à l'unanimité.

- **Tableau de bord stratégique et opérationnel (juillet 2016)** ; les membres du Comité des finances et de vérification se sont joints aux membres du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité pour la première fois pour discuter des services à la clientèle et finances.

Le gabarit du tableau a été présenté pour commentaires aux membres des deux comités et obtenir leur accord, afin de poursuivre le développement d'un nouveau modèle de tableau de bord à deux volets, soit le volet stratégique et opérationnel.

Quelques indicateurs sont en développement, entre autres le nombre de projets de recherche approuvés, les indicateurs de communication et la moyenne de jours de maladie payés par employé.

Ce tableau permettra au Conseil d'administration d'évaluer la performance du Réseau et de suivre les progrès dans les secteurs jugés prioritaires pour l'organisation. Après discussion, quelques modifications seront apportées au tableau.

- **Mandat du Comité des finances et de vérification** ; le mandat a été présenté à titre d'information, étant donné que le comité est constitué de nouveaux membres.
- **Plan de travail 2016-2017** : un plan de travail 2016-2017 a été proposé, afin que le comité puisse s'acquitter de ses fonctions de reddition de compte, de prendre des décisions éclairées et d'atteindre ses objectifs.

MOTION 2016-09-13 / 05FV

Proposé par Gabriel Godin

Appuyé par Émeril Haché

Et résolu que le plan de travail 2016-2017 du Comité des finances et de vérification soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

- **États financiers en date du 31 juillet 2016** : pour les quatre premiers mois d'opération, du 1^{er} avril au 31 juillet 2016, le Réseau termine avec un surplus d'opérations de 2,026,679 \$, soit une augmentation dans les revenus de 734,753 \$ et un excédent dans les dépenses de 1,291,926 \$. Cependant, certaines modifications budgétaires de l'ordre de 9,526,226 \$ sont considérées dans les états des résultats.

Les membres ont passé en revue les explications des variances budgétaires au niveau du financement, par catégories de dépenses et par programmes.

Il y a une diminution dans le surtemps de 4,557 heures et une diminution de 178 heures dans les heures de maladie comparativement à la même période l'an dernier.

Selon les tendances observées au cours des dernières années, les mois à venir sont ceux où il y a une plus grande variation au niveau des activités opérationnelles. Ce qui occasionnera un impact au niveau financier. Des mesures de contrôles et de vérification sont en révision afin de mitiger ces risques.

MOTION 2016-09-13 / 06FV

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Michelyne Paulin

Et résolu que les états financiers pour l'exercice se terminant le 31 juillet 2016 soient adoptés tels que présentés.

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2016-09-13 / 07FV

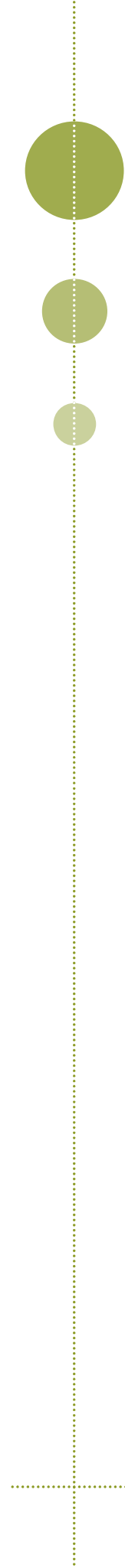
Proposé par Gabriel Godin

Appuyé par Émeril Haché

Et résolu que les modifications budgétaires de l'ordre de 9,526,226 \$ soient adoptées telles que présentées pour tenir compte des changements financiers depuis le début de l'exercice financier.

Adopté à l'unanimité.

- **Rapport de dépenses du PDG (avril à juin 2016)** : les dépenses du président-directeur général seront affichées sur le site Web du Réseau dès cette année et ceux des vice-présidents et des membres du Conseil d'administration débutant en avril 2017.



Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité des finances et de vérification pour la réunion tenue le 13 septembre 2016 et je propose l'acceptation de ce rapport tel que présenté.

Rita Godbout

Présidente du Comité des finances et de vérification

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Point 8.3

Titre de la réunion :	Comité des finances et de vérification	Date et heure :	Le 13 septembre 2016 à 14:30	
		Endroit :	Vidéoconférence	
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst (siège social) :	(Gilles et Gisèle)	
		Moncton : salle 4D	(Michelyne, Gabriel, Alain)	
		Edmundston : salle du conseil	(Lucie)	
Présidente :	Rita Godbout	Grand-Sault: salle 0252	(Rita)	
Secrétaire :	Lucie Francoeur	Lamèque : salle de télésanté	(Émeril)	
		Téléconférence:	(Wesley)	
Participants				
Rita Godbout	✓	Michelyne Paulin	✓	Wesley Knight ✓
Gilles Lanteigne	✓	Gabriel Godin	✓	Alain Bécharde ✓
Gisèle Beaulieu	✓	Émeril Haché	✓	
PROCÈS-VERBAL				

Réunion conjointe avec le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité et le Comité des finances et de vérification

Tableau de bord stratégique et opérationnel (juillet 2016)

Invitée : Mireille Lanouette

Les membres des deux comités se joignent pour la première fois pour discuter des services à la clientèle et des finances. Le gabarit du tableau de bord est présenté pour recueillir les commentaires des membres des deux comités et obtenir leur accord, afin de poursuivre le développement d'un nouveau modèle de tableau de bord à deux volets, soit le volet stratégique et opérationnel. Ce tableau permettra au Conseil d'administration d'évaluer la performance du Réseau et de suivre les progrès dans les secteurs jugés prioritaires pour l'organisation.

Mireille Lanouette, directrice régionale de la Planification et Aide à la décision présente brièvement le tableau basé sur un modèle de quatre quadrants.

- le 1^{er} quadrant : Qualité/Satisfaction à la clientèle ;
- le 2^e quadrant : Activités ;
- le 3^e quadrant : Ressources humaines ;
- le 4^e quadrant : Finances.

Les informations portent sur deux années dans le but d'avoir une comparaison. Une cible est également fixée pour l'année 2016-2017. L'atteinte ou non de la cible est identifiée par une couleur.

Les membres passent en revue l'ensemble des indicateurs proposés. Quelques-uns sont en développement, entre autres le nombre de projets de recherche approuvés, les indicateurs de communication, la moyenne de jours de maladie payés par employé. Il est suggéré d'ajouter un indicateur en lien avec le climat de travail/grief dans le quadrant des ressources humaines.

Certains membres trouvent difficile à suivre, puisque le tableau ne démontre pas le lien avec l'indicateur et l'objectif. Toutefois, les définitions de chaque indicateur sont affichées à la deuxième page du tableau, ainsi que les points de discussion pour chacun.

Les membres questionnent la pertinence de garder les deux indicateurs suivants : « Dépenses actuelles versus budgétées » et la « Variance entre le budget et les dépenses actuelles ». Les membres du Comité des finances et de vérification sont demandés d'y réfléchir et un suivi pourra être donné plus tard.

Un membre suggère d'ajouter au tableau un indicateur de la santé en général, dans le but de savoir comment on se compare ailleurs. Il est possible de trouver des données nationales, mais celles-ci ne sont pas mises à jour mensuellement, mais plutôt annuellement. Après discussion, il est convenu de présenter annuellement le portrait sur l'état de santé selon les régions avec analyse comparative dans un rapport distinct comprenant les données les plus récentes. Une note d'information sera présentée à une prochaine réunion à cet égard.

Les membres sont invités à partager d'autres commentaires s'il y a lieu.

MOTION 2016-09-13 / 05SCGQS

Proposé par Claire Savoie

Appuyé par Émeril Haché

Et résolu que le gabarit du tableau de bord stratégique et opérationnel soit adopté avec les modifications suggérées.

Adopté à l'unanimité

1. Ouverture de la séance

La séance est ouverte par Rita Godbout à 15:30.

2. Déclaration de conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

3. Adoption de l'ordre du jour

MOTION 2016-09-13 / 01FV

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Gabriel Godin

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

Adopté à l'unanimité.

4. Adoption du procès-verbal du 15 juin 2016

MOTION 2016-09-13 / 02FV

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Gabriel Godin

Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 15 juin 2016 soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

5. Suivis de la dernière réunion du 15 juin 2016

5.1 Suivis des recommandations du vérificateur externe 2015-2016

Des recommandations ont été émises suite à la vérification externe 2015-2016. Le vérificateur externe a soulevé deux recommandations financières et cinq recommandations touchant la sécurité de l'informatique.

Le Réseau est d'accord avec toutes les recommandations émises sauf une avec réserve qui touche le système de contrôleur de domaine (Méditech), puisque la session ne ferme pas après une certaine période d'inactivité. Des discussions sont en cours avec Service NB pour identifier des solutions. Un plan d'action adressant toutes les recommandations sera soumis au Comité à la prochaine réunion.

MOTION 2016-09-13 / 03FV

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Gabriel Godin

Et résolu que les réponses du Réseau de santé Vitalité soient adoptées telles que présentées, afin de se conformer aux recommandations du vérificateur externe contenu dans le rapport 2015-2016.

Adopté à l'unanimité.

6. Affaires permanentes

6.1 Tableau de bord stratégique et opérationnel (juillet 2016)

Suite aux discussions précédentes avec les membres du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité, il a été convenu de remplacer la notion de trois indicateurs par la variance comparativement au budget.

1. Variance en salaires et bénéfices;
2. Variance en médicaments;
3. Variance en fournitures médicales et chirurgicales, autres dépenses.

Au niveau stratégique, il a été convenu d'enlever les dépenses actuelles versus budgétées.

7. Affaires nouvelles

7.1 Mandat du Comité des finances et de vérification

Le mandat est présenté à titre d'information, étant donné que le comité est constitué de nouveaux membres. Les membres passent en revue le mandat.

7.2 Plan de travail annuel

Un plan de travail 2016-2017 est proposé, afin que le comité puisse s'acquitter de ses fonctions de reddition de compte, de prendre des décisions éclairées et d'atteindre ses objectifs. Les différentes activités sont :

- Superviser la performance et la viabilité financière ;
- Veiller à ce que des ressources ou les biens soient disponibles et utilisés efficacement;
- Superviser les risques pour protéger la viabilité financière et les actifs ;
- Superviser la vérification externe ;
- Le suivi aux recommandations du vérificateur externe ;
- La gestion des investissements.

Ce plan fera partie du plan de travail du Conseil d'administration, lorsqu'approuvé.

MOTION 2016-09-13 / 04FV

Proposé par Gabriel Godin

Appuyé par Émeril Haché

Et résolu que le plan de travail 2016-2017 du Comité des finances et de vérification soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

8. Rapports

8.1 États financiers en date du 31 juillet 2016

Alain Béchard présente les états financiers au 31 juillet 2016. Pour les quatre premiers mois d'opération, du 1^{er} avril au 31 juillet 2016, le Réseau termine avec un surplus d'opérations de 2,026,679 \$, soit une augmentation dans les revenus de 734,753 \$ et un excédent dans les dépenses de 1,291,926 \$. Cependant, certaines modifications budgétaires de l'ordre de 9,526,226 \$ sont considérées dans les états des résultats.

Les membres passent en revue les explications des variances budgétaires au niveau du financement, par catégories de dépenses et par programmes.

- Des discussions sont en cours avec le ministère de la Santé pour ajuster les budgets du Centre d'excellence pour jeunes et du Centre Pierre Caissie totalisant 29.8 ETP.
- En ce qui a trait à l'assurance maladie, le déficit se situe dans les salaires et bénéfiques, mais les dépenses encourues sont remboursées par le ministère de la Santé.
- Il y a une diminution dans le surtemps de 4,557 heures et une diminution de 178 heures dans les heures de maladie comparativement à la même période l'an dernier.

En avril 2016, le Conseil d'administration a approuvé un budget équilibré qui comprenait des mesures d'efficacités de 4 \$ millions de dollars et un réinvestissement du même montant dans la mise en œuvre du plan de transformation et de modernisation du système de santé. Une décision finale du ministère de la Santé est toujours attendue sur les mesures d'efficacités. Par ailleurs, le Réseau a amorcé la mise en œuvre de plusieurs initiatives concernant son plan de modernisation et de transformation totalisant environ 2 \$ millions de dollars.

Le ministre de la Santé a confirmé, en août dernier, le transfert du projet des sages-femmes au Réseau de santé Horizon. Ceci n'aura aucun impact sur la situation financière du Réseau.

Selon les tendances observées au cours des dernières années, les mois à venir sont ceux où il y a une plus grande variation au niveau des activités opérationnelles. Ce qui occasionnera un impact au niveau financier. Des mesures de contrôles et de vérification sont en révision afin de mitiger ces risques.

MOTION 2016-09-13 / 05FV

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Michelyne Paulin

Et résolu que les états financiers pour l'exercice se terminant le 31 juillet 2016 soient adoptés tels que présentés.

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2016-09-13 / 06FV

Proposé par Gabriel Godin

Appuyé par Émeril Haché

Et résolu que les modifications budgétaires de l'ordre de 9,526,226 \$ soient adoptées telles que présentées pour tenir compte des changements financiers depuis le début de l'exercice financier.

Adopté à l'unanimité.

8.2 Rapport de dépenses du PDG (avril à juin 2016)

Les dépenses du président-directeur général seront affichées sur le site Web du Réseau dès cette année et ceux des vice-présidents et des membres du Conseil d'administration débutant en avril 2017. Un modèle a été développé et est soumis pour information et commentaires. Après discussion, les membres sont d'accord avec le modèle présenté. Il n'y a aucune modification à apporter.

9. Date de la prochaine réunion : le 3 novembre 2016 à 10:00

10. Levée de la séance

La levée de la séance est proposée par Émeril Haché à 16:40.

Rita Godbout
Présidente du comité

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

ÉBBAUCHE

Note d'information

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 4 octobre 2016

Objet : **Rapport du Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité**

Vous trouverez ci-joint le rapport et le procès-verbal du Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité de la rencontre du 13 septembre 2016. Ce rapport sera présenté par Anne Soucie, la Présidente du comité.

1) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité de la rencontre du 13 septembre 2016.

2) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : (MOTION 2016-09-13 / 03SCGQS), (MOTION 2016-09-13 / 04SCGQS), (MOTION 2016-09-13 / 05SCGQS) et (MOTION 2016-09-13 / 07FV) du Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité de la rencontre du 13 septembre 2016.

Soumis le 23 septembre 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Rapport de la présidente
Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
du Conseil d'administration
Réunion tenue le 13 septembre 2016

(Pour la réunion publique)

Le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité du Conseil d'administration a tenu une réunion régulière le 13 septembre 2016. Les sujets suivants ont été discutés :

- **Mise à jour de la démarche Agrément 2017** ; la visite se déroulera du 18 au 23 juin 2017. Les démarches en lien avec la préparation pour cette visite se poursuivent, entre autres la mise en œuvre des plans d'action et la documentation des preuves à l'appui. Un exercice de simulation d'une visite d'agrément avec les membres du Conseil sera fixé en janvier 2017.
- **Aide médicale à mourir** ; l'aide médicale à mourir est légale au N.-B. depuis le 17 juin 2016. Un groupe de travail multidisciplinaire s'est rencontré à douze reprises depuis février 2016 pour développer les processus et les outils requis pour cette nouvelle pratique. Beaucoup d'éléments ont été développés ou sont en cours de développement. La procédure pour l'aide médicale à mourir ne sera pas effectuée dans les établissements à vocation religieuse. Les clients seront transférés dans un autre établissement pour respecter leur demande. À ce jour, si une demande est reçue elle est référée à Dre France Desrosiers et le suivi s'effectue au cas par cas.
- **Calendrier de présentation des rapports** : un calendrier a été présenté, afin de suivre les résultats et les tendances des activités organisationnelles en lien avec la qualité des soins et des services et de la sécurité.
- **Plan de travail 2016-2017** ; un plan de travail a été présenté pour que le comité puisse voir les progrès réalisés par le Réseau envers l'atteinte de ses objectifs en matière de soins centrés sur les usagers et leur famille, ainsi que les responsabilités du conseil à l'égard de l'amélioration de la qualité, de la sécurité des usagers et d'un milieu de travail positif.

MOTION 2016-09-13 / 03SCGQS

Proposé par Claire Savoie

Appuyé par Denis Pelletier

Et résolu que le plan de travail 2016-2017 soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité

- **Rapport de satisfaction des patients hospitalisés Q1** ; un sondage régional est en place pour évaluer la satisfaction des patients hospitalisés. Celui-ci est remis à tous les patients au congé. Le taux régional de participation au sondage est 16 % pour le 1^{er} trimestre 2016-2017, comparativement à 25 % pour la même période de l'année précédente. La cible visée se situe à 20 %. Les résultats seront bientôt publiés sur le Boulevard et le site Web, de même que les pistes d'amélioration pour encourager les gens à remplir le questionnaire, ce qui améliorera sûrement le taux de participation.
- **Rapport des plaintes** ; un processus régional est en place pour la gestion des plaintes et a pour but d'uniformiser et de faciliter le signalement et le suivi des préoccupations des patients et des familles. Le Réseau a reçu un total de 167 plaintes au cours du premier trimestre de l'année financière 2016-2017 comparativement à 159 plaintes pour la même période de l'année précédente. On reçoit en moyenne 50 plaintes par mois. Chaque plainte reçue est portée à l'attention du gestionnaire/chef de service concerné pour fin d'examen et des suivis sont effectués auprès du plaignant. À temps normal, le délai d'une résolution de plainte est de 30 jours ou moins. En ce qui concerne les plaintes liées aux services médicaux, celles-ci sont portées à l'attention du médecin-chef et du chef de service locaux pour suivi approprié.
- **Rapport des incidents** ; un mécanisme de gestion des incidents découlant de la prestation des soins et des services est en place dans l'ensemble du Réseau. Chaque incident est analysé par le secteur concerné et des améliorations sont apportées, afin de mitiger les risques ou les éviter contribuant ainsi à l'amélioration des soins de santé. Le nombre total d'incidents pour le premier trimestre 2016-2017 est 1737 incidents comparativement à 1711 pour la même période l'an dernier. Différentes initiatives d'amélioration ont été mises en place dans chacune des régions, entre autres le projet du bilan comparatif des médicaments (BCM) pour diminuer les incidents liés aux médicaments.
- **Plan d'amélioration continue de la qualité** ; le plan d'amélioration de la qualité est l'un des outils utilisés pour suivre la performance organisationnelle selon des domaines prioritaires tels que la satisfaction de la clientèle, la sécurité des patients et du personnel, l'accès aux soins et services, etc. Celui-ci doit être renouvelé annuellement, afin d'harmoniser les priorités en lien avec les priorités organisationnelles. Il est composé de trois volets : les objectifs stratégiques et priorités en matière de qualité, le plan d'action et les rapports de progrès.

MOTION 2016-09-13 / 04SCGQS

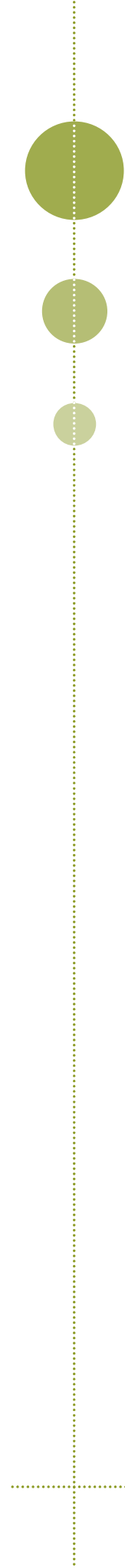
Proposé par Jean-Marie Nadeau

Appuyé par Denis Pelletier

Et résolu que le gabarit du plan d'amélioration continue de la qualité et le développement des initiatives en lien avec le plan stratégique soient adoptés tel que présenté.

Adopté à l'unanimité

- **Tableau de bord stratégique et opérationnel** ; les membres du Comité des finances et de vérification se sont joints aux membres du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité pour la première fois pour discuter des services à la clientèle et finances.



Le gabarit du tableau a été présenté pour commentaires aux membres des deux comités et obtenir leur accord, afin de poursuivre le développement d'un nouveau modèle de tableau de bord à deux volets, soit le volet stratégique et opérationnel.

Quelques indicateurs sont en développement, entre autres le nombre de projets de recherche approuvés, les indicateurs de communication et la moyenne de jours de maladie payés par employé.

Ce tableau permettra au Conseil d'administration d'évaluer la performance du Réseau et de suivre les progrès dans les secteurs jugés prioritaires pour l'organisation. Après discussion, quelques modifications seront apportées au tableau.

MOTION 2016-09-13 / 05SCGQS

Proposé par Claire Savoie

Appuyé par Émeril Haché

Et résolu que le gabarit du tableau de bord stratégique et opérationnel soit adopté avec les modifications suggérées.

Adopté à l'unanimité

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité du Conseil d'administration pour la réunion tenue le 13 septembre 2016 et je propose l'acceptation de ce rapport tel que présenté.

Anne Soucie

Présidente du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité du Conseil d'administration

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Point 8.4

Titre de la réunion :	Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité	Date et heure : Endroit :	Le 13 septembre 2016 à 13:00 Vidéoconférence
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst (siège social) : grande salle Edmundston : salle du conseil Moncton : salle 4D	(Gilles, Claire, Linda et Gisèle) (Lucie) (Michelyne, Chantal et Jean-Marie)
Présidente : Secrétaire :	Anne Soucie Lucie Francoeur	Nouvelle Écosse : Jabber	(Anne) (Denis)
Participants			
Anne Soucie	✓	Chantal Saumure	✓
Gilles Lanteigne	✓	Linda Sunderland	✓
Gisèle Beaulieu	✓	Dre France Desrosiers	✓
		Claire Savoie	✓
		Jean-Marie Nadeau	✓
		Denis Pelletier	✓
PROCÈS-VERBAL			

1. Ouverture de la séance

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

Jean-Marie Nadeau désire discuter de certains sujets spécifiques liés à la prévention/promotion des services de santé en pédiatrie et des interventions communautaires. Effectivement, c'est des sujets qui méritent d'être regardés, mais à l'instant même nous n'avons pas l'information relative à cet égard. On s'entend qu'il y a des sujets qui demandent beaucoup de recherche. Il est suggéré de tenir compte de ces éléments dans le cadre de la planification stratégique.

2. Déclaration de conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

3. Adoption de l'ordre du jour**MOTION 2016-09-13 / 01SCGQS**

Proposé par Jean-Marie Nadeau

Appuyé par Denis Pelletier

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

Adopté à l'unanimité

4. Adoption du procès-verbal du 9 juin 2016**MOTION 2016-09-13 / 02SCGQS**

Proposé par Linda Sunderland

Appuyé par Denis Pelletier

Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 9 juin 2016 soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité

5. Suivis de la dernière réunion du 9 juin 2016

Il n'y a aucun suivi à faire autre que ceux indiqués à l'ordre du jour de la rencontre.

6. Affaires nouvelles**6.1 Démarche Agrément 2017**

La dernière visite d'agrément a eu lieu en mai 2013, puis la prochaine visite est prévue du 18 au 23 juin 2017. Les démarches en lien avec la préparation pour cette visite se poursuivent, entre autres la mise en œuvre des plans d'action et la documentation des preuves à l'appui.

Un exercice de simulation d'une visite d'agrément avec les membres du Conseil sera fixé en janvier 2017.

Les visites d'agrément utilisent la méthode de vérification par traceurs. Il s'agit d'une méthode d'évaluation composée d'une variété d'activités, telles que la consultation de documents, les tournées de l'établissement, ainsi que des discussions avec le personnel, les clients, les familles, les membres du Conseil d'administration, au besoin. Les visiteurs retracent le cheminement d'un processus clinique ou administratif dans le but de recueillir des preuves sur la qualité et la sécurité des soins et services offerts.

Pour faire suite à la réunion du Sous-comité des normes de gouvernance, il a été suggéré de refaire le sondage du fonctionnement de la gouvernance en janvier 2017, compte tenu l'arrivée de nouveaux membres au sein du Conseil d'administration et l'importance de leur perception.

Monsieur Denis Pelletier félicite les gens qui travaillent à la mise en œuvre des plans d'action et souligne que c'est un travail colossal.

Cette année, une nouveauté a été ajoutée soit le sondage sur la qualité de vie au travail à l'intention des médecins incluant un taux de participation de 23.8 %. Le taux de participation est moindre, mais il faut penser que c'était la première fois qu'on lançait ce sondage. Plusieurs ont partagé de l'information, par contre d'autres ont complètement oublié de le remplir.

6.2 Aide médicale à mourir

Un groupe de travail multidisciplinaire s'est rencontré à douze reprises depuis février 2016 pour développer les processus et les outils requis pour cette nouvelle pratique. L'aide médicale à mourir est légale au N.-B. depuis le 17 juin 2016. Deux représentants du Réseau ont siégé à un comité provincial afin d'assurer une approche coordonnée entre les deux régions et le ministère de la Santé. Beaucoup d'éléments ont été développés ou sont en cours de développement :

- Politique et consultations prévues à l'automne ;
- Formulaires développés ;
- Protocoles médicamenteux développés et consultations en cours ;
- Livret d'information disponible pour les patients – commun aux deux régions ;
- Informations sur l'aide médicale à mourir disponibles sur le Boulevard et le site Web ;
- Guide pour les professionnels de la santé en développement ;
- Sessions d'information offertes en mai dernier ;
- Sessions de formation prévues à l'automne 2016 ;
- Professionnels de la santé disponibles pour offrir l'aide médicale à mourir ou du soutien identifié.

La procédure pour l'aide médicale à mourir ne sera pas effectuée dans les établissements à vocation religieuse tels que l'Hôpital et Centre de santé communautaire de Lamèque, l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin, l'Hôpital de l'Enfant-Jésus RHSJ† et l'Hôpital Stella-Marie-de-Kent. Les clients seront transférés dans un autre établissement pour respecter leur demande. À ce jour, si une demande est reçue, elle est référée à Dre France Desrosiers et le suivi s'effectue au cas par cas.

Une présentation PowerPoint sera présentée sur l'aide médicale à mourir à la prochaine réunion du Conseil d'administration.

6.3 Calendrier de présentation des rapports

Le calendrier de présentation des divers rapports est présenté à titre d'information. Il est mis à la disposition des membres du Conseil d'administration, afin de suivre les résultats et les

tendances des activités organisationnelles en lien avec la qualité des soins et des services et de la sécurité.

6.4 Plan de travail 2016-17

Un plan de travail 2016-2017 est proposé, afin que le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité puisse voir les progrès réalisés par le Réseau envers l'atteinte de ses objectifs en matière de soins centrés sur les usagers et leur famille, ainsi que les responsabilités du conseil à l'égard de l'amélioration de la qualité, de la sécurité des usagers et d'un milieu de travail positif.

Les différentes activités touchent essentiellement la surveillance de l'état d'avancement du plan d'amélioration continue de la qualité du Réseau, le rendement du Réseau en matière de qualité, la satisfaction de la clientèle, les activités en lien avec la démarche d'agrément et le risque organisationnel. Aussi, d'examiner les recommandations des comités de revue et assurer que des suivis sont apportés et contribuer à l'implantation du modèle des soins centrés sur le patient et la famille ;

Lors d'une situation critique, les membres du comité de revue se réunissent pour discuter de l'évènement, dans le but d'améliorer nos processus et mettre en place des mesures correctives, puis les recommandations qui en découlent sont acheminées au Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité du Conseil d'administration.

MOTION 2016-09-13 / 03SCGQS

Proposé par Claire Savoie

Appuyé par Denis Pelletier

Et résolu que le plan de travail 2016-2017 soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité

7. Rapports

7.1 Rapport de satisfaction des patients hospitalisés Q1

Un sondage régional est en place pour évaluer la satisfaction des patients hospitalisés. Celui-ci est remis à tous les patients au congé. La révision du sondage est en cours pour l'aligner avec celui du Conseil de la santé, afin de pouvoir comparer les mêmes données. Il existe également un sondage pour la clientèle ambulatoire, les clients au Programme extra-mural et à la Santé mentale communautaire. Les gestionnaires reçoivent leurs résultats pour analyser et identifier des pistes d'amélioration et d'en faire la mise en œuvre. Les rapports sont disponibles sur une base trimestrielle.

Le taux régional de participation au sondage est 16 % pour le 1^{er} trimestre 2016-2017, comparativement à 25 % pour la même période de l'année précédente. La cible visée se situe à 20 %. Des emplois d'été ont permis d'augmenter le taux de participation en aidant les patients à le compléter. Les bénévoles aident également les gens à remplir le questionnaire et à comprendre les questions dans le but d'avoir un meilleur retour des sondages. De plus, le sondage est inséré dans la trousse d'accueil à l'admission.

La majorité des questions ont eu un taux de satisfaction (excellent et bon combiné) supérieur à la cible de 90 %. Seules les questions en lien avec les repas (72 %) et la tranquillité (88 %) n'ont pas atteint la cible. D'ailleurs, on a déjà effectué des sondages spécifiques en lien avec ces éléments pour améliorer le taux de satisfaction.

Les résultats seront bientôt publiés sur le Boulevard et le site Web de même que les pistes d'amélioration pour encourager les gens à remplir le questionnaire, ce qui améliorera sûrement le taux de participation.

7.2 Rapport des plaintes Q1

Un processus régional est en place pour la gestion des plaintes et a pour but de faciliter le signalement et le suivi des préoccupations des patients et des familles. Les plaintes sont classées selon les catégories suivantes :

- Qualité des soins/services ;
- Comportement ;
- Environnement ;
- Communication ;
- Politiques ;
- Autres.

Le Réseau a reçu un total de 167 plaintes au cours du premier trimestre de l'année financière 2016-2017 comparativement à 159 plaintes pour la même période de l'année précédente. On reçoit en moyenne 50 plaintes par mois. Les membres passent en revue les statistiques. Chaque plainte reçue est portée à l'attention du gestionnaire/chef de service concerné pour fin d'examen et des suivis sont effectués auprès du plaignant. Mme Chantal Saumure donne quelques exemples d'améliorations apportées suite à l'examen des plaintes, entre autres la problématique d'accès au WiFi a été apportée à l'attention du Comité de cybersanté, afin de trouver des solutions pour améliorer l'accès des patients. À temps normal, le délai d'une résolution de plainte est de 30 jours ou moins.

Le fait d'avoir un grand nombre de plaintes signifie que les gens verbalisent beaucoup plus et c'est une l'opportunité d'améliorer nos processus.

En ce qui concerne les plaintes liées aux services médicaux, celles-ci sont portées à l'attention du médecin-chef et du chef de service locaux pour suivi approprié. Lorsque la plainte touche la qualité de l'acte, les règlements administratifs prévoient des étapes spécifiques découlant d'un processus d'équité procédural. Ces étapes peuvent occasionner un délai plus long à la résolution de la plainte.

Le rapport des plaintes médicales/qualité de l'acte sera présenté à la prochaine réunion.

7.3 Rapport des incidents Q1

Le rapport trimestriel du mois d'avril à juin 2016 est présenté à titre d'information. Un mécanisme de gestion des incidents découlant de la prestation des soins et des services est en place dans l'ensemble du Réseau. Chaque incident est analysé par le secteur concerné et des améliorations sont apportées, afin de mitiger les risques ou les éviter contribuant ainsi à l'amélioration des soins de santé.

Le nombre total d'incidents pour le premier trimestre 2016-2017 est 1737 incidents comparativement à 1711 pour la même période l'an dernier. Aucun incident critique n'a été rapporté pour le premier trimestre. Le nombre d'incidents rapportés liés aux chutes a diminué de 14 % comparativement au premier trimestre 2015-2016. À cet effet, un programme de prévention des chutes est en place pour diminuer le taux de chute.

Le nombre d'incidents rapportés liés aux médicaments a diminué de 10 % comparativement au premier trimestre pour la même période de l'année précédente. Différentes initiatives d'amélioration ont été mises en place dans chacune des régions, entre autres le projet du bilan comparatif des médicaments (BCM).

Le Réseau favorise le signalement des incidents par une culture juste et non punitive.

7.4 Plan d'amélioration continue de la qualité

Le plan d'amélioration de la qualité est l'un des outils utilisés pour suivre la performance organisationnelle selon des domaines prioritaires tels que la satisfaction de la clientèle, la sécurité des patients et du personnel, l'accès aux soins et services, etc. Celui-ci doit être renouvelé annuellement, afin d'harmoniser les priorités en lien avec les priorités organisationnelles.

En exemple, quelques priorités ont été ressorties de même que des initiatives d'amélioration, entre autres :

- Augmenter la proportion des patients qui bénéficient d'un bilan comparatif des médicaments (BCM) à l'admission et au congé ;
- Réduire le taux de chutes et le taux de chutes avec blessures graves ;
- Augmenter la satisfaction des patients ;
- Réduire le volume de visites 4 et 5 à l'urgence ;
- Réduire le temps d'attente pour les niveaux de triage 4 et 5 à l'urgence ;
- Réduire les hospitalisations des patients avec maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ;
- Réduire les hospitalisations pour cause d'insuffisance cardiaque.

Le plan sera composé de trois volets : les objectifs stratégiques et priorités en matière de qualité, le plan d'action et les rapports de progrès.

MOTION 2016-09-13 / 04SCGQS

Proposé par Jean-Marie Nadeau

Appuyé par Denis Pelletier

Et résolu que le gabarit du plan d'amélioration continue de la qualité et le développement des initiatives en lien avec le plan stratégique soient adoptés tel que présenté.

Adopté à l'unanimité

Réunion conjointe avec le Comité des finances et de vérification et le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité

8. Affaires permanentes

8.1 Tableau de bord stratégique et opérationnel (Juillet 2016)

Invitée : Mireille Lanouette

Les membres des deux comités se joignent pour la première fois pour discuter des services à la clientèle et des finances. Le gabarit du tableau de bord est présenté pour recueillir les commentaires des membres des deux comités et obtenir leur accord, afin de poursuivre le développement d'un nouveau modèle de tableau de bord à deux volets, soit le volet stratégique et opérationnel. Ce tableau permettra au Conseil d'administration d'évaluer la performance du Réseau et de suivre les progrès dans les secteurs jugés prioritaires pour l'organisation.

Mireille Lanouette, directrice régionale de la Planification et Aide à la décision présente brièvement le tableau basé sur un modèle de quatre quadrants.

- le 1^{er} quadrant : Qualité/Satisfaction à la clientèle ;
- le 2^e quadrant : Activités ;
- le 3^e quadrant : Ressources humaines ;
- le 4^e quadrant : Finances.

Les informations portent sur deux années dans le but d'avoir une comparaison. Une cible est également fixée pour l'année 2016-2017. L'atteinte ou non de la cible est identifiée par une couleur.

Les membres passent en revue l'ensemble des indicateurs proposés. Quelques-uns sont en développement, entre autres le nombre de projets de recherche approuvés, les indicateurs de communication, la moyenne de jours de maladie payés par employé. Il est suggéré d'ajouter un indicateur en lien avec le climat de travail/grief dans le quadrant des ressources humaines.

Certains membres trouvent difficile à suivre, puisque le tableau ne démontre pas le lien avec l'indicateur et l'objectif. Toutefois, les définitions de chaque indicateur sont affichées à la deuxième page du tableau, ainsi que les points de discussion pour chacun.

Les membres questionnent la pertinence de garder les deux indicateurs suivants : « Dépenses actuelles versus budgétés » et la « Variance entre le budget et les dépenses actuelles ». Les membres du Comité des finances et de vérification sont demandés d'y réfléchir et un suivi pourra être donné plus tard.

Un membre suggère d'ajouter au tableau un indicateur de la santé en général, dans le but de savoir comment on se compare ailleurs. Il est possible de trouver des données nationales, mais celles-ci ne sont pas mises à jour mensuellement, mais plutôt annuellement. Après discussion, il est convenu de présenter annuellement le portrait sur l'état de santé selon les régions avec analyse comparative dans un rapport distinct comprenant les données les plus récentes. Une note d'information sera présentée à une prochaine réunion à cet égard.

Les membres sont invités à partager d'autres commentaires s'il y a lieu.

MOTION 2016-09-13 / 05SCGQS

Proposé par Claire Savoie

Appuyé par Émeril Haché

Et résolu que le gabarit du tableau de bord stratégique et opérationnel soit adopté avec les modifications suggérées.

Adopté à l'unanimité

9. Date de la prochaine réunion : le 3 novembre 2016 à 08:30

10. Levée de la séance

La levée de la séance est proposée par Denis Pelletier à 15:30.

Anne Soucie
Présidente du comité

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

Note d'information

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 4 octobre 2016

Objet : **Comité stratégique de la recherche et de la formation**

Décision recherchée

Approbation du mandat de la composition et des responsabilités du Comité stratégique de la recherche et de la formation dans le but de procéder à la première rencontre.

Contexte / Problématique

- Ce comité a été peu actif au courant de la dernière année. L'orientation vers une gouvernance efficace ainsi qu'une légère augmentation de la fréquence des rencontres nous permettrait de mieux rencontrer nos responsabilités.
- Une révision du mandat, de la composition et des responsabilités de notre comité vous est proposée afin de nous permettre de nous rencontrer avant le prochain CA.

Éléments à considérer dans la prise de décision

Stratégiquement, le temps est propice pour cette révision du mandat du comité. La structure organisationnelle du secteur de la formation et la recherche est maintenant formalisée et opérationnelle. De plus, avec le renouvellement de l'entente d'affiliation entre le Réseau et l'Université de Sherbrooke, ainsi que l'octroi du financement pour la construction du Centre de médecine de précision du NB, le Réseau se doit de renouveler son engagement à la réalisation de sa mission universitaire.

Considérations importantes

Le but ultime des révisions proposées est d'assurer la gouvernance efficace du secteur de la formation et la recherche en maximisant les activités du comité et en valorisant le rôle de ce dernier dans le développement de la mission universitaire du Réseau. Ceci ne fera que bénéficier les différents partenariats du Réseau avec des institutions académiques (en particulier l'Université de Moncton et l'Université de Sherbrooke) et de recherche (la Fondation de recherche en santé du NB, l'Institut atlantique de recherche sur le cancer) en permettant au Réseau de mieux gérer ses responsabilités envers ces derniers.

Suivi à la décision

- Si les propositions de révisions reçoivent l'approbation du CA, il sera possible d'en évaluer les impacts via les rapports des activités du comité au CA.
- Le comité pourra également évaluer l'impact de son nouveau mandat et nouvelles responsabilités au niveau du secteur de la formation et de la recherche via les bilans d'activités qui seront soumis au comité pour évaluation.

Proposition et résolution

Proposé

Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration approuve le mandat de la composition et des responsabilités du Comité stratégique de la recherche et de la formation dans le but de procéder à sa première rencontre.

Adoption

Soumis le : 23 septembre 2016

Par : Dre France Desrosiers, v.-p. – Services médicaux, Formation et Recherche

Manuel : Politiques du Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ STRATÉGIQUE DE LA RECHERCHE ET DE LA FORMATION – PROJET DE MANDAT RENOUVELÉ	N° : CA-395
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur : 2016-10-04
Émise par :	Comité exécutif pour le Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2015-07-16
Approuvée par (Signature)	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Date de la signature : 2016-10-04
Établissement / programme :	<input checked="" type="checkbox"/> Vitalité Zone(s) : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	

POLITIQUE

Mandat

Assurer la réalisation des orientations stratégiques de la mission universitaire du Réseau de santé Vitalité en matière de formation et de recherche.

Composition et fonctionnement :

1. Le comité stratégique de la recherche et de la formation est composé de quatre membres du Conseil nommés par le conseil d'administration, dont l'un assumera la présidence du comité.
2. Le président peut, le cas échéant, inviter toute autre personne à participer à une réunion du comité. Cette personne est sans voix délibérative.
3. Le comité peut s'adjoindre toute personne-ressource qu'il juge utile pour exercer ses fonctions, et ce pour une période déterminée. Cette personne ne fait pas partie du comité.
4. Le Comité fonctionne en respectant les lignes directrices pour les comités du Conseil (CA-300).
5. Le Comité se réunit au moins 3 fois par année.

Responsabilités :

1. Exercer les fonctions de gouvernance reliées au secteur de la formation et de la recherche afin d'assurer la réalisation des engagements du Réseau en cette matière, c'est-à-dire promouvoir et développer la recherche et fournir aux étudiants un encadrement et un environnement propice à la formation.
2. Favoriser la synergie entre la mission universitaire et la mission de soins et de service en santé du Réseau.
3. Assurer que les priorités et les actions retenues en matière de formation et de recherche sont conformes aux orientations stratégiques priorisées par le Réseau.
4. Faire rapport au conseil d'administration sur les grandes orientations, les priorités et les initiatives stratégiques en matière de formation et de recherche.
5. Examiner les résultats des activités de formation et de recherche en s'assurant que les objectifs stratégiques fixés en cette matière sont atteints et en évaluer l'impact sur la qualité des soins et services du Réseau.
6. Évaluer et soutenir les stratégies visant à assurer la pérennité financière de la mission universitaire.
7. Présenter au conseil des recommandations sur toute matière ayant un incidence sur le développement et l'innovation en formation et en recherche (opportunités de concertation entre les intervenants hospitaliers, universitaires, gouvernementaux et du secteur privé pour du financement ou le développement d'infrastructure de recherche, relation avec les différents établissements d'enseignement, contrats d'affiliation interinstitutionnels, etc.).

Rapport :

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

REMPLECE :

Zone 1 : _____
Zone 4 : _____

Zone 5 : _____
Zone 6 : _____

Note d'information

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 4 octobre 2016

Objet : **Rapport du Comité de la planification stratégique**

Vous trouverez ci-joint le rapport et le procès-verbal du Comité de la planification stratégique de la rencontre du 31 août 2016 et de la réunion extraordinaire du 19 septembre 2016. Ce rapport sera présenté par Norma McGraw, la Présidente du comité.

1) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité de la planification stratégique de la rencontre du 31 août 2016 et de la réunion extraordinaire du 19 septembre 2016.

2) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : (MOTION 2016-08-31 / 02PS), (MOTION 2016-08-31 / 03PS) et (MOTION 2016-08-31 / 04PS) du Comité de la planification stratégique de la rencontre du 31 août 2016.

Soumis le 23 septembre 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Rapport de la présidente
Comité de la planification stratégique
Réunion tenue le 31 août et le 19 septembre 2016

Le Comité de la planification stratégique a tenu une réunion régulière le 31 août 2016 et une réunion extraordinaire le 19 septembre 2016. Les sujets suivants ont été discutés :

- **Mandat du comité** ; un nouveau membre du Conseil d'administration a été nommé par le ministre au courant de l'été. Il a été proposé de modifier la composition du comité, afin de permettre l'ajout du membre additionnel. Cette modification a aussi été entérinée par le Comité exécutif le 22 août dernier.

MOTION 2016-08-31 / 02PS

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Brenda Martin

Et résolu que la politique et procédure CA-360 « Comité de planification stratégique » soit approuvée avec les modifications suggérées.

Adopté à l'unanimité.

- **Processus de planification stratégique** ; le Réseau de santé Vitalité entame une démarche de planification stratégique, afin de mettre à jour sa mission, vision, valeurs ainsi que pour établir son plan sur trois ans, ses buts et ses objectifs stratégiques. Cette démarche s'effectuera entre les mois de septembre et décembre 2016 et portera essentiellement sur les activités d'engagement et de consultations tant à l'interne qu'à l'externe.

Une retraite avec le Conseil d'administration aura lieu les 5 et 6 décembre 2016, afin de finaliser les alignements stratégiques. Le plan stratégique final sera déposé à la fin décembre 2016.

Le cycle de planification fait partie des bonnes pratiques de gestion et vise à aligner la stratégie avec les résultats escomptés. Il comprend les axes stratégiques suivants :

- **Trimestre 1** – avril à juin
 - approbation du budget, plans opérationnels, formation d'équipes/projets, priorités stratégiques
- **Trimestre 2** – juillet à septembre
 - évaluation trimestrielle et ajustements
- **Trimestre 3** – octobre à décembre
 - évaluation trimestrielle et ajustements
 - retraite du Conseil pour valider et réviser le plan stratégique

- **Trimestre 4** – janvier à mars
 - révision des accomplissements/évaluation, plans opérationnels/priorités, planification budgétaire, détermination des priorités

MOTION 2016-08-31 / 03PS

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le cycle de planification annuel intégrant la démarche de planification stratégique 2017-2019 soit approuvé tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

La firme le Centre de leadership et d'évaluation « Le Clé » a été retenue pour élaborer la planification stratégique du Réseau de santé Vitalité. Les personnes ressources chez Le Clé participeront à la prochaine réunion du Conseil d'administration prévue le 4 octobre 2016. Une discussion se tiendra à propos des enjeux qui devront être considérés dans le plan stratégique.

- **Plan de travail** ; le plan de travail 2016-2017 inclut les activités qui s'y rattachent ainsi que les échéanciers. L'activité principale est de superviser le processus de planification stratégique que le Réseau de santé Vitalité s'apprête à entreprendre.

MOTION 2016-08-31 / 04PS

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Brenda Martin

Et résolu que le plan de travail 2016-2017 du Comité de planification stratégique soit approuvé tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité de la planification stratégique pour les réunions tenues les 31 août et 19 septembre 2016 et je propose l'acceptation de ce rapport tel que présenté.

Norma McGraw

Présidente du Comité de la planification stratégique

Manuel : Politiques du Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ DE PLANIFICATION STRATÉGIQUE		N° : CA-360
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur :	
Émise par :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2016-04-26
Approuvée par (signature)	Conseil d'administration Michelyne Paulin, Présidente	Date de la signature :	
Établissement / programme :	<input checked="" type="checkbox"/> Vitalité		

POLITIQUE

Mandat

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

Responsabilités

Responsabilités spécifiques

1. Il formule des recommandations au Conseil d'administration sur la mission, la vision, les valeurs, les initiatives stratégiques, les principaux programmes et les services de l'organisation.
2. Il aide l'équipe de leadership à déterminer les questions stratégiques cruciales à l'égard de l'organisation. Il aide à l'analyse des autres options stratégiques.
3. Il s'assure que l'équipe de leadership établit 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. Il comprend les grandes tendances nationales et provinciales du système de santé. Il se tient à jour sur les besoins en soins de santé communautaires, les progrès technologiques et les autres possibilités d'améliorer la portée, le rapport coût/efficacité et la qualité des services fournis par l'organisation.
5. Il revoit périodiquement la mission, la vision et le plan stratégique et il recommande des changements au Conseil d'administration.

6. Chaque année, il examine le plan stratégique et il recommande des mises à jour selon les besoins basés sur l'évolution du marché, les besoins de la collectivité et d'autres facteurs.
7. Il examine et transmet au Conseil d'administration 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. Il examine les nouveaux programmes et services.
9. Il élabore des critères que l'équipe de leadership doit utiliser pour évaluer les investissements stratégiques potentiels.
10. Il aide à élaborer un tableau de bord stratégique et des indicateurs clés.
11. Il surveille le rendement de l'organisation selon des cibles mesurables.

Composition et fonctionnement

1. Le comité est composé d'au moins trois membres votants du Conseil, dont l'un assume 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 la politique sur les comités du Conseil d'administration (CA-300).

Rapport

Le Comité examine et reçoit les rapports suivants :

- 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 en santé communautaire et « populationnelle »;
- Évaluation des partenaires;
- Évaluation opérationnelle et financière;
- Enquêtes sur les perceptions communautaires et l'expérience d'un patient.

Objectifs annuels du Comité

Le Comité de planification stratégique établira des objectifs annuels précisant les différents domaines auxquels il consacrera les efforts en ce qui concerne la formation, les politiques, la définition d'objectifs et/ou d'activités de contrôle pour l'année à venir. Exemples typiques :

- Étudier l'augmentation du 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 de l'efficacité pour favoriser la croissance des programmes, obtenir des installations supplémentaires, tenir les technologies de l'information à jour et poursuivre les initiatives d'amélioration de qualité proposées dans le plan stratégique.
- Examiner les services actuels et envisager une reconfiguration du modèle de prestation de services pour des raisons de qualité et des raisons 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 : _____

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL Point 8.6

Titre de la réunion :	Comité de la planification stratégique	Date et heure :	Le 31 août 2016 à 09:00	
		Endroit :	Vidéoconférence	
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst (siège social) :	grande salle	(Gilles, Norma et Gisèle)
		Moncton :	salle du conseil	(Michelyne)
		Edmundston :	local 2281	(Lucie)
Présidente :	Norma McGraw	Campbellton :	salle de téléadaptation	(Sonia)
Secrétaire :	Lucie Francoeur	Université Sainte-Anne N.-É. :	salle G-303	(Anne)
		Memramcook :	salle de vidéo	(Mireille)
		Dalhousie :	salle de vidéo	(Brenda)
Participants				
Norma McGraw	✓	Michelyne Paulin	✓	Sonia A. Roy ✓
Gilles Lanteigne	✓	Anne Soucie	✓	Mireille Lanouette ✓
Gisèle Beaulieu	✓	Brenda Martin	✓	
PROCÈS-VERBAL				

1. Ouverture de la séance

La séance est ouverte par Norma McGraw à 09:00.

2. Déclaration de conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

3. Adoption de l'ordre du jour**MOTION 2016-08-31 / 01PS**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Brenda Martin

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

Adopté à l'unanimité.

4. Affaires nouvelles**4.1 Mandat du Comité (politique CA-360)**

En avril dernier, le Conseil d'administration a approuvé le mandat et la composition du Comité de la planification stratégique. Un nouveau membre du Conseil d'administration a été nommé par le ministre au courant de l'été. Il est proposé de modifier la composition du comité, afin de permettre l'ajout d'un membre additionnel. Cette modification a aussi été entérinée par le Comité exécutif le 22 août dernier. Les membres sont d'accord avec les modifications proposées.

MOTION 2016-08-31 / 02PS

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Brenda Martin

Et résolu que la politique et procédure CA-360 « Comité de planification stratégique » soit approuvée avec les modifications suggérées.

Adopté à l'unanimité.

4.2 Présentation : Processus de planification stratégique

Le Réseau de santé Vitalité entamera en septembre 2016 une démarche de planification stratégique, afin de mettre à jour sa mission, vision, valeurs ainsi que pour établir son plan sur trois ans, ses buts et ses objectifs stratégiques.

Le Conseil d'administration a un rôle de surveillance au niveau de la planification stratégique et l'engagement des membres est important.

La démarche de réalisation de la planification stratégique se déroulera entre les mois de septembre et décembre 2016 et portera essentiellement sur les activités suivantes :

- l'embauche de la firme d'experts-conseils en planification ;
- le plan d'action ;
- la révision des données internes et externes (situation actuelle) ;
- l'évaluation des besoins ;
- l'engagement des acteurs internes et externes incluant les médecins, les différents partenaires et citoyens ;
- les rencontres avec l'Équipe de leadership et le Conseil d'administration (direction stratégique, priorités, mission, vision, valeurs) ;
- la retraite avec le Conseil d'administration les 5 et 6 décembre 2016 et finalisation des alignements stratégiques, mission, vision, valeurs ;
- le plan stratégique final - fin décembre 2016.

Lors de la planification, les éléments essentiels à considérer sont :

- le cadre de responsabilité du système de santé et priorités ministérielles ;
- les priorités du Réseau de santé Vitalité
 - Plan des services cliniques
 - Plan de transformation et de modernisation du système de santé
 - Plan régional de santé et d'affaires 2016-2019 (en attente d'approbation du ministère)
- l'engagement des citoyens ;
- les grandes orientations des organismes partenaires.

Un cycle de planification annuel intégrant la planification stratégique a été proposé. Celui-ci vise à aligner la stratégie avec les résultats escomptés. Il comprend les axes stratégiques suivants :

- **Trimestre 1** – avril à juin
 - approbation du budget, plans opérationnels, formation d'équipes/projets, priorités stratégiques
- **Trimestre 2** – juillet à septembre
 - évaluation trimestrielle et ajustements
- **Trimestre 3** – octobre à décembre
 - évaluation trimestrielle et ajustements
 - retraite du Conseil pour valider et réviser le plan stratégique
- **Trimestre 4** – janvier à mars
 - révision des accomplissements/évaluation, plans opérationnels/priorités, planification budgétaire, détermination des priorités

Le déroulement des travaux de la planification stratégique s'effectuera à un rythme accéléré, étant donné qu'il y a déjà beaucoup de données d'accumulées, entre autres celles qui découlent du plan des services cliniques. Les travaux s'arrimeront aux normes d'Agrément spécifiques à la planification stratégique. Il sera également important de tenir compte du cadre de responsabilité et de planification au niveau du ministère. L'équipe de direction se fait rassurante que les échéanciers seront respectés.

Sept firmes d'experts-conseils en planification ont été invitées à soumettre une proposition. Les ressources financières requises pour cet exercice sont d'environ 47,000 \$. Norma McGraw siègera au comité de sélection de la firme.

MOTION 2016-08-31 / 03PS

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le cycle de planification annuel intégrant la démarche de planification stratégique 2017-2019 soit approuvé tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

4.3 **Plan de travail 2016-2017**

Le plan de travail 2016-2017 est présenté. Il inclut les activités qui s'y rattachent ainsi que les échéanciers. L'activité principale est de superviser le processus de planification stratégique que le Réseau de santé Vitalité s'apprête à entreprendre. Le support du comité et l'engagement des membres sont essentiels dans cette démarche importante de réflexion et de consultation tant à l'interne qu'à l'externe.

MOTION 2016-08-31 / 04PS

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Brenda Martin

Et résolu que le plan de travail 2016-2017 du Comité de planification stratégique soit approuvé tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

L'équipe de direction obtiendra les plans stratégiques d'organismes subsidiaires (ex. : Services NB, Ambulance NB, etc.) pour assurer l'alignement avec les orientations stratégiques et le développement des objectifs.

5. Date de la prochaine réunion : le 31 octobre 2016 à 09:00

- Le consultant de la firme d'experts-conseils choisie sera invité à la prochaine réunion.
- Madame Sonia A. Roy participera par téléconférence.

6. Levée de la séance

La levée de la séance est proposée par Anne Soucie à 09:35.

Norma McGraw
Présidente du comité

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

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Point 8.6

Titre de la réunion :	Comité de la planification stratégique	Date et heure :	Le 19 septembre 2016 à 15:00	
		Endroit :	Vidéoconférence	
But de la réunion :	Réunion extraordinaire	Bathurst (siège social) :	grande salle	(Gisèle)
		Moncton :	salle à l'Auberge	(Michelyne)
		Tracadie :	salle à manger	(Norma)
Présidente :	Norma McGraw	Edmundston :	salle du conseil	(Lucie)
Secrétaire :	Lucie Francoeur	Saint-Quentin :	salle de conférence	(Gilles)
		Dalhousie :	salle dialyse	(Sonia)
		Université Ste-Anne N.-É. :	salle G-303	(Anne)
		Memramcook :	salle de vidéo	(Mireille)
		Ottawa :		(Consultants)
Participants				
Norma McGraw	✓	Michelyne Paulin	✓	Sonia A. Roy
Gilles Lanteigne	✓	Anne Soucie	✓	Mireille Lanouette
Gisèle Beaulieu	✓	Brenda Martin	A	
PROCÈS-VERBAL				

1. Ouverture de la séance

La séance est ouverte par Anne Soucie à 15:05.

2. Déclaration de conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

3. Adoption de l'ordre du jour**MOTION 2016-09-19 / 01PS**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Norma McGraw

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

Adopté à l'unanimité.

Gisèle Beaulieu souhaite la bienvenue à tous. Celle-ci souligne que la firme le Centre de leadership et d'évaluation « Le Clé » a été retenue pour élaborer la planification stratégique du Réseau de santé Vitalité. Un tour de table est effectué, afin que chacun se présente brièvement.

Les personnes ressources assignées à ce dossier chez la firme Le Clé sont Pierre Bourbeau, conseiller principal en santé, Armand Boudreau, expert en planification stratégique et Gilles Clavel, expert-conseil en santé.

4. Alignement des responsabilités

L'horaire de l'alignement des responsabilités entre le Comité de la planification stratégique, le Conseil d'administration et l'Équipe de leadership est présenté aux membres. La démarche de réalisation s'amorce dès aujourd'hui par une rencontre de démarrage et d'une brève explication de l'importance de la planification stratégique. Une rencontre extraordinaire sera convoquée au début janvier 2017 pour valider le contenu final de la planification stratégique aux fins de recommandations au Conseil d'administration. Les membres sont d'accord avec l'horaire et échéancier présenté.

Les personnes ressources chez la firme Le Clé participeront à la prochaine réunion du Conseil d'administration prévue le 4 octobre 2016 à Moncton.

En tant que présidente du Comité de planification stratégique, Norma McGraw participera à la rencontre du Comité stratégique des opérations prévue le 5 octobre 2016 de 08:00 à 16:00 à Moncton.

5. Présentation de la démarche de la planification stratégique

Par le biais d'une présentation électronique, les consultants commentent la démarche de la planification stratégique qui se déroulera entre les mois de septembre et décembre 2016. Les principaux éléments ressortis sont :

- ✚ l'importance de la planification stratégique (les grands paramètres) ;
- ✚ la démarche ;
 - établir un diagnostic – étape cruciale pour le bon déroulement de l'ensemble de la démarche ;
 - comprendre le contexte – développer une compréhension commune ;
 - évaluer l'environnement interne et externe ;
 - identifier les défis à relever ;
 - se doter d'une mission, d'une vision et des valeurs ;
 - formuler des orientations stratégiques ;
 - élaborer des objectifs et indicateurs ;
 - élaborer le plan d'action à partir des objectifs, des indicateurs et des stratégies du plan stratégique ;
 - élaborer des mécanismes de gestion du plan d'action.
- ✚ les enjeux : définition et discussion avec les membres.

Les consultants demandent aux membres selon leur perception quels sont les enjeux qui devront être considérés dans le plan stratégique ? Les quelques éléments ressortis sont :

- le milieu urbain versus le milieu rural (accessibilité des services) ;
- la clientèle âgée dans certaines régions comparativement à une clientèle moins âgée dans d'autres régions (ajustement des services) ;
- la prévention ;
- le recrutement (manque de gériatre dans certaines régions) ;
- le sentiment d'appartenance ;
- l'offre active ;
- les corridors de services ;
- l'importance des communications positives dans la population en général.

Gilles Lanteigne mentionne que les enjeux pourraient possiblement être regroupés sous quatre grands volets :

1. L'approche centrée sur la clientèle/famille – comment organiser les services pour répondre à une clientèle changeante.
2. La performance organisationnelle qui elle inclut aussi l'aspect financier.
3. Les compétences en ressources humaines (assurer l'engagement, le développement des compétences, la motivation et la communication).
4. La mission universitaire de recherche et d'enseignement.

En ce qui concerne l'offre active, le Réseau de santé Vitalité est une organisation francophone qui gère un ensemble d'établissements et de programmes francophones et bilingues. Le service est offert au public dans la langue de son choix.

Une discussion se tiendra à la prochaine réunion du Conseil d'administration prévue le 4 octobre 2016 à propos des enjeux qui devront être considérés dans le plan stratégique.

6. Date de la prochaine réunion : le 31 octobre 2016 à 09:00

7. Levée de la séance

La levée de la séance est proposée par Sonia A. Roy à 16:30.

Norma McGraw
Présidente du comité

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

ÉBAUCHE

Note d'information

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 4 octobre 2016

Objet : **Rapport du Comité médical consultatif (CMC)**

Vous trouverez ci-joint le rapport du médecin-chef régional qui comporte deux volets 1) Médecin-chef régional; 2) Comité médical consultatif de la rencontre du 20 septembre 2016. Ce rapport et les motions seront présentés par Dre France Desrosiers, médecin-chef régional qui est également présidente du Comité médical consultatif.

À noter que le Dre Desrosiers assume cette fonction de façon transitoire puisqu'elle a accepté le poste de vice-présidente des Services médicaux, Formation médical et Recherche.

1) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Médecin-chef régional et de la présidente du Comité médical consultatif de la rencontre du 20 septembre 2016.

2) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : (MOTION 2016/09/20-02-CMC), (MOTION 2016/09/20-06-CMC) et (MOTION 2016/05/31-11-CMC) du Comité médical consultatif de la rencontre du 20 septembre 2016.

Soumis le 23 septembre 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Note d'information

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 4 octobre 2016

Objet : **Rapport de la médecin-chef régionale et de la présidente du Comité médical consultatif**

1) Rapport du médecin-chef régional

COMITÉ CONSULTATIF SUR LES SERVICES CLINIQUES

Le Comité consultatif sur les services cliniques a tenu une réunion le 9 septembre dernier lors de laquelle la première ébauche de la régionalisation de la structure administrative médicale fut présentée. Ce document nécessite encore un peu de travail mais sera distribué au personnel médical sous peu. Lors de la même réunion, un suivi au Plan des services cliniques a également été fait; des plans d'action ont été distribués pour assurer que toutes les annexes qui sont intégrées au Plan des services cliniques soient considérées dans les prochaines années.

NOMINATIONS INTÉRIMAIRES DE CHEFFERIES DÉPARTEMENTALES

Les médecins suivants ont accepté d'occuper des postes de chefferie départementale :

- Dre Anne LeBouthillier, chef du département de gynécologie/obstétrique - zone 6
- Dr Marc-André Doucet, chef du département de médecine de famille et urgence Chaleur – zone 6

D'ici à ce que les nominations puissent suivre les canaux d'approbation réguliers en place, nous demandons l'approbation des nominations intérimaires par le Conseil d'administration.

2) Rapport du Comité médical consultatif

Le Comité médical consultatif a tenu une réunion régulière le 20 septembre 2016.

RAPPORTS PRÉSENTÉS AUX MEMBRES DU CMC

- Tableau de bord du CMC
- Rapport des groupes cliniques
- Rapport de progrès – Plan de qualité
- Progrès de la démarche d'agrément 2017
- Le rapport régional des plaintes médicales Q1 (avril à juin 2016)

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/PROTOCOLES

Le CMC a recommandé l'adoption de l'ordonnance médicale : Complexe de Prothrombine humaine (Octaplex) – Administration (Adulte)

MOTION 2016/09/20-02-CMC

Il est proposé par Dr Mohamed Benlamlih, appuyé par Dr François Soucie, que le Comité médical consultatif recommande l'adoption de *l'ordonnance médicale : Complexe de Prothrombine humaine (Octaplex) – Administration (Adulte)* telle que présentée. **ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ**

PROJET COLLABORATIF – UTILISATION APPROPRIÉE DES ANTIPSYCHOTIQUES AU N.-B.

La Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé et l'Association des foyers de soins du N.-B. ont présenté au CMC un projet collaboratif sur l'utilisation appropriée des antipsychotiques au Nouveau-Brunswick. Ces deux organismes travaillent ensemble, avec le soutien financier du gouvernement du Nouveau-Brunswick, pour améliorer les soins de la démence en faisant un meilleur usage des antipsychotiques dans les foyers de soins au N.-B. Le projet est une initiative bilingue qui aide des organisations à se doter d'une capacité de gestion de l'amélioration et du changement, de meilleures compétences en leadership et de nouveaux partenariats intersectoriels et interprovinciaux.

Le même exercice va se faire avec le Réseau de santé Horizon et dans plusieurs autres milieux hospitaliers. La phase I de ce projet a débuté avec 15 foyers de soins. La phase II va se poursuivre en 2017-2018 avec la participation de 50 foyers de soins additionnels et les responsables du projet aimeraient pouvoir y rattacher la même clientèle en provenance de d'autres milieux comme les patients des unités gériatriques ou de soins de longue durée des hôpitaux. Il y aurait certainement une exploration à faire pour y inclure le secteur de la psychiatrie.

Le CMC suggère d'identifier tous les médecins de famille qui vont dans les foyers de soins et ceux qui font partie de l'équipe gériatrique aux étages pour organiser des présentations dans chacune des zones.

CRÉATION D'UN SERVICE DE PNEUMOLOGIE À LA ZONE 1B

Une demande de création d'un service de pneumologie à la zone 1B a été soumise au Comité médical consultatif régional, laquelle demande fut approuvée par le CMC selon la motion suivante :

MOTION 2016/09/20-06-CMC

Il est proposé par Dre Louise Thibault, appuyé par Dr Anik Savoie, de recommander la création d'un service de pneumologie à la zone 1B selon la proposition faite au Comité médical consultatif local de la zone 1B le 15 septembre 2016. **ADOPTÉ À L'UNANIMITÉ**

DEMANDES DE NOMINATION, RENOMINATION ET CHANGEMENT DE NOMINATION

Les demandes de nomination, de renomination et de changement de nomination des zones 1B et 4 ont été soumises et approuvées par le Comité médical consultatif et sont soumises pour adoption par le Conseil d'administration jusqu'à sa réunion en juin 2018 telles qu'indiquées aux tableaux des pages suivantes.

DEMANDES DE NOMINATION POUR LES PRIVILÈGES DE LA ZONE 1B

Privilèges adoptés par le Comité de vérification des titres le 8 septembre 2016
Adoptés par le Comité médical consultatif local le 15 septembre 2016
Adoptés par le Comité médical consultatif régional le 20 septembre 2016

Après avoir étudié les dossiers, les membres du comité recommandent les demandes de nomination pour les privilèges des médecins suivants auprès du personnel médical et dentaire du Réseau de santé Vitalité - Zone 1B jusqu'à l'assemblée du Conseil d'administration en **juin 2018**.

Médecins	Statut	Zone	Spécialité	Privilèges
Dr Shane Aubé	Associé	1B	Médecine générale	Médecine familiale
Dr Sean Comstock	Conseiller	1B	Orthopédie	Chirurgie orthopédique
Dre Julie Cormier	Suppléant	1B	Médecine générale	Médecine de famille
Dre Emmanuelle Cyr	Suppléant	1B	Médecine générale	Médecine de famille
Dr Jonathan Dumont	Suppléant	1B	Médecine interne	Cardiologie
Dr Paul Haser	Suppléant	1B	Chirurgie	Chirurgie vasculaire
Dre Mélanie L. Léger	Suppléant	1B	Médecine générale	Médecine familiale et d'urgence
Dre Susan Morris	Scientifique affilié	1B	Orthopédie	Neurophysiologie
Dre Roxanne Ouellet	Suppléant	1B	Médecine générale	Médecine d'urgence
Dr Rowen Shinder	Conseiller	1B	Pathologie	Anatomopathologie
Dr Jaime Snowdon	Conseiller	1B	Pathologie	Anatomopathologie
Dr Charles Turcotte	Suppléant	1B	Orthopédie	Chirurgie orthopédique

DEMANDES DE RENOMINATION POUR LES PRIVILÈGES DE LA ZONE 1B

Privilèges adoptés par le Comité de vérification des titres le 8 septembre 2016
Adoptés par le Comité médical consultatif local le 15 septembre 2016
Adoptés par le Comité médical consultatif régional le 20 septembre 2016

Après avoir étudié les dossiers, les membres du comité recommandent la demande de renomination pour les privilèges du médecin suivant auprès du personnel médical et dentaire du Réseau de santé Vitalité - Zone 1B jusqu'à l'assemblée du Conseil d'administration en **juin 2018**.

Médecins	Statut	Zone	Spécialité	Privilèges
Dre Erica Doucet	Suppléant	1B	Ophtalmologie	Ophtalmologiste

DEMANDES DE CHANGEMENT DE NOMINATION POUR LES PRIVILÈGES DE LA ZONE 1B

Privilèges adoptés par le Comité de vérification des titres le 8 septembre 2016
Adoptés par le Comité médical consultatif local le 15 septembre 2016
Adoptés par le Comité médical consultatif régional le 20 septembre 2016

Après avoir étudié les dossiers, les membres du comité recommandent les demandes de changement de nomination pour les privilèges des médecins suivants auprès du personnel médical et dentaire du Réseau de santé Vitalité - Zone 1B jusqu'à l'assemblée du Conseil d'administration en **juin 2018**.

Médecins	Statut	Zone	Spécialité	Privilèges
Dr André Denis Basque	Associé à Actif	1B	Psychiatrie	Pédopsychiatre
Dre Mélanie Desjardins-Godbout	Associé à Actif	1B	Médecine générale	Médecine de famille
Dr Julien LeBlanc	Associé à Actif	1B	Anesthésie	Anesthésiste
Dr Jules Melanson	Associé à Actif	1B	Médecine générale	Médecine de famille

DEMANDES DE NOMINATION POUR LES PRIVILÈGES DE LA ZONE 4

Privilèges adoptés par le Comité de vérification des titres le 31 août 2016
Adoptés par le Comité médical consultatif local le 7 septembre 2016
Adoptés par le Comité médical consultatif régional le 20 septembre 2016

Après avoir étudié les dossiers, les membres du comité recommandent les demandes de nomination pour les privilèges des médecins suivants auprès du personnel médical et dentaire du Réseau de santé Vitalité - Zone 4 jusqu'à l'assemblée du Conseil d'administration en **juin 2018**.

Médecins	Statut	Zone	Spécialité	Privilèges
Dr Mohamed Ali Abl	Suppléant	4	Médecine familiale	Médecine de famille
Dre Audrey Bouffard-Cloutier	Suppléant	4	Chirurgie	Chirurgie générale
Dre Nadia Caron	Suppléant	4	Médecine familiale	Médecine de famille
Dr Jorge Escobar	Associé	4	Médecine spécialisée	Pathologie
Dr Ikechukwu Steven Madu	Suppléant	4	Chirurgie	Gynécologie/Obstétrique
Dr Gabriel Martin-St-Amand	Associé	4	Médecine familiale	Médecine de famille
Dr Thiago Fernandes Ribeiro	Associé	4	Chirurgie	Anesthésie
Dr Han Zheng	Suppléant	4	Médecine spécialisée	Radiologie

DEMANDES DE RENOMINATION POUR LES PRIVILÈGES DE LA ZONE 4

Privilèges adoptés par le Comité de vérification des titres le 31 août 2016
Adoptés par le Comité médical consultatif local le 7 septembre 2016
Adoptés par le Comité médical consultatif régional le 20 septembre 2016

Après avoir étudié les dossiers, les membres du comité recommandent les demandes de renomination pour les privilèges des médecins suivants auprès du personnel médical et dentaire du Réseau de santé Vitalité - Zone 4 jusqu'à l'assemblée du Conseil d'administration en **juin 2018**.

Médecins	Statut	Zone	Spécialité	Privilèges
Dre Isabelle Fortin	Conseiller	4	Médecine spécialisée	Rhumatologie
Dr Robyn MacQuarrie	Suppléant	4	Chirurgie	Gynécologie/Obstétrique
Dr Akinlolu Ojuawawo	Suppléant	4	Chirurgie	Gynécologie/Obstétrique
Dr Arifa Sadaf	Suppléant	4	Médecine spécialisée	Radiologie

DEMANDES DE CHANGEMENT DE NOMINATION POUR LES PRIVILÈGES DE LA ZONE 4

Privilèges adoptés par le Comité de vérification des titres le 31 août 2016
Adoptés par le Comité médical consultatif local le 7 septembre 2016
Adoptés par le Comité médical consultatif régional le 20 septembre 2016

Après avoir étudié les dossiers, les membres du comité recommandent les demandes de changement de nomination pour les privilèges des médecins suivants auprès du personnel médical et dentaire du Réseau de santé Vitalité - Zone 4 jusqu'à l'assemblée du Conseil d'administration en **juin 2018**.

Médecins	Statut	Zone	Spécialité	Privilèges
Dre Audrey Bouffard-Cloutier	Suppléant à Associé	4	Chirurgie	Chirurgie générale
Dr Harish Goli	Suppléant à Actif	4	Médecine spécialisée	Pathologie

MOTION 2016/05/31-11-CMC

Il est proposé par Dr Éric Basque, appuyé par Dr François Soucie, d'approuver en bloc les demandes de nomination et de changement de nomination pour les privilèges de la zone 4, qui ont été acceptées à la réunion du Comité médical consultatif local de la zone 4 du 4 mai 2016, et en demande l'adoption jusqu'à la réunion du Conseil d'administration de juin 2018. **ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ**

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité médical consultatif et de la médecin-chef régionale et je propose l'acceptation de ce rapport tel que présenté.

Dre France Desrosiers
Vice-présidente – Services médicaux, Formation et Recherche

Note d'information

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 4 octobre 2016

Objet : **Rapport du Comité professionnel consultatif (CPC)**

Vous trouverez ci-joint le rapport du Comité professionnel consultatif de la rencontre du 13 septembre 2016. Ce rapport sera présenté par Linda Sunderland, la Présidente du comité.

1) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité professionnel consultatif de la rencontre du 13 septembre 2016.

2) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : (MOTION 2016-09-13 03CPC) et (MOTION 2016-09-13 04CPC) du Comité professionnel consultatif de la rencontre du 13 septembre 2016.

Soumis le 23 septembre 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Rapport de la présidente
Comité professionnel consultatif
Réunion tenue le 13 septembre 2016

(pour la réunion publique)

Le Comité professionnel consultatif a tenu une réunion régulière le 13 septembre 2016. Les sujets suivants ont été discutés :

- Suivi- clinique ambulatoire de contrôle de la Warfarin – CSCSJ
- Procédure pour la sélection des membres du CPC
- Mise à jour secteur de la pratique professionnelle
- Implantation de l’Outil Canadien de Dépistage Nutritionnel dans le Réseau
- Politique de consentement à un traitement
- Élection de la vice-présidence au CPC
- Présentation des rapports suivants :
 - 7.1 Satisfaction des patients hospitalisés
 - 7.1.1 Rapport annuel 2015-2016
 - 7.1.2 Rapport Q1 2015-2016
 - 7.2 Rapport des plaintes
 - 7.2.1 Rapport annuel 2014-2015 vs 2015-2016
 - 7.2.2 Note d’information – rapport annuel
 - 7.2.3 Note d’information Q1
 - 7.3 Agrément Canada – mise à jour
 - 7.4 Gestion intégrée des risques
 - 7.4.1 Rapport trimestriel au 31 août 2016
 - 7.4.2 Note d’information
 - 7.5 Rapport sur la prévention des infections – résultats trimestriels

Les propositions suivantes ont été présentées :

MOTION 2016-09-13 03CPC

Proposé par Justin Morris

Appuyé par Amanda Goguen-Boudreau

Et résolu que les procédures pour la sélection des membres du CPC soient adoptées avec les modifications proposées.

Adopté à l’unanimité

MOTION 2016-09-13 04CPC

Proposé par Thérèse Richard

Appuyé par Mélissa Deschênes

Et résolu que la nomination de M. Justin Morris à la vice-présidence soit adopté tel que présenté.

Adopté à l’unanimité.

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité professionnel consultatif et je propose l’acceptation de ce rapport tel que présenté.

Linda Sunderland
Présidente du Comité professionnel consultatif

Note d'information

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 4 octobre 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 18 juin au 26 septembre 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 18 juin au 26 septembre 2016.

Soumis le 23 septembre 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

TABLEAU DES PRIVILÈGES TEMPORAIRES - 27 septembre 2016

Médecins	Spécialité	Catégorie	Date de privilèges		Zones
			Du	Au	
AUBE, Dr Shane	Médecine générale	Associé	7 octobre 2016	30 décembre 2016	1B
COMSTOCK, Dr Sean	Orthopédie	Conseiller	16 septembre 2016	9 décembre 2016	1B
CORMIER, Dre Julie	Médecine générale	Suppléant	21 octobre 2016	13 janvier 2017	1B
CYR, Dre Emmanuelle	Médecine générale	Suppléant	2 septembre 2016	25 novembre 2016	1B
DOUCET, Dre Erica	Ophtalmologie	Suppléant	22 août 2016	18 novembre 2016	1B
DUMONT, Dr Jonathan	Cardiologie	Suppléant	30 septembre 2016	23 décembre 2016	1B
HASER, Dr Paul	Chirurgie vasculaire	Suppléant	28 octobre 2016	20 janvier 2017	1B
LÉGER, Dre Mélanie L.	Médecine familiale et urgence	Suppléant	30 septembre 2016	23 décembre 2015	1B
MORRIS, Dre Susan	Orthopédie	Scientifique affilié	16 septembre 2016	9 décembre 2016	1B
OUELLET, Dre Roxanne	Médecine générale	Suppléant	30 septembre 2016	23 décembre 2016	1B
SHINDER, Dr Rowen	Pathologie anatomique	Consultant	23 septembre 2016	17 décembre 2016	1B
SNOWDON, Dr Jaime	Pathologie	Consultant	16 septembre 2016	9 décembre 2016	1B
TURCOTTE, Dr Charles	Orthopédie	Suppléant	7 octobre 2016	30 décembre 2016	1B
ABLA, Dr Mohamed Ali	Médecine familiale	Suppléant	24 septembre 2016	16 décembre 2016	4
BOUFFARD-CLOUTIER, Dre Audrey	Chirurgie générale	Suppléant	24 septembre 2016	16 décembre 2016	4
CARON, Dre Nadia	Médecine familiale	Suppléant	15 août 2016	4 novembre 2016	4
CORMIER, Dre Julie	Médecine familiale	Suppléant	25 juillet 2016	21 octobre 2016	4
ESCOBAR, Dr. Jorge E.	Médecine spécialisée	Suppléant	12 septembre 2016	2 décembre 2016	4
FORTIN, Dre Isabelle	Rhumatologie	Conseillère	4 juillet 2016	23 septembre 2016	4
MADU, Dr Ikechukwu Steven	OBS/GYN	Suppléant	29 juillet 2016	21 octobre 2016	4
MEHRABIAN, Dr Ali	Médecine nucléaire	Suppléant	24 septembre 2016	16 décembre 2016	4
OJUAWO, Dr Akinlolu	OBS/GYN	Associé	24 septembre 2016	16 décembre 2016	4
RIBEIRO, Dr Thiago Fernandes	Anesthésie	Suppléant	5 août 2016	28 octobre 2016	4
ZENG, Dr Han	Imagerie médicale	Suppléant	5 août 2016	28 octobre 2016	4
DUMOUCHEL, Dr Vincent	Médecine familiale	Suppléant	7 octobre 2016	30 décembre 2016	5
NORIEGA, Dr Oscar Diaz	Médecine interne	Suppléant	19 septembre 2016	9 décembre 2016	5
WHALEN, Dre Kim	Médecine familiale	Stagiaire clinique	27 juin 2016	19 septembre 2016	5
BÉCOTTE, Dr Pierre-Luc	Imagerie médicale	Suppléant	8 juillet 2016	30 septembre 2016	6
BLANCHETTE, Dr Rémi	Imagerie médicale	Suppléant	17 juin 2016	9 septembre 2016	6
BOISVERT, Dr Philippe	Imagerie médicale	Suppléant	15 juillet 2016	7 octobre 2016	6
BOUDREAU, Dre Janick	Médecine familiale et urgence	Associée	15 juillet 2016	7 octobre 2016	6
BOUGIE, Dr Alexandre	Chirurgie générale	Suppléant	8 juillet 2016	30 septembre 2016	6

CHIASSON, Dre Melissa	Médecine interne	Suppléant	20 août 2016	11 novembre 2016	6
CLOUTIER, Dr Francis	Imagerie médicale	Suppléant	17 juin 2016	9 septembre 2016	6
COLLIN, Dr Marc-André	Chirurgie plastique	Associé	8 juillet 2016	30 septembre 2016	6
DOUCET, Dre Marylène	Médecine familiale et urgence	Associé	29 juillet 2016	21 octobre 2016	6
DUCLOS, Dre Christine	OBS/GYN	Associée	26 août 2016	18 novembre 2016	6
GALLIEN, Dre Annelise	Médecine interne	Associée	16 septembre 2016	9 décembre 2016	6
HABIBA, Dr Ayman	Pédiatrie	Suppléant	8 juillet 2016	30 septembre 2016	6
HACHÉ, Dre Marie-Christine	Médecine familiale et urgence	Associé	8 juillet 2016	30 septembre 2016	6
LARIN, Dre Josée	Médecine de famille et urgence	Suppléant	29 septembre 2016	23 décembre 2016	6
MAILHOT, Dr Sylvain	Pathologie	Suppléant	29 juillet 2016	21 octobre 2016	6
MARTEL, Dre Karyne	Chirurgie	Suppléant	15 juillet 2016	7 octobre 2016	6
POIRIER, Dre Caroline	OBS/GYN	Suppléant	12 août 2016	4 novembre 2016	6
RANGER, Marie-Hélène	Médecine familiale et urgence	Associée	8 septembre 2016	2 décembre 2016	6
ROUSSEL, Dre Véronique	Chirurgie	Associé	15 juillet 2016	7 octobre 2016	6
ROY, Dre Gabrielle	Chirurgie	Suppléant	5 août 2016	28 octobre 2016	6
ROYER, Dre Isabelle	Médecine familiale et urgence	Suppléant	1er septembre 2016	25 novembre 2016	6
RUBIN, Dr Herbert	Chirurgie	Suppléant	29 juillet 2016	21 octobre 2016	6
THÉRIAULT, Dre Renée	Médecine familiale et urgence	Associée	1er octobre 2016	23 décembre 2016	6
THIBODEAU, Dre Eve-Aimée	Chirurgie	Suppléant	1er septembre 2016	25 novembre 2016	6

Note d'information

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 4 octobre 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 23 septembre 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Note d'information

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 4 octobre 2016

Objet : **Correspondance**

Vous trouverez ci-joint le tableau et les correspondances reçues depuis la dernière rencontre.

Cette documentation est pour information.

Soumis le 23 septembre 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Correspondance du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité - 2016-2017 (Point 11)

Date	Destinataire	Expéditeur	Objet	Réponse
29 juin 2016	Victor Boudreau	Gilles Lanteigne	Recommandation de maintenir la gestion des services alimentaires et environnementaux sous la responsabilité du Réseau de santé Vitalité	En attente d'une réponse
29 juin 2016	Victor Boudreau	Gilles Lanteigne	Cinq recommandations - Plan des services cliniques	En attente d'une réponse
29 juin 2016	Victor Boudreau	Gilles Lanteigne	Plan régional de santé et d'affaires 2016-2019	En attente d'une réponse
4 juillet 2016	Victor Boudreau	Denis Losier, maire de la municipalité régionale de Tracadie	Demande d'inclure l'ensemble de la municipalité régionale de Tracadie dans les limites du Réseau de santé Vitalité	Pour information seulement
4 juillet 2016	Membres du Conseil d'administration	Dr Hubert Dupuis, Égalité Santé en Français, inc.	Communiqué de presse : L'Extra-mural doit demeurer un service clinique de la régie Vitalité	Pour information seulement
20 juillet 2016	Monique Imbeault, Institut de l'Atlantique en Neurosciences	Michelyne Paulin	Démission de Michelyne Paulin à titre de membre du Conseil d'administration de l'Institut de l'Atlantique en Neurosciences	Pour information seulement
6 septembre 2016	Dr Jean Soucie	Michelyne Paulin et Gilles Lanteigne	Félicitations - Obtention de l'Ordre du mérite de la Société médicale du Nouveau-Brunswick	Pour information seulement

Siège social · Head Office
275, rue Main Street, Bureau · Suite 600
Bathurst NB E2A 1A9
506-544-2133
www.santevitalitehealth.ca

Le 29 juin 2016

Honorable Victor Boudreau
Ministère de la Santé
Place HSBC
C.P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8

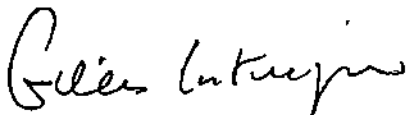
Objet : Services alimentaires et environnementaux du Réseau de santé Vitalité

Monsieur le Ministre,

Le Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité a tenu une réunion régulière le 28 juin dernier et lors de cette dernière, il a été recommandé de maintenir la gestion des services alimentaires et environnementaux sous la responsabilité du Réseau de santé Vitalité, puisqu'il s'agit de la meilleure option suite à une analyse rigoureuse. Le maintien à l'interne de ces services présente de nombreux avantages, dont une analyse financière favorable qui démontre des économies additionnelles de 3,4 millions de dollars (sur une période de dix ans) par rapport au projet proposé par l'entreprise du secteur privé.

Il nous fait plaisir de vous remettre une copie de la présentation qui a été offerte à la réunion du Conseil d'administration le 28 juin dernier, de même qu'une note d'information expliquant en détail l'analyse du dossier. Nous demeurons à votre disposition pour répondre à toute question entourant ce dossier.

Nous vous remercions à l'avance de l'attention que vous porterez à cette demande et nous vous prions d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Gilles Lanteigne
Président-directeur général
et secrétaire du Conseil d'administration

c.c. Monsieur Tom Maston, sous-ministre – Santé
Madame Renée Laforest, sous-ministre adjointe – Santé
Monsieur Claude Allard, sous-ministre délégué – Services de santé et Affaires francophones

pj

Siège social - Head Office

275, rue Main Street, Bureau - Suite 600

Bathurst NB E2A 1A9

506-544-2133

www.vitalitenb.ca

Le 29 juin 2016

Honorable Victor Boudreau
Ministre de la Santé
Place HSBC
C.P.5100
Fredericton NB
E3B 5G8

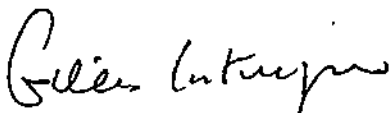
Monsieur le Ministre,

Au cours des derniers mois, plusieurs observations et constatations ont été faites par diverses instances au sein du Réseau de santé Vitalité et par des représentants des communautés. Dans le cadre des discussions entourant le développement du Plan des services cliniques, certains de ces éléments ont été soulevés et identifiés comme étant des facteurs clés qui pouvaient affecter la mise en œuvre et le succès du Plan des services cliniques du Réseau; toutefois, ces éléments sont de nature contextuelle et portent plutôt sur l'ensemble du système de santé.

Lors de la réunion du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité qui eût lieu le 28 juin dernier, cinq recommandations ont été adoptées et vous sont soumises en pièce jointe pour considération. Ces recommandations résument les points principaux sur lesquels des discussions et des actions devraient être effectuées au cours de la prochaine année, afin de mieux desservir les citoyens et les patients du Nouveau-Brunswick.

Le Réseau est prêt à s'impliquer dans ces discussions, en collaboration avec les divers partenaires, afin de poursuivre la modernisation et la transformation du système de santé et améliorer la qualité des soins et services.

Nous espérons, Monsieur le Ministre, pouvoir travailler étroitement avec vous et votre équipe dans l'avancement de ces dossiers. Dans l'attente d'une réponse à ces recommandations, ou à tout le moins d'un échange à ce sujet, veuillez accepter mes salutations.



Gilles Lanteigne
Président-directeur général
et secrétaire du Conseil d'administration

c. c. Monsieur Tom Maston, sous-ministre – Santé
Madame Renée Laforest, sous-ministre adjointe – Santé
Monsieur Claude Allard, sous-ministre délégué – Services de santé et Affaires francophones

pj

Siège social · Head Office

275, rue Main Street, Bureau · Suite 600

Bathurst NB E2A 1A9

506-544-2133

www.vital:tenb.ca

Le 29 juin 2016

Honorable Victor Boudreau
Ministre de la Santé
Place HSBC
C.P.5100
Fredericton NB
E3B 5G8

Monsieur le Ministre,

Le Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité a tenu hier une rencontre au cours de laquelle le Plan régional de santé et d'affaires de même que le Plan des services cliniques ont été présentés et approuvés de façon unanime.

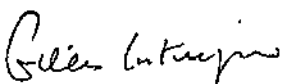
Il nous fait donc plaisir de vous remettre par la présente, une version complète du Plan régional de santé et d'affaires et dans lequel est intégré le Plan des services cliniques. Ce dernier est le résultat d'un travail d'équipe considérable et l'aboutissement d'une réflexion collective de près de 200 intervenants aux divers paliers de notre organisation. L'implication du personnel médical dans ce travail mérite d'être soulignée et a permis d'amorcer ou de renforcer une collaboration au sein des divers secteurs de pratique du Réseau.

Nos prochaines étapes seront consacrées au développement et à la mise en œuvre des plans d'action pour les priorités identifiées. Vous constaterez que le Plan des services cliniques s'inscrit parfaitement dans l'approche de modernisation et de transformation qui a été développée l'automne dernier afin de mieux répondre aux besoins de la population et des patients.

Nous sommes confiants que le Plan régional de santé et d'affaires du Réseau s'aligne avec les priorités qui ont été identifiées pour le système de santé et nous espérons pouvoir en obtenir rapidement la confirmation de votre part.

Nous demeurons disponibles pour vous rencontrer si vous désirez en discuter ou obtenir des précisions.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Gilles Lanteigne
Président-directeur général et secrétaire du Conseil d'administration

c. c. Monsieur Tom Maston, sous-ministre – Santé
Madame Renée Laforest, sous-ministre adjointe – Santé
Monsieur Claude Allard, sous-ministre délégué – Services de santé et Affaires francophones

pj

Le 4 juillet 2016

FILIÈRE

dat. 9 août 2016

Monsieur Denis Losier
Maire
Municipalité régionale de Tracadie
C.P. 3600, succursale Bureau-chef
Tracadie-Sheila (N.-B.) E1X 1G5

Monsieur,

Je vous écris en réponse à la lettre du 11 mai 2016 de votre prédécesseur, M. Aldéoda Losier.

Le personnel du Ministère a étudié la demande et a recommandé que l'on modifie la *Loi sur les régies régionales de la santé* afin d'inclure l'ensemble de la municipalité régionale de Tracadie dans les limites de la Régie régionale de la santé A (Réseau de santé Vitalité).

Le ministère de la Santé rédigera une recommandation à l'intention du gouvernement à temps pour la séance du printemps 2017 de l'Assemblée législative.

J'espère que cela répond aux préoccupations.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le ministre,



L'hon. Victor Boudreau

c.c. David Geris, Conseiller principal en matière de politique, ministère de la Santé



L'Extra-mural doit demeurer un service clinique de la régie Vitalité

Dieppe, le 4 juillet 2016 - Égalité Santé en Français (ÉSF) applaudit la décision prise par le Conseil d'administration du réseau de santé Vitalité lors de sa réunion du 28 juin dernier. Celui-ci a recommandé au ministre de la Santé de maintenir la gestion de l'Extra-mural au sein de la régie.

Selon le Dr Hubert Dupuis, président d'ÉSF, le programme Extra-mural est un service clinique en hôpital primordial au réseau Vitalité, et ne peut en aucun temps être comparé à un service de soutien au même titre que la buanderie ou le service ambulancier. Les services cliniques en hôpitaux doivent demeurer publics selon la Loi canadienne sur la santé.

Qui plus est, ÉSF est d'avis qu'un transfert de la gestion du service clinique Extra-mural à une entreprise privée ne garantirait nullement un gain en efficacité, en efficience et en économies.

Selon Dr Dupuis, l'expérience vécue avec le service ambulancier prouve le contraire, en plus de brimer les droits linguistiques de la communauté francophone et acadienne du Nouveau-Brunswick. Souvenons-nous de la récente déclaration du PDG de la Croix-Bleue Medavie, à savoir que la priorité du service Ambulance NB est de répondre à l'appel d'urgence. La langue de service est secondaire et offerte seulement si le temps le permet.

Pourtant, la langue de service est un droit qui doit être respecté en tout temps au Nouveau-Brunswick. Plusieurs études démontrent l'importance capitale de la langue et de la culture au niveau des soins de santé. C'est même une considération selon des organismes d'évaluation des soins de santé au Canada. « La livraison des services cliniques est une responsabilité de la régie de santé. Le réseau Vitalité est le mieux placé pour assurer l'efficacité, l'efficience et la saine gestion financière de ce service clinique », conclue Dr Dupuis.

-30-

Pour tout renseignement ou demande d'entrevue, veuillez contacter :

Dr Hubert Dupuis,
Président. Égalité Santé en Français

Le 20 juillet 2016

Michelyne Paulin
3612 Route 134,
Shediac Cape, NB,
E4P 3J7

Institut de l'Atlantique en Neurosciences Atlantic Institute Inc.
330 Ave Université,
Moncton, Nouveau-Brunswick
E1C 2Z3

À l'attention de Mme Monique Imbeault, Présidente du Conseil d'administration

Objet : Démission du Conseil d'administration

Mme Imbeault,

Tel que nous en avons discuté récemment, je dois remettre ma démission à titre de membre du Conseil d'administration de l'Institut de l'Atlantique en Neurosciences Atlantic Institute Inc. et ce, effectif immédiatement. Ma récente acceptation de la Présidence du Conseil d'administration du Réseau de Santé Vitalité me place dans une position de conflits d'intérêts, ou du moins dans une position de perception de conflits d'intérêts.

Soyez assurés vous, les membres de votre conseil de même que tous les collaborateurs de l'Institut des Neurosciences que je demeure engagée et convaincue de la pertinence de l'augmentation et de la diversification des activités de recherche par nos institutions de soins et d'enseignement.

Au plaisir de collaborer à un autre niveau, veuillez transmettre mes remerciements pour la confiance que le Conseil m'accordée depuis ses débuts et mes vœux de succès les plus retentissants.


Michelyne Paulin, CGA, CPA

CC : Gilles Lanteigne, Président Directeur Général, Réseau de Santé Vitalité

: Dr. Alier Marrero, MD, Neurologue

Siège social · Head Office
275, rue Main Street, Bureau · Suite 600
Bathurst NB E2A 1A9
506-544-2133
www.vitalitenb.ca

Le 6 septembre 2016

Dr Jean Soucie
23, rue Sommet
Edmundston NB
E3V 5C8

Dr Soucie,

C'est avec un peu de retard, mais non moins de chaleur que nous tenons à vous offrir nos plus sincères félicitations à la suite de l'obtention de l'Ordre du mérite de la Société médicale du Nouveau-Brunswick en mai dernier. Cette distinction représente tout un honneur pour vous et par le fait même pour le Réseau de santé Vitalité.

Ce prix vise à souligner l'engagement exceptionnel d'un médecin envers sa profession de même que sa contribution remarquable. Nous ne saurions penser à meilleur lauréat que vous car nous sommes persuadés que votre parcours professionnel, vos qualités humaines et votre dévouement ont certainement fait une différence dans le système de soins de santé de la province.

Par ailleurs, nous avons été très chanceux de vous compter parmi les membres de notre personnel médical pendant près de 40 ans à Edmundston! Votre leadership et vos qualités de rassembleur n'ont pu qu'apporter des résultats positifs, autant chez les patients et le personnel que chez l'équipe médicale.

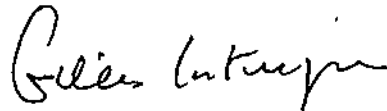
Encore une fois, sincères félicitations et merci du fond du cœur pour tout ce que vous avez apporté à vos patients, à la communauté et au Réseau de santé Vitalité.

La présidente du Conseil d'administration,



— Michelyne Paulin

Le président-directeur général,



Gilles Lanteigne

c. c. : Dre France Desrosiers, vice-présidente aux Services médicaux, Formation et Recherche
Dr Denis Pelletier, directeur médical de la zone Nord-Ouest
Dr François Soucie, médecin-chef de la zone Nord-Ouest

Note d'information

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 4 octobre 2016

Objet : **Documentation pour information aux membres**

Deux articles sont partagés aux membres :

- Building High Performance Boards
- Asphyxie foétale aiguë

Nous invitons tous les membres à suggérer des articles pour nos prochaines rencontres. Il est à noter que l'article Asphyxie foétale aiguë a été écrite par un des membres du Centre de formation In situ.

Bonne lecture!

Soumis le 23 septembre 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Building High Performance Boards

Contents

About the Canadian Coalition for Good Governance 2

Building High Performance Boards 3

 The Importance of High Performance Boards 3

 A HIGH PERFORMANCE BOARD IS ACCOUNTABLE AND INDEPENDENT 6

 Guideline 1. Facilitate shareholder democracy..... 6

 Guideline 2. Ensure at least two thirds of directors are independent of management 7

 Guideline 3. Separate the roles of Board Chair and Chief Executive Officer 7

 A HIGH PERFORMANCE BOARD HAS EXPERIENCED, KNOWLEDGEABLE AND EFFECTIVE DIRECTORS WITH THE HIGHEST LEVEL OF INTEGRITY 8

 Guideline 4. Ensure that directors are highly competent and bring the requisite knowledge and experience to the board 8

 Guideline 5. Ensure that the goal of every director is to make integrity the hallmark of the corporation..... 11

 Guideline 6. Establish reasonable compensation and share ownership guidelines for directors .. 12

 Guideline 7. Evaluate board, committee and individual director performance 12

 A HIGH PERFORMANCE BOARD HAS CLEAR ROLES AND RESPONSIBILITIES 14

 Guideline 8. Establish mandates for board committees and ensure committee independence ... 14

 Guideline 9. Adopt well defined board processes and procedures that support board independence. 15

 Guideline 10. Oversee Strategy 16

 Guideline 11. Oversee risk management..... 16

 Guideline 12. Assess the Chief Executive Officer and plan for succession 18

 Guideline 13. Develop and oversee executive compensation plans 19

 A HIGH PERFORMANCE BOARD ENGAGES WITH SHAREHOLDERS..... 19

 Guideline 14. Report governance policies and initiatives to shareholders 19

 Guideline 15. Engage with shareholders 20

About the Canadian Coalition for Good Governance

The Canadian Coalition for Good Governance (CCGG) was formed in 2002 and incorporated as a not-for-profit corporation in 2003. CCGG promotes good governance practices in Canadian public companies and the improvement of the regulatory environment to best align the interests of boards and management with those of their shareholders and to promote the efficiency and effectiveness of the Canadian capital markets.

CCGG's members are Canadian institutional investors that together manage approximately \$2 trillion in assets on behalf of pension fund contributors, mutual fund unit holders and other institutional and individual investors. A substantial portion of these assets are invested in shares of Canadian public companies and returns from these investments are critical to the financial security of millions of Canadians. A list of our members is available on our website at www.ccg.ca.

Building High Performance Boards

At CCGG, we believe that the good governance of a corporation is essential to creating long-term sustainable value and reducing investment risk.¹

This document is the third iteration of CCGG's Building High Performance Boards and it updates our previous version published in March of 2010. Best practices in corporate governance evolve as expectations, markets and the regulatory background change and as our understanding of these factors increases through experience. We have updated this document to reflect this evolution. The principal changes that we have made from the last version are:

- Separating the guideline dealing with board oversight of strategic planning and risk management into two guidelines and expanding the commentary on these two important issues
- Adding a new guideline on board procedures to recognize the importance of appropriate procedures for substantive good governance and effective board independence
- Adding a statement on the importance of directors being 'independent minded' and willing to challenge management as well as noting the importance of industry expertise on the board
- Noting the need to 'refresh' boards periodically
- Adding a statement on gender diversity

Throughout this document, "we", "us", "our" and "CCGG" refer to the Canadian Coalition for Good Governance. The terms "corporation" and "company" refer to a Canadian reporting issuer and the term "shareholder" refers to an equity investor of a public company regardless of the company's legal structure. All CCGG policies referred to throughout this document are available on our website.

The Importance of High Performance Boards

"Strengthening board independence and fixing board oversight, particularly of risk management, is the essential starting point for corporate governance reform ... There is no way detailed regulation can mandate how to make every critical discretionary decision in a private enterprise. The minds of men and women generally never stop being ingenious and entrepreneurial in finding open spaces in regulations. This is why we need to rely on the independent mindedness of directors – as the agents of shareholders, under a fiduciary responsibility to direct strategy, monitor performance, control risk, and generally 'do the right thing' for the company and society."

Ira M. Millstein at the 2008 ICGN Conference December 9-10, 2008

¹ A 2013 review by Prof. Anita Anand of research on the topic concluded that 'At the very least, it appears that good corporate governance is more than "window dressing"; it can lead to a stronger bottom line and also mitigate exposure to outside risks... Overall, there is a strong consensus in the literature that corporate governance is linked positively to firm value, even when "governance" and "value" are defined and measured in various ways.'

Corporate governance regulation in Canada

Some corporate governance practices in Canada are regulated by broad structural and procedural requirements found in federal and provincial corporate statutes. In addition, in response to investors' concerns about the corporate governance practices of Canadian public companies, securities regulators introduced requirements and guidelines relating to governance, namely NI 52-110 Audit Committees, NI 58-101 Disclosure of Corporate Governance Practices and NP 58-201 Corporate Governance Guidelines. The TSX has additional governance requirements for its listed companies, including with respect to director elections. These remain the main instruments specifically relating to the governance of public companies in Canada. As a result, the detailed guidance contained in this document provides important information for boards regarding shareholders' expectations for a well-governed, high performance board. CCGG generally uses the principles outlined in this document when it assesses the governance practices of Canadian public companies.

The role of directors

Shareholders of public companies elect directors to oversee the business and affairs of the companies in which the shareholders are invested. Directors have a fiduciary duty to act in the best interests of the corporation. Directors also should consider, where appropriate, the interests of all stakeholders (of which the shareholders, as providers of the corporation's equity capital, are, in CCGG's view, the primary stakeholders). Directors must be (and be seen to be) independent of the management they hire and oversee in order to give shareholders confidence that the board can carry out these responsibilities effectively.

The role of shareholders

Pension funds, mutual funds and other institutional money managers have acquired significant equity stakes in publicly traded corporations. Today, as much as 40% to 45% of the equity of major Canadian public companies is owned by institutional shareholders. At the same time, clearer expectations of how public companies should be governed have emerged, and shareholders and their representatives are actively engaging with boards of directors to discuss these expectations. There is also increasing focus on the responsibilities of shareholders in exercising their stewardship role.

The role of CCGG

As long-term providers of corporate capital and committed, patient and supportive shareholders, our members believe that engaging with boards and sharing with them the responsibility to promote the adoption of good governance practices is in the long-term best interests of corporate boards, management, shareholders and the millions of Canadians whose money our members invest. It also provides a number of key benefits, including:

- Enhancing shareholder confidence and long-term investment returns
- Reducing business risk
- Reducing the cost of capital for Canadian corporations
-

The publication of CCGG's various governance policies contribute to the ongoing evolution of corporate governance in Canada and provide useful guidance to market participants on shareholder expectations.

Since 2004, we have been measuring governance risk in the companies in which our members are invested using a variety of means, including a governance rating system developed by the Clarkson Centre for Business Ethics and Board Effectiveness at the Rotman School of Management, University of Toronto. We are pleased that since that time, governance risk in the companies on the S&P/TSX Composite Index has declined significantly and many Canadian public companies have adopted CCGG's recommended best practices as expressed in this document and in other CCGG policies.

Many corporations have excellent governance practices and exemplary executive leadership committed to the long term, sustainable value of the corporation. For some companies, however, governance practices need to be improved as investor expectations continue to evolve, while other companies need to significantly enhance their current governance practices to align with the guidelines set out in this document.

We encourage corporate boards and executives to continually assess whether their companies' governance practices are enhancing long term sustainable shareholder value and to take corrective steps if they are not. To ensure their companies' governance practices are effective, shareholders, boards, and management should work together to create a culture of respect, candour and trust.

Controlled corporations

CCGG recognizes that there are some legitimate differences in the governance principles applicable to equity controlled corporations. In October, 2011 we released our Governance Differences of Equity Controlled Corporations publication. Boards of equity controlled corporations should consult that guidance to understand how our members may assess the governance practices of equity controlled corporations. The general principles in this document will continue to apply to equity controlled corporations, except as modified by Governance Differences of Equity Controlled Corporations.

We anticipate that we will be releasing additional guidance applicable to the governance differences of companies that are controlled through dual class share structures. The general principles in this document will continue to apply to dual class share companies, but such companies also should consult that publication for guidance when it is released.

CCGG guidelines

Our best practices focus on developing high performance boards that:

- are accountable and independent
- have experienced, knowledgeable and effective directors with the highest level of integrity
- have clear roles and responsibilities
- engage with shareholders.

We developed these guidelines after extensive consultation and significant input from many of Canada's leading directors and companies, governance experts, lawyers and compensation consultants. We

expect Canadian public companies to exceed the minimum standards required by Canadian Securities Administrators' regulations and corporate law by adopting our governance policies and procedures in their organizations. We believe that most of these guidelines apply to companies of all sizes, although we recognize that not all guidelines are appropriate for all companies and all situations. We also encourage companies to exceed these guidelines if appropriate in their particular circumstances.

A HIGH PERFORMANCE BOARD IS ACCOUNTABLE AND INDEPENDENT

Guideline 1. Facilitate shareholder democracy

The right to vote is critically important for shareholders and fundamental to shareholder democracy. Every public corporation must have a voting system that supports shareholder democracy. Following a shareholder vote, the corporation should disclose the detailed voting results immediately, irrespective of the manner in which the vote is held.

A Note on Majority Voting

Current Canadian corporate and securities regulations limit shareholder democracy by enshrining a plurality voting system. Under that system, shareholders can only vote “for” or “withhold” their vote for directors. The effect of the plurality system is that a director can be elected with only a single vote “for”, even if an overwhelming number of shareholders withhold their vote.

Basic shareholder democracy requires that shareholders be given the option to vote “for” or “against” directors. CCGG encourages adoption of a majority voting policy that provides a workaround within the current law whereby companies that adopt the policy agree to treat a “withhold” vote as a negative vote. Directors who do not receive a majority of votes in their favour in uncontested director elections are expected to submit their resignation to the board which, absent extraordinary circumstances, is expected to accept that resignation.

CCGG believes that the law should be changed so that in uncontested director elections, directors who do not receive a majority of votes in their favour are not elected as a matter of law. We continue to work to change the law in order to achieve that result.

Expected best practices

- Adopt a majority voting policy for uncontested director elections, using language that is substantially similar to the CCGG model policy (available at www.ccg.ca).
- Obtain shareholder approval before issuing 25% or more of the shares of the corporation as part of a transformational transaction.
- Report detailed voting results on SEDAR immediately, indicating the actual number and percentage of votes cast for, against and/or withheld for each resolution.
- Issue promptly a news release describing the results of director elections
- The Board should give serious consideration to the voting results for shareholder proposals even if the resolutions are only advisory in nature.

Guideline 2. Ensure at least two thirds of directors are independent of management

In order to ensure directors' interests are aligned with shareholders, at least two thirds of every board should be independent of management.

"Independence" means a director is independent of management, does not have a material relationship with the corporation and, except for director fees and share ownership, does not financially benefit from his or her relationship with the corporation. A material relationship is any relationship that could interfere with a director's ability to exercise independent judgment or inhibit his or her ability to make difficult decisions about management and the business. Examples of people with material relationships with the corporation include: employees of a corporation; paid advisors or consultants to the corporation such as lawyers, accountants and bankers; employees of a significant customer or supplier; anyone with a personal services contract with the corporation; anyone affiliated with a foundation, university or other non-profit organization that receives significant grants or endowments from the corporation; relatives of the CEO or of other executives of the corporation; and those who are part of an interlocking directorate (where the CEO or other executive serves on the board of the corporation that employs the director).

As much as possible, directors also should be independent of each other. For example, boards should have policies to limit interlocking board relationships (i.e., when two directors of Company A sit on the board of Company B) and, in particular, committee interlocks.

Too many interlocks suggests a degree of inter-related interests that might be detrimental to director independence.

Boards also should assess the "independent mindedness" of prospective and current directors. Every member of a well-governed board should be willing to challenge management and, if necessary, other members of the board.

CCGG recognizes that non-independent directors who bring valuable firm-specific business expertise may add significant value to a board. In addition to ensuring that two thirds of the directors are independent, boards also should ensure that there are a sufficient number of directors (independent or non-independent) with relevant and applicable business expertise, bearing in mind the principles set out under [Guideline 4](#) below.

Expected best practices

- Ensure at least two-thirds of directors are "independent".
- Have a formal board policy which is publicly disclosed that limits the number of board and committee director interlocks on the board.
- Report clearly all board and committee interlocks to shareholders.

Guideline 3. Separate the roles of Board Chair and Chief Executive Officer

The board chair and CEO have different responsibilities and a different focus.

The chair is responsible for leading the board and ensuring that it is acting in the long-term best interests of the corporation. The CEO is responsible for leading management, developing and implementing the corporation's business strategy over the short and longer term, and reporting to the board.

The chair is accountable to shareholders and the CEO is accountable to the board. Combining the two positions creates inherent conflicts of interest and obscures accountability. A chair cannot effectively oversee senior management when he or she is the CEO and a member of the management team. Accordingly, the two positions should be separated. As a transition, companies may consider appointing an independent lead director for a short period of time.

Expected best practices

- The independent members of the board should appoint an independent board chair to function in a non-executive capacity with a defined mandate and role. The board chair should be prepared to invest considerable time and effort in the role and should have sufficient availability to do so.
- The independent chair (or independent lead director) should set board agendas with the CEO and other directors, be responsible for the quality of the information sent to directors and lead in camera meetings of independent directors.
- The CEO should be required to leave the board when he or she retires.

A HIGH PERFORMANCE BOARD HAS EXPERIENCED, KNOWLEDGEABLE AND EFFECTIVE DIRECTORS WITH THE HIGHEST LEVEL OF INTEGRITY

Guideline 4. Ensure that directors are highly competent and bring the requisite knowledge and experience to the board

The character and effectiveness of a board is driven by its directors.

We believe the single most important corporate governance requirement is to have directors of quality. To facilitate this, all boards should put in place a director succession plan and ensure that they utilize a formal recruitment process to identify and recruit potential new directors. Boards may develop and manage that process internally or may choose to engage an independent third party; whatever method is used, boards should ensure that the involvement of the CEO in the director recruitment process is limited and appropriate.

The term "quality" as used above is subjective and cannot be defined by legislators or regulators. On an individual level, we define a director of quality as someone with integrity, expert knowledge, business, industry or other relevant experience and with the time and motivation to understand and carry out his or her fiduciary duties in the long-term best interests of the corporation and all of its stakeholders (of which the shareholders – which provide the corporation's equity capital – are, in CCGG's view, the primary stakeholders).

Quality directors must also be curious. They must be willing to ask the questions of management that will provide them with a complete understanding of the risks and rewards of any proposed plan of action and how it will affect the long term viability of the corporation.

While the quality of individual directors is paramount, we also expect boards as a whole to be diverse. A high performance board is comprised of directors with a wide variety of experiences, views and backgrounds which, to the extent practicable, reflects the gender, ethnic, cultural and other personal characteristics of the communities in which the corporations operate and sells its goods or services. For example, boards should be mindful of the growing body of empirical research which suggests that a more gender diverse board is correlated with superior financial performance. Boards should set reasonable, measurable targets for themselves to build a more diverse board. The “Catalyst Accord” promulgated by Catalyst Canada, which calls on companies to increase the number of women on their board by at least one within the next three years, is one example of a reasonable, measurable target.

A number of directors should have direct experience in the industry or industries in which the corporation operates to make sure the board requests the right information from management, asks knowledgeable and insightful questions and has the background it needs to take appropriate positions in response to management and its recommendations. While some directors will know the industry more deeply than others, all directors should, at a minimum, have a reasonable level of familiarity with the corporation and its business or commit to doing so within a short time of joining the board.

We believe that director education creates boards with ever-increasing professionalism and enhances the effectiveness of directors, boards and board committees. At a minimum, a director education program should include an initial orientation along with ongoing educational programs and guidelines, such as formal education courses, in-house sessions and conferences.

We expect boards to ensure that they are renewed at an appropriate rate. Boards should balance the need for experienced directors who have a deep knowledge of the corporation with the need to ensure that directors maintain a fresh perspective and a healthy skepticism when assessing management and its recommendations. A board seeking to add new directors may wish to increase the size of the board temporarily in order to allow for some overlap between directors who are new to the board and the experienced directors who are leaving it. A board may want to consider whether it is appropriate, in the context of its particular corporation, to impose an upper limit on the amount of time an individual can serve as a director or a retirement age, but a better method to ensure appropriate board renewal is a robust assessment process for every director where the board acts on the results of the assessment.

Expected best practices

For individual directors:

- A significant number of directors on a board should have career experience and expertise relevant to the corporation’s industry, financial responsibilities and risk profile. Other directors will bring specific expertise, like human resources, accounting, law or other relevant professional knowledge. Each director’s career experience and qualifications should be described in the proxy circular.

- In addition to members of the Audit Committee, some directors should have financial accreditation (particularly for boards of financial institutions) and all directors should be financially literate as that term is defined in National Instrument 52-110, that is, able to understand a breadth and level of complexity of accounting issues that is reasonably expected to be raised by the corporation's financial statements.
- All directors should demonstrate excellent listening, communicating and persuasion skills so they can actively and constructively participate in board discussions and debate.
- All directors should make a commitment to devote the time, effort and energy necessary to serve effectively as a director of the company. We believe that directors who hold a full-time executive position should hold at most two outside public company directorships (recognizing that there can be value in a senior executive gaining board experience in another or related industry) and that directors who are not employed full time should generally hold no more than four additional outside public company directorships. Time commitments related to not-for-profit organizations, private companies and government agencies also should be taken into account when directors' availability is considered.

For the board as a whole:

- Utilize a formal process for identifying and recruiting new directors and describe that process in detail in the proxy circular. Ensure that the role of the CEO in that process is limited and appropriate.
- Maintain and disclose in the proxy circular a 'matrix' of director talents and board requirements that shows the corporation's needs and also identifies skill strengths of directors and any gaps on the board. Disclose each director's relevant skills in the proxy circular.
- Ensure that the board is diverse, or set reasonable and measurable targets to build a more diverse board.
- Build and maintain an "ever-green" list of suitable candidates to fill planned or unplanned vacancies.
- Have a plan in place for the orderly succession of directors to maintain an appropriate balance between directors with experience and those who bring a fresh perspective.
- Create a board of an appropriate size – large enough to include the requisite expertise and to allocate the various board and committee duties among the directors, but small enough to allow open, cohesive and responsible discussion and debate and to ensure individual accountability and responsibility for board decisions.
- Create an orientation and continuing education program for directors to establish and update their skills and knowledge of the corporation, its businesses and key executives, and to address ongoing and emerging issues in the functional areas of the board (like corporate governance,

audit, compensation practices and risk management) and disclose the program details in the proxy circular.

- Disclose in the proxy circular the education programs and events in which directors have participated in the past year.

Guideline 5. Ensure that the goal of every director is to make integrity the hallmark of the corporation

To have integrity is to be principled, moral, honest and responsible. A public company's reputation for integrity is fundamental in creating and maintaining value for shareholders and other stakeholders.

Every director on the board should be a person with demonstrated integrity. The importance of integrity should be at the forefront in the boardroom and in every board committee discussion. The board also must make every effort to ensure that the CEO and other senior officers are individuals of integrity who are creating or building on a culture of integrity throughout the organization.

Expected best practices

For individual directors:

- Each director should carefully examine the ethical implications of the corporation's strategies, policies, initiatives and activities. In order to empower directors to identify ethical issues and to deepen their understanding of them, directors should participate in educational activities relating to ethical issues for directors generally, as well as those that are specific to the industry or sector in which the corporation operates.
- When meeting with corporate employees (including the CEO and other senior officers), directors should take the opportunity, whenever possible, to emphasize the importance of integrity.
- Directors should demonstrate a proven understanding of fiduciary duty and the implications of their role as fiduciaries.

For the board as a whole:

- Emphasize the importance of integrity during in camera sessions. Consider whether the CEO and other senior officers demonstrate the right "tone at the top" to ensure a culture of integrity throughout the organization.
- Include questions about integrity in board, committee and director performance reviews.
- Include integrity issues in continuing education programs for directors.
- Make sure the CEO and other senior officers have programs in place that build a culture of integrity. These should be led by the CEO and normally will include:
 - a statement of the corporation's values or equivalent, emphasizing integrity as a fundamental value

- sessions with employees that include discussions of integrity and reputation
 - codes of conduct, surveys of compliance and whistle blowing procedures, all in plain language so that they can be easily understood by all employees
 - the appointment of an officer who has responsibility for integrity at the corporation. The officer should work with the board and the CEO to make sure integrity issues are taken seriously and dealt with effectively
 - zero tolerance for breaches of integrity, taking into account employees who voluntarily report their transgression(s) and show remorse
 - a process for reporting all significant breaches of the code of conduct or other significant integrity issues to the board.
- Ensure that the integrity of candidates is a key consideration in the process of board and management recruitment.

Guideline 6. Establish reasonable compensation and share ownership guidelines for directors

Directors should be paid fees for their services at a level that is reasonable and will attract qualified and experienced candidates. Director compensation should not, however, be so high or structured in such a way that it interferes with a director's ability to be independent, forthright in his or her views or willing to challenge management or the status quo. Moreover, directors should recognize that when they determine their own compensation, they are in an inherent conflict of interest.

Expected best practices

When setting their compensation, directors should follow the detailed guidelines set out in CCGG's Principles for Director Compensation.

Guideline 7. Evaluate board, committee and individual director performance

A board needs processes in place to evaluate and improve the performance of individual directors, board committees and the performance of the board as a whole.

Annual performance reviews help directors assess their personal strengths and weaknesses, make decisions about the need for further education, and decide when it might be appropriate to step down. Directors should be assessed on the basis of their ability to continue to make an effective contribution. A robust assessment process whereby results of the assessment are acted upon is superior to establishing term limits or a retirement age as a method for removing under-performing directors.

In order to assess the quality of current directors and board committees and processes, many boards confidentially survey directors once a year and have the board chair, lead director or nominating/governance committee or its chair review the results. Other boards prefer to hire an independent third party to perform board evaluations.

Expected best practices

For individual directors:

- Prepare a detailed list of expectations for individual directors and publish it in the proxy circular.
- Ensure the performance review process assesses a director's skill set and other expertise against the company's strategic plan and current skills required and other needs of the board.
- Publish the record of individual director attendance at board and committee meetings every year in the proxy circular and include directors who attended committee meetings on an ex-officio or non-voting basis. Directors are expected to attend every board and applicable committee meeting, absent exceptional circumstances.
- Determine and document the kinds of events that will prompt an expectation that a director would resign from the board (for example, not meeting attendance requirements, reaching a certain age, having served on the board for a specified number of years or continuing poor annual performance reviews).
- Evaluate the performance of individual directors every year using a confidential peer-review survey. The board chair or independent lead director, chair of the nominating/governance committee or independent third party should conduct the survey and provide feedback to each director. The survey should include open-ended questions to allow directors to suggest improvements.
- Establish an annual review process for the chair and disclose the details of that process to shareholders.
- Disclose the performance review process in the proxy circular in enough detail to demonstrate to shareholders that there is a robust system in place that is capable of identifying individual performance issues and effectively responding to them. Where appropriate, disclose in the proxy circular conclusions drawn and improvement opportunities identified from the process.

For the board and its committees:

- Evaluate the overall effectiveness of the board and its committees every year using a confidential survey or one-on-one meetings between the independent chair or lead director (for committees it should be the committee chair) and each director.
- Review the board and respective committee mandates every year and evaluate the performance of the board and committee chairs and members against their respective mandates annually.
- Disclose the board performance review process in the proxy circular in enough detail to demonstrate to shareholders that there is a robust system in place capable of identifying board or committee level performance issues and effectively responding to them. Where appropriate,

disclose in the proxy circular conclusions drawn and improvement opportunities identified from the process.

- Ensure that the nominating/governance committee closely monitors emerging best practices in board and committee structure and processes as well as in how to evaluate board and committee performance.

A HIGH PERFORMANCE BOARD HAS CLEAR ROLES AND RESPONSIBILITIES

Guideline 8. Establish mandates for board committees and ensure committee independence

Committee charters should be adopted by the board and reviewed annually. Such charters should include requirements concerning the composition of the committees, responsibilities of the committees and procedures for committee meetings.

Board committees often do a large part of the work of a board and then present their recommendations to the entire board for approval. As a result, conflicts of interest between management and shareholders are most likely to arise at the committee level first. Moreover, the work done by committees typically involves the detailed oversight and assessment of management. For example, the audit committee reviews and approves the financial statements, risk management programs and internal controls developed by management, while the compensation committee reviews and approves the performance and compensation of the chief executive officer and other senior executives. As a result, the independence of these committees is critical. Depending on the committee, either all or the majority of the members should be independent. In addition, appropriate procedures should be in place for the establishment of ad hoc independent special committees when appropriate.

The boards of some issuers have appointed Executive Committees to which substantial authority may be delegated. CCGG generally recommends against the use of Executive Committees in instances where they have the power to decide matters which normally are reserved for all directors. It may also create two classes of directors. In cases where an Executive Committee does exist, clear disclosure should be made of its scope of authority and any meetings it has held in the past year. It should act on behalf of the board in exceptional circumstances only. Executive Committees also should be required to report to the board promptly after any action is taken on the board's behalf.

Expected best practices

For all committees:

- Review committee charters every year and amend or confirm the mandate and procedures based on information received from the board and committee evaluation processes.
- Ensure that all committee meetings include in camera sessions with independent directors only.
- Ensure every committee includes directors of diverse backgrounds and at least one director with significant expertise relevant to the committee's role.

For the audit committee:

- Committee members must all be independent (as required under NI 52-110 Audit Committees).

For the nominating/governance committee:

- Committee members should all be independent, and the CEO should not participate in their selection.

For the compensation committee:

- Committee members should all be independent with an objective and knowledgeable view of compensation, formed independently of management, and the CEO should not participate in their selection.
- Ensure that no more than one in three members of the committee is currently the CEO of another corporation.
- Do not include management in committee meetings when their compensation is being deliberated.

Guideline 9. Adopt well defined board processes and procedures that support board independence

Board independence must be supported by the establishment of robust and well-defined board processes and procedures that will assist directors in meeting their oversight responsibilities. Board processes and procedures should ensure that directors are provided with sufficient information, time and independent advice to be able to make meaningful decisions in an independent manner.

Expected best practices

Meetings materials provided to boards by management must be sufficiently detailed, comprehensive and succinct to support meaningful decisions by directors.

Meeting materials must be provided to the board far enough in advance of board meetings to allow directors to make considered decisions.

Board meeting schedules must allocate sufficient time for major decisions to be considered/discussed/reviewed, with decisions reached over the course of more than one meeting if appropriate.

The independent chair (or independent lead director) should have approval over meeting agendas and the flow of information to the board.

All board meetings should include in camera sessions with independent directors only.

Procedures should be in place to ensure proper access to, and funding of, independent advisors to the board or its committees when the board or its committees deems it appropriate.

Guideline 10. Oversee Strategy

Directors are responsible for oversight of the corporation's strategy and ultimately approving the overall vision, objectives and long-term strategy of the corporation. Management, on the other hand, is responsible for developing and implementing an appropriate detailed strategy that is designed to realize the corporation's vision and achieve its objectives while managing the associated risks (see [Guideline 11](#) for a discussion of risk).

The board reviews, discusses, challenges and ultimately approves a strategic plan for the business and oversees management's implementation of the plan, ensuring it is consistent with the approved vision, long-term objectives and strategy. The board also monitors the corporation's performance against the strategic plan. The board should have a heightened interest in its oversight role of strategy because of its importance and impact on shareholder value.

Expected best practices

- At a formative stage of strategic plan development, review with management the format and planned content of the comprehensive strategic plan. The content of the strategic plan would include competitive analysis as well as resource requirements – both financial and human resources.
- Allocate sufficient time to review the strategic plan. Such review would involve discussion with and without management presence, challenging underlying assumptions and insisting upon modifications to the strategic plan as required.
- Approve the final strategic plan.
- Oversee the implementation of the strategic plan, including the linkage to the annual business plan.
- Monitor the corporation's performance against the strategic plan using appropriate metrics and milestones.
- Conduct periodic reviews of strategy during the strategic plan period.
- At least annually, require management to provide an update or a revised strategic plan.

Guideline 11. Oversee risk management

Directors are responsible for risk oversight, including overseeing management's systems and processes for identifying, evaluating, prioritizing, mitigating and monitoring risks. Directors are also responsible for approving the corporation's risk parameters including risk tolerance and appetite. Such parameters are designed to prevent the destruction of asset and shareholder value and to reduce the likelihood of underperformance over the long term. Directors should consider taking a heightened interest in assessing risks associated with strategy and leadership since management should not be expected to objectively assess its own performance, capabilities and strategy from a risk perspective.

Risk management is a core function of the board

The global financial crisis has revealed that many directors, including directors of large, sophisticated corporations, did not have a full understanding of all of the risks facing their corporations and failed in effective risk oversight.

Every organization is exposed to multiple risks. While strategic risk in terms of both strategy formulation and implementation effectiveness can pose a major threat, there are numerous other types of risks such as external, operational, financial, organizational, regulatory, environmental, reputational, etc., which can significantly impact a corporation's value in the short and long term. The board should understand how these various risks are interrelated and the resultant compounding effect. The effective oversight of all relevant types of risk is a core function of the board and a process in which every director should be actively involved. As part of its oversight role, the board should establish appropriate financial and non-financial incentives for management to operate within the board approved risk parameters.

For directors, risk oversight should go beyond quantitative risk assessments in order to focus on challenging the facts and assumptions management has used in identifying and evaluating risk. For example, many quantitative risk systems assume that markets for securities are liquid, credit is available at reasonable market rates, governments and counterparties will fulfill their credit obligations and investors will act rationally. Experience has shown that assumptions such as these are not always valid, so boards should keep in mind and plan for unusual and unexpected occurrences and for systemic risks.

Methods of overseeing risk

In carrying out their role of risk oversight, some boards choose to assign responsibility to selected committees to assess the risks relative to their mandate. Some boards have established a separate risk committee. Many boards prefer to have risk oversight assessed by the entire board. Care must be taken to ensure that adequate processes and procedures are in place to sufficiently consider all relevant types of risk. Every board should decide which approach would work best in the circumstances for the corporation. Each director should clearly understand the processes and procedures in place to identify and evaluate risk. Each director also should be mindful that whatever approach or process is used, the oversight of risk ultimately remains the responsibility of the entire board.

The board's approach to risk oversight, including the process it uses to challenge management's assumptions regarding risk, should be disclosed in detail to shareholders in the proxy circular.

Expected best practices

- Clearly assign board responsibility for risk oversight as set out in board and committee mandates.
- Ensure breadth of capability on the board to understand and oversee all critical risks and, if appropriate, utilize independent advisors to advise the board with respect to critical risks..
- Ensure directors are engaged in discussions of risk and bring constructive criticism.

- Ensure independent verification of facts and assumptions relied on by management in its identification, evaluation, mitigation and monitoring of risks.
- Adopt an appropriate framework for the board’s oversight of risk.
- Allocate sufficient time and resources in the board’s agenda to consider risk.
- Clearly set out risk parameters including tolerance and appetite for risk.
- Understand interrelationship of risks and any pre-existing conditions or vulnerabilities that could have a compounding impact on the corporation.
- Adopt robust risk management systems and processes including active involvement by the chief executive officer with clear assignment of accountability to specific members of management.
- Adopt appropriate and effective management compensation arrangements aligned with risk parameters.
- Ensure full and complete disclosure of how the board oversees risk.

Guideline 12. Assess the Chief Executive Officer and plan for succession

The board is responsible for hiring, retaining and if necessary terminating the CEO, reviewing his or her performance every year and establishing an executive succession plan to ensure a pipeline of leadership talent is being developed. Succession planning should anticipate both orderly succession and unexpected scenarios.

To emphasize that the CEO is accountable to the board, the board must have a position description for the CEO that establishes annual and longer term expectations and related compensation incentives. At the start of every fiscal year the board and CEO should establish performance targets for the CEO to be used in assessing the CEO’s performance relative to those targets. The board should establish a formal annual review process where directors and the CEO can candidly exchange views on the CEO’s performance.

A clear understanding between the board and the CEO of the board’s expectations for performance and leadership is generally a hallmark of a high performing organization. Often the work on these matters is done through the Chair or one of the board committees, typically the human resources/compensation committee or the governance committee, and brought to the full board for detailed discussion and approval.

Expected best practices

- Develop position descriptions for the CEO and other senior management that are updated as appropriate.
- Develop an annual review process for the CEO, including establishing CEO performance targets and objectives at the start of each fiscal year.

- Ensure the CEO has a talent development plan in place for senior executives.
- Review succession plans for the CEO and other senior executives at least annually.
- Review progress being made against succession plans to identify ‘talent gaps’ and take steps to fill those gaps through executive development or recruitment.
- Ensure the board develops an independent perspective on succession and the pipeline of talent.
- Review with the CEO the performance of his or her direct reports.
- Ensure the board has the opportunity to interact, both formally and informally, with high-potential senior executives (for example, through their participation in board meetings, attendance at board dinners or off-site meetings).

Guideline 13. Develop and oversee executive compensation plans

Senior executives should be compensated fairly and reasonably, with a large component of compensation being performance-based. Executives also should have meaningful shareholdings in the company to more closely align their interests with shareholders and the long term sustainable value of the company.

Expected best practices

When developing and overseeing executive compensation plans, boards should follow the detailed guidance contained in CCGG’s most recent *Executive Compensation Principles*.

A HIGH PERFORMANCE BOARD ENGAGES WITH SHAREHOLDERS

Guideline 14. Report governance policies and initiatives to shareholders

Boards need to make every effort to help shareholders understand the board’s governance policies and how the board fulfills its responsibilities to effectively oversee management. Since the proxy circular is the primary tool through which a board communicates with the majority of its shareholders, boards should ensure that the proxy circular is clear, well-organized and written in plain language and properly reflects the views of the board. A proxy circular should not merely be rubberstamped by the board after being drafted by management and reviewed by counsel – rather, the board should be deeply involved with its preparation..

In addition to the proxy circular, boards should regularly communicate with shareholders through the corporation’s website. The board should encourage shareholders to attend and ask questions at the annual general meeting and other formal meetings of shareholders and should allocate a reasonable amount of time at shareholder meetings for such discussions.

Expected best practices

- Ensure that the proxy circular describes the corporation’s governance practices in sufficient detail for shareholders to ascertain whether the corporation complies with the guidelines in this

document. The annual CCGG publication Best Practices for Proxy Circular Disclosure includes many examples of effective disclosure.

- Include a discussion of the corporation's governance philosophy, policies, practices and monitoring processes in the proxy circular and indicate whether its standards meet or exceed regulatory requirements.
- Disclose in the chair's section of the annual report any substantive issues, changes and developments in governance practices at the corporation that could affect shareholder interests.
- Ensure the chair of each committee is available to answer questions at the annual general meeting and any other significant shareholder meetings.
- Ensure that the name and contact information of a director that shareholders and other stakeholders can contact is made available in the proxy circular and on the corporation's website.

Guideline 15. Engage with shareholders

CCGG believes that shareholders and boards should have regular, constructive engagement meetings. Engagement between shareholders and boards allows each group to explain its perspectives on governance (including compensation) and disclosure practices. It also allows boards to obtain feedback on their governance practices directly from the shareholders to whom they are accountable and allows boards to explain the reasoning behind their chosen governance practices to shareholders.

In order to facilitate a frank and open discussion between shareholders and directors about the board's governance practices (including its assessment, compensation and oversight of management) these meetings should be held without management or advisors present. Most boards welcome this interaction and we encourage all boards to contact their shareholders to initiate a dialogue.

For more detailed guidance on the value and process of engagement, boards should consult CCGG's policies on board engagement available on our website. (*Engagement between Boards and Shareholders* and *Principles for Governance Monitoring, Voting and Shareholder Engagement*).

'Say on Pay' advisory votes

CCGG regards 'Say on Pay' shareholder advisory votes as an important part of this engagement process because they give shareholders a formal opportunity to express their views on the board's approach to executive compensation. CCGG recommends that boards voluntarily add a shareholder advisory vote on the board's approach to executive compensation to each annual general meeting agenda. A model board policy on engagement and 'Say on Pay' which includes our recommended form of shareholder resolution is available on our website.

Expected best practices

- Provide opportunities for shareholders to have access to directors outside of the annual meeting in order to discuss issues that concern either party.

- Adopt the CCGG model board policy on Say on Pay and add an advisory shareholder 'Say on Pay' resolution in CCGG's recommended form to each annual general meeting agenda.
- Provide the name and contact information of a director for shareholders and other stakeholders to contact in the proxy circular and on the corporation's website.
- Adopt the CCGG model board policy on Engagement with Shareholders and disclose how or whether the company regularly engages with its major shareholders.

Asphyxie fœtale aiguë - Apport de la gazométrie au cordon

C Racinet^{1,2}, Ouellet P^{3,4}, JF Peresse^{2,5}.

1- Université Grenoble-Alpes, Domaine Universitaire, 621 av Centrale, 38400 St Martin D' Hères.

2- Registre des Handicaps de l'enfant et Observatoire périnatal, 23 av Albert 1^{er} de Belgique, 38000 Grenoble.

3- Département de Chirurgie, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada.

4- Consultant clinique, Réseau de santé Vitalité, zone Nord-Ouest, Edmundston, Nouveau-Brunswick, Canada

5- Médicèdres, 48 av de Grugliasco, 38130 Echirolles.

Courriel du correspondant : clauderacinet@orange.fr

Mots-clés : Asphyxie fœtale, Encéphalopathie néonatale, Paralysie cérébrale, Acidose métabolique, Acidose respiratoire, pH eucapnique néonatal.

Déclaration publique d'intérêt : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en relation avec le sujet traité.

Introduction

L'asphyxie signifie l'arrêt du pouls mais plus habituellement le manque d'oxygène conduisant à un arrêt imminent de la vie [1]. En pratique, on rencontre plus souvent une hypoxie plutôt qu'un manque total d'apport d'oxygène. La période de l'accouchement est estimée à risque d'hypoxie aiguë alors que celle de la grossesse est marquée plutôt par un risque d'hypoxie chronique.

Cependant la confusion continue à régner du fait de l'utilisation persistante, y compris dans les prétoires, du concept de «souffrance fœtale aiguë» (SFA), pourtant supprimé de la nomenclature des maladies depuis 1998 (CIM 9) et qui dans l'esprit des utilisateurs est en fait synonyme d'asphyxie aiguë. Cette utilisation du terme de SFA est encore souvent la règle devant la moindre anomalie de l'état fœtal lors de l'accouchement, liquide amniotique méconial ou anomalies du rythme cardiaque fœtal (ARCF). Elle équivaut à la reconnaissance implicite de la responsabilité obstétricale en cas de problèmes neurologiques post-natals, et ce diagnostic de SFA suit définitivement l'enfant dans son carnet de santé, sans remise en cause d'une origine présumée asphyxique, même en l'absence très fréquente des critères objectifs de celle-ci [3].

Dans cet exposé introductif à la Table Ronde sur «La prévention du risque médico-légal en cas de détresse néonatale», laquelle fait immédiatement soupçonner la présence d'une asphyxie périnatale aiguë, nous n'envisagerons que certaines notions basiques d'épidémiologie et de physiopathologie pour insister sur le diagnostic biochimique d'une acidose métabolique dans le sang cordonal et sur les erreurs encore trop fréquentes qui perdurent dans les procédures judiciaires.

Repères épidémiologiques

Si la définition théorique de l'asphyxie aiguë est admise sans difficulté (perturbation des échanges gazeux avec hypoxémie initiale, hypercapnie immédiate générant une acidose respiratoire, puis secondairement acidose métabolique), par contre l'estimation de la prévalence de l'asphyxie aiguë à la naissance reste très approximative, du fait de l'absence de définition précise du niveau d'un marqueur d'hypoxémie (PO_2 ? SpO_2 ?), d'autant que le nouveau-né naît dans un état habituel – donc

normal – d'hypoxémie et d'hypercapnie [3]. La baisse spectaculaire en 10 ans (par un facteur 10) de cette prévalence enregistrée en Californie est probablement liée à une plus grande rigueur dans l'établissement du diagnostic, mais aussi à une amélioration progressive des stratégies préventives qui aboutit au chiffre de 1,3‰ (4). Plus récemment, citons l'estimation canadienne de cette prévalence à 2,4‰ [5]. Notons que cette prévalence est très faible en regard de la fréquence élevée des SFA déclarées présentes au minimum dans 10% des accouchements.

La détresse cardio-respiratoire est quasi constante après une asphyxie périnatale aiguë, marquée par un score d'Apgar très bas (<5 à 5 min) et nécessitant des manœuvres de réanimation adaptées à l'intensité de la dépression. Il n'existe aucune donnée épidémiologique pour quantifier précisément ce risque. Cependant on peut affirmer que si le score d'Apgar à 5 minutes est \geq à 7/10, on peut éliminer la responsabilité de cette asphyxie dans la genèse d'une PC [6].

L'acidémie néonatale «sévère» (pH<7,00), marqueur classique d'un état asphyxique [6], est beaucoup plus fréquente, variant de 0,5% à 2% ce qui souligne deux points: l'absence de consensus sur sa définition et le fait que la majeure partie (90%) des acidémies n'est pas liée à une asphyxie périnatale confirmée (ayant fait l'objet d'un enregistrement) qui est dix fois moins fréquente.

L'encéphalopathie hypoxo-ischémique, complication précoce de l'asphyxie périnatale, est maintenant reconnue comme étant une part minoritaire (1/3 environ) de l'encéphalopathie néonatale (EN), laquelle est estimée à 3‰ des naissances vivantes [7]: autrement dit, environ 1 naissance sur 1000 présentera une EN de nature hypoxo-ischémique, dont l'importance modérée ou sévère et la survenue précoce (<24h) sont des critères cliniques qui optimiseront l'efficacité d'une éventuelle hypothermie thérapeutique.

La paralysie cérébrale, dont la prévalence globale est immuablement fixée à environ 2 cas pour 1000 naissances vivantes, a une part d'origine post-asphyxique qui apparaît de plus en plus réduite (<5%, soit environ 1 à 2 cas pour 10 000 naissances) [8, 9]. Cette complication, lourdement handicapante, représente le risque médico-légal majeur pour l'obstétricien, régulièrement accusé de n'avoir pas

réalisé une césarienne à visée préventive pour une «SFA», bien que des données attestent de l'inefficacité de cette pratique [10, 11, 12].

Ainsi donc, on surveille de mieux en mieux les accouchements par le monitoring fœtal, on fait de plus en plus de césariennes sur des ARCF, on observe certes une amélioration de la morbidité perpartum et néonatale, mais on a toujours autant de PC... qui par ailleurs est reconnue comme étant un mauvais marqueur de la qualité des soins obstétricaux. Cette stabilité désespérante permet d'évoquer que la PC, sauf de rares exceptions, est essentiellement une pathologie liée au développement et exceptionnellement à une asphyxie aiguë perpartum.

Échanges gazeux materno-fœtaux

Les échanges gazeux: Le sang de l'artère ombilicale (AO) est au nouveau-né ce que le sang de l'artère pulmonaire est à l'adulte. Tous deux reflètent l'aboutissement final des organes perfusés. Chez le nouveau-né à la naissance (T0), les poumons, s'ils ont atteint leur maturité, n'ont pas encore atteint leur pleine fonctionnalité pour les échanges gazeux, laquelle sera rapidement optimisée par l'établissement progressif d'une ventilation efficace.

Au moment de la naissance, l'oxygénation et l'équilibre acido-basique sont encore dépendants de l'hémodynamique placentaire, elle-même dépendante de l'hémodynamique maternelle. Ainsi, le placenta agit encore à cet instant comme un poumon fœtal, bien que moins efficace que le poumon fonctionnel du nouveau-né adapté à sa nouvelle condition de vie aérienne.

Mais si le placenta perd presque instantanément sa fonction respiratoire, et toutes ses autres fonctions, il reste très utile à prendre en considération car il est éventuellement porteur de stigmates d'atteintes pathologiques responsables de détresse néonatale: en ce sens on peut bien dire que le placenta est la véritable «boîte noire» des événements de la grossesse.

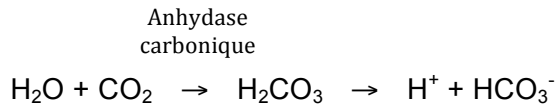
Au final, ce que nous retrouvons dans le sang de l'AO à T0, c'est un instantané de l'équilibre acido-basique du nouveau-né, reflet de tout ce qu'il a subi pendant le travail voire avant. Ce qu'il faut faire

ressortir par l'analyse gazométrique, c'est la part que joue le CO₂ sur le pH, car le nouveau-né est à cet instant dans un état plus ou moins proche de la décompensation respiratoire.

Les changements acido-basiques: Les réactions aux changements acido-basiques sont la conséquence de deux mécanismes qui doivent être dissociés:

- i) l'hydrolyse, mécanisme instantané de nature physico-chimique
- ii) la compensation, mécanisme de nature physiologique.

L'hydrolyse est une réaction cellulaire normale expliquée par les mécanismes tampons dans le but de maintenir l'équilibre entre la PCO₂ et les ions HCO₃⁻. L'hydrolyse s'opère grâce à l'enzyme anhydrase carbonique dans les cellules sanguines selon la relation:



Un changement rapide de la PCO₂ entraîne un changement simultané du HCO₃⁻ donc finalement du pH. L'hydrolyse suit généralement la règle que pour chaque ↑ aiguë d'une tranche de 10 mm Hg de la PCO₂, les ions HCO₃⁻ ↑ de 1 mmol/L.

Ce changement ne constitue pas une compensation, mais plutôt une réaction tampon «réflexe», constante et incontournable.

La compensation est une réaction de correction progressive des désordres acido-basiques systémiques. En général, les reins mettent de 1 à 3 jours pour obtenir une compensation maximale aux changements du CO₂. Il s'agit donc de modifications qui intéressent le nouveau-né déjà âgé de plusieurs jours, mais pas du tout le nouveau-né à la naissance.

Aspects technologiques et quelques biais pré analytiques

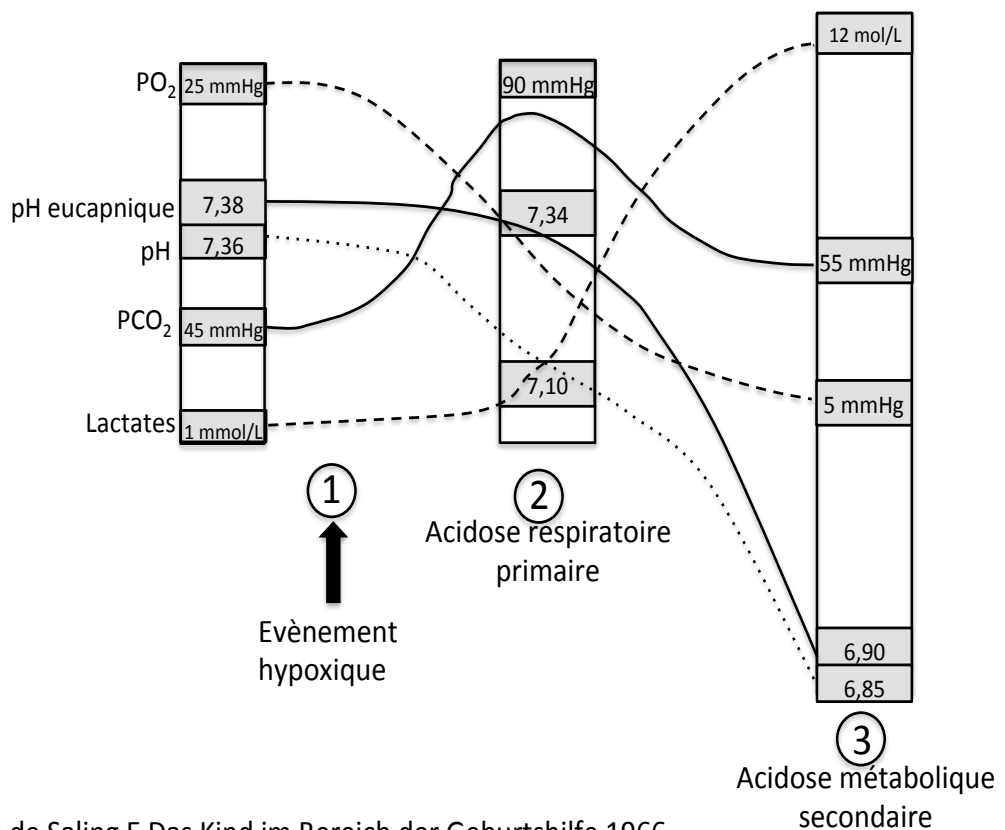
Certains aspects techniques et biais pré-analytiques ont été décrits par Blickstein et al. [13]:

- i) Site de l'échantillon: Les échantillons prélevés au plus près du fœtus démontrent des valeurs significativement plus élevées pour le pH et la PCO_2 et des valeurs plus basses pour la PO_2 par rapport aux prélèvements près du placenta [14]. Ils suggèrent donc un prélèvement près du fœtus.
- ii) Temps pré analytique: Les délais d'analyse des échantillons maintenus à température ambiante ont un impact sur le pH. Si l'échantillon ne peut pas être analysé en moins de 50 minutes, il doit être maintenu réfrigéré pour inhiber l'auto-oxydation. Toutefois, les échantillons peuvent être maintenus à la température de la pièce pour un délai de trente minutes avant l'analyse sauf pour la lactatémie qui n'est valide que si le prélèvement a été placé sur de la glace concassée moins de cinq minutes après le prélèvement pour stopper la libération de lactates par les hématies (véritables «sacs» à lactate).
- iii) Clampage: Le temps de clampage stoppe l'échange gazeux du placenta vers le nouveau-né. Le délai de 30 minutes n'entraîne pas de perturbation significative.
- iv) Héparine: La quantité d'héparine contenue dans la seringue doit être adaptée au volume sanguin de l'échantillon. L'héparine n'est pas nécessaire si l'analyse se fait en moins de cinq minutes suivant le prélèvement.
- v) Bulles d'air dans l'échantillon: Une bulle d'air ambiant peut donner des résultats aberrants tels une PCO_2 à 0 mm Hg et une PO_2 à 150 mm Hg ce qui incite à refaire le prélèvement de manière plus soigneuse.

Éléments de physiopathologie de l'asphyxie aiguë

Si l'hypercapnie initiale est brutale et massive, elle peut générer une acidémie létale. Sinon, le plus souvent, elle va induire quasi instantanément une acidose respiratoire. Mais l'hypoxémie persistante va orienter le métabolisme cellulaire vers une glycolyse anaérobie qui ne produit plus de CO₂: l'hypercapnie va disparaître progressivement et laisser la place à une acidose métabolique [figure 1].

Figure 1- Évolution des paramètres sanguins au décours d'un événement hypoxémiant (1) survenant au cours du travail, entraînant une acidose respiratoire primaire (2) puis une acidose métabolique secondaire (3).



Adaptation de Saling E Das Kind im Bereich der Geburtshilfe 1966,
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, p 155

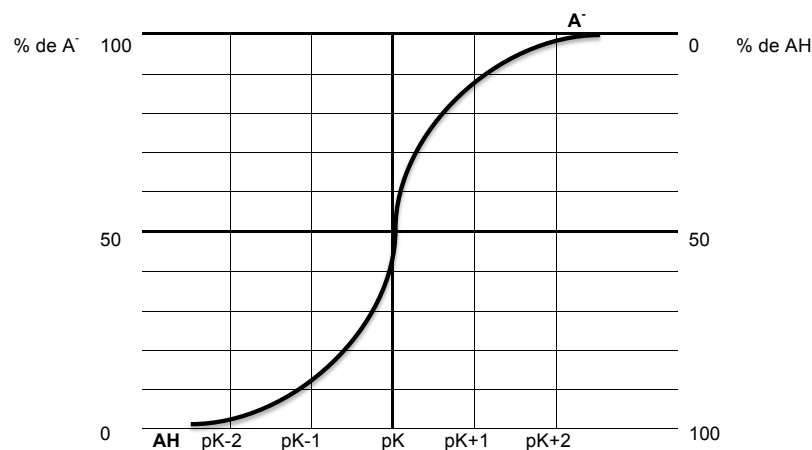
Ainsi l'acidose respiratoire, qui peut être létale (par exemple en cas de compression funiculaire totale par une dystocie majeure des épaules), s'estompe dans un délai d'environ 20 minutes laissant la place à l'acidose métabolique qui va s'installer progressivement et perdurer: c'est un marqueur indirect très sensible, mais non spécifique, de l'hypoxémie qui se prolonge, possiblement associé à

des complications neurologiques post-natales (encéphalopathie hypoxo-ischémique (EHI) en période néonatale proche, paralysie cérébrale (PC) se manifestant cliniquement en fin de première année). L'asphyxie fœtale ne peut être responsable d'une PC que sous certaines conditions d'intensité et de durée suffisantes d'une part, et de susceptibilité cérébrale d'autre part en relation avec le degré de maturation cérébrale. La présence des marqueurs intermédiaires que sont une acidose métabolique sévère et une encéphalopathie néonatale modérée ou sévère (lesquels sont très sensibles mais non spécifiques (6) est obligatoire pour retenir un lien causal.

Diagnostic de l'acidose métabolique ou AM

1) La vraie «fausse» piste du lactate: Un rappel de chimie et de physiopathologie s'impose. Le couple acide lactique – lactate possède un pK_a à 3,87: la courbe de dissociation en solution aqueuse de ce couple démontre que pour un pH sanguin aux environs de 7,00 (soit $pH - pK_a > 3$), il n'y a plus que des anions lactates (figure 2). De plus, il est biochimiquement impossible de déceler la synthèse d'acide lactique au cours des séquences de la glycolyse et/ou de la glycogénolyse, qui aboutissent toutes deux au pyruvate . Le lactate est produit à la demande à partir du pyruvate par fixation de deux protons: cet effet tampon contribue ainsi à lutter contre une acidémie et non à la causer [15, 16].

Figure 2- Courbe de dissociation en solution aqueuse du couple Acide-base qui démontre que pour un pH sanguin aux environs de $pH - pK_a > 3$ (soit 7,00 pour le couple Acide lactique-lactate), il n'y a plus que des anions (en l'occurrence du lactate).



Signification clinique d'une hyperlactatémie: dans le cadre de l'acidémie néonatale, le lactate est fortement corrélé aussi bien avec la composante respiratoire qu'avec la composante métabolique et ne peut donc être considéré comme spécifique d'une AM [17]. Il a longtemps été considéré comme un cul-de-sac métabolique inutile, voire dangereux. Depuis 1970, les études s'accumulent pour établir que le lactate, n'est ni toxique ni iatrogène et peut être produit quels que soient les niveaux de pH et d'oxygénation et qu'il n'est donc pas spécifique des états hypoxémiques [18]. Il a totalement changé de statut, et il est maintenant considéré comme un nutriment essentiel notamment pour le cerveau: par exemple la perfusion exogène de lactate de sodium diminue l'hypertension intracrânienne et améliore le devenir neurologique des traumatisés crâniens graves [19].

2) La fausse «vraie» piste des critères de l'ACOG-AAP :

Le consensus international de l'American College of Obstetricians and Gynecologists et de l'American Academy of Pediatrics (ACOG-AAP 2003) [5] a classé l'acidose métabolique néonatale sévère (c.à.d. avec un $\text{pH} < 7$ **et** un déficit de base (DB) ≥ 12 mmol/L dans le rapport 2003, puis $\text{pH} < 7,0$ **ou** DB ≥ 12 mmol/L dans celui de 2014 sans justifier son nouveau choix) parmi les quatre critères essentiels, dont la présence est impérative pour valider la suspicion clinique d'une cause asphyxique à l'origine d'une PC. Notons que McLennan [20] est plus précis puisqu'il considère une valeur seuil d'acidémie sévère à 7,00. Or le pH est une mesure très précise au millième d'unité près: la formule de l'ACOG-AAP retient toutes les valeurs de pH dont l'arrondi correspond à 7,0 soit jusqu'à 7,049, autrement dit $\text{pH} < 7,05$. La suppression d'une deuxième décimale significative a pour conséquence d'élargir notablement le domaine des valeurs de l'acidémie sévère.

Une critique majeure est que la PCO_2 est également mesurée dans le même vaisseau sanguin mais n'est toujours pas prise en compte ni par l'ACOG-AAP ni par McLennan dans l'évaluation des causes de l'acidémie. Tous deux méconnaissent le fait que le pH mesuré comporte deux composantes métabolique et respiratoire (ou hypercapnique) et que cette dernière est quasi constante chez le nouveau-né à l'instant de sa naissance [21,22].

Concernant le paramètre du DB, il est surprenant de constater des imprécisions rédhibitoires que le cadre de cet exposé ne nous donne pas le loisir de développer:

- Quel est le DB utilisé? *In vitro* ou *in vivo*? Or les résultats s'écartent de plus en plus l'un de l'autre en cas d'acidémie croissante. Aucune recommandation internationale n'a tenté de régler ce problème de divergence pour la pratique clinique.

- Pour le calcul du DB *in vivo*, les références de la normalité sont celles de l'adulte (pH à 7,40 et PCO₂ à 40 mm Hg, qui sont bien différentes de celles observées à la naissance).

- Enfin, dernière incongruité, l'école de Lund et Malmö a découvert que pour des valeurs identiques de pH et PCO₂, les résultats du calcul du DB étaient variables (du simple au septuple!) en fonction d'algorithmes non reproductibles utilisés par différents analyseurs [23].

3) Un marqueur spécifique: Le pH eucapnique néonatal à la naissance [pHeuc (n)]:

Le pHeuc (n) échappe aux critiques adressées au pH et au DB [22, 24]. Le principe du calcul consiste à éliminer l'effet de l'hypercapnie, effet tempéré par la production de HCO₃⁻ selon l'équation d'Henderson-Hasselbalch (voir détails du calcul aux figures 3 et 4) pour ne conserver que la composante métabolique. Le niveau du seuil d'acidose métabolique significative a été provisoirement fixé à 7,11.

Figure 3- Diagramme de CHARLES-RACINET (Tiré de Racinet et al. Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2016; 44 :357 – 362.)

Les lignes iso-pH sont tracées obliquement et convergent vers l'origine des coordonnées. Les concentrations correspondantes de $[H^+]$ exprimées en nanomoles/L sont placées entre parenthèses à côté de la valeur de chaque ligne iso-pH. En abscisse : PCO_2 en mm Hg. En ordonnée : HCO_3 en mmol/L. En rouge : la ligne tampon.

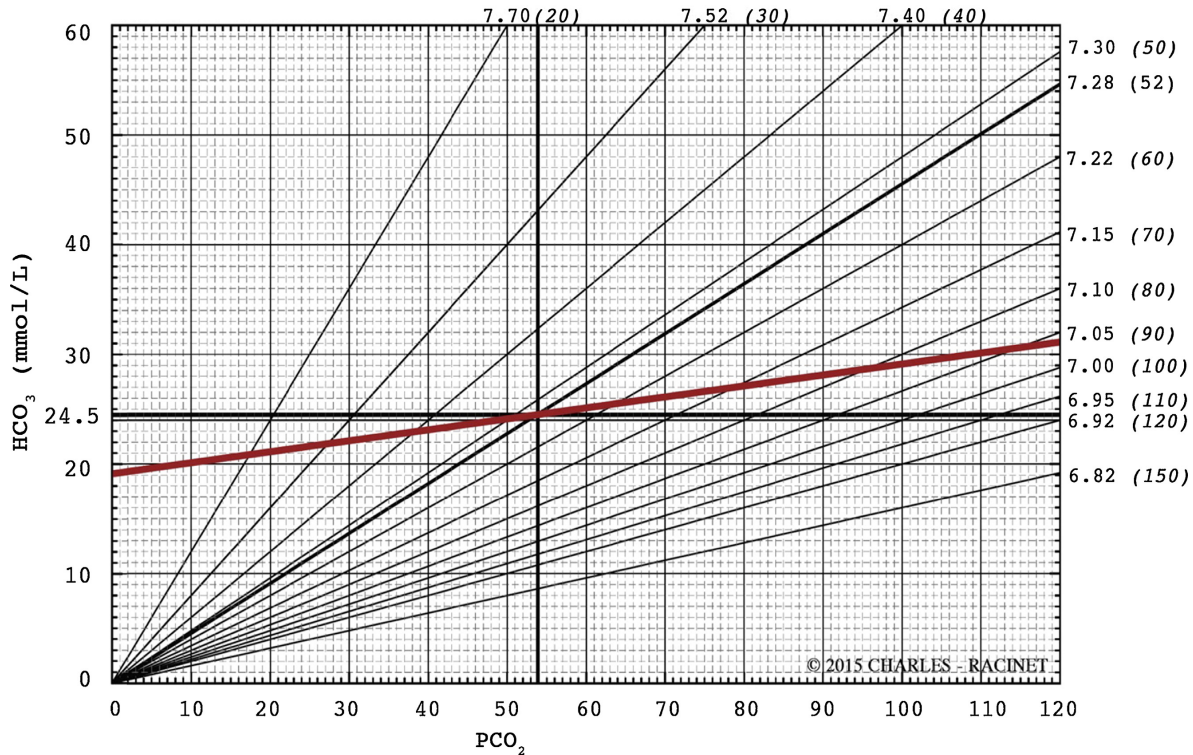


Figure 4- Détermination du pH eucapnique néonatal à partir du diagramme de Charles-Racinet.

Exemple d'estimation du pH euc (n) à partir de données mesurées (pH= 6,86, $PCO_2= 88$ mm Hg)

Remarques préliminaires :

pH (N) indique la valeur optimale du pH du nouveau-né soit 7,28.

pH (A) indique la valeur du pH qui est mesurée dans le cas étudié soit 6,86.

Dans ce cas, la différence entre les deux valeurs est de 0,420 et comporte selon nos calculs une part hypercapnique de 0,157 et une part métabolique de 0,263.

pH (R) indique le niveau du pH atteint par la compensation de l'hypercapnie selon la règle de Boston.

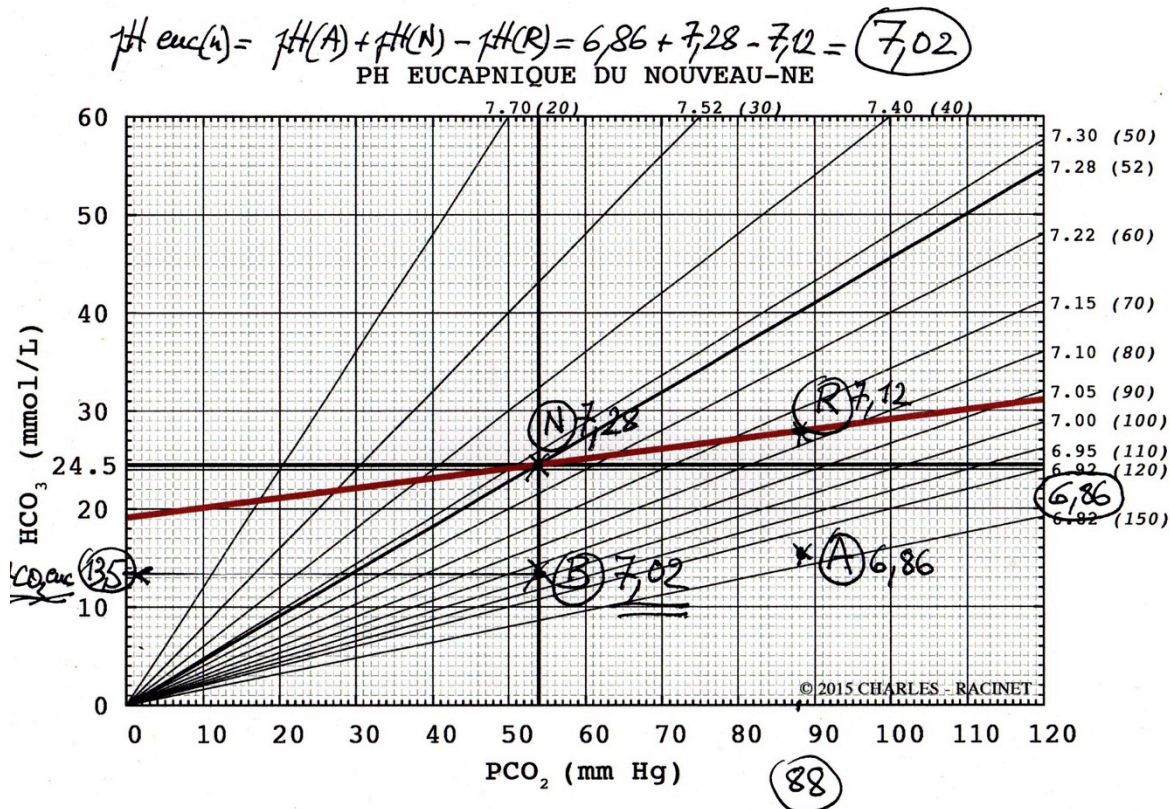
pH (B) ou eucapnique néonatal indique le niveau résiduel lié à la part métabolique.

Les deux valeurs pH(R) et pH (B) ne doivent pas être confondues. Elles sont égales si les parts hypercapnique et métabolique sont égales, sinon elles diffèrent plus ou moins selon la partition plus ou moins asymétrique de ces parts.

Mode d'emploi du diagramme :

1) Pointer les valeurs du pH et de la PCO_2 qui déterminent ainsi le **point A**.

- 2) Estimer la valeur du pH correspondant au **point R** (sur le croisement de la ligne tampon avec la verticale passant par la PCO₂ mesurée), soit 7,12.
- 3) Estimer la valeur du **pH (B)** ou pH euc (n) par application de la relation :
 $\text{pH euc (n)} = \text{pH (A)} + \text{pH (N)} - \text{pH (R)} = 6,86 + 7,28 - 7,12 = 7,02$ (= acidose métabolique majeure)
- 4) Localiser ce **point B** sur le diagramme
- 5) Sur la ligne horizontale passant par le **point B**, on peut déterminer au croisement de l'axe des ordonnées la valeur du HCO₃ standard ou eucapnique, qui est estimé à 13,5 mmol/L.
- 6) On peut déterminer aussi la valeur du DB euc (n) en calculant la différence (24,5 – valeur du HCO₃ eucapnique), qui est estimé à 11 mmol/L.



Retombées médico-légales de la gazométrie

1) Dans le cadre de la prévention:

Il est indispensable de mesurer pour chaque naissance le pH, les gaz du sang et accessoirement la lactatémie dans la veine et l'une des artères ombilicales: leurs valeurs immédiatement après la naissance représentent l'état acido-basique relevant de la stricte responsabilité obstétricale, ce qui ultérieurement n'est plus le cas car impliquant le pédiatre, l'anesthésiste ou l'organisation de l'établissement de soins.

Le nouveau-né normal à terme naît toujours dans un environnement hypoxémique (PO_2 moyen de 15 – 20 mm Hg), avec hypercapnie modérée (PCO_2 à 54 mm Hg) et légère hyperlactatémie à 3,5 mmol/L.

En cas d'acidémie marquée, l'attention doit se porter sur la valeur de la PCO_2 en général élevée et responsable de cette acidémie. Un contrôle 5 à 10 minutes plus tard doit vérifier la normalisation des valeurs sous l'effet d'une ventilation efficace.

La détermination du pH eucapnique néonatal à la naissance confirme une acidose métabolique si sa valeur n'a pas ascensionné nettement au-dessus de 7,11.

2) Dans le cadre de la défense:

Il convient de s'opposer à certaines assertions d'expertises, par exemple:

Avis de l'expert: *Le dosage de l'acide lactique (à 9 mmol/L) signe une acidose métabolique.*

Critique L'acide lactique n'est pas dosé par les analyseurs; seul le lactate, base faible du couple acide lactique – lactate, est dosable et, bien qu'il soit indiscutablement un marqueur, il n'est pas spécifique de l'acidose métabolique.

Avis de l'expert: *La présence d'une acidose métabolique, créée par une hyperlactatémie.*

Critique: Le lactate est un tampon. Il ne crée pas d'acidémie mais s'y oppose. Ainsi son absence congénitale ne peut s'opposer à une acidose qui grimpe du fait de l'absence de frein.

Avis de l'expert : *...l'acidose métabolique, formellement diagnostiquée par un pH à 6,92 et un DB à 14 mmol/L, permet d'affirmer l'existence d'une hypoxie.*

Critique : On ne peut affirmer une acidose métabolique sans avoir pris connaissance de la PCO_2 , qui doit être renseignée dans les résultats de la gazométrie... en l'occurrence il existe une hypercapnie à 104 mm Hg qui contribue fortement à l'acidémie... le calcul du pH euc (n) est à 7,165 permettant d'exclure une acidose métabolique significative. Par contre, la présence d'une acidose métabolique ne permet pas d'affirmer une hypoxie, car elle peut se rencontrer dans de nombreuses situations non hypoxiques (infection, cytopathie mitochondriale,...)

Conclusions

L'acidose est un phénomène physiologique primaire (respiratoire ou métabolique) qui tend à causer une acidémie, laquelle est un marqueur sensible mais non spécifique d'une asphyxie périnatale aiguë. Seule la composante métabolique, parfaitement quantifiée par le pH eucapnique néonatal à la naissance, est susceptible d'être associée à des lésions hypoxo-ischémiques du cerveau. Mais en fait, l'asphyxie aiguë périnatale est une cause minoritaire de l'encéphalopathie néonatale et très minoritaire de la paralysie cérébrale.

L'analyse des données gazométriques à la naissance est capitale dans l'instruction d'un dossier de plainte mettant en cause la stratégie obstétricale. Cependant, cette place capitale ne doit pas faire oublier que, maintenant comme hier, le jugement clinique reste toujours prioritaire.

Bibliographie

- [1] MacDonald. Asphyxia. Baillière's Clin Obstet Gynaecol 1995; 9:579-594.
- [2] Muraskas JK, Morrison JC. A proposed evidence-based neonatal work-up to confirm or refute allegations of intrapartum asphyxia. Obstet Gynecol 2010; 116:261–8.
- [3] Pomerance JJ. Interpreting umbilical cord blood gases for clinicians caring for the fetus or newborn, 2nd edition, BNMG in California 2012.
- [4] Wu YW, Backstrand KH, Zhao S, et al.. Declining diagnosis of birth asphyxia in California: 1991-2000. Pediatrics 2004; 114(6):1584-90..
- [5] Dzakpasu S, Joseph KS, et al. Decreasing diagnoses of birth asphyxia in Canada: fact or artifact. Pediatrics. 2009; 123(4):e668-72. doi: 10.1542/peds.2008-2579.
- [6] The American College of Obstetricians and Gynecologists, American Academy of Pediatrics. Neonatal Encephalopathy and Cerebral palsy. ACOG 2003; Janvier.
- [7] Kurinczuck J, White-Koning M, Badawi N. Epidemiology of neonatal encephalopathy and hypoxic-
ischaemic encephalopathy Early Hum. Dev. 2010; 86(6):329-38. doi:
10.1016/j.earlhumdev.2010.05.010. Epub 2010 Jun 16.
- [8] Strijbis EM, Oudman I, van Essen P, MacLennan AH. Cerebral palsy and the application of the international criteria for acute intrapartum hypoxia. Obstet Gynecol. 2006; 107:1357-65.

- [9] Ettori C, Racinet C, Arnould P. et al. Imputabilité de l'asphyxie foetale perpartum dans la paralysie cérébrale (cohorte d'enfants nés en Isère de 1993 à 1999). In: 42es Journées nationales de la SFMP. Montpellier, 2012. Abstract sur demande à clauderacinet@orange.fr
- [10] Clark SL, Hankins GD. Temporal and demographic trends in cerebral palsy--facts and fiction. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 188:628-33.
- [11] O'Callaghan M, MacLennan A. Cesarean delivery and cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2013; 122:1169-75.
- [12] Racinet C, Tronc C, Sellier E, Cans C, van Bakel ME. Can caesarean delivery prevent cerebral palsy? Medico-legal implications of a French ecological study]. *Gynecol Obstet Fertil.* 2015 Jan; 43(1):8-12.
- [13] Blickstein I, Green T. Umbilical cord blood gases. *Clin Perinatol.* 2007; 34(3):451-9.
- [14] Perlman S, Goldman RD, Maatuk H et al. Is the sampling site along the umbilical artery significant ? *Gynecol Obstet Invest.* 2001; 54:172-5.
- [15] Robergs R, Ghiasvand F, Parker D. Biochemistry of exercise-induced metabolic acidosis. *Am J Regul Integr Comp Physiol.* 2004; 287:R502-R516.
- [16] Lerverve X. Lactate in the intensive care unit: pyromaniac, sentinel or fireman? *Crit Care* 2005; 9(6):622-3.
- [17] Racinet C, Richalet G, Corne C et al. Diagnosis of neonatal metabolic acidosis by eucapnic pH determination. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2013; 43:485-92.
- [18] Gladden LB. Lactate metabolism: a new paradigm for the third millenium. *J Physio.* 2004; 558(1): 5-30.
- [19] Orban JC, Lerverve X, Ichai C. Lactate : The energy substrate of the future. *Reanimation* 2010; 19: 384-392.
- [20] McLennan AH, Thompson SC, Gecz J. Cerebral palsy : causes, pathways, and the role of genetic variants. *Am J Obstet Gynecol.* 2015; 213(6):779-88.
- [21] Simon EG. Interprétation du pH au cordon à la naissance : le piège de l'hypercapnie. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2016; 44:355-356.
- [22] Racinet C, Ouellet P, Charles F, Daboval T. Neonatal metabolic acidosis at birth : in search of a reliable marker. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2016; 44:357-62.
- [23] Mokarami P, Wiberg N, Olofsson P. An overlooked aspect on metabolic acidosis at birth : blood gas analysers calculate base deficit differently. *Acta Obstet Gynecol Scandin.* 2012; 91:574-9.
- [24] JK Muraskas in response to the article by C. Racinet et al. Neonatal metabolic acidosis at birth : In search of a reliable marker. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2016; 44:357-62.

Note d'information

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 4 octobre 2016

Objet : **Histoire d'une expérience d'un patient**

Il n'y aura pas d'histoire d'expérience d'un patient à cette réunion. Ce sujet est remis à la prochaine réunion.

Soumis le 23 septembre 2016 par Gisèle Beaulieu, vice-présidente de la Performance, de la Qualité et des Services généraux.

Note d'information

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 4 octobre 2016

Objet : Relations avec la communauté et des services offerts : Aide médicale à mourir

Dans le cadre des relations avec la communauté et des services offerts cités à l'ordre du jour, Mireille Lanouette, directrice régionale de la Planification et de l'aide à la décision présentera la démanche de l'aide médical à mourir. Cette présentation d'environ 20-25 minutes sera suivie d'une période de questions des membres de Conseil d'administration.

Vous trouverez la présentation jointe à cette note.

Soumis le 26 septembre 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.



RÉSEAU DE SANTÉ

vitalité

HEALTH NETWORK



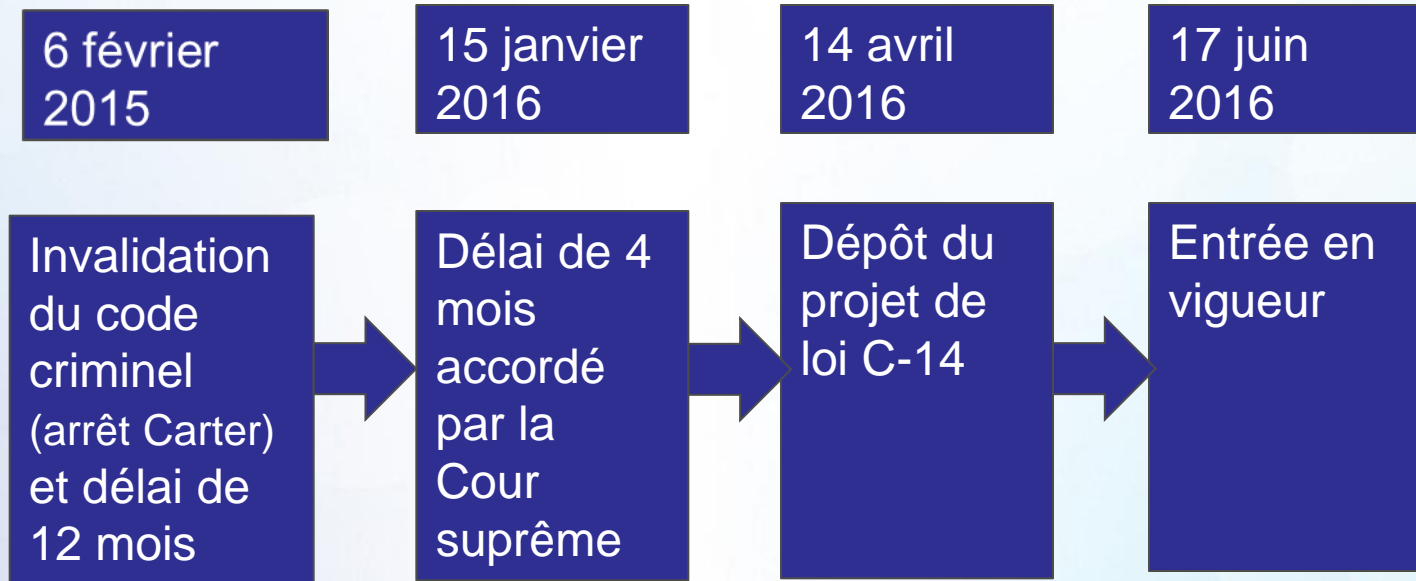
Aide médicale à mourir

**Présentation au Conseil d'administration
Le 4 octobre 2016**

Plan de la présentation

- Historique de la situation
- Critères d'admissibilité
- Mesures de sauvegarde
- Autres éléments importants
- Travail effectué

Historique



Qu'est ce que l'aide médicale à mourir?

- Une nouvelle option de soins en fin de vie pour le patient
- Le fait pour un médecin ou un infirmier praticien
 - a) d'administrer à une personne, **à la demande de celle-ci**, une substance qui cause sa mort;
 - b) de prescrire ou de fournir une substance à une personne, à la demande de celle-ci, afin qu'elle se l'administre et cause ainsi sa mort.

Critères d'admissibilité

- a) admissible à des soins de santé financés par l'État au Canada;
- b) elle est âgée d'au moins dix-huit ans et est capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé;
- c) elle est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables;
- d) elle a fait une demande d'aide médicale à mourir de manière volontaire, notamment sans pressions extérieures;
- e) elle consent de manière éclairée à recevoir l'aide médicale à mourir.

Définition de problèmes de santé graves et irrémédiables

- a) atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap graves et incurables;
- b) déclin avancé et irréversible de ses capacités;
- c) souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables;
- d) sa **mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible** compte tenu de l'ensemble de sa situation médicale, sans pour autant qu'un pronostic ait été établi quant à son espérance de vie.

Mesures de sauvegarde

Le médecin ou l'infirmier praticien doit, à la fois :

- a) s'assurer que le patient rencontre tous les critères ;
- b) s'assurer que la demande a été faite par écrit;
- c) être convaincu que la demande a été datée et signée devant deux témoins indépendants, qui l'ont datée et signée à leur tour;
- d) s'assurer que la personne a été informée qu'elle peut, en tout temps et par tout moyen, retirer sa demande;

Mesures de sauvegarde (suite)

- e) s'assurer qu'un avis écrit d'un autre médecin ou infirmier praticien confirmant le respect de tous les critères;
- f) être convaincu que lui et l'autre médecin ou infirmier praticien sont indépendants;
- g) s'assurer qu'au moins dix jours francs se sont écoulés entre le jour où la demande a été signée par la personne et celui où l'aide médicale à mourir est fournie ou, si lui et le médecin ou l'infirmier praticien visé ... jugent que la mort de la personne ou la perte de sa capacité à fournir un consentement éclairé est imminente, une période plus courte qu'il juge indiquée dans les circonstances;

Mesures de sauvegarde (suite)

h) immédiatement avant de fournir l'aide médicale à mourir, donner à la personne la possibilité de retirer sa demande et s'assurer qu'elle consent expressément à recevoir l'aide médicale à mourir.

i) Si la personne a de la difficulté à communiquer, prendre les mesures nécessaires pour lui fournir un moyen de communication fiable afin qu'elle puisse comprendre les renseignements qui lui sont fournis et faire connaître sa décision

Autres éléments importants

- Les médecins et les professionnels de la santé qui ont une **objection de conscience** n'auront pas à participer à l'aide médicale à mourir.
 - ❖ Le patient devra cependant être référé à un autre médecin.
- Les mineurs matures n'y ont pas accès.
- Les patients atteints d'une maladie psychiatrique sans autres conditions médicales graves et irrémédiables ne sont pas éligibles.
- Les directives médicales avancées ne peuvent être considérées

Autres éléments importants : Établissements à vocation religieuse

- Entente du gouvernement provincial avec les communautés religieuses affiliées à Santé Catholique Internationale (CHI) (2007-2022)
- Article 12 b :
`(b) to operate such facility in accord with the tenets and beliefs of that religious denomination.`
- 4 établissements associés à CHI, situés à Dalhousie, Caraquet, Saint-Quentin et Ste-Anne-de-Kent
- Position de CHI : Répondre avec respect et compassion aux demandes d'aide médicale à mourir, sans abandonner la personne à notre charge et sans compromettre les valeurs de notre personnel soignant ou de nos organisations (20 juin 2016)

Groupe de travail

- Représentants des médecins, infirmières, pharmaciens, éthique, Programme extra-mural, travailleurs sociaux
- Experts consultés : soins spirituels, psychiatres, gestion des risques
- 14 rencontres depuis février 2016
- Liaison avec le ministère de la Santé via un comité provincial
- Rencontre avec CHI
- Rencontre avec les associations professionnelles
- Rencontre avec la Société médicale du N.-B.

Éléments développés

- Politique sur l'aide médicale à mourir (consultations en cours)
- Guide de référence pour les professionnels de la santé (à compléter)
- Protocoles médicamenteux (en attente d'approbation)
 - par voie intraveineuse
 - pour auto-administration
- Brochure d'information pour les patients
- Information sur les soins en fin de vie sur le site web
- Site d'information pour les médecins et le personnel sur le Boulevard
- Formulaires:
 - Sessions d'information (mai 2016)
 - Sessions de formation (automne 2016)

Brochure pour les patients

Information aux patients

Aide médicale à mourir



vitalité
UNION DE SANTÉ
SOCIÉTÉ ENCHÈMÉE

Début : demande d'information sur l'aide médicale à mourir

- 1** Vous demandez l'aide médicale à mourir à un médecin ou à une infirmière praticienne, de façon libre et éclairée.
- 2** Le médecin ou l'infirmière praticienne vous explique l'aide médicale à mourir et vos autres options, comme le contrôle de la douleur, les soins palliatifs et la sédation.
Le médecin ou l'infirmière praticienne qui a des objections de conscience vous réfère à un autre médecin ou une infirmière praticienne.
- 3** Vous réfléchissez aux renseignements qu'on vous donne et à vos options.
Vous et votre famille pouvez demander un soutien psychologique, social ou spirituel.

Préparation pour l'aide médicale à mourir

Vous avez le droit de changer d'idée en tout temps.

- 7** Vous et votre famille pouvez demander un soutien psychologique, social ou spirituel.
- 8** Vous choisissez comment l'aide médicale à mourir sera donnée :
a par un médecin ou une infirmière praticienne.
b en prenant vous-même un médicament qui cause la mort en présence d'un médecin ou d'une infirmière praticienne.
Une période plus courte peut être accordée selon les circonstances.
- 9** Au moins 10 jours doivent passer entre le jour où vous avez signé pour la première fois votre demande et celui où vous recevez l'aide médicale à mourir.

Première demande écrite

Vous avez le droit de changer d'idée en tout temps.

- 4** Si, après avoir réfléchi, vous désirez recevoir l'aide médicale à mourir, vous remplissez et signez le formulaire de demande d'aide médicale à mourir devant deux témoins.
Si vous n'êtes physiquement pas capable de signer le formulaire, un tiers peut le faire à votre place.
- 5** Deux professionnels* confirment que vous êtes capable de décider et que vous êtes admissible.
Si votre demande est refusée, on vous expliquera pourquoi. Vous avez le droit de présenter votre demande à un autre médecin ou une autre infirmière praticienne.

Deuxième demande écrite

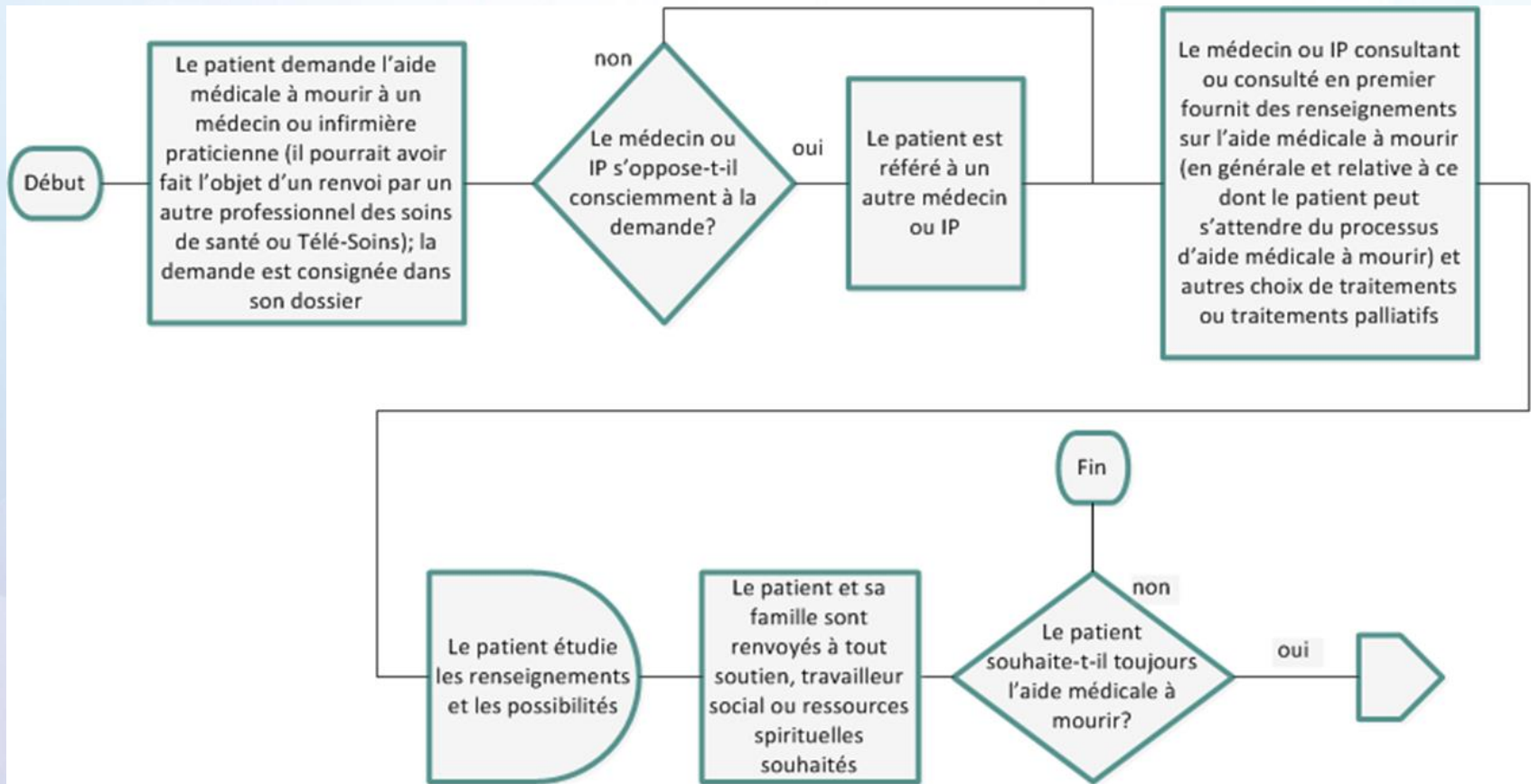
- 6** Si votre demande est acceptée, vous devez signer le formulaire de consentement devant un témoin pour confirmer de nouveau votre volonté de recevoir l'aide médicale à mourir.
Si vous n'êtes physiquement pas capable de signer le formulaire, un tiers peut le faire à votre place.

Le jour de l'aide médicale à mourir

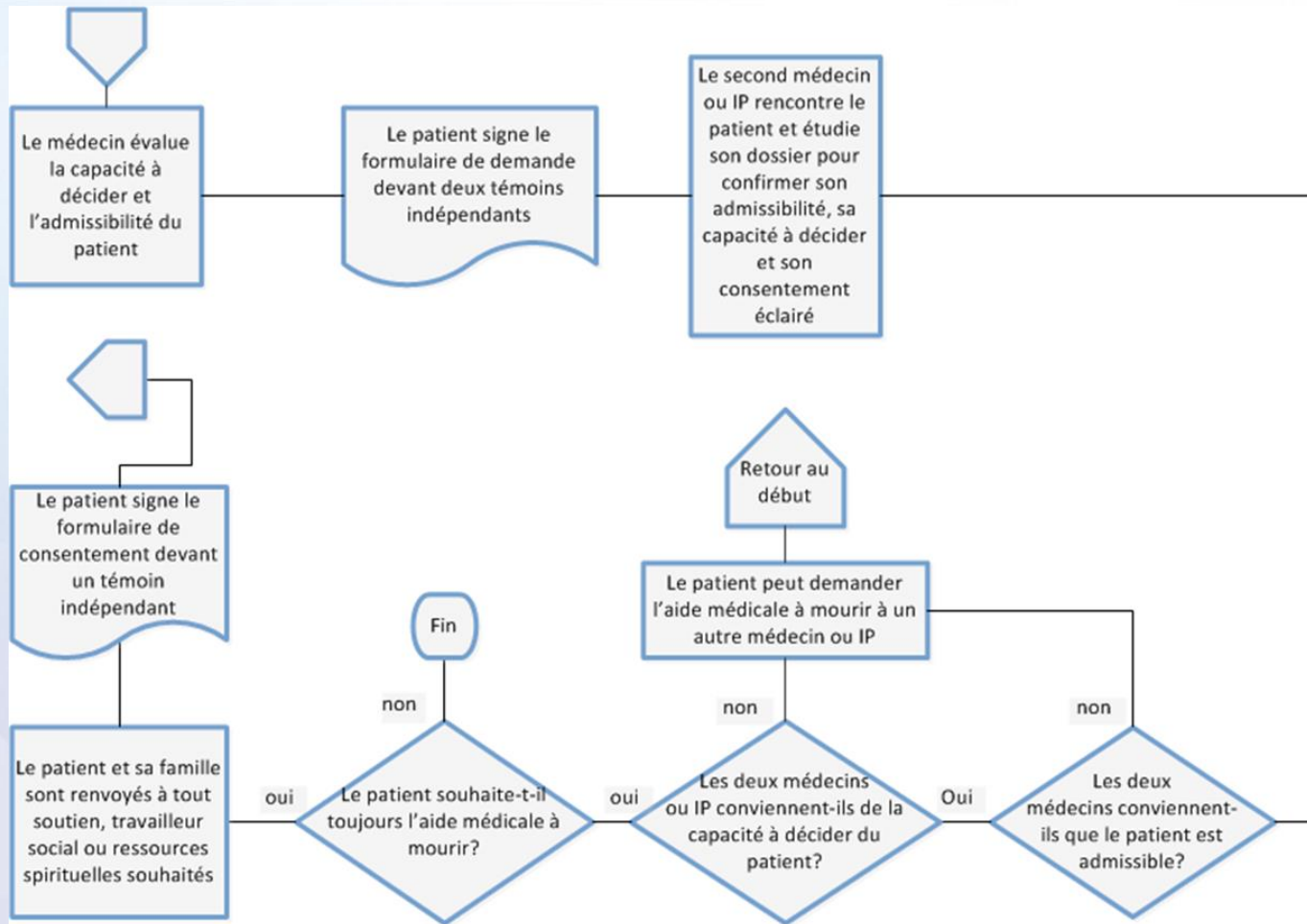
- 10** Le médecin ou l'infirmière praticienne s'assure que vous êtes éligible à recevoir l'aide médicale à mourir.
- 11** Avant le début de l'intervention, vous confirmez une dernière fois, verbalement, que vous voulez recevoir l'aide médicale à mourir.
- 12** L'aide médicale à mourir vous est donnée.

* Une infirmière praticienne et un médecin, ou encore deux médecins.

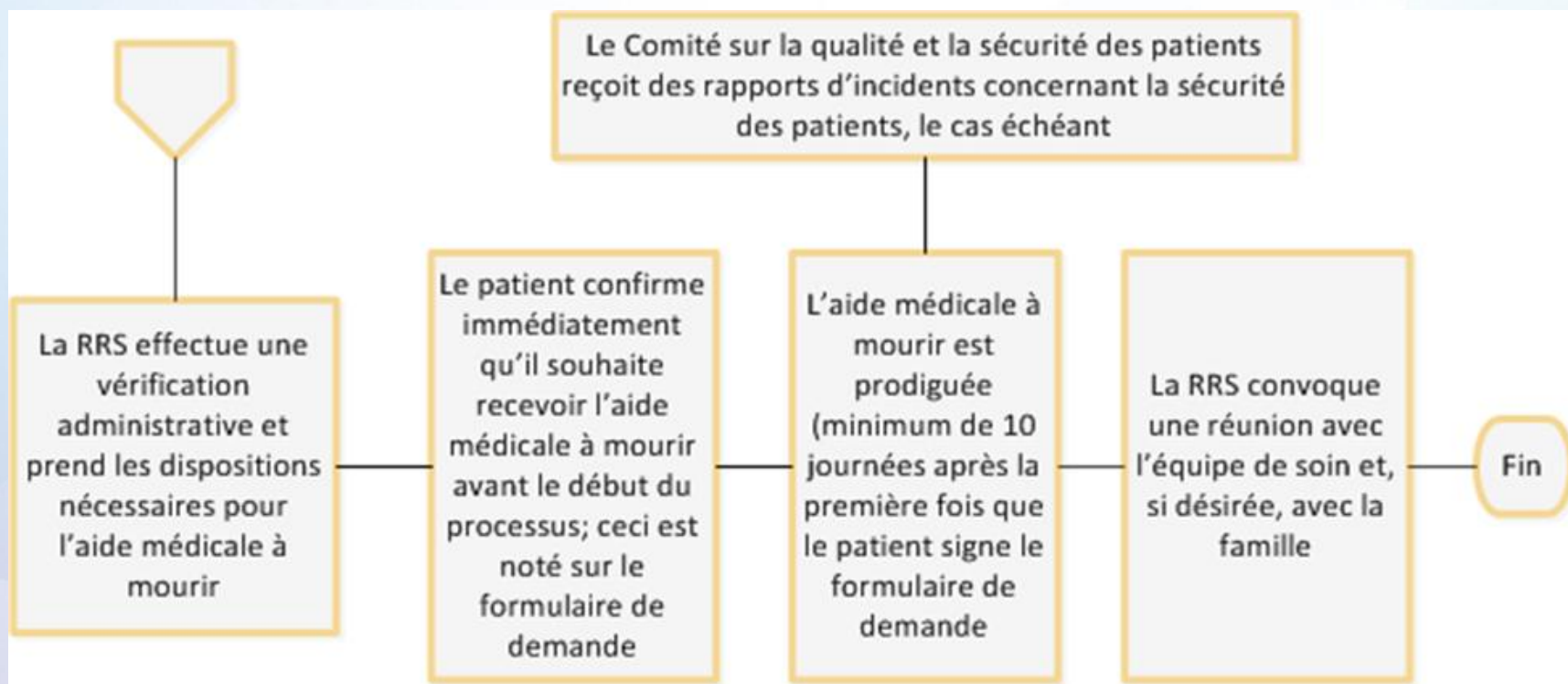
Processus : Demande



Processus : Évaluation



Processus – procédure pour aide médicale à mourir



Questions et discussion



RÉSEAU DE SANTÉ

vitalité

HEALTH NETWORK



Note d'information

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 4 octobre 2016

Objet : Plan de communication

Décision recherchée

Approbation d'un Plan général de communication pour le Réseau de santé Vitalité. Il s'agit d'un plan triennal qui fait le lien avec le « Cadre de transparence et d'ouverture en matière de communication et de publication des résultats » déjà approuvé par le Conseil d'administration en mars dernier. Le plan proposé est générique, un plan de communication opérationnel sera développé pour chacune des années du plan général afin d'assurer la mise en œuvre concrète des axes stratégiques du Plan régional de santé et d'affaires de même que du Plan stratégique.

Contexte / Problématique

Un plan de communication est un document de base pour toute organisation qui souhaite être plus efficace, proactive et stratégique dans ses communications. Un tel document aide à orienter les efforts sur les plus importants buts en matière de communication et à faire en sorte que le Réseau puisse communiquer de manière proactive plutôt que réactive. Un plan de communication permet aussi de s'assurer que tout le monde s'entend lorsque vient le temps de communiquer au sujet de notre organisation. Par ailleurs, l'élaboration d'un plan de communication et sa mise en œuvre constitue une exigence des normes d'Agrément Canada.

Éléments à considérer dans la prise de décision

Le Plan général de communication proposé fait le lien avec :

- Le Cadre de transparence et d'ouverture en matière de communication et de publication des résultats;
- Le Plan régional de santé et d'affaires 2016-2019;
- Les exigences d'Agrément Canada.

Considérations importantes

L'allocation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du Plan général de communication et à l'atteinte des axes stratégiques du Réseau doit se poursuivre.

Suivi à la décision

- Élaboration d'un plan de communication opérationnel pour l'année 2016-2017;
 - Préciser des indicateurs de performance en matière de communication pour le Tableau de bord;
 - Rapporter les progrès au Conseil d'administration.
-

Proposition et résolution

Proposé

Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte le plan de communication.

Adoption

Soumis le 4 octobre 2016 par Gilles Lanteigne, P.-D.G. du Réseau de santé Vitalité

Plan général de communication

2016-2019

Service des communications et de l'engagement communautaire

Approuvé par le Conseil d'administration
Le ____ octobre 2016



Table des matières

1. Sommaire.....	3
2. Introduction	4
Raison d’être	4
Responsabilité partagée	4
3. Portrait du Réseau de santé Vitalité	5
4. Analyse de la situation	6
5. Objectifs stratégiques.....	7
Objectifs généraux.....	7
6. Publics cibles.....	8
Publics cibles internes.....	8
Principaux partenaires du Réseau	9
Public cibles externes.....	9
7. Stratégies de communication et échéanciers.....	10
Principes directeurs	10
Stratégies de communications.....	10
Échéanciers	11
8. Moyens	12
Outils internes.....	12
Outils externes	13
9. Évaluer / Mesurer nos résultats.....	15
10. Conclusion	16

1. Sommaire

Le processus de transformation et de modernisation du système de santé lancé par le Réseau de santé est en cours depuis la fin de l'année 2015. Il s'agit d'une opération majeure qui s'échelonnait sur plusieurs années. Le présent document apporte une perspective nouvelle quant au rôle de tous les intervenants dans le processus de transition à la lumière des priorités du Réseau de santé Vitalité (le Réseau). Ce Plan général de communication 2016-2019 constitue un cadre de référence et présente de grandes orientations. Suite à l'exercice de planification stratégique de l'automne 2016, un plan opérationnel plus détaillé sera développé pour le reste de l'année 2016-2017 et ainsi de suite pour chacune des années subséquentes.

Le document présente, en premier lieu, un portrait du Réseau afin de donner une image juste et courante de l'organisation. Par la suite, la section traitant de l'analyse de la situation examine les faits et les données de l'environnement afin d'identifier les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces avec lesquelles l'organisation doit composer pour atteindre ses objectifs.

Le plan présente ensuite quatre grands objectifs généraux de communication pour la période 2016-2019, soit : (1) la revitalisation des outils de communication interne, (2) la revitalisation des outils de communication externe, (3) l'accroissement des occasions pour les citoyens, les groupes et les partenaires de participer aux discussions du Réseau entourant la planification des soins et des services et l'élaboration de ses priorités en la matière, et (4) la poursuite et l'accroissement des initiatives de communication et d'engagement communautaire afin de constamment améliorer le flux d'information, la transparence et l'imputabilité du Réseau auprès de la population.

Le document énumère également les publics cibles du Réseau, des stratégies et des moyens de communication pouvant être utilisés selon les différents publics cibles et les objectifs à atteindre. Enfin, le présent plan énumère les éléments à considérer afin d'être en mesure d'évaluer et de mesurer les résultats de nos initiatives de communication et d'engagement communautaire.

2. Introduction

Raison d'être

Un plan de communication est essentiel à toute organisation qui souhaite être plus efficace, proactive et stratégique dans ses communications et ses initiatives d'engagement, et ce, tant auprès de ses parties prenantes internes qu'externes. Le présent Plan général de communication couvre une période de trois années financières, soit de 2016 à 2019. Il constitue un cadre général de référence dans le but d'orienter les efforts sur les plus importants buts en matière de communication et à faire en sorte que le Réseau puisse communiquer de manière proactive plutôt que réactive. Le présent Plan général de communication sera suivi par un plan de communication opérationnel pour l'année 2016-2017 qui sera élaboré dès la fin de l'exercice de planification stratégique de l'automne 2016. À la lumière des priorités stratégiques qui auront été formulées lors de cet exercice, le plan de communication opérationnel permettra de préciser les initiatives de communication et d'engagement communautaire qui en découlent, les objectifs spécifiques, les stratégies, les échéanciers et les indicateurs de performance.

Responsabilité partagée

Le Réseau est une organisation vaste et complexe, présente sur un territoire étendu avec près de 70 points de services et quelque 7 420 employés. Être en mesure de communiquer efficacement, que ce soit avec les parties prenantes internes ou les partenaires externes, constitue une **responsabilité partagée** par tous les employés, les médecins et les bénévoles du Réseau. Une grande organisation moderne comme la nôtre ne peut exister et se développer sans une culture de communication. Ceci sous-entend un milieu où la communication et le flux efficace de l'information font partie des valeurs des personnes et des instances qui le constituent. Le succès d'une telle culture repose essentiellement sur l'appropriation de ses principes par l'ensemble de ses membres, car chaque employé, chaque médecin, chaque bénévole est appelé à jouer un rôle particulier dans la vie et le climat du Réseau ainsi que dans son image et son rayonnement. Son succès est aussi étroitement lié à l'identification et à l'allocation de ressources humaines et financières dédiées aux communications et à l'engagement communautaire afin d'atteindre les objectifs stratégiques de l'organisation.

3. Portrait du Réseau de santé Vitalité

Le Réseau est une organisation francophone qui gère un ensemble d'établissements et de programmes francophones et bilingues.

Issu de la fusion de quatre anciennes régions régionales de la santé en 2008, le Réseau est le chef de file francophone au Canada atlantique en santé, formation et recherche, offrant des services inégalés dans les deux langues officielles à la collectivité qui est activement engagée à l'égard de sa santé et son mieux-être.

Population servie : 238 557

Proportion d'autochtones : 2,4 %

Budget : 626 millions de dollars

Employés (temps plein et temps partiel) : 7 423

Médecins : 575

Bénévoles : 1 020

Source : Rapport annuel 2015-2016

Près de 70 points de service :

- 11 hôpitaux, dont 5 hôpitaux régionaux et 6 hôpitaux communautaires (1 161 lits)
- 9 centres de santé
- 5 cliniques
- 10 centres de santé mentale communautaires
- 4 centres de traitement des dépendances
- 2 centres pour les anciens combattants
- 11 bureaux de santé publique et sexuelle
- 12 bureaux du Programme extra-mural



4. Analyse de la situation

Les soins de santé sont au cœur des préoccupations des gens du Nouveau-Brunswick. Partout dans la province, des efforts sont déployés afin d'assurer la viabilité clinique et financière du système de soins de santé pour les générations à venir. Malgré un contexte financier difficile, il importe de tout mettre en œuvre afin de moderniser et de transformer le système de soins de santé dans le but d'aider les patients et leur famille à recevoir les meilleurs soins possible, au bon moment et par le bon professionnel de la santé.

Il ne fait aucun doute que l'accroissement de l'attention médiatique et politique envers le domaine des soins de santé crée un plus grand nombre de défis et d'opportunités pour les initiatives de communication et d'engagement communautaire du Réseau. L'analyse de la situation permet d'examiner les faits et les données, de dégager les forces et les faiblesses du Réseau, de définir la nature et les causes de la situation actuelle et de proposer les principaux éléments d'une situation meilleure à venir.

	POSITIF (pour atteindre les objectifs)	NÉGATIF (pour atteindre les objectifs)
ORIGINE INTERNE (ORGANISATIONNELLE)	<p>FORCES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Points de services répartis sur tout le territoire; • Ratio de médecins de famille par habitant plus élevé que la moyenne nationale; • Continuum de soins offert: prévention, soins à domiciles et hospitaliers, santé publique, santé mentale, traitement des dépendances; • Excellente capacité d'offrir les soins et services dans les deux langues officielles; • Gestion de centres d'excellence et de programmes provinciaux; • Près de 30 ententes d'affiliation et de collaboration avec des institutions d'enseignement; • Agréé par Agrément Canada et l'Institute for Quality Management in Healthcare; • Personnel engagé et compétent; 	<p>FAIBLESSES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Défis en matière de recrutement et de rétention de ressources humaines qualifiées; • Fonctionnement en vase clos dans certains secteurs découlant de l'époque des quatre anciennes régions régionales de la santé; • Période d'adaptation aux changements suite au renouvellement de la structure organisationnelle; • Dispersion du personnel sur un vaste territoire et de nombreux points de service; • Roulement du personnel élevé dans certains secteurs; • Défis à effectuer la réallocation des budgets vers les soins primaires afin de mettre en œuvre le virage vers les soins ambulatoires;
ORIGINE EXTERNE (ENVIRONNEMENTALE)	<p>OPPORTUNITÉS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forte mobilisation du grand public, des collectivités et des partenaires envers les soins et les services de santé offerts; • Possibilités pour les parties prenantes de participer aux discussions du Réseau entourant la planification des soins et des services et l'élaboration de ses priorités en la matière; • Développement des secteurs de l'enseignement et de la recherche au Nouveau-Brunswick; • Taux de satisfaction élevé des patients quant à la qualité des services reçus; 	<p>MENACES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caractère fortement rural du territoire desservi par le Réseau; • Population vieillissante et caractérisée par une décroissance, surtout dans les régions du Nord; • État de santé général de la population plus faible que la moyenne canadienne; • Augmentation de l'incidence des maladies chroniques; • Résistance à la réorganisation des services qui mise davantage sur les soins de santé primaires, les soins ambulatoires et communautaires et les services à domicile; • Faible niveau d'alphabétisme et de littératie; • Augmentation des coûts des soins de santé;

5. Objectifs stratégiques

« Mettre en place un réseau de services axé vers les services de santé primaires, avec un accent marqué sur les soins ambulatoires et communautaires ainsi que sur les soins et les services à domicile »

- Plan de transformation et de modernisation du système de santé

Les objectifs stratégiques du Réseau seront définis de manière plus précise vers la fin de l'automne 2016 suite à l'exercice de planification stratégique. Toutefois, les grands jalons sont déjà posés. En effet, le Réseau a élaboré durant l'année 2015-2016 un Plan de transformation et de modernisation du système de santé qui a été adopté par le Conseil d'administration. Avec le Plan des services cliniques, la voie est donc tracée pour définir la vision du Réseau quant aux changements envisagés qui lui permettraient (1) d'améliorer la qualité et l'accessibilité des services, (2) de mieux répondre aux besoins changeants de la population, et (3) d'assurer la viabilité clinique et financière des services.

Objectifs généraux

OBJECTIF N° 1 : Revitaliser les principaux outils de communication internes du Réseau et en développer de nouveaux selon les besoins identifiés et les ressources disponibles.

OBJECTIF N° 2 : Revitaliser les principaux outils de communication externes du Réseau et en développer de nouveaux selon les besoins identifiés et les ressources disponibles.

OBJECTIF N° 3 : Offrir aux citoyens et aux citoyennes, aux groupes d'intérêt et aux partenaires communautaires plus de possibilités de participer aux discussions du Réseau entourant la planification des soins et des services et l'élaboration de ses priorités en la matière.

OBJECTIF N° 4 : Poursuivre et accroître les initiatives de communication et d'engagement communautaire afin de constamment améliorer le flux d'information, la transparence et l'imputabilité du Réseau auprès de la population.

6. Publics cibles

Toute organisation interagit avec de multiples publics. Il est donc normal, dans un plan de communication, de bien circonscrire et de bien connaître les publics qui entourent l'organisation et avec lesquels elle devra composer. Cette connaissance dictera les moyens qui conviennent le mieux pour les atteindre. Voici un aperçu des publics cibles internes, des partenaires du Réseau et des publics cibles externes ainsi que leurs particularités respectives (forces, défis) en matière de communication.

Publics cibles internes

- a) Médecins
Le Réseau communique avec les médecins par courriel, par l'entremise de documents papier, lors de réunions et de séances de formation. Les médecins salariés du Réseau ont accès à de nombreux documents, politiques et ressources par l'Intranet Boulevard. Les défis en cours sont d'instaurer des canaux de communication bidirectionnelle clairs entre les médecins et l'administration et de réduire le nombre d'envois aux médecins en les regroupant dans des communications périodiques (ex : bulletin hebdomadaire ou dans le cadre des rencontres du Comité médical consultatif de leur zone). Des efforts sont actuellement déployés pour permettre à tous les médecins œuvrant sur le territoire du Réseau d'accéder à certains renseignements et à des ressources par l'entremise de notre site Web (www.vitalitenb.ca).
- b) Employés
Comme toute organisation œuvrant dans le domaine de la santé, la main-d'œuvre du Réseau est fort variée. Le niveau de compréhension et d'utilisation des outils de communication électroniques fluctue selon l'âge, la scolarité et les responsabilités des groupes d'employés. Selon les employés ciblés et la nature du message, il faut parfois utiliser plus d'une façon de communiquer en utilisant les méthodes traditionnelles (papier, affiches, babillard, etc.) et les technologies (courriel, intranet, etc.).
- c) Syndicats
Les communications avec les syndicats se font principalement par l'entremise des Ressources humaines via des rencontres en personne ou par communication électronique.
- d) Gestionnaires
Les gestionnaires jouent un rôle essentiel d'intermédiaires opérationnels et communicationnels entre l'équipe de leadership et le personnel qu'ils et elles supervisent. Ce rôle doit être valorisé.
- e) Équipe de leadership
L'équipe de leadership est composée du président-directeur général et des six vice-présidents. Ses membres utilisent largement les communications électroniques en raison de leur facilité et rapidité d'utilisation.
- f) Conseil d'administration
En raison de leur dispersion à la grandeur de la province, les membres du Conseil d'administration communiquent surtout par courriel et en personne lors de leurs rencontres. Le Conseil d'administration a accès de manière sécuritaire à la documentation pertinente en format électronique par l'utilisation de tablettes.

Principaux partenaires du Réseau

- a) Ministère de la Santé
- b) Ministère du Développement social
- c) Réseau de santé Horizon
- d) Ambulance Nouveau-Brunswick
- e) Service Nouveau-Brunswick
- f) Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick
- g) Fondations
- h) Université de Moncton
- i) Collège communautaire du Nouveau-Brunswick
- j) Institut atlantique de recherche sur le cancer (IARC)

Public cibles externes

- a) Patients et leur famille
- b) Population en général
- c) Premières nations
- d) Organismes communautaires
 - i. Société santé et mieux-être en français au Nouveau-Brunswick
 - ii. Mouvement acadien des communautés en santé
 - iii. Prescription : Action!
- e) Organismes de sensibilisation et de soutien
 - i. Société canadienne du cancer
 - ii. Association canadienne du diabète
 - iii. Société Alzheimer Canada
- f) Mouvement associatif
 - i. Société de l'Acadie Nouveau-Brunswick
 - ii. Association francophone des aînés du Nouveau-Brunswick
 - iii. Société des Jeux de l'Acadie
 - iv. Association francophone des municipalités du Nouveau-Brunswick
 - v. Conseil économique du Nouveau-Brunswick
- g) Groupes de pression
 - i. Égalité santé en français
 - ii. Comité Action H
 - iii. Comité de sauvegarde et d'amélioration des services de santé de Tracadie
 - iv. Comité de santé communautaire de l'Hôpital général de Grand-Sault
- h) Municipalités
- i) Médias locaux, régionaux, provinciaux et nationaux

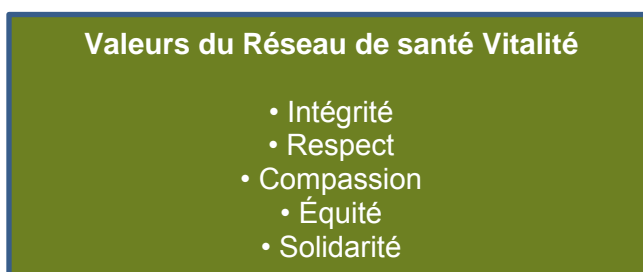
7. Stratégies de communication et échéanciers

Principes directeurs

Les communications efficaces et bidirectionnelles sont essentielles pour la circulation fluide de la bonne information aux bons partenaires et ainsi mieux gérer la mise en œuvre de nos objectifs stratégiques et des initiatives qui en découlent. Les moyens de communication doivent être choisis en fonction des objectifs à atteindre et du public auxquels ils sont destinés.

Le Réseau entend être proactif et transparent dans ses communications lorsque vient le temps d'assurer la promotion de ses activités et de ses réalisations qu'elles soient directement ou indirectement reliées à l'atteinte des buts stratégiques du système de santé du Nouveau-Brunswick. Le Conseil d'administration a adopté, en mars 2016, un « Cadre de transparence et d'ouverture en matière de communication et de publication des résultats ». Ce cadre établit les mesures concrètes que l'organisation compte prendre durant les deux prochaines années afin d'accroître l'accès des citoyens et des citoyennes à des renseignements opportuns, pertinents et utiles quant à la planification et la prestation des soins et des services de santé offerts, de même qu'en matière de résultats obtenus.

Les normes d'agrément recommandent que le Conseil d'administration collabore avec le personnel d'encadrement afin d'élaborer et de mettre en œuvre un plan de communication.



Stratégies de communication

Les stratégies déterminent les approches requises pour réaliser le plan de communication, elles nous aident à déterminer comment dire ce que nous voulons communiquer. Le rôle du Service des communications et de l'engagement communautaire (SCEC) est d'appuyer le Réseau dans la réalisation de ses objectifs stratégiques. Selon les objectifs du Réseau et les initiatives qui en découlent, le SCEC articule les messages clés à transmettre aux publics cibles, détermine les meilleurs outils de communications à mettre en œuvre et les échéanciers, planifie le plan de communication spécifique à chaque objectif et initiative et l'exécute.

Selon les tâches à accomplir, il faudra adopter des approches différentes. Voici quelques exemples de techniques de communication :

- Communication de masse :
 - publicité à la radio, dans les journaux et à la télévision;
 - médias sociaux : Facebook, Twitter, Instagram, etc.
 - publication de communiqués de presse, de messages d'intérêt public;

- relations publiques : cérémonies d'ouverture officielle, lancements de programme, inaugurations, annonces de nouvelles initiatives;
- publication de livrets, de brochures et de dépliants;
- notes de service, politiques et procédures;
- Communication interpersonnelle :
 - communication directe entre le Réseau et quelques individus ou groupes par le biais de rencontres, de forums et de réunions;
- Communication personnalisée :
 - Lettres;
 - Rencontres en petits groupes et privées;

Échéanciers

Comme précisé plus avant, le présent Plan général de communications constitue un cadre général d'orientation pour le Réseau en matière de communications pour la période 2016-2019. Un plan de communication opérationnel sera développé pour chacune des trois années du plan afin d'assurer la mise en œuvre concrète des axes stratégiques du Plan régional de santé et d'affaires de même que de l'exercice de planification stratégique de l'automne 2016. Les plans opérationnels permettront de préciser les objectifs de même que les manières de mesurer l'atteinte des résultats.

L'atteinte des buts stratégiques du Réseau repose en bonne partie sur la capacité de notre organisation à communiquer de manière efficace, transparente et en temps opportun.

8. Moyens

Outils

Plusieurs outils de communications sont disponibles à tous les secteurs de l'organisation afin de faciliter et d'optimiser les communications avec les différents publics cibles et entre eux. Certains outils sont typiquement utilisés à l'interne alors que d'autres se prêtent bien pour communiquer avec les publics externes du Réseau.

Outils internes

- a) Boulevard
L'intranet du Réseau est accessible via tous les ordinateurs branchés à son réseau interne ou à distance pour les employés disposant des accès appropriés.
- b) Site Web
Le site Web du Réseau (www.vitalitenb.ca) fournit de l'information sur l'ensemble des établissements et points de service du Réseau, et les services qui y sont offerts. Il présente aussi les emplois disponibles, des nouvelles sur l'organisation et rend disponible une foule de documents pertinents à la population. Pour le personnel, les médecins et les bénévoles, le site Web du Réseau est un outil permettant d'accéder aux courriels, à la formation en ligne et à l'accès à distance à son réseau interne.
- c) Médias sociaux
Des comptes Facebook, Twitter, LinkedIn et YouTube pourraient être utilisés afin de promouvoir les initiatives du Réseau de santé Vitalité, faire de la sensibilisation à l'adoption de saines habitudes de vie et pour le recrutement. Toutefois, le Réseau doit se doter d'une politique en matière de médias sociaux avant d'utiliser ces outils de communication.
- d) Le Lien
Le journal interne des employés « Le Lien » offre au personnel des nouvelles sur les initiatives et les programmes mis en œuvre dans nos établissements, sur le processus d'agrément, sur la réorganisation clinique et administrative, etc. Suspendue depuis 2013, la publication du journal « Le Lien » doit reprendre à l'automne 2016.
- e) Babillards
L'organisation utilise des babillards sur les unités et dans des aires communes afin de communiquer de l'information au personnel ayant un accès limité à un ordinateur.
- f) Interphone
Chaque établissement dispose d'un système d'interphone afin de communiquer au personnel des alertes (code bleu, orange, etc.) et des messages généraux (la fin prochaine des heures de visite, etc.).
- g) Courriel (Outlook et Meditech)
Le système de courriel est utilisé afin de diffuser de l'information corporative ou opérationnelle aux employés, aux médecins, aux bénévoles et aux membres du Conseil d'administration. Certaines zones utilisent encore le système de messagerie MOX de Meditech.

- h) Téléconférence et vidéoconférence
Des ponts de téléconférence et des systèmes de vidéoconférence sont disponibles pour permettre la tenue de réunions par téléphone et vidéoconférence. Ceci contribue grandement à diminuer le nombre de déplacements des employés.
- i) Skype
Le personnel administratif et de soutien dispose du système de messagerie instantanée Skype For Business de Microsoft qui permet de tenir des téléconférences, des vidéoconférences, de présenter un écran, de prendre contrôle d'un ordinateur, etc. C'est un outil utile pour diminuer les déplacements ainsi que le nombre de courriels envoyés.
- j) Réunions en personne
Les réunions en personne sont utiles afin d'effectuer des suivis au niveau opérationnel et pour communiquer de l'information pertinente au personnel local.
- k) Orientation
Les séances d'orientation sont utilisées afin de communiquer aux nouveaux employés les informations et les connaissances nécessaires avant d'entamer officiellement leurs nouvelles fonctions.

Outils externes

- a) Interphone
Chaque établissement dispose d'un système d'interphone afin de communiquer au public des alertes (code bleu, orange, etc.) et des messages généraux (la fin prochaine des heures de visite, etc.).
- b) Brochures et dépliants
Des brochures et des dépliants d'information sont produits régulièrement en lien avec des initiatives ou des campagnes de sensibilisation du Réseau.
- c) Affiche
Au même titre que les brochures et les dépliants, des affiches sont produites régulièrement en lien avec des initiatives ou des campagnes de sensibilisation du Réseau et ont une durée de vie déterminée.
- d) Communiqué de presse
Des communiqués de presse sont diffusés régulièrement aux médias de la province et publiés sur le site Web du Réseau. Les communiqués de presse servent à informer le grand public d'un événement, d'une activité, d'une nouvelle ou de la position du Réseau sur un enjeu donné.
- e) Conférence/point de presse
Au besoin, une conférence de presse ou un point de presse peut être tenu afin de formaliser une annonce importante, le lancement d'une campagne de sensibilisation majeure, etc.
- f) Signalisation
La signalisation sert à établir l'image de marque du Réseau, à identifier les établissements, les unités, les aires où le stationnement est permis, et les issues de secours.

- g) **Site web**
Le site Web du Réseau (www.vitalitenb.ca) fournit de l'information sur l'ensemble des établissements et points de service du Réseau ainsi que les services qui y sont offerts. Il présente aussi les emplois disponibles, des nouvelles sur l'organisation et rend disponible une foule de documents pertinents à la population. L'adresse courriel générale : info@vitalitenb.ca permet aux parties prenantes externes de communiquer avec le Réseau et de nous faire parvenir leurs questions, commentaires et plaintes.
- h) **Médias sociaux (You Tube, Twitter, Facebook)**
Des comptes Facebook, Twitter, LinkedIn et YouTube pourraient être utilisés afin de promouvoir les initiatives du Réseau, faire de la sensibilisation à l'adoption de saines habitudes de vie et pour le recrutement. Toutefois, le Réseau doit se doter d'une politique en matière de médias sociaux avant d'utiliser ces outils de communication.
- i) **Appels téléphoniques**
Le Réseau communique avec sa clientèle par téléphone principalement pour faire les rappels et les suivis de rendez-vous.
- j) **Réunion publique**
Le Conseil d'administration tient des réunions publiques au moins quatre fois par année financière et se déplace d'une zone à l'autre chaque fois. Les décisions du Conseil y sont entérinées et le public peut venir poser des questions lors d'une période de dialogue à la fin de chaque réunion publique.
- k) **Courriel (Outlook)**
Le système de courriel est utilisé afin de diffuser de l'information générale, des messages d'intérêt public, des communiqués de presse aux parties prenantes de l'externe et d'en recevoir d'elles.

9. Évaluer / Mesurer nos résultats

La mesure des résultats en regard des objectifs initiaux est importante et permet de réajuster les stratégies de communication au besoin.

L'évaluation peut être de nature quantitative ou qualitative. Le choix du type d'évaluation va avant tout dépendre des objectifs de communication, mais aussi de ce que l'on cherche à calculer. Ces deux types de mesures, quantitatives et qualitatives, qui sont chacune constituées d'indicateurs différents, vont permettre d'identifier les points forts et les points faibles des actions de communication interne et externe et ainsi d'en évaluer la qualité.

Cependant, il est important de noter que, quelle que soit la méthode utilisée pour mesurer l'efficacité des communications, il faut au préalable accorder une grande importance à la définition des objectifs de communication : l'évaluation qu'elle soit quantitative ou qualitative n'est possible, que si ces objectifs sont clairement définis.

Le Service des communications et de l'engagement communautaire (SCEC) dispose de quelques outils de mesure énumérés plus bas. Par ailleurs, il importe de préciser que puisque l'organisation est en voie de développer un plan stratégique qui sera lui-même appuyé par des plans opérationnels sur une base annuelle, les indicateurs de résultats en matière de communication devront tenir compte des objectifs qui seront poursuivis par le Réseau. Ces objectifs seront d'ailleurs intégrés au Tableau de bord stratégique et opérationnel du Conseil d'administration.

Outils d'évaluation qualitatifs et quantitatifs

- Audits
- Veille médiatique
- Observation directe ou participante
- Analytiques Web
- Analytiques intranet Boulevard
- Sondages
- Groupes focus
- Entrevues individuelles
- Analyse de contenu
- Mesures d'audience
- Tableau de bord du SCEC : nombre de requêtes médiatiques et ton de la couverture (positive, neutre, négative)
- Nombre de participants aux activités

10. Conclusion

Conscient que les défis à relever sont nombreux en matière de communication et d'engagement communautaire, le Réseau envisage l'avenir avec optimisme. Avec l'élaboration de ce premier plan général de communication qui pose, en quelque sorte, le jalon initial d'un renouveau en la matière, le Réseau affirme haut et fort l'importance que revêt ce secteur pour l'organisation.

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 il s'engage à offrir un niveau accru de transparence et d'ouverture pour mieux communiquer, engager ses partenaires et renforcer la confiance dans ses décisions.

Note d'information

Séance de travail du Conseil d'administration
Le 4 octobre 2016

Objet : Planification stratégique

Le Réseau de santé Vitalité vient d'entreprendre une démarche de planification stratégique qui s'échelonne jusqu'à la fin décembre 2016. La firme de consultants Le Clé (Centre de Leadership et d'Évaluation Inc.) a été retenue afin d'accompagner le Réseau dans cette démarche.

Les consultants ont tenu une première rencontre de démarrage avec le Comité de planification stratégique du Conseil d'administration ainsi qu'avec l'équipe de Leadership afin de valider et approuver les grandes activités, le processus et les échéanciers.

Une mise à jour sera présentée aux membres du Conseil d'administration et des discussions auront lieu sur les enjeux à considérer dans le plan stratégique. La présentation et un court document intitulé : Réalités, tendances et enjeux (4 octobre 2016) sont en annexe. La durée prévue pour la présentation et de la discussion est d'environ une heure.

Soumis le 27 septembre 2016 par Gisèle Beaulieu, vice-présidente de la performance, qualité et services généraux

PANCANADIEN

FRANCOPHONIE

RENFORCEMENT

ÉLANQUISSEMENT LEADERSHIP

PERFORMANCE

SUR MESURE
ESPACE



Conseil • Leadership • Évaluation

PERSONNEL
ÉVOLUTION

FRANÇAIS

ÉVALUATION
GESTION
OBJECTIFS

MESURE

**Présentation au Conseil d'administration
Plan stratégique 2017-2020
Réseau de santé Vitalité
4 octobre 2016**

SUCCÈS
CAPACITÉS

EFFICACITÉ

COMMUNAUTÉS

PLANIFICATION

COMMUNICATION

RESSOURCES

AMÉLIORATION

PÉDAGOGIE

ACCOMPLISSEMENT

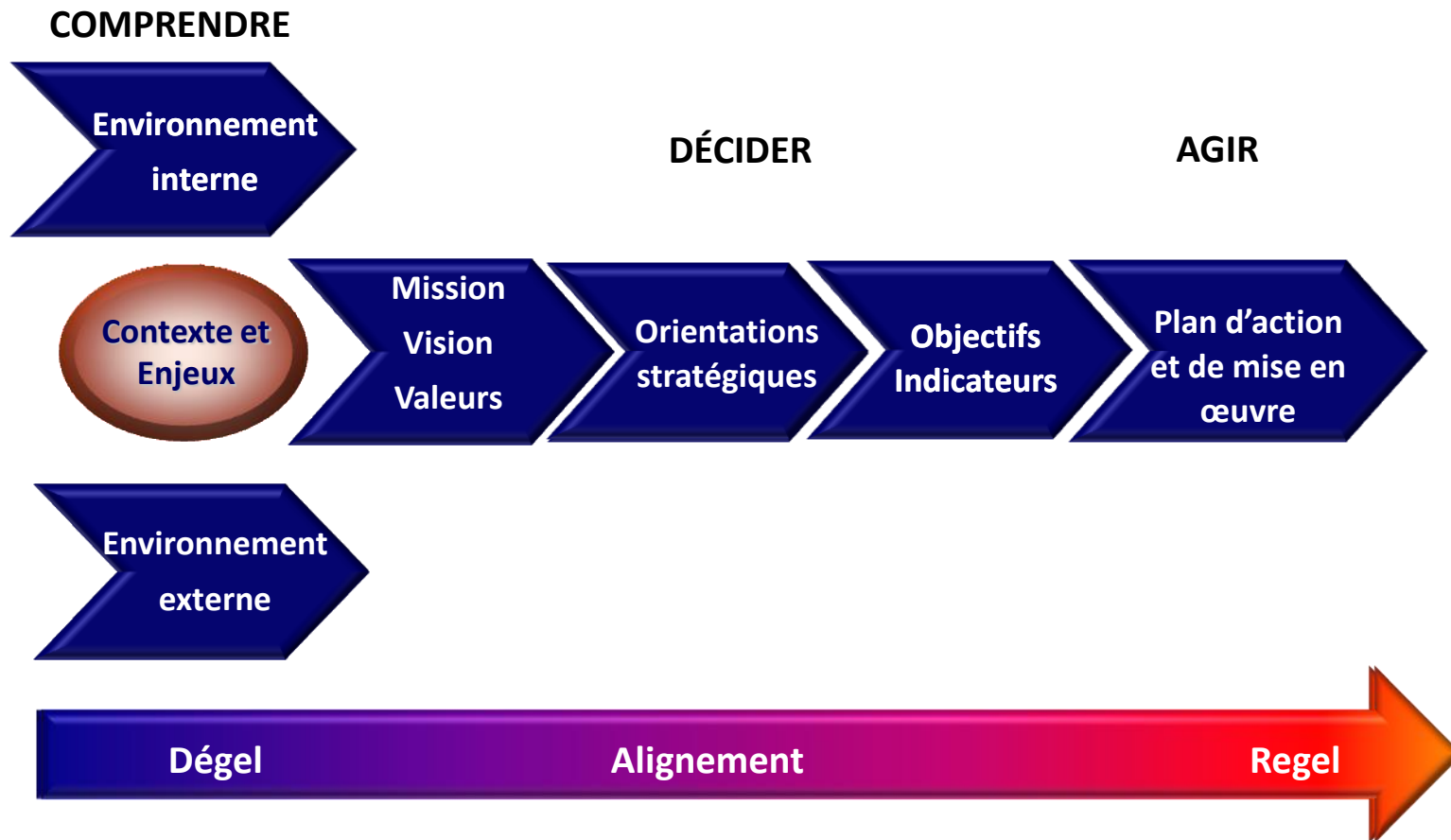
Importance de la planification stratégique(1)

- ☑ Mettre à jour et partager nos connaissances à propos de l'environnement et des enjeux des populations.
- ☑ Dialoguer avec nos partenaires et les impliquer quant à l'avenir et au positionnement de notre organisation, et accroître la collaboration et les synergies avec ceux-ci.
- ☑ Se questionner sur la pertinence, l'efficacité et l'efficience de nos services, produits et activités.
- ☑ Bien répondre aux exigences légales.
- ☑ Bien répondre aux besoins des communautés, des patients et de leur famille en les impliquant dans le processus de planification.

Importance de la planification stratégique(2)

- ✓ Actualiser la mission, la vision, les valeurs et les orientations stratégiques permettant de se centrer sur des objectifs communs.
- ✓ Optimiser votre contribution comme chef de file et acteur important pour assurer la qualité des services et la pérennité du réseau de la santé.
- ✓ Fournir un cadre de référence fédérateur unique, permettant de mobiliser, de guider et de faire converger l'action des secteurs et du personnel.
- ✓ Se donner une base pour évaluer notre performance dans l'avenir.
- ✓ Bien s'aligner aux normes d'Agrément Canada.

La démarche



Étapes et responsabilités du Conseil d'administration

- Recevoir l'information à propos du processus sur recommandation du comité de la planification stratégique si nécessaire (4 octobre 2016).
- Participer à une discussion à propos des enjeux (4 octobre 2016).
- Prendre connaissance du contenu qui découlera des consultations (fin octobre, début novembre 2016)
- Participer à la retraite du 5 et 6 décembre 2016.
- Valider le contenu de la version finale de la planification stratégique sur recommandation du comité de la planification stratégique (4 janvier 2016).

Enjeux : définition et discussion

- Définition : facteurs critiques au succès de l'organisation et à l'atteinte de la vision liée à la planification stratégique
- Quels sont, selon vos perceptions, les enjeux (environnements interne et externe au Réseau de santé Vitalité) qui devront être considérés dans le plan stratégique 2017-2020 ? Voir document joint.

LeCLE.com

CENTRE DE LEADERSHIP ET D'ÉVALUATION INC.

2445, BOUL. ST-LAURENT, BUREAU B-120
OTTAWA (ONTARIO) K1G 6C3

TÉL. : 613.747.7021 | 1.800.372.5508
TÉLÉC. : 613.747.7277

Nouvelles réalités, grandes tendances et enjeux pour le Réseau de santé Vitalité

Planification stratégique 2017-2020

Nouvelles réalités

1. Hausse de la demande de services et des attentes du public étant donné le portrait de santé au Nouveau-Brunswick globalement défavorable.
2. La performance du système de santé canadien est remise en question (études comparatives internationales)
3. Augmentation des coûts et réduction des transferts fédéraux aux provinces/territoires et changement de critères de répartition ce qui affecte la capacité de payer des provinces/territoires
4. Vieillesse accélérée de la population et population plus âgée que celle du Réseau Horizon
5. Augmentation des maladies chroniques (changement dans l'offre de services ; intervention à plus long terme, impact de coût sur le système)
6. Exode rural
7. Des ressources humaines mal adaptée et mal distribuée aux nouvelles réalités
8. Une des populations au Canada parmi les moins bien nanties et moins scolarisées
9. Perception parfois négative de la population à l'égard des organisations et des services de santé
10. Soins de santé primaires sous-développés et sous-utilisés

Tendances que ces nouvelles réalités créent dans le domaine de la santé

1. La hiérarchisation des soins
2. La concentration des services spécialisés
3. La standardisation des pratiques
4. L'organisation des services et des expertises en réseau (interdisciplinarité) pour assurer un continuum de services et la consolidation des services de liaison et de gestion de cas (systèmes centraux d'information et d'aiguillage)
5. Développement d'alternatives à l'hospitalisation
6. Virage vers les soins ambulatoires
7. Développement des soins de santé primaire par l'optimisation
8. Développement des collaborations intersectorielles afin de créer une approche systématique et coordonnée
9. L'amélioration de la performance organisationnelle et du système axée sur la qualité
10. Plus d'efforts dirigés vers la prévention de la maladie, la promotion de la santé et le mieux-être de la personne
11. L'identification de solutions pour réduire les inégalités en santé
12. Prise en considération des déterminants de la santé dans l'offre de services
13. La dispensation des soins axés sur le client et la codécision des plans de soins et de services avec les patients et leur famille
14. Le développement des services le plus près possible du milieu de vie des personnes
15. La nécessité de l'engagement des ressources humaines dans la recherche de solutions pour améliorer la qualité et la performance des services
16. L'adaptation de l'hôpital et de l'ensemble des services à la personne âgée

Enjeux

Ces enjeux ont été déterminés à partir de la documentation fournie par le Réseau et à partir des discussions préliminaires tenues avec le comité de la planification stratégique et l'équipe de leadership.

1. Mieux gérer les maladies chroniques :
 - a. développement de services de première ligne
 - b. développement de services à long terme de proximité
2. Favoriser un développement accéléré des soins primaires par l'optimisation
 - a. alternatives à l'hospitalisation
 - b. hiérarchie des soins (bons soins au moment opportun)
3. Répondre à la différence des besoins en services de santé en milieu urbain et rural (dispersion de la population) ;
 - a. vieillissement de la population en général et plus observé en milieu rural
 - b. accès à des services en milieu rural
 - c. réalité socio-économique variable d'une zone à l'autre
4. Obtenir l'engagement des partenaires, du personnel et du corps médical pour l'amélioration continue des pratiques cliniques et des services à la population (approche centrée sur la clientèle) par :
 - a. l'utilisation de données probantes et l'importation de pratiques innovantes
 - b. la diffusion des meilleures pratiques du Réseau
 - c. des indicateurs de performance organisationnelle
 - d. le développement de la mission universitaire et de la recherche action
 - e. l'harmonisation entre la prise de décision stratégique et l'opérationnalisation
5. Développer les compétences et les capacités du personnel, des gestionnaires et des médecins pour mieux répondre aux besoins de la population
 - a. recrutement de ressources spécialisées (ex. : gériatres)
 - b. soutien au mieux-être du personnel
 - c. langues de service
 - d. culture de sécurité pour le personnel (gestion des patients violents)
6. Maintenir et améliorer les interventions en prévention et promotion de la santé :
 - a. développement des collaborations intersectorielles et intra sectorielles
7. Promouvoir une image positive des services du Réseau auprès de la population, des partenaires et du personnel
 - a. diffusion des meilleures pratiques
 - b. stratégie de communication pour faire connaître les services existants

Note d'information

Réunion publique du Conseil d'administration
4 octobre 2016

Objet : Signataires des contrats

Décision recherchée

Modification des personnes autorisées à signer des contrats d'embauche, des ententes avec des institutions d'enseignement et autres contrats.

Contexte / Problématique

Dans le passé le Conseil d'administration a autorisé les P.-D.G. et le vice-président des finances à signer tous les contrats, peu importe leur nature. Les 2 signataires étaient toujours nécessaires.

Avec la restructuration administrative du mois d'avril dernier, il y a maintenant une vice-présidente des Services médicaux, Formation et Recherche et une vice-présidente de la Performance, Qualité et Services généraux.

Dans le but de mieux aligner les responsabilités et imputabilités aux bonnes personnes, il est proposé que les contrats médicaux (i.e.: formation médicale, recrutement de médecins) soient signés conjointement par le P.-D.G. et la vice-présidente des Services médicaux, Formation et Recherche et que les contrats de nature administratifs soient signés par le P.-D.G. et la vice-présidente de la Performance, Qualité et Services généraux.

Éléments à considérer dans la prise de décision

- Meilleur alignement stratégique et reconnaîtrait le rôle respectif des vice-présidentes en poste
- Implication directe des personnes concernées dans les négociations
- Meilleure connaissance des dossiers par les signataires
- Aucun impact sur les ressources
- Les procédures administratives seront simplifiées

Considérations importantes

- Diminution du risque globale puisqu'il y a un meilleur alignement entre les responsabilités et l'imputabilité en ce qui concerne les fonctions des individus

Suivi à la décision

Dans un prochain avenir, il faudra revoir les politiques et procédures en matière de délégation d'autorité et de signatures contractuelles pour l'ensemble des responsables des secteurs d'activités du Réseau.

Proposition et résolution

Proposé

Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration autorise le P.-D.G. et la vice-présidente des Services médicaux, Formation et Recherche à signer les ententes et contrats liés à l'embauche de médecins, aux programmes de formation et aux projets de recherche, les deux signataires étant nécessaires pour toutes les ententes.

Adoption

Proposé

Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration autorise le P.-D.G. et la vice-présidente de la Performance, Qualité et Services généraux à signer les ententes de nature financière et administrative, les deux signataires étant nécessaires pour toutes les ententes.

Adoption

Soumis le 27 septembre 2016 par Gilles Lanteigne, P.-D.G. du Réseau de santé Vitalité

Note d'information

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 4 octobre 2016

Objet : Évaluation de la séance

Une évaluation doit être complétée par les membres du Conseil d'administration après chaque réunion. Le but consiste à évaluer l'efficacité globale de la réunion du Conseil d'administration.

Cette évaluation sera partagée au Comité de gouvernance et de mise en candidature lors de leur prochaine rencontre afin de déterminer si des changements peuvent être effectués dans le but d'accroître le fonctionnement du Conseil d'administration.

Vous trouverez ci-joint le formulaire d'évaluation de la séance que vous devez compléter et remettre à Sonia avant de quitter.

Soumis le 23 septembre 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

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!

Note d'information

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 4 octobre 2016

Objet : Dialogue avec le public

Chaque séance publique du Conseil d'administration est suivie d'une période de dialogue avec le public d'une durée maximale de 30 minutes.

Des groupes ou individus peuvent soumettre leur(s) question(s) jusqu'à trois jours ouvrables avant la date de la réunion. Ceci assure le bon déroulement des échanges et permet de préparer des réponses complètes et en temps opportun.

La période de 30 minutes est répartie équitablement entre tous les groupes ou individus qui ont des questions avec un temps maximum de 15 minutes advenant qu'il y ait 2 ou moins d'intervenants. Le temps maximum de 15 minutes est pour l'ensemble d'un groupe même si plus d'une personne représente ce dernier.

Au moment de préparer la réunion, aucune demande n'avait été reçue, mais comme il reste encore une semaine avant la rencontre il est fort probable que nous recevions des questions.

Soumis le 23 septembre 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.