

## AVIS DE RÉUNION ☒

## PROCÈS-VERBAL ☐

<b>Titre de la réunion :</b>	Comité de gouvernance et de mise en candidature	<b>Date et heure :</b>	<b>Le 11 juin 2018 à 09:00</b>	
		<b>Endroit :</b>	<b>Vidéoconférence</b>	
<b>But de la réunion :</b>	Réunion régulière	Bathurst (siège social) :	grande salle	(Gilles)
		Moncton :	salle du conseil (local 2026)	(Michelyne, Lucille)
<b>Présidente :</b>	Lucille Auffrey	Edmundston :	salle 2281	(Gisèle et Lucie)
<b>Secrétaire :</b>	Lucie Francoeur	Campbellton :	salle 4002, 4 <sup>e</sup> étage	(Sonia, Wesley)
<b>Participants</b>				
Gilles Lanteigne Gisèle Beaulieu		Lucille Auffrey Sonia Roy		Wesley Knight Michelyne Paulin
<b>ORDRE DU JOUR</b>				Documents
<b>1. Ouverture de la réunion</b>				
<b>2. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels</b>				
<b>3. Adoption de l'ordre du jour</b>				
			D	✓
<b>4. Résolution en bloc</b>				
			D	✓
4.1	Adoption de la résolution en bloc			
4.2	Adoption du procès-verbal du 26 mars 2018			✓
4.3	Suivis de la dernière réunion tenue le 26 mars 2018			
4.3.1	Règlements administratifs – Section médicale			✓
4.4	Révision des politiques et procédures			✓
4.5	Mandat du Comité professionnel consultatif			✓
4.6	Nominations – Comité professionnel consultatif			✓
4.7	Nominations – Comités médicaux consultatifs locaux			À venir
4.8	Nominations – Comité médical consultatif			À venir
4.9	Nominations – Comité d'éthique de la recherche			✓
4.10	Nomination du médecin-chef régionale			✓
4.11	Nomination de la présidente du Comité professionnel consultatif			✓
4.12	Auto-évaluations, évaluation de la présidente du Conseil et des présidentes des divers comités, évaluations des pairs			✓
4.13	Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration			✓
<b>5. Autres</b>				
5.1	Diverses définitions			I
5.2	Nominations des dirigeants, des présidents et des membres des comités			D
5.3	Comité ad hoc du Conseil d'administration pour l'offre de services des hôpitaux et établissements communautaires			D
<b>6. Date de la prochaine réunion : le 24 septembre 2018 à 09:00</b>				
			I	
<b>7. Levée de la réunion</b>				

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL 

<b>Titre de la réunion :</b>	Comité de gouvernance et de mise en candidature	<b>Date et heure :</b>	<b>Le 26 mars 2018 à 09:00</b>
		<b>Endroit :</b>	<b>Vidéoconférence</b>
<b>But de la réunion :</b>	Réunion régulière	Bathurst (siège social)	(Gilles)
		Moncton : salle du conseil	(Michelyne, Lucille)
		Edmundston : salle 2281	(Gisèle, Lucie)
<b>Présidente</b>	Lucille Auffrey	Campbellton : salle 4002	(Sonia)
<b>Secrétaire</b>	Lucie Francoeur		
<b>Participants</b>			
Lucille Auffrey	✓	Michelyne Paulin	✓
Gilles Lanteigne	✓	Sonia A. Roy	✓
		Wesley Knight	A
		Gisèle Beaulieu	✓
<b>PROCÈS-VERBAL</b>			

**1. Ouverture de la réunion**

La réunion 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 2018-03-26 / 01GMC**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Michelyne Paulin

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

**Adopté à l'unanimité.**

**4. Adoption du procès-verbal du 22 janvier 2018****MOTION 2018-03-26 / 02GMC**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Michelyne Paulin

Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 22 janvier 2018 soit adopté tel que présenté.

**Adopté à l'unanimité.**

**5. Suivis de la dernière réunion tenue le 22 janvier 2018****5.1 Politique et procédure CA-135 « Code de conduite et morale à l'intention des membres du Conseil d'administration »**

Le code de conduite et morale à l'intention des membres du Conseil a été approuvé lors de la dernière réunion. Il définit les normes minimales en ce qui a trait aux comportements attendus des membres du Conseil dans l'exercice de leurs fonctions. Aussi, il reflète l'engagement du Réseau à l'égard des normes morales et de conduites élevées. La politique et procédure existante qui se rattache à celui-ci a été révisée et simplifiée.

Une session de formation, d'une durée d'une heure, est prévue lors de la prochaine réunion du Conseil, afin de permettre des échanges quant aux rôles et responsabilités des membres. Une présentation PowerPoint mettra en valeur les principaux éléments du code de conduite et chaque élément fera référence à une politique, à une norme ou à une Loi/règlement pour que les membres puissent mieux saisir l'interprétation. Le défaut de conformité au code de conduite sera également un des éléments de la présentation. Il y aura suffisamment de temps réservé pour que les membres du Conseil puissent discuter de chacune des composantes.

En tant que présidente du Conseil d'administration et en tant que présidente du Comité de gouvernance et de mise en candidature, Michelyne Paulin et Lucille Auffrey feront l'ouverture et l'introduction de la session de formation le 16 avril prochain.

Les membres sont d'accord à ce que la motion reliée à la politique et procédure CA-135 « Code de conduite et morale à l'intention des membres du Conseil d'administration » soit reportée après la session de formation du 16 avril prochain.

## 6. Affaires nouvelles

### 6.1 Assemblée générale annuelle du Conseil d'administration

Invité : Jean-René Noël

L'année passée, l'Assemblée générale annuelle (AGA) a été redynamisée. Chaque président de comité a présenté un rapport d'activités réalisé durant la dernière année, ainsi que les objectifs de l'année à venir. Aussi, les quatre directeurs généraux des Fondations des hôpitaux régionaux sont venus présenter un bilan des accomplissements de l'année écoulée et les défis à venir.

Les gens semblent avoir apprécié le format et le contenu des présentations. Cette année, dans une perspective d'amélioration, l'AGA sera délocalisée dans la région de Tracadie. Les sessions de travail et de formation auront lieu à l'Hôpital de Tracadie-Sheila. L'AGA se déroulera au Centre Villégiature Deux Rivières, afin d'avoir un espace suffisamment grand pour accommoder la traduction simultanée et le public. Les gens de la communauté et les employés seront invités à participer en grand nombre.

Madame Ginette Petitpas Taylor, ministre fédérale de la Santé a été invitée à la rencontre à titre de conférencière, mais il y a de fortes chances qu'elle ne puisse se joindre à nous. Une autre option était d'inviter M. Paul-Émile Cloutier, président et chef de la direction SoinsSantéCAN. Les membres suggèrent d'inviter M. Benoît Bourque, ministre de la Santé. Advenant que ce dernier ne puisse participer, les membres sont d'accord de faire appel à M. Cloutier.

Lors de la dernière AGA du Conseil tenue en juin 2017, un des commentaires soulevés lors de l'évaluation de la réunion était de revoir le format des présentations PowerPoint pour qu'elles soient simplifiées et vivantes. Aussi, certains membres ont trouvé la réunion beaucoup trop longue l'an dernier.

Le format des présentations sera résumé davantage, puis les grandes lignes du rapport annuel seront intégrées dans les présentations des comités.

Les membres sont d'accord d'adopter une formule reliée à l'avenir des soins de santé et des défis provinciaux. Il y aura également un échange approfondi avec le conférencier invité et nous valoriserons le rôle que les membres du Conseil ont à jouer.

### 6.2 Projet de recherche – Gouvernance et gestion des organisations de santé

En février 2017, le Conseil d'administration a approuvé le projet de recherche intitulé « Gouvernance et gestion des organisations de santé : Impacts des réformes » piloté par Stéphanie Collin, professeur au département d'administration publique de l'Université de Moncton. Ce projet permet d'analyser en profondeur l'impact de la réforme tant au Nouveau-Brunswick qu'au Québec.

Maintenant que le projet a obtenu les autorisations nécessaires des comités d'éthiques de la recherche des établissements concernés et des Conseils d'administration, l'équipe de chercheurs est prête à commencer le projet qui consiste à rencontrer des gens, faire des observations et lire des procès-verbaux pour ensuite faire la triangulation des données et une analyse profonde. Les diverses entrevues se dérouleront à compter de cet été.

À la fin de la recherche, les résultats seront partagés aux membres du Conseil d'administration.

### 6.3 Politique et procédure CA-120 « Conseil d'administration et régime de gouvernance »

La politique et procédure est soumise pour consultation. Les modifications suggérées sont surlignées en jaune.

Afin de tenir tous les membres du Conseil d'administration informés et par souci de transparence, toute la documentation incluant les ordres du jour sont disponibles à tous les membres du Conseil d'administration en même temps qu'aux membres des comités.

Puisque les comités sont maintenant plus structurés et que les documents sont acheminés une semaine à l'avance, le conseil peut facilement utiliser un agenda par consentement. Cette façon de faire permet de récupérer du temps, puisque tous les éléments rassemblés dans l'ordre du jour de consentement sont adoptés d'une seule voix.

Les rapports et les informations peuvent être regroupés dans un ordre du jour de consentement seulement si tous les membres du Conseil sont d'accord. Si un seul membre choisit un sujet spécifique pour une discussion plus approfondie, il doit être supprimé et placé à l'ordre du jour de la réunion régulière du Conseil.

C'est un changement important au niveau du déroulement des réunions, c'est pourquoi les membres suggèrent d'en faire un item lors de la prochaine réunion du Conseil d'administration pour discuter des impacts à cet égard. En réalité, ce sera un engagement personnel du membre à bien se préparer avant la tenue des réunions.

Quelques modifications seront apportées à la politique, entre autres à la page 5, le comité exécutif sera ajouté.

Un membre suggère l'idée d'une session de formation future concernant le « Code Morin » lorsqu'un nouveau Conseil vient d'être formé. Ce qui permettra de comprendre de façon claire la procédure à respecter lors d'une assemblée générale et d'être en mesure de mieux comprendre le déroulement et la façon dont nous pouvons intervenir.

#### **MOTION 2018-03-26 / 03GMC**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Michelyne Paulin

Et résolu que la politique et procédure CA-120 « Conseil d'administration et régime de gouvernance » soit acceptée avec les modifications proposées.

**Adopté à l'unanimité.**

#### 6.4 Politique et procédure CA-410 « Cadre d'évaluation »

Chaque année, le Conseil d'administration a recours à un protocole d'évaluation. Ce protocole porte sur les processus et la structure du Conseil dans son ensemble et de ses comités, ainsi que sur une auto-évaluation de chaque membre.

L'an dernier, les outils d'évaluation suivants ont été mis en œuvre :

- Auto-évaluation des membres
- Évaluation des présidents (du CA et des comités)
- Évaluation des pairs

Une révision du questionnaire d'évaluation des pairs a été effectuée, afin d'améliorer la compréhension des questions et les rendre plus pertinentes à l'évaluation du membre du Conseil. L'échelle d'évaluation a aussi été modifiée et est basée sur d'autres modèles d'évaluation.

L'auto-évaluation des membres a suscité beaucoup de discussions l'année dernière, en raison de la complexité à évaluer un membre lorsque celui-ci n'interagit pas beaucoup lors des réunions. Gisèle Beaulieu commente qu'il y a maintenant plus d'interaction et de communication lors des réunions de la majorité des membres et que le nouveau questionnaire devrait permettre une évaluation plus objective.

Après l'approbation de la politique, les évaluations seront acheminées à tous les membres par le biais d'un « Survey Monkey ». Les résultats seront partagés à la prochaine réunion prévue le 11 juin 2018.

Les membres n'ont aucun ajout et/ou modification à suggérer au contenu de la politique et procédure.

#### **MOTION 2018-03-26 / 04GMC**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Michelyne Paulin

Et résolu que la politique et procédure CA-410 « Cadre d'évaluation » soit acceptée telle que présentée.

**Adopté à l'unanimité.**

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

Le mandat du Comité de gouvernance et de mise en candidature est soumis pour consultation et commentaires.

Une réflexion s'applique spécifiquement à la composition du comité. Celui-ci est composé de trois membres du Conseil ayant droit de vote, dont l'un assumera la présidence du Comité. Lorsqu'il y a une absence, il reste seulement deux membres. En fait, les comités sont un peu minces et peuvent manquer de robustesse.

Le président-directeur général soulève qu'à ce jour, aucune rencontre n'a été annulée en l'absence de quorum, mais c'est effectivement un bon point qui pourra être regardé. Les présences des dernières réunions seront également examinées.

**MOTION 2018-03-26 / 05GMC**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Michelyne Paulin

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

**Adopté à l'unanimité.**

6.6 Règlements administratifs – Section médicale

Une révision des règlements administratifs dans la section disciplinaire au niveau médical a été effectuée, puis quelques modifications ont été apportées à d'autres sections en attendant la révision globale des règlements administratifs qui se poursuivra durant la prochaine année. Les règlements étaient complexes et judiciairisés. La section reliée au processus et procédure à suivre lors des audiences a aussi été révisée. La semaine dernière, la révision des règlements administratifs a été présentée aux membres du Comité médical consultatif régional pour consultation et commentaires. Suite aux commentaires reçus, le document sera regardé de nouveau. Pour cette raison, le document révisé sera soumis pour approbation lors de la prochaine réunion, ensuite il sera acheminé au ministre de la Santé pour approbation finale.

Le Réseau de santé Horizon s'apprête également à le présenter aux membres du personnel médical pour consultation.

6.7 Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration

Les résultats de l'évaluation de la session de formation, de la réunion à huis clos et de la réunion publique du Conseil sont soumis pour discussion et information. Dans l'ensemble les commentaires sont positifs. Les membres semblent avoir apprécié les sujets de formation. Certains commentaires ont été émis pour des sessions de formation futures en lien avec les compétences avancées du personnel et les soins de santé primaires. En ce qui a trait à la réunion à huis clos, les membres souhaitent plus de temps pour discuter des enjeux et du rapport du PDG. En ce qui concerne la réunion publique, l'histoire d'un patient est appréciée de chacun. Cet élément permet aux membres d'apprendre davantage sur les services et les programmes du Réseau.

Un membre questionne le fait que les intervenants de la Clinique de douleur à Bathurst ne savaient pas que la région de Campbellton avait aussi une Clinique de douleur. Gisèle Beaulieu commente que les changements de structure vers une structure plus régionale progressent depuis les dernières années. Toutefois, il reste encore de l'amélioration à faire au niveau des communications et de l'harmonisation des pratiques. M. Lanteigne mentionne qu'avec la nouvelle structure médicale, ceci devrait permettre une meilleure intégration des programmes et des services.

La présidente du Conseil souhaite avoir plus d'espace physique lors des prochaines réunions du Conseil. Effectivement, le président-directeur général soulève que cet élément est essentiel puis il est toujours tenu compte lors des réservations, afin de rendre les membres le plus confortables possible.

Le président-directeur général commente qu'à la prochaine réunion, le comité décidera de la composition des comités du Conseil, en respectant dans la mesure du possible le choix des membres et en tenant compte aussi des compétences. Les membres sont invités à bien se préparer à l'égard de cet exercice.

**7. Date de la prochaine réunion** : le 11 juin 2018 à 09:00.

**8. Levée de la réunion**

La levée de la réunion est proposée par Sonia A. Roy à 10:35.

---

Lucille Auffrey  
Présidente du comité

---

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

**Note couverture**

Comité de gouvernance et de mise en candidature  
Date : le 11 juin 2018

**Objet : Règlements administratifs – Section médicale**

Vous trouverez ci-joint la révision des règlements administratifs pour la section disciplinaire au niveau médicale pour approbation. Les modifications apportées sont surlignées en jaune.

La version antérieure des règlements administratifs se retrouve sur Workspace.

Proposé

Appuyé

Et résolu que les règlements administratifs soient approuvés tels que présentés.

Adoption

Soumis le 15 mai 2018 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité et Services généraux

Règlements administratifs - Comparatif  
Réseau de santé Vitalité  
(Régie régionale de la santé A)

Version octobre 2013	Version mai 2018
<p><b>B.8.0 Comités permanents du conseil</b> Sauf indication contraire des présents règlements administratifs, les présidents et les membres des comités permanents du conseil doivent être nommés par le conseil lors de l'assemblée annuelle ou à tout autre moment autorisé par le conseil. Les comités suivants doivent être les comités permanents du conseil: (a) comité exécutif; (b) comité des finances et de vérification; (c) comité de gouvernance et de mise en candidature.</p>	<p><b>B.8.0 Comités permanents du Conseil</b> Sauf indication contraire des présents règlements administratifs, les présidents et les membres des comités permanents du conseil doivent être nommés par le conseil lors de l'assemblée annuelle ou à tout autre moment autorisé par le conseil. Les comités suivants doivent être les comités permanents du conseil: (a) comité exécutif; (b) comité des finances et de vérification; (c) comité de gouvernance et de mise en candidature. (d) Comité de la gestion de la qualité et de la sécurité des patients (e) Comité stratégique de la recherche et de la formation (s'applique au Réseau de santé Vitalité seulement)</p>
	<p><b>B.8.4 Comité de la gestion de la qualité et de la sécurité des patients</b> B.8.4.1 Le Comité de la gestion de la qualité et de la sécurité des patients doit être constitué d'au moins trois (3) membres ayant droit de vote, dont un en sera le président. Les présidents du Comité médical consultatif régional et du Comité professionnel consultatif sont membres ex-officio permanents. Le Comité de la gestion de la qualité et de la sécurité des patients est responsable :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) de surveiller et de rendre compte au Conseil sur les enjeux de sécurité et de qualité et sur la qualité générale des services offerts au sein du Réseau, relativement aux données utiles, dont : <ul style="list-style-type: none"> <li>- les indicateurs de rendement et d'amélioration de la performance utilisés pour mesurer la qualité des soins et des services et la sécurité des patients;</li> <li>- les rapports reçus du Comité médical consultatif, du Comité professionnel consultatif, du comité de gestion de la qualité de la régie régionale de la santé et du Comité consultatif des patients et des familles faisant état de problèmes systémiques ou récurrents quant à la qualité ou aux soins et contenant des recommandations;</li> <li>- les indicateurs sur la sécurité des patients, la prévention et le contrôle des infections, etc. du domaine public;</li> <li>- les rapports sur les incidents critiques et les événements sentinelles, etc.;</li> </ul> </li> <li>(b) d'examiner des recommandations et en formuler au Conseil sur les initiatives et les politiques d'amélioration de la qualité;</li> <li>(c) fournir de l'encadrement quant à la préparation du plan annuel d'amélioration de la qualité de la régie régionale de la santé;</li> <li>(d) de s'acquitter d'autres responsabilités qui peuvent découler de règlements ou de normes ou qui lui sont attribuées par le Conseil, etc.</li> </ul>

Version octobre 2013	Version mai 2018
	<p><b>B.8.5 Comité stratégique de la recherche et de la formation (s'applique au Réseau de santé Vitalité seulement)</b></p> <p>B.8.5.1 Le Comité stratégique de la recherche et de la formation doit être constitué d'au moins quatre (4) membres du Conseil d'administration nommés par le Conseil, dont l'un assume la présidence du comité. Le doyen associé de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke / directeur du Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick est membre d'office sans droit de vote. Le Comité stratégique de la recherche et de la formation est responsable :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) d'exercer les fonctions de gouvernance liées 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 propices à la formation;</li> <li>(b) de favoriser la synergie entre la mission universitaire et la mission de soins et de services en santé du Réseau;</li> <li>(c) de veiller à ce que les priorités et les actions retenues en matière de formation et de recherche soient conformes aux orientations stratégiques priorisées par le Réseau;</li> <li>(d) de faire rapport au Conseil d'administration sur les grandes orientations, les priorités et les initiatives stratégiques en matière de formation et de recherche;</li> <li>(e) d'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 les répercussions sur la qualité des soins et des services du Réseau;</li> <li>(f) d'évaluer et de soutenir les stratégies visant à assurer la pérennité financière de la mission universitaire;</li> <li>(g) de présenter au Conseil des recommandations sur toute matière ayant une incidence sur le développement et l'innovation en formation et en recherche (possibilités de concertation entre les intervenants hospitaliers, universitaires, gouvernementaux et du secteur privé pour du financement ou le développement d'infrastructures de recherche, relations avec les différents établissements d'enseignement, contrats d'affiliation interinstitutionnels, etc.).</li> </ul>
<p><b>C.3.2 Personnel médical associé</b></p> <p>C.3.2.1 Le personnel médical associé doit être constitué de médecins, de dentistes et de chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ayant exprimé vouloir être nommés au personnel médical actif. Cette nomination est considérée comme une période de probation devant durer au maximum un (1) an, au cours de laquelle le rendement du médecin, dentiste ou chirurgien buccal et maxillo-facial et ses compétences cliniques seront évalués.</p>	<p><b>C.3.2 Personnel médical associé</b></p> <p>C.3.2.1 Le personnel médical associé doit être constitué de médecins, de dentistes et de chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ayant exprimé vouloir être nommés au personnel médical actif. Cette nomination est considérée comme une période de probation devant durer <b>au maximum</b> un (1) an, au cours de laquelle le rendement du médecin, dentiste ou chirurgien buccal et maxillo-facial et ses compétences cliniques seront évalués.</p>

Version octobre 2013	Version mai 2018
<p><b>C.3.2.4</b> Après la période de probation, le comité d'examen des titres doit passer en revue les rapports d'évaluation et, après consultation avec le chef de département, recommander au conseil, par l'entremise du CMCL et du CMC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) que le membre du personnel médical associé soit promu membre du personnel médical actif;</li> <li>(b) qu'il reste membre du personnel médical associé pour une période supplémentaire n'excédant pas un (1) an;</li> <li>(c) que sa nomination soit annulée.</li> </ul>	<p><b>C.3.2.4</b> Après la période de probation, le comité d'examen des titres doit passer en revue les rapports d'évaluation et, après consultation avec le chef de département, recommander au conseil, par l'entremise du CMCL et du CMC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) que le membre du personnel médical associé soit promu membre du personnel médical actif;</li> <li>(b) qu'il reste membre du personnel médical associé pour une période supplémentaire n'excédant pas un (1) an;</li> <li>(c) que sa nomination soit annulée.</li> <li><b>(d) qu'il soit suspendu en attente des résultats d'une évaluation.</b></li> </ul>
<p><b>C.5.8 Refus, réduction ou suspension des privilèges</b>  C.5.8.3 La recommandation doit spécifier les raisons justifiant le refus d'octroyer les privilèges revendiqués ou de suspendre les privilèges.</p>	<p><b>C.5.8 Refus, réduction ou suspension des privilèges</b>  C.5.8.3 La recommandation doit préciser les raisons justifiant le refus d'octroyer les privilèges revendiqués ou de suspendre les privilèges <b>et doit être envoyée au CA, qui a la décision finale. Le membre et la RRS peuvent demander à se présenter devant le Conseil, mais ils n'ont pas droit à une audience.</b></p>
<p><b>C.7.0 Conduite passible de mesures disciplinaires</b>  C.7.0.1 Une conduite passible de mesures disciplinaires comprend notamment les gestes, les omissions, les énoncés, les comportements et la conduite professionnelle ou personnelle qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) exposent ou sont raisonnablement susceptibles d'exposer les patients ou le personnel à des dangers ou à des blessures;</li> <li>(b) nuisent ou sont raisonnablement susceptibles de nuire aux patients ou au personnel ou à la prestation de soins de qualité aux patients au sein de la RRS;</li> <li>(c) constituent ou sont raisonnablement susceptibles de constituer de l'abus, incluant le comportement du membre;</li> <li>(d) entraînent l'imposition de sanctions par un collège;</li> <li>(e) sont contraires aux règlements administratifs, aux règles des règlements administratifs, aux règles du département et aux politiques et procédures de la RRS, ou à toute loi ou exigence législative pertinente et applicable;</li> </ul>	<p><b>C.7.0 Conduite passible de mesures disciplinaires</b>  C.7.0.1 Une conduite passible de mesures disciplinaires comprend notamment les gestes, les omissions, les énoncés, les comportements et la conduite professionnelle ou personnelle qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) exposent ou sont raisonnablement susceptibles d'exposer les patients ou le personnel à des dangers ou à des blessures;</li> <li>(b) nuisent ou sont raisonnablement susceptibles de nuire aux patients ou au personnel ou à la prestation de soins de qualité aux patients au sein de la RRS;</li> <li>(c) constituent ou sont raisonnablement susceptibles de constituer de l'abus, incluant le comportement du membre;</li> <li>(d) entraînent l'imposition de sanctions par un collège;</li> <li>(e) sont contraires aux règlements administratifs, aux règles des règlements administratifs, aux règles du département et aux politiques et procédures de la RRS, ou à toute loi ou exigence législative pertinente et applicable;</li> <li><b>(f) constituent le non-respect d'un contrat ou d'une lettre d'emploi, de conditions d'emploi ou d'une lettre d'offre d'emploi.</b></li> </ul>

Version octobre 2013	Version mai 2018
<p><b>C.8.0 Plainte contre un membre du personnel médical</b></p> <p>C.8.0.1 Toute plainte contre un membre du personnel médical relativement à toute question prévue à l'article C.7 ou toute autre plainte doit être déposée auprès du chef de département ou du médecin-chef ou lui être acheminée.</p> <p>C.8.0.2 Le chef de département et le médecin-chef doivent se tenir informés et peuvent informer le PDG si l'un ou l'autre reçoit une plainte contre un membre relativement à une affaire exposée à l'article C.7 ou toute autre plainte, ou s'ils sont au courant d'une affaire exposée à l'article C.7.</p> <p>C.8.0.3 Dès que le médecin-chef reçoit une plainte ou lorsqu'il est mis au courant d'une affaire prévue à l'article C.7, il doit mettre sur pied un comité d'enquête en vertu de l'article C.10 si, d'après lui et après avoir consulté le chef de département, la sécurité du patient est en cause.</p> <p>C.8.0.4 Le membre du personnel médical doit être informé de la nature de toute plainte et avoir la possibilité de répondre.</p> <p>C.8.0.5 Dès que le médecin-chef reçoit une plainte ou lorsqu'il est mis au courant d'une affaire prévue à l'article C.7, il peut mettre en place les étapes initiales pour régler l'affaire avant d'entreprendre les procédures disciplinaires officielles prévues aux présentes.</p> <p>C.8.0.6 Si le médecin-chef n'est pas en mesure de régler l'affaire dans les trente (30) jours après avoir reçu la plainte ou après avoir été mis au courant de toute affaire prévue à l'article C.7, il peut, après avoir consulté le chef de département, renvoyer l'affaire à un processus alternatif de règlement des différends en vertu de l'article C.9 ou à un comité d'enquête en vertu de l'article C.10.</p>	<p><b>C.8.0 Plainte contre un membre du personnel médical</b></p> <p>C.8.0.1 Toute plainte contre un membre du personnel médical relativement à toute question prévue à l'article C.7 ou toute autre plainte doit être déposée auprès du chef de département ou du médecin-chef ou lui être acheminée.</p> <p>C.8.0.2 Le chef de département et le médecin-chef doivent se tenir informés et doivent informer le PDG <b>et le VP aux Services médicaux de la situation</b> si l'un ou l'autre reçoit une plainte contre un membre relativement à une affaire exposée à l'article C.7 ou toute autre plainte, ou s'ils sont au courant d'une affaire exposée à l'article C.7.</p> <p>C.8.0.3 Dès que le médecin-chef reçoit une plainte ou lorsqu'il est mis au courant d'une affaire prévue à l'article C.7, il peut mettre en place les étapes initiales pour régler l'affaire avant d'entreprendre les procédures disciplinaires officielles prévues aux présentes et le membre du personnel médical doit être informé de la nature de toute plainte et avoir la possibilité de répondre.</p> <p><b>C.8.0.4 Si l'affaire n'est pas en mesure de se régler dans les trente (30) jours après la réception de la plainte ou après avoir été mis au courant de toute affaire prévue à l'article C.7, le médecin-chef peut, après avoir consulté le chef de département et avec le consentement du membre du personnel médical, renvoyer l'affaire à un processus alternatif de règlement des différends et s'il n'y a pas de consentement à une audience formelle.</b></p> <p><b>C.8.0.5 Si la plainte contre le membre du personnel médical concerne la violation d'une politique de la RRS, notamment la politique sur le harcèlement en milieu de travail et la politique sur la protection de la vie privée, elle doit être examinée conformément au mécanisme établi dans la politique.</b></p> <p><b>C.8.0.6 Si le mécanisme prévu dans la politique en cause ne permet pas de résoudre la plainte, le PDG doit soumettre l'affaire au médecin-chef, qui suivra les procédures de mesures disciplinaires prévues aux règlements.</b></p> <p><b>C.8.0.7 Tous les documents résultant du mécanisme d'examen et d'enquête prévu à la politique, de même que les recommandations, le cas échéant, devront être remis à l'audience (panel).</b></p> <p><b>C.8.0.8 Un membre du personnel médical doit agir de bonne foi dans les efforts de résolution d'une plainte et ne devrait pas refuser de rencontrer le chef du département ou le médecin-chef, le cas échéant.</b></p>
<p><b>C.9.0 Processus alternatif de règlement des différends</b></p> <p>C.9.0.1 Le processus alternatif de règlement des différends adopté en vertu de l'article C.8.0.6 est une tentative pour obtenir par médiation le règlement de tout différend avec le consentement mutuel des parties et, aux termes de l'article C.9.0.2, il doit être mené sans porter atteinte aux parties dans les soixante (60) jours suivant la nomination du médiateur.</p> <p>C.9.0.2 Pour le processus alternatif de règlement des différends, le médecin-chef doit nommer un médiateur qui convient aux parties.</p>	<p><b>C.9.0 Processus alternatif de règlement des différends</b></p> <p>C.9.0.1 Le processus alternatif de règlement des différends adopté en vertu de l'article <b>C.8.0.4</b> est une tentative pour obtenir par médiation le règlement de tout différend avec le consentement mutuel des parties et, aux termes de l'article C.9.0.2, il doit être mené sans porter atteinte aux parties dans les soixante (60) jours suivant la nomination du médiateur.</p> <p>C.9.0.2 Pour le processus alternatif de règlement des différends, le médecin-chef doit nommer un médiateur qui convient aux parties.</p>

Version octobre 2013	Version mai 2018
<p>C.9.0.3 Toutes les communications et les discussions au cours du processus alternatif de règlement des différends sont privilégiées et ne doivent pas être divulguées dans le cadre des procédures disciplinaires subséquentes, le cas échéant.</p> <p>Si l'affaire est résolue par l'entremise du processus alternatif de règlement des différends:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) l'affaire et le règlement proposé doivent être rapportés au médecin-chef aux fins d'étude;</li> <li>(b) si le règlement proposé n'est pas approuvé par le médecin-chef après consultation avec le chef de département, la plainte sera renvoyée au comité d'enquête en vertu de l'article C.10.</li> </ul> <p>C.9.0.4 Si l'affaire n'est pas réglée, ou si selon l'opinion du médiateur l'affaire ne peut être réglée par l'entremise du processus alternatif de règlement des différends, la plainte doit être confiée à un comité d'enquête en vertu de l'article C.10.</p> <p>C.9.0.5 Si le règlement proposé à la suite du processus alternatif de règlement des différends suppose la modification ou le retrait des privilèges du membre, la procédure suivante doit être appliquée:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) le règlement proposé doit être présenté au PDG;</li> <li>(b) si le PDG est d'accord avec le règlement proposé et la modification des privilèges, il doit soumettre le règlement au CMC;</li> <li>(c) si le PDG n'est pas d'accord avec le règlement proposé et les modifications proposées aux privilèges, il doit soumettre l'affaire au médecin-chef qui créera un comité d'enquête en vertu de l'article C.10;</li> <li>(d) si le CMC est d'accord avec le règlement proposé, le PDG doit soumettre l'affaire au conseil de la RRS pour approbation finale;</li> <li>(e) si le conseil approuve le règlement proposé et les modifications proposées aux privilèges, il doit soumettre l'affaire au médecin-chef qui procédera à l'adoption du règlement et des modifications;</li> <li>(f) si le CMC n'est pas d'accord avec le règlement proposé et les modifications proposées aux privilèges, il doit soumettre l'affaire au médecin-chef qui créera un comité d'enquête en vertu de l'article C.10.</li> </ul>	<p>C.9.0.3 Toutes les communications et les discussions au cours du processus alternatif de règlement des différends sont privilégiées et ne doivent pas être divulguées dans le cadre des procédures disciplinaires subséquentes, le cas échéant.</p> <p>Si l'affaire est résolue par l'entremise du processus alternatif de règlement des différends :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) l'affaire et le règlement proposé doivent être rapportés au médecin-chef <b>à des fins</b> d'étude;</li> <li>(b) si le règlement proposé n'est pas approuvé par le médecin-chef après consultation avec le chef de département, la plainte sera renvoyée <b>pour audience aux termes de la section C.10.0.</b></li> </ul> <p>C.9.0.4 Si l'affaire n'est pas réglée ou si, selon l'opinion du médiateur, l'affaire ne peut être réglée par l'entremise du processus alternatif de règlement des différends, la plainte doit être <b>envoyée à une audience.</b></p> <p>C.9.0.5 Si le règlement proposé à la suite du processus alternatif de règlement des différends suppose la modification ou le retrait des privilèges du membre, la procédure suivante doit être appliquée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) le règlement proposé doit être présenté au PDG;</li> <li>(b) si le PDG est d'accord avec le règlement proposé et la modification des privilèges, il doit soumettre le règlement au CMC;</li> <li>(c) si le PDG n'est pas d'accord avec le règlement proposé et les modifications proposées aux privilèges, il doit soumettre l'affaire au médecin-chef <b>pour audience;</b></li> <li>(d) si le CMC est d'accord avec le règlement proposé, le PDG doit soumettre l'affaire au Conseil de la RRS pour <b>décision</b> finale;</li> <li>(e) si le Conseil approuve le règlement proposé et les modifications proposées aux privilèges, il doit soumettre l'affaire au médecin-chef, qui procédera à l'adoption du règlement et des modifications;</li> <li>(f) si le CMC n'est pas d'accord avec le règlement proposé et les modifications proposées aux privilèges, il doit soumettre l'affaire au médecin-chef <b>pour audience.</b></li> </ul>
<p><b>C.10.0 Comité d'enquête</b></p> <p>C.10.0.1 Dans les vingt et un (21) jours suivant le processus alternatif de règlement des différends, si l'affaire n'est pas réglée ou dès qu'elle est soumise par le PDG, le CMC ou le médecin-chef, le médecin-chef doit former un comité <i>ad hoc</i> (Comité d'enquête), composé de trois (3) personnes comme suit, et aviser le membre en conséquence:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) un (1) chef de département, autre que le chef de département du membre ou du plaignant, ou, avec la permission du médecin-chef, son remplaçant désigné, qui agira à titre de président du Comité d'enquête;</li> </ul>	<p><b>C.10.0 Audience (panel)</b></p> <p>C.10.0.1 Le panel doit être nommé par le médecin-chef ou son représentant désigné dans les trente (30) jours suivant la demande d'audience. À la discrétion du médecin-chef ou de son remplaçant désigné, le panel pourra être formé de trois (3) membres ou de cinq (5) membres. <b>Le médecin-chef ou son remplaçant désigné nommera un membre, qui présidera l'audience.</b></p> <p><b>Un panel de trois (3) membres comportera trois (3) membres du personnel médical qui n'auront pas participé au processus alternatif de règlement des différends et la majorité des membres du panel devront provenir des zones de santé autres que la zone principale dans laquelle le membre qui est l'objet de l'enquête exerce la médecine.</b></p>

Version octobre 2013	Version mai 2018
<p>(b) un (1) médecin nommé par le président de l'organisation du personnel médical ou son délégué. Dans l'éventualité où le président de l'organisation du personnel médical omettrait ou ne serait pas en mesure de procéder à cette nomination, le médecin-chef peut le faire;</p> <p>(c) un médecin qui a été membre du personnel médical actif durant au moins dix (10) ans et qui est nommé par le médecin-chef.</p> <p>C.10.0.2 Aucun des membres du Comité d'enquête ne doit être un membre actuel du CMC ou avoir participé au processus alternatif de règlement des différends.</p> <p>C.10.0.3 Le Comité d'enquête doit entreprendre des enquêtes pertinentes concernant la plainte, consulter le membre, le plaignant et toute autre personne, au besoin, y compris des conseillers externes, mais ne doit pas tenir une audience formelle.</p> <p>C.10.0.4 Chaque fois que le Comité d'enquête demande au membre d'avoir un entretien avec lui, ce dernier peut être accompagné d'un avocat ou d'un mandataire.</p> <p>C.10.0.5 Le président du Comité d'enquête doit déterminer toutes les questions de procédure.</p> <p>C.10.0.6 Le Comité d'enquête doit préparer un rapport faisant état de ses recommandations, qui doit être acheminé au membre, au médecin-chef et au PDG dans les trente (30) jours suivant la création du Comité d'enquête. Le rapport:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) doit déterminer si l'affaire justifie que des mesures supplémentaires soient prises;</li> <li>(b) peut fournir des recommandations en réponse à la plainte;</li> <li>(c) peut recommander le renvoi de la plainte à la Commission d'examen en vertu de l'article C.11.</li> </ul> <p>C.10.0.7 Dès la réception du rapport du Comité d'enquête, le médecin-chef peut examiner le rapport avec le membre.</p> <p>C.10.0.8 Dans les dix (10) jours suivant la réception du rapport et des recommandations du Comité d'enquête, le membre, le PDG ou le médecin-chef peuvent, s'ils ne sont pas satisfaits des conclusions ou des recommandations, renvoyer l'affaire à une Commission d'examen aux termes de l'article C.11.</p> <p>C.10.0.9 Si les recommandations du Comité d'enquête supposent la modification des privilèges du membre et qu'il n'y a pas d'appel comme le prévoit l'article C.10.0.8, la procédure suivante doit s'appliquer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) si le PDG est d'accord avec les recommandations et la modification des privilèges, il doit soumettre le rapport et les recommandations au CMC;</li> <li>(b) si le CMC est d'accord avec les conclusions et les recommandations du rapport, le PDG doit soumettre l'affaire au conseil de la RRS;</li> <li>(c) si le conseil est d'accord avec les conclusions et les recommandations du rapport, il doit renvoyer l'affaire au médecin-chef qui mettra en œuvre les recommandations;</li> <li>(d) si le PDG n'est pas d'accord avec les conclusions et les recommandations du rapport, il doit soumettre l'affaire à la Commission d'examen en vertu de l'article C.11;</li> </ul>	<p>Un panel de cinq (5) membres comportera quatre (4) membres du personnel médical dont au moins trois (3) proviendront du Réseau de santé Vitalité et un sera un employé de la RRS. Aucun membre du panel ne devra avoir participé au processus alternatif de règlement des différends. La majorité des membres du panel devront provenir des zones de santé autres que la zone principale dans laquelle le membre qui fait l'objet de l'enquête exerce la médecine.</p>

Version octobre 2013	Version mai 2018
<p>(e) si le CMC n'est pas d'accord avec les conclusions et les recommandations du rapport et les modifications proposées aux privilèges, il doit porter l'affaire devant la Commission d'examen en vertu de l'article C.11.</p> <p>C.10.0.10 Si, à la suite de l'expiration du délai de dix (10) jours suivant la réception du rapport du Comité d'enquête, l'affaire n'a pas été acheminée à la Commission d'examen et les recommandations n'impliquent pas la modification des privilèges du membre, le médecin-chef doit prendre les mesures nécessaires à la mise en œuvre des recommandations du rapport.</p>	
<p><b>C.11.0 Commission d'examen</b></p> <p>C.11.0.1. La Commission d'examen doit être un sous-comité ad hoc du CMC, qui comptera trois (3) membres du CMC, dont l'un sera un remplaçant désigné du médecin-chef qui présidera la Commission d'examen.</p> <p>C.11.0.2 Les membres de la Commission d'examen doivent être nommés par le médecin-chef ou son remplaçant désigné dans les dix (10) jours suivant la soumission du rapport par le membre, le médecin-chef, le Comité d'enquête, le CMC ou le PDG. Aucun membre de la Commission d'examen ne doit avoir siégé au Comité d'enquête ou avoir participé au processus alternatif de règlement des différends. La majorité des membres de la Commission d'examen doivent provenir de zones de santé autre que la zone principale dans laquelle le membre, qui fait l'objet de l'enquête, exerce la médecine.</p>	<p>Idem à C.10.0 Audiance.</p>
<p><b>C.12.0 Processus d'examen</b></p> <p>C.12.0.1 Dès qu'une affaire est acheminée aux termes de l'article C.5.8.4, C.9 ou C.10 ou qu'un appel est déposé aux termes de l'article C.10, la Commission d'examen doit déterminer la date, l'heure et le lieu de l'audience formelle qui devra avoir lieu dans les quarante-cinq (45) jours suivant la réception, par le comité d'examen, que l'affaire est acheminée ou qu'un appel est déposé.</p> <p>C.12.0.2 La Commission d'examen doit étudier le rapport et les recommandations du Comité d'enquête, s'il y a lieu, ainsi que tout autre document qu'elle juge pertinent. La Commission d'examen peut engager des consultants externes.</p> <p>C.12.0.3 Le membre doit être avisé de la tenue de l'audience formelle quinze (15) jours à l'avance ainsi que de la date, de l'heure et du lieu de l'audience et se voir remettre une liste ou des copies de tous les documents qui sont alors en possession de la Commission d'examen et qu'elle a l'intention de consulter lors de l'audience formelle.</p> <p>C.12.0.4 Lors de l'audience formelle, la Commission d'examen doit suivre les procédures stipulées à l'article C.13. En ce qui concerne les cas pour lesquels aucune disposition n'est prévue dans cet article, la Commission d'examen doit adopter les règles de procédure qu'elle considère propices à un règlement juste et rapide des différends.</p>	<p><b>C.11.0 Processus d'audience</b></p> <p>C.11.0.1 Dès qu'une affaire est envoyée à une audience aux termes de l'article C.8 ou C.9, le panel doit déterminer la date, l'heure et le lieu de l'audience, qui devra avoir lieu dans les soixante (60) jours suivant la réception de l'affaire.</p> <p>C.11.0.2 Le panel doit étudier tout document qu'il juge pertinent. Le panel peut engager des consultants externes, y compris un conseiller juridique.</p> <p>C.11.0.3 Le membre doit être avisé de la tenue de l'audience trente (30) jours à l'avance ainsi que de la date, de l'heure et du lieu de l'audience, et se voir remettre une liste ou des copies de tous les documents dont le panel est alors en possession et qu'il a l'intention de consulter lors de l'audience.</p> <p>C.11.0.4 Lors de l'audience, le panel doit suivre les procédures stipulées à l'article C.12. En ce qui concerne les cas pour lesquels aucune disposition n'est prévue dans cet article, le panel doit adopter les règles de procédure qu'il considère propices à un règlement juste et rapide des différends.</p> <p>C.11.0.5 Dans les trente (30) jours suivant la fin de l'audience, le panel doit préparer un rapport écrit contenant ses conclusions ainsi que ses recommandations et les motifs y afférents et présenter son rapport au membre, au médecin-chef et au PDG.</p>

Version octobre 2013	Version mai 2018
<p>C.12.0.5 Dans les dix (10) jours suivant la fin de l'audience formelle, la Commission d'examen doit préparer un rapport écrit contenant ses conclusions ainsi que ses recommandations et les motifs y afférents et présenter son rapport au membre, au médecin-chef et au PDG.</p> <p>C.12.0.6 Si la décision et les recommandations de la Commission d'examen ne comprennent pas la modification des privilèges du membre, la décision est finale et exécutoire et le médecin-chef doit prendre les mesures nécessaires à la mise en œuvre des recommandations de la Commission d'examen.</p> <p>C.12.0.7 Si la décision et les recommandations mises de l'avant par la Commission d'examen impliquent la modification des privilèges du membre, le médecin-chef doit en aviser le CMC.</p>	<p>C.11.0.6 Si la décision et les recommandations du <b>panel</b> ne comprennent pas la modification des privilèges du membre, la décision est finale et exécutoire, et le médecin-chef doit prendre les mesures nécessaires à la mise en œuvre des recommandations du <b>panel</b>.</p> <p>C.11.0.7 Si la décision et les recommandations mises de l'avant par le <b>panel</b> impliquent la modification des privilèges du membre, le médecin-chef doit envoyer le rapport au CMC <b>pour recommandation au PDG et au Conseil</b>.</p>
<p><b>C.13.0 Procédure à suivre lors des audiences formelles de la Commission d'examen</b></p> <p>La procédure à suivre lors d'une audience formelle de la Commission d'examen comporte les éléments suivants:</p> <p>(a) le membre concerné peut comparaître à l'audience formelle et peut être représenté par un avocat ou un mandataire;</p> <p>(b) la RRS peut être une partie à l'audience formelle, être représentée par un avocat et présenter des éléments de preuve;</p> <p>(c) la Commission d'examen peut procéder à l'audience formelle en l'absence du membre concerné, de son avocat ou de son mandataire, à condition qu'un avis de la tenue de l'audience formelle ait été remis au membre comme l'exigent les dispositions des présents règlements administratifs;</p> <p>(d) la Commission d'examen peut ajourner l'audience formelle en tout temps et, le cas échéant, doit fixer la date, l'heure et le lieu de la reprise de l'audience formelle et doit envoyer au membre, s'il est absent au moment de l'ajournement, un avis écrit comportant ces renseignements;</p> <p>(e) l'audience formelle doit se dérouler à huis clos;</p> <p>(f) aucune preuve n'est admissible devant la Commission d'examen à moins que, au moins sept (7) jours avant l'audience formelle, le membre ou la RRS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. dans le cas de preuves documentaires écrites, n'ait eu la possibilité d'examiner les éléments de preuve;</li> <li>ii. dans le cas de preuves produites par un expert, n'ait obtenu une copie du rapport d'expert écrit ou, s'il n'y a aucun rapport écrit, un résumé écrit des éléments de preuve;</li> <li>iii. dans le cas de preuves produites par un témoin, n'ait été mis au courant de l'identité du témoin ainsi que d'un résumé de la preuve du témoin;</li> </ul> <p>(g) nonobstant l'article C.13(f), la Commission d'examen peut, à sa discrétion, permettre la présentation d'éléments de preuve qui seraient autrement inadmissibles en vertu de l'article C.13(f) et donner les orientations qu'elle jugera nécessaires pour veiller à ce que le membre ou la RRS ait la possibilité de répondre;</p>	<p><b>C.12.0 Procédure à suivre lors des audiences</b></p> <p>La procédure à suivre lors d'une audience comporte les éléments suivants :</p> <p>(a) le membre concerné peut comparaître à l'audience et peut être représenté par un avocat ou un mandataire;</p> <p>(b) la RRS peut être une partie à l'audience, être représentée par un avocat et présenter des éléments de preuve;</p> <p>(c) le <b>panel</b> peut procéder à l'audience en l'absence du membre concerné, de son avocat ou de son mandataire, à condition qu'un avis de la tenue de l'audience ait été remis au membre comme l'exigent les dispositions des présents règlements administratifs;</p> <p>(d) le <b>panel</b> peut ajourner l'audience en tout temps et, le cas échéant, doit fixer la date, l'heure et le lieu de la reprise de l'audience, et doit envoyer au membre, s'il est absent au moment de l'ajournement, un avis écrit comportant ces renseignements;</p> <p>(e) l'audience doit se dérouler à huis clos;</p> <p>(f) aucune preuve n'est admissible devant le <b>panel</b>, à moins qu'au moins sept (7) jours avant l'audience le membre ou la RRS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i.) dans le cas de preuves documentaires écrites, n'ait eu la possibilité d'examiner les éléments de preuve;</li> <li>(ii.) dans le cas de preuves produites par un expert, n'ait obtenu une copie du rapport d'expert écrit ou, s'il n'y a aucun rapport écrit, un résumé écrit des éléments de preuve;</li> <li>(iii.) dans le cas de preuves produites par un témoin, n'ait été mis au courant de l'identité du témoin ainsi que d'un résumé de la preuve du témoin;</li> </ul> <p>(g) nonobstant l'article C.12(f), le <b>panel</b> peut, à sa discrétion, permettre la présentation d'éléments de preuve qui seraient autrement inadmissibles en vertu de l'article C.12(f) et donner les orientations qu'elle jugera nécessaires pour veiller à ce que le membre ou la RRS ait la possibilité de répondre;</p> <p>(h) toutes les actions du <b>panel</b> doivent être décidées par le vote d'une majorité des membres présents;</p>

Version octobre 2013	Version mai 2018
<p>(h) toutes les actions de la Commission d'examen doivent être décidées par le vote d'une majorité des membres présents;</p> <p>(i) aucun membre de la Commission d'examen ne doit prendre part à une décision à la suite d'une audience formelle de la Commission d'examen, à moins qu'il n'ait été présent durant toute l'audience formelle.</p>	<p>(i) aucun membre du <b>panel</b> ne doit prendre part à une décision à la suite d'une audience, à moins qu'il n'ait été présent durant toute l'audience.</p>
<p><b>C.14.0 Processus d'examen du Comité médical consultatif et du Conseil d'administration</b></p> <p>C.14.0.1. Dans un délai de dix (10) jours suivant la réception d'un avis du médecin-chef aux termes de l'article C.12.0.7, le CMC doit fixer une date et une heure pour l'étude du rapport et des recommandations de la Commission d'examen et en aviser le membre.</p> <p>C.14.0.2 Dans un délai de dix (10) jours suivant la réception de l'avis du CMC aux termes de l'article C.14.0.1, le membre et la RRS peuvent demander à se présenter devant le CMC, mais ils n'ont pas droit à une audience formelle.</p> <p>C.14.0.3 Si le membre décide de se présenter devant le CMC aux termes de l'article C.14.0.1, il pourra être accompagné d'un avocat ou d'un mandataire.</p> <p>C.14.0.4 Le CMC peut procéder à l'étude du rapport et des recommandations de la Commission d'examen en l'absence du membre ou de la RRS si ces derniers ont été informés de la date et de l'heure de la rencontre.</p> <p>C.14.0.5 Après avoir examiné le rapport et les recommandations de la Commission d'examen, le CMC doit faire parvenir ces documents au conseil, ainsi que ses recommandations, et, en même temps, donner ses recommandations au membre.</p> <p>C.14.0.6 Dès que le conseil reçoit les recommandations du CMC, il peut fixer une date et une heure pour l'étude du rapport et des recommandations de la Commission d'examen et des recommandations du CMC et doit en aviser le membre.</p> <p>C.14.0.7 Dans un délai de dix (10) jours suivant la réception de l'avis du conseil aux termes de l'article C.14.6, le membre et la RRS peuvent demander à se présenter devant le conseil, mais ils n'ont pas droit à une audience formelle.</p> <p>C.14.0.8. Si le membre décide de se présenter devant le conseil en vertu de l'article C.14.6, il pourra être accompagné d'un avocat ou d'un mandataire.</p> <p>C.14.0.9. Le conseil peut procéder à l'étude du rapport et des recommandations de la Commission d'examen et des recommandations du CMC en l'absence du membre ou de la RRS si ces derniers ont été informés de la date et de l'heure de la rencontre.</p> <p>C.14.0.10. Dès qu'il a examiné le rapport et les recommandations de la Commission d'examen et les recommandations du CMC, le conseil doit rendre une décision, décision qui sera définitive et exécutoire. La décision du conseil sera communiquée au membre du personnel médical, au PDG et à tous autres individus qui doivent mettre en œuvre les recommandations.</p> <p>C.14.0.11 Si le conseil n'est pas convaincu de disposer de toute l'information dont il a besoin pour rendre une décision, il peut demander qu'une audience formelle soit tenue devant le conseil.</p>	<p><b>C.13.0 Processus d'examen du Comité médical consultatif et du Conseil d'administration</b></p> <p>C.13.0.1 Dans un délai de <b>trente (30)</b> jours suivant la réception d'un avis du médecin-chef aux termes de l'article C.11.0.7, le CMC doit fixer une date et une heure pour l'étude du rapport et des recommandations <b>du panel</b> et en aviser le membre.</p> <p>C.13.0.2 Dans un délai de dix (10) jours suivant la réception de l'avis du CMC aux termes de l'article C.13.0.1, le membre et la RRS peuvent demander à se présenter devant le CMC, mais ils n'ont pas droit à une audience.</p> <p>C.13.0.3 Si le membre décide de se présenter devant le CMC aux termes de l'article C.13.0.1, il pourra être accompagné d'un avocat ou d'un mandataire. <b>Si la RRS décide de se présenter devant le CMC aux termes de l'article C.13.0.1, elle pourra être accompagnée d'un avocat ou d'un mandataire.</b></p> <p>C.13.0.4 Le CMC peut procéder à l'étude du rapport et des recommandations du <b>panel</b> en l'absence du membre ou de la RRS si ces derniers ont été informés de la date et de l'heure de la rencontre.</p> <p>C.13.0.5 Après avoir examiné le rapport et les recommandations du <b>panel</b>, le CMC doit faire parvenir ces documents au Conseil, ainsi que ses recommandations, et, en même temps, donner ses recommandations au membre.</p> <p>C.13.0.6 Dès que le Conseil reçoit les recommandations du CMC, il peut fixer une date et une heure pour l'étude du rapport et des recommandations du <b>panel</b> et des recommandations du CMC et doit en aviser le membre.</p> <p>C.13.0.7 Dans un délai de dix (10) jours suivant la réception de l'avis du Conseil aux termes de l'article C.13.0.6, le membre et la RRS peuvent demander à se présenter devant le Conseil, mais ils n'ont pas droit à une audience.</p> <p>C.13.0.8 Si le membre décide de se présenter devant le Conseil en vertu de l'article <b>C.13.0.6</b>, il pourra être accompagné d'un avocat ou d'un mandataire. <b>Si la RRS décide de se présenter devant le CMC aux termes de l'article C13.0.6, elle pourra être accompagnée d'un avocat ou d'un mandataire.</b></p> <p>C.13.0.9 Le Conseil peut procéder à l'étude du rapport et des recommandations du <b>panel</b> et des recommandations du CMC en l'absence du membre ou de la RRS si ces derniers ont été informés de la date et de l'heure de la rencontre.</p>

Version octobre 2013	Version mai 2018
	<p>C.13.0.10 Dès qu'il a examiné le rapport et les recommandations du <b>panel</b> et les recommandations du CMC, le Conseil doit rendre une décision, décision qui sera définitive et exécutoire. <b>Le Conseil détient la décision ultime et n'est pas lié par le CMC et le panel.</b> La décision du Conseil sera communiquée au membre du personnel médical, au PDG et à tous autres individus qui doivent mettre en œuvre les recommandations.</p> <p>C.13.0.11 Si le Conseil n'est pas convaincu de disposer de toute l'information dont il a besoin pour rendre une décision, il peut demander qu'une audience soit tenue devant le Conseil.</p>
<p><b>C.15.0 Notification</b></p> <p>C.15.0.1 Lorsque les privilèges du membre sont réduits, suspendus ou non renouvelés, le médecin-chef doit aviser le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ou la Société dentaire du Nouveau-Brunswick et toute autre RRS du Nouveau-Brunswick. Cette notification doit indiquer la nature et les détails de la plainte, la décision finale et toute recommandation en ce qui a trait aux mesures disciplinaires. Le médecin-chef doit aviser la Direction de l'Assurance- maladie du ministère de la Santé lorsque les privilèges d'un membre sont suspendus ou non renouvelés.</p> <p>C.15.0.2 Lorsqu'un membre du personnel médical a des privilèges et que la Régie régionale de la santé reçoit un avis d'une autre Régie régionale de la santé que les privilèges de ce membre dans cette Régie régionale de la santé ont été suspendus ou substantiellement réduits pour incompétence, négligence ou mauvaise conduite ou que le membre a démissionné alors que ses compétences, ou sa conduite font l'objet d'une enquête, le PDG, après consultation avec le médecin-chef, peut suspendre les privilèges dudit membre du personnel médical en vertu de la section C.5.11 et par la suite les règlements administratifs seront suivis.</p>	<p><b>C.14.0 Notification</b></p> <p>C.14.0.1 Lorsque les privilèges du membre sont réduits, suspendus ou non renouvelés, le médecin-chef doit en aviser le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ou la Société dentaire du Nouveau-Brunswick et toute autre RRS du Nouveau-Brunswick. Cette notification doit indiquer la nature et les détails de la plainte, la décision finale et toute recommandation en ce qui a trait aux mesures disciplinaires. Le médecin-chef doit aviser la Direction de l'assurance-maladie du ministère de la Santé lorsque les privilèges d'un membre sont suspendus ou non renouvelés.</p> <p>C.14.0.2 Lorsqu'un membre du personnel médical a des privilèges et que la Régie régionale de la santé reçoit un avis d'une autre Régie régionale de la santé que les privilèges de ce membre dans cette Régie régionale de la santé ont été suspendus ou substantiellement réduits pour incompétence, négligence ou mauvaise conduite ou que le membre a démissionné alors que ses compétences, ou sa conduite font l'objet d'une enquête, le PDG, après consultation avec le médecin-chef, peut suspendre les privilèges dudit membre du personnel médical en vertu de la section C.5.11 et par la suite les règlements administratifs seront suivis. <b>Le membre du personnel médical a la responsabilité d'aviser la RRS de toute suspension de privilèges, peu importe l'endroit.</b></p>



# Réseau de santé Vitalité

*(Régie régionale de la santé A)*

## **RÈGLEMENTS ADMINISTRATIFS**

**Révision**

**31 Mai 2018**

## Table des matières

SECTION A – GÉNÉRALITÉS .....	1
A.1.0 Définitions .....	1
A.2.0 Règlements administratifs, accès public .....	3
A.3.0 Modification aux règlements administratifs .....	3
A.4.0 Confidentialité .....	4
A.4.1 Information confidentielle et documents .....	4
A.4.2 Manquement à la protection de la vie privée ou à la confidentialité .....	4
A.5.0 Dossiers.....	4
A.6.0 Divisibilité .....	4
A.7.0 Valeur juridique .....	5
SECTION B – ADMINISTRATION .....	6
B.1.0 Conseil d'administration.....	6
B.2.0 Membres – Admissibilité, service maximum.....	6
B.3.0 Conseil d'administration – Vacance .....	6
B.4.0 Réunions – Procédures, avis, quorum, accès public.....	7
B.4.1 Services de traduction .....	7
B.5.0 Procès-verbaux .....	7
B.5.1 Procès-verbaux, accès public.....	8
B.6.0 Réunions du Conseil .....	8
B.6.1 Réunions spéciales du Conseil .....	8
B.6.2 Assemblées annuelles du Conseil.....	8
B.6.3 Ordre du jour de l'assemblée annuelle .....	8
B.7.0 Dirigeants du Conseil .....	9
B.7.1 Fonctions du président.....	9
B.7.2 Fonctions du vice-président .....	9
B.7.3 Fonctions du trésorier .....	9
B.7.4 Fonctions du secrétaire .....	10
B.8.0 Comités permanents du Conseil.....	10
B.8.1 Comité exécutif.....	10
B.8.2 Comité des finances et de vérification .....	11

B.8.3	Comité de gouvernance et de mise en candidature .....	11
B.8.4	Comité de la gestion de la qualité et de la sécurité des patients.....	11
B.8.5	Comité stratégique de la recherche et de la formation .....	12
B.9.0	Comités spéciaux du Conseil .....	13
B.10.0	Conflit d'intérêts.....	13
B.11.0	Comités consultatifs .....	14
B.11.1	Comité professionnel consultatif .....	14
B.11.2	Composition du Comité professionnel consultatif .....	15
B.11.3	Comité médical consultatif.....	15
B.11.4	Composition du Comité médical consultatif .....	16
B.11.5	Comité médical consultatif local .....	17
B.11.6	Comité d'examen des titres et autres comités locaux .....	17
B.12.0	Président-directeur général (PDG) .....	17
B.12.1	Fonctions du PDG .....	17
B.13.0	Médecin-chef.....	18
B.13.1	Compétences du médecin-chef.....	18
B.13.2	Poste rémunéré à temps partiel.....	18
B.13.3	Processus de sélection.....	18
B.13.4	Durée du mandat.....	19
B.13.5	Responsabilités du médecin-chef.....	19
B.13.6	Médecin-chef intérimaire.....	20
B.14.0	Politiques du Conseil .....	20
B.15.0	Plan régional de santé et d'affaires.....	21
B.16.0	Rapport annuel au Ministre.....	21
B.17.0	Année financière.....	21
B.18.0	Opérations bancaires.....	21
B.19.0	Signataires .....	21
B.20.0	Cautionnement.....	22
B.21.0	Sceau.....	22
B.22.0	Vérificateur.....	22
B.23.0	Associations auxiliaires.....	22
SECTION C – PERSONNEL MÉDICAL.....		23
C.1.0	Administration médicale .....	23
C.1.1	Un seul personnel médical .....	23

C.1.2	Structure administrative médicale .....	23
C.1.3	Division des départements .....	23
C.1.4	Responsabilités des départements au sein de la RRS ou de la zone .....	23
C.1.5	Formation de nouveaux départements.....	24
C.1.6	Modification du statut du département .....	24
C.1.7	Chefs de département.....	24
C.2.0	Groupes cliniques .....	25
C.2.1	Responsabilités des groupes cliniques .....	25
C.2.2	Composition des groupes cliniques.....	25
C.2.3	Chefs des groupes cliniques .....	26
C.3.0	Droits et obligations des catégories de personnel médical.....	26
C.3.1	Personnel médical actif .....	26
C.3.2	Personnel médical associé.....	27
C.3.3	Personnel médical consultant .....	28
C.3.3.1	Membres-conseils exerçant dans la province .....	28
C.3.3.2	Membres-conseils exerçant à l'extérieur de la province .....	29
C.3.4	Personnel médical suppléant (« locum tenens ») .....	29
C.3.5	Personnel médical invité .....	29
C.3.6	Assistant clinique.....	30
C.3.7	Fellow clinique .....	31
C.3.8	Stagiaire en médecine clinique.....	31
C.4.0	Personnel affilié.....	32
C.4.1	Apprenants en médecine .....	32
C.4.2	Personnel scientifique .....	32
C.4.3	Personnel médical honoraire.....	33
C.5.0	Nominations et délivrance de titres au personnel médical .....	33
C.5.1	Code de déontologie .....	33
C.5.2	Assurance et protection de responsabilité.....	33
C.5.3	Compétences.....	33
C.5.4	Nouvelles nominations – Délivrance de titres et octroi de privilèges.....	33
C.5.5	Processus – Nouvelles nominations et privilèges additionnels.....	35
C.5.6	Processus – Renominations.....	35

C.5.7	Nominations conjointes.....	36
C.5.8	Refus, réduction ou suspension des privilèges.....	36
C.5.9	Privilèges temporaires.....	37
C.5.10	Absence autorisée.....	37
C.5.11	Restriction/suspension d'urgence.....	38
C.6.0	Discipline.....	38
C.7.0	Conduite passible de mesures disciplinaires.....	39
C.8.0	Plainte contre un membre du personnel médical.....	40
C.9.0	Processus alternatif de règlement des différends.....	41
C.10.0	Audience (panel).....	42
C.11.0	Processus d'audience.....	42
C.12.0	Procédure à suivre lors des audiences.....	43
C.13.0	Processus d'examen du Comité médical consultatif et du Conseil d'administration.....	44
C.14.0	Notification.....	45
C.15.0	Prolongation du délai.....	45
C.16.0	Responsabilité en matière de consignation au dossier.....	45
C.17.0	Situations d'urgence.....	46
C.18.0	Organisation du personnel médical (OPM).....	46
C.18.1	Une seule organisation du personnel médical.....	46
C.18.2	Énoncé de l'objectif.....	46
C.18.3	Philosophie.....	46

## SECTION A – GÉNÉRALITÉS

### A.1.0 Définitions

Les présents règlements administratifs ont été élaborés de manière à être non sexistes. En conséquence, les formulations qui renvoient au genre telles que ils/leur/eux visent à la fois les hommes et les femmes.

Tous les termes employés dans ces règlements administratifs qui sont également employés dans la *Loi sur les régies régionales de la santé* et dans ses règlements ont la même signification que ceux retrouvés dans ladite loi et lesdits règlements.

Dans ces règlements administratifs, à moins que le contexte ne l'exige :

« agente principale des soins infirmiers » désigne l'agente principale des soins infirmiers de la régie régionale de la santé;

« audience » désigne l'occasion pour un membre du personnel médical ou la RRS de présenter de la preuve dans un contexte tel que décrit à l'article C.12, contrairement au droit de se présenter, qui désigne une comparution personnelle seulement et qui peut être effectuée avec des observations écrites;

« chef de département médical » désigne le médecin nommé par le Conseil pour gérer un département médical ou son délégué;

« chef des opérations » (CDO) désigne la personne responsable de la gestion des opérations et de la prestation des soins et des services d'une zone;

« chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial » désigne un dentiste dont le nom est inscrit dans le registre des dentistes spécialistes et qui est titulaire d'un permis de spécialiste en chirurgie bucco-dentaire et maxillo-faciale délivré conformément à la *Loi dentaire du Nouveau-Brunswick* de 1985 et s'entend également d'un dentiste militaire des Forces armées canadiennes en service dans la province, spécialiste en chirurgie bucco-dentaire et maxillo-faciale. Dans ces règlements on utilise chirurgien buccal et maxillo-facial;

« CMC » désigne le Comité médical consultatif;

« CMCL » désigne le Comité médical consultatif local;

« comité CMC » désigne un comité du Comité médical consultatif qui relève du CMC;

« Conseil » désigne le Conseil d'administration de la Régie régionale de la santé A (Réseau de santé Vitalité) nommé conformément aux dispositions de la *Loi sur les régies régionales de la santé* et de ses règlements;

« CPC » désigne le Comité professionnel consultatif;

« dentiste » désigne une personne qui a légalement le droit de pratiquer l'art dentaire dans la province et s'entend également d'un dentiste militaire des Forces armées canadiennes en service dans la province;

« département », sauf indication contraire, désigne un département médical;

« directeur médical » désigne le directeur médical d'une zone de la RRS;

« doyen » désigne le doyen nommé par le programme de formation médicale de l'université affiliée;

« établissement » désigne tout édifice ou locaux dans lesquels ou à partir desquels des services de santé sont fournis;

« établissement hospitalier » désigne tout hôpital exploité par la régie régionale de la santé qui offre des soins à des patients hospitalisés;

« FMC » désigne la formation médicale continue;

« médecin » désigne une personne qui a légalement le droit de pratiquer la médecine dans la province et s'entend également d'un médecin militaire des Forces armées canadiennes en service dans la province;

« médecin-chef » désigne le médecin nommé par le Conseil comme médecin-chef de la régie régionale de la santé en vertu de l'article B.13 de ces règlements administratifs;

« médecin-chef local » désigne le médecin nommé par le médecin-chef, comme médecin-chef local en vertu de l'article B.13.5 b) de ces règlements administratifs;

« membre du Conseil » désigne un membre du Conseil d'administration de la RRS nommé conformément aux dispositions de la *Loi sur les régies régionales de la santé et de ses règlements*;

« ministre » désigne le ministre de la Santé;

« personnel médical » désigne les médecins, les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux et les dentistes nommés par le Conseil d'administration au sein du personnel médical d'une régie régionale de la santé et auxquels le Conseil accorde des privilèges;

« personnel professionnel » désigne les professionnels de la santé qui sont auto-réglémentés conformément à une loi d'intérêt privé de l'Assemblée législative, qui sont employés par la régie régionale de la santé, qui sont sous contrat avec cette dernière ou qui ont des privilèges pour exercer leur profession dans la régie de la santé, ainsi que le personnel médical;

« PPC » désigne le perfectionnement professionnel continu;

« président- directeur général (PDG) » désigne la personne nommée directeur général conformément

aux dispositions de la *Loi sur les régies régionales de la santé* et en vertu de l'article B.12 de ces règlements administratifs ou son délégué;

« privilèges » désigne les permissions accordées par le Conseil à un membre ou à un membre potentiel du personnel médical pour offrir des soins de santé à un patient et pour utiliser les services diagnostiques et thérapeutiques de la régie régionale de la santé;

« région de la santé » désigne une région de la santé établie conformément à la *Loi sur les régies régionales de la santé*;

« règles des règlements administratifs » désigne les règles régissant la conduite de la régie régionale de la santé telles qu'elles sont adoptées de temps à autre par le Conseil en vertu de ces règlements administratifs;

« règles d'un département » désigne les règles régissant la conduite d'un département médical telles qu'elles sont adoptées de temps à autre par le CMC;

« représentant du Comité médical consultatif local » désigne un médecin nommé pour jouer le rôle de représentant local en vertu des règles de ces règlements administratifs;

« RRS » désigne une régie régionale de la santé tel que ce qui est décrit dans la *Loi sur les régies régionales de la santé*;

« structure de l'organisation du personnel médical » désigne la structure administrative gérée par le personnel médical et régissant les activités de ce dernier tel que ce qui est mentionné dans les règles de ces règlements administratifs;

« zone » désigne les régions géographiques au sein de la régie régionale de la santé qui sont composées d'un hôpital ou d'un groupe d'hôpitaux ou d'autres types d'établissements ou de programmes.

### **A.2.0 Règlements administratifs, accès public**

Un exemplaire des règlements administratifs de la RRS doit être mis à la disposition du public dans les deux langues officielles, pendant les heures normales de bureau.

### **A.3.0 Modification aux règlements administratifs**

Avant d'être transmis au Ministre pour approbation, un avis de motion visant à créer un nouveau règlement administratif ou à modifier ces règlements administratifs doit être donné dans l'avis de convocation à la réunion du Conseil pendant laquelle sera présenté le règlement administratif ou la modification. Cet avis de motion doit être distribué au moins quatorze (14) jours avant la réunion au cours de laquelle il sera abordé.

## **A.4.0 Confidentialité**

**A.4.0.1** Chaque membre du Conseil d'administration, cadre supérieur, employé, membre du personnel médical, personnel non employé de la RRS ou agent doit respecter et se conformer à tous les statuts, à toutes les lois et à tous les règlements pertinents ainsi qu'aux politiques et procédures de la RRS concernant la confidentialité et la vie privée.

### **A.4.1 Information confidentielle et documents**

Tous les renseignements et tous les documents fournis aux membres du Conseil d'administration, aux cadres supérieurs, aux employés, aux membres du personnel médical, au personnel non employé et aux agents de la RRS ou obtenus par ces derniers, y compris et sans restreindre la portée générale de ce qui précède, tous les renseignements relatifs aux patients, toutes les questions relatives au personnel, tous les dossiers du personnel médical et tous les documents et les renseignements de nature confidentielle sont réputés être et doivent demeurer confidentiels. Tous les renseignements et documents utilisés lors des sessions privées du Conseil sont également réputés être confidentiels et doivent demeurer confidentiels. Les renseignements ou les documents qui ont été évoqués ou présentés lors d'une séance publique du Conseil ou qui ont été publiés d'une autre manière par le Conseil ne sont plus réputés être confidentiels.

### **A.4.2 Manquement à la protection de la vie privée ou à la confidentialité**

Tout soupçon de manquement à la protection de la vie privée ou à la confidentialité fera l'objet d'une enquête conformément aux politiques de la RRS A (Réseau de santé Vitalité) sur la protection de la vie privée et la confidentialité. Le PDG doit aviser le Ministre de toute infraction à cette confidentialité par un cadre supérieur, employé, membre du personnel médical, personnel non employé ou agent de la RRS et le président du Conseil doit aviser le Ministre de toute infraction à cette confidentialité par un membre du Conseil.

## **A.5.0 Dossiers**

La RRS doit tenir à jour tous les dossiers médicaux, administratifs et financiers qui peuvent être nécessaires de temps à autre en vertu de la loi applicable ou qui peuvent être exigés par le Ministre, ou qui représentent des exigences en vertu de la *Loi hospitalière* ou de la *Loi sur les régies régionales de la santé*.

## **A.6.0 Divisibilité**

Si l'une des dispositions des présents règlements administratifs devait, pour quelque raison que ce soit, être déclarée invalide, illégale ou non exécutoire par un tribunal compétent, cette invalidité, illégalité ou non-applicabilité n'aura aucune incidence sur toute autre disposition ci-contre, et les présents règlements administratifs devront être interprétés comme si une telle disposition invalide, illégale ou non exécutoire n'avait jamais fait partie de la présente.

### **A.7.0 Valeur juridique**

Un règlement administratif ou un amendement adopté lors d'une réunion du Conseil dûment constitué est inopérant jusqu'à ce qu'il soit approuvé par le Ministre, conformément à la *Loi sur les régies régionales de la santé*.

## SECTION B – ADMINISTRATION

### B.1.0 Conseil d'administration

Les activités et les affaires internes d'une régie régionale de la santé sont dirigées et gérées par un conseil formé de quinze membres ayant droit de vote, dont sept que nomme le Ministre, huit membres élus et trois membres sans droit de vote : le PDG, le président du CMC et le président du CPC.

### B.2.0 Membres – Admissibilité, service maximum

- B.2.0.1** La personne nommée ou élue au Conseil ne doit pas être, à l'exception du PDG, du président du CPC et du président du CMC, l'employé d'une RRS, une personne qui jouit de privilèges au sein d'une RRS, l'employé du ministère de la Santé, le membre élu de l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick, de la Chambre des Communes du Canada ou du Sénat, le dirigeant, l'administrateur ou l'employé d'Ambulance Nouveau-Brunswick Inc., l'employé, le directeur général ou le membre du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, le dirigeant, l'administrateur ou l'employé de FacilicorpNB Ltée, un juge à la Cour d'appel, à la Cour du Banc de la Reine du Nouveau-Brunswick ou à la Cour provinciale ou la personne qui n'a pas le droit de voter conformément aux règlements sous la Loi sur les régies régionales de la santé.
- B.2.0.2** La personne qui est élue membre d'un conseil accepte sa fonction en souscrivant le serment d'entrée en fonction au moyen de la formule que lui fournit le Ministre à la première réunion du Conseil qui suit le jour de l'élection et demeure en fonction jusqu'à ce que son successeur souscrive ce serment.
- B.2.0.3** Un membre du Conseil accepte par écrit toute déclaration d'objectifs généraux que le Conseil approuve et remplit ses fonctions conformément à l'esprit et à l'objet de cette déclaration.
- B.2.0.4** Chaque membre d'un conseil, avant d'entrer en fonction, doit accepter par écrit de préserver la philosophie, les valeurs et la déclaration d'objectifs généraux associées à la prestation de services hospitaliers dans un établissement hospitalier appartenant intégralement ou partiellement à un ordre religieux.
- B.2.0.5** Un membre nommé en vertu de la *Loi sur les régies régionales de la santé* occupe son poste au gré du Ministre pour un mandat renouvelable de quatre ans.

### B.3.0 Conseil d'administration – Vacance

Un poste vacant devra être pourvu de la même façon que le poste qu'il remplace au Conseil. Dans le cas où aucun candidat n'a posé sa candidature ou si le candidat élu se désiste ou décède avant d'entrer en fonction, le Ministre nommera un membre pour pourvoir le poste.

## **B.4.0 Réunions – Procédures, avis, quorum, accès public**

- B.4.0.1** Chaque membre du Conseil doit assister de façon assidue aux réunions du Conseil.
- B.4.0.2** Le président doit définir les règles de toutes les réunions, sous réserve des présents règlements administratifs et de la *Loi sur les régies régionales de la santé* ou de ses règlements.
- B.4.0.3** Les questions soulevées lors des réunions du Conseil et des comités doivent être décidées par voix majoritaire des membres présents ayant droit de vote. Le président ne doit pas voter, sauf en cas d'égalité des voix, où il doit trancher. Tous les votes doivent être émis au scrutin si un membre présent en fait la demande, mais dans le cas contraire le vote doit être effectué de la manière habituelle, par approbation ou désapprobation.
- B.4.0.4** Un avis concernant les réunions du Conseil et des comités doit être donné dans un délai raisonnable aux moments et de la façon déterminés par le Conseil ou les comités de temps à autre.
- B.4.0.5** Pour toute réunion du Conseil ou des comités permanents ou spéciaux du Conseil, le quorum doit être constitué d'une majorité des membres du Conseil ou du comité ayant droit de vote.
- B.4.0.6** Toutes les réunions du Conseil doivent être ouvertes au public. Une réunion ou une partie de réunion peut être tenue à huis clos si le Conseil pense que la discussion pourrait :
- (a) révéler des renseignements spécifiques sur un particulier identifiable;
  - (b) révéler des renseignements sur les questions de gestion des risques ou de soins des patients;
  - (c) porter préjudice aux mesures de sécurité mises en place par la RRS; ou
  - (d) compromettre l'efficacité avec laquelle la RRS exerce ses fonctions et ses responsabilités.

### **B.4.1 Services de traduction**

La RRS doit s'assurer que des services de traduction simultanée dans les deux langues officielles sont fournis au public qui assiste à une réunion du Conseil ouverte au public ou à toute réunion tenue par la RRS qui est ouverte au public.

## **B.5.0 Procès-verbaux**

Les procès-verbaux de toutes les réunions du Conseil et des comités doivent être conservés et tous ces procès-verbaux doivent être distribués à tous les membres du Conseil ou des comités à la suite de ces réunions. Lorsqu'un conseil tient une réunion, ou une partie d'une réunion, à huis clos, il doit s'assurer que le procès-verbal de la réunion indique la nature du sujet qui doit être discuté à huis clos et les raisons pour lesquelles le conseil estime qu'il est nécessaire de tenir la réunion, ou la partie de réunion, à huis clos. Un conseil doit envoyer la copie du procès-verbal adopté de chaque réunion au Ministre dans les sept (7) jours qui suivent la réunion à laquelle le procès-verbal a été adopté et doit lui fournir le procès-verbal de toute réunion, ou partie de réunion, tenue à huis clos.

### **B.5.1 Procès-verbaux, accès public**

Le Conseil doit s'assurer que le procès-verbal adopté, autre que le procès-verbal d'une réunion, ou d'une partie de réunion, tenue à huis clos pour des motifs valables, est mis à la disposition du public dans les deux langues officielles pendant les heures normales de bureau.

## **B.6.0 Réunions du Conseil**

**B.6.0.1** Le Conseil doit tenir des réunions ordinaires au moins quatre (4) fois par année financière à une date, à une heure et à un endroit au Nouveau-Brunswick qui seront établis par le Conseil. Entre les réunions du Conseil, le Conseil peut déléguer au Comité exécutif les pouvoirs nécessaires à l'exploitation de la RRS et les fonctions essentielles qui ne peuvent être reportées jusqu'à la prochaine rencontre du Conseil.

**B.6.0.2** Un membre du Conseil de la RRS peut participer à une réunion du Conseil ou d'un comité du Conseil par téléphone ou par d'autres moyens de communication permettant à toutes les personnes qui participent à la réunion de s'entendre et si tous les membres présents du Conseil ou du comité y consentent. Un administrateur qui participe à une réunion par ces moyens est réputé être présent à la réunion.

### **B.6.1 Réunions spéciales du Conseil**

Les réunions spéciales du Conseil doivent être convoquées par le secrétaire à la demande du président ou, en son absence, du vice-président, ou à la demande écrite de trois (3) membres (dont la demande doit contenir les détails du sujet à aborder).

### **B.6.2 Assemblées annuelles du Conseil**

La RRS doit tenir une assemblée annuelle ouverte au public. Cette assemblée annuelle doit être tenue au cours du mois de juin de chaque année à une date, à une heure et à un endroit établie par le Conseil.

### **B.6.3 Ordre du jour de l'assemblée annuelle**

Les activités menées lors de l'assemblée annuelle doivent inclure :

- (a) adoption du procès-verbal de l'assemblée annuelle précédente;
- (b) présentation du rapport annuel de la RRS;
- (c) rapport du président du Conseil;
- (d) rapport du PDG;
- (e) rapport du président du Comité médical consultatif;
- (f) rapport du président du Comité professionnel consultatif;

- (g) rapport du trésorier;
- (h) rapport des vérificateurs;
- (i) rapport du Comité de gouvernance et de mise en candidature;
- (j) élection des dirigeants;
- (k) nomination des présidents des comités permanents;
- (l) nomination des membres des comités permanents;
- (m) nomination des vérificateurs.

## **B.7.0 Dirigeants du Conseil**

- B.7.0.1** Les dirigeants du Conseil doivent être le président, le vice-président, le trésorier et le secrétaire ainsi que d'autres dirigeants si telle est la volonté du Conseil.
- B.7.0.2** Le président doit être nommé par le Ministre parmi les membres du Conseil ayant droit de vote. Le Conseil doit élire le vice-président et le trésorier, parmi les autres membres ayant droit de vote, à l'assemblée annuelle du Conseil. Le secrétaire doit être le PDG.

### **B.7.1 Fonctions du président**

Le président doit :

- (a) présider toutes les réunions du Conseil;
- (b) être président du Comité exécutif;
- (c) être un membre d'office ayant droit de vote de tous les comités permanents du Conseil;
- (d) faire un compte rendu des activités de la RRS à chaque assemblée annuelle;
- (e) remplir d'autres fonctions déterminées par le Conseil.

### **B.7.2 Fonctions du vice-président**

Le vice-président doit avoir tous les pouvoirs et remplir toutes les fonctions du président en cas d'absence ou d'incapacité de ce dernier ainsi que d'autres fonctions définies de temps à autre par le Conseil.

### **B.7.3 Fonctions du trésorier**

Le trésorier doit :

- (a) assurer la garde et le contrôle de tous les dossiers de titres, de fonds et financiers;
- (b) soumettre un rapport financier au Conseil lors de chaque réunion ordinaire et un rapport

annuel lors de l'assemblée annuelle du Conseil;

(c) remplir d'autres fonctions dictées par le Conseil.

#### **B.7.4 Fonctions du secrétaire**

Le secrétaire doit :

(a) veiller à ce qu'un procès-verbal soit consigné pour chaque réunion;

(b) veiller à ce que la correspondance du Conseil soit traitée;

(c) veiller à ce que tous les rapports requis en vertu des lois et des règlements du Nouveau-Brunswick soient préparés;

(d) être le gardien de tous les registres de procès-verbaux, documents et registres de la RRS;

(e) être le gardien du sceau de la RRS;

(f) veiller à ce que les avis de réunion du Conseil et des comités du Conseil soient envoyés aux membres;

(g) remplir d'autres fonctions dictées par le Conseil.

#### **B.8.0 Comités permanents du Conseil**

Sauf indication contraire des présents règlements administratifs, les présidents et les membres des comités permanents du Conseil doivent être nommés par le Conseil lors de l'assemblée annuelle ou à tout autre moment autorisé par le Conseil.

Les comités suivants doivent être les comités permanents du Conseil :

(a) Comité exécutif;

(b) Comité des finances et de vérification;

(c) Comité de gouvernance et de mise en candidature;

(d) Comité de la gestion de la qualité et de la sécurité des patients;

(e) Comité stratégique de la recherche et de la formation (s'applique au Réseau de santé Vitalité seulement).

#### **B.8.1 Comité exécutif**

Le Comité exécutif doit être composé du président, du vice-président, du trésorier, du secrétaire et de trois (3) autres membres du Conseil ayant droit de vote. Le Comité exécutif doit avoir le pouvoir de régler toutes les activités habituelles pendant la période séparant les réunions ordinaires du Conseil, sous réserve des limites énoncées dans ces règlements administratifs ou sauf indication contraire du Conseil. Le comité doit signaler toutes ces activités au Conseil lors de sa réunion suivante et accomplir d'autres fonctions conformément aux directives du Conseil.

Le président du Conseil doit être le président du Comité exécutif.

## **B.8.2 Comité des finances et de vérification**

Le Comité des finances et de vérification doit être constitué de quatre (4) membres du Conseil ayant droit de vote, y compris du trésorier, qui doit être le président. Le comité doit :

- (a) recommander l'adoption du budget annuel et surveiller les résultats opérationnels de manière continue;
- (b) recommander au Conseil l'adoption de mesures découlant du rapport de vérification annuel de la RRS;
- (c) informer et orienter le Conseil en matière de finances;
- (d) orienter le Conseil sur l'investissement de fonds pour lequel il a une responsabilité fiduciaire;
- (e) remplir d'autres fonctions dictées par le Conseil.

## **B.8.3 Comité de gouvernance et de mise en candidature**

**B.8.3.1** Le Comité de gouvernance et de mise en candidature doit être constitué d'au moins trois (3) membres du Conseil ayant droit de vote, dont un en sera le président. Le Conseil nomme le président du comité. Le Comité de gouvernance et de mise en candidature est responsable :

- (a) d'orienter le Conseil sur les questions relatives à la structure et aux processus de gouvernance du Conseil, à l'évaluation de l'efficacité du Conseil, à la formation et à l'évaluation des membres du Conseil;
- (b) de recruter et de nommer des dirigeants et des présidents des comités du Conseil;
- (c) de soumettre, lors de la réunion annuelle du Conseil, des nominations pour les postes de vice-président et de trésorier, pour les membres de tous les comités du Conseil, sauf mention contraire dans les règlements administratifs, ainsi que des nominations pour des postes au sein du CPC et du CMC, y compris des nominations pour les remplacements de postes devenus vacants avant la fin de leur mandat;
- (d) de s'acquitter d'autres fonctions que le Conseil pourrait lui confier.

## **B.8.4 Comité de la gestion de la qualité et de la sécurité des patients**

**B.8.4.1** Le Comité de la gestion de la qualité et de la sécurité des patients doit être constitué d'au moins trois (3) membres ayant droit de vote, dont un en sera le président. Les présidents du Comité médical consultatif régional et du Comité professionnel consultatif sont membres ex-officio permanents. Le Comité de la gestion de la qualité et de la sécurité des patients est responsable :

- (a) de surveiller et de rendre compte au Conseil sur les enjeux de sécurité et de qualité et sur la qualité générale des services offerts au sein du Réseau, relativement aux données utiles, dont :
  - les indicateurs de rendement et d'amélioration de la performance utilisés pour mesurer la qualité des soins et des services et la sécurité des patients;

- les rapports reçus du Comité médical consultatif, du Comité professionnel consultatif, du comité de gestion de la qualité de la régie régionale de la santé et du Comité consultatif des patients et des familles faisant état de problèmes systémiques ou récurrents quant à la qualité ou aux soins et contenant des recommandations;

- les indicateurs sur la sécurité des patients, la prévention et le contrôle des infections, etc. du domaine public;

- les rapports sur les incidents critiques et les événements sentinelles, etc.;

(b) d'examiner des recommandations et en formuler au Conseil sur les initiatives et les politiques d'amélioration de la qualité;

(c) fournir de l'encadrement quant à la préparation du plan annuel d'amélioration de la qualité de la régie régionale de la santé;

(d) de s'acquitter d'autres responsabilités qui peuvent découler de règlements ou de normes ou qui lui sont attribuées par le Conseil, etc.

#### **B.8.5 Comité stratégique de la recherche et de la formation** (s'applique au Réseau de santé Vitalité seulement)

**B.8.5.1** Le Comité stratégique de la recherche et de la formation doit être constitué d'au moins quatre (4) membres du Conseil d'administration nommés par le Conseil, dont l'un assume la présidence du comité. Le doyen associé de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke / directeur du Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick est membre d'office sans droit de vote. Le Comité stratégique de la recherche et de la formation est responsable :

a) d'exercer les fonctions de gouvernance liées 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 propices à la formation;

b) de favoriser la synergie entre la mission universitaire et la mission de soins et de services en santé du Réseau;

c) de veiller à ce que les priorités et les actions retenues en matière de formation et de recherche soient conformes aux orientations stratégiques priorisées par le Réseau;

d) de faire rapport au Conseil d'administration sur les grandes orientations, les priorités et les initiatives stratégiques en matière de formation et de recherche;

e) d'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 les répercussions sur la qualité des soins et des services du Réseau;

- f) d'évaluer et de soutenir les stratégies visant à assurer la pérennité financière de la mission universitaire;
- g) de présenter au Conseil des recommandations sur toute matière ayant une incidence sur le développement et l'innovation en formation et en recherche (possibilités de concertation entre les intervenants hospitaliers, universitaires, gouvernementaux et du secteur privé pour du financement ou le développement d'infrastructures de recherche, relations avec les différents établissements d'enseignement, contrats d'affiliation interinstitutionnels, etc.).

## **B.9.0 Comités spéciaux du Conseil**

Le Conseil peut mettre en place des comités spéciaux et nommer les membres et le président de ces comités pour faire face aux situations qui peuvent survenir de temps à autre et qui seraient mieux gérées par de tels comités. Le Comité exécutif peut également nommer des comités spéciaux sous réserve d'une ratification par le Conseil lors de sa réunion suivante.

## **B.10.0 Conflit d'intérêts**

**B.10.0.1** Il est interdit à tout membre de voter sur une question ou de parler d'une question soumise au Conseil si :

- (a) le membre a un intérêt dans la question, autre qu'un intérêt inhérent à ses fonctions de membre;
- (b) le membre a un intérêt financier direct ou indirect dans la question; un parent, un conjoint, un frère, une sœur ou un enfant du membre a un intérêt dans la question;
- (c) le membre est un dirigeant, un employé ou un agent d'une corporation ou d'une association non constituée en corporation, ou d'une autre association de personnes qui a un intérêt dans la question.

**B.10.0.2** Lorsqu'un membre est en conflit d'intérêts, il divulgue au Conseil la nature et l'étendue de l'intérêt soit par écrit, soit en demandant que ce conflit soit mentionné au procès-verbal de la réunion du Conseil. Un membre divulgue tout conflit d'intérêts à la réunion durant laquelle la question qui fait l'objet du conflit est étudiée, ou, si le membre ne se trouve pas en conflit d'intérêts au moment où la question est étudiée pour la première fois, il déclare le conflit à la première réunion qui se tient après l'apparition du conflit.

**B.10.0.3** Tout membre ayant déclaré un conflit d'intérêts ou un intérêt concernant un contrat ou une transaction proposée ou tout autre intérêt financier relatif à la RRS ou autre et qui est abordé doit s'absenter pendant la discussion et le vote sur la question, et cette absence sera consignée dans le procès-verbal.

## B.11.0 Comités consultatifs

Le Conseil constitue un Comité professionnel consultatif et un Comité médical consultatif conformément à la Loi sur les régies régionales de la santé et définit le mandat pour d'autres comités, si cela est jugé nécessaire pour la bonne gouvernance de la RRS.

### B.11.1 Comité professionnel consultatif

**B.11.1.1** Le Comité professionnel consultatif (CPC) doit être composé d'au plus quinze (15) membres ayant droit de vote (excluant les membres d'office) nommés par le Conseil, qui doivent être des membres du personnel professionnel de la RRS.

**B.11.1.2** Les nominations doivent se faire pour un mandat de trois (3) ans renouvelable chaque année par le Conseil. Les membres du CPC ne peuvent être nommés pour plus de deux mandats consécutifs de trois (3) ans, mais peuvent, par la suite, être renommés après une absence de trois ans du CPC.

**B.11.1.3** Le Comité professionnel consultatif doit :

- (a) se réunir au moins quatre (4) fois par an ainsi qu'à la demande du président et doit tenir à jour un dossier permanent de ses travaux et de ses mesures;
- (b) pouvoir convoquer, à la demande du président ou par écrit par trois (3) membres (dont la demande doit contenir les détails du sujet à aborder), des réunions spéciales à tout moment;
- (c) orienter le Conseil sur les questions de santé et de soins cliniques;
- (d) orienter le Conseil sur les critères d'admission et de congé des patients;
- (e) orienter le Conseil sur les recommandations découlant des problèmes liés à l'assurance de la qualité et à la gestion des risques;
- (f) orienter le Conseil sur les services offerts par la RRS et les options multidisciplinaires pour la prestation de services;
- (g) orienter le Conseil sur les normes de services et la pertinence du placement du patient;
- (h) surveiller les normes d'agrément;
- (i) assurer la délivrance annuelle des titres à tous les professionnels de la santé réglementés autres que les médecins, les dentistes et les chirurgiens bucco-dentaires et maxillo-faciaux;
- (j) au besoin, pouvoir établir des sous-comités pour l'aider dans ses fonctions;
- (k) remplir d'autres fonctions dictées par le Conseil.

### **B.11.2 Composition du Comité professionnel consultatif**

- (a) La composition représente les disciplines de la santé dans la RRS et les régions géographiques qui permettront au comité d'accomplir son mandat. Le comité sera composé d'au plus quinze (15) membres ayant droit de vote parmi lesquels figureront au moins cinq (5) membres de différentes professions de la santé qui sont auto-réglementées conformément à une loi d'intérêt privé et au moins un (1) membre qui exerce habituellement dans chacun des domaines suivants : services hospitaliers, services extra-muraux, services communautaires de santé mentale et santé publique, services de soins primaires et services de traitement des dépendances.
- (b) Le Conseil nomme le président sur recommandation du CPC et du PDG. Le président du CMC et le PDG sont des membres d'office sans droit de vote du CPC. Le PDG doit assister à chaque réunion du Comité professionnel consultatif.

### **B.11.3 Comité médical consultatif**

**B.11.3.1** Le Comité médical consultatif (CMC) doit être composé d'au plus quinze (15) membres ayant droit de vote (excluant les membres d'office) nommés par le Conseil, qui doivent être des membres du personnel médical. Les nominations doivent se faire pour un mandat de trois (3) ans renouvelable chaque année par le Conseil. Les membres du CMC ne peuvent être nommés pour plus de deux mandats consécutifs de trois (3) ans, mais peuvent, par la suite, être renommés après une absence de trois ans du CMC.

**B.11.3.2** Le Comité médical consultatif doit :

- (a) se réunir au moins quatre (4) fois par an ainsi qu'à la demande du président et tenir à jour un dossier permanent de ses travaux et de ses mesures;
- (b) pouvoir convoquer, à la demande du président du CMC, des réunions spéciales à tout moment;
- (c) conseiller le Conseil sur les nominations du personnel médical et sur les privilèges des membres du personnel médical;
- (d) faire des recherches, à la demande du Conseil, sur des questions exigeant de l'expertise médicale et rendre compte au Conseil;
- (e) prendre les dispositions appropriées pour la supervision de tous les départements médicaux, les services des adjoints aux médecins, les services dentaires et les services de chirurgie buccale et maxillo-faciale fournis par la RRS;
- (f) coordonner les activités et les politiques générales des divers départements;
- (g) recevoir les rapports de tous les comités du personnel médical et de tous les départements, et agir conformément à ces rapports;

- (h) conseiller le PDG et le Conseil sur les questions concernant les normes relatives à l'exercice de la médecine au sein de la RRS et superviser l'exercice de la médecine, de la dentisterie et de la chirurgie buccale et maxillo-faciale au sein de la RRS;
- (i) mettre en œuvre les politiques approuvées du Conseil en ce qui concerne l'exercice de la médecine, de la dentisterie et de la chirurgie buccale et maxillo-faciale au sein de la RRS;
- (j) conseiller le Conseil sur les questions de qualité des soins médicaux et de sécurité;
- (k) prendre toutes les mesures raisonnables pour garantir une conduite professionnelle éthique de la part de tous les membres du personnel médical;
- (l) aider le Conseil et le PDG à respecter les normes requises par les programmes d'agrément;
- (m) écouter les griefs et les différends entre les membres du personnel médical et agir en tant que médiateur entre les parties concernées, sauf dans les cas qui traitent de compétence professionnelle, de mauvaise conduite, de négligence, de discipline ou tout autre cas prévu à l'article C.7;
- (n) remplir les fonctions assignées dans ces règlements administratifs relativement aux programmes d'agrément;
- (o) remplir les fonctions assignées dans ces règlements administratifs relativement aux plaintes et à la discipline;
- (p) aviser le personnel médical des activités du CMC de façon régulière;
- (q) au besoin, établir des sous-comités pour l'aider dans ses fonctions;
- (r) remplir d'autres fonctions dictées par le Conseil.

#### **B.11.4 Composition du Comité médical consultatif**

- (a) L'adhésion doit être représentative de la structure de gestion clinique et refléter les régions géographiques et les domaines spécialisés qui permettront au comité d'accomplir son mandat et de refléter la composition indiquée dans les règles des règlements administratifs.
- (b) Le Conseil doit désigner le médecin-chef comme président du comité. De plus, le président du CPC et le PDG seront des membres d'office sans droit de vote du CMC. Un médecin-hygiéniste, nommé par le médecin-hygiéniste en chef et un représentant de la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, doit également être un membre d'office sans droit de vote du CMC. Le PDG doit assister à toutes les réunions du CMC.

### **B.11.5 Comité médical consultatif local**

- (a) Le Conseil peut, après avoir consulté le CMC, créer ou supprimer un Comité médical consultatif local (CMCL) dans chaque zone. Le CMCL doit être composé d'au plus quinze (15) membres ayant droit de vote qui doivent être membres du personnel médical des zones pour lesquelles le CMCL est créé. Les nominations doivent se faire pour un mandat de trois (3) ans renouvelable chaque année par le Conseil. Les membres du CMCL ne peuvent être nommés pour plus de deux mandats consécutifs de trois (3) ans, mais peuvent par la suite être renommés après une absence de trois (3) ans du CMCL, sauf disposition contraire du Conseil.
- (b) Le médecin-chef local sera le président du comité. De plus, le PDG, le directeur médical de la zone, le chef des opérations local et un représentant des soins infirmiers, recommandé par le PDG, seront des membres d'office sans droit de vote du CMCL.
- (c) Le CMCL doit s'acquitter de toutes les tâches assignées par le Conseil ou le CMC.

### **B.11.6 Comité d'examen des titres et autres comités locaux**

Le CMCL doit créer un Comité d'examen des titres et tout autre comité prévu dans les règles des règlements administratifs. La composition et le mandat desdits comités doivent être précisés dans les règles des règlements administratifs.

## **B.12.0 Président-directeur général (PDG)**

- B.12.0.1** Le Ministre nomme un directeur général, lequel occupe son poste au gré du Ministre et rend compte au Conseil de la gestion générale et de la conduite des affaires internes de la régie régionale de la santé dans le cadre des règlements administratifs, des règles des règlements administratifs, des politiques et des directives du Conseil. Dans ces règlements administratifs, président-directeur général (PDG) renvoie au directeur général ou à son délégué.

### **B.12.1 Fonctions du PDG**

Sans restreindre le caractère général de ce qui précède et sauf disposition contraire des présents règlements administratifs ou de la *Loi sur les régies régionales de la santé*, de la *Loi hospitalière*, de la *Loi sur les services hospitaliers* ou de toute autre loi ou tout autre règlement découlant de ces lois, le PDG doit notamment, dans le cadre de ses fonctions :

- (a) être responsable de la gestion de la RRS;
- (b) être responsable de la sélection, de l'embauche, du contrôle, du perfectionnement, de l'orientation et du renvoi de tous les employés;
- (c) assister à toutes les réunions du Conseil et des comités du Conseil à moins d'en être exempté par le Conseil;

- (d) être un membre d'office sans droit de vote de tous les comités de la RRS, y compris tous les comités ou sous-comités du Conseil;
- (e) être responsable de prendre les mesures nécessaires pour répondre aux exigences du plan de santé et d'affaires approuvé de la RRS, de la *Loi sur les régies régionales de la santé*, de la *Loi hospitalière* et des règlements découlant de ces lois, d'appliquer les règlements administratifs, les règles des règlements administratifs et les politiques du Conseil et de veiller à ce que le personnel de la RRS respecte toutes les lois applicables à la RRS;
- (f) nommer un délégué à sa discrétion.

## **B.13.0 Médecin-chef**

### **B.13.1 Compétences du médecin-chef**

Le médecin-chef doit être un médecin praticien qui est membre en règle du personnel médical actif de la RRS et qui exerce activement la médecine.

### **B.13.2 Poste rémunéré à temps partiel**

Le poste de médecin-chef est un poste rémunéré et peut être à temps partiel. Le Conseil doit de temps à autre établir le temps minimal que le médecin-chef doit consacrer à ce poste et le montant de la rémunération qu'il doit offrir pour ses services.

Sauf autorisation contraire explicite dans les règlements administratifs ou dans les règles des règlements administratifs ou sauf autorisation contraire du PDG, le médecin-chef n'occupera aucun autre poste majeur ni aucun poste au sein du personnel médical ou de toute autre organisation qui pourrait entrer en conflit avec ses fonctions de médecin-chef ou y nuire.

### **B.13.3 Processus de sélection**

Le médecin-chef sera nommé par le Conseil après avoir reçu et pris en considération les recommandations d'un comité de recherche formé des personnes suivantes, à savoir :

- (a) un directeur médical nommé par le PDG;
- (b) le PDG;
- (c) un représentant de l'organisation du personnel médical;
- (d) l'agente principale des soins infirmiers ou un autre membre des cadres supérieurs;
- (e) deux (2) représentants du CMC nommés par ce dernier;
- (f) le doyen de la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke ou son délégué.

À leur première réunion, le comité choisira un président parmi ses membres.

### **B.13.4 Durée du mandat**

Le médecin-chef doit être nommé pour un mandat de cinq (5) ans et doit être admissible pour un autre mandat ne devant pas dépasser cinq (5) ans. La nomination du médecin-chef est soumise à un examen annuel et à la confirmation du Conseil.

### **B.13.5 Responsabilités du médecin-chef**

Le médecin-chef est responsable devant le Conseil de la qualité des soins prodigués par le personnel médical dans tous les établissements de la RRS. Il travaille avec le PDG et relève directement du Conseil, et il doit assister régulièrement aux réunions du Conseil. Les fonctions du médecin-chef peuvent être déléguées au président d'un CMCL ou à un chef de département au besoin afin d'assurer une prise en charge en temps opportun. Les responsabilités du médecin-chef sont les suivantes :

- (a) dans les limites permises par les ressources de la RRS, veiller à ce que le personnel médical maintienne un niveau élevé de soins aux patients dans tous les établissements conformément à la loi et à leurs règlements, aux règlements administratifs, aux règles des règlements administratifs, aux règles des départements, aux normes de délivrance des permis et d'agrément ainsi qu'aux normes des facultés de médecine affiliées;
- (b) après consultation auprès des membres locaux du personnel médical, nommer le médecin-chef local pour chacun des CMCL de la RRS, comme il est décrit dans les règles de ces règlements administratifs;
- (c) travailler par l'intermédiaire des chefs de département et en collaboration avec ces derniers, et superviser les soins offerts par le personnel médical à tous les patients de la RRS;
- (d) avoir l'autorité lorsqu'il est nécessaire ou approprié de retirer à un membre la responsabilité des soins d'un patient qui, selon le médecin-chef, ne reçoit pas les soins appropriés et l'attribuer à un autre membre du personnel médical;
- (e) recevoir tous les rapports du personnel médical ou de l'administration concernant des situations qui pourraient avoir un effet défavorable sur les soins aux patients dans un établissement et y réagir par l'entremise de canaux appropriés;
- (f) exercer un pouvoir de supervision et un pouvoir disciplinaire sur les membres du personnel médical en ce qui concerne les soins aux patients;
- (g) entreprendre les fonctions prévues dans ces règlements administratifs concernant les plaintes déposées à l'encontre des membres du personnel médical;
- (h) faire en sorte que chaque nouveau membre du personnel médical le rencontre ou rencontre son chef de département afin de veiller à ce qu'il possède les connaissances nécessaires des lois et des règlements pertinents en ce qui concerne les soins aux patients;

- (i) veiller, par l'entremise des chefs de département, à ce que le personnel médical soit tenu informé des changements aux politiques, aux objectifs et aux règlements de la RRS relatifs aux soins des patients;
- (j) conjointement avec les CMCL et le CMC, veiller à ce que tous les membres du personnel médical participent aux séances de formation médicale continue et de perfectionnement professionnel continu;
- (k) documenter et tenter de résoudre les questions importantes concernant des membres individuels du personnel médical, en collaboration avec le directeur médical de la zone;
- (l) promouvoir et maintenir une organisation clinique efficace et efficiente du personnel médical;
- (m) promouvoir et maintenir une communication productive et coopérative entre le personnel médical, l'administration et le Conseil;
- (n) aider l'administration à établir une planification à court terme et à long terme;
- (o) être président du Comité médical consultatif;
- (p) être membre d'office du Comité professionnel consultatif;
- (q) être membre d'office de tous les sous-comités du Comité médical consultatif, de tous les CMCL et de leurs sous-comités respectifs;
- (r) être membre du comité des ressources médicales et aider les directeurs médicaux à planifier et à gérer les exigences en matière de ressources médicales des divers départements;
- (s) veiller, en collaboration avec les directeurs médicaux, à ce qu'un examen annuel de la performance clinique des chefs de département soit mené et formuler des recommandations sur la renomination des chefs de département au personnel médical;
- (t) assumer des fonctions et des responsabilités autres, pouvant parfois lui être attribuées par le PDG ou étant établies dans les règles.

### **B.13.6 Médecin-chef intérimaire**

Avec l'approbation du PDG, le médecin-chef doit désigner un membre du CMC pour le remplacer et agir en son nom en son absence.

### **B.14.0 Politiques du Conseil**

Le Conseil doit veiller à ce que soient établies des politiques conformes à la Loi sur les régies régionales de la santé, à la Loi sur les services hospitaliers, à la Loi hospitalière et aux règlements découlant de ces lois en ce qui concerne l'admission et les soins des patients, ainsi que d'autres politiques et procédures nécessaires pour l'exploitation efficace de la RRS. Les politiques approuvées par le Conseil sont des politiques du Conseil et elles ne peuvent être modifiées qu'avec l'approbation du Conseil.

### **B.15.0 Plan régional de santé et d'affaires**

La RRS doit préparer et soumettre au Ministre un projet de plan régional de santé et d'affaires tenant compte du plan provincial de la santé, comme le prévoit la *Loi sur les régies régionales de la santé*.

### **B.16.0 Rapport annuel au Ministre**

La RRS doit soumettre au Ministre un rapport annuel incluant les états financiers vérifiés et le rapport du vérificateur sur les états financiers avant le 30 juin, chaque année, pour l'exercice précédent. Le rapport annuel doit contenir :

- (a) des rapports sur les activités de la RRS et sur le rendement de cette dernière relativement aux objectifs de rendement fixés par le Ministre;
- (b) un sommaire des états financiers vérifiés de la RRS;
- (c) un sommaire des revenus prévus au budget et effectifs de la RRS ainsi que ses dépenses prévues et effectives;
- (d) un rapport sur les salaires payés aux cadres supérieurs de la RRS;
- (e) tout autre renseignement prescrit par la *Loi sur les régies régionales de la santé*, la *Loi hospitalière*, la *Loi sur les services hospitaliers* ou toute autre loi ou tout autre règlement découlant de ces lois.

### **B.17.0 Année financière**

L'année financière de la RRS commence chaque année le 1<sup>er</sup> avril et se termine le 31 mars de l'année suivante.

### **B.18.0 Opérations bancaires**

Le Conseil doit désigner de temps à autre des banques à charte, des sociétés de fiducie ou des coopératives de crédit dans lesquelles les fonds de la RRS seront déposés et il peut autoriser l'ouverture de ces comptes selon les besoins. Le Conseil peut, par résolution, autoriser un ou plusieurs dirigeants ou employés, pour le Conseil ou au nom du Conseil, à :

- (a) déposer au crédit de la RRS dans une banque, une société de fiducie ou une coopérative de crédit désignée par le Conseil, toutes les sommes reçues par la RRS;
- (b) effectuer un retrait par chèque des fonds de la RRS nécessaires pour le paiement des comptes par la RRS;
- (c) emprunter de l'argent de temps à autre pour répondre aux besoins de la RRS avec l'approbation du Ministre.

### **B.19.0 Signataires**

Le PDG et le directeur des services financiers doivent signer au nom de la RRS et apposer le sceau de la RRS à tous les contrats, toutes les ententes, tous les transferts, toutes les hypothèques ou tous les autres documents nécessitant le sceau. Le Conseil peut autoriser par résolution le PDG ou d'autres employés à exécuter tout contrat, accord ou autre document si le Conseil le juge nécessaire.

## B.20.0 Cautionnement

Les directeurs, les dirigeants et les employés de la RRS désignés par le Conseil doivent souscrire à une assurance contre les détournements auprès d'une société de cautionnement d'un montant approuvé par le Conseil. À la discrétion du Conseil, il est possible de répondre aux exigences susmentionnées grâce à un cautionnement global du personnel. Les frais rattachés à toute assurance contre les détournements souscrite en vertu de cet article seront pris en charge par la RRS.

## B.21.0 Sceau

Le sceau de la RRS doit avoir la forme du sceau imprimé dans le présent document.

## B.22.0 Vérificateur

Les comptes, les dossiers et les opérations financières de la RRS doivent être vérifiés chaque année par un vérificateur externe nommé par le Conseil lors de son assemblée annuelle. Le vérificateur ne doit pas être un dirigeant ni un membre du Conseil et ne doit pas être un employé de la RRS. Le vérificateur ne doit pas avoir ou avoir eu un intérêt direct ou indirect dans une entente ou un contrat conclu par la RRS, autre qu'un contrat concernant la vérification. Le vérificateur ne doit pas être un membre de la famille immédiate d'un dirigeant ou d'un membre du Conseil, ou encore d'un employé de la RRS. Le vérificateur doit soumettre son rapport au Conseil lors de son assemblée annuelle suivante et doit faire rapport de son travail au Conseil lorsque ce dernier lui en fait la demande.

## B.23.0 Associations auxiliaires

- B.23.0.1** Le Conseil peut approuver la formation d'associations auxiliaires appuyant les initiatives de la RRS lorsque cela est jugé utile. De telles associations doivent être dirigées sur l'avis du Conseil pour le bien-être général et à l'avantage de la RRS et de ses patients.
- B.23.0.2** Ce type d'association doit élire ses propres dirigeants et formuler ses propres règlements administratifs et les employés de ces associations ne sont pas considérés comme des employés de la RRS, mais les objectifs, les activités et les règlements administratifs de chaque association doivent être assujettis à l'examen et à l'approbation du Conseil à tout moment. Une association auxiliaire doit, en vertu de cet article, fournir un rapport annuel au Conseil et à tout moment jugé utile par le Conseil.
- B.23.0.3** Une association auxiliaire approuvée en vertu de cet article ou tout membre d'une telle organisation doit se trouver sous le contrôle et la direction du PDG lorsqu'il pénètre dans un établissement de santé. Chaque association auxiliaire doit faire examiner ses opérations financières par un vérificateur. Le vérificateur pour la RRS peut être le vérificateur pour l'association auxiliaire citée dans cet article.
- B.23.0.4** Aucune association ne peut utiliser le nom de la RRS ou de ses établissements pour toute activité sans le consentement écrit du Conseil.

## SECTION C – PERSONNEL MÉDICAL

### C.1.0 Administration médicale

#### C.1.1 Un seul personnel médical

Il ne doit y avoir qu'un seul personnel médical pour l'ensemble de la RRS, et ce, peu importe le nombre d'établissements et de programmes administrés par cette dernière. Malgré ce qui précède, les privilèges accordés aux membres du personnel médical par le Conseil peuvent être restreints à un ou à plusieurs établissements ou programmes et peuvent varier d'un établissement ou d'un programme à l'autre.

#### C.1.2 Structure administrative médicale

Le personnel médical doit être organisé en un certain nombre de départements à l'échelle de la RRS ou de la zone tel qu'il peut être requis et approuvé de temps à autre par le Conseil. Ces départements constitueront à leur tour les divisions à l'échelle de la zone et peuvent être sous-divisés en services au sein des zones telles qu'il peut être requis et approuvé par le CMC de temps à autre.

#### C.1.3 Division des départements

**C.1.3.1** Le chef de département peut, de temps à autre, avec l'approbation du CMC, subdiviser son département en divisions et en services afin de faciliter l'organisation et la formation. Le chef de département doit, avec l'approbation du CMC, nommer des chefs pour chaque division ou service et peut accorder différents degrés d'autonomie, reconnaissant que chaque division ou service fait partie d'un département et est responsable devant le chef de département, qui est lui-même responsable du rendement de toutes les divisions ou de tous les services au sein de son département.

**C.1.3.2** Si une division ou un service n'est plus nécessaire, le chef de département peut, avec l'approbation du CMC, annuler la division ou le service et l'assigner à un département existant approprié.

#### C.1.4 Responsabilités des départements au sein de la RRS ou de la zone

Chaque département a la responsabilité de faire approuver sa structure organisationnelle par le CMC et doit présenter les avis de ses membres au PDG, aux comités pertinents et aux autres départements cliniques et autres secteurs de services de la RRS. Chaque département est responsable de la mise en œuvre de toutes les politiques du CMCL, du CMC et de l'administration dans la mesure où elles s'appliquent au département. Chaque département doit :

- (a) examiner et surveiller les données statistiques précises pertinentes pour les activités du département;

- (b) veiller à une prestation des soins de la meilleure qualité possible;
- (c) vérifier régulièrement les activités des membres relatives aux soins des patients;
- (d) maintenir et promouvoir un programme de FMC ou de PPC pour ses membres;
- (e) contribuer à une expérience d'apprentissage adéquate pour les apprenants;
- (f) collaborer et coopérer avec d'autres départements, divisions et services et tous les autres secteurs de services de la RRS;
- (g) travailler en respectant l'alignement stratégique proposé par le Conseil;
- (h) créer et maintenir les règles du département;
- (i) assumer d'autres responsabilités établies à l'occasion par le département, le médecin-chef, le PDG ou leurs représentants.

### **C.1.5 Formation de nouveaux départements**

Si un groupe de médecins ayant un intérêt commun indique que ou lorsqu'il devient évident pour le PDG que :

- (a) le service à la RRS et à ses patients serait amélioré si un département distinct était créé;  
et
- (b) que le groupe des médecins est prêt à assumer les responsabilités d'exploitation d'un département distinct;

le PDG peut, après avoir consulté le chef de département actuel, le médecin-chef, le CMCL et le CMC, recommander au Conseil qu'un nouveau département soit créé.

### **C.1.6 Modification du statut du département**

Si un département en fait la demande ou si, à tout moment, il devient évident pour le PDG qu'un département est :

- (a) considéré comme incapable de demeurer autonome de façon efficace;  
ou
- (b) incapable de trouver un chef de département intéressé à assumer les responsabilités d'un tel poste et capable de les assumer;

le PDG peut, après avoir consulté le médecin-chef, le CMCL et le CMC, recommander au Conseil que le département fasse partie d'un département existant, de façon temporaire ou permanente.

### **C.1.7 Chefs de département**

Le Conseil doit nommer un chef pour chaque département du personnel médical et le Conseil ou le PDG doit, à l'occasion, définir les fonctions et les responsabilités de chacun. Le chef de département

doit :

- (a) être membre du personnel médical actif;
- (b) exercer la médecine principalement au sein de la RRS;
- (c) être responsable devant le PDG de l'organisation adéquate et du bon fonctionnement de son département;
- (d) si le département est à l'échelle de la zone, être responsable devant le président du CMCL de la supervision générale des soins médicaux ou dentaires ou buccaux et maxillo-faciaux des patients;
- (e) si le département est à l'échelle de la RRS, être responsable devant le président du CMC de la supervision générale des soins médicaux ou dentaires ou buccaux et maxillo-faciaux des patients;
- (f) avoir l'autorité de déléguer les responsabilités d'un département telles que décrites à l'article C.1.4 à une division ou à un service.

Les modalités de nomination des chefs de département doivent être indiquées dans les règles des règlements administratifs.

## **C.2.0 Groupes cliniques**

Si des départements sont présents dans plus d'une zone, le CMC peut recommander au Conseil d'approuver la création de groupes cliniques à l'échelle de la RRS.

### **C.2.1 Responsabilités des groupes cliniques**

Chaque groupe clinique doit :

- (a) élaborer des indicateurs de pertinence et d'efficacité des soins au sein de la spécialité ou de la sous-spécialité et suivre de près ces indicateurs;
- (b) faire son possible pour mettre en œuvre les meilleures pratiques;
- (c) recommander des initiatives d'amélioration de la qualité.

Chacun des médecins, dentistes et chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux membres des groupes cliniques relève de la structure organisationnelle de son propre département, mais les chefs des groupes cliniques doivent rendre compte au CMC.

### **C.2.2 Composition des groupes cliniques**

Chaque groupe clinique au sein d'une spécialité ou d'une sous-spécialité sera composé d'un ou de plusieurs représentants de chaque zone, là où elles existent. Des membres du personnel ou de la direction des programmes cliniques de la RRS peuvent être ajoutés aux groupes cliniques, au besoin,

pour remplir leur mandat.

### **C.2.3 Chefs des groupes cliniques**

Le CMC doit nommer un chef pour chaque groupe clinique du personnel médical et le PDG doit, de temps à autre, définir les fonctions et les responsabilités de chacun. Le chef d'un groupe clinique doit :

- (a) être membre du personnel médical actif;
- (b) exercer principalement au sein de la RRS;
- (c) être responsable devant le CMC et mener à bien le mandat du groupe clinique.

Les modalités de nomination des chefs des groupes cliniques doivent être indiquées dans les règles des règlements administratifs.

### **C.3.0 Droits et obligations des catégories de personnel médical**

Chaque département doit définir, dans ses règles et ses politiques, les responsabilités précises de chaque catégorie de personnel médical. Les membres doivent respecter les responsabilités associées à leurs privilèges; sinon, le Conseil pourrait réduire ou suspendre lesdits privilèges du membre ou y mettre fin. Le Conseil détient l'autorité ultime d'octroyer des privilèges.

#### **C.3.1 Personnel médical actif**

**C.3.1.1** Le personnel médical actif doit être constitué des médecins, des dentistes et des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux qui ont été nommés par le Conseil au personnel médical, qui exercent activement la médecine, la médecine dentaire ou la chirurgie buccale et maxillo-faciale dans la RRS, qui normalement y résident et qui souhaitent aider la RRS à atteindre sa mission. Travailler en tant que membre du personnel médical associé de la RRS représente une condition préalable à la nomination au personnel médical actif. Un membre du personnel médical actif :

- (a) doit assister aux réunions de l'organisation du personnel médical et du département ou des départements auxquels il est nommé;
- (b) doit être admissible pour voter aux réunions de l'organisation du personnel médical et aux réunions du/des département(s) et comité(s) desquels il est membre, pour occuper un poste (sauf indication contraire) et pour être nommé à tout comité;
- (c) peut siéger aux comités tel que ce qui lui est demandé par le Conseil, le PDG, le CMCL, le médecin-chef, le CMC ou le chef de son département;
- (d) peut participer aux activités éducatives et cliniques du département;
- (e) peut participer à la formation du personnel médical, d'autres membres du personnel de la RRS, des étudiants en médecine et des stagiaires en médecine clinique tel que ce qui est

déterminé par son chef de département;

- (f) peut superviser de façon générale les membres du personnel associé conformément à la demande du chef de son département;
  - (g) doit maintenir un niveau satisfaisant de connaissances professionnelles en médecine, en médecine dentaire ou en chirurgie buccale et maxillo-faciale et de capacité dans son domaine d'exercice;
  - (h) doit bénéficier de privilèges en matière d'admission et de traitement, tel qu'il peut être établi et modifié à l'occasion par le Conseil;
  - (i) doit aider la RRS à acquérir ou à conserver l'agrément;
  - (j) doit assumer des fonctions et des responsabilités autres pouvant parfois lui être attribuées par le Conseil, le PDG, le CMC, le CMCL, le chef de son département ou étant établies dans les règlements administratifs, les règles des règlements administratifs et les règles du département.
- C.3.1.2** À la recommandation du chef de département approprié et du médecin-chef, un médecin qui est engagé dans une pratique communautaire clinique complète au sein de la RRS peut être nommé au personnel médical actif sans bénéficier du droit d'admission; ce médecin est alors désigné comme étant actif – sans droit d'admission.

### **C.3.2 Personnel médical associé**

- C.3.2.1** Le personnel médical associé doit être constitué de médecins, de dentistes et de chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ayant exprimé vouloir être nommés au personnel médical actif. Cette nomination est considérée comme une période de probation devant durer un (1) an, au cours de laquelle le rendement du médecin, dentiste ou chirurgien buccal et maxillo-facial et ses compétences cliniques seront évalués. Deux (2) évaluations officielles peuvent être effectuées et le ou les rapports d'évaluation doivent être présentés au Comité d'examen des titres. La première évaluation doit avoir lieu avant six (6) mois de service et la seconde avant la fin de la période de douze (12) mois. Si la première évaluation s'avère non favorable, la période de probation peut être annulée selon l'article C.3.2.4, et ce, sans la nécessité d'une deuxième évaluation.
- C.3.2.2** Sauf s'il s'agit des dentistes, un membre du personnel médical associé doit travailler sous la supervision générale du chef du département auquel il a été assigné par le Conseil. Les dentistes doivent tenir leur chef du département informé de tous les traitements prévus et, si ce dernier en fait la demande, ils doivent donner un préavis d'au moins quarante-huit (48) heures pour tout traitement réel.
- C.3.2.3** Sauf disposition contraire, les membres du personnel médical associé doivent bénéficier de tous les privilèges et avoir toutes les responsabilités d'un membre du personnel médical actif, y compris la présence aux réunions, mais ne peuvent être admissibles à :

- (a) voter lors des réunions du personnel médical;
- (b) être membres du CMCL, du CMC ou du Comité d'examen des titres;
- (c) jouer le rôle de président de tout comité ou occuper un poste.

**C.3.2.4** Durant la période de probation, le Comité d'examen des titres doit passer en revue le ou les rapports d'évaluation et, après consultation avec le chef de département, recommander au Conseil, par l'entremise du CMCL et du CMC :

- (a) que le membre du personnel médical associé soit promu membre du personnel médical actif;
- (b) qu'il reste membre du personnel médical associé pour une période supplémentaire n'excédant pas un (1) an;
- (c) que sa nomination soit annulée;
- (d) qu'il soit suspendu en attente des résultats d'une évaluation.

**C.3.2.5** Lorsqu'un membre du personnel médical associé est resté membre du personnel médical associé pendant une période supplémentaire, le Comité d'examen des titres doit, après consultation avec le chef de département, recommander au Conseil, par l'entremise du CMCL et du CMC, que le membre du personnel médical associé soit promu membre du personnel médical actif ou que sa nomination soit annulée.

### **C.3.3 Personnel médical consultant**

Le personnel médical consultant doit être constitué de médecins, dentistes ou chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux qualifiés faisant preuve d'une capacité professionnelle reconnue et nommés par le Conseil. Le personnel consultant doit être constitué de personnel consultant « exerçant dans la province » et de personnel consultant « exerçant à l'extérieur de la province ».

#### **C.3.3.1 Membres-conseils exerçant dans la province**

Les membres-conseils exerçant dans la province sont des membres du personnel médical actif ou associé dans au moins un (1) établissement qui peuvent être nommés au personnel consultant de tout autre établissement d'une RRS du Nouveau-Brunswick et, à ce titre, ont le privilège d'offrir des services de consultation et de traitement, mais ne bénéficient pas du droit d'admission, sauf dans l'établissement principal où ils exercent et sauf si le CMC juge que cela est nécessaire et que ce droit est approuvé par le Conseil.

Les membres-conseils exerçant dans la province peuvent assister aux réunions de l'organisation du personnel médical et aux réunions du département et peuvent siéger à des comités, mais ils ne peuvent voter ou occuper un poste, sauf s'ils sont des membres actifs ou associés.

### C.3.3.2 Membres-conseils exerçant à l'extérieur de la province

Les membres-conseils exerçant à l'extérieur de la province doivent être des membres de la profession médicale, dentaire ou de la chirurgie buccale et maxillo-faciale autorisés à exercer dans la province du Nouveau-Brunswick à qui le Conseil, à la recommandation du CMC, donne le privilège d'offrir des services de membres-conseils qui, le plus souvent, ne sont pas offerts par le personnel médical de la RRS. Les membres-conseils exerçant à l'extérieur de la province ont le privilège d'offrir des services de consultation et de traitement, mais ne bénéficient pas du droit d'admission, sauf si le CMC juge ceci nécessaire et si le Conseil donne son approbation.

Les membres-conseils exerçant à l'extérieur de la province peuvent assister aux réunions de l'organisation du personnel médical et aux réunions du département, mais ne peuvent pas voter, ni siéger à des comités ou occuper un poste.

### C.3.4 Personnel médical suppléant (« locum tenens »)

**C.3.4.1** Le CMCL peut, à la demande d'un membre ou d'un certain nombre de médecins du personnel médical actif ou associé et après avoir étudié la candidature suivant les règles des règlements administratifs, recommander au Conseil, par l'entremise du CMC, la nomination d'un suppléant comme remplacement prévu du ou des médecins pendant une période précise n'excédant pas celle qui est autorisée dans les règles des règlements administratifs. Si une prolongation est demandée, elle ne doit pas dépasser le 30 juin ou l'assemblée annuelle du Conseil et elle peut être accordée, par le Conseil, à la suite de la recommandation du chef de département et du ou des médecins responsables. Le rendement et la pratique clinique du suppléant doivent être évalués par le chef de département au cours de son premier mandat, comme le prévoient les règles.

**C.3.4.2** Un suppléant :

- (a) doit avoir des privilèges et des responsabilités cliniques qui sont déterminés par le chef de département et approuvés par le Conseil;
- (b) ne peut pas voter lors des réunions du personnel médical ou des réunions de département;
- (c) peut être membre des comités (autres que le Comité d'examen des titres), mais ne doit pas y jouer le rôle de président;
- (d) doit avoir d'autres responsabilités, comme le prévoient les règles des règlements administratifs et les règles du département.

### C.3.5 Personnel médical invité

**C.3.5.1** Le personnel médical invité doit être constitué de membres de la profession médicale, de la profession de dentiste ou de la profession de chirurgie buccale et maxillo-faciale autorisés à exercer au Nouveau-Brunswick. Le Conseil peut nommer un médecin, un dentiste ou un chirurgien buccal et maxillo-facial au personnel médical invité dans une ou plusieurs des circonstances suivantes :

- (a) le candidat est engagé activement au sein d'une autre RRS ou d'un autre établissement à l'extérieur de la province;
- (b) le candidat a déjà un engagement envers une autre organisation ou a déjà une relation contractuelle avec une autre organisation et n'est pas rémunéré par l'Assurance-maladie.

**C.3.5.2** Le Conseil peut accorder des privilèges au personnel médical invité, dans un ou tous les établissements de la RRS, tels que :

- (a) demander des examens diagnostics et d'autres services offerts aux patients externes pour ses propres patients;
- (b) aiguiller vers un autre médecin de la RRS;
- (c) offrir des services de consultation par l'entremise des technologies de télémédecine.

**C.3.5.3** Les membres du personnel médical invité peuvent, sur invitation du chef de département, assister aux réunions de l'organisation du personnel médical et aux réunions de département, mais ils ne peuvent pas voter, ni occuper un poste ou être membres d'un comité.

### **C.3.6 Assistant clinique**

Un assistant clinique est un médecin autorisé à exercer au Nouveau-Brunswick et nommé par le Conseil pour une tâche précise, selon la recommandation du chef de département. Les demandes de privilèges doivent être effectuées par l'entremise du processus habituel. Les descriptions de postes seront élaborées pour chaque candidat par leur chef de département respectif et soumises au Comité d'examen des titres avec la candidature. Un assistant clinique doit :

- (a) assister aux réunions de l'organisation du personnel médical et aux réunions du ou des départements auxquels il est nommé, mais il ne peut voter qu'à la fin d'une période de probation de douze (12) mois et ne doit pas occuper de poste;
- (b) siéger aux comités auxquels il est nommé par le Conseil, le PDG, le CMC, le CMCL ou le chef de son département, mais il ne doit pas y jouer le rôle de président;
- (c) participer aux activités éducatives et cliniques du service;
- (d) maintenir un niveau satisfaisant de connaissances professionnelles en médecine ou en médecine dentaire et de capacité dans son domaine d'exercice;
- (e) bénéficier de privilèges en matière d'admission et de traitement, tel qu'il peut être établi et modifié à l'occasion par le Conseil;
- (f) aider la RRS à acquérir ou à conserver l'agrément;
- (g) assumer des fonctions et des responsabilités autres pouvant parfois lui être attribuées par le Conseil, le PDG, le CMC, le CMCL, le chef de son département ou étant établies dans les

règlements administratifs, les règles des règlements administratifs et les règles du département.

### **C.3.7 Fellow clinique**

**C.3.7.1** Un fellow clinique est un médecin qui a satisfait aux exigences minimales pour obtenir les qualifications en formation de spécialiste du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou les qualifications du Collège des médecins de famille du Canada, et qui est autorisé à exercer au Nouveau-Brunswick. Une telle nomination devrait être réservée à un médecin :

- (a) pour qu'il consacre une période donnée à enseigner ou à faire de la recherche;
- (b) pour qu'il approfondisse sa formation de spécialiste en préparation aux examens;
- (c) qui est déjà un spécialiste qualifié exerçant la médecine, afin qu'il suive à nouveau une formation et un enseignement plus approfondis pendant une certaine période.

Ses fonctions, privilèges et affectations doivent être définis par le chef de département. Un fellow clinique ne doit pas occuper de poste dans l'établissement de résidence. La durée de sa nomination est d'un (1) an, mais elle peut être renouvelée pour une seconde année dans des circonstances exceptionnelles. Les fellows cliniques ne doivent pas travailler en dehors des établissements de la RRS, sauf si le chef du département concerné et le PDG les y autorisent.

**C.3.7.2** Ils peuvent être invités à assister aux réunions de l'organisation du personnel médical et aux réunions de département, mais ils ne peuvent pas voter, ni siéger à des comités ou occuper un poste.

### **C.3.8 Stagiaire en médecine clinique**

Un stagiaire en médecine clinique est un médecin autorisé à exercer la médecine au Nouveau-Brunswick ou possédant une carte de stage du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick qui peut être accepté comme stagiaire en médecine clinique par le PDG dans plusieurs services dans le but :

- (a) d'évaluer son expertise;
- (b) ou de renforcer son expertise.

Les privilèges du stagiaire en médecine clinique doivent être définis par écrit par le chef du département concerné et approuvés par le Conseil à la recommandation du CMCL et du CMC. Le stagiaire en médecine clinique est supervisé par un membre du département auquel il est affecté, mais il ne bénéficie pas du droit d'admission. Il peut assister aux réunions de département sur l'invitation du chef de département, mais il ne peut pas voter, ni occuper un poste ou siéger à des comités. Les stagiaires en médecine clinique doivent travailler sous la direction et la discipline du chef du département auquel ils sont affectés et du PDG.

## C.4.0 Personnel affilié

Le personnel affilié est composé de médecins, de personnes n'étant pas médecins, mais possédant des compétences liées à la médecine ou de personnes autres ayant contribué à la prestation des soins de santé. Bien que ces personnes ne fassent pas partie de l'effectif régulier du personnel médical, elles contribuent à la prestation des soins aux patients. Les membres du personnel affilié ne peuvent admettre ou traiter des patients, voter lors des réunions du personnel médical ou occuper un poste et sont notamment des apprenants en médecine, des scientifiques et des membres honoraires du personnel médical.

### C.4.1 Apprenants en médecine

Un apprenant en médecine est un diplômé en médecine ayant une carte de stage du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ou un étudiant de premier cycle en médecine que le PDG inscrit dans un établissement hospitalier aux fins de formation à la demande d'une faculté de médecine canadienne. Les apprenants en médecine sont notamment des stagiaires du premier cycle et des cycles supérieurs. Ils ne doivent pas bénéficier du droit d'admission, mais ils peuvent traiter les patients sous la supervision du médecin traitant du patient. Ils peuvent assister aux réunions de département sur l'invitation du chef de département, mais ne peuvent pas voter, ni occuper un poste ou siéger à des comités. Les apprenants en médecine doivent être sous la direction et la discipline du chef du département auquel ils sont affectés, du doyen ou de son délégué et du PDG. Les mesures disciplinaires imposées aux apprenants en médecine le seront sous réserve des dispositions de l'entente entre la RRS et l'université.

### C.4.2 Personnel scientifique

- C.4.2.1** Un scientifique ou tout autre travailleur de la santé qui n'est pas qualifié du point de vue médical, mais qui, en raison de ses connaissances ou compétences spéciales, participe étroitement à la gestion clinique des patients, peut être invité à déposer une demande de nomination au personnel affilié en tant que membre du personnel scientifique à la suite d'un vote affirmatif du CMCL et du CMC. Un membre du personnel scientifique doit habituellement détenir un diplôme universitaire d'études supérieures dans un domaine scientifique pertinent et jouer un rôle important dans les soins aux patients. Le cas échéant, il devra répondre aux normes établies par les organismes de réglementation professionnelle et les associations professionnelles. Le CMC peut, à sa discrétion, inviter un travailleur de la santé ayant une formation technique plutôt qu'une formation universitaire. Un membre du personnel scientifique ne doit pas bénéficier du droit d'admission. Il peut donner des conseils concernant les soins des patients, assister aux réunions du personnel médical et siéger à des comités, au besoin, mais il ne peut ni voter ni occuper un poste.
- C.4.2.2** Aucune disposition de ces règlements administratifs ne doit remplacer ou annuler la relation professionnelle ou contractuelle qui existe entre la RRS et un membre du personnel scientifique.

### **C.4.3 Personnel médical honoraire**

- C.4.3.1** Le personnel médical honoraire doit être constitué de médecins ou d'autres personnes qui ont fait d'importantes contributions dans le domaine des soins de santé et à qui le Conseil, à la recommandation du CMC, peut vouloir donner le titre honoris causa. Dans le cas des médecins, dentistes et chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux, affiliés à la RRS, ils sont à la retraite et n'exercent plus la médecine, la dentisterie ou la chirurgie buccale et maxillo-faciale dentaire au moment de recevoir l'honneur.
- C.4.3.2** Le personnel médical honoraire n'a pas de fonctions assignées. Il ne doit pas bénéficier de privilèges. Il peut assister aux réunions du personnel médical en tant qu'invité sans droit de vote et peut être invité à participer aux comités à titre de conseiller, mais ne peut occuper un poste.

## **C.5.0 Nominations et délivrance de titres au personnel médical**

### **C.5.1 Code de déontologie**

Chaque membre du personnel médical doit respecter le code de déontologie de l'Association médicale canadienne ou le code de déontologie de l'Association dentaire canadienne ainsi que le code de déontologie qui peut à l'occasion être établi ou cité dans les règles des règlements administratifs.

### **C.5.2 Assurance et protection de responsabilité**

Tous les membres du personnel médical doivent souscrire à une police d'assurance de responsabilité professionnelle valide que le Conseil de la RRS juge acceptable et la conserver ou veiller à être membres d'une organisation couvrant sa responsabilité civile que le Conseil de la RRS juge acceptable.

### **C.5.3 Compétences**

La qualité de membre du personnel médical doit être limitée aux diplômés des écoles de médecine qui détiennent un permis délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick, dans le cas de la dentisterie, aux personnes qui détiennent un permis délivré par la Société dentaire du Nouveau-Brunswick ou dans le cas de la chirurgie buccale et maxillo-faciale, aux titulaires d'un permis de spécialiste en chirurgie bucco-dentaire et maxillo-faciale délivré conformément à la *Loi dentaire du Nouveau-Brunswick* de 1985.

### **C.5.4 Nouvelles nominations – Délivrance de titres et octroi de privilèges**

- C.5.4.1** Le Conseil peut nommer une personne au personnel médical après qu'une candidature à la nomination sur un formulaire établi par le Conseil aura été soumise au PDG, que la candidature aura été examinée par le Comité d'examen des titres du CMCL approprié et qu'une recommandation aura été reçue de la part du chef de département concerné, du Comité d'examen des titres, du CMCL et du CMC.

**C.5.4.2** Le formulaire de demande du Conseil doit inclure, sans toutefois s'y limiter, la reconnaissance que le candidat accepte d'effectuer des tâches de service de garde, de couverture en salle d'urgence et d'assistance chirurgicale telles qu'elles sont déterminées par le chef de son département.

**C.5.4.3** L'examen d'une candidature pour une nouvelle nomination et pour l'obtention de privilèges ou pour une demande de privilèges supplémentaires :

(a) doit prendre en considération les exigences en matière de ressources médicales, dentaires ou de chirurgie buccale et maxillo-faciale du service concerné;

(b) la candidature sera évaluée en fonction :

- i. des ressources disponibles et des capacités physiques de la RRS;
- ii. des titres de compétence et de l'expérience du candidat pour les privilèges demandés;
- iii. du caractère, de la compétence et de l'aptitude de la pratique du candidat;
- iv. d'autres facteurs que le Conseil peut de temps à autre juger pertinents ou qui sont définis dans les règles des règlements administratifs.

**C.5.4.4** Tous les médecins, les dentistes et les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux nommés au personnel médical doivent accepter par écrit l'énoncé de mission et de philosophie de la RRS et doivent accepter par écrit de se conformer à la *Loi sur les régies régionales de la santé* et à ses règlements, aux règlements administratifs, aux règles des règlements administratifs, aux règles du département et aux politiques de la RRS. Ils doivent aussi accepter de fournir une décharge écrite autorisant la RRS à obtenir d'autres renseignements que pourrait exiger le Conseil, de temps à autre, relativement à la compétence, à la capacité et à la conduite.

**C.5.4.5** La nomination d'un médecin, d'un dentiste ou d'un chirurgien buccal et maxillo-facial doit comprendre des responsabilités cliniques clairement définies pour tous les départements auxquels le médecin, le dentiste ou le chirurgien buccal et maxillo-facial est nommé. Un médecin, un dentiste ou un chirurgien buccal et maxillo-facial ne sera pas autorisé à modifier ses responsabilités cliniques, telles que décrites dans sa nomination, sans l'approbation préalable du Conseil, à la recommandation du chef de département, des membres du département, du CMCL et du CMC. Le non-respect des responsabilités cliniques définies de la part d'un médecin ou d'un dentiste sera considéré comme une question disciplinaire, comme le prévoient les articles C.6 et C.7 des règlements administratifs. Chaque nouvelle personne nommée doit comprendre et accepter par écrit les obligations et les conséquences qui précèdent.

**C.5.4.6** Dans le cas des départements d'enseignement, la nomination d'un médecin, d'un dentiste ou d'un chirurgien buccal et maxillo-facial doit inclure des responsabilités éducatives et cliniques bien définies. Les médecins, les dentistes et les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ne seront pas autorisés à modifier leur responsabilité d'enseignement ou leur responsabilité clinique, telle qu'elle est décrite dans leur nomination, sans l'approbation préalable du Conseil, à la recommandation du chef de département, des membres du département, du CMCL et du CMC.

Le non-respect des obligations susmentionnées sera considéré par le Conseil comme une question disciplinaire, comme le prévoient les articles C.6 et C.7 des règlements administratifs. Chaque nouvelle personne nommée doit comprendre et accepter par écrit les obligations et les conséquences qui précèdent.

### **C.5.5 Processus – Nouvelles nominations et privilèges additionnels**

**C.5.5.1** Toutes les candidatures pour de nouvelles nominations au personnel médical ou pour l'obtention de privilèges supplémentaires doivent être soumises au PDG. Le PDG ne doit pas transmettre une candidature au CMCL (qui la fera parvenir au Comité d'examen des titres pertinent aux fins de considération), à moins qu'il n'ait d'abord établi, après avoir consulté le chef du département concerné, qu'un poste au sein du personnel médical correspondant au poste pour lequel la candidature a été effectuée est vacant ou qu'il est nécessaire d'accorder des privilèges supplémentaires.

**C.5.5.2** Les autres procédures de candidature à la nomination et à la renomination au personnel médical doivent être telles qu'elles sont établies de temps à autre par le Conseil et décrites dans les règles des règlements administratifs.

### **C.5.6 Processus – Renominations**

**C.5.6.1** Tous les médecins, les dentistes et les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux doivent soumettre leur candidature au PDG pour une renomination au personnel médical sur une base biennale. L'année où la nomination se termine, la candidature doit être soumise avant la date fixée par le Conseil, sur un formulaire prévu par le Conseil.

Le formulaire doit inclure, sans toutefois s'y limiter, la reconnaissance que le candidat accepte d'effectuer des tâches de service de garde, de couverture en salle d'urgence et d'assistance chirurgicale telles qu'elles sont déterminées par le chef de son département.

**C.5.6.2** L'examen d'une candidature pour une renomination et l'obtention de privilèges doivent prendre en considération :

(a) les exigences en matière de ressources médicales, dentaires ou de chirurgie buccale et maxillo-faciale du service concerné;

(b) la candidature sera prise en considération et sera évaluée en fonction :

- i. des ressources disponibles et des capacités physiques de la RRS;
- ii. des titres de compétence du candidat pour les privilèges demandés;
- iii. de l'expérience du candidat et de son rendement antérieur, incluant toute matière disciplinaire;
- iv. du caractère, de la compétence et des aptitudes de la pratique du candidat;

- v. de la recommandation du chef de département;
- vi. d'autres facteurs que le Conseil peut, de temps à autre, juger pertinents ou qui sont définis dans les règles des règlements administratifs.

**C.5.6.3** La renomination d'un médecin, d'un dentiste ou d'un chirurgien buccal et maxillo-facial doit inclure des responsabilités cliniques bien définies pour chaque département auquel le médecin, le dentiste ou le chirurgien buccal et maxillo-facial est nommé. Les médecins, les dentistes et les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ne seront pas autorisés à modifier leurs responsabilités cliniques, telles que décrites dans sa nomination, sans l'approbation préalable du Conseil, à la recommandation du chef de département, des membres du département, du CMCL et du CMC. Le non-respect des responsabilités cliniques définies par un médecin ou un dentiste sera considéré comme une question disciplinaire, comme le prévoient les articles C.6 et C.7 des règlements administratifs. Chaque personne nommée doit comprendre et accepter par écrit les obligations et les conséquences qui précèdent.

**C.5.6.4** Dans le cas des départements d'enseignement, la renomination d'un médecin, d'un dentiste ou d'un chirurgien buccal et maxillo-facial doit inclure des responsabilités éducatives et cliniques bien définies. Les médecins, les dentistes et les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ne seront pas autorisés à modifier leur responsabilité d'enseignement ou leur responsabilité clinique, telle qu'elle est décrite dans leur nomination, sans l'approbation préalable du Conseil, à la recommandation du chef de département, des membres du département, du CMCL et du CMC. Le non-respect des obligations susmentionnées sera considéré par le Conseil comme une question disciplinaire, comme le prévoient les articles C.6 et C.7 des règlements administratifs. Chaque personne nommée doit comprendre et accepter par écrit les obligations et les conséquences qui précèdent.

**C.5.6.5** Tous les médecins, les dentistes et les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux renommés au personnel médical doivent accepter par écrit l'énoncé de mission et de philosophie de la RRS et doivent accepter par écrit de se conformer à la *Loi sur les régies régionales de la santé* et à ses règlements, aux règlements administratifs, aux règles des règlements administratifs, aux règles du département et aux politiques de la RRS.

### **C.5.7 Nominations conjointes**

Un membre qui souhaite exercer dans plus d'un département doit présenter une demande de nomination conjointe. Le membre doit respecter les exigences de chaque département pour lequel il a présenté une demande. Le Conseil peut de temps à autre nommer des membres du personnel médical à plus d'un département, conformément aux procédures de nomination habituelles. Lorsque le Conseil procède à une nomination conjointe, il doit désigner le département qui sera le département principal du membre.

### **C.5.8 Refus, réduction ou suspension des privilèges**

**C.5.8.1** Les dispositions de cet article ne s'appliquent qu'aux membres du personnel médical.

Si, à une étape du processus de vérification des titres, le CMCL ou le CMC recommande :

(a) le refus partiel ou complet des privilèges revendiqués par un membre du personnel médical;  
ou

(b) une suspension des privilèges d'un membre du personnel médical, la procédure suivante doit s'appliquer.

**C.5.8.2** La recommandation doit être remise au PDG, au médecin-chef et au membre du personnel médical concerné en leur remettant la recommandation en main propre ou en l'envoyant par tout moyen d'obtenir un accusé de réception dans les plus brefs délais possible.

**C.5.8.3** La recommandation doit préciser les raisons justifiant le refus d'octroyer les privilèges revendiqués ou de suspendre les privilèges **et doit être envoyée au CA, qui a la décision finale. Le membre et la RRS peuvent demander à se présenter devant le Conseil, mais ils n'ont pas droit à une audience.**

### **C.5.9 Privilèges temporaires**

Après consultation avec le médecin-chef ou le directeur médical concerné et le chef de département concerné, le PDG peut accorder des privilèges temporaires pour une durée ne dépassant pas douze (12) semaines consécutives et dans un but précis à un médecin, à un dentiste ou à un chirurgien buccal et maxillo-facial qui n'est pas membre du personnel médical. Dans l'exercice de ces privilèges, le bénéficiaire devra rester sous la supervision générale du chef de département concerné. Le Comité exécutif du Conseil peut approuver la prolongation des privilèges temporaires pour une autre période de douze (12) semaines. Le Conseil doit être mis au courant de l'octroi de privilèges temporaires. L'octroi de privilèges temporaires n'accorde pas l'adhésion au personnel médical.

### **C.5.10 Absence autorisée**

**C.5.10.1** Après consultation avec le département concerné, le PDG peut, pour n'importe quelle raison et selon n'importe quelle modalité, accorder un congé à un membre du personnel médical pour une période de douze (12) mois consécutifs au maximum. Si l'absence d'un membre du personnel médical se prolonge au-delà de la durée autorisée par le PDG, il en sera déduit que le membre a démissionné du personnel médical.

**C.5.10.2** Cette section ne doit pas régir les congés pour raisons médicales.

**C.5.10.3** Les conditions relatives au retour du membre après le congé doivent être régies par les règles du département.

### **C.5.11 Restriction/suspension d'urgence**

- C.5.11.1** Dans le cas où le PDG et/ou le médecin-chef remarque un problème grave ou un problème potentiel qui, à son avis, nuit ou peut nuire aux soins des patients ou à la sécurité des patients ou du personnel, et où la prise de mesures immédiates est nécessaire à la protection de la sécurité et des intérêts des patients ou du personnel, le PDG peut, après avoir consulté le médecin-chef, restreindre ou suspendre les privilèges d'un membre du personnel médical par voie de procédure sommaire en avisant ce membre par écrit.
- C.5.11.2** Le PDG doit signaler au Conseil, au Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ou à l'Association dentaire du Nouveau-Brunswick, à toute autre RRS au Nouveau-Brunswick et, si cela est nécessaire en vertu de dispositions législatives, à la Direction de l'assurance-maladie du ministère de la Santé, toutes les restrictions et suspensions d'urgence de privilèges.
- C.5.11.3** Si le PDG impose une suspension à un membre, il doit immédiatement veiller à ce que des dispositions soient prises pour assurer la qualité des soins prodigués aux patients touchés par la suspension dudit membre et à ce qu'un médecin traitant remplaçant soit nommé et figure sur le dossier clinique du patient, au besoin.
- C.5.11.4** Dans les cas de restrictions ou de suspensions sommaires d'un membre du personnel médical, le médecin-chef doit prendre les mesures appropriées pour veiller à ce que ces restrictions ou suspensions soient traitées conformément à la procédure prévue aux règlements administratifs.

### **C.6.0 Discipline**

Tous les membres du personnel médical sont visés par les procédures disciplinaires et les dispositions des présentes. Les mesures disciplinaires doivent être proportionnelles à la gravité de l'infraction et tenir compte de tous les facteurs pertinents, y compris le dossier disciplinaire antérieur du membre. Voici certaines des mesures disciplinaires et des sanctions possibles :

- (a) une réprimande verbale ou écrite;
- (b) l'obligation de respecter des conditions;
- (c) une suspension ou probation temporaire, avec ou sans conditions;
- (d) une supervision obligatoire ou un test obligatoire de dépistage de drogues et d'alcool;
- (e) une formation obligatoire;
- (f) une modification, une réduction, un retrait ou une révocation des privilèges;
- (g) le renvoi du personnel médical;
- (h) toute autre mesure disciplinaire pouvant être considérée comme appropriée.

## C.7.0 Conduite passible de mesures disciplinaires

**C.7.0.1** Une conduite passible de mesures disciplinaires comprend notamment les gestes, les omissions, les énoncés, les comportements et la conduite professionnelle ou personnelle qui :

- (a) exposent ou sont raisonnablement susceptibles d'exposer les patients ou le personnel à des dangers ou à des blessures;
- (b) nuisent ou sont raisonnablement susceptibles de nuire aux patients ou au personnel ou à la prestation de soins de qualité aux patients au sein de la RRS;
- (c) constituent ou sont raisonnablement susceptibles de constituer de l'abus, incluant le comportement du membre;
- (d) entraînent l'imposition de sanctions par un collègue;
- (e) sont contraires aux règlements administratifs, aux règles des règlements administratifs, aux règles du département et aux politiques et procédures de la RRS, ou à toute loi ou exigence législative pertinente et applicable;
- (f) constituent le non-respect d'un contrat ou d'une lettre d'emploi, de conditions d'emploi ou d'une lettre d'offre d'emploi.**

**C.7.0.2** Sans restreindre le caractère général de ce qui précède, les énoncés suivants sont des exemples de conduite passible de mesures disciplinaires :

- (a) comportement non professionnel ou contraire à l'éthique, comme le définit de temps à autre le code de déontologie de l'Association médicale canadienne, le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick, la Société dentaire du Nouveau-Brunswick, l'Association dentaire canadienne ou tout autre organisme professionnel d'attribution des permis pour la province du Nouveau-Brunswick pour le personnel dentaire, ou comme le prévoit toute loi en vigueur dans la province du Nouveau-Brunswick;
- (b) incompetence ou lacunes manifestes en pratique clinique;
- (c) plainte traitée dans le cadre de toute directive sur les comportements en milieu de travail de la RRS, mais qui n'a pu être résolue aux termes de cette directive;
- (d) violation des règlements administratifs, des règles des règlements administratifs, des règles du département ou de toute entente officielle avec la RRS, des politiques et procédures existantes de la RRS ou de toute directive ou politique du Conseil de gestion ou d'un ministère;
- (e) comportement qui est non professionnel ou qui perturbe les activités de la RRS. Les comportements perturbateurs en milieu de travail sont notamment les comportements verbaux ou non verbaux qui, de par leur nature, peuvent :
  - i. faire preuve de non-respect à l'endroit d'autres personnes dans le lieu de travail;
  - ii. nuire ou avoir le potentiel de nuire aux soins prodigués aux patients;

- iii. refléter le mauvais usage d'un déséquilibre du pouvoir entre les parties;
- (f) défaut de se conformer aux conditions de toute mesure disciplinaire, sanction ou mesure corrective imposée à un membre;
- (g) défaut d'entreprendre les engagements administratifs, d'enseignement clinique et de recherche assignés et convenus de façon mutuelle;
- (h) défaut répété de procéder à la consignation des notes au dossier comme l'exige la *Loi hospitalière* et comme le prévoient les règles des règlements administratifs et les règles du département;
- (i) toute autre affaire qui, selon le PDG ou le médecin-chef, doit faire l'objet d'une enquête conformément aux dispositions des présents règlements administratifs.

### **C.8.0 Plainte contre un membre du personnel médical**

- C.8.0.1** Toute plainte contre un membre du personnel médical relativement à toute question prévue à l'article C.7 ou toute autre plainte doit être déposée auprès du chef de département ou du médecin-chef ou lui être acheminée.
- C.8.0.2** Le chef de département et le médecin-chef doivent se tenir informés et doivent informer le PDG et le VP aux Services médicaux de la situation si l'un ou l'autre reçoit une plainte contre un membre relativement à une affaire exposée à l'article C.7 ou toute autre plainte, ou s'ils sont au courant d'une affaire exposée à l'article C.7.
- C.8.0.3** Dès que le médecin-chef reçoit une plainte ou lorsqu'il est mis au courant d'une affaire prévue à l'article C.7, il peut mettre en place les étapes initiales pour régler l'affaire avant d'entreprendre les procédures disciplinaires officielles prévues aux présentes et le membre du personnel médical doit être informé de la nature de toute plainte et avoir la possibilité de répondre.
- C.8.0.4** Si l'affaire n'est pas en mesure de se régler dans les trente (30) jours après la réception de la plainte ou après avoir été mis au courant de toute l'affaire prévue à l'article C.7, le médecin-chef peut, après avoir consulté le chef de département et avec le consentement du membre du personnel médical, renvoyer l'affaire à un processus alternatif de règlement des différends et s'il n'y a pas de consentement à une audience formelle.
- C.8.0.5** Si la plainte contre le membre du personnel médical concerne la violation d'une politique de la RRS, notamment la politique sur le harcèlement en milieu de travail et la politique sur la protection de la vie privée, elle doit être examinée conformément au mécanisme établi dans la politique.
- C.8.0.6** Si le mécanisme prévu dans la politique en cause ne permet pas de résoudre la plainte, le PDG doit soumettre l'affaire au médecin-chef, qui suivra les procédures de mesures disciplinaires prévues aux règlements.
- C.8.0.7** Tous les documents résultant du mécanisme d'examen et d'enquête prévu à la politique, de même que les recommandations, le cas échéant, devront être remis à l'audience (panel).
- C.8.0.8** Un membre du personnel médical doit agir de bonne foi dans les efforts de résolution d'une plainte et ne devrait pas refuser de rencontrer le chef du département ou le médecin-chef, le cas échéant.

## **C.9.0 Processus alternatif de règlement des différends**

- C.9.0.1** Le processus alternatif de règlement des différends adopté en vertu de l'article C.8.0.4 est une tentative pour obtenir par médiation le règlement de tout différend avec le consentement mutuel des parties et, aux termes de l'article C.9.0.2, il doit être mené sans porter atteinte aux parties dans les soixante (60) jours suivant la nomination du médiateur.
- C.9.0.2** Pour le processus alternatif de règlement des différends, le médecin-chef doit nommer un médiateur qui convient aux parties.
- C.9.0.3** Toutes les communications et les discussions au cours du processus alternatif de règlement des différends sont privilégiées et ne doivent pas être divulguées dans le cadre des procédures disciplinaires subséquentes, le cas échéant.

Si l'affaire est résolue par l'entremise du processus alternatif de règlement des différends :

- (a) l'affaire et le règlement proposé doivent être rapportés au médecin-chef à des fins d'étude;
  - (b) si le règlement proposé n'est pas approuvé par le médecin-chef après consultation avec le chef de département, la plainte sera renvoyée pour audience aux termes de la section C.10.0.
- C.9.0.4** Si l'affaire n'est pas réglée ou si, selon l'opinion du médiateur, l'affaire ne peut être réglée par l'entremise du processus alternatif de règlement des différends, la plainte doit être envoyée à une audience.
- C.9.0.5** Si le règlement proposé à la suite du processus alternatif de règlement des différends suppose la modification ou le retrait des privilèges du membre, la procédure suivante doit être appliquée :
- (a) le règlement proposé doit être présenté au PDG;
  - (b) si le PDG est d'accord avec le règlement proposé et la modification des privilèges, il doit soumettre le règlement au CMC;
  - (c) si le PDG n'est pas d'accord avec le règlement proposé et les modifications proposées aux privilèges, il doit soumettre l'affaire au médecin-chef pour audience;
  - (d) si le CMC est d'accord avec le règlement proposé, le PDG doit soumettre l'affaire au Conseil de la RRS pour décision finale;
  - (e) si le Conseil approuve le règlement proposé et les modifications proposées aux privilèges, il doit soumettre l'affaire au médecin-chef, qui procédera à l'adoption du règlement et des modifications;
  - (f) si le CMC n'est pas d'accord avec le règlement proposé et les modifications proposées aux privilèges, il doit soumettre l'affaire au médecin-chef pour audience.

**C.10.0.1****C.10.0 Audience (panel)**

Le panel doit être nommé par le médecin-chef ou son représentant désigné dans les trente (30) jours suivant la demande d'audience. À la discrétion du médecin-chef ou de son remplaçant désigné, le panel pourra être formé de trois (3) membres ou de cinq (5) membres.

Le médecin-chef ou son remplaçant désigné nommera un membre, qui présidera l'audience.

Un panel de trois (3) membres comportera trois (3) membres du personnel médical qui n'auront pas participé au processus alternatif de règlement des différends et la majorité des membres de l'audience devront provenir des zones de santé autres que la zone principale dans laquelle le membre qui est l'objet de l'enquête exerce la médecine.

Un panel de cinq (5) membres comportera quatre (4) membres du personnel médical dont au moins trois (3) proviendront du Réseau de santé Vitalité et un sera un employé de la RRS. Aucun membre du panel ne devra avoir participé au processus alternatif de règlement des différends. La majorité des membres du panel devront provenir des zones de santé autres que la zone principale dans laquelle le membre qui fait l'objet de l'enquête exerce la médecine.

**C.11.0 Processus d'audience****C.11.0.1**

Dès qu'une affaire est envoyée à une audience aux termes de l'article C.8 ou C.9, le panel doit déterminer la date, l'heure et le lieu de l'audience, qui devra avoir lieu dans les soixante (60) jours suivant la réception de l'affaire.

**C.11.0.2**

Le panel doit étudier tout document qu'il juge pertinent. Le panel peut engager des consultants externes, y compris un conseiller juridique.

**C.11.0.3**

Le membre doit être avisé de la tenue de l'audience trente (30) jours à l'avance ainsi que de la date, de l'heure et du lieu de l'audience, et se voir remettre une liste ou des copies de tous les documents dont le panel est alors en possession et qu'il a l'intention de consulter lors de l'audience.

**C.11.0.4**

Lors de l'audience, le panel doit suivre les procédures stipulées à l'article C.12. En ce qui concerne les cas pour lesquels aucune disposition n'est prévue dans cet article, le panel doit adopter les règles de procédure qu'il considère propices à un règlement juste et rapide des différends.

**C.11.0.5**

Dans les trente (30) jours suivant la fin de l'audience, le panel doit préparer un rapport écrit contenant ses conclusions ainsi que ses recommandations et les motifs y afférents et présenter son rapport au membre, au médecin-chef et au PDG.

**C.11.0.6**

Si la décision et les recommandations du panel ne comprennent pas la modification des privilèges du membre, la décision est finale et exécutoire, et le médecin-chef doit prendre les mesures nécessaires à la mise en œuvre des recommandations du panel.

**C.11.0.7** Si la décision et les recommandations mises de l'avant par le panel impliquent la modification des privilèges du membre, le médecin-chef doit envoyer le rapport au CMC pour recommandation au PDG et au Conseil.

## **C.12.0 Procédure à suivre lors des audiences**

La procédure à suivre lors d'une audience comporte les éléments suivants :

- (a) le membre concerné peut comparaître à l'audience et peut être représenté par un avocat ou un mandataire;
- (b) la RRS peut être une partie à l'audience, être représentée par un avocat et présenter des éléments de preuve;
- (c) le panel peut procéder à l'audience en l'absence du membre concerné, de son avocat ou de son mandataire, à condition qu'un avis de la tenue de l'audience ait été remis au membre comme l'exigent les dispositions des présents règlements administratifs;
- (d) le panel peut ajourner l'audience en tout temps et, le cas échéant, doit fixer la date, l'heure et le lieu de la reprise de l'audience, et doit envoyer au membre, s'il est absent au moment de l'ajournement, un avis écrit comportant ces renseignements;
- (e) l'audience doit se dérouler à huis clos;
- (f) aucune preuve n'est admissible devant le panel, à moins qu'au moins sept (7) jours avant l'audience le membre ou la RRS :
  - (i.) dans le cas de preuves documentaires écrites, n'ait eu la possibilité d'examiner les éléments de preuve;
  - (ii.) dans le cas de preuves produites par un expert, n'ait obtenu une copie du rapport d'expert écrit ou, s'il n'y a aucun rapport écrit, un résumé écrit des éléments de preuve;
  - (iii.) dans le cas de preuves produites par un témoin, n'ait été mis au courant de l'identité du témoin ainsi que d'un résumé de la preuve du témoin;
- (g) nonobstant l'article C.12(f), le panel peut, à sa discrétion, permettre la présentation d'éléments de preuve qui seraient autrement inadmissibles en vertu de l'article C.12(f) et donner les orientations qu'elle jugera nécessaires pour veiller à ce que le membre ou la RRS ait la possibilité de répondre;
- (h) toutes les actions du panel doivent être décidées par le vote d'une majorité des membres présents;
- (i) aucun membre du panel ne doit prendre part à une décision à la suite d'une audience, à moins qu'il n'ait été présent durant toute l'audience.

## **C.13.0 Processus d'examen du Comité médical consultatif et du Conseil d'administration**

- C.13.0.1** Dans un délai de trente (30) jours suivant la réception d'un avis du médecin-chef aux termes de l'article C.11.0.7, le CMC doit fixer une date et une heure pour l'étude du rapport et des recommandations du panel et en aviser le membre.
- C.13.0.2** Dans un délai de dix (10) jours suivant la réception de l'avis du CMC aux termes de l'article C.13.0.1, le membre et la RRS peuvent demander à se présenter devant le CMC, mais ils n'ont pas droit à une audience.
- C.13.0.3** Si le membre décide de se présenter devant le CMC aux termes de l'article C.13.0.1, il pourra être accompagné d'un avocat ou d'un mandataire. Si la RRS décide de se présenter devant le CMC aux termes de l'article C.13.0.1, elle pourra être accompagnée d'un avocat ou d'un mandataire.
- C.13.0.4** Le CMC peut procéder à l'étude du rapport et des recommandations du panel en l'absence du membre ou de la RRS si ces derniers ont été informés de la date et de l'heure de la rencontre.
- C.13.0.5** Après avoir examiné le rapport et les recommandations du panel, le CMC doit faire parvenir ces documents au Conseil, ainsi que ses recommandations, et, en même temps, donner ses recommandations au membre.
- C.13.0.6** Dès que le Conseil reçoit les recommandations du CMC, il peut fixer une date et une heure pour l'étude du rapport et des recommandations du panel et des recommandations du CMC et doit en aviser le membre.
- C.13.0.7** Dans un délai de dix (10) jours suivant la réception de l'avis du Conseil aux termes de l'article C.13.0.6, le membre et la RRS peuvent demander à se présenter devant le Conseil, mais ils n'ont pas droit à une audience.
- C.13.0.8** Si le membre décide de se présenter devant le Conseil en vertu de l'article C.13.0.6, il pourra être accompagné d'un avocat ou d'un mandataire. Si la RRS décide de se présenter devant le CMC aux termes de l'article C.13.0.6, elle pourra être accompagnée d'un avocat ou d'un mandataire.
- C.13.0.9** Le Conseil peut procéder à l'étude du rapport et des recommandations du panel et des recommandations du CMC en l'absence du membre ou de la RRS si ces derniers ont été informés de la date et de l'heure de la rencontre.
- C.13.0.10** Dès qu'il a examiné le rapport et les recommandations du panel et les recommandations du CMC, le Conseil doit rendre une décision, décision qui sera définitive et exécutoire. Le Conseil détient la décision ultime et n'est pas lié par le CMC et le panel. La décision du Conseil sera communiquée au membre du personnel médical, au PDG et à tous autres individus qui doivent mettre en œuvre les recommandations.
- C.13.0.11** Si le Conseil n'est pas convaincu de disposer de toute l'information dont il a besoin pour rendre une décision, il peut demander qu'une audience soit tenue devant le Conseil.

## C.14.0 Notification

- C.14.0.1** Lorsque les privilèges du membre sont réduits, suspendus ou non renouvelés, le médecin-chef doit en aviser le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ou la Société dentaire du Nouveau-Brunswick et toute autre RRS du Nouveau-Brunswick. Cette notification doit indiquer la nature et les détails de la plainte, la décision finale et toute recommandation en ce qui a trait aux mesures disciplinaires. Le médecin-chef doit aviser la Direction de l'assurance-maladie du ministère de la Santé lorsque les privilèges d'un membre sont suspendus ou non renouvelés.
- C.14.0.2** Lorsqu'un membre du personnel médical a des privilèges et que la Régie régionale de la santé reçoit un avis d'une autre Régie régionale de la santé que les privilèges de ce membre dans cette Régie régionale de la santé ont été suspendus ou substantiellement réduits pour incompétence, négligence ou mauvaise conduite ou que le membre a démissionné alors que ses compétences, ou sa conduite font l'objet d'une enquête, le PDG, après consultation avec le médecin-chef, peut suspendre les privilèges dudit membre du personnel médical en vertu de la section C.5.11 et par la suite les règlements administratifs seront suivis. **Le membre du personnel médical a la responsabilité d'aviser la RRS de toute suspension de privilèges, peu importe l'endroit.**

## C.15.0 Prolongation du délai

Le PDG et le médecin-chef peuvent prolonger toute période à laquelle il est fait référence dans les présents règlements administratifs lorsqu'ils déterminent ou lorsqu'un des deux détermine que la période ne peut raisonnablement être respectée, et un avis de cette prolongation doit être transmis au membre, par écrit, ainsi qu'au président de tout comité qui pourrait être touché par la prolongation du délai.

## C.16.0 Responsabilité en matière de consignation au dossier

- C.16.0.1** Tous les membres du personnel médical doivent assumer leurs responsabilités en matière de consignation au dossier conformément aux dispositions de la Loi sur les régies régionales de la santé ou de la Loi hospitalière et de leurs règlements, sinon il y aurait lieu de procéder à une suspension, à une réduction ou à un retrait de leurs privilèges.
- C.16.0.2** Un membre du personnel médical peut faire l'objet d'une suspension lorsqu'il ne remplit pas le dossier d'un patient dans la période prévue dans les règles des règlements administratifs.
- C.16.0.3** Le PDG doit donner au membre du personnel médical, au président du CMCL et au chef de département du membre un avis de suspension temporaire de ses privilèges en vertu des présents règlements administratifs. Des dispositions doivent être prises par le membre pour trouver un remplaçant, au besoin.

## **C.17.0 Situations d'urgence**

Quel que soit le statut du personnel ou du département, un médecin doit en cas d'urgence faire tout ce qui est en son pouvoir pour sauver la vie ou les organes vitaux d'un patient, y compris demander toute l'assistance pouvant être disponible. Aux fins du présent article, une urgence est définie comme une situation où la vie ou un organe vital d'un patient sont directement menacés et où un retard de traitement renforcerait ce danger. Dès la première occasion, le médecin-chef sera avisé de la situation d'urgence et des actions prises.

## **C.18.0 Organisation du personnel médical (OPM)**

### **C.18.1 Une seule organisation du personnel médical**

Il ne doit y avoir qu'une seule organisation du personnel médical pour l'ensemble de la RRS, et ce, peu importe le nombre d'établissements et de programmes administrés par cette dernière. L'organisation du personnel médical peut être sous divisée tel que décrit dans les règles des règlements administratifs.

L'organisation du personnel médical a pour objectifs :

- (a) de veiller à ce que tous les patients admis ou traités dans un établissement reçoivent les meilleurs soins possible dans le cadre des ressources de la RRS;
- (b) de veiller à un niveau de rendement professionnel élevé de la part de tous les médecins, les dentistes et les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux autorisés à pratiquer dans un établissement quelconque par le truchement d'un examen et d'une évaluation continue du rendement de chaque membre;
- (c) de fournir des directives, de promouvoir des normes éducatives élevées généralement parmi le personnel médical et d'encourager la participation à la recherche médicale;
- (d) de prendre les dispositions nécessaires pour respecter les exigences des programmes de formation de premier, deuxième et troisième cycles gérés conjointement par une université ou un autre établissement technique ou universitaire, avec lequel la RRS a conclu une entente à des fins éducatives et formatives;
- (e) de participer au maintien et à l'amélioration de la santé communautaire;
- (f) de donner des conseils d'ordre médico-administratif au PDG et au Conseil;
- (g) de créer une structure organisationnelle et d'examiner les procédures nécessaires afin de promouvoir l'atteinte des objectifs susmentionnés.

### **C.18.2 Énoncé de l'objectif**

Les membres de l'OPM travailleront en collaboration avec la RRS afin d'offrir des services efficaces et efficaces à leurs patients. Les membres de l'OPM seront toujours conscients de la nécessité d'enseigner et de découvrir d'autres méthodes dont leurs patients pourraient bénéficier.

### **C.18.3 Philosophie**

Les membres de l'OPM médical offriront leurs services de manière responsable et dans un esprit de compassion, et seront toujours conscients des besoins du patient et de la dignité des personnes et des familles.

## Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature

Date : le 11 juin 2018

**Objet : Révision des politiques et procédures**

Il a été convenu l'année dernière que toutes les politiques et procédures du Conseil d'administration soient approuvées en bloc annuellement. Donc, les politiques suivantes sont soumises pour approbation :

1. Raison d'être du Réseau de santé Vitalité (CA-100)
2. Vision, mission et valeurs (CA-110)
3. Conseil d'administration et régime de gouvernance (CA-120)
4. Code de conduite et morale à l'intention des membres (CA-135)
5. Fonctions du président (CA-140)
6. Fonctions du vice-président (CA-150)
7. Fonctions du trésorier (CA-160)
8. Fonctions du secrétaire (CA-170)
9. Fonctions du président-directeur général (CA-180)
10. Planification stratégique (CA-190)
11. Code d'éthique (CA-205)
12. Orientation des nouveaux membres (CA-210)
13. Rémunération des membres (CA-215)
14. Langues officielles (CA-220)
15. Communications et relations publiques (CA-225)
16. Succession du président-directeur général (CA-235)
17. Gestion intégrée de la qualité, de la sécurité des patients et des risques (CA-240)
18. Santé et sécurité au travail (CA-241)
19. Considérations éthiques (CA-245)
20. Protection des renseignements confidentiels (CA-250)
21. Documentation numérisé (CA-255)
22. Dénonciation d'irrégularités (CA-260)
23. Limite d'autorisation de dépenses (CA-265)
24. Comités du Conseil d'administration (CA-300)
25. Comité exécutif (CA-310)
26. Comité de gouvernance et de mise en candidature (CA-320)
27. Comité des finances et de vérification (CA-330)
28. Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité (CA-350)
29. Comité stratégique de la recherche et de la formation (CA-395)
30. Évaluation du rendement et du développement du président-directeur général (CA-400)
31. Cadre d'évaluation du Conseil d'administration (CA-410)
32. ~~Comité d'évaluation du rendement et du développement du président-directeur général (CA-420) politique CA-420 combinée avec CA-400~~
33. Processus d'évaluation du rendement et du développement du médecin-chef et du président du Comité professionnel consultatif (CA-430)



Proposé

Appuyé

Et résolu que l'ensemble des politiques et procédures du Conseil d'administration soient acceptées telles que présentées.

**Adopté**

Soumis le 1<sup>er</sup> mai 2018 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité et Services généraux

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	RAISON D'ÊTRE DU RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ		<b>N° :</b> CA-100
<b>Section :</b>	Gouvernance générale	<b>Date d'entrée en vigueur :</b>	<b>2018-06-</b>
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b>	2017-06-19
<b>Approbateur :</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Approuvée le :</b>	2018-06-
<b>Établissement(s)/ programme(s) :</b>			

### Dispositions générales

Le Réseau de santé Vitalité (le « Réseau ») fonctionne en français et a été créé dans le but d'assurer la prestation et l'administration des services de santé dans la région pour laquelle il a été établi bien qu'il puisse offrir des services de santé dans une autre région si son plan régional de santé et d'affaires l'y autorise.

### Détermination des besoins en santé

Pour s'acquitter de ses responsabilités, le Réseau :

- a) détermine les besoins en santé de la population qu'il dessert;
- b) détermine les priorités dans la prestation de services de santé à la population qu'il dessert;
- c) alloue **affecte** les ressources conformément au plan régional de santé et d'affaires.

### Prestation des services de santé

Le Réseau peut offrir des services de santé seulement :

- a) lorsqu'il existe des besoins pour de tels services de santé;
- b) lorsque ces services sont compris dans un plan approuvé par le ministre de la Santé;
- c) lorsque ces services sont compatibles avec le plan provincial de la santé;
- d) lorsque les ressources nécessaires pour offrir ces services sont disponibles.

Consultation et engagement

Le Réseau consulte la population pour identifier ses besoins de santé, ses besoins en services de santé, les priorités dans la prestation de services de santé et si les besoins de santé de la région sont satisfaits.

Le Réseau sollicite la participation publique par le biais d'un processus d'engagement avec ses partenaires dans ses activités de planification et de prise de décision. Ses principaux partenaires sont :

- 1) Les patients et leur famille ;
- 2) Les communautés francophones, anglophones, autochtones et les nouveaux arrivants ;
- 3) Les décideurs ;
- 4) Les gestionnaires de la santé ;
- 5) Le personnel du secteur de la santé ;
- 6) Les établissements de formation en santé ;
- 7) Le ministère de la Santé, le Réseau de santé Horizon, EM/ANB Inc., Ambulance Nouveau-Brunswick, et le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick et Service Nouveau-Brunswick;
- 8) Le ministère du Développement social et les foyers de soins ;
- 9) Les organismes municipaux, etc.

Prestation de services

Le Réseau veille à ce que les services de santé sont fournis par ses employés et son personnel ou au moyen d'ententes avec le gouvernement ou avec d'autres personnes conformément aux normes provinciales et paramètres établis aux directives et lignes directrices, ainsi qu'aux objectifs de rendement fixés par le ministre pour ces services.

<b>Remplace :</b> Zone 1 : _____	Zone 5 : _____
Zone 4 : _____	Zone 6 : _____

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	VISION, MISSION ET VALEURS		<b>N° :</b> CA-110
<b>Section :</b>	Gouvernance générale	<b>Date d'entrée en vigueur :</b>	<b>2018-06-</b>
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b>	2017-06-19
<b>Approbateur :</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Approuvée le :</b>	2018-06-
<b>Établissement(s)/programme(s) :</b>			

### Vision

#### **Une population responsabilisée envers sa santé**

Le Nouveau-Brunswick vit des défis importants en matière de santé puisque globalement, les statistiques démontrent un état de santé moindre qu'ailleurs au Canada. Même si le Réseau désire exceller en matière de soins et de service de santé, il ne pourra à lui seul régler tous les problèmes de santé.

La clé du succès demeure une population responsabilisée qui prend en charge sa santé. À cet effet, le Réseau s'engage à investir davantage en prévention et promotion de la santé, à mieux outiller les personnes et à travailler en collaboration avec ses partenaires.

### Mission

#### **Exceller dans l'amélioration de la santé de la population**

Nous livrerons des soins et des services de santé de qualité qui répondront aux besoins de la population en stimulant et soutenant l'engagement de notre personnel, du corps médical et de nos partenaires.

### Valeurs

#### **Respect**

Nous protégeons la dignité des gens. Nous faisons preuve d'ouverture, d'écoute et favorisons le dialogue. Nous tenons compte des différences individuelles, culturelles et intergénérationnelles.

### **Compassion**

Nous faisons preuve d'empathie envers les autres, nous adoptons une approche réconfortante et sans jugement.

### **Intégrité**

Nous sommes honnêtes, dignes de confiance et protégerons la vie privée.

### **Imputabilité**

Nous sommes transparents, responsables et redevables de nos actions.

### **Équité**

Nous offrons des soins et services de qualité tout en assurant le meilleur accès possible.

### **Engagement**

Nous sommes fiers de nous investir et de viser l'excellence. Nous valorisons nos efforts et notre travail accompli. Nous célébrons nos succès.

Le Réseau a la particularité d'être une régie ayant une gouvernance francophone qui doit desservir la population dans les deux langues officielles. Il a choisi de faire ressortir cette spécificité en ajoutant une signature distinctive à son logo afin de modifier son image de marque:



*Leader francophone au service de ses collectivités  
Francophone leader serving its communities*

<b>Remplace :</b> Zone 1 : _____	Zone 5 : _____
Zone 4 : _____	Zone 6 : _____

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	CONSEIL D'ADMINISTRATION ET RÉGIME DE GOUVERNANCE		<b>N° :</b> CA-120
<b>Section :</b>	Gouvernance générale	<b>Date d'entrée en vigueur :</b>	<b>2018-06-</b>
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b>	2018-04-17
<b>Approbateur:</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Approuvée le :</b>	2018-06-
<b>Établissement(s)/programme(s) :</b>			

### POLITIQUE

#### Dispositions générales

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

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

#### Taille du Conseil d'administration

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

#### Mandat des membres du Conseil d'administration

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

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

1. Les fonctions du président du Conseil (CA-140), du vice-président (CA-150), du trésorier (CA-160) et du président-directeur général (CA-180), les responsabilités et obligations des membres du Conseil (CA-130) et les directives pour les comités du Conseil (CA-300) sont en place pour guider le Conseil dans l'exécution de son mandat.
2. Le Comité de gouvernance et de mise en candidature s'assure que les fonctions et les directives mentionnées font l'objet d'une révision annuelle et propose des changements pour approbation par le Conseil d'administration, au besoin.

### Responsabilités clés du Conseil d'administration

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

### Rôle du Conseil

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

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

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

### Rôle des membres

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

### Connaissances des membres

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

### Position de confiance des membres

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

### Comités du Conseil d'administration

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

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

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

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

### Comités spéciaux

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

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

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

6. Le Conseil peut utiliser des résolutions en bloc pour des points comme l'adoption d'un procès-verbal et son suivi, et ce, autant pour les rencontres du Conseil que de celles de ses comités.
7. Le « code Morin » est utilisé en tant que guide d'assemblée délibérante.

### Réunions publiques du Conseil d'administration

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

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

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

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

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

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

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

Évaluation du rendement du Conseil d'administration

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

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

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

Révision du mandat du Conseil d'administration

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

<b>Remplace :</b>	<b>Zone 1 :</b> _____	<b>Zone 5 :</b> _____
	<b>Zone 4 :</b> _____	<b>Zone 6 :</b> _____

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	CODE DE CONDUITE ET MORALE À L'INTENTION DES MEMBRES	<b>N° :</b> CA-135
<b>Section :</b>	Gouvernance générale	<b>Date d'entrée en vigueur :</b> 2018-06-
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b> 2017-06-19
<b>Approbateur:</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Approuvée le :</b> 2018-06-
<b>Établissement(s)/programme(s) :</b>		

### BUTS

Ce code de conduite et morale à l'intention des membres en annexe a pour objet de préserver et de renforcer la confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration du Réseau, de favoriser une saine gestion de ce dernier et de responsabiliser les membres du Conseil.

Il appartient à tous les membres du Conseil de bien connaître le code de conduite et morale et de mettre en pratique les principes d'éthique dont il découle. Les membres du Conseil doivent favoriser le respect de ces principes par leur conduite exemplaire. Le Réseau s'engage à préserver les valeurs en appliquant le code de conduite et morale à chacune des sections et à chaque décision prise.

- ~~1. Refléter l'engagement de la Régie régionale de la santé A (la « Régie ») à l'égard de normes morales et de conduite élevées;~~
- ~~2. Énoncer les normes minimales en ce qui a trait aux comportements et agissements des membres du Conseil d'administration (le « Conseil ») de la Régie dans l'exercice de leurs pouvoirs et de leurs fonctions;~~
- ~~3. Accroître la confiance du public dans l'intégrité, l'objectivité et l'impartialité de la Régie et de son Conseil d'administration.~~

### DÉFINITIONS

Dans la présente politique, à moins d'indication contraire, les termes suivants auront les significations suivantes :

- « **Conseil** » désigne le Conseil d'administration de la Régie régionale de la santé A;
- « **Enquête** » a le sens qui lui est attribué au point 17.3 de la présente politique;
- « **Enquêteur** » a le sens qui lui est attribué au point 17.4 de la présente politique;
- « **Infraction** » a le sens qui lui est attribué au point 17.1 de la présente politique;
- « **Membre** » désigne un membre du Conseil;

« **Politique** » désigne la présente politique;

« **Rapport** » a le sens qui lui est attribué au point 17.1 de la présente politique;

« **Rapport d'enquête** » a le sens qui lui est attribué au point 17.8.1 de la présente politique;

« **Régie** » désigne la Régie régionale de la santé A;

## **POLITIQUE**

### **1. ~~Conformité aux lois~~**

~~1.1 Les membres mènent les affaires de la Régie en conformité avec les lois et les règlements applicables à la gestion des affaires de la Régie.~~

### **2. ~~Meilleurs intérêts de la Régie~~**

~~2.1 Sous réserve des dispositions du point 1.1, dans l'exercice de leurs pouvoirs et de leurs fonctions, les membres agissent avec honnêteté et intégrité, de bonne foi et dans les meilleurs intérêts de la Régie.~~

### **3. ~~Règlements et politiques~~**

~~3.1 Les membres agissent conformément à la présente politique, aux règlements administratifs ainsi qu'aux politiques de la Régie ou du Conseil.~~

### **4. ~~Conflit d'intérêts~~**

~~4.1 Les membres évitent toute situation où leurs relations ou leurs intérêts personnels nuisent à leur devoir d'agir de bonne foi à l'égard de la Régie. Les membres ne s'engagent dans aucune activité qui est en conflit avec les intérêts de la Régie, qui ont une apparence de conflit avec les intérêts de la Régie ou qui peuvent avoir un effet négatif sur la réputation de la Régie.~~

~~4.2 Les membres se conforment aux obligations énoncées dans l'article 25 de la *Loi sur les régies régionales de la santé*, L.R.N. B. 2011, c. 217, dont copie figure à l'annexe A de la politique, et aux obligations énoncées à l'article B.10.0 des règlements administratifs de la Régie.~~

~~4.3 Un membre divulgue ou déclare tout conflit d'intérêts dès qu'il en a connaissance et au plus tard :~~

~~4.3.1 À la réunion où la question qui fait l'objet du conflit est étudiée; ou~~

~~4.3.2 Si le membre ne se trouve pas en conflit d'intérêts au moment de la réunion mentionnée au point 4.3.1, à la première réunion qui se tient après l'apparition du conflit.~~

~~4.4 En plus des obligations prévues aux points 4.1, 4.2 et 4.3, tout membre doit, sans limiter la généralité de ce qui suit :~~

~~4.4.1 Solliciter auprès du président du Conseil ou de toute autre personne les avis nécessaires pour déterminer l'existence ou non d'un conflit d'intérêts dans les situations où le membre soupçonne l'existence d'un conflit d'intérêts;~~

~~4.4.2 Éviter d'utiliser sa position au sein du Conseil pour solliciter des clients dans le cadre de ses affaires personnelles ou des affaires dirigées par un~~

~~frère, une sœur ou un enfant du membre ou une personne envers qui le membre a quelque obligation que ce soit;~~

~~4.4.3 Dans des circonstances où il a des motifs raisonnables de croire que les intérêts d'un autre membre sont en conflit avec les intérêts de la Régie pour ce qui est de se conformer aux obligations de divulgation et de rapport énoncées dans la présente politique.~~

~~4.5 Un membre du Conseil qui a divulgué un conflit d'intérêts, à l'égard duquel un conflit d'intérêts a été déterminé ou qui se trouve effectivement en conflit d'intérêts :~~

~~4.5.1 Doit s'abstenir de prendre part aux discussions ou au vote portant sur le sujet en question, mais peut faire partie du quorum de la réunion du Conseil;~~

~~4.5.2 Peut demeurer dans la salle, si la réunion est publique, mais ne doit pas prendre part à cette partie de la réunion pendant laquelle le sujet donnant lieu à un conflit d'intérêts est discuté et doit quitter la salle avant tout vote portant sur ce sujet;~~

~~4.5.3 Si la réunion est à huis clos, doit quitter immédiatement la réunion et ne pas y retourner avant que toute discussion et tout vote sur le sujet donnant lieu au conflit d'intérêts ne soient complétés;~~

~~4.5.4 Doit s'abstenir d'influencer ou de tenter d'influencer les discussions ou le vote du Conseil sur la ou les questions afférentes au sujet donnant lieu au conflit d'intérêts.~~

## **5. ~~Emploi ou association externe~~**

~~5.1 Un membre du Conseil qui s'associe ou accepte un poste avec toute entreprise ou organisme dont les intérêts sont en conflit ou en apparence de conflits avec les intérêts de la Régie en fait la divulgation écrite au président du Comité de gouvernance et de mise en candidature.~~

~~5.2 Si le Comité de gouvernance et de mise en candidature, après considération de tous les faits pertinents, détermine que le membre doit démissionner du Conseil, il communiquera au membre en question et au Conseil sa décision à cet effet et/ou toute autre recommandation et :~~

~~5.2.1 Le membre pourra accepter la décision du Comité de gouvernance et de mise en candidature et remettre au Conseil sa démission par écrit dans les dix (10) jours de la communication de la décision du Comité de gouvernance et de mise en candidature;~~

~~5.2.2 Si le Comité de gouvernance et de mise en candidature détermine que le membre doit démissionner et que ce dernier refuse de démissionner, le membre devra interjeter appel de cette décision auprès des membres du Conseil à une réunion spéciale du Conseil convoquée à cet effet en~~

~~donnant au secrétaire du Conseil un avis écrit de son intention de le faire dans les dix (10) jours qui suivent la réception de la décision du Comité de gouvernance et de mise en candidature;~~

~~5.23 — En cas d'appel, la majorité (ou un pourcentage supérieur précisé dans les règlements administratifs) des membres présents à l'assemblée spéciale convoquée à cette fin confirment ou annulent, rétroactivement, par résolution, la décision et, le cas échéant, la sanction imposée par le Comité de gouvernance et de mise en candidature;~~

~~5.24 — Il est entendu que le membre faisant l'objet de la décision du Comité de gouvernance et de mise en candidature peut, s'il le désire, faire des représentations auprès des autres membres lors de la réunion spéciale tenue conformément aux dispositions du point 5.2.2;~~

~~5.25 — La recommandation du Comité de gouvernance et de mise en candidature peut être adoptée par le Conseil par voie de résolution spéciale et l'adoption d'une telle résolution constitue une destitution du membre de ses fonctions et crée une vacance au sein du Conseil.~~

## **~~6. Acceptation de cadeaux, de marques d'hospitalité ou d'avantages~~**

~~6.1 Nul membre ne doit accepter un cadeau, une marque d'hospitalité ou un avantage qui lui est offert en raison de sa position au sein du Conseil lorsque ce cadeau, cette marque d'hospitalité ou cet avantage possède l'une des caractéristiques suivantes :~~

~~6.1.1 — Est de par sa substance ou sa forme, comme un observateur indépendant pourrait l'interpréter, une mesure incitative inappropriée;~~

~~6.1.2 — Impose au membre une obligation explicite ou implicite;~~

~~6.1.3 — A une valeur équivalente au montant prescrit par le Conseil ou une valeur qui l'excède (note : le Conseil doit prescrire une valeur);~~

~~6.1.4 — Est un montant d'argent comptant ou l'équivalent en argent.~~

## **~~7. Confidentialité~~**

~~7.1 Sous réserve de toute divulgation autorisée ou exigée en vertu du droit, les membres garderont confidentielle et ne peuvent utiliser pour quelque fin que ce soit toute information obtenue directement ou indirectement en raison de leur participation au Conseil, y compris, sans toutefois limiter la généralité de ce qui suit, toute information afférente aux membres, aux patients, aux clients, aux médecins, aux employés, aux bénévoles et aux autres personnes traitant avec la Régie ainsi que toute information commerciale, financière ou juridique obtenue à titre de membres du Conseil de la Régie.~~

~~7.2 L'obligation de préserver la confidentialité des informations mentionnées au point  
7.1 se poursuit après l'expiration ou la fin du mandat du membre, conformément à la présente politique.~~

## ~~8. Biens de la Régie~~

~~8.1 Les membres agissent de sorte à protéger la réputation, les biens et les ressources de la Régie et de sorte à en assurer l'utilisation efficace et responsable. Ils utilisent uniquement les biens de la Régie dans l'exercice de leurs fonctions à titre de membres du Conseil, à moins d'avoir reçu l'autorisation expresse de la Régie de faire autrement.~~

## ~~9. Communications et contacts avec les médias~~

~~9.1 Les contacts avec les médias, les réponses aux questions des médias et toute discussion publique au sujet des affaires de la Régie se font par le biais des porte-paroles désignés de la Régie. Tout membre interrogé par les médias s'abstient de se prononcer et adresse les questions aux porte-paroles désignés de la Régie.~~

## ~~10. Respect~~

~~10.1 Il est reconnu que chaque membre contribue au Conseil de par sa diversité, ses aptitudes et son expérience. Les membres du Conseil ne sont pas toujours en accord et ne découragent pas un autre membre d'exprimer des points de vue contraires. Tous les débats au sein du Conseil sont tenus dans une atmosphère de respect et de courtoisie. L'autorité du président du Conseil est respectée par tous les membres.~~

## ~~11. Solidarité~~

~~11.1 Les membres reconnaissent que les actions dûment autorisées par le Conseil doivent être appuyées par l'ensemble du Conseil et que le Conseil s'exprime avec une voix. Les membres qui se sont abstenus de voter ou qui ont voté à l'encontre d'une résolution adoptée par le Conseil appuient la décision de la majorité des membres.~~

## ~~12. Diligence raisonnable~~

~~12.1 Les membres ont une obligation de diligence raisonnable dans leur gestion des affaires de la Régie. Ils doivent se familiariser avec le mandat et les opérations de la Régie et déployer tous les efforts raisonnables possibles pour être bien renseignés et prêts à prendre des décisions bien informées relativement aux affaires de la Régie. Les membres doivent, entre autres :~~

~~12.1.1 S'assurer de comprendre la vision, la mission, les valeurs et les orientations stratégiques de la Régie et de comprendre les dossiers importants en soins de santé et la place qu'occupe la Régie dans le système de santé au Nouveau-Brunswick;~~

~~12.1.2 S'assurer de comprendre l'environnement juridique, législatif, social et politique dans lequel opère la Régie;~~

~~12.1.3 Participer aux programmes d'orientation et de formation offerts de temps à autre;~~

~~12.1.4 Se préparer pour les réunions du Conseil et de ses comités en lisant les rapports et la documentation préparatoire distribués à l'avance;~~

~~12.1.5 En cas d'absence à une réunion du Conseil ou d'un de ses comités, selon les limites permises par la présente politique, prendre connaissance des rapports et des procès-verbaux traitants de cette réunion;~~

~~12.1.6 Participer activement et de façon franche aux délibérations et aux discussions du Conseil.~~

### **13. Présence et assiduité aux réunions du Conseil et de ses comités**

~~13.1 Les membres doivent être présents aux réunions du Conseil et des comités dont ils font partie, que ces réunions aient lieu en personne ou par conférence téléphonique. Un membre, qui s'est absenté de trois (3) réunions dans l'année, incluant les comités du Conseil, sans motivation pourrait être démis de ses fonctions par l'adoption d'une résolution spéciale du Conseil à cet effet. Toute motivation d'absence doit être communiquée au président du Conseil ou au président du comité du Conseil.~~

### **14. Harcèlement**

~~14.1 Les membres, dans leurs interactions entre eux et avec les patients, les clients, les médecins, les employés, les bénévoles et les autres personnes traitants avec la Régie, s'abstiennent de comportements harcelants, intimidants ou susceptibles d'offusquer ou d'humilier ces personnes.~~

### **15. Obligations additionnelles**

~~15.1 Dans la mesure où les règlements administratifs de la Régie contiennent des obligations similaires aux obligations contenues dans la présente politique ou portent sur des questions semblables ou similaires, les obligations énoncées dans la présente politique sont en sus des obligations énoncées dans les règlements administratifs de la Régie.~~

### **16. Responsabilité et conformité**

~~16.1 Le Comité de gouvernance et de mise en candidature est responsable de la surveillance et du contrôle de la conformité à la présente politique.~~

~~16.2 Les membres sont responsables de se conformer à la présente politique.~~

~~16.3 Le défaut de se conformer à la présente politique peut mener à la destitution du membre, selon les circonstances. Tout défaut de se conformer à la présente politique sera traité de la façon appropriée compte tenu des circonstances.~~

## **17. Divulgence et rapport des infractions à la politique**

~~17.1 Un membre qui a connaissance d'une infraction à la présente politique ou qui a des motifs raisonnables de croire qu'une infraction, un défaut ou un manquement à la présente politique (une « infraction ») a été commis par un autre membre doit immédiatement signaler la situation et en faire la divulgation (un « rapport ») au président du Comité de gouvernance et de mise en candidature. L'omission de faire un rapport d'une infraction connue ou raisonnablement soupçonnée constitue en soi une infraction à la présente politique.~~

~~17.2 Pour les fins du rapport exigé en vertu de la présente politique, tout rapport doit être communiqué au président du Comité de gouvernance et de mise en candidature par courriel, par courrier ordinaire ou en personne à l'adresse indiquée ci-dessous. Dans l'éventualité où le rapport d'une infraction mettrait en cause le président du Comité de gouvernance et de mise en candidature, le rapport devrait être adressé au président du Conseil à l'adresse ci-dessous :~~

~~Réseau de santé Vitalité  
Siège social  
275, rue Main, bureau 600  
Bathurst (N. B.) E2A 1A9~~

~~17.3 Le Comité de gouvernance et de mise en candidature veillera à la mise en place de démarches appropriées pour l'enquête et le suivi de tout rapport reçu en vertu de la présente politique et il veillera à ce que tout rapport fasse l'objet d'une enquête (l'« enquête ») prompte et approfondie par ledit Comité de gouvernance et de mise en candidature, un comité spécial du Conseil établi à cette fin ou un enquêteur externe. Si les circonstances l'exigent, le rapport pourra être adressé à la police ou à l'autorité réglementaire appropriée.~~

~~17.4 Les actions prises par le Comité de gouvernance et de mise en candidature et la partie ou les parties mandatées pour mener l'enquête (l'« enquêteur ») pourront varier selon la nature du rapport et/ou de l'infraction alléguée.~~

~~17.5 Sous réserve de toute divulgation nécessaire pour mener l'enquête et la prise de mesures de redressement et sous réserve de toute règle de droit (obligeant la divulgation dans certaines circonstances), tous les renseignements faisant l'objet d'un rapport et divulgués pendant le cours d'une enquête demeureront confidentiels et seront rendus disponibles selon le principe d'accès sélectif seulement.~~

~~17.6 L'enquêteur mènera toutes les enquêtes jugées pertinentes et pourra consulter le membre, l'auteur du rapport et toute autre personne, au besoin,~~

~~mais il n'aura aucune obligation de tenir une audience formelle.~~

~~17.7 Le membre faisant l'objet du rapport doit recevoir un avis écrit de la nature de toute allégation à son encontre dans les dix (10) jours de la date du rapport et il pourra y répondre par écrit ou demander un entretien avec l'enquêteur dans les dix (10) jours suivant la réception de l'avis prévu dans le présent paragraphe.~~

~~17.8 L'enquêteur doit compléter l'enquête dans les trente (30) jours suivant le début de son mandat d'enquête et :~~

~~17.8.1 Prépare un rapport faisant état de ses conclusions et de ses recommandations (le « rapport d'enquête »), lequel sera soumis au président du Comité de gouvernance et de mise en candidature dans les quinze (15) jours suivant l'achèvement de l'enquête;~~

~~17.8.2 Sur réception du rapport d'enquête, le président convoque une réunion du Comité de gouvernance et de mise en candidature, qui fait l'étude du rapport dans les quinze (15) jours suivant sa réception :~~

~~17.8.2.1 Adopter le rapport d'enquête en tout ou en partie;~~

~~17.8.2.2 Si une infraction à la politique a été commise, décider quelle sanction, s'il y a lieu, devrait être imposée à l'endroit du membre faisant l'objet du rapport et du rapport d'enquête;~~

~~17.8.2.3 Les sanctions imposées par le Comité de gouvernance et de mise en candidature peuvent consister en une réprimande, une suspension, une déchéance de charge ou toute autre sanction jugée appropriée, selon la gravité et la nature de l'infraction.~~

~~17.8.3 La décision et, le cas échéant, la sanction imposée par le Comité de gouvernance et de mise en candidature sont communiquées par écrit au membre faisant l'objet du rapport d'enquête ainsi qu'au Conseil et la décision doit être communiquée au ministre, avec les motifs à l'appui, dans les cinq (5) jours suivant la date de la décision du Comité de gouvernance et de mise en candidature et, sous réserve des dispositions du point 18.1, la sanction imposée au membre faisant l'objet du rapport d'enquête entre en vigueur à la date précisée dans la lettre de décision du Comité de gouvernance et de mise en candidature.~~

## **18. Appel**

~~18.1 Le membre faisant l'objet du rapport d'enquête, qui est en désaccord avec la décision, et le cas échéant, la sanction imposée par le Comité de gouvernance et de mise en candidature, peut interjeter appel de cette décision auprès des membres du Conseil à une réunion spéciale du Conseil convoquée à cet effet en donnant au secrétaire du Conseil un avis écrit de son intention de le faire~~

---

~~dans les trente (30) jours suivant la réception de la décision du Comité de gouvernance et de mise en candidature.~~

## **~~19. Suspension de la décision et de la sanction~~**

~~19.1 Si le membre faisant l'objet du rapport d'enquête donne l'avis prévu au point 18.1, la décision, et le cas échéant, la sanction imposée par le Comité de gouvernance et de mise en candidature sont suspendues jusqu'à la résolution des membres prévue au point 20.1.~~

## **~~20. Décision de l'appel~~**

~~20.1 En cas d'appel, la majorité (ou un pourcentage supérieur précisé dans les règlements administratifs) des membres présents à l'assemblée spéciale convoquée à cette fin confirment ou annulent, rétroactivement, par résolution, la décision, et le cas échéant, la sanction imposée par le Comité de gouvernance et de mise en candidature.~~

~~20.2 Il est entendu que le membre faisant l'objet du rapport d'enquête pourra, s'il le désire, faire des représentations auprès des autres membres lors de la réunion spéciale tenue conformément aux dispositions du point 20.1.~~

## **~~21. Calcul des délais~~**

~~21.1 Dans la présente politique, à moins que le contexte n'indique une intention contraire, les normes suivantes régissent le calcul des délais prescrits dans la présente politique :~~

~~21.1.1 Si le délai est exprimé en jours, il se calcule en excluant le premier jour, mais en y incluant le dernier;~~

~~21.1.2 Si le délai est inférieur à sept (7) jours, il ne faut pas tenir compte des jours fériés;~~

~~21.1.3 Si le délai prévu pour accomplir un acte ou pour entreprendre une étape de procédure expire un jour férié, l'acte peut être accompli ou l'étape entreprise le premier jour suivant qui n'est pas jour férié.~~

## Politique/Procédure N° : CA-135

---

~~JE RECONNAIS avoir lu et compris le code de conduite à l'intention des membres du Conseil de la Régie régionale de la santé A, CA-135, et j'accepte de m'y conformer en tout temps.~~

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Nom en caractères d'imprimerie

\_\_\_\_\_  
Date

~~LOI SUR LES RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ, L.R.N.B. 2011, c. 217~~

~~PARTIE 3~~

~~Section B  
Structure et administration~~

~~Conflit d'intérêts~~

~~25(1) Il est interdit à tout membre d'un conseil de voter ou de se prononcer sur une question soumise au conseil si :~~

- ~~a) le membre a un intérêt dans la question autre qu'un intérêt inhérent à ses fonctions de membre;~~
- ~~b) le membre a un intérêt financier direct ou indirect dans la question;~~
- ~~c) un parent, un conjoint, un frère, une sœur ou un enfant du membre a un intérêt dans la question;~~
- ~~d) le membre est un dirigeant, un employé ou un représentant d'une personne morale ou d'une association non personnalisée, ou autre association de personnes qui a un intérêt dans la question.~~

~~25(2) Lorsqu'un membre est en conflit d'intérêts, il divulgue au conseil la nature et l'étendue de l'intérêt soit par écrit, soit en demandant que ce conflit soit mentionné au procès-verbal de la réunion du conseil.~~

~~25(3) Un membre divulgue tout conflit d'intérêts :~~

- ~~a) à la réunion où la question qui fait l'objet du conflit est étudiée;~~
  - ~~b) si le membre ne se trouve pas en conflit d'intérêts au moment décrit à l'alinéa a), à la première réunion qui se tient après l'apparition du conflit.~~
- ~~2002, ch. R-5.05, art. 25~~



# Code de conduite et morale

À l'intention des membres du Conseil  
d'administration

Document de travail en vigueur le xx juin 2018

Adopté par le Conseil d'administration le xx juin 2018

## PRÉAMBULE

### **Mandat**

Le Réseau de santé Vitalité assure la prestation des services de santé et les administre dans la région pour laquelle elle est établie.

### **Conseil d'administration**

Le Réseau de Santé Vitalité est un leader francophone au service de ses collectivités. Il contribue de manière importante à la santé de la population grâce à la qualité des soins et services livrés, à la recherche et à la formation continue de son personnel. Le Réseau est déterminé à s'assurer que, dans tous les aspects de ses activités, il respecte les normes les plus élevées de confiance et d'intégrité du public. L'organisation évolue dans un environnement changeant et la population desservie est diversifiée. Les membres du conseil et des comités ont des expériences variées, une formation unique et une éducation très différente. Il est important d'obtenir un engagement commun pour améliorer la santé et la qualité de vie des clients, le développement et l'entretien de relations solides avec les partenaires de la Régie et les autres intervenants. La capacité à fournir des soins de haute qualité a été et continuera d'être possible grâce à la qualité et à l'intégrité des personnes qui font partie du Réseau.

L'organisation évolue dans un environnement complexe, où les enjeux réglementaires, politiques, sociaux, commerciaux et technologiques se renouvellent sans cesse. En adhérant aux principes d'éthique les plus élevés, nous réussissons à atteindre, voire dépasser, les résultats que nous visons et méritons la confiance de nos patients, clients, partenaires et fournisseurs.

Il appartient à tous les membres du Conseil de bien connaître le *Code de conduite et morale* et de mettre en pratique les principes d'éthique dont il découle. Les membres du Conseil doivent favoriser le respect de ces principes par leur conduite exemplaire. Préservons nos valeurs, en appliquant le *Code de conduite et morale* à chacune de nos actions et à chaque décision que nous prenons.

# TABLE DES MATIÈRES

<b><u>1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES</u></b> .....	4
<u>1.1 Objet</u> .....	4
<u>1.2 Champ d'application</u> .....	4
<u>1.3 Adoption, révision et interprétation</u> .....	4
<b><u>2. PRINCIPES D'ÉTHIQUE</u></b> .....	5
<u>2.1 Mission, valeurs et principes généraux de la Régie</u> .....	5
<u>2.2 Respect du droit et des lois applicables</u> .....	5
<u>2.3 Honnêteté, loyauté et intégrité</u> .....	6
<u>2.4 Compétence, prudence, diligence, efficacité et assiduité</u> .....	6
<u>2.5 Relations professionnelles</u> .....	6
<u>2.6 Conduite respectueuse et décisions éclairées</u> .....	7
<b><u>3. RÈGLES DE DÉONTOLOGIE</u></b> .....	7
<u>3.1 Discrétion et confidentialité</u> .....	7
<u>3.2 Solidarité d'entreprise</u> .....	8
<u>3.3 Conflits d'intérêts</u> .....	8
<u>3.4 Utilisation de biens et de ressources de la Régie à des fins personnelles</u> .....	10
<u>3.5 Cadeaux, marques d'hospitalité et autres avantages</u> .....	11
<u>3.6 Prestation de services conseils et d'autres services</u> .....	12
<u>3.7 Considérations politiques et réserve</u> .....	12
<u>3.8 Communication avec les représentants des médias et le public</u> .....	12
<u>3.9 Obtention des conseils d'un avocat</u> .....	13
<b><u>4. MODALITÉS D'APPLICATION</u></b> .....	13
<u>4.1 Déclaration obligatoire</u> .....	13
<u>4.2 Déclaration d'intérêts et du statut d'un membre du conseil</u> .....	14
<u>4.3 Défaut de conformité et sanctions</u> .....	14
<u>4.4 Signalement</u> .....	15
<u>4.5 Appel, suspension, décision de l'appel</u> .....	17
<u>4.6 Cessation des fonctions</u> .....	18

# 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

---

## 1.1 OBJET

---

Le Code a pour objet de préserver et de renforcer la confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration du Réseau, de favoriser une saine gestion de ce dernier et de responsabiliser les membres du conseil.

Le Code établit des lignes directrices relatives aux questions suivantes :

- la discrétion et la confidentialité;
- l'indépendance;
- les conflits d'intérêts;
- l'utilisation de biens et de ressources de la Régie à des fins personnelles;
- les cadeaux, les marques d'hospitalité et les autres avantages;
- la prestation de services-conseils et d'autres services;
- les considérations politiques et la réserve;
- la communication avec les représentants des médias et le public.

## 1.2 CHAMP D'APPLICATION

---

Le présent code de conduite et morale s'applique à tous les membres du conseil d'administration, y compris les membres d'office.

## 1.3 ADOPTION, RÉVISION ET INTERPRÉTATION

---

Le conseil d'administration du Réseau de Santé Vitalité approuve le Code une fois que le comité de gouvernance et de mise en candidature lui en fait la recommandation.

Chaque membre du conseil d'administration y compris les membres d'office est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les valeurs du Réseau, les principes d'éthique et d'une bonne gouvernance et ainsi se conduire d'une manière qui lui est propre :

- Promeut le mandat, la mission, la vision et les valeurs du Réseau;
- Maintient l'engagement du Réseau à l'égard de la prise de décisions éthiques;
- Maximise sa contribution au Réseau;
- Assure l'intégrité et l'impartialité dans la prise de décision;
- Promeut la santé, la sécurité et le bien-être des clients et des employés ;
- S'assure du respect des règlements administratifs, des politiques et des procédures du Réseau ainsi que de la confidentialité de l'information (y compris verbale), des documents et des rapports du Réseau;
- Veille au respect des lois, règles et règlements et signale tout manquement au Code de conduite et morale ou tout comportement illégal ou contraire à l'éthique;
- Reflète positivement sur le Réseau; et
- prends en considération une approche ou une position globale du Réseau.

En cas de divergence, les principes et les règles les plus exigeants s'appliquent.

Le membre du conseil doit, en cas de doute, agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles. Sa conduite doit pouvoir résister à l'examen public le plus minutieux.

Aux fins d'application du Code, l'interdiction de poser un geste inclut la tentative de poser ce geste et toute participation ou incitation à le poser.

## 2. PRINCIPES D'ÉTHIQUE

---

### 2.1 MISSION, VALEURS ET PRINCIPES GÉNÉRAUX DU RÉSEAU

---

Le Réseau a pour mission d'exceller dans l'amélioration de la santé de la population. Dans le cadre de son mandat, le membre du conseil d'administration contribue à réaliser la mission de la Régie et s'engage ainsi à promouvoir les valeurs du conseil d'administration et les valeurs organisationnelles suivantes :

Valeurs du conseil d'administration :

- la vigilance;
- l'intégrité;
- la responsabilité.

Valeurs organisationnelles :

- le respect;
- la compassion;
- l'intégrité;
- l'imputabilité;
- l'équité;
- l'engagement

De plus, le membre du conseil s'engage à appliquer les principes de gestion suivants :

- s'appuyer sur la compétence des membres du conseil d'administration et du personnel de la Régie;
- veiller à la sécurité des personnes et à la protection des ressources matérielles de la Régie;
- favoriser des comportements professionnels et intègres en toute circonstance;
- favoriser la transparence de la gestion et le respect de principes d'éthique élevés.

---

### 2.2 RESPECT DU DROIT ET DES LOIS APPLICABLES

---

La contribution du membre du conseil doit se faire, pendant toute la durée de son mandat, dans le respect des lois et règlements auxquels la Régie et lui-même sont assujettis.

---

## **2.3 HONNÊTETÉ, LOYAUTÉ ET INTÉGRITÉ**

---

Pendant toute la durée de son mandat, le membre du conseil doit agir avec honnêteté, loyauté et intégrité. Il doit prendre ses décisions indépendamment de toute considération incompatible avec la mission, la vision et les intérêts de la Régie.

Tous les membres du conseil et des comités entretiennent une relation fiduciaire avec la Régie régionale de la santé. En tant que fiduciaires, les membres doivent agir honnêtement, de bonne foi et dans le meilleur intérêt de l'organisation. Lorsqu'ils représentent le Réseau, les membres doivent différencier leur propre représentation de celle de l'organisation.

Tous les membres, y compris les membres d'office, sont tenus aux mêmes obligations et aux mêmes normes de diligence. Les membres qui cherchent à représenter un groupe, une région, une spécialisation ou une cause en particulier doivent agir dans le meilleur intérêt de l'organisation, même si cela est contraire aux intérêts du groupe qu'ils représentent.

---

## **2.4 COMPÉTENCE, PRUDENCE, DILIGENCE, EFFICACITÉ ET ASSIDUITÉ**

---

Dans l'exercice de ses fonctions, le membre du conseil doit faire preuve de compétence, de prudence, de diligence, d'efficacité et d'assiduité. Il doit maintenir à jour ses connaissances, avoir un jugement professionnel indépendant et impartial puis contribuer aux délibérations au meilleur de sa compétence pour être en mesure de servir les intérêts de la Régie et de ses clientèles, et ce, dans les meilleures circonstances possible.

Le membre du conseil a le devoir de prendre connaissance du présent code de conduite et morale ainsi que des politiques, des directives et des règles fixées par la Régie, de s'y conformer et d'en promouvoir le respect. Il doit également se tenir informé du contexte environnemental (économique, social et politique) dans lequel la Régie évolue et exerce sa mission.

Enfin, le membre du conseil doit s'engager à consacrer le temps nécessaire pour acquérir une connaissance de la mission et du fonctionnement de la Régie, de ses enjeux et des risques associés ainsi que des défis à relever. Il doit aussi consacrer le temps et l'attention nécessaires à la maîtrise des dossiers soumis au conseil d'administration.

---

## **2.5 RELATIONS PROFESSIONNELLES**

---

Le membre du conseil doit entretenir à l'égard de toute personne et de la Régie des relations fondées sur le respect, dans un esprit de travail collaboratif.

---

## **2.6 CONDUITE RESPECTUEUSE ET PRISE DE DÉCISIONS ÉCLAIRÉES**

---

Il est reconnu que les membres du conseil et des comités apportent au conseil des antécédents, des compétences et de l'expérience diversifiés. Les membres ne seront pas toujours d'accord sur toutes les questions. Tous les débats se dérouleront dans un climat de respect mutuel et de courtoisie. L'autorité du président doit être respectée par tous.

Les membres du conseil et des comités doivent:

- Parler des intérêts de l'ensemble des membres et de la communauté
- Parler pour eux-mêmes plutôt qu'en tant que représentant d'un groupe
- Exprimer des points de vue supplémentaires ou alternatifs et inviter les autres à le faire aussi.
- S'abstenir de toute conduite en dehors des réunions du conseil qui pourrait avoir pour effet de créer des factions et de limiter les discussions libres et ouvertes
- Être équilibré dans son effort de comprendre les autres et de se faire comprendre.
- Examiner à l'avance tous les documents requis pour les discussions et les décisions du Conseil d'administration.

Les cadres de prise de décisions du conseil d'administration fournissent également une orientation pour les discussions et la prise de décisions.

## **3. RÈGLES DE DÉONTOLOGIE**

---

### **3.1 DISCRÉTION ET CONFIDENTIALITÉ**

---

Le membre du conseil est tenu à la discrétion quant à toute information dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions et au respect, pendant son mandat, du caractère confidentiel de l'information reçue. En outre, les délibérations et les décisions du conseil d'administration, les positions défendues par les membres du conseil ainsi que les votes de ces derniers sont confidentiels.

Le membre du conseil ne peut pas non plus utiliser l'information confidentielle à son avantage personnel, ni à celui d'autres personnes (physiques ou morales), ni à celui d'un groupe d'intérêts.

Le membre du conseil a la responsabilité de prendre des mesures de sécurité visant à protéger la confidentialité de l'information à laquelle il a accès. Il doit notamment :

- I. ne pas laisser à la vue de tiers ou d'un membre du personnel non concerné les documents du conseil d'administration;
- II. ne pas télécharger sur un équipement utilisé à des fins personnelles et professionnelles l'information transmise dans le cadre de la réalisation de son mandat;

- III. prendre des mesures appropriées pour assurer la protection matérielle des documents;
- IV. éviter toute discussion pouvant révéler des informations confidentielles;
- V. ne pas communiquer à une personne autre qu'un membre du conseil d'administration un document du conseil d'administration sans l'autorisation préalable de la Régie;
- VI. se départir de tout document confidentiel du conseil d'administration qui n'est plus nécessaire à l'exécution de son mandat en le déchiquetant ou en le remettant au secrétaire du conseil;
- VII. respecter le matériel mis à sa disposition;
- VIII. remettre, à la cessation de son mandat, sa tablette électronique, ainsi que tout document détenu concernant le conseil d'administration y compris le cahier du membre du conseil, au secrétaire du conseil.

---

### **3.2 SOLIDARITÉ D'ENTREPRISE**

---

Les membres du conseil et des comités reconnaissent que les actions dûment autorisées du conseil doivent être appuyées par tous les membres, le conseil s'exprimant d'une seule voix. Les membres qui se sont abstenus ou ont voté contre une motion doivent adhérer à la décision de la majorité des membres et l'appuyer.

Les membres du conseil et des comités doivent:

- Soutenir et expliquer toutes les décisions du conseil d'administration à l'environnement interne et externe, même si son point de vue est minoritaire.
- Ne pas divulguer ou discuter des divergences d'opinions sur le conseil en dehors des réunions du conseil, en particulier avec le personnel, les bénévoles ou les clients.
- S'abstenir de demander des renseignements au personnel pour contester une décision sans que le président du conseil d'administration ou le président-directeur général n'en ait connaissance.
- Transmettre les plaintes ou les questions relatives au Réseau au président-directeur général. Ce dernier fera part au membre du conseil d'administration de ses commentaires sur les mesures prises.

---

### **3.3 CONFLITS D'INTÉRÊTS**

---

Il relève de la responsabilité de chacun des membres du conseil de prendre les précautions nécessaires pour éviter de se placer dans une situation de conflit entre ses intérêts personnels et les obligations liées à la réalisation de son mandat. Le membre du conseil doit aussi éviter de se placer dans une situation pouvant jeter un doute raisonnable sur sa capacité à s'acquitter de ses devoirs avec honnêteté et impartialité. Lorsqu'une telle situation survient, même en dehors de sa volonté, il doit le divulguer

immédiatement au président du conseil d'administration et y remédier sans tarder.

Pour qu'il y ait conflit d'intérêts, il suffit d'une situation de conflit apparent<sup>1</sup> ou potentiel<sup>2</sup> ou d'une possibilité réelle, fondée sur des liens logiques, que l'intérêt personnel soit préféré à l'intérêt de la Régie. Il n'est pas nécessaire que le membre ait réellement profité de sa charge pour servir ses intérêts ou qu'il ait contrevenu aux intérêts de la Régie. Le risque qu'un conflit d'intérêts se produise est suffisant, puisqu'il peut mettre en cause la crédibilité de l'organisation. Aux fins de précision, un membre du conseil est en conflit d'intérêts s'il permet, ou semble permettre que ses intérêts personnels ou ceux de sa famille, d'autres parents ou de personnes ayant des liens avec eux, compromettent sa capacité de remplir ses fonctions à la Régie de façon objective, impartiale et efficace.

Le membre du conseil doit, notamment, éviter de se trouver dans une situation où lui ou un membre de sa famille immédiate, d'autres parents ou d'autres personnes ayant des liens avec eux, puissent tirer profit, directement ou indirectement, d'un contrat conclu pour la Régie ou influencer la prise de décision.

Le membre du conseil qui assume des obligations envers d'autres entités peut parfois se trouver en situation de conflit d'intérêts. Dans le cas où le Code ne prévoit pas la situation dans laquelle il se trouve, il doit déterminer si son comportement respecte ce à quoi la Régie peut raisonnablement s'attendre de la conduite d'un membre du conseil dans ces circonstances. Le membre du conseil doit également déterminer si une personne raisonnablement bien informée conclurait que les intérêts qu'il détient dans l'autre entité risquent d'influencer ses décisions et de nuire à son objectivité, à son intégrité ou à son impartialité. À cet égard, il peut consulter le comité de gouvernance et de mise en candidature.

Les situations suivantes peuvent constituer des conflits d'intérêts :

- avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
- avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de la Régie;
- obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision de la Régie;
- avoir une réclamation litigieuse contre la Régie;
- se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

Les membres se conforment aux obligations énoncées dans l'article 25 de la Loi sur les régies régionales de la santé, L.R.N.-B. 2011, c. 217, dont copie figure à l'annexe B du Code de conduite et morale, et aux obligations énoncées à l'article B.10.0 des

règlements administratifs de la Régie.

Un membre divulgue ou déclare tout conflit d'intérêts dès qu'il en a connaissance et au plus tard :

- À la réunion où la question qui fait l'objet du conflit est étudiée; ou
- À la première réunion qui se tient après l'apparition du conflit.

Tout membre doit, sans limiter la généralité de ce qui suit :

- Solliciter auprès du président du Conseil ou de toute autre personne les avis nécessaires pour déterminer l'existence ou non d'un conflit d'intérêts dans les situations où le membre soupçonne l'existence d'un conflit d'intérêts;
- Éviter d'utiliser sa position au sein du Conseil pour solliciter des clients dans le cadre de ses affaires personnelles ou des affaires dirigées par un frère, une sœur ou un enfant du membre ou une personne envers qui le membre a quelque obligation que ce soit;
- Dans des circonstances où il a des motifs raisonnables de croire que les intérêts d'un autre membre sont en conflit avec les intérêts de la Régie pour ce qui est de se conformer aux obligations de divulgation et de rapport énoncées dans le présent code.
- Un membre du Conseil qui a divulgué un conflit d'intérêts, à l'égard duquel un conflit d'intérêts a été déterminé ou qui se trouve effectivement en conflit d'intérêts :
  - Doit s'abstenir de prendre part aux discussions ou au vote portant sur le sujet en question, mais peut faire partie du quorum de la réunion du Conseil;
  - Peut demeurer dans la salle, si la réunion est publique, mais ne doit pas prendre part à cette partie de la réunion pendant laquelle le sujet donnant lieu à un conflit d'intérêts est discuté et doit quitter la salle avant tout vote portant sur ce sujet;
  - Si la réunion est à huis clos, doit quitter immédiatement la réunion et ne pas y retourner avant que toute discussion et tout vote sur le sujet donnant lieu au conflit d'intérêts ne soient complétés;
  - Doit s'abstenir d'influencer ou de tenter d'influencer les discussions ou le vote du Conseil sur la ou les questions afférentes au sujet donnant lieu au conflit d'intérêts.

### **3.4 UTILISATION DE BIENS ET DE RESSOURCES DE LA RÉGIE À DES FINS PERSONNELLES**

Le membre du conseil ne doit pas confondre les biens de la Régie avec les siens et ne peut pas utiliser les biens et les ressources de la Régie à son profit ou au profit de tiers.

Les biens et les ressources de la Régie incluent, notamment :

- les biens matériels, y compris les biens électroniques;
- le personnel;
- le travail accompli par le personnel ou par une tierce partie, les dirigeants et les membres du conseil de la Régie.

Chaque membre du conseil a l'obligation de protéger les biens et les ressources de la Régie et peut les utiliser seulement au profit de l'organisation.

---

### **3.5 CADEAUX, MARQUES D'HOSPITALITÉ ET AUTRES AVANTAGES**

---

La Régie est particulièrement sensible à la façon dont le public perçoit les cadeaux, les marques d'hospitalité et les autres avantages que peut recevoir un membre du conseil. Le membre du conseil du conseil doit donc faire preuve de jugement pour éviter les situations de conflits.

Sous réserve de l'exception mentionnée au paragraphe suivant, Le membre du conseil (y compris les membres de sa famille immédiate) ne peut, directement ou indirectement, accepter ou solliciter des cadeaux, des marques d'hospitalité ou d'autres avantages (y compris une commission, des honoraires, un salaire, un paiement ou des articles comme des chèques-cadeaux, des titres, un abonnement ou des billets gratuits ou réduits pour des événements sportifs ou culturels). Il ne peut pas non plus, directement ou indirectement, accepter ou solliciter des cadeaux, des marques d'hospitalité ou d'autres avantages qui pourraient compromettre ou sembler compromettre son objectivité, son intégrité ou son impartialité dans le cadre de la réalisation de son mandat, ou qui pourraient le rendre redevable envers la personne, l'entreprise ou l'organisation qui les donne. Il ne peut pas non plus accepter de traitements ou de prix préférentiels d'un fournisseur existant ou éventuel de la Régie en raison de son mandat.

Le membre du conseil peut accepter des cadeaux, des marques d'hospitalité ou d'autres avantages seulement s'ils répondent aux critères suivants :

- ils découlent d'activités ou d'événements liés à la réalisation de son mandat;
- ils ne compromettent pas, ni ne semblent compromettre son objectivité, son intégrité ou son impartialité ni celles de la Régie ou de toute autre personne et, dans tous les cas, sont d'usage et d'une valeur modeste. S'ils ne sont pas d'usage et d'une valeur modeste, Le membre du conseil doit immédiatement demander conseil au président du conseil d'administration, qui indiquera la ligne de conduite à suivre.

Dans le cadre de ses actions, le membre du conseil doit, le cas échéant, prendre les mesures suivantes :

- dissuader les fournisseurs existants et éventuels de lui offrir des cadeaux, des marques d'hospitalité et d'autres avantages;
- aviser les fournisseurs existants et éventuels qu'ils ne peuvent maintenir une relation professionnelle avec lui que s'ils se conforment au Code, retourner les cadeaux, les marques d'hospitalité et les autres avantages inappropriés accompagnés d'un exemplaire du Code à titre de référence et toujours obtenir les conseils du président du conseil d'administration en cas d'incertitude.

En cas d'impossibilité de refuser des cadeaux, des marques d'hospitalité ou d'autres avantages non conformes aux critères énoncés ci-dessus, le membre du conseil doit immédiatement demander conseil au président du conseil d'administration, qui lui indiquera la ligne de conduite à suivre.

---

### **3.6 PRESTATION DE SERVICES-CONSEILS ET D'AUTRES SERVICES**

---

Un membre du conseil ne doit pas offrir ni dispenser, sur une base contractuelle, un service-conseil ou d'autres services à la Régie, que ce soit à titre personnel ou par l'intermédiaire d'une organisation dans laquelle lui ou une personne qui lui est liée détient des intérêts.

---

### **3.7 CONSIDÉRATIONS POLITIQUES ET RÉSERVE**

---

Le membre du conseil doit prendre ses décisions indépendamment de toute considération politique partisane afin de préserver l'intégrité et l'impartialité de la Régie et pour s'assurer d'agir dans l'intérêt de la Régie et de ses clientèles. Par ailleurs, il doit toujours faire preuve de réserve dans la manifestation publique de ses opinions politiques.

---

### **3.8 COMMUNICATION AVEC LES REPRÉSENTANTS DES MÉDIAS ET LE PUBLIC**

---

Le Conseil a adopté une politique concernant la désignation d'un porte-parole au nom du Conseil afin de maintenir la cohérence des messages que l'organisation diffuse. Le président du conseil d'administration est le porte-parole au nom du Réseau pour les questions liées à la gouvernance et à la reddition de comptes du conseil d'administration. Le président-directeur général ou son représentant désigné, nommé par de temps à autre par le président-directeur général, est le porte-parole du Réseau pour les questions opérationnelles. Le président-directeur général et le président du conseil d'administration détermineront mutuellement leurs rôles respectifs, le cas échéant. Aucun membre du conseil d'administration ou d'un comité ne sera porte-parole du conseil d'administration, à moins que le président du conseil ne lui délègue expressément la responsabilité. Lorsqu'elles sont ainsi autorisées, les représentations du directeur ou du membre du comité doivent être conformes aux positions et aux

politiques acceptées du conseil.

Un membre du conseil est autorisé à faire des présentations devant d'autres groupes lors de séminaires publics, de conférences ou d'occasions similaires. Lors de ces séminaires, de ces conférences et de ces autres occasions, il doit préciser qu'il s'exprime à titre personnel et non pour le compte de la Régie. Ses remarques doivent être d'ordre général, et il doit éviter de faire des observations sur les activités de la Régie.

Seuls les porte-parole autorisés du conseil d'administration sont autorisés à communiquer avec les médias pour les affaires du Réseau. Tout directeur ou membre du comité qui est interrogé par des journalistes ou d'autres représentants des médias doit référer ces personnes au président-directeur général du Réseau.

Les membres du conseil sont également tenus d'éviter tous commentaires sur les médias sociaux impliquant les activités, décisions, positions du Réseau.

---

### **3.9 OBTENTION DES CONSEILS D'UN AVOCAT**

---

Les demandes visant à obtenir des opinions ou des conseils de l'extérieur au sujet de questions dont le conseil est saisi peuvent être présentées par l'entremise du président.

## **4. MODALITÉS D'APPLICATION**

---

### **4.1 DÉCLARATION OBLIGATOIRE**

---

Le membre du conseil du conseil doit déclarer par écrit, au président du conseil d'administration et au ministre, toute situation susceptible d'affecter son statut.

De plus, le membre du conseil qui a un intérêt direct ou indirect dans une organisation, une entreprise, une association ou relativement à une affaire quelconque mettant en conflit son intérêt personnel et celui de la Régie doit, sous peine de révocation, le dénoncer préalablement à la séance ou dès qu'il en a connaissance au président du conseil d'administration et, le cas échéant, s'abstenir de participer à toute délibération et à toute décision portant sur cette organisation, cette entreprise, cette association ou cette affaire.

Il doit, en outre, se retirer de la séance pour la durée des délibérations et du vote relatifs à cette question afin de ne pas influencer la décision.

Le président du conseil d'administration doit, quant à lui, faire sa déclaration au secrétaire du conseil et au Comité de gouvernance et de mise en candidature.

Le procès-verbal doit faire état de son absence ou de son abstention de participer aux délibérations.

---

## **4.2 DÉCLARATION D'INTÉRÊTS ET DU STATUT D'UN MEMBRE DU CONSEIL**

---

Lorsqu'un membre du conseil entre en fonction à la Régie, il doit remplir le formulaire *Déclaration des membres du conseil d'administration* et le remettre au président du conseil d'administration.

Dans ce formulaire, il est, notamment demandé :

- de signer une déclaration officielle stipulant que le membre a lu et compris le Code et qu'il s'y conformera.
- de fournir les renseignements suivants :
  - le nom et l'adresse de l'organisme, de l'entreprise, de l'association ou de toute autre organisation pour lesquels il agit à titre de dirigeant ou d'employé ainsi que la fonction qu'il y occupe et la date de son entrée en fonction;
  - le nom et l'adresse des sociétés, des associations ou des organismes, à but lucratif ou sans but lucratif, des sociétés de personnes ou de toutes les autres organisations envers lesquels il est associé;
  - toute situation sur le plan personnel, professionnel ou philanthropique concernant un membre de sa famille ou lui-même, qui est susceptible de créer un conflit avec l'exercice de son mandat au conseil d'administration;
  - d'indiquer les renseignements relatifs à la qualification du statut d'indépendance.

En début d'année financière, le président du conseil d'administration demande aux membres du conseil de valider l'exactitude des renseignements apparaissant au formulaire de Déclaration des membres du conseil d'administration.

Par ailleurs, toute modification à la déclaration d'un membre du conseil doit être faite par la mise à jour du formulaire de Déclaration des membres du conseil d'administration et transmise au président du conseil d'administration. La déclaration du président du conseil d'administration est transmise au secrétaire du conseil.

Une déclaration de modification d'intérêts communiquée verbalement par un membre du conseil et consignée au procès-verbal d'une rencontre du conseil d'administration tient lieu de déclaration écrite. L'information sera consignée dans le dossier de déclaration d'intérêts du membre du conseil d'administration.

---

## **4.3 DÉFAUT DE CONFORMITÉ ET SANCTIONS**

---

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature est responsable de la surveillance et du contrôle de la conformité du code de conduite et morale.

Les membres sont responsables de se conformer au présent code. Le défaut de se conformer au code de conduite et morale peut mener à la destitution du membre, selon les circonstances. Tout défaut de se conformer au présent code sera traité de la façon appropriée compte tenu des circonstances.

---

#### **4.4 SIGNALEMENT**

---

Le respect du Code est une responsabilité partagée par chacun des membres du conseil. Ainsi, Le membre du conseil qui connaît ou soupçonne l'existence d'une situation susceptible de contrevenir au Code doit la dénoncer au président du comité de gouvernance et de mise en candidature. L'omission de faire un rapport d'une infraction connue ou raisonnablement soupçonnée constitue en soi une infraction au présent code. Cette dénonciation doit être faite par écrit, de façon confidentielle, et contenir l'information suivante :

- I. l'identité de l'auteur ou des auteurs impliqués;
- II. la description de la situation;
- III. la date ou la période de la survenance ou de l'émergence de la situation;
- IV. une copie de tout document qui soutient le signalement.

Pour les fins du rapport exigé en vertu du présent code, tout rapport doit être communiqué au président du Comité de gouvernance et de mise en candidature par courriel, par courrier ordinaire ou en personne à l'adresse indiquée ci-dessous. Dans l'éventualité où le rapport d'une infraction mettrait en cause le président du Comité de gouvernance et de mise en candidature, le rapport devrait être adressé au président du Conseil à l'adresse ci-dessous :

Réseau de santé Vitalité  
Siège social  
275, rue Main, bureau 600 Bathurst (N.-B.) E2A 1A9

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature veillera à la mise en place de démarches appropriées pour l'enquête et le suivi de tout rapport reçu et il veillera à ce que tout rapport fasse l'objet d'une enquête prompte et approfondie par ledit Comité de gouvernance et de mise en candidature, un comité spécial du Conseil établi à cette fin ou un enquêteur externe. Si les circonstances l'exigent, le rapport pourra être adressé à la police ou à l'autorité réglementaire appropriée.

Les actions prises par le Comité de gouvernance et de mise en candidature et la partie ou les parties mandatées pour mener l'enquête pourront varier selon la nature du rapport et/ou de l'infraction alléguée. Sous réserve de toute divulgation nécessaire pour

mener l'enquête et la prise de mesures de redressement et sous réserve de toute règle de droit (obligeant la divulgation dans certaines circonstances), tous les renseignements faisant l'objet d'un rapport et divulgués pendant le cours d'une enquête demeureront confidentiels et seront rendus disponibles selon le principe d'accès sélectif seulement.

L'enquêteur mènera toutes les enquêtes jugées pertinentes et pourra consulter le membre, l'auteur du rapport et toute autre personne, au besoin, mais il n'aura aucune obligation de tenir une audience formelle. Le membre faisant l'objet du rapport doit recevoir un avis écrit de la nature de toute allégation à son encontre dans les dix (10) jours de la date du rapport et il pourra y répondre par écrit ou demander un entretien avec l'enquêteur dans les dix (10) jours suivant la réception de l'avis prévu dans le présent paragraphe. L'enquêteur doit compléter l'enquête dans les trente (30) jours suivant le début de son mandat d'enquête et :

- Prépare un rapport faisant état de ses conclusions et de ses recommandations (le « rapport d'enquête »), lequel sera soumis au président du Comité de gouvernance et de mise en candidature dans les quinze (15) jours suivant l'achèvement de l'enquête;
- Sur réception du rapport d'enquête, le président convoque une réunion du Comité de gouvernance et de mise en candidature, qui fait l'étude du rapport dans les quinze (15) jours suivant sa réception :
  - Adopter le rapport d'enquête en tout ou en partie;
  - Si une infraction a été commise, décider quelle sanction, s'il y a lieu, devrait être imposée à l'endroit du membre faisant l'objet du rapport et du rapport d'enquête;
  - Les sanctions imposées par le Comité de gouvernance et de mise en candidature peuvent consister en une réprimande, une suspension, une déchéance de charge ou toute autre sanction jugée appropriée, selon la gravité et la nature de l'infraction.

La décision et, le cas échéant, la sanction imposée par le Comité de gouvernance et de mise en candidature sont communiquées par écrit au membre faisant l'objet du rapport d'enquête ainsi qu'au Conseil et la décision doit être communiquée au ministre, avec les motifs à l'appui, dans les cinq (5) jours suivant la date de la décision du Comité de gouvernance et de mise en candidature, la sanction imposée au membre faisant l'objet du rapport d'enquête entre en vigueur à la date précisée dans la lettre de décision du Comité de gouvernance et de mise en candidature.

---

## 4.5 APPEL, SUSPENSION, DÉCISION DE L'APPEL

---

Le membre faisant l'objet du rapport d'enquête, qui est en désaccord avec la décision, et le cas échéant, la sanction imposée par le Comité de gouvernance et de mise en candidature, peut interjeter appel de cette décision auprès des membres du Conseil à une réunion spéciale du Conseil convoquée à cet effet en donnant au secrétaire du Conseil un avis écrit de son intention de le faire dans les trente (30) jours suivant la réception de la décision du Comité de gouvernance et de mise en candidature.

### Suspension de la décision et de la sanction

- Si le membre faisant l'objet du rapport d'enquête donne l'avis de 30 jours, la décision, et le cas échéant, la sanction imposée par le Comité de gouvernance et de mise en candidature sont suspendues jusqu'à la résolution des membres.

### Décision de l'appel

- En cas d'appel, la majorité (ou un pourcentage supérieur précisé dans les règlements administratifs) des membres présents à l'assemblée spéciale convoquée à cette fin confirment ou annulent, rétroactivement, par résolution, la décision, et le cas échéant, la sanction imposée par le Comité de gouvernance et de mise en candidature.
- Il est entendu que le membre faisant l'objet du rapport d'enquête pourra, s'il le désire, faire des représentations auprès des autres membres lors de la réunion spéciale tenue.

### Calcul des délais

- Dans le présent code, à moins que le contexte n'indique une intention contraire, les normes suivantes régissent le calcul des délais prescrits :
  - Si le délai est exprimé en jours, il se calcule en excluant le premier jour, mais en y incluant le dernier;
  - Si le délai est inférieur à sept (7) jours, il ne faut pas tenir compte des jours fériés;
  - Si le délai prévu pour accomplir un acte ou pour entreprendre une étape de procédure expire un jour férié, l'acte peut être accompli ou l'étape entreprise le premier jour suivant qui n'est pas jour férié.

---

## 4.6 CESSATION DES FONCTIONS

---

Après avoir cessé d'être membre du conseil d'administration de la Régie, un membre du conseil ne peut pas agir de manière à tirer un avantage indu de sa charge antérieure. Il ne peut pas non plus donner à une personne ou à une organisation des conseils fondés sur des renseignements concernant la Régie qui n'étaient pas du domaine public et qu'il a obtenus pendant qu'il siégeait au conseil d'administration.

Il lui est également interdit, dans l'année qui suit la fin de ses fonctions, d'agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre activité à laquelle la Régie est partie et à propos de laquelle il détient de l'information qui n'est pas du domaine public.

Les membres du conseil de la Régie ne peuvent pas traiter, dans les circonstances qui sont prévues au paragraphe précédent, avec Le membre du conseil du conseil public qui y est visé dans l'année où celui-ci a quitté ses fonctions.

JE RECONNAIS avoir lu et compris le code de conduite et morale à l'intention des membres du Conseil du Réseau de Santé Vitalité, et j'accepte de m'y conformer en tout temps.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Nom en caractères d'imprimerie

\_\_\_\_\_  
Date

## Déclaration des membres du conseil d'administration

### Statut de la déclaration

Initiale     Non modifiée     Modifiée

### 1. Déclaration des intérêts

#### a. Organisme, entreprise, association ou autre organisation pour lesquels vous agissez à titre de membre du conseil, de travailleur autonome, d'employé ou de bénévole

Inscrivez le nom et l'adresse de l'organisme, de l'entreprise, de l'association ou de toute autre organisation pour lesquels vous agissez à titre de membre du conseil, de travailleur autonome, d'employé ou de bénévole. Inscrivez également votre fonction, la date de votre entrée en fonction de même que la nature de votre intérêt en lien avec les responsabilités dévolues à la Régie.

Ne s'applique pas\*

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Date d'entrée en fonction : \_\_\_\_\_

Nature de l'intérêt : \_\_\_\_\_

[Pour ajouter une déclaration, cliquez sur le + ci-contre apparaissant lors de la saisie](#)

#### b. Sociétés par actions, fiducies, sociétés de personnes ou autres organisations avec lesquelles vous avez des liens

Inscrivez le nom et l'adresse des sociétés par actions, des fiducies, des sociétés de personnes ou des autres organisations, à but lucratif ou sans but lucratif, pour lesquelles vous agissez à titre d'administrateur ou de fiduciaire, que vous contrôlez ou dont vous détenez plus de 5 % des droits de vote. Inscrivez également le nom et l'adresse des sociétés ou des autres organisations pour lesquelles vous offrez, sur une base contractuelle, un service-conseil ou d'autres services et dans lesquelles vous détenez des intérêts importants en lien avec les responsabilités dévolues à la Régie.

Ne s'applique pas\*

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Champ d'activité : \_\_\_\_\_

Nature de l'intérêt : \_\_\_\_\_

[Pour ajouter une déclaration, cliquez sur le + ci-contre apparaissant lors de la saisie](#)

Inscrivez le nom et l'adresse des sociétés par actions, des fiducies, des sociétés de personnes ou des autres organisations, à but lucratif ou sans but lucratif, pour lesquelles vous ou un membre de votre famille immédiate, d'autres parents ou d'autres personnes ayant des liens avec vous, détenez des intérêts importants en lien avec les responsabilités dévolues à la Régie.

Ne s'applique pas\*

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Champ d'activité : \_\_\_\_\_

Nature de l'intérêt : \_\_\_\_\_

Lien à préciser : \_\_\_\_\_

[Pour ajouter une déclaration, cliquez sur le + ci-contre apparaissant lors de la saisie](#)

### c. Autre situation

Inscrivez toute situation sur le plan personnel, professionnel ou philanthropique, pour laquelle vous ou un membre de votre famille immédiate, d'autres parents ou d'autres personnes ayant des liens avec vous, qui est susceptible de créer un conflit avec l'exercice de votre mandat au sein du conseil d'administration de la Régie.

Ne s'applique pas\*

Nom : \_\_\_\_\_

Champ d'activité : \_\_\_\_\_

Nature de l'intérêt : \_\_\_\_\_

Lien à préciser : \_\_\_\_\_

[Pour ajouter une déclaration, cliquez sur le + ci-contre apparaissant lors de la saisie](#)

## 2. Déclaration du statut du membre du conseil

Indiquez votre statut du membre du conseil

Indépendant     non indépendant

	Oui	Non
Êtes-vous à l'emploi de la Régie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous à l'emploi du gouvernement ou d'un organisme du gouvernement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un membre de votre famille immédiate fait-il partie de la Haute direction de la Régie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. Déclaration et signature

Je, soussigné(e), membre du conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité :

- atteste que les déclarations ont été faites de bonne foi et au meilleur de mes connaissances;
- déclare avoir pris connaissance du Code de conduite et morale applicable aux membres du Conseil d'administration de la Régie, en comprendre le sens et la portée. Dans cet esprit, je m'engage à remplir avec impartialité, honnêteté et indépendance, au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs et les responsabilités découlant de mon rôle du membre du conseil, en plus de faire preuve en tout temps d'une conduite empreinte d'éthique.

J'ai signé à ce \_\_\_\_\_e jour du mois de \_\_\_\_\_, 20 .

\_\_\_\_\_  
Signature du membre du Conseil

J'ai signé à ce \_\_\_\_\_e jour du mois de \_\_\_\_\_, 20 .

\_\_\_\_\_  
Signature du président du Conseil d'administration

**LOI SUR LES RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ, L.R.N.B. 2011, c. 217  
PARTIE 3**

**Section B - Structure et administration**

**Conflit d'intérêts**

25(1) Il est interdit à tout membre d'un conseil de voter ou de se prononcer sur une question soumise au conseil si :

- a) le membre a un intérêt dans la question autre qu'un intérêt inhérent à ses fonctions de membre;
- b) le membre a un intérêt financier direct ou indirect dans la question;
- c) un parent, un conjoint, un frère, une sœur ou un enfant du membre a un intérêt dans la question;
- d) le membre est un dirigeant, un employé ou un représentant d'une personne morale ou d'une association non personnalisée, ou autre association de personnes qui a un intérêt dans la question.

25(2) Lorsqu'un membre est en conflit d'intérêts, il divulgue au conseil la nature et l'étendue de l'intérêt soit par écrit, soit en demandant que ce conflit soit mentionné au procès-verbal de la réunion du conseil.

25(3) Un membre divulgue tout conflit d'intérêts :

- a) à la réunion où la question qui fait l'objet du conflit est étudiée;
- b) si le membre ne se trouve pas en conflit d'intérêts au moment décrit à l'alinéa a), à la première réunion qui se tient après l'apparition du conflit.  
2002, ch. R-5.05, art. 25.

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	FONCTIONS DU PRÉSIDENT		<b>N° :</b> CA-140
<b>Section :</b>	Orientation - Lignes directrices	<b>Date d'entrée en vigueur :</b>	<b>2018-06-</b>
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b>	2017-06-19
<b>Approbateur:</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Approuvée le :</b>	2018-06-
<b>Établissement(s)/programme(s) :</b>			

### POLITIQUE

#### Dispositions générales

Le président doit être nommé par le ministre parmi les membres du Conseil d'administration (le « Conseil ») ayant droit de vote.

1. Le rôle du président du Conseil est d'assurer la présidence des réunions du Conseil et de gérer les affaires du Conseil conformément aux Lois et règlements applicables ainsi qu'aux politiques de gouvernance du Conseil; il doit notamment s'assurer que le Conseil est bien structuré, fonctionne efficacement et remplit ses obligations et responsabilités.
2. Le président remplit les devoirs fiduciaires d'un administrateur.
3. Le président du Conseil est également président du Comité exécutif.
4. Le président du Conseil établit et entretient de bonnes relations de travail avec le président-directeur général (le « PDG ») et veille au maintien de rapports efficaces entre le ministre intéressé, les autres représentants du gouvernement et les partenaires clés.
5. Le président est un membre d'office ayant droit de vote de tous les comités permanents du Conseil.
6. Le président peut remplir toute autre fonction déterminée par le Conseil.
7. Le président du Conseil fait un compte rendu des activités de la régie à chaque assemblée annuelle.

## Fonctions et responsabilités

### **Collaboration avec la direction**

Le président du Conseil a les responsabilités suivantes :

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

### **Gestion du Conseil d'administration**

Le président du Conseil a les responsabilités suivantes :

1. Veiller à ce que les membres du Conseil connaissent leurs responsabilités et obligations envers le Réseau, le gouvernement et les autres partenaires.
2. Présider les réunions du Conseil et veiller à ce que l'on aborde les questions pertinentes.
3. Déterminer la fréquence des réunions du Conseil.
4. Aider le Comité exécutif et de gouvernance **et de mise en candidature** à élaborer les critères de sélection des membres du Conseil et la liste des candidats éventuels à recommander au gouvernement aux fins de nomination et communiquer avec le gouvernement au sujet de ces critères.
5. Assurer la liaison et la communication avec tous les membres du Conseil et les présidences de comité pour coordonner la rétroaction des membres et maximiser l'efficacité du Conseil d'administration et de ses comités.

6. **Contribuer et** assurer la coordination de l'ordre du jour, des troussees d'information et des événements pertinents pour les réunions du Conseil, de concert avec le PDG et l'adjoint administratif du Conseil. **Réviser les procès-verbaux et signer les ententes.**
7. Veiller à ce que les membres du Conseil comprennent, examinent, surveillent et approuvent les principaux projets du Réseau en temps opportun.
8. Veiller à ce que le Conseil reçoive des mises à jour adéquates et régulières du PDG relativement à toutes les questions importantes pour le bien-être et l'avenir du Réseau.
9. Développer des consensus et favoriser le travail d'équipe au sein du Conseil.
10. Examiner les questions de conflits d'intérêts des membres du Conseil.
11. Veiller, en collaboration avec le PDG, à ce que l'information demandée au Conseil par les membres ou les comités soit fournie avec diligence et réponde à leurs besoins.
12. Veiller à la tenue d'évaluations à intervalles réguliers pour le Conseil, le président du Conseil, les comités et les membres du Conseil.

### **Relations avec le gouvernement et les autres partenaires**

Le président du Conseil agit à titre de principal lien entre le Conseil, le ministre et le ministère et les autres agences gouvernementales.

<b>Remplace :</b>	<b>Zone 1 :</b> _____	<b>Zone 5 :</b> _____
	<b>Zone 4 :</b> _____	<b>Zone 6 :</b> _____

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	FONCTIONS DU VICE-PRÉSIDENT		<b>N° :</b> CA-150
<b>Section :</b>	Orientation - Lignes directrices	<b>Date d'entrée en vigueur :</b>	<b>2018-06-</b>
<b>Mandataire:</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b>	2017-06-19
<b>Approbateur:</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Approuvée le :</b>	2018-06-
<b>Établissement(s)/programme(s) :</b>			

### POLITIQUE

#### Disposition générale

1. Le vice-président du Conseil d'administration (le « Conseil ») est élu parmi les membres du Conseil lors de l'Assemblée générale annuelle du Réseau de santé Vitalité, suite à une recommandation du Comité de gouvernance et de mise en candidature.
2. Le mandat de la vice-présidence est d'une année renouvelable.

#### Fonctions du vice-président

1. Le vice-président doit avoir tous les pouvoirs et remplir toutes les fonctions du président en cas d'absence ou d'incapacité de ce dernier, ainsi que d'autres fonctions définies de temps à autre par le Conseil.
2. Advenant la démission du président du Conseil, le vice-président remplit les fonctions de la présidence du Conseil jusqu'à ce qu'une nouvelle personne soit nommée à ce poste.
3. Si le président et le vice-président du Conseil sont tous deux absents ou incapables de remplir leurs fonctions, le Conseil élit un président intérimaire parmi les membres du Conseil pour présider une réunion ou pour tout autre objet déterminé par le Conseil.

<b>Remplace :</b>	<b>Zone 1 :</b> _____	<b>Zone 5 :</b> _____
	<b>Zone 4 :</b> _____	<b>Zone 6 :</b> _____

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	FONCTIONS DU TRÉSORIER		N° : CA-160
<b>Section :</b>	Orientation - Lignes directrices	<b>Date d'entrée en vigueur :</b>	<b>2018-06-</b>
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b>	2017-06-19
<b>Approbateur:</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Approuvée le :</b>	2018-06-
<b>Établissement(s)/programme(s) :</b>			

### POLITIQUE

#### Nomination, mandat et qualités requises

- ~~1. L'élection du trésorier du Conseil d'administration (le « Conseil ») du Réseau de santé Vitalité (le « Réseau ») revient aux membres du Conseil par le biais du processus de mise en candidature.~~
2. Le trésorier du Conseil est élu parmi les membres du Conseil ayant droit de vote lors de l'assemblée générale annuelle du Conseil, **suite à une recommandation du Comité de gouvernance et de mise en candidature.** ~~En cas de pluralité de candidatures, le vote se tient par bulletin secret.~~
3. Le trésorier doit avoir des connaissances en gestion financière.
4. ~~Un membre ne peut occuper le poste de trésorier plus d'un an. Ce mandat est renouvelable chaque année.~~ **Le mandat du trésorier est d'une année.**

#### Fonctions du trésorier du Conseil d'administration

Le trésorier doit :

1. assurer la garde et le contrôle de tous les dossiers de titres, de tous les dossiers de fonds et des dossiers financiers;
2. présider le Comité des finances et de vérification;
3. soumettre un rapport financier au Conseil lors de chaque réunion ordinaire et un rapport annuel lors de l'assemblée annuelle du Conseil;
4. remplir toute autre fonction que lui confie le Conseil.

<b>Remplace :</b>	<b>Zone 1 :</b> _____	<b>Zone 5 :</b> _____
	<b>Zone 4 :</b> _____	<b>Zone 6 :</b> _____

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	FONCTIONS DU SECRÉTAIRE		<b>N° :</b> CA-170
<b>Section :</b>	Orientation - Lignes directrices	<b>Date d'entrée en vigueur :</b>	<b>2018-06-</b>
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b>	2017-06-19
<b>Approbateur:</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Approuvée le :</b>	2018-06-
<b>Établissement(s)/programme(s):</b>			

### POLITIQUE

Le secrétaire du Conseil d'administration (le « Conseil ») est le président-directeur général.

#### Fonctions du secrétaire

Le secrétaire doit :

- a) veiller à ce qu'un procès-verbal soit consigné pour chaque réunion;
- b) veiller à ce que la correspondance du Conseil soit traitée;
- c) veiller à ce que tous les rapports requis en vertu des lois et des règlements du Nouveau-Brunswick soient préparés;
- d) être le gardien de tous les procès-verbaux, des documents et des registres du Réseau de santé Vitalité (le « Réseau »);
- e) être le gardien du sceau du Réseau;
- f) veiller à ce que les avis de réunion du Conseil et des comités du Conseil soient envoyés aux membres;
- g) remplir d'autres fonctions dictées par le Conseil;
- h) veiller à ce que le Réseau respecte les lois et les règlements le régissant, ses règlements administratifs, ses règles ainsi que ses politiques;
- i) conseiller et appuyer le président et les membres du Conseil dans l'exercice de leurs fonctions;

- j) agir à titre de lien au niveau des communications et d'information pour les membres du Conseil;
- k) **de concert avec le Comité de gouvernance et de mise en candidature**, administrer le Code de déontologie **conduite et morale** et les directives en matière de conflits d'intérêts à l'intention des membres du Conseil.

<b>Remplace :</b> Zone 1 : _____	Zone 5 : _____
Zone 4 : _____	Zone 6 : _____

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	FONCTIONS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL		<b>N° :</b> CA-180
<b>Section :</b>	Orientation - Lignes directrices	<b>Date d'entrée en vigueur :</b>	<b>2018-06-</b>
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b>	2017-06-19
<b>Approbateur:</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Approuvée le :</b>	2018-06-
<b>Établissement(s)/programme(s):</b>			

### POLITIQUE

#### Dispositions générales

Le ministre nomme un directeur général, lequel occupe son poste au gré du ministre et rend compte au Conseil d'administration (le « Conseil ») de la gestion générale et de la conduite des affaires internes de la Régie régionale de la santé (la « RRS ») dans le cadre des règlements administratifs, des règles des règlements administratifs, des politiques et des directives du Conseil. Dans ces règlements administratifs, le président-directeur général ( « PDG ») renvoie au directeur général ou à son délégué.

#### Fonctions

Le PDG doit notamment, dans le cadre de ses fonctions :

1. être responsable de la gestion de la RRS;
2. être responsable de la sélection, de l'embauche, du contrôle, du perfectionnement, de l'orientation et du renvoi de tous les employés;
3. assister à toutes les réunions du Conseil et des comités du Conseil à moins d'en être exempté par le Conseil;
4. être un membre d'office sans droit de vote de tous les comités de la RRS, y compris tous les comités ou les sous-comités du Conseil;
5. être responsable de prendre les mesures nécessaires pour répondre aux exigences du plan de santé et d'affaires approuvé de la RRS, de la *Loi sur les régies régionales de la santé*, de la *Loi hospitalière* et des règlements administratifs et des politiques du Conseil et de veiller à ce que le personnel de la RRS respecte toutes les lois applicables à la RRS;
6. nommer un délégué à sa discrétion.

Responsabilités

1. Élaborer des plans stratégiques et opérationnels, des plans de santé et d'affaires conformes à la vision et à la mission du Réseau et les recommander au Conseil, y compris la préparation de mises à jour ou encore de modifications à ces plans si nécessaires et signifier l'implication du Conseil dans les étapes initiales de l'élaboration de stratégies.
2. Mettre en œuvre les plans d'exploitation et d'immobilisations annuels approuvés par le Conseil, ainsi qu'en assurer le suivi sur les plans opérationnels et financiers et l'atteinte des résultats escomptés. Présenter des rapports au Conseil à intervalles réguliers à cet égard et prendre les mesures d'amélioration qui s'imposent.
3. Effectuer des prévisions annuelles des revenus, des dépenses, des résultats opérationnels et du rendement financier.
4. Tenir les membres du Conseil au fait de toutes les questions importantes d'ordre opérationnel, financier ou autre touchant le Réseau, incluant celles provenant des divers paliers de gouvernement et des partenaires.
5. Autoriser l'engagement de fonds dans les projets d'immobilisation figurant dans les budgets approuvés par le Conseil.
6. Conclure des ententes, des contrats, des baux et d'autres transactions dans la conduite des affaires ordinaires de façon à poursuivre les stratégies, les plans et les objectifs approuvés par le Conseil à condition, cependant, de présenter des rapports réguliers et opportuns au Conseil relativement aux engagements et aux risques importants.
7. Déterminer les principaux risques liés aux opérations du Réseau et mettre en place les systèmes nécessaires pour gérer ces risques.
8. Développer et maintenir en place une structure organisationnelle solide et efficace, et voir au recrutement, à l'embauche, et, le cas échéant, au congédiement des employés ainsi qu'à leur formation et leur perfectionnement.
9. Donner aux membres du Conseil l'occasion de rencontrer les cadres clés du Réseau lors des réunions du Conseil et des comités.
10. Veiller à ce que les responsabilités et les pouvoirs de tous les membres du Réseau soient clairement définis.
11. Établir des mécanismes de contrôle et de coordination efficaces pour toutes les opérations et les activités, et assurer l'intégrité des systèmes de contrôle interne et de gestion, de même que des systèmes cliniques.
12. Assurer des communications efficaces avec les ministres concernés et entretenir de bonnes relations avec les organismes non gouvernementaux, les établissements d'enseignement, les organismes professionnels de réglementation, les autres organismes dispensant des soins de santé, le grand public, les fondations et les autres partenaires clés.

13. Agir à titre de porte-parole principal du Réseau en matière de gestion.
14. Assurer le fonctionnement sécuritaire et efficace du Réseau et veiller au respect des directives et des pratiques du Réseau en matière de gestion, d'environnement, de santé et de sécurité.
15. Veiller à ce que toutes les opérations et les activités du Réseau soient menées conformément aux lois, aux règlements, au code de déontologie **conduite et morale** et aux lignes directrices en matière de conflits d'intérêts (CA-200 135), aux codes de valeurs organisationnelles, aux pratiques commerciales loyales, de même que conformément aux directives et aux pratiques approuvées par le Conseil.
16. Promouvoir une culture organisationnelle favorisant des pratiques conformes à la déontologie et le respect en milieu de travail, de même que le respect de la personne et la responsabilité sociale.

<b>Remplace :</b> Zone 1 : _____	Zone 5 : _____
Zone 4 : _____	Zone 6 : _____

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	PLANIFICATION STRATÉGIQUE		<b>N° :</b> CA-190
<b>Section :</b>	Gouvernance générale	<b>Date d'entrée en vigueur :</b>	<b>2018-06-</b>
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b>	2017-06-19
<b>Approbateur:</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Approuvée le :</b>	2018-06-
<b>Établissement(s)/programme(s):</b>			

### BUT

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

### DÉFINITIONS

**À l'externe :** représente les publics cibles suivants : les patients et leur famille, la population en général, les Premières Nations, les organismes communautaires, les organismes de sensibilisation et de soutien, les mouvements associatifs et les municipalités

**À l'interne :** représente les publics cibles suivants : les médecins, les employés, les syndicats, les gestionnaires, l'équipe de leadership et le Conseil d'administration

### POLITIQUE

Le Conseil doit superviser le processus de planification stratégique pour élaborer la vision, la mission et les valeurs de l'organisation, ainsi que pour établir son plan, ses buts et ses orientations stratégiques.

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

### Cadre du processus de planification stratégique

1. De façon générale, le processus respecte les principes suivants :
  - a) une démarche consultative à l'interne, ainsi qu'à l'externe;
  - b) le développement d'un plan stratégique triennal;
  - c) une diffusion à l'interne et à l'externe du plan stratégique et de l'évolution des progrès.

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

<b>Remplace :</b> <b>Zone 1 :</b> _____ <b>Zone 5 :</b> _____ <b>Zone 4 :</b> _____ <b>Zone 6 :</b> _____
--

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	CODE D'ÉTHIQUE		<b>N° :</b> CA-205
<b>Section :</b>	Orientation - Lignes directrices	<b>Date d'entrée en vigueur :</b>	<b>2018-06-</b>
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b>	2017-06-19
<b>Approbateur :</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Approuvée le :</b>	2018-06-
<b>Établissement(s)/programme(s) :</b>			

### Dispositions générales

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

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

- la dignité humaine
- l'autonomie
- la bienfaisance
- l'équité

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

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

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

- maintenir à jour l'expertise de ses intervenants;

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

### Droits du patient

#### **Droit à des soins et des services**

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

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

#### **Droit à la dignité et à la bienfaisance**

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

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

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

#### **Droit à l'autonomie**

Le patient a droit au respect de son autonomie. De là découle son droit d'accepter ou de refuser des soins ou des services. Si l'état du patient ne lui permet pas de prendre des décisions, une personne désignée, un mandataire, un plus proche parent pourra le faire à sa place.

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

Le patient a le droit de refuser un traitement proposé.

#### **Droit à l'équité**

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

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

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

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

### **Droit à la confidentialité et au respect de la vie privée**

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

#### Responsabilités du patient

### **Collaboration**

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

### **Relations interpersonnelles**

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

### **Respect des biens**

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

### **Consentement**

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

### **Refus de traitement**

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

## **Participation aux soins et aux services**

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

## **Testament de vie**

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

## Responsabilités des intervenants

### **Objectif commun : votre santé**

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

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

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

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

### **Respect de la dignité**

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

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

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

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

Les intervenants souhaitent ainsi développer avec le patient une relation de confiance.

En fin de vie, les intervenants s'assureront de respecter la dignité du patient et lui offriront un service d'accompagnement.

### **Respect de l'équité**

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

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

### **Respect de la confidentialité et de la protection des renseignements personnels**

Toutes les informations au sujet du patient sont confidentielles.

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

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

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

### **Respect du droit à l'information**

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

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

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

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

## **Respect de l'intimité**

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

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

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

## **Consentement et refus aux soins et aux services de santé**

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

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

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

## Autres renseignements

### **Mission d'enseignement**

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

### **Mission de recherche**

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

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

## **Demande de consultation en éthique clinique**

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

## **Questions ou préoccupations**

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

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

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

## **Mise en œuvre**

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

Le PDG est également responsable de soumettre au Conseil d'administration (le « Conseil ») des rapports périodiques faisant état de la situation de la question éthique au sein du Réseau, incluant des mesures correctrices, le cas échéant. Il est également responsable de signaler au Conseil tout manquement à ce code d'éthique et les mesures prises à cet effet.

<b>Remplace :</b>	<b>Zone 1 :</b> _____	<b>Zone 5 :</b> _____
	<b>Zone 4 :</b> _____	<b>Zone 6 :</b> _____

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	ORIENTATION DES NOUVEAUX MEMBRES		<b>N° :</b> CA-210
<b>Section :</b>	Orientation – Lignes directrices	<b>Date d'entrée en vigueur :</b>	<b>2018-06-</b>
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b>	2018-02-13
<b>Approbateur :</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Approuvée le :</b>	2018-06-
<b>Établissement(s)/programme(s) :</b>			

### BUTS

1. Permettre aux membres d'acquérir les connaissances nécessaires et d'avoir la compréhension indispensable à tout membre du Conseil d'administration (le «Conseil») qui se veut efficace.
2. Raffermer les liens entre les nouveaux membres et ceux déjà en poste en leur permettant de s'entraider et de s'entendre sur la façon dont ils s'acquitteront de leurs tâches.

### POLITIQUE

1. Le manuel d'orientation des nouveaux membres et ~~la liste de vérification du mentor~~ **le tableau des activités de mentorat** sont approuvés par le Comité de gouvernance et de mise en candidature.
2. L'orientation des nouveaux membres est planifiée et organisée par le président du Conseil et le président-directeur général (le «P.-D.G.»). Ces derniers ont recours à de l'expertise au sein du Réseau de santé Vitalité (le «Réseau») et à de l'expertise externe, s'il y a lieu, en fonction des besoins et des domaines d'intérêt particuliers des nouveaux membres.
3. Pendant la première année d'un nouveau membre au sein du Conseil, les membres en poste sont appelés à agir à titre de mentors auprès de ce nouveau membre.

Chaque nouveau membre (y compris un nouveau médecin-chef et un nouveau président du Comité professionnel consultatif) reçoit une orientation complète selon les dispositions suivantes :

1. Orientation préalable à la première réunion du Conseil faisant suite à sa nomination
  - a. Il reçoit le Manuel d'orientation.

- b. Il participe à l'orientation avec le président du Conseil, le P.-D.G. et le mentor désigné.
  - c. Il rencontre le mentor désigné.
  - d. Il révise les politiques du Conseil et les règles de bonne gouvernance.
  - e. Il révise les rôles et les responsabilités des membres du Conseil et les responsabilités du personnel.
  - f. Il reçoit un aperçu de l'historique du Réseau, de ses caractéristiques, de ses défis et de ses possibilités ainsi que des dossiers et des tendances qui semblent se dégager.
  - g. Il révise les mandats des différents comités du Conseil et discute des intérêts et des compétences pour siéger à certains de ces comités.
  - h. Il examine les procès-verbaux des dernières réunions.
  - i. Il signe et retourne les documents suivants :
    - i. Énoncé de conflit d'intérêts;
    - ii. Gage de confidentialité;
    - iii. Code d'éthique;
    - iv. Intérêt à participer à certains comités;
    - v. ~~Liste de vérification du mentor~~ **Tableau des activités de mentorat.**
2. Orientation et formation continue pendant la première année
- a. Orientation sur le rôle et les responsabilités d'une gouvernance efficace.
  - b. Orientation vers le monde des soins de santé et des hôpitaux.
  - c. Orientation au Réseau en tant qu'organisation.
3. Activités qui peuvent être accomplies pendant la première année au sein du Conseil  
Le mentor est responsable d'établir le premier contact avec le nouveau membre. Par la suite, le mentor et le nouveau membre établissent ensemble un plan de rencontres, la fréquence à laquelle les rencontres auront lieu, etc. en se basant sur les paramètres suivants :

Phase 1 – Durant les 6 premiers mois, le nouveau membre :

- Siège au moins une fois à chaque comité au besoin;
- Continue de rencontrer régulièrement son mentor avant chaque réunion du Conseil et accomplit les activités jugées nécessaires dans le tableau des activités de mentorat;
- Lit des références, des articles et des journaux sur la gouvernance;
- Participe aux séances de formation continue offertes par le Conseil.

Phase 2 – Durant les 12 premiers mois, le nouveau membre :

- Continue de rencontrer régulièrement son mentor et accomplit les activités jugées nécessaires dans le tableau des activités de mentorat;
- Continue de lire des journaux et des articles appropriés sur la gouvernance;
- Participe aux séances de formation continue;
- Assiste à l'assemblée générale annuelle.

<b>Remplace :</b>	<b>Zone 1 :</b> _____	<b>Zone 5 :</b> _____
	<b>Zone 4 :</b> _____	<b>Zone 6 :</b> _____

**Cadre de référence pour le mentor et le nouveau membre du Conseil**

Le cadre de référence contient des exemples suggérés d'activités auxquelles le mentor et le nouveau membre du Conseil peuvent participer ensemble dans le but de créer une expérience de mentorat enrichissante et structurée. Ces activités peuvent servir d'évaluation entre le mentor et le nouveau membre à tout moment. Le tableau sert à noter les activités accomplies et s'il y a lieu de poursuivre d'autres possibilités d'apprentissage.

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

## Politique / Procédure N°: CA-210

---

Le nouveau membre assiste à une réunion des présidents des comités du Conseil pour un aperçu de la portée de chaque comité.	
Le mentor et le nouveau membre donnent un suivi de l'intégration du nouveau membre à chaque réunion du Conseil en personne ou par téléconférence.	
Le mentor et le nouveau membre lient des articles éducatifs sur la gouvernance ou les soins de santé et discutent de la façon dont ils appliquent ceux-ci aux travaux du Conseil.	
Après la première année, le mentor et le nouveau membre déterminent si une interaction continue serait bénéfique.	
Après la première année, le président du Conseil et le P.-D.G. convoquent une entrevue avec le mentor et le nouveau membre.	

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	RÉMUNÉRATION DES MEMBRES		<b>N° :</b> CA-215
<b>Section :</b>	Comités du Conseil	<b>Date d'entrée en vigueur :</b>	<b>2018-06-</b>
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b>	2017-06-19
<b>Approbateur :</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Approuvée le :</b>	2018-06-
<b>Établissement(s)/programme(s) :</b>			

### POLITIQUE

#### Dispositions générales

Cette politique s'applique au président et aux membres du Conseil d'administration (le « Conseil ») du Réseau de santé Vitalité (le « Réseau »).

Le président et les membres du Conseil ne sont pas des employés du gouvernement du Nouveau-Brunswick et ne sont pas assujettis aux conditions d'emploi de celui-ci.

Mis à part les frais de déplacement exigibles, aucune rémunération n'est payée aux :

- Employés du gouvernement du Nouveau-Brunswick;
- Employés de tout organisme, conseil ou commission;
- Employés du gouvernement du Canada;
- Employés de toute administration municipale

qui sont désignés en qualité de représentants ou qui sont nommés à titre officiel dans le cadre de leur emploi.

Une rémunération peut être payée à un employé qui a été nommé à titre personnel. Si une réunion a lieu après les heures de travail, l'employé peut recevoir l'indemnité journalière prévue. Si une réunion a lieu durant les heures de travail normales, l'employé peut, avec l'accord de l'employeur, recevoir son salaire normal ou bénéficier d'un congé sans solde et toucher l'indemnité journalière prévue.

La rémunération peut seulement être payée à la personne désignée dans l'acte qui la nomme membre du Conseil.

### Indemnité journalière

Le tarif maximal de l'indemnité journalière versée à la présidente et aux membres du Conseil s'établit à 500 \$ par journée de réunion, peu importe si le temps de déplacement ou de séjour excède une journée complète (24 h). L'indemnité est payée de la manière prescrite ci-dessous.

### **Réunions ou audiences en bonne et due forme**

Les personnes nommées qui assistent à une réunion ou à une audience en bonne et due forme qui dure au plus quatre (4) heures incluant le temps réel de déplacement<sup>1</sup> reçoivent la moitié du tarif de l'indemnité journalière.

Les personnes nommées qui assistent à une réunion ou à une audience en bonne et due forme qui dure plus de quatre (4) heures incluant le temps réel de déplacement reçoivent le plein tarif de l'indemnité journalière.

Aucune rémunération n'est payée pour les réunions ou les activités accessoires qui se déroulent avant ou après les réunions ou les audiences en bonne et due forme. Le tarif de l'indemnité journalière est réputé tenir compte de ces réunions et de ces activités.

Aucune distinction n'est faite entre la participation en personne et la participation par moyen électronique (vidéoconférence, téléphone, etc.) ou par tout autre moyen pouvant permettre aux participants à la réunion de communiquer adéquatement entre elles.

Seulement une indemnité journalière est payée à une personne nommée pour une journée en particulier. Cette restriction s'applique notamment aux personnes qui sont membres du Conseil d'administration de plusieurs sociétés de la Couronne, organisme, conseil ou commission et qui sont tenues d'assister à plus d'une réunion au cours d'une journée.

### **Rédaction de décisions et de rapports**

Une rémunération peut être payée pour le temps consacré à la rédaction de décisions ou de rapports lorsque ce travail est raisonnablement susceptible d'exiger au moins deux heures et au plus une journée.

Aucune rémunération n'est payée pour la révision de rapports.

### **Préparation des réunions et des audiences**

Une rémunération supplémentaire équivalente au maximum à une indemnité journalière peut être payée pour le temps consacré à la préparation, si ce travail constitue un élément important des tâches confiées à la personne et s'il s'ajoute aux préparatifs

---

<sup>1</sup> «Temps réel de déplacement» signifie le temps nécessaire à un membre du Conseil pour se déplacer afin d'assister à une réunion du Conseil ou de ses comités.

normaux d'une réunion (c'est-à-dire une recherche importante, la préparation d'un document de travail, etc.).

Aucune rémunération n'est payée pour des activités comme l'étude de l'ordre du jour, la collecte de renseignements ou d'autres activités normales dans le cadre de la préparation d'une réunion. Le tarif de l'indemnité journalière est réputé tenir compte de ces activités.

### **Autres obligations à caractère officiel**

Sauf en cas de restriction expresse de la loi, la présidente et les membres du Conseil auxquels la présidente demande de s'acquitter d'obligations à caractère officiel au nom du Conseil ont droit au paiement d'une rémunération à un tarif quotidien équivalent à celui de l'indemnité journalière :

- Pour une journée qui dure au plus quatre (4) heures de travail, les membres ont droit à la moitié du tarif de l'indemnité journalière;
- Pour une journée de plus de quatre (4) heures de travail, les membres ont droit au plein tarif de l'indemnité journalière.

Les membres ne sont pas rémunérés pour le temps qu'ils consacrent de leur propre chef à assister à des conférences, à prononcer des allocutions ou à participer à des activités sociales, et ils n'ont pas droit au remboursement de leurs repas ni de leurs frais de déplacement à ces événements.

### **Frais de déplacement**

Les déplacements pour se rendre à une réunion du Conseil et pour en revenir ne sont pas remboursés, sauf si le membre réside à plus de 16 kilomètres du lieu de la réunion.

Les membres qui doivent payer des frais de transport, d'hébergement, de repas et d'autres menues dépenses dans le cadre de leurs fonctions à titre de membre du Conseil peuvent se faire rembourser aux tarifs établis par le Conseil de gestion pour les frais de déplacement dans sa politique AD-2801 (voir Annexe CA-215-2).

Une indemnité de 5 \$ est accordée pour les dépenses personnelles engagées par nuit passée en déplacement (par exemple les appels téléphoniques personnels, les frais pour bagages, etc.).

Les cotisations et les droits d'adhésion aux associations professionnelles ne sont pas remboursés.

Autres

La rémunération (indemnité journalière) des membres est assujettie aux retenues à la source pour l'impôt, le Régime de pensions du Canada et pour l'assurance emploi.

## Politique / Procédure N° : CA-215

---

Le remboursement des frais de déplacement n'est pas assujéti aux retenues à la source pour l'impôt, le Régime de pensions du Canada et pour l'assurance-emploi.

La rémunération est déclarée chaque année à l'Agence du revenu du Canada au moyen d'un feuillet T4-A supplémentaire.

Les membres bénéficient des dispositions de la politique administrative AD-3108 du Conseil de gestion en matière de responsabilité personnelle.

Annexes :

Annexe CA-215-1 : Formulaire de réclamation

Annexe CA-215-2 : Frais en vigueur

<b>Remplace :</b>	<b>Zone 1 :</b> _____	<b>Zone 5 :</b> _____
	<b>Zone 4 :</b> _____	<b>Zone 6 :</b> _____

Formulaire de réclamation		Vitalité - Dépenses et réclamations - conseil d'administration	
Nom: _____		Réseau de santé Vitalité	
Adresse _____			
postale _____			
<b>II. DÉPENSES DE DÉPLACEMENT</b>			
Raison du déplacement _____			IMPRIMEZ SI COMPLET ET VEUILLEZ ATTACHER TOUS LES REÇUS
			Total
<b>A. Indemnité de kilométrage</b>			
Déplacement	Date	De	A
1			Km
2			Tarif
3			0.41 \$
4			0.41 \$
<b>B. Indemnité de repas</b>			
À l'intérieur de la province		À l'extérieur de la province	
# de repas	Tarif:	# de repas	Tarif:
Petit-déjeuner _____	7.50 \$	Petit-déjeuner _____	10.00 \$
Déjeuner _____	10.50 \$	Déjeuner _____	12.00 \$
Dîner _____	19.50 \$	Dîner _____	24.00 \$
ou indemnité quotidienne _____	37.50 \$	ou indemnité quotidienne _____	46.00 \$
Sous-total:		Sous-total:	
<b>C. Hébergement</b>			
# de jours _____	Facture totale _____		
<b>D. Location d'auto</b>			
# de jours _____	Facture totale _____		
	(Si applicable) Essence _____		
<b>E. Dépenses connexes</b>			
Tarif: _____	5.00 \$	# de soir _____	
<b>F. Autres dépenses de déplacement</b>			
Description: _____		Facture totale _____	\$
_____		_____	\$
_____		_____	\$
<b>TOTAL DES DÉPENSES DE DÉPLACEMENT</b>			<b>TOTAL =&gt;</b>
<b>II. DÉPENSES NON-RELIÉES AU DÉPLACEMENT</b>			
Description: _____		Facture totale _____	\$
_____		_____	\$
_____		_____	\$
_____		_____	\$
<b>TOTAL DES DÉPENSES NON-RELIÉES AU DÉPLACEMENT</b>			<b>TOTAL =&gt;</b>
<b>III. DÉPENSES PER DIEM</b>			
Demi-journée _____	250.00 \$	# jours _____	
Plaine journée _____	500.00 \$	# jours _____	
<b>TOTAL DES DÉPENSES PER DIEM</b>			<b>TOTAL =&gt;</b>
<b>TOTAL DES DÉPENSES RECLAMÉES</b>			<b>GRAND TOTAL =&gt;</b>
J'atteste que ces dépenses sont véridiques et ont été engagées par affaires pour l'hôpital seulement.			
Signature _____		Date: _____	
Vérité et approuvé _____		Date: _____	
*****Toutes réclamations seront payées en dollars canadiens à moins d'être autrement spécifié.			\$ américains _____
IMPRIMEZ SI COMPLET ET VEUILLEZ ATTACHER TOUS LES REÇUS			
Réservé à la comptabilité			
Distribution	Montant	Distribution	Montant
TVHHST _____	_____	_____	_____

**RÉMUNÉRATION DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION**Taux en vigueur : avril 2012

Déplacements : Automobile : 0,41 \$ le kilomètre  
 Avion : Reçus à l'appui

<u>Repas</u> :	<u>Nouveau-Brunswick</u>	<u>Hors province</u>
Déjeuner :	7,50 \$	10,00 \$
Dîner :	10,50 \$	12,00 \$
Souper :	19,50 \$	24,00 \$

Logement : Hôtel : Reçus à l'appui  
 Résidence privée : 25,00 \$

Autres : Reçus à l'appui

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	LANGUES OFFICIELLES		<b>N° :</b> CA-220
<b>Section :</b>	Orientation - Lignes directrices	<b>Date d'entrée en vigueur :</b>	<b>2018-06-</b>
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b>	2017-06-19
<b>Approbateur:</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Approuvée le :</b>	2018-06-
<b>Établissement(s)/programme(s) :</b>			

### BUT

Le Réseau de santé Vitalité (le « Réseau ») est un chef de file francophone en santé au Nouveau-Brunswick. Il a également l'obligation de respecter les exigences contenues dans la *Loi sur les langues officielles* et la *Loi sur les régies régionales de la santé* afin de voir à ce que les membres du public puissent accéder aux services et programmes offerts par le Réseau dans la langue officielle de leur choix et d'établir les exigences en matière de langues officielles en ce qui a trait à son fonctionnement interne.

### DÉFINITIONS

#### Public :

Désigne toute personne ou tout groupe de personnes; toute association ou tout organisme à but lucratif et à but non lucratif; toute municipalité ou tout organisme municipal; tout ministère ou organisme provincial ou fédéral; tout organisme non gouvernemental ainsi que son représentant.

#### Services de qualité égale :

Services offerts activement dans les deux langues officielles et qui sont disponibles dans la langue de choix du client sans délai indu.

#### Offre active (offrir activement) :

On entend par offre active de prendre les mesures qui s'imposent pour indiquer aux membres du public qu'ils peuvent obtenir des services dans la langue officielle de leur choix. L'offre active consiste à préciser au public dès le premier contact que les services sont disponibles dans les deux langues officielles, et ce, sans que le membre du public ait à le demander.

Programme :

Désigne tout programme, comme le ~~Programme extra-mural~~, la Santé publique, la Santé mentale et tout autre programme similaire.

Langue de service :

Se rapporte à l'offre active et à la prestation de tous les services offerts par le Réseau en français et en anglais et ~~en français~~ partout dans les établissements de santé, programmes ou hôpitaux de la province. Les membres du public ont tous le droit légal de recevoir des services et des soins de santé dans la langue officielle de leur choix.

A. Services au public

En conformité avec la *Loi sur les langues officielles* et la *Loi sur les régies régionales de la santé*, le Réseau s'engage à garantir la prestation de services de qualité égale<sup>1</sup> au public dans les deux langues officielles reconnues par la province dans tous ses établissements et programmes<sup>2</sup>, et ce, par respect de la présence des deux communautés linguistiques sur son territoire.

1. En matière de langue de service, le Réseau a la responsabilité de mettre en application la [politique](#) et les lignes directrices sur les langues officielles – Langue de service du gouvernement du Nouveau-Brunswick (~~AD-2919~~).
- 1.1 Le Réseau s'engage ainsi à prendre les moyens nécessaires pour offrir activement au public les services dans la langue de son choix et à l'en informer.
- 1.2 Le Réseau doit avoir sur place en tout temps les ressources linguistiques nécessaires pour respecter ses obligations lorsque vient le temps d'offrir et de fournir des services au public.
- 1.3 Le Réseau doit veiller à ce que l'affichage public ou visible par le public, les autres publications et communications destinées au public soient offertes dans les deux langues officielles. Cela inclut notamment les communications écrites et verbales, les technologies de communication (p. ex. : boîtes vocales) ainsi que le site Web.
- 1.4 Dans le but d'aider à remplir ses obligations en matière de langues officielles, le Réseau doit développer et maintenir un profil linguistique de ses employés afin d'assurer qu'il possède la capacité d'offrir des services de qualité dans les deux langues officielles.

---

<sup>1</sup> *Services de qualité égale* sont des services offerts activement dans les deux langues officielles et qui sont disponibles dans la langue de choix du client sans délai indu.

<sup>2</sup> *Programme* désigne tout programme, comme le Programme extra-mural, la Santé publique, la Santé mentale et tout autre programme similaire.

B. Fonctionnement interne

1. La langue de fonctionnement du Conseil d'administration (le « Conseil ») et du siège social du Réseau est le français. Pour s'acquitter de cette responsabilité légale :
  - 1.1 Tous les membres du Conseil doivent pouvoir fonctionner pleinement en français (verbal et écrit).
  - 1.2 Tous les documents provenant du Gouvernement du N.-B. (ministère de la Santé, ministère du Transport et d'Infrastructure, ministère du Développement social, Service NB etc.) incluant les appels d'offres doivent être soumis en français en même temps que la version anglaise.
  - 1.3 Dans les endroits publics, lorsque le Réseau a recours à des médias quelconques (radio, reportage, medium éducatif), le français sera privilégié.
2. Les réunions du Conseil se déroulent en français.
  - 2.1 Le Réseau est cependant responsable d'offrir des services d'interprétation simultanée lors des réunions publiques du Conseil.
  - 2.2 Les procès-verbaux des réunions publiques et les règlements administratifs du Conseil doivent également être disponibles dans les deux langues officielles.

<b>Remplace :</b> Zone 1 : _____	Zone 5 : _____
Zone 4 : _____	Zone 6 : _____

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	COMMUNICATIONS ET RELATIONS PUBLIQUES	<b>N° :</b> CA-225
<b>Section :</b>	Orientation – Lignes directrices	<b>Date d'entrée en vigueur :</b> 2018-06-
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b> 2017-12-05
<b>Approbateur :</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Approuvée le :</b> 2018-06-
<b>Établissement(s)/programme(s) :</b>		

### POLITIQUE

Ce document inclut toutes les politiques du Conseil d'administration (le « Conseil ») qui traitent des communications et des relations publiques :

- Communications internes du Conseil;
- Protocole au sujet des relations avec les médias;
- Réunions du Conseil;
- Relations avec le personnel, les partenaires et la collectivité.

#### 1. Politiques en matière de communications internes au Conseil

Cette politique offre au Réseau de santé Vitalité (le « Réseau ») une marche à suivre concernant la communication de renseignements aux membres de son Conseil.

Les communications aux membres du Conseil se dérouleront selon le processus suivant :

#### **Renseignements à caractère extraordinaire**

Les renseignements de ce genre ont la caractéristique clé d'être à l'extérieur des limites des opérations régulières du Réseau. Certains de ces renseignements auront trait à des crises alors que d'autres seront de nature non récurrente. Ces renseignements seront communiqués aux membres du Conseil sur une base urgente :

- a. Les questions ayant trait aux postes du président et du président-directeur général (le « PDG ») qui touchent l'ensemble des opérations du Réseau (p. ex., une nomination ou une démission);
- b. Les crises majeures dans la prestation des services résultant potentiellement d'une erreur dans la prestation des services;

- c. Les questions ayant trait aux membres du Conseil (nomination, démission) ainsi que toute autre question jugée extraordinaire par le président du Conseil.

### **Renseignements sur les questions relatives aux opérations majeures du Réseau**

Les renseignements clés permettant d'informer les membres du Conseil au sujet des progrès du Réseau seront communiqués sur une base continue selon le processus et les échéanciers en place pour la communication des progrès et des rapports d'étapes acceptés par le Conseil en consultation avec le personnel.

### **Devoirs et responsabilités**

À l'exception des renseignements ayant trait au poste du PDG qui seront communiqués par le président ou son mandataire, il est de la responsabilité du PDG de s'assurer que les renseignements sont communiqués aux membres du Conseil dans des délais raisonnables selon le processus et les échéanciers ci-dessus.

On encourage les membres du Conseil à apporter à l'attention du président, du PDG et du directeur des Communications les préoccupations soulevées par les membres de la communauté.

### **Mise en œuvre et suivi**

Le PDG est responsable de mettre en place toute stratégie permettant la mise en œuvre de cette politique sur les communications et les relations publiques. Le Comité de gouvernance et de mise en candidature fera le suivi quant aux activités visant la mise en œuvre de cette politique et à leur efficacité et fera des recommandations au Conseil pour des amendements lorsque jugé nécessaire.

## **2. Protocole au sujet des relations avec les médias**

Le protocole au sujet des relations avec les médias régit la façon dont les décisions du Conseil sont communiquées au public. Il comprend deux sections :

- a. Principes directeurs à l'intention des membres du Conseil;
- b. Devoirs et responsabilités en matière de communications – le président, les membres du Conseil, le PDG et le personnel des Communications et des relations publiques.

### **Principes directeurs à l'intention des membres du Conseil**

- a. Les membres du Conseil doivent représenter le meilleur intérêt du territoire entier du Réseau et non seulement leur communauté d'origine;
- b. Les membres du Conseil se doivent de respecter et d'appuyer les décisions et positions officielles du Conseil dans toute communication subséquente de ces décisions et positions adoptées par le Conseil.

## **Devoirs et responsabilités en matière de communications**

### *Le président du Conseil*

Le président du Conseil est le porte-parole officiel du Conseil. Le président du Conseil peut émettre des commentaires sur des questions touchant la gouvernance (décisions du Conseil, nominations/départs de membres du Conseil, etc.) et ayant trait à des dossiers provinciaux (réactions à une décision du gouvernement, les budgets, la nomination du ministre de la Santé, etc.).

Le président du Conseil peut aussi émettre des commentaires au nom du PDG en son absence. De même, en l'absence de celui-ci, le PDG peut émettre des commentaires au nom du président. Le vice-président ou un membre du Conseil peuvent aussi être désignés pour émettre des commentaires en l'absence du président du Conseil.

### *Le PDG*

Le PDG est le porte-parole principal pour les questions d'ordre opérationnel du Réseau. Ceci couvre les domaines tels que les établissements et les services, les ressources humaines, la communication en temps de crise, les relations de travail et la gestion financière. Le PDG peut nommer un mandataire parmi l'équipe de direction pour émettre des commentaires sur des dossiers précis.

### *Le personnel des Communications*

Le Service des communications est le principal point de contact des médias et détient l'autorité principale d'émettre des communiqués de presse au nom du Réseau. Tous les appels des médias doivent être dirigés au Service des communications afin d'assurer une réponse dans des délais raisonnables. Le personnel du Réseau doit s'efforcer de répondre aux demandes des médias rapidement en travaillant en collaboration avec le Service des communications.

Si nécessaire, le Service des communications peut aussi préparer le matériel de soutien tels les messages clés qui doivent être utilisés par le porte-parole traitant d'un sujet particulier.

### **3. Politique relative aux réunions du Conseil**

Le Conseil se rencontre au moins quatre fois par année ou plus fréquemment si nécessaire. La fréquence des réunions peut changer à tout moment à la discrétion du Conseil.

Toute réunion publique comprendra, à la suite de la levée de l'assemblée, une période de dialogue avec le public.

Les réunions des comités du Conseil se tiennent à huis clos.

## Réunions du Conseil à huis clos

Afin de protéger la vie privée des particuliers, l'intérêt des affaires des particuliers et des entreprises ou l'intérêt public, certains points ou dossiers ne seront pas traités lors des séances publiques du Conseil, mais plutôt lors de séances à huis clos. Le Conseil déterminera les points qui doivent être mis à l'ordre du jour de la séance à huis clos. Le Conseil exercera sa discrétion pour traiter certains points à huis clos en tenant compte de la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé* et d'autres lois applicables à titre de guide. La communication des décisions prises par le Conseil lors de réunions à huis clos sera conforme aux dispositions de ces lois, mais pourra être étendue pour inclure la documentation relative à la prise de décisions.

## Réunions publiques du Conseil

Les réunions publiques du Conseil sont ouvertes à tous et, sous réserve des procédures établies par le Conseil, les personnes qui ne sont pas membres du Conseil sont autorisées à assister en personne aux réunions du Conseil à titre d'observateurs, et, dans des circonstances exceptionnelles, peuvent intervenir devant le Conseil.

Les réunions se dérouleront en accord avec les règlements administratifs et les politiques et procédures du Réseau.

La participation aux discussions du Conseil durant la réunion est limitée aux membres du Conseil, au PDG et aux autres membres de l'équipe de leadership ou à une tierce partie pouvant être présente sur invitation du Conseil.

Les réunions publiques seront suivies d'un dialogue avec le public. Dans le but d'assurer le bon déroulement des échanges, de permettre la diversité des groupes et d'offrir à tous les intervenants un temps de parole équitable, il faut respecter ce qui suit :

## Procédures lors des réunions publiques du Conseil

Une personne qui désire s'adresser au Conseil durant une réunion du Conseil doit soumettre un avis de demande écrit au secrétaire du Conseil au moins 10 jours ouvrables avant la réunion du Conseil. La demande doit inclure une brève description écrite de la question précise à traiter et doit être accompagnée de tout document écrit que la personne voudra distribuer au Conseil. La personne ne sera autorisée à s'adresser au Conseil qu'en ce qui concerne les questions de gouvernance.

Les demandes adressées au Conseil seront examinées par le président du Conseil dans l'ordre de réception des demandes.

Les personnes qui demandent la possibilité de s'adresser au Conseil seront avisées de la décision du président au moins 3 jours ouvrables avant la réunion du Conseil.

Les personnes qui s'adressent au Conseil devront limiter la durée de leurs commentaires à 5 minutes.

## Politique / Procédure N° : CA-225

---

Trois présentations au plus seront entendues à une réunion donnée du Conseil. Les présentations seront faites à la fin de la réunion publique.

Le Conseil n'est pas obligé de répondre à une présentation.

Aucune personne ni aucun groupe ne peut s'adresser au Conseil concernant un point à l'ordre du jour ou une question qui n'est pas à l'ordre du jour si la personne ou le groupe a pris la parole devant le Conseil à ce sujet au cours des 12 mois précédents.

Les membres du public peuvent également s'adresser au Conseil en fournissant une lettre ou une note de service adressée au président du Conseil, à l'attention du secrétaire du Conseil. Bien que le Conseil puisse examiner les questions soulevées dans une telle correspondance, il n'est pas obligé d'y répondre.

Dans certains cas, le président peut déterminer qu'il est plus approprié pour une personne ou un groupe d'adresser ses commentaires à un comité permanent du Conseil ou à un autre organisme. Dans ces situations, les arrangements pour les présentations seront facilités par le secrétaire du Conseil.

Si des personnes qui ne font pas partie du Conseil prévoient assister à une réunion du Conseil, elles sont priées d'en aviser le secrétaire du Conseil.

Les membres du public et des médias qui assistent aux réunions du Conseil peuvent être invités à établir leur identité et s'ils ont des affiliations formelles au Réseau (c'est-à-dire en fournissant le nom du média ou de l'organisme de santé).

Les personnes qui ne sont pas membres du Conseil peuvent assister aux réunions publiques du Conseil et en faire rapport; toutefois, aucun équipement photographique, de télévision et/ou d'enregistrement ne sera autorisé à une réunion, à moins que le Conseil ne l'ait autorisé au préalable.

Les personnes qui ne sont pas membres du Conseil peuvent être invitées à quitter une réunion du Conseil si le président du Conseil juge leur conduite inappropriée et s'ils dérangent le déroulement de la réunion. On peut également les empêcher d'assister à des réunions futures.

### **Disponibilité aux médias**

Puisque le Réseau est un employeur et un prestataire important de services, les réunions du Conseil intéressent particulièrement les médias des communautés auxquelles le Réseau offre des services.

Un avis sera publié dans les journaux au moins 5 jours ouvrables avant chaque réunion publique.

Un avis aux médias sera acheminé à tous les organismes de presse de la province au moins 3 jours ouvrables avant chaque réunion publique.

Tous les représentants des médias qui assistent à une réunion publique du Conseil doivent établir leur identité auprès d'un employé du Service des communications avant le début de la réunion.

Le Service des communications a la responsabilité d'assurer la distribution de tout rapport, document ou autre renseignement demandé par les médias.

L'équipement photographique et d'enregistrement vidéo ne peut être utilisé qu'avec l'autorisation préalable du président et du PDG. Bien entendu, les journalistes peuvent se servir d'un dictaphone de poche durant les entrevues suivant l'assemblée afin d'aider à la transcription.

Le président du Conseil et le PDG s'efforceront d'être disponibles pour les journalistes présents aux réunions du Conseil, à la suite des réunions publiques. Cette disponibilité permettra aux journalistes d'obtenir des mises à jour de la part du Conseil et de poser des questions pertinentes.

Le Service des communications émettra un communiqué de presse après chaque réunion du Conseil avec l'approbation de la présidente du Conseil et du PDG. À la demande du PDG, le Service des communications s'occupera également d'entrer en contact avec les médias régionaux qui n'auront pas pu assister à une réunion du Conseil après la tenue de la réunion.

### **Langue de fonctionnement**

La langue de fonctionnement du Conseil est le français. Toutefois, les présentations publiques au Conseil par les particuliers ou les groupes ainsi que les questions posées lors du dialogue avec le public peuvent être adressées dans l'une ou l'autre des deux langues officielles.

Des services d'interprétation simultanée seront offerts à toutes les réunions publiques du Conseil.

#### **4. Relations avec le personnel, les partenaires et la collectivité**

Le Conseil collabore avec le PDG afin d'établir, de mettre en œuvre et d'évaluer un plan de communication général pour le Réseau. Ce plan comprend des stratégies visant à transmettre les principaux messages et de l'information au personnel, aux partenaires et à la collectivité, de même que les moyens pour en recevoir d'eux.

<b>Remplace :</b>	<b>Zone 1 :</b> _____	<b>Zone 5 :</b> _____
	<b>Zone 4 :</b> _____	<b>Zone 6 :</b> _____

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	SUCCESSION DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL		<b>N° :</b> CA-235
<b>Section :</b>	Orientation – Lignes directrices	<b>Date d'entrée en vigueur :</b>	<b>2018-06-</b>
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b>	2017-06-19
<b>Approbateur :</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Approuvée le :</b>	2018-06-
<b>Établissement(s)/programme(s) :</b>			

### BUTS

1. Assurer la relève du président-directeur général (P.-D.G.) en cas d'absence ordinaire ou imprévue.
2. Planifier la relève du P.-D.G. à long terme.

### POLITIQUE

1. Afin d'assurer la continuité des services au Réseau de santé Vitalité en l'absence prolongée et soudaine du P.-D.G., le Conseil d'administration doit veiller à ce qu'il y ait au moins deux autres membres de l'équipe de leadership qui connaissent suffisamment les dossiers du Réseau et les processus du Conseil d'administration pour être en mesure d'assurer l'intérim pendant l'absence du P.-D.G. Le P.-D.G. est responsable de recommander annuellement au Conseil d'administration les deux membres capables d'assumer cette responsabilité.
2. Bien que le Conseil d'administration ne soit pas responsable de nommer le P.-D.G., il doit tout de même s'assurer qu'un plan de relève à long terme soit mis en place afin de parer à toute éventualité et d'être prêt à faire une recommandation au ministre si elle est sollicitée. Le Conseil d'administration doit s'assurer que le P.-D.G. met en place, dans ses objectifs de travail, un plan de relève qui cible et soutient les personnes susceptibles d'occuper éventuellement le poste de P.-D.G.

<b>Remplace :</b>	<b>Zone 1 :</b> _____	<b>Zone 5 :</b> _____
	<b>Zone 4 :</b> _____	<b>Zone 6 :</b> _____

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	GESTION INTÉGRÉE DE LA QUALITÉ, DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ET DES RISQUES		<b>N° :</b> CA-240
<b>Section :</b>	Orientation - Lignes directrices	<b>Date d'entrée en vigueur :</b>	<b>2018-06-</b>
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b>	2017-06-19
<b>Approbateur :</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Approuvée le :</b>	2018-06-
<b>Établissement(s)/programme(s) :</b>			

### POLITIQUE

#### Dispositions générales

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

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

#### Responsabilités du Conseil

1. Assurer que des mécanismes soient en place afin de surveiller le rendement et gérer efficacement tous les aspects de la gestion de la qualité, de la sécurité des patients et des risques.
2. Favoriser et appuyer une culture axée sur l'amélioration continue et la sécurité des patients et s'assurer de la mise en œuvre d'un plan intégré de gestion de la qualité.
3. Soutenir le développement d'une culture de soins centrés sur le patient et la famille.
4. Favoriser l'apprentissage à partir de résultats, la prise de décision fondée sur la recherche et les données probantes.

5. Réviser les politiques en matière de gestion de la qualité, de la sécurité des patients et des risques.
6. Reçoit des rapports de surveillance soumis de façon périodique par l'équipe de direction et donne suite aux recommandations émises dans les rapports. Ces rapports incluent, mais ne sont pas limités aux rapports sur les événements indésirables incidents préjudiciables, les événements évités de justesse, les taux d'infections, la satisfaction de la clientèle, etc.
7. Assurer la mise en place d'une méthode intégrée de gestion des risques. Surveiller les risques qui menacent l'organisation et approuver le niveau de tolérance général de risque du Réseau et s'assure que ses responsabilités statutaires et les exigences en matière de rapport soient rencontrées.

Mise en œuvre et suivi

Le Conseil investit le président-directeur général de la responsabilité de développer et de mettre en œuvre toute stratégie, politique et procédure visant à assurer que les principes et les pratiques en gestion de la qualité, de la sécurité des patients et des risques soient enchâssés dans tous les aspects de la philosophie, de la culture, de la planification et des opérations du Réseau.

<b>Remplace :</b> Zone 1 : _____	Zone 5 : _____
Zone 4 : _____	Zone 6 : _____

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL		<b>N° :</b> CA-241
<b>Section :</b>	Orientation - Lignes directrices	<b>Date d'entrée en vigueur :</b>	<b>2018-06-</b>
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b>	2017-06-19
<b>Approbateur :</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Approuvée le :</b>	2018-06-
<b>Établissement(s)/programme(s) :</b>			

### BUTS

1. Assurer à tous les employés et bénévoles du Réseau de santé Vitalité un milieu de travail sain **et** sécuritaire.
2. Assurer l'établissement et le maintien d'un programme en santé et sécurité pour ses employés et entrepreneurs et toutes autres filiales gouvernementales œuvrant dans nos établissements.
3. Assurer la prévention des maladies professionnelles.

### POLITIQUES

#### Dispositions générales

Le Conseil d'administration (le « Conseil ») du Réseau de santé Vitalité (le « Réseau ») doit s'assurer que tous les mécanismes de protection de la santé et sécurité au travail en conformité avec la Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail du Nouveau-Brunswick soient en place.

### PROCÉDURES

#### Mise en œuvre et suivi

Le Conseil reçoit et analyse des rapports de surveillance soumis de façon périodique par l'équipe de direction. Le Conseil s'assure que les responsabilités statutaires du Réseau et les exigences en matière de rapport soient rencontrées.

## Politique / Procédure N° : CA-241

---

Le Conseil investit le président-directeur général de la responsabilité de développer et de mettre en œuvre toute stratégie, politique et procédure visant à assurer que les principes et les pratiques en protection de la santé et de la sécurité des employés, entrepreneurs, et toutes autres filiales gouvernementales œuvrant dans les établissements du Réseau soient enchâssés dans tous les aspects de la philosophie, de la culture et de la planification des opérations du Réseau.

### DEFINITIONS

**Employé** : Toute personne embauchée par le Réseau de santé Vitalité incluant les bénévoles, les médecins salariés et les médecins à l'acte.

**Entrepreneur** : Toute compagnie ou son représentant œuvrant sur les lieux de travail et/ou les établissements.

**Filiale gouvernementale** : Toute agence ou corporation de la couronne de la partie I, II, III et IV.

<b>Remplace :</b>	<b>Zone 1 :</b> _____	<b>Zone 5 :</b> _____
	<b>Zone 4 :</b> _____	<b>Zone 6 :</b> _____

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES		<b>N° :</b> CA-245
<b>Section :</b>	Orientation - Lignes directrices	<b>Date d'entrée en vigueur :</b>	<b>2018-06-</b>
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b>	2017-06-19
<b>Approbateur:</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Approuvée le :</b>	2018-06-
<b>Établissement(s) / programme(s) :</b>			

### POLITIQUE

#### Dispositions générales

Le Conseil d'administration (le « Conseil ») du Réseau de santé Vitalité (le « Réseau ») doit s'assurer que des systèmes, des structures, des politiques et des procédures soient en place afin de gérer et de surveiller de façon efficace la question de l'éthique au sein du Réseau afin de protéger les citoyens et le personnel ainsi que de maintenir la confiance du public envers le Réseau.

Cet engagement comprend l'adoption d'un cadre conceptuel qui permet d'intégrer les considérations éthiques dans les processus de prise de décisions du Réseau, au niveau clinique, organisationnel et de la recherche.

#### Responsabilités du Conseil

Le Conseil a la responsabilité de s'assurer que des mécanismes et structures soient en place afin de gérer efficacement tous les aspects de l'éthique. Le Conseil révisé les politiques relatives à l'éthique ainsi que le mandat des comités ou groupes de travail internes chargés de l'éthique et reçoit des rapports de surveillance soumis de façon périodique par l'équipe de direction.

#### Mise en œuvre et suivi

Le Conseil investit le président-directeur général (le « PDG ») de la responsabilité de développer et de mettre en œuvre toute stratégie, politique et procédure visant à assurer que les principes et les pratiques liées à l'éthique soient enchâssés dans tous les aspects de la philosophie, de la culture, de la planification et des opérations du Réseau.

Le PDG a également la responsabilité de mettre en place tout comité ou groupe de travail afin de traiter des questions éthiques autres que l'éthique de la recherche. Les membres de ces comités ou groupes de travail doivent détenir les qualifications, l'expertise et la formation nécessaires pour procéder à l'examen de l'éthique dont ils sont saisis.

Éthique de la recherche

Le Conseil investit également le PDG de la responsabilité de mettre en place un comité d'éthique de la recherche indépendant, compétent et non lié au Réseau dont la fonction principale est d'assurer un examen de l'éthique de la recherche au sein du Réseau.

Relevant du Conseil, ce comité examine les recherches proposées ou en cours menées sous les auspices du Réseau ou de son ressort et qui impliquent toute recherche sur des restes humains, des cadavres, des tissus, des fluides biologiques, des embryons, des fœtus ou des renseignements personnels identifiables au sujet des participants en fonction de leur conformité aux normes de l'éthique de la recherche. Le comité a le pouvoir d'approuver, de rejeter ou de proposer des modifications ou de mettre fin à toute recherche dont il est saisi.

Les membres du Comité d'éthique de la recherche doivent détenir les qualifications, l'expertise et la formation nécessaires pour procéder à l'examen des questions éthiques soulevées par les propositions de recherche au sein du Réseau.

<b>Remplace :</b>	<b>Zone 1 :</b> _____	<b>Zone 5 :</b> _____
	<b>Zone 4 :</b> _____	<b>Zone 6 :</b> _____

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS	<b>N° :</b> CA-250
<b>Section :</b>	Orientation - Lignes directrices	<b>Date d'entrée en vigueur :</b> 2018-06-
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b> 2017-06-19
<b>Approbateur:</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Approuvée le :</b> 2018-06-
<b>Établissement(s)/programme(s) :</b>		

### BUTS

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

### DÉFINITION

#### Renseignements confidentiels :

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

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

## POLITIQUE

1. Le Conseil a la responsabilité de s'assurer que des mécanismes et des structures sont en place afin de gérer efficacement tous les aspects de l'accès et de la protection des renseignements confidentiels.
  - 1.1 Le Conseil révisé les politiques relatives à l'accès et à la protection des renseignements confidentiels et reçoit des rapports de surveillance soumis de façon périodique par l'équipe de direction.
  - 1.2 Le président du conseil doit aviser le ministre de toute infraction à la confidentialité par un membre du conseil.
  
2. Le Conseil investit le président-directeur général de la responsabilité de développer et de mettre en œuvre toute stratégie, politique et procédure visant à assurer que les principes et les pratiques liés à l'accès et à la protection des renseignements confidentiels sont enchâssés dans tous les aspects de la philosophie, de la culture, de la planification et des opérations du Réseau.
  - 2.1 Le président-directeur général doit s'assurer que tout soupçon de manquement à la protection de la vie privée ou à la confidentialité fera l'objet d'une enquête conformément aux politiques du Réseau sur la protection de la vie privée et de la confidentialité.
  - 2.2 Le président-directeur général doit aviser le ministre de toute infraction **grave** à la confidentialité **ou à la protection de la vie privée** par un cadre supérieur, employé, membre du personnel médical, personnel non employé ou agent du Réseau.
  - 2.3 Le président-directeur général doit aviser le Conseil dans les plus brefs délais de tout bris de confidentialité qui a le potentiel d'affecter la réputation du Réseau ou la sécurité des patients.

<b>Remplace :</b> <b>Zone 1 :</b> _____ <b>Zone 5 :</b> _____ <b>Zone 4 :</b> _____ <b>Zone 6 :</b> _____
--

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	DOCUMENTATION NUMÉRISÉE		<b>N° :</b> CA-255
<b>Section :</b>	Gouvernance générale	<b>Date d'entrée en vigueur :</b>	<b>2018-06-</b>
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b>	2017-06-19
<b>Approbateur :</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Approuvée le :</b>	2018-06-
<b>Établissement(s)/programme(s) :</b>			

### BUT

Guider l'usage de l'application Workspaces (~~anciennement nommé WatchDex~~), **une** solution de partage de documents confidentiels numérisés ayant trait aux réunions du Conseil d'administration (le « Conseil ») et de ses comités.

### DÉFINITION

Workspaces est une application qui permet aux utilisateurs de partager des documents, de modifier des documents et de collaborer à l'aide de différents appareils. La solution offre un niveau de sécurité adapté aux entreprises.

### POLITIQUE

Les documents pertinents aux réunions du Conseil et de ses comités sont distribués aux membres du Conseil et de ses comités sous forme numérisée. À cette fin, une tablette électronique iPad est mise à la disposition des membres du Conseil; il est possible de se servir de son propre iPad pour recevoir les documents numérisés.

### Personnes directement concernées

- Membres du Conseil
- Équipe de leadership
- Autres personnes invitées aux réunions du Conseil

### MODALITÉS D'UTILISATION

#### 1. Usage général de Workspaces

- 1.1. La gestion de l'accès à la solution de partage de documents confidentiels numérisés Workspaces est confiée à l'adjointe administrative du président-directeur général (le « PDG »). Ceci inclut, entre autres, l'accès aux fichiers/documents en général, la période d'accès hors ligne, les permissions d'insérer des annotations aux documents et le retrait de l'accès le cas échéant.

- 1.2. Les documents obtenus par l'entremise de Workspaces doivent être traités de façon confidentielle et protégés conformément aux règlements et aux politiques du Réseau de santé Vitalité (le « Réseau ») sur la confidentialité.
- 1.3. Les utilisateurs doivent avoir une adresse de courriel du Réseau de santé Vitalité qui sera liée à l'accès Workspaces et à la solution de gestion des appareils mobiles.
- 1.4. Les documents numérisés sont disponibles selon ce qui suit :
  - 1.4.1 Les documents numérisés sont disponibles selon la politique du Conseil.
  - 1.4.2 Dans certaines circonstances extraordinaires, des modifications à la documentation peuvent être distribuées jusqu'à 24 heures avant la réunion ou selon la politique du Conseil.
  - 1.4.3 Un document peut être téléchargé et il peut donc être disponible hors ligne (pendant 14 jours). Après 14 jours, il faut télécharger le document à nouveau (connexion sans fil nécessaire).
  - 1.4.4 La documentation est disponible en ligne pendant cinq ans.
- 1.5. Il est possible d'annoter les documents numérisés.
- 1.6. L'endroit d'accès à Workspaces, le type d'activité et la date et l'heure de l'activité de tout utilisateur peuvent être soumis à une vérification, une caractéristique de sécurité intégrées à la solution.

## 2. Utilisateurs qui reçoivent une tablette iPad du Réseau :

- 2.1. Une tablette iPad ainsi que des accessoires sont fournis aux personnes autorisées et ils demeurent la propriété du Réseau. Les options par défaut sont les suivantes :
  - *Matériel :*
    - Tablette iPad Air (16 Go, modèle Wi-Fi)
    - Étui pour tablette iPad Air
    - Stylet
  - *Logiciels/connexions :*
    - Configuration à l'avance pour la connexion sans fil pour les entreprises
    - Installation de l'application Workspaces
    - Installation des applications par défaut iPad
    - NIP de sécurité activé
    - Mot de passe de leur compte *Active Directory* change aux 60 jours
- 2.2. Les utilisateurs peuvent acheter des accessoires additionnels à leurs frais (p. ex. : stylet différent ou étui avec clavier).
- 2.3. Les utilisateurs ont accès au compte iTunes pour télécharger des logiciels additionnels.
- 2.4. Les utilisateurs d'une tablette iPad sont inscrits à un modèle de soutien technique. Voici l'aide disponible selon différentes situations :
  - Installation initiale : Adjointe administrative du PDG (heures normales de travail)
  - Fonctionnement général de la tablette iPad : [Apple Support](#) (Apple.ca > Support > iPad)
  - Compte iTunes : [Apple Support](#) (Apple.ca > Support > iTunes)
  - Connexion sans fil à domicile : Fournisseur local de services Internet (p. ex. : Bell Aliant, Rogers)
  - Connexion sans fil pour les entreprises : Adjointe administrative du PDG (heures normales de travail)

## Politique/Procédure N°: CA-255

- Fonctionnement/Documents – Workspaces : Adjointe administrative du PDG (heures normales de travail)

2.5. En cas de perte ou de vol d'une tablette iPad, il faut communiquer immédiatement avec l'adjointe administrative du PDG pour permettre :

- La prise de dispositions pour un remplacement;
- La restriction de l'accès à Workspaces et des courriels sur la tablette iPad perdue.
- La tablette iPad sera réinitialisée à distance et donc tout le contenu local sera effacé (c.-à-d. applications personnelles, photos, etc.).

2.6. Le Réseau est responsable des coûts découlant de l'usure normale des tablettes iPad (c.-à-d. défectuosité ou bris du produit; en général; ceci ne comprendrait pas, par exemple, le fait d'échapper une tablette iPad dans l'eau).

2.7. La tablette iPad et les accessoires fournis par le Réseau doivent être retournés à l'adjointe administrative du PDG à la fin du mandat du membre du Conseil.

### 3. Utilisateurs ayant une tablette iPad personnelle

3.1. Les demandes de soutien technique pour la tablette iPad personnelle sont la responsabilité des utilisateurs. Le soutien technique suivant est disponible :

- Connexion sans fil pour les entreprises : Adjointe administrative du PDG (heures normales de travail)
- Fonctionnement/Documents – Workspaces : Adjointe administrative du PDG (heures normales de travail)

3.2. Service Nouveau-Brunswick doit établir un profil pour toute tablette iPad personnelle. Ceci donne l'accès sans fil pour les entreprises au réseau sans fil approprié et assure la connectivité sécurisée au réseau informatique avec la solution de gestion des appareils mobiles.

3.3. En cas de perte ou de vol d'une tablette iPad, il faut communiquer immédiatement avec l'adjointe administrative du PDG afin qu'elle puisse prendre les dispositions nécessaires.

### 4. Utilisateurs ayant un ordinateur portatif/ordinateur de bureau

4.1. Les utilisateurs peuvent communiquer avec l'adjointe administrative du PDG pendant les heures normales de travail pour obtenir de l'aide en ce qui concerne Workspaces.

### INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE PERTINENTE

La technologie Workspaces est utilisée par le Conseil exécutif du gouvernement du Nouveau-Brunswick ainsi que par le Conseil d'administration du Réseau de santé Horizon. Pour obtenir plus de renseignements, aller à <http://ca.blackberry.com/enterprise/blackberry-workspaces>.

<b>Remplace :</b> Zone 1 : _____	Zone 5 : _____
Zone 4 : _____	Zone 6 : _____

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	DÉNONCIATION D'IRRÉGULARITÉS		<b>N° : CA-260</b>
<b>Section :</b>	Orientation – Lignes directrices	<b>Date d'entrée en vigueur :</b>	<b>2018-06-</b>
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b>	2017-06-19
<b>Approbateur :</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Approuvée le :</b>	2018-06-
<b>Établissement(s)/programme(s) :</b>			

### BUT

Le Réseau de santé Vitalité (Réseau) est déterminé à prévenir le vol ou le détournement de ses revenus, de ses biens, de son information et d'autres biens et à enquêter sur les allégations d'actes irréguliers pouvant compromettre la santé et la sécurité du personnel ou du public ou l'intégrité de l'organisation. De tels actes ne sont pas tolérés et les fautifs feront l'objet de mesures disciplinaires et/ou de sanctions juridiques. Cette politique établit les mesures précises et les responsabilités qui en découlent relativement aux enquêtes sur les allégations d'actes irréguliers. Cette politique vise à permettre aux membres du personnel et autres d'exprimer, de bonne foi et sans crainte de représailles, leurs préoccupations au sujet d'actes irréguliers présumés au sein du Réseau.

Le but est de préciser clairement la position du Réseau en matière de dénonciation d'irrégularités, incluant la fraude, le vol, la corruption, les activités non conformes ou les cas de faute, d'incompétence ou d'inefficacité graves, et d'établir un protocole de signalement et de traitement de telles allégations.

### PORTÉE

La présente politique s'applique aux membres du Conseil, aux employés, aux médecins, aux étudiants et aux entrepreneurs affectés au Réseau de santé Vitalité.

Les employés membres d'une unité de négociation doivent se référer aux dispositions de la convention collective. En cas de divergence, les dispositions prévues dans la convention collective remplacent la présente politique.

### POLITIQUE

Services généraux

1. Toute personne visée par les présentes est tenue de dénoncer les irrégularités présumées. Le Réseau de santé Vitalité ne prend ou ne tolère aucunes représailles à l'endroit d'une personne qui, de bonne foi, dénonce une irrégularité.
2. Les employés doivent dénoncer les cas présumés d'irrégularité à leur vice-président. Lorsque l'allégation concerne le vice-président, les employés doivent la signaler au président-directeur général. Lorsque l'allégation concerne le président-directeur général, le vice-président en informe le président du Conseil pour qu'il prenne les mesures qui s'imposent en vertu de la présente politique. Lorsque l'allégation concerne le président du Conseil, le président-directeur général en informe le vice-président du Conseil afin qu'il prenne les mesures qui s'imposent en vertu de la présente politique.
3. Le vice-président informe immédiatement le président-directeur général de l'allégation et un processus d'enquête est mis en branle sous la conduite du vice-président aux Ressources humaines. Des experts de l'extérieur peuvent participer à l'enquête lorsqu'il y a lieu. Le recours à la police est aussi possible en cas d'activités criminelles présumées.
4. Les employés ont le droit de garder l'anonymat lorsqu'ils dénoncent des irrégularités présumées à un vice-président ou au président-directeur général, selon le cas.
5. Lorsque la dénonciation concerne une fraude soupçonnée, le président-directeur général doit immédiatement prendre des mesures pour prévenir le vol, l'altération ou la destruction des documents pertinents. Ces documents doivent être gardés dans un endroit sûr.

### **Processus d'enquête**

1. Tous les renseignements recueillis pendant une enquête sont confidentiels, sauf si leur communication est exigée par la loi ou par la présente politique. Aux fins de la politique, la notification d'une irrégularité doit demeurer confidentielle dans la mesure du possible, sous réserve de la nécessité de mener une enquête adéquate.
2. Tous les employés soupçonnés d'irrégularités doivent être traités équitablement et leurs droits reconnus par la loi doivent être respectés.
3. Si l'enquête établit que la notification a été faite de mauvaise foi ou avec l'intention de nuire, les mesures appropriées sont prises, y compris, s'il y a lieu, des mesures disciplinaires à l'endroit du plaignant.
4. Une personne soupçonnée d'une irrégularité ne doit pas être confrontée avant le début du processus d'enquête. Les documents relatifs à l'activité peuvent devoir être saisis avant que la personne soupçonnée ait connaissance de la tenue d'une enquête.
5. Si l'enquête établit que l'allégation est probable, la personne devrait être suspendue avec solde, si elle est salariée au Réseau de santé Vitalité, pour la durée de l'enquête.
6. À moins de circonstances exceptionnelles, une personne faisant l'objet d'une enquête pour irrégularités doit, au terme de l'enquête et avant l'imposition des mesures disciplinaires finales, être informée par écrit des détails exposant les faits allégués. Après réception d'un avis, la personne dispose de sept jours civils pour

soumettre une explication par écrit au président-directeur général. L'explication est prise en considération avant l'imposition de mesures disciplinaires.

7. Si l'enquête établit que l'allégation est fondée, des mesures disciplinaires pouvant aller jusqu'au renvoi peuvent être prises. Si des accusations criminelles sont justifiées, la police doit aussi être prévenue.
8. Le vice-président aux Ressources humaines est l'enquêteur principal par défaut. Si l'allégation vise le vice-président aux Ressources humaines, le président-directeur général détermine qui est l'enquêteur principal. L'enquêteur établit la structure et les mécanismes d'enquête.
9. L'enquêteur a également la responsabilité d'établir les contrôles ou les procédures d'atténuation pour réduire ou prévenir d'autres irrégularités dans l'avenir.
10. Au terme de l'enquête, le président-directeur général prépare un rapport confidentiel décrivant l'incident, l'issue de l'enquête et les plans d'atténuation pour l'avenir, et le présente durant une séance à huis clos du Conseil, s'il y a lieu.

### Définitions

Agir de bonne foi fait référence à quiconque dénonce un acte irrégulier parce qu'il a de bonnes raisons de croire qu'il constitue une infraction à une loi, à une politique ou à un code de profession.

Corruption désigne le fait d'offrir, de donner, de solliciter ou d'accepter des promesses ou des récompenses susceptibles d'influencer les décisions, le processus de prise de décision ou les actions d'une personne.

La fraude constitue une infraction en vertu du Code criminel du Canada. Ce terme juridique désigne un fait ou une situation où l'existence d'une fraude, d'une perte ou d'un avantage et de victimes est établie et prouvée.

Le vol constitue une infraction en vertu du Code criminel du Canada. Cela désigne l'action de soustraire sans autorisation le bien d'une entreprise ou d'une personne.

Les activités non conformes désignent les actes illicites ou l'inobservation des lois, des règlements, des politiques ou d'autres normes obligatoires.

On entend par irrégularité les soupçons de fraude, de corruption, de vol d'argent ou de biens appartenant au Réseau de santé Vitalité, ou une activité non conforme qui résulte dans le détournement intentionnel ou non intentionnel d'actifs.

<b>Remplace :</b>	<b>Zone 1 :</b> _____	<b>Zone 5 :</b> _____
	<b>Zone 4 :</b> _____	<b>Zone 6 :</b> _____

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	LIMITE D'AUTORISATION DE DÉPENSES		<b>N° :</b> CA-265
<b>Section :</b>	Orientation/lignes directrices	<b>Date d'entrée en vigueur :</b>	<b>2018-06-</b>
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b>	2018-02-13
<b>Approbateur :</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Approuvée le :</b>	2018-06-
<b>Établissement(s)/programme(s) :</b>			

### BUT

Dans le cadre du cycle de planification et du processus de planification stratégique, le Conseil d'administration (le « Conseil »), après un examen attentif du plan opérationnel et du plan d'affaires (PRSA) du Réseau, approuve les budgets de fonctionnement et d'immobilisations annuels. La responsabilité de la mise en œuvre du plan incombe ensuite au président-directeur général (le « PDG »).

Pour faciliter la mise en œuvre, le Conseil délègue des pouvoirs de dépenses au PDG. Le Conseil indique également que certaines commandes, certains contrats ou d'autres achats qui dépassent la limite monétaire déclarée plus loin ne peuvent être conclus que sur autorisation du Conseil.

### POLITIQUE

#### 1. BUDGET D'EXPLOITATION ET FONCTIONNEMENT ORDINAIRE

Opérations courantes dans le cadre du budget approuvé et des contrats courants relatifs au fonctionnement ordinaire.	Autorité illimitée du PDG
--	---------------------------

## 2. BUDGET D'IMMOBILISATIONS

Dépenses budgétaires spécifiées dans le PRSA :	Autorité illimitée du PDG, sauf ce qui est noté plus bas
a) Acquisition d'actifs de plus de 2 000 000 \$, y compris les projets de technologie de l'information : approbation nécessaire du Conseil.	
b) Besoins en fonds d'urgence non budgétisés. Tout engagement supérieur aux fonds d'urgence soumis à la prochaine réunion ordinaire du Conseil pour approbation.	Plus de 1 000 000 \$

## 3. COMMANDES ET AUTRES CONTRATS NÉCESSITANT L'APPROBATION DU CONSEIL

- Prêts hypothécaires/dettes
- Contrats représentant un engagement de plus de 5 000 000 \$ par année
- Tout contrat d'une durée supérieure à 10 ans
- Plans d'avantages
- Baux/location de locaux et de biens représentant un engagement de plus de 1 000 000 \$ par année
- Contrats de services à la clientèle (nouveaux contrats, résiliation, modifications importantes) représentant un engagement de plus de 5 000 000 \$ par année

Le Conseil sera informé de tout contrat qui, de l'avis du PDG, pourrait présenter un intérêt particulier pour les membres du Conseil.

## 4. ACQUISITION OU CESSION DE BIENS IMMOBILIERS

Tous les contrats d'acquisition ou de cession de biens immobiliers doivent être approuvés au préalable par le Conseil, sauf les contrats d'aliénation d'actifs d'un montant de 150 000 \$ ou moins. Ces derniers peuvent être présentés à l'approbation du Conseil à la première réunion prévue suivant l'achèvement des travaux de la transaction.

## 5. DÉSIGNATIONS

- 5.1 Le PDG peut désigner des limites du pouvoir de signature pour le chef des Services financiers, les vice-présidents et les autres membres de la haute direction ayant des responsabilités particulières. Une liste à jour de toutes ces

désignations est mise à la disposition du Comité des finances et de vérification sur demande.

- 5.2 Les vice-présidents du Réseau remplit un formulaire de délégation du pouvoir de signature spécifique pour les dépenses sous leur contrôle direct et ils feront approuver cette délégation et tout changement à celle-ci par le chef des Services financiers et la vice-présidente – Performance, Qualité et Services généraux.

<b>Remplace :</b>	<b>Zone 1 :</b> _____	<b>Zone 5 :</b> _____
	<b>Zone 4 :</b> _____	<b>Zone 6 :</b> _____

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION		<b>N° :</b> CA-300
<b>Section :</b>	Comités du Conseil	<b>Date d'entrée en vigueur :</b>	<b>2018-06-</b>
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b>	2017-06-19
<b>Approbateur :</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Approuvée le :</b>	2018-06-
<b>Établissement(s)/programme(s) :</b>			

### POLITIQUE

#### Rôle et désignation

Les comités du Conseil d'administration (le « Conseil ») sont des mécanismes qui permettent un examen plus approfondi dans des domaines et fonctions majeurs de gouvernance dont le Conseil a la responsabilité. Leur rôle est d'appuyer le Conseil dans l'exécution de ses responsabilités. Ces comités d'administration ne sont pas mis sur pied pour remplir des fonctions ou des responsabilités qui sont de la responsabilité de l'équipe de leadership ou encore pour conseiller l'équipe de leadership dans ses activités de gestion.

Les comités du Conseil sont établis par le Conseil et celui-ci peut les modifier afin de rencontrer ses besoins en matière de gouvernance. Les comités du Conseil actuellement en place sont :

- Le Comité exécutif
- Le Comité de gouvernance et de mise en candidature
- Le Comité des finances et de vérification
- Le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité
- Le Comité stratégique de la recherche et de la formation

#### Application de la politique

Cette politique s'applique à tout groupe créé par une motion du Conseil peu importe que ce groupe soit appelé « comité » ou non et peu importe que ce groupe soit formé uniformément de membres du Conseil ou non. Cette politique ne s'applique cependant pas aux comités créés sous l'autorité du président-directeur général (le « P.-D.G. »).

Directives applicables aux comités du Conseil

1. Les comités du Conseil offrent des recommandations au Conseil dans le cadre de leur mandat. Le Conseil doit prendre en considération les recommandations de ses comités, mais n'est pas lié par ces recommandations.
2. Les comités du Conseil ne peuvent pas parler ni agir au nom du Conseil à moins d'avoir obtenu formellement l'autorisation de le faire.
3. Les comités du Conseil n'exercent aucune autorité sur le personnel du Réseau. Le P.-D.G. relève du Conseil dans son ensemble et n'a pas à obtenir l'approbation d'un comité du Conseil avant d'entreprendre une quelconque action dictée par le Conseil.
4. Chaque comité doit réviser son mandat annuellement et le soumettre au Comité de gouvernance et de mise en candidature qui s'assure de sa conformité avec les lois, règlements administratifs, règles et politiques et le soumet à l'approbation du Conseil.
5. Le Comité de gouvernance et de mise en candidature voit au processus de recrutement et de mise en candidature des dirigeants du Conseil et des présidences des comités du Conseil. Pour ce faire il soumet pour approbation au Conseil, lors de l'assemblée annuelle du Réseau, des candidatures pour les postes de vice-président(e), trésorier(ère), et de secrétaire du Comité exécutif et pour les membres de tous les comités du Conseil, sauf mention contraire dans les règlements, ainsi que les candidatures au Comité professionnel consultatif et au Comité médical consultatif.
6. Le président du Comité de gouvernance et de mise en candidature, lors du choix des candidatures aux différents comités ainsi qu'à la présidence de chaque comité, tient compte des préférences, des habiletés et compétences de l'expérience de chaque membre du Conseil, de la continuité dans le fonctionnement des comités ainsi que d'une répartition des membres, si possible, sur tout le territoire. Une rotation périodique des membres et de la présidence des comités doit être considérée dans le but de reconnaître et d'apporter un équilibre entre le besoin pour de nouvelles idées, la continuité et le maintien d'une expertise fonctionnelle.
7. Le président du Conseil est un membre d'office ayant droit de vote de tous les comités permanents du conseil. Si le président ne peut pas assister, le vice-président pourrait le remplacer.
8. Le P.-D.G. ou son mandataire est membre non votant de tous les comités.
9. Un membre d'un comité peut être destitué ou remplacé en tout temps par le Conseil et cesse d'être membre d'un comité au moment où il n'est plus membre du Conseil.
10. La composition et la fréquence des réunions de chaque comité est telle que stipulée dans le mandat de chaque comité.
11. Le président d'un comité ou deux membres d'un comité peuvent demander la convocation d'une réunion du comité.

12. Un membre d'un comité peut participer à une réunion par différents moyens soit téléphonique, électronique ou tout autre moyens de communication pouvant permettre à toutes les personnes participant à la réunion de communiquer adéquatement entre elles. Un membre participant à une réunion d'un comité en utilisant de tels moyens de communication est réputé être présent à la réunion.
13. La majorité des membres votants constitue le quorum. Les motions sont adoptées à la majorité des voix.
14. Le secrétaire du Conseil prépare et distribue le procès-verbal de chaque réunion dans des délais raisonnables à chaque membre du comité. Un registre complet des procès-verbaux est conservé par le secrétaire du Conseil et doit être disponible à chaque membre du Conseil et au P.-D.G.
15. Un comité peut inviter tout membre du Conseil ou, en consultation avec le P.-D.G., tout employé du Réseau ou tout consultant qu'il juge souhaitable d'inviter à assister aux réunions afin de l'aider dans le cadre de ses travaux.
16. Chaque comité fait rapport au Conseil à chaque réunion du Conseil en ce qui concerne les recommandations spécifiques et les avis ayant trait à son mandat.
  - a) Les procès-verbaux des comités sont distribués aux membres du Conseil à titre informatif;
  - b) Les documents d'appui utilisés par les comités sont mis à la disposition du Conseil;
  - c) Chaque comité fournit un rapport écrit de toutes ses réunions au Conseil, incluant ses recommandations. Ce rapport sera discuté au besoin et voté lors de la réunion publique.
17. Si les circonstances l'exigent certains éléments peuvent être discutés à huis clos. Si un sujet est maintenu à huis clos, un rapport spécifique est préparé pour l'adoption à huis clos. La raison du huis clos est citée au procès-verbal de la réunion à huis clos et le sujet est omis du rapport de la séance publique.

<b>Remplace :</b>	<b>Zone 1 :</b> _____	<b>Zone 5 :</b> _____
	<b>Zone 4 :</b> _____	<b>Zone 6 :</b> _____

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	COMITÉ EXÉCUTIF	<b>N° :</b> CA-310
<b>Section :</b>	Comités du Conseil	<b>Date d'entrée en vigueur :</b> 2018-06-
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b> 2017-06-19
<b>Approbateur :</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Approuvée le :</b> 2018-06-
<b>Établissement(s)/programme(s) :</b>		

### BUT

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

### Composition et fonctionnement

1. Le comité **exécutif** est composé du président, du vice-président, du trésorier du Conseil, du secrétaire (PDG) **et de trois (3) autres membres du Conseil ayant droit de vote.** ~~et des présidents des comités permanents du Conseil (Comité de gouvernance et de mise en candidature, Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité, Comité des finances et de vérification ainsi que du Comité stratégique de la recherche et de la formation).~~
2. Le président du Conseil assume la présidence du comité.
3. Tous les membres ont droit de vote sauf le secrétaire du comité.
4. Le comité se réunit au besoin entre les réunions ordinaires du Conseil.
5. Le comité fonctionne en respectant la politique sur les comités du Conseil d'administration (CA-300).

### Responsabilités

Le comité :

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

Ratification des décisions du comité

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

Rapport

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

<b>Remplace :</b> Zone 1 : _____	Zone 5 : _____
Zone 4 : _____	Zone 6 : _____

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	COMITÉ DE GOUVERNANCE ET DE MISE EN CANDIDATURE	<b>N° :</b> CA-320
<b>Section :</b>	Comités du Conseil	<b>Date d'entrée en vigueur :</b> 2018-06-
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b> 2018-04-17
<b>Approbateur :</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Approuvée le :</b> 2018-06-
<b>Établissement(s)/programme(s) :</b>		

BUT

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

### Composition et fonctionnement

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

### Responsabilités

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

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

Rapport

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

<b>Remplace :</b> Zone 1 : _____	Zone 5 : _____
Zone 4 : _____	Zone 6 : _____

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	COMITÉ DES FINANCES ET DE VÉRIFICATION		<b>N° :</b> CA-330
<b>Section :</b>	Comités du Conseil	<b>Date d'entrée en vigueur :</b>	<b>2018-06-</b>
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b>	2018-04-17
<b>Approbateur :</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Date de la signature :</b>	2018-06-
<b>Établissement(s)/programme(s):</b>			

### BUT

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

### Composition et fonctionnement

1. Le Comité doit être constitué de quatre membres du conseil ayant droit de vote y compris le trésorier qui doit être le président.
2. Le Comité se réunit au moins quatre fois par année selon un calendrier préétabli et à la demande du président du Comité.
3. Le Comité fonctionne en respectant les lignes directrices sur les comités du Conseil (CA-300).
4. Les vérificateurs du Réseau doivent être mis au courant du nom des membres du Comité.

5. Le Comité doit rencontrer le vérificateur externe lorsqu'il y a lieu pour examiner tout dossier qui, de l'avis du Comité ou des vérificateurs, devrait être porté à l'attention du Conseil.

### Responsabilités

Sous réserve des pouvoirs et responsabilités du Conseil d'administration, les responsabilités du Comité de finances et de vérification sont les suivantes :

#### **Supervise la performance et la viabilité financière**

Le Comité :

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

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

Le Comité :

1. S'assure que la direction a établi des processus de gestion des ressources (ressources physiques, biens, actifs, technologie, équipements, etc.);
2. Assure la disponibilité des fonds d'immobilisations pour entretenir et remplacer les installations et autres actifs qui sont nécessaires pour fournir des services aux clients et faire des recommandations au Conseil à cet égard;
3. S'assure que les biens sont utilisés efficacement;

4. S'assurer que la direction a établi des processus en place pour éviter la dépréciation d'actifs en raison de manque d'entretien préventif ou d'autres causes.

### **Supervise les risques pour protéger la viabilité financière et les actifs**

Le Comité :

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

### **Supervise la vérification**

Le Comité examine la planification et les résultats des activités de vérification externe et les rapports suivis avec le vérificateur externe. Cela comprend :

1. La revue et la recommandation du mandat du vérificateur externe pour l'approbation par le conseil;
2. La revue du plan de vérification externe annuel;
3. Obtiens satisfaction quant à l'indépendance du vérificateur externe;
4. Revois les services autres que la vérification rendus par le cabinet des vérificateurs ou ses associés (incluant les honoraires approximatifs), et examine les répercussions sur l'indépendance du vérificateur externe;
5. Rencontre périodiquement, et au moins une fois l'an, le vérificateur externe sans la présence de la direction;
6. Analyse les états financiers annuels vérifiés et formule des recommandations au Conseil à cet égard; tient compte des changements, s'il y a lieu, en matière de principes et de méthodes comptables, des ajustements importants découlant de la vérification, de la conformité aux règles comptables et du respect des obligations juridiques;

7. Analyse l'évaluation de la direction concernant le respect des lois, des règlements, des règles et des contrats;
8. Passe en revue l'évaluation de la direction concernant la pertinence et l'efficacité des contrôles internes liés aux systèmes de comptabilité et d'information financière ainsi que les recommandations des vérificateurs et externes;
9. Obtient la certitude que la direction a établi un environnement de contrôle adéquat qui met l'accent sur la responsabilité des employés sur le plan de la gestion des fonds publiques et qu'elle a mis en place des politiques et procédures appropriées quant au contrôle et à la protection des actifs (ex. : couverture d'assurance, processus d'autorisation d'achats, etc.).
10. Recommande au Conseil la nomination du vérificateur externe.

### **Gestion des investissements**

Le Comité examine annuellement la politique relative aux investissements pour ceux qui gèrent les fonds du Réseau et recommande les révisions nécessaires au Conseil.

### **Autres**

Le Comité :

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

### Rapport

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

<b>Remplace :</b>	<b>Zone 1 :</b> _____	<b>Zone 5 :</b> _____
	<b>Zone 4 :</b> _____	<b>Zone 6 :</b> _____

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	COMITÉ DES SERVICES À LA CLIENTÈLE, DE LA GESTION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ	<b>N° :</b> CA-350
<b>Section :</b>	Comités du Conseil	<b>Date d'entrée en vigueur :</b> 2018-06-
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b> 2018-04-17
<b>Approbateur :</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Approuvée le :</b> 2018-06-
<b>Établissement(s)/programme(s) :</b>		

### BUT

Le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité (le « Comité ») est responsable d'assurer que des mécanismes sont en place pour surveiller et améliorer le rendement du Réseau en matière de qualité. Le comité est responsable de promouvoir et de surveiller l'ensemble des activités liées à la gestion de la qualité, de la sécurité, des risques et de l'éthique afin d'être en mesure de guider le Conseil d'administration (le « Conseil ») à l'égard de ses responsabilités concernant tous les aspects liés à la prestation des soins et services aux patients.

### Composition et fonctionnement

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

### Responsabilités

1. Le Comité surveille, conseille le Conseil et lui fait les recommandations qu'il juge appropriées sur les questions relatives :
  - 1.1. aux processus de services à la clientèle, de gestion de la qualité, des risques et de la sécurité et de l'éthique;

- 1.1.1. priorise la qualité et la sécurité et énonce la direction que le Réseau doit suivre en matière de qualité;
  - 1.1.2. recommande au Conseil les cadres de référence en matière de qualité et sécurité, de gestion des risques et d'éthique et suit leurs mises en œuvre;
  - 1.1.3. passe en revue et recommande un plan stratégique pluriannuel sur la qualité et la sécurité ainsi que des objectifs d'amélioration annuels;
  - 1.1.4. assure la mise en place de mécanismes efficaces pour évaluer et améliorer la qualité des soins et services et gérer les risques;
  - 1.1.5. surveille et évalue régulièrement le rendement du Réseau en matière de qualité par le biais de son tableau de bord ;
  - 1.1.6. reçoit et analyse les rapports du Comité régional des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité et veille à ce que les mesures nécessaires soient prises pour aborder les écarts et améliorer la qualité des soins et services;
  - 1.1.7. examine les politiques liées à la qualité, à la sécurité, à la gestion des risques et à l'éthique;
  - 1.1.8. recommande des programmes éducatifs sur la qualité et la sécurité pour les membres du Comité et du Conseil;
  - 1.2. aux normes d'agrément liées aux services à la clientèle, à la qualité et à la sécurité des soins et des services et autres processus liés aux normes propres à un réseau de santé;
  - 1.3. à la satisfaction et à l'expérience des patients/clients et aux processus de gestion des plaintes;
    - 1.3.1. assure la mise en place de mécanismes pour évaluer et améliorer l'expérience des patients et pour gérer les plaintes;
  - 1.4. aux processus d'octroi des privilèges du personnel médical, de renouvellement, de suspension ou de modification;
  - 1.5. aux processus liés au développement et au maintien des compétences des professionnels et des médecins et aux processus de délégation des actes professionnels et médicaux.
2. Le Comité s'acquitte aussi de toute autre fonction que peut lui confier le Conseil.

### Rapport

1. Le Comité rend compte de ses activités à chaque réunion du Conseil, ce qui comprend une revue annuelle de la qualité, de la sécurité, des risques et de l'éthique. Les rapports réguliers comprennent les points suivants :
  - 1.1 Indicateurs de la qualité sous forme d'un tableau de bord, y compris des mesures du rendement sur la qualité des services cliniques, les risques, la sécurité et le service à la clientèle (trimestriellement);

## Politique / Procédure N° : CA-350

---

- 1.2 Progrès quant aux améliorations majeures sur le plan du rendement et aux objectifs de sécurité des patients (trimestriellement ou deux fois par année);
- 1.3 Analyse des causes profondes soumises par le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité du Réseau;
- 1.4 Sommaire des revues d'événements préjudiciables (au moins une fois par trimestre);
- 1.5 Satisfaction/perception des patients (rapports trimestriels et annuels);
- 1.6 Satisfaction/perception des médecins (au moins tous les deux ans);
- 1.7 Satisfaction/perception des employés (au moins tous les deux ans);
- 1.8 Culture de sécurité des patients (rapport annuel);
- 1.9 Agrément (rapport trimestriel);
- 1.10 Vérification du processus de délivrance de titres et de certificats (au moins tous les deux ans);
- 1.11 Rapport des activités en éthique (rapports trimestriels et annuels).

### Plan de travail et objectifs annuels du Comité

1. Le Comité se dote d'un plan de travail et d'objectifs annuels en précisant ses domaines d'intérêt principaux pour la prochaine année. Voici des exemples :
  - 1.1 Surveiller un programme de diminution des erreurs liées aux médicaments;
  - 1.2 Appuyer fortement et surveiller une initiative d'amélioration du service à la clientèle au Service d'urgence;
  - 1.3 Surveiller les projets liés à une campagne d'amélioration de la qualité et de la sécurité;
  - 1.4 Examiner et mettre à jour le tableau de bord sur la qualité et d'autres rapports d'indicateurs clés liés à la qualité et aux patients pour veiller à ce qu'ils comprennent des objectifs établis pour le Réseau.
  - 1.5 Passer en revue les priorités nationales actuelles dans le domaine de la qualité et de la sécurité des patients, comme la rémunération en fonction du rendement et l'usage de technologies de l'information pour améliorer la qualité.

<b>Remplace :</b> <b>Zone 1 :</b> _____ <b>Zone 5 :</b> _____ <b>Zone 4 :</b> _____ <b>Zone 6 :</b> _____
--

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	COMITÉ STRATÉGIQUE DE LA RECHERCHE ET DE LA FORMATION	<b>N° :</b> CA-395
<b>Section :</b>	Comités du Conseil	<b>Date d'entrée en vigueur :</b> 2018-06-
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b> 2018-04-17
<b>Approbateur :</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Approuvée le :</b> 2018-06-
<b>Établissement(s)/programme(s):</b>		

### 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

- Le comité stratégique de la recherche et de la formation est composé :
  - de quatre membres du Conseil d'administration nommés par le Conseil, dont l'un assume la présidence du comité;
  - du Directeur régional – Recherche, développement scientifique et formation, à titre de membre d'office sans droit de vote;
  - du Doyen associé de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke/Directeur du Centre de formation médicale du N.-B. à titre de membre d'office sans droit de vote.
- Le président peut, le cas échéant, inviter toute autre personne à participer à une réunion du comité. Cette personne est sans voix délibérative.
- Le comité peut adjoindre toute personne-ressource qu'il juge utile pour exercer ses fonctions, et ce pour une période déterminée. Cette personne ne fait pas partie du comité.
- Le Comité fonctionne en respectant les lignes directrices pour les comités du Conseil (CA-300).
- 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 une incidence sur le développement et l'innovation en formation et en recherche (opportunités de concertation entre les intervenants hospitaliers, universitaires, gouvernementaux et du secteur privé pour du financement ou le développement d'infrastructure de recherche, relation avec les différents établissements d'enseignement, contrats d'affiliation interinstitutionnels, etc.).

Rapport

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

<b>Remplace :</b>	<b>Zone 1 :</b> _____	<b>Zone 5 :</b> _____
	<b>Zone 4 :</b> _____	<b>Zone 6 :</b> _____

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	ÉVALUATION DU RENDEMENT ET DU DÉVELOPPEMENT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL		<b>N° :</b> CA-400
<b>Section :</b>	Processus d'évaluation	<b>Date d'entrée en vigueur :</b>	<b>2018-06-</b>
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b>	2017-06-19
<b>Approbateur :</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Approuvée le :</b>	2018-06-
<b>Établissement(s)/programme(s) :</b>			

### BUTS

1. Mesurer la performance du président-directeur général (P.-D.G.) à l'aide du plan d'évaluation du rendement et du développement (voir copie en annexe) d'après les objectifs annuels approuvés par le Conseil d'administration (le « Conseil »).
2. Offrir la rétroaction du Conseil au P.-D.G. de façon à clarifier les attentes en ce qui concerne ses fonctions et à l'appuyer dans son développement professionnel.

### POLITIQUE

1. Le Conseil établi un Comité d'évaluation du rendement et du développement du PDG (formé du président et du vice-président) en vue de développer conjointement le plan d'évaluation du rendement et du développement avec le PDG.
2. Le Comité d'évaluation du rendement et du développement, ~~composé du président et du vice-président du Conseil d'administration,~~ est responsable de la mise en œuvre du processus d'évaluation annuelle du P.-D.G.
3. Le ~~président et le vice-président~~ **Comité d'évaluation du rendement et du développement,** en consultation avec l'ensemble du Conseil d'administration, font annuellement l'évaluation du rendement et du développement du P.-D.G. De cette façon, la contribution du P.-D.G. aux objectifs du Réseau de santé Vitalité pour l'année qui se termine est évaluée par l'entremise d'un processus rigoureux et consigné officiellement.
4. Le processus d'évaluation du rendement et du développement offre l'occasion de reconnaître la performance du P.-D.G. et de développer les priorités organisationnelles de manière collaborative pour l'année qui commence en vue de mieux planifier stratégiquement et d'appuyer le P.-D.G. et l'organisation. Le Conseil d'administration évalue, de façon diligente, la performance et le rendement du P.-D.G. d'après le profil du poste, le plan d'évaluation du rendement et du développement et les politiques du Conseil.

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

### Outil

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

### Processus d'évaluation

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

### Responsabilités et échéanciers

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

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

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

### **Principes directeurs**

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

<b>Remplace :</b> Zone 1 : _____ Zone 4 : _____	Zone 5 : _____ Zone 6 : _____
--	----------------------------------

**Réseau de santé Vitalité**

**Plan d'évaluation du rendement et du développement**

**Président-directeur général**

**Éléments du formulaire d'évaluation**

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

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

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

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

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

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

### **Systeme d'évaluation du rendement**

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

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

Nom du P.-D.G. :	Date :
------------------	--------

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

	•					
	•					
<b>Relations externes</b>						
	•					
<b>Relations de travail avec le Conseil et ses comités</b>						

<b>Partie I : Évaluation des objectifs de travail</b>	
Commentaires additionnels :	
Résultat des objectifs de travail :	

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

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

**Autorisation et approbation****Commentaires du P.-D.G. :****Signature du P.-D.G. :****Président du Conseil d'administration :****Date :****Date :**

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	CADRE D'ÉVALUATION		<b>N° :</b> CA-410
<b>Section :</b>	Processus de révision	<b>Date d'entrée en vigueur :</b>	<b>2018-06-</b>
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b>	2018-04-17
<b>Approbateur :</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Approuvée le :</b>	2018-06-
<b>Établissement(s)/programme(s) :</b>			

### BUTS

1. Assurer une amélioration continue du Conseil d'administration, de ses comités/groupes de travail et de ses membres;
2. Obtenir une rétroaction pour la relève du Conseil, des administrateurs et des membres;
3. Déceler les besoins en formation et en développement;
4. Offrir la possibilité de fournir une rétroaction sur l'efficacité des réunions du Conseil et de ses comités.

### POLITIQUE

1. Le Conseil d'administration (le « Conseil ») a recours à un protocole d'évaluation annuelle. Le protocole d'évaluation porte sur les processus et la structure du Conseil dans son ensemble et de ses comités/groupes de travail, ainsi que sur une auto-évaluation de chaque administrateur.
2. Le Comité de gouvernance et de mise en candidature met en place le processus annuel d'évaluation du Conseil, de ses comités et de ses dirigeants basée sur :
  - le « Mandat du Conseil d'administration et régime de gouvernance » (CA-120);
  - les « Comités du Conseil d'administration » (CA-300);
  - Les « Fonctions du président du Conseil d'administration » (CA-140);
  - Les « Fonctions du vice-président du Conseil d'administration » (CA-150);
  - Les « Fonctions du trésorier du Conseil d'administration » (CA-160);
  - Les « Fonctions du secrétaire du Conseil d'administration » (CA-170).

2.1 Ce processus comprend:

- 2.1.1 Les principaux indicateurs définis par le Conseil selon lesquels l'efficacité et le rendement du Conseil peuvent être mesurés;
- 2.1.2 Des ressources externes, selon ce qu'il convient, afin d'assurer l'efficacité du processus;
- 2.1.3 L'évaluation du Conseil à l'aide d'un ou de plusieurs outils pour solliciter les commentaires, par exemple une évaluation écrite ou une séance de groupe;
- 2.1.4 Les outils et les processus d'auto-évaluation des membres du Conseil, y compris les occasions de déceler les besoins en formation et en développement et de déterminer si les membres souhaitent prendre en considération des postes d'administrateur;
- 2.1.5 Un rapport au Conseil sur les résultats des questions d'évaluation et les actions clés à accomplir pour assurer une amélioration continue du Conseil dans son ensemble et des administrateurs.

<b>Remplace :</b>	<b>Zone 1 :</b> _____	<b>Zone 5 :</b> _____
	<b>Zone 4 :</b> _____	<b>Zone 6 :</b> _____

Questions	Échelle		
	Non	Un peu	Oui/D'accord
Je participe à la formation du Conseil.			
Je participe à une visite des lieux ou à un programme du Réseau de santé Vitalité lorsqu'il y a lieu.			
J'ai une connaissance de la structure, de l'historique et de la mission du Réseau de santé Vitalité.			
Je connais le rôle législatif du Réseau de santé Vitalité.			
Je connais le rôle législatif du Conseil.			
Je connais la structure organisationnelle, les problèmes majeurs, les finances et les opérations du Réseau.			
Je connais les principaux intervenants, partenaires et clients du Réseau de santé Vitalité.			
Une fois que le Conseil formule une politique ou prend une décision, je suis prêt à l'appuyer et capable de le faire, peu importe mon vote sur la question.			
J'ai le temps et l'énergie nécessaire pour être un membre actif et engagé du Conseil, et je suis également prêt à m'engager au niveau requis au sein du Conseil.			
Je ne suis impliqué dans aucun conflit professionnel ou personnel qui peut sérieusement compromettre mes capacités d'agir dans l'intérêt véritable du Réseau et de ses parties prenantes.			
Ma principale responsabilité à titre de membre du Conseil est de servir l'ensemble des parties prenantes de l'organisation.			
Je respecte la nature confidentielle des affaires du Réseau (ex. : information liée aux clients, discussions à huis clos, etc.).			
Je communique de manière appropriée à toutes les réunions du Conseil.			
Je communique de manière appropriée entre les réunions du Conseil.			
J'écoute les idées des autres.			
J'affiche des comportements qui valorisent la diversité du Conseil, y compris le savoir, l'expérience et/ou les compétences de mes collègues.			
Je m'engage auprès du Conseil et je veille à ce qu'il reste axé sur la vision, la mission et les valeurs du Réseau.			
Je détecte des problèmes et je suggère des solutions potentielles.			
Je suis ouvert aux changements et aux nouvelles idées.			
J'évalue, au besoin, les solutions à court terme.			
J'évalue, au besoin, la vision et les résultats à long terme.			
J'examine soigneusement et minutieusement tous les documents d'information avant les réunions du Conseil.			
Je m'engage dans les discussions et les débats.			
J'indique clairement des avis et des observations sages et réfléchis.			
Je fournis le raisonnement à l'appui de mon point de vue.			
Je reste axé sur les politiques plutôt que sur les opérations.			
J'apporte une valeur ajoutée au Conseil, et je lui donne un aperçu et un point de vue uniques.			
1. Que considérez-vous comme votre plus forte contribution au Conseil?			
2. Autres commentaires ou suggestions			
Votre nom :			

Évaluation de la présidente du Conseil d'administration **ANNEXE CA-410 (2)**  
 et des présidents des divers comités

Questions	Échelle		
	5- Fortement d'accord 4- D'accord 3- Plutôt d'accord 2- En désaccord 1- Fortement en désaccord 0- Aucun commentaire		
	Président du CA	Président du comité (indiquer le nom du comité)	Président du comité (indiquer le nom du comité)
Aviser et conseiller, en tant que membre du Conseil d'administration, le président-directeur général, notamment en aidant à définir les problèmes, à revoir la stratégie et à maintenir la reddition de comptes.			
Fournir un leadership fort au Conseil/comité en l'assistant dans le suivi de la vision, de la stratégie et des plans du Réseau de santé Vitalité et dans la réalisation de ses objectifs.			
Veiller à ce que les réunions du Conseil/comité soient gérées de manière efficace.			
Veiller à ce que suffisamment de temps soit autorisé pour les débats et que tous les aspects d'une question soient entendus.			
Évaluer périodiquement l'efficacité du Conseil/comité et de ses membres, et examiner les résultats avec les membres individuels, le cas échéant, et avec le Conseil/comité dans son ensemble.			
Le président du Conseil/comité et le Conseil/comité comprennent le rôle du président en tant que porte-parole du Conseil/comité.			
Le président du Conseil représente le Conseil et le Réseau de santé Vitalité dans la communauté, et il aide à établir de solides relations avec les principaux acteurs.			
Je me sens à l'aise de présenter certaines questions au président.			
Je veux faire d'autres commentaires ou suggestions.			

N.B. Les résultats seront communiqués anonymement au président du Conseil et au vice-président, sauf si une indication est fournie ci-dessous. Je voudrais discuter de mes réponses à cette évaluation en privé.

Oui  Non

## Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité – Évaluation par les pairs

	Échelle :						
	4.	3.	2.	1.	S/O		
	Exceptionnel/Au-dessus de la moyenne						
	Entièrement satisfaisant						
	Adéquat						
	Pourrait s'améliorer						
	Impossibilité d'évaluer l'individu sur cette question; manque d'exposition aux comportements et aux traits manifestés et manque de connaissance de ceux-ci						
	Directeur 1	Directeur 2	Directeur 3	Directeur 3	Directeur 4	Directeur 5	Etc.
Le membre lit les documents et il est préparé lorsqu'il arrive aux réunions.							
Le membre participe aux réunions et est activement engagé dans celles-ci (participe aux discussions et aux débats).							
Le membre soutient l'organisation et en fait la promotion.							
Le membre démontre constamment son intégrité et adhère à des normes éthiques élevées.							
Le membre se conforme à la politique sur les conflits d'intérêts.							
Le membre respecte la confidentialité.							
Le membre communique efficacement des idées et des concepts.							
Le membre a un bon sens de l'écoute et respecte ceux qui ont des opinions divergentes.							
Le membre pense indépendamment – il peut exprimer des idées contraires à celles du groupe.							
Le membre a un sens de la curiosité – il pose des questions appropriées et incisives.							
Le membre fait preuve d'un jugement sain et équilibré au profit de toutes les parties prenantes.							

Le membre développe et entretient des relations saines – il est un joueur d'équipe.							
Le membre démontre une connaissance du rôle législatif du Conseil et de ses comités.							
Le membre démontre une connaissance du rôle du président du Conseil et le respecte.							
Le membre démontre une littératie financière, mais pas nécessairement une expertise dans le domaine.							
Le membre applique ses compétences, ses connaissances ou ses talents particuliers aux problèmes et contribue au Conseil de par ceux-ci.							
Le membre appuie les décisions du Conseil d'administration – il agit comme un membre du Conseil en ce qui concerne toutes les actions une fois qu'une décision a été prise.							
Le membre contribue efficacement à la performance du Conseil.							
Le membre reste axé sur les politiques plutôt que sur les opérations.							
Commentaires :							
<b>Une évaluation sera effectuée sur un site de sondage électronique.  Les résultats seront seulement communiqués au membre touché et au président du Conseil. Les résultats sont anonymes.</b>							

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	COMITÉ D'ÉVALUATION DU PRÉSIDENT DIRECTEUR GÉNÉRAL		<b>N° : CA-420</b>
<b>Section :</b>	Processus d'évaluation	<b>Date d'entrée en vigueur :</b>	<b>2017-06-19</b>
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b>	2016-04-26
<b>Approbateur :</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Approuvée le :</b>	2017-06-19
<b>Établissement(s)/programme(s) :</b>			

### BUT

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

### POLITIQUE

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

**Principes directeurs**

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

<b>Remplace :</b> Zone 1 : _____	Zone 5 : _____
Zone 4 : _____	Zone 6 : _____

## Manuel : Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	PROCESSUS D'ÉVALUATION DU MÉDECIN-CHEF ET DU PRÉSIDENT DU COMITÉ PROFESSIONNEL CONSULTATIF	<b>N° :</b> CA-430
<b>Section :</b>	Processus d'évaluation	<b>Date d'entrée en vigueur :</b> 2018-06-
<b>Mandataire :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b> 2017-06-19
<b>Approbateur :</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Approuvée le :</b> 2018-06-
<b>Établissement(s)/programme(s) :</b>		

### BUT

1. Mesurer la performance du médecin-chef et du président du Comité professionnel consultatif (CPC) à l'aide du plan d'évaluation du rendement et du développement (voir copie en annexe) d'après les objectifs annuels approuvés par le Conseil d'administration (le « Conseil »).
2. Offrir la rétroaction du Conseil au médecin-chef et au président du CPC de façon à clarifier les attentes en ce qui concerne leurs fonctions et à les appuyer dans leur développement professionnel.

### POLITIQUE

1. Le Comité d'évaluation du rendement et du développement, composé du président du Conseil d'administration et du P.-D.G., est responsable de la mise en œuvre du processus d'évaluation annuelle du médecin-chef et du président du CPC.
2. Le président et le P.-D.G., en consultation avec l'ensemble du Conseil d'administration, font annuellement l'évaluation du rendement et du développement du médecin-chef et du président du CPC. De cette façon, la contribution du médecin-chef et du président du CPC aux objectifs du Réseau de santé Vitalité pour l'année qui se termine est évaluée par l'entremise d'un processus rigoureux et consignée officiellement.
3. Le processus d'évaluation du rendement et du développement offre l'occasion de reconnaître la performance du médecin-chef et du président du CPC et de développer les priorités organisationnelles de manière collaborative pour l'année qui commence en vue de mieux planifier stratégiquement et d'appuyer le médecin-chef et le président du CPC. Le Conseil d'administration évalue, de façon diligente, la performance et le rendement selon les modalités suivantes :

- Médecin-chef
  - o d'après les responsabilités du médecin-chef telles qu'elles sont décrites dans les règlements administratifs (B.13.5);
  - o d'après le plan d'évaluation du rendement et du développement;
  - o d'après les politiques du Conseil;
  
- Président du Comité professionnel consultatif
  - o en tenant compte du mandat du CPC;
  - o en tenant compte du plan d'évaluation du rendement et du développement;
  - o en tenant compte des politiques du Conseil.

### Outil

L'outil d'évaluation du rendement et du développement du médecin-chef et du président du CPC est utilisé (annexe CA-430 (1)).

### Processus d'évaluation

1. La performance du médecin-chef et du président du CPC est évaluée annuellement en fonction de l'année financière. L'évaluation de l'année en cours se terminera au plus tard à la fin du premier trimestre suivant l'année qui se termine.
2. Le Conseil délègue officiellement cette fonction au président et au P.-D.G. Le comité s'assure d'obtenir la contribution de l'ensemble des membres du Conseil d'administration au processus d'évaluation lors des phases d'acceptation du plan d'évaluation du rendement et du développement et d'évaluation de ce plan.
3. Le comité évalue la performance du médecin-chef et du président du CPC à l'aide du plan d'évaluation du rendement et du développement tel qu'il a été établi en début d'année. Le comité fait rapport à l'ensemble du Conseil d'administration sur l'évaluation et demande aux membres du Conseil leurs commentaires sur la performance du médecin-chef et du président du CPC. Ces commentaires sont ajoutés à l'évaluation du médecin-chef et du président du CPC.
4. Le Conseil peut faire de temps à autre une évaluation qui prend en considération l'opinion des intervenants internes et externes.

Responsabilités et échéanciers

Activité	Responsables	Échéancier
a) Le médecin-chef et le président du CPC développent une proposition du plan d'évaluation du rendement et du développement en vue de l'obtention des commentaires du Comité d'évaluation du rendement et du développement.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le médecin-chef</li> <li>• Le président du CPC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avril</li> </ul>
b) Le Comité d'évaluation du rendement et du développement valide le plan d'évaluation du rendement et du développement et consulte l'ensemble des membres du Conseil d'administration pour obtenir leurs commentaires.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le Comité d'évaluation du rendement et du développement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avril</li> </ul>
c) Le médecin-chef et le président du CPC mettent au point le plan d'évaluation du rendement et du développement suite aux commentaires reçus et soumettent le plan au Comité d'évaluation du rendement et du développement pour approbation.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le médecin-chef et le Comité d'évaluation du rendement et du développement</li> <li>• Le président du CPC et le Comité d'évaluation du rendement et du développement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mai</li> </ul>

Activité	Responsables	Échéancier
d) Le médecin-chef et le président du CPC font une auto-évaluation à la mi-année et rencontrent le Comité d'évaluation du rendement et du développement pour discuter du progrès et faire les ajustements nécessaires au plan d'évaluation du rendement et du développement.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le médecin-chef</li> <li>• Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le président du CPC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Septembre</li> </ul>
e) Le médecin-chef et le président du CPC présentent une auto-évaluation de fin d'année et la soumettent au Comité d'évaluation du rendement et du développement.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le médecin-chef</li> <li>• Le président du CPC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fin mars, début avril</li> </ul>
f) Le Comité d'évaluation du rendement et du développement rencontre le médecin-chef et le président du CPC et évalue leur performance durant l'année qui se termine.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le médecin-chef</li> <li>• Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le président du CPC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avril</li> </ul>
g) Le Comité d'évaluation du rendement et du développement fait rapport au Conseil d'administration et recueille ses commentaires. Il met au point l'évaluation avec le P.-D.G.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le P.-D.G.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mai</li> </ul>

Remplace : Zone 1 : \_\_\_\_\_ Zone 5 : \_\_\_\_\_  
 Zone 4 : \_\_\_\_\_ Zone 6 : \_\_\_\_\_

**Réseau de santé Vitalité**

**Plan d'évaluation du rendement et du développement**

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

**Éléments du formulaire d'évaluation**

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

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

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

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

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

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

### **Système d'évaluation du rendement**

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

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

Nom du médecin-chef ou du président du CPC :	Date :
--	--------

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

	•					
	•					
<b>Relations externes</b>						
	•					
<b>Relations de travail avec le Conseil et ses comités</b>						

<b>Partie I : Évaluation des objectifs de travail</b>	
Commentaires additionnels :	
Résultat des objectifs de travail :	

Partie II : Évaluation du rendement					
Compétences comportementales LEADS qui feront l'objet d'une évaluation					
Compétence	Définitions	Commentaires du cadre	Commentaires du cadre hiérarchique	Évaluation possible : A, B, C ou D (v. page 2)	
				Auto-évaluation	Comité d'évaluation du rendement et du développement
<b>Est son propre chef</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Est conscient de ses propres hypothèses, valeurs, principes, points forts et limites</li> <li>• Assume la responsabilité de son rendement et de sa santé</li> <li>• Cherche activement des occasions et des défis en matière d'apprentissage personnel, de formation du caractère et de croissance</li> <li>• Démontre des qualités, comme l'honnêteté, l'intégrité, la résilience et la confiance</li> </ul>				
<b>Fait participer les autres</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appuie et encourage les autres à atteindre des objectifs professionnels et personnels</li> <li>• Crée un environnement agréable où les autres ont des occasions intéressantes d'apporter une contribution ainsi que les ressources nécessaires pour s'acquitter de leurs responsabilités</li> <li>• Sait écouter attentivement et encourage l'échange ouvert de renseignements et d'idées à l'aide des moyens de communication appropriés</li> <li>• Facilite un environnement de collaboration et de coopération pour atteindre des résultats</li> </ul>				

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

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

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

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

**Note couverture**

Comité de gouvernance et de mise en candidature  
Date : le 11 juin 2018

**Objet : Mandat du Comité professionnel consultatif**

Vous trouverez ci-joint la politique et procédure GEN.1.40.10 « Mandat du Comité professionnel consultatif » pour avis et approbation.

Proposé

Appuyé

Et résolu que la politique et procédure GEN.1.40.10 « Mandat du Comité professionnel consultatif » soit approuvée telle que présentée.

Adoption

Soumis le 28 mai 2018 par Janie Levesque, Présidente du Comité professionnel consultatif

## Manuel : Général du Réseau de santé Vitalité

<b>Titre :</b>	MANDAT DU COMITÉ PROFESSIONNEL CONSULTATIF		<b>N° : GEN.1.40.10</b>
<b>Section :</b>	1. Gestion générale	<b>Date d'entrée en vigueur :</b>	<b>2018-06-</b>
<b>Émise par :</b>	Comité professionnel consultatif	<b>Date de révision précédente :</b>	2017-08-28
<b>Approuvée par : (Signée par)</b>	Président-directeur général Gilles Lanteigne	<b>Date de la signature :</b>	<b>2018-06-</b>
<b>Établissement/ programme :</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Vitalité Zone : <input type="checkbox"/> 1B <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6		

### RAISON D'ÊTRE

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

### DÉFINITIONS

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

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

### RESPONSABILITÉS

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

2. Fournit des recommandations et de la rétroaction sur les enjeux de pratiques professionnelles significatifs qui inclus, mais non limité aux normes de la profession, le champ de pratique, le profil de compétence ainsi que le perfectionnement des compétences.
3. Le CPC veille à ce que les programmes et les services respectent les normes d'Agrément Canada.
4. Le CPC s'assure du renouvellement annuel des titres de tous les praticiens de profession de la santé qui sont autoréglémentées, à l'exception des médecins, des chirurgiens et des dentistes.
5. Le CPC remplit d'autres fonctions dictées par le Conseil d'administration.
6. Le CPC assure son rôle de surveillance en établissant des liens et en recevant des données de plusieurs secteurs (Gestion des risques, Pratique professionnelle).

## COMPOSITION

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

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

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

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

Le CPC est composé de représentants des disciplines suivantes :

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

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

La sélection des membres est effectuée selon les critères établis (Annexe GEN.1.40.10 (1)) par un comité ad hoc formé d'au moins deux membres du CPC, **du vice-président** et du président.

3. Les membres du CPC sont nommés pour un mandat de trois ans renouvelable chaque année par le Conseil.
4. Lorsque le membre, le vice-président ou la présidente terminent leur mandat à terme, ils peuvent à nouveau soumettre leur candidature pour un maximum de 3 mandats.

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

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

5. Le Conseil nomme le président du CPC sur recommandation du CPC et du PDG. Le vice-président est nommé par le CPC parmi les membres du comité et il agit au nom du président en cas d'absence ou d'empêchement de ce dernier. Le président et le vice-président sont nommés pour un mandat de trois ans.
6. Le président-directeur général (PDG) et le président du comité médical consultatif sont des membres d'office sans droit de vote.
7. Les vice-présidents des secteurs cliniques sont des membres d'office sans droit de vote.
8. La directrice de la pratique professionnelle est membre d'office sans droit de vote.

## FONCTIONNEMENT

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

## OBLIGATION DE RENDRE COMPTE

1. Le CPC relève directement du Conseil d'administration.
2. Le CPC a un lien de communication avec l'équipe des cadres supérieurs, le Comité régional de la qualité et de la sécurité des patients ainsi qu'avec le comité médical consultatif par le biais d'un membre. De plus, le président participe à ces comités.
3. Les procès-verbaux de chaque réunion du CPC sont distribués au Conseil, à tous les membres du CPC et à tous les chefs de service (gestionnaires). Les procès-verbaux originaux sont conservés par la personne assurant le soutien administratif pour le comité.

4. Le CPC revoit son mandat annuellement et s'il y a lieu soumet la révision au Comité de gouvernance et de mise en candidature du Conseil afin d'obtenir l'approbation du mandat à la réunion annuelle du Conseil.

## RÉFÉRENCES

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

Réseau de santé Vitalité – Règlements administratifs – 22 octobre 2013

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

<b>Remplace :</b>	<b>Zone 1 :</b> _____	<b>Zone 5 :</b> _____
	<b>Zone 4 :</b> _____	<b>Zone 6 :</b> _____

## Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature  
Le 11 juin 2018

### Objet : **Nominations - Comité professionnel consultatif**

Le CPC a tenu une motion à sa réunion du 8 mai 2018, et recommande les professionnels de la santé autoréglementés suivants, comme membres votants du CPC et ceci pour un mandat de trois (3) ans soit de septembre 2018 à juin 2021.

- ✚ Dr Wei Wang, médecin
- ✚ Isabelle Gagné, soins infirmiers
- ✚ Annie Carré, services diagnostics
- ✚ Debby Ouellet, archives cliniques

### ADOPTÉ À L'UNANIMITÉ

La composition du Comité professionnel consultatif 2018-2019 est soumise au Comité de gouvernance et de mise en candidature pour approbation et recommandation au Conseil d'administration.

MEMBRES VOTANTS	SECTEUR REPRÉSENTÉ	ZONE	MANDAT
Dre Nadine-Kazadi Kabwe	Médecine	4	2017-2020
<b>Dr Wei Wang</b>	<b>Médecine</b>	<b>5</b>	<b>2018-2021</b>
Mélanie Desjardins-Bard	Soins infirmiers	4	2017-2020
<b>Isabelle Gagné</b>	<b>Soins infirmiers</b>	<b>5</b>	<b>2018-2021</b>
<b>Annie Carré</b>	<b>Services diagnostics</b>	<b>5</b>	<b>2018-2021</b>
Danielle McLennan	Technologie de laboratoire médical	1B	2016-2019
Janie Levesque	Nutrition	1B	2017-2020
Annie Boudreau	Physiothérapie	5	2017-2020
Annie Robichaud	Ergothérapie	6	2016-2019
Joanne Thibeault	Travail social	5	2017-2020
Justin Morris	Thérapie respiratoire	1B	2016-2019
Mélissa Deschênes	Pharmacie	4	2016-2019
<b>Debby Ouellet</b>	<b>Archives cliniques</b>	<b>4</b>	<b>2018-2021</b>
Claudine Godbout-Lavoie	Audiologie/Orthophonie	4	2016-2019
Nicole Robichaud	Psychologie	6	2018-2021

MEMBRES D'OFFICE	TITRE	STATUT
Gilles Lanteigne	Président-directeur général	Non-votant
Gisèle Beaulieu	V.-p. Performance, Qualité et Services généraux	Non-votant
Dre Nicole LeBlanc	Présidente du CMC ou déléguée	Non-votant
Dre France Desrosiers	V.p. Services médicaux, Formation et Recherche	Non-votant
Stéphane Legacy	V.-p. Services de consultation externe et Services professionnels	Non-votant
Johanne Roy	V.-p. Services cliniques	Non-votant
Jacques Duclos	V.-p. Services communautaires et Santé mentale	Non-votant
Marise Auffrey	Directrice de la Pratique professionnelle	Non-votant

Soumis le 24 mai 2018 par Janie Levesque, présidente du Comité professionnel consultatif.

## Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature  
Le 11 juin 2018

**Objet : Nominations – Comités médicaux consultatifs locaux**

La composition des membres votants des Comités médicaux consultatifs locaux 2018-2019 des zones 1B, 4, 5 et 6 est soumise au Comité de gouvernance et de mise en candidature pour approbation et recommandation au Conseil d'administration.

**ZONE 1B**

COMPOSITION		SECTEUR REPRÉSENTÉ
1	Dr Julien LeBlanc	Anesthésie
2	Dr Michel Bourgoin	Chirurgie
3	Dre Nathalie McLaughlin	Gynéco-obstétrique
4	Dr Nicholas Pilote	Imagerie diagnostique
5	Dr Ghislain Lavoie	Médecine familiale
6	Dr Danny Godin	Médecine d'urgence
7	Dre Maryse Williston	Médecine interne
8	Dre Geneviève LeBlanc	Pédiatrie
9	Dr Louis Thériault	Psychiatrie
10	Dr Rémi LeBlanc	Président de l'OPML
11	Dre Louise Thibault	Médecin-chef, zone Beauséjour
12	Dr Pierre LeBlanc	Médecin représentant de l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent
13	Dr Ronald Robichaud	Membre à la discrétion de la zone - ORL
14	Dr Jean-François Baril	Membre à la discrétion de la zone - Cardiologie
15	Vacant	Membre à la discrétion de la zone

**ZONE 4**

COMPOSITION		SECTEUR REPRÉSENTÉ
1	Dr Charles Zhang	Anesthésie
2	Dr François Guinard	Chirurgie
3	À déterminer	Gynéco-obstétrique
4	Dre Olga Leclerc	Imagerie diagnostique
5	Dr John Tobin	Médecine familiale
6	Dr Marie-Pier Côté et Dr Jean-Philippe Roy	Médecine d'urgence
7	Dre Anik Lang	Médecine interne
8	Dre Nadine Kabwé	Pédiatrie
9	Dr Pierre Nguimfack	Psychiatrie
10	Dre Chantal Violette	Président de l'OPML
11	Dr Éric Levasseur	Médecin-chef, zone Nord-ouest
12	Dre Claude Richard	Médecin représentant de l'Hôpital général de Grand-Sault
13	Dre Hélène Faucher	Médecin représentant de l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin
14	Vacant	Membre à la discrétion de la zone
15	Vacant	Membre à la discrétion de la zone

**ZONE 5**

COMPOSITION		SECTEUR REPRÉSENTÉ
1	Dr Prabhat Sinha	Anesthésie
2	Dr Bahram Groohi	Chirurgie
3	Dr Grant Oyeye	Gynéco-obstétrique
4	Dr Martin Robichaud	Imagerie diagnostique
5	Dr Christian Dufour	Médecine familiale
6	Dr Dariu Calugaroiu	Médecine d'urgence
7	Dr Mark Whalen	Médecine interne
8	Dr Mohamed Rizk	Pédiatrie
9	Dre Céline Finn	Psychiatrie
10	Dr Warren Lyew	Président de l'OPML
11	Dre Catherine Benoit	Médecin-chef, zone Restigouche
12	À déterminer	Médecin représentant Centre de santé communautaire St. Joseph de Dalhousie
13	Dr Marc Lagacé	Membre à la discrétion de la zone : Représentant chirurgie générale
14	Vacant	Membre à la discrétion de la zone
15	Vacant	Membre à la discrétion de la zone

**ZONE 6**

COMPOSITION		SECTEUR REPRÉSENTÉ
1	Dr Yannick Duguay	Anesthésie
2	Dr Marc-Éric Savoie	Chirurgie
3	Dre Anne Lebouthillier	Gynéco-obstétrique
4	Dr John LeBlanc	Imagerie diagnostique
5	Dr Marc-André Doucet	Médecine familiale
6	À déterminer	Médecine d'urgence
7	Dr Claude Violette	Médecine interne
8	Dr Roger Kamba	Pédiatrie
9	À déterminer	Psychiatrie
10	Dre Natalie Cauchon	Président de l'OPML
11	Dr Éric Basque	Médecin-chef, zone Acadie-Bathurst
12	Dr Carl Boucher	Médecin représentant de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus RHSJ†
13	Dre Joëlle Drolet-Ferguson	Médecin représentant de l'Hôpital de Tracadie-Sheila
14	Dre Dawn-Marie Martin Ward	Médecin représentant de l'Hôpital et Centre de santé communautaire de Lamèque
15	Vacant	Membre à la discrétion de la zone



Soumis le 5 juin 2018 par Dre Nicole LeBlanc, médecin-chef régionale

## Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature  
Le 11 juin 2018

Objet : **Nominations – Comité médical consultatif**

La composition du Comité médical consultatif 2018-2019 est soumise au Comité de gouvernance et de mise en candidature pour approbation et recommandation au Conseil d'administration.

MEMBRES VOTANTS	SECTEUR REPRÉSENTÉ	ZONE	MANDAT
Dre Nicole LeBlanc	Médecin-chef régionale, présidente	1B	17 octobre 2016- 16 octobre 2021
Dre Louise Thibault	Médecin-chef, zone Beauséjour	1B	1 avril 2017 au 21 mars 2020 (2e mandat)
Dr Éric Levasseur	Médecin-chef, zone Nord-ouest	4	10 juillet 2017 au 9 juillet 2022
Dre Catherine Benoit	Médecin-chef, zone Restigouche	5	22 mai 2018 au 21 mai 2023
Dr Éric Basque	Médecin-chef, zone Acadie-Bathurst	6	1 juillet 2014 au 30 juin 2019 (2e mandat)
Dre Anik Savoie	Médecine de famille en milieu urbain	1B	1 <sup>er</sup> juillet 2018 au 30 juin 2021 (2 <sup>e</sup> mandat)
Dr Renald Wilson	Médecine de famille en milieu urbain	6	1 <sup>er</sup> juillet 2016 au 30 juin 2019
Dre Hélène Faucher	Médecine de famille en milieu rural	4	1 <sup>er</sup> avril 2018 au 30 juin 2021
Dr Gaetan Gibbs	Médecine d'urgence	4	1 <sup>er</sup> juillet 2016 au 30 juin 2019
Dre Robyn Comeau	Médecin interniste	1B	1 <sup>er</sup> juillet 2017 au 30 juin 2020
Dr Michel D'Astous	Médecin interniste	1B	1 <sup>er</sup> juillet 2017 au 30 juin 2020 (2 <sup>e</sup> mandat)
Dr Marc Lagacé	Chirurgie	5	1 <sup>er</sup> juillet 2016 au 30 juin 2019
Dr Ronald Robichaud	Chirurgie	1B	1 <sup>er</sup> juillet 2016 au 30 juin 2019
Dr Mohamed Benlamlih	Programme mère-enfant ou pédiatrie	4	1 <sup>er</sup> juillet 2018 au 30 juin 2021 (2 <sup>e</sup> mandat)
Dr André Denis Basque	Psychiatrie	1B	1 <sup>er</sup> juillet 2018 au 30 juin 2021
Vacant *	Médecine diagnostique		

\* En raison de la difficulté de combler le poste de médecine diagnostique, ce secteur fut remplacé par un poste supplémentaire de médecine de famille en milieu urbain



Soumis le 5 juin par Dre Nicole LeBlanc, médecin-chef régionale

## Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature

Le 11 juin 2018

Objet : **Nominations - Comité d'éthique de la recherche**

La composition du Comité d'éthique de la recherche 2018-2019 est soumise au Comité de gouvernance et de mise en candidature pour approbation et recommandation au Conseil d'administration.

<b>MEMBRES VOTANTS</b>	<b>Rôle assigné / Domaine d'expertise</b>	<b>MANDAT</b>
Michael Kemp	Membre expert en recherche quantitative	2018-2019
Jacinthe Beauchamp	Membre expert en recherche qualitative	2018-2019
Pierrette Fortin	Membre expert en éthique/Présidente	2018-2019
Mark Sinclair	Membre expert dans les méthodes et les domaines de recherche/Vice-président	2018-2019
Marie-Andrée Mallet	Membre versé en droit	2018-2019
Marilyne Boudreau	Membre clinique - Infirmière	2018-2019
Anne Pelletier	Membre clinique - Infirmière	2018-2019
Linda Thériault Godin	Membre de la collectivité	2018-2019
Dre Sylvie Katanda	Membre clinique - Médecin	2018-2019
Dre Lucie Morais	Membre clinique - Médecin	2018-2019
Alexandre Savoie	Membre clinique – services professionnels	2018-2019
Marie-Noëlle Ryan (substitut)	Membre expert en éthique	2018-2019
Marc Deveau (substitut)	Membre versé en droit	2018-2019
<b>MEMBRES NON VOTANTS</b>	<b>Rôle assigné / Domaine d'expertise</b>	<b>MANDAT</b>
Isabelle Dugas	Coordonnatrice régionale du Bureau de l'éthique	2018-2019
Mireille Bellavance	Secrétaire	2018-2019

Soumis le 1<sup>er</sup> juin 2018 par Gisèle Beaulieu, V.-p. Performance, Qualité et Services généraux

**Note couverture**

Comité de gouvernance et de mise en candidature  
Le 11 juin 2018

Objet : **Nomination du médecin-chef régionale**

Dre Nicole LeBlanc a été nommée médecin-chef régionale en octobre 2016 pour un mandat de cinq ans. Selon les règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité, la nomination doit être confirmée annuellement par le Conseil d'administration lors de l'Assemblée générale annuelle.

Proposition de motion :

Proposé :

Appuyé :

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature propose au Conseil d'administration de confirmer la nomination de Dre Nicole LeBlanc à titre de médecin-chef régionale avec l'appui des médecins-chefs locaux.

Soumis le 31 mai 2018 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

**Note couverture**

Comité de gouvernance et de mise en candidature  
Le 11 juin 2018

Objet : **Nomination de la présidente du Comité professionnel consultatif**

Madame Janie Levesque a été nommée présidente du Comité professionnel consultatif (CPC) en septembre 2017 pour un mandat de trois ans. Selon les règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité, la nomination doit être confirmée annuellement par le Conseil d'administration lors de l'Assemblée générale annuelle.

Proposition de motion :

Proposé :

Appuyé :

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature propose au Conseil d'administration de confirmer la nomination de Janie Levesque à titre de présidente du CPC pour l'année 2018-2019.

Soumis le 31 mai 2018 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

## Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature

Date : le 11 juin 2018

**Objet : Auto-évaluations, évaluation de la présidente du Conseil et des présidents et présidentes des divers comités, évaluations des pairs**

Les résultats des auto-évaluations et des évaluations des pairs ont été acheminés aux membres concernés.

Les résultats des évaluations des présidents et présidentes des divers comités ont été acheminés aux présidents des comités concernés et à la présidente du Conseil.

Les résultats de toutes les auto-évaluations et évaluations y inclus l'évaluation de la présidente du Conseil ont été acheminés à la présidente du Conseil.

Les membres du Comité de gouvernance et de mise en candidature pourront discuter de la démarche et de suggérer, le cas échéant, des pistes d'amélioration pour la prochaine année.

Soumis le 1<sup>er</sup> juin 2018 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité et Services généraux

## Note d'information

Comité de gouvernance et de mise en candidature

Date : le 11 juin 2018

**Objet : Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration****Décision recherchée**

Les résultats de l'évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration sont soumis à l'attention du Comité de gouvernance et de mise en candidature pour discussion et information.

**Contexte / Problématique**

- Vous trouverez ci-joint la compilation des résultats de la session de formation tenue les 16 et 17 avril 2018 ainsi que les résultats de la réunion à huis clos et de la réunion publique du Conseil d'administration du 17 avril 2018.
- Le taux de réponse est très bien et dans l'ensemble, les commentaires sont positifs. Les membres semblent avoir apprécié les discussions sur le code de conduite et morale et la mise à jour du plan d'action pour le Centre Hospitalier Restigouche (CHR). La visite du CHR a été très appréciée et les membres souhaitent poursuivre le même format dans d'autres établissements.
- Quant à la réunion à huis clos, les membres semblent avoir apprécié les ajustements à l'ordre du jour afin de permettre plus de temps pour les discussions. Des inquiétudes ont été soulevées quant aux problèmes de recrutement et de rétention du personnel plus spécifiquement dans les régions rurales du Réseau ainsi que les défis d'accès aux services dans ces régions. Les membres pourront appuyer l'équipe de leadership sur des stratégies à mettre en place dans le cadre de la mise sur pied d'un comité ad hoc du Conseil sur l'offre de service des hôpitaux et établissements communautaires.
- Des suggestions d'amélioration du format de la réunion publique ont été soulevées afin de passer les sujets d'affaires du Réseau en premier. Il a également été proposé d'avoir une discussion future sur le recrutement de la main-d'œuvre et d'un plan de Ressources humaines. Ces sujets seront tenus compte dans la planification des prochaines réunions du Conseil.

**Éléments à prendre en considération dans la prise de décision**

L'importance d'obtenir la rétroaction des membres du Conseil d'administration afin d'améliorer le fonctionnement des réunions.

**Considérations importantes**

L'évaluation régulière du fonctionnement du Conseil d'administration contribue à la qualité de la gouvernance de l'organisation, car il permet d'établir dans quels domaines des améliorations sont nécessaires et peut par conséquent servir d'outil de perfectionnement pour son conseil d'administration. Répétée régulièrement, cette pratique garantit que le conseil dans son ensemble et que chacun de ses administrateurs examine régulièrement les structures et procédures existantes, vérifie l'efficacité des pratiques afin de déterminer celles qu'il convient de conserver et procurent des occasions de discuter des domaines d'amélioration continue.

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

### Suivi à la décision

- Poursuivre l'évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration
- Assurer la mise en œuvre des actions recommandées par le Comité de gouvernance.

### Proposition et résolution

Aucune

Soumis le 1<sup>er</sup> mai 2018 par Gisèle Beaulieu, VP Performance, Qualité et Services généraux

*Formulaire d'évaluation des réunions du Conseil d'administration*

---

Questions <b>Séance de formation – 16 avril 2018</b>	Résultats					
	5	4	3	2	1	S/A
<b>Nombre de répondants : 14</b>						
1. Les documents ont été fournis suffisamment à l'avance pour se préparer aux réunions.	7	4	2	0	0	0
2. La durée de temps était appropriée.	5	6	2	0	0	0
3. La documentation permettait de comprendre les enjeux.	6	5	2	0	0	0
4. La direction était préparée et impliquée.	7	5	1	0	0	0
5. Les membres du conseil étaient préparés.	4	7	1	1	0	0
6. Les membres du conseil ont participé aux discussions.	6	6	1	0	0	0
7. Les discussions étaient pertinentes.	6	6	1	0	0	0
Commentaires : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Great discussion – nice to have an open discussion with the PDG.</li> <li>• Manque de temps pour traiter de tous les sujets à l'ordre du jour.</li> <li>• Bien apprécier les échanges.</li> <li>• Belle discussion sur le code de conduite.</li> <li>• La session n'a pas eu lieu, mais bonne discussion.</li> <li>• Quelle belle visite! L'approche positive de traitements est appréciée!! J'aime la gestion, participative et inclusive. Bravo.</li> <li>• Très bonne discussion et bonne participation du conseil.</li> <li>• Nous n'avons pas eu la présentation PRO du ministère, mais une discussion entre les membres. Bonne présentation au sujet du code de conduite.</li> </ul>						

Questions Séance de formation – 17 avril 2018	Résultats					
	5	4	3	2	1	S/A
Nombre de répondants : 14						
1. Les documents ont été fournis suffisamment à l'avance pour se préparer aux réunions.	6	4	1	0	0	2
2. La durée de temps était appropriée.	10	4	0	0	0	0
3. La documentation permettait de comprendre les enjeux.	7	4	1	0	0	1
4. La direction était préparée et impliquée.	9	3	1	0	0	1
5. Les membres du conseil étaient préparés.	7	4	1	0	0	1
6. Les membres du conseil ont participé aux discussions.	10	3	1	0	0	0
7. Les discussions étaient pertinentes.	10	4	0	0	0	0
<p>Commentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Excellente visite, directrice Madame Drolet très inspirante et dégage une énergie des plus contagieuses! On ne peut qu'aller vers le haut avec une démarche si organisée, si méthodique.</li> <li>• Nice presentation – great to visit CHR or any hospital</li> <li>• Un énorme merci pour la visite, énormément apprécié, permet de faire le lien direct entre nos responsabilités et décisions avec l'incroyable travail qui se fait sur le terrain envers nos patients. Merci!!</li> <li>• Bravo. Bonne gestion du temps.</li> <li>• Très bien apprécié. La visite informative. Merci!!</li> <li>• Bravo – Excellent. Belle visite et directrice super. Beau travail – je suis impressionné du leadership.</li> <li>• Beaucoup apprécier cette visite et "échange". L'information sur une de nos institutions. Je vous encourage de faire d'autres visites du genre! Intéressante de constater ce que nous offrons comme entité.</li> <li>• L'information était bien pertinente.</li> <li>• J'ai très apprécié la visite du CHR et la mise à jour des projets de transformation.</li> <li>• Excellente initiative.</li> </ul> <p>Discussions futures :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Je propose de continuer dans le même format, c'est-à-dire faire des visites dans nos établissements et services.</li> </ul>						

Questions Réunion à huis clos – 17 avril 2018	Résultats					
	5	4	3	2	1	S/A
Nombre de répondants : 13						
1. Les documents ont été fournis suffisamment à l'avance pour se préparer aux réunions.	8	6	0	0	0	0
2. La durée de temps était appropriée pour chaque sujet à l'ordre du jour.	4	8	2	0	0	0
3. La mise à jour et le rapport du P.-D.G. étaient pertinents.	6	6	0	0	0	1
4. La documentation permettait de comprendre les enjeux et d'appuyer la prise de décision.	6	7	0	0	0	1
5. La direction était préparée et impliquée.	8	5	0	0	0	1
6. Les membres du conseil étaient préparés.	4	9	0	0	0	1
7. Les membres du conseil ont participé aux discussions.	10	4	0	0	0	0
8. Le conseil était axé sur les questions de stratégie et de politique.	6	6	0	0	0	1
9. Les discussions étaient pertinentes.	9	5	0	0	0	0
10. La prise de décisions était guidée par les valeurs et des données probantes.	8	5	1	0	0	0
11. Les suivis identifiés étaient clairs.	7	6	0	0	0	1
12. Les discussions/divergences d'opinions ont été gérées de façon efficace.	7	6	1	0	0	0
13. Les conflits d'intérêts ont été identifiés et gérés.	9	5	0	0	0	0
14. Les sujets identifiés à la réunion publique étaient-ils appropriés?	8	6	0	0	0	0
<p>Commentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Très satisfaits de la réunion à huis clos un peu serrée à la fin, mais tout de même, nous avons atteint nos objectifs.</li> <li>• Good participation.</li> <li>• J'ai beaucoup apprécié la modification des rencontres. Bel échange entre le groupe.</li> <li>• Les petits hôpitaux sont en crise! Le manque de médecins et infirmières devrait être adressé de façon agressive – offrir des conditions pour que ce soit différent pour un jeune médecin ou infirmière.</li> <li>• Très bonne réunion – temps pour la discussion est grandement appréciée. L'absentéisme d'un membre doit être adressé (intérêt culture ??). Nous avons un code de conduite pour les membres.</li> <li>• Très bonne discussion. Bel échange.</li> <li>• Bonne discussion au niveau des services dans nos milieux ruraux versus urbains – à continuer j'espère.</li> <li>• Difficile pour certains membres de ne pas prêcher pour leur paroisse.</li> </ul>						

Questions Réunion publique – 17 avril 2018	Résultats					
	5	4	3	2	1	S/A
Nombre de répondants : 13						
1. Les documents ont été fournis suffisamment à l'avance pour se préparer aux réunions.	9	5	0	0	0	0
2. La durée de temps était appropriée pour chaque sujet à l'ordre du jour.	6	6	1	0	0	0
3. La mise à jour et le rapport du P.-D.G. étaient pertinents.	9	5	0	0	0	0
4. La documentation permettait de comprendre les enjeux et d'appuyer la prise de décision.	9	5	0	0	0	0
5. La direction était préparée et impliquée.	9	5	0	0	0	0
6. Les membres du conseil étaient préparés.	7	7	0	0	0	0
7. Les membres du conseil ont participé aux discussions.	7	7	0	0	0	0
8. Le conseil était axé sur les questions de stratégie et de politique.	5	7	0	0	0	1
9. Les discussions étaient pertinentes.	7	7	0	0	0	0
10. La prise de décisions était guidée par les valeurs et des données probantes.	8	6	0	0	0	0
11. Les suivis identifiés étaient clairs.	7	6	0	0	0	0
12. Les discussions/divergences d'opinions ont été gérées de façon efficace.	7	6	0	0	0	1
13. Les conflits d'intérêts ont été identifiés et gérés.	8	4	0	0	0	2
14. Les sujets identifiés à la réunion publique étaient-ils appropriés?	6	8	0	0	0	0
<p>Commentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évocation d'un problème de recrutement médical discuté à huis clos, mais mentionné publiquement par un membre.</li> <li>• Lecture – je trouve cela trop long. Ainsi que le sommaire. Fin de la journée – fatigue.</li> <li>• Très intéressant! Bravo à Claire et Sonia pour leurs articles. Projet pilote sur la clinique d'anticoagulothérapie – Wow!</li> <li>• Belles interventions des membres du conseil d'administration.</li> <li>• Bris de la confidentialité du huis clos par deux membres.</li> <li>• Dommage qu'il y ait si peu de public.</li> </ul> <p>Discussions futures :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bonne réunion en général, un peu longue toutefois, mais les sujets étaient tous intéressants et dans ce cas j'ai quand même aimé l'ensemble de la réunion.</li> <li>• Présentation sur les équipements dont que la durée de vie arrive à la fin (Équipement, quasi désuet).</li> <li>• Mettre les affaires de la Régie avant les lectures et expériences patient à l'ordre du jour.</li> <li>• Propose discussion sur un défi qui semble être partagé chez plusieurs; le recrutement de la main-d'œuvre – plan des RH.</li> </ul>						

**Note couverture**

Comité de gouvernance et de mise en candidature  
Date : le 11 juin 2018

**Objet : Diverses définitions**

Lors de la dernière réunion du Conseil d'administration, des questions ont été soulevées sur l'interprétation de certaines définitions. Vous trouverez ci-dessous les définitions des termes suivants pour information et discussion.

**Huis clos** : une séance du conseil ou une partie de réunion à huis clos (en anglais **in camera session**) signifie « à porte fermées ». Elle est tenue sans la présence du public, afin de permettre aux administrateurs de discuter sans aucune contrainte de questions confidentielles et en toute liberté.

Une séance ou une réunion à huis clos ne devrait porter que sur des sujets confidentiels.

Le public et les médias ne sont pas admis aux séances à huis clos et il n'y a aucune diffusion des délibérations.

Une partie de la réunion sans la présence du PDG peut être tenue à huis clos avec tous les membres votants et non votants du conseil.

**Séance de travail et de formation** : Rencontres entre les membres pour des situations particulières ou pour de la formation continue sur des sujets particuliers en lien avec les responsabilités de gouvernance.

Une séance de travail ou de formation ne requière pas la tenue d'un procès-verbal.

Soumis le 1<sup>er</sup> mai 2018 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité et Services généraux

## Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature  
Date : le 11 juin 2018

Objet : **Nomination des dirigeants, des présidents et des membres des comités**

À titre de rappel, vous trouverez ci-après les critères à utiliser pour déterminer la sélection des dirigeants, des présidents et des membres des comités du conseil.

Critères de sélection des membres des comités :

- 1<sup>er</sup> choix des membres
- Continuité dans les comités
- Tous les membres siègent sur au moins un comité
- 2<sup>ième</sup> ou 3<sup>ième</sup> choix des membres pour combler les sièges
- Combinaison d'expérience et compétences
- Répartition équitable sur le territoire s'il y a lieu
- Répartition selon membre élu vs nommé si requis

Soumis le 1<sup>er</sup> juin 2018 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité et Services généraux

## Renouvellement des membres et présidences des comités – 2018-2019

Membre	1 <sup>er</sup> choix	2 <sup>ième</sup> choix	3 <sup>ième</sup> choix	Commentaires
Comité exécutif				Présidente du CA (Michelyne Paulin) et les 4 présidents des comités
Comité de gouvernance et de mise en candidature (3 membres)	Lucille Auffrey Wes Knight Norma McGraw Gaitan Michaud Denis Pelletier Sonia Roy	Pauline Bourque Gabriel Godin Brenda Martin Jean-Marie Nadeau Claire Savoie Anne Soucie	Rita Godbout	<b>Intérêt à présider le comité pour 18-19 :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lucille Auffrey</li> <li>Pauline Bourque</li> <li>Norma McGraw</li> <li>Anne Soucie</li> </ul>
Comité des finances et de vérification (4 membres)	Rita Godbout Emeril Haché Brenda Martin	Wes Knight Norma McGraw	Gabriel Godin Denis Pelletier Claire Savoie Anne Soucie	<b>Intérêt à présider le comité pour 18-19 :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rita Godbout</li> <li>Emeril Haché</li> <li>Anne Soucie</li> </ul>
Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité (3 membres)	Claire Savoie Anne Soucie	Lucille Auffrey Rita Godbout Emeril Haché Sonia Roy	Pauline Bourque Wes Knight Brenda Martin Norma McGraw Gaitan Michaud Jean-Marie Nadeau	<b>Intérêt à présider le comité pour 18-19 :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Claire Savoie</li> <li>Anne Soucie</li> </ul>
Comité stratégique de la recherche et de la formation (4 membres)	Pauline Bourque Gabriel Godin Jean-Marie Nadeau	Gaitan Michaud Denis Pelletier	Lucille Auffrey Emeril Haché	<b>Intérêt à présider le comité pour 18-19 :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pauline Bourque</li> <li>Anne Soucie</li> </ul>
Michelyne Paulin, Présidente du CA				Membre d'office avec droit de vote
Lanteigne, Gilles PDG et Secrétaire du CA				Membre d'office sans droit de vote
LEBLANC, Dre Nicole Médecin-chef régionale				Siège au Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité comme membre non votant
LÉVESQUE, Janie Présidente du CPC				Siège au Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité comme membre non votant

Légende :  Présidents des comités en 17-18  
 Membres des comités en 17-18

## Intérêts pour le poste de Vice-président pour 18-19

- Lucille Auffrey
- Gabriel Godin
- Norma McGraw
- Claire Savoie

**Le Trésorier devient automatiquement Président du Comité des finances et de vérification**

Légende :  Présidents des comités en 17-18  
 Membres des comités en 17-18

## Conseil d'administration Plan pour les nominations 2018-2019

<b>CA – 140 Président</b> ( <i>nommé par ministre de la Santé</i> ) ( <i>Est membre ex-officio votant sur tous les comités</i> )	Michelyne Paulin (depuis 2016)
<b>CA – 150 Vice-président</b> ( <i>à nommer annuellement</i> ) ( <i>Mandat d'un an renouvelable une seule fois</i> )	.
<b>CA – 160 Trésorier</b> ( <i>à nommer annuellement</i> ) ( <i>Mandat d'un an renouvelable une seule fois</i> )	.
<b>CA – 170 Secrétaire</b> ( <i>Le secrétaire du Conseil est le président-directeur général</i> )	Gilles Lanteigne
<b>CA – 310 Comité exécutif</b> <i>Traite des questions urgentes entre les rencontres du Conseil (au besoin)</i>	
Présidence:	Michelyne Paulin
Vice-président :	.
Trésorier :	.
Trois autres membres votants du Conseil :	. . . . .
<i>Cadre responsable du Comité exécutif</i>	<i>Gilles Lanteigne, PDG</i>
<b>CA – 320 Comité de gouvernance et de mise en candidature</b> <i>Traite des nominations, de l'orientation, de la formation, des règlements, des politiques et de la gouvernance (au moins 4 rencontres par année)</i>	
Trois membres votant du Conseil, dont l'un assume la présidence du comité	. (Président) . . . .
<i>Cadre responsable du Comité de gouvernance...</i>	<i>Gisèle Beaulieu, VP</i>
<b>CA – 330 Comité des finances et de vérification</b> <i>Traite des questions financières, des budgets opérationnels, d'équipements et d'infrastructures, des résultats financiers et de la vérification (au moins 4 fois par an)</i>	
Trésorier (à la présidence) :	.
Quatre membres du Conseil ayant droit de vote (y compris le Trésorier)	. . . . .
<i>Cadre responsable - Comité des finances et vérification</i>	<i>Gisèle Beaulieu, VP</i>

## Conseil d'administration Plan pour les nominations 2018-2019

<b>CA – 350 Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité</b>	
<i>Traite de la gestion des risques, de la qualité, de la sécurité, de l'éthique et de la prévention des infections, etc. (au moins 4 fois par année)</i>	
Médecin-chef régionale :	Dre Nicole Leblanc
Présidente du CPC :	Janie Levesque
Trois membres du Conseil ayant droit de vote, dont l'un assume la présidence du comité	. (Président) . .
<i>Cadre responsable du Comité de gestion des risques...</i>	<i>Gisèle Beaulieu, VP</i>
<b>CA – 395 Comité stratégique de la recherche et de la formation</b>	
<i>Traite de l'encadrement et du positionnement stratégique des activités de recherche et d'enseignement (au moins 4 fois par an)</i>	
Quatre membres du conseil ayant droit de vote, dont l'un assume la présidence du comité	. (Président) . . .
<i>Cadre responsable du Comité de la recherche....</i>	<i>Dre France Desrosiers, VP</i>
<b>Comité ad hoc du Conseil sur l'offre de services des hôpitaux et établissements communautaires</b>	
<i>Traite de l'offre de services des hôpitaux et établissements communautaires (au moins 3 fois par an)</i>	
Au moins trois membres du Conseil ayant droit de vote, dont l'un assume la présidence du comité	. (Président) . .
<i>Cadre responsable du Comité ad hoc</i>	<i>Johanne Roy, VP</i>

**Note couverture**

Comité de gouvernance et de mise en candidature  
Date : le 11 juin 2018

**Objet : Comité ad hoc du Conseil d'administration pour l'offre de services des hôpitaux et établissements communautaires**

Vous trouverez ci-joint le mandat du Comité pour discussion et approbation.

Proposé

Appuyé

Et résolu que la mise sur pied d'un Comité ad hoc du Conseil soit approuvé.

Adoption

Soumis le 1<sup>er</sup> mai 2018 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité et Services généraux

## Mandat

---

### Comité ad hoc du Conseil d'administration sur l'offre de service des hôpitaux et établissements communautaires

Le Comité ad hoc du Conseil sur l'offre de service des hôpitaux et établissements communautaires est responsable de fournir au Conseil d'administration des recommandations, conseils, de la rétroaction concernant les préoccupations et les enjeux du Réseau en lien avec l'offre de service des hôpitaux et des établissements communautaires.

#### **Responsabilités**

Attendu que :

- L'offre de services peut être différente d'un hôpital ou établissement communautaire à un autre (ex. : changement de vocation);
- La mission des hôpitaux et établissements communautaires sera défini en accord avec le plan stratégique et l'évaluation des besoins des communautés;
- Il existe une pénurie de ressources humaines dans certaines spécialités et l'offre de services sera menée avec un objectif et un plan de pérennité.

Le comité sera responsable de :

- Assurer que l'équipe de leadership revoit l'offre de service des hôpitaux et des établissements communautaires ;
- Aider l'équipe de leadership dans l'identification d'une stratégie de transformation et de modernisation de l'offre de service ;
- Aider l'équipe de leadership dans l'identification de stratégies d'engagement des communautés respectives;
- Soumettre des recommandations au Conseil d'administration et s'assure d'une collaboration avec le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité.

#### **Composition**

Le Comité est composé de trois membres votants du Conseil, dont l'un assumera la présidence du Comité.

- Membre du CA
- Membre du CA
- Membre du CA
- Membre du CA
- Michelyne Pauline,
- Gilles Lanteigne
- Johanne Roy
- Stéphane Legacy
- D'autres membres invités au besoin

### **Obligation de rendre compte**

- Rend compte des activités et de la mise en œuvre du plan d'action au Conseil d'administration et s'assure d'une collaboration avec le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité.

### **Fréquence des réunions**

- Le comité se réunit au moins trois fois par année et au besoin en tenant compte du calendrier préétabli des réunions du Conseil;
- Le comité fonctionne en respectant les lignes directrices sur les comités du Conseil (CA-300).

2018 05 01