

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Titre de la réunion :	Comité de gouvernance et de mise en candidature	Date et heure :	Le 11 juin 2021 à 08:30
But de la réunion :	Réunion régulière	Endroit :	Zoom
Présidente : Secrétaire de direction :	Lucille Auffrey Lucie Francoeur		

Participants**Membres**

Lucille Auffrey (présidente)	Michelyne Paulin	Monica Barley
Gaitan Michaud	Gisèle Beaulieu	Pauline Bourque
Dre France Desrosiers		

ORDRE DU JOUR

Heure	Sujets	Pages	Action
8 h 30	1. Ouverture de la réunion		Décision
8 h 31	2. Constatation de la régularité de la réunion		
8 h 32	3. Adoption de l'ordre du jour	1	Décision
8 h 33	4. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels		
8 h 35	5. Résolutions en bloc 5.1 Adoption des résolutions en bloc 5.2 Adoption du procès-verbal du 22 mars 2021 5.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 22 mars 2021 5.3.1 Horaire des réunions du Conseil d'administration 2021-2022 5.4 Plan de travail 2020-2021 5.5 Révision des politiques et procédures 5.6 Mandat du Comité professionnel consultatif 5.7 Nominations - Comité professionnel consultatif 5.8 Nomination du président du Comité professionnel consultatif 5.9 Nominations - Comité d'éthique de la recherche 5.10 Nomination du médecin-chef régionale 5.11 Nominations - Comités médicaux consultatifs locaux 5.12 Nominations - Comité médical consultatif 5.13 Nominations - Comité consultatif des patients et familles 5.14 Auto-évaluation, évaluation de la présidente du Conseil et des présidents des divers comités, évaluation par les pairs 5.15 Entente de responsabilité 5.16 Évaluation de la performance organisationnelle 5.17 Mise à jour des règlements administratifs 5.18 Création d'un groupe ad-hoc RH du Conseil d'administration 5.19 Manuel d'orientation du Conseil d'administration 5.20 Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration	2 - 5 6 7 - 9 10 - 11 12 - 150 151 - 157 158 159 160 161 162 - 163 164 165 166 167 - 183 184 185 - 246 247 248 - 273 274 - 278	Décision
8 h 40	6. Autres 6.1 Recrutement et nomination des dirigeants et présidents des comités du Conseil	279	Information
9 h 05	7. Date de la prochaine réunion : à confirmer		Information
9 h 06	8. Levée de la réunion		Décision

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Titre de la réunion :	Comité de gouvernance et de mise en candidature	Date et heure :	Le 22 mars 2021 à 09:00	
		Endroit :	Zoom	
But de la réunion :	Réunion régulière			
Présidente	Lucille Auffrey			
Secrétaire	Lucie Francoeur			
Participants				
Lucille Auffrey	✓	Michelyne Paulin	✓	Gaitan Michaud
Gisèle Beaulieu	✓	Monica L. Barley	✓	Pauline Bourque
Invités				
Dr Aurel Schofield	✓	Paulette S.-Rioux	✓	Justin Morris
PROCÈS-VERBAL				

1. Ouverture de la réunion

La réunion est ouverte par Gaitan Michaud à 09:00 qui préside la rencontre en remplacement de la présidente, Lucille Auffrey. Cette dernière en raison de problème de santé n'assistera pas à toute la réunion.

2. Constatation de la régularité de la réunion

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

3. Adoption de l'ordre du jour**MOTION 2021-03-22/ 01GMC**

Proposé par Lucille Auffrey

Appuyé par Pauline Bourque

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

Adopté à l'unanimité.

4. Déclaration de conflit d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt n'est déclaré.

5. Résolutions en bloc

5.1 Adoption des résolutions en bloc

5.2 Adoption du procès-verbal du 16 novembre 2020

5.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 16 novembre 2020

5.4 Plan de travail 2020-2021

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

5.6 Horaire des réunions du Conseil d'administration 2021-2022

5.7 Nomination d'un nouveau médecin-chef pour la zone Acadie-Bathurst

5.8 Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration

Le président demande aux membres si certains points des résolutions en bloc doivent être retirés ou si les résolutions en bloc sont adoptées telles que présentées. Le point ci-dessous est retiré des résolutions en bloc :

5.6 Horaire des réunions du Conseil d'administration 2021-2022

MOTION 2021-03-22 / 02GMC

Proposé par Lucille Auffrey

Appuyé par Monica L. Barley

Et résolu que les résolutions en bloc soient adoptées avec le retrait du point ci-dessous :

5.6 Horaire des réunions du Conseil d'administration 2021-2022

Adopté à l'unanimité.

5.6 Horaire des réunions du Conseil d'administration 2021-2022

Un membre commente que le nombre de réunions régulières du Conseil d'administration n'est pas suffisant. Durant les mois où il n'y a pas de réunions, il y a beaucoup de dossiers importants à traiter, puis des décisions sont prises d'où certains membres se sentent mis devant les faits accomplis. Les délais sont trop longs entre les réunions et certains membres ne se sentent pas engagés. Ceux-ci souhaitent être consultés davantage surtout en temps de pandémie. Bien souvent, les membres sont informés par les médias en même temps que le grand public.

Une cédule préliminaire a été préparée pour les réunions 2021-2022. Cette cédule prévoit quatre (4) réunions régulières incluant l'Assemblée générale annuelle, comme énoncé dans les règlements administratifs des Régions régionales de la santé.

En 2019-2020, l'horaire des rencontres a été réduit à quatre (4) réunions régulières. Les raisons étaient majoritairement basées sur la charge de travail et des activités préalables nécessaires pour développer le contenu des rencontres. En fait, la préparation d'une rencontre du Conseil d'administration nécessite une grande mobilisation interne. Le Conseil d'administration fonctionne selon un modèle de comité de travail. Donc, quatre (4) réunions permettait d'assurer une meilleure planification des réunions qui relèvent du Conseil, d'avoir un contenu plus étoffé tout en s'assurant de couvrir toute la matière. De plus, ceux-ci ont des plans de travail qui s'intègrent dans le cycle de planification.

Une analyse comparative avait été effectuée auprès de huit organismes œuvrant dans le domaine de la santé au N.-B. et ailleurs au Canada. Le résultat démontrait qu'aucun organisme du groupe de comparaison ne se rencontrait plus de quatre fois et même que trois organismes tenaient seulement trois rencontres par année.

Depuis quelque temps, certains membres manifestent le souhait de revenir à cinq rencontres régulières incluant l'Assemblée générale annuelle. Il semble y avoir une surcharge additionnelle de documents à lire avant les rencontres, depuis que nous avons réduit à quatre réunions. En ce qui a trait aux réunions virtuelles prévues en décembre 2021 et en mars 2022, les membres suggèrent fortement d'avoir ces réunions en face à face, afin de se sentir plus engagés. En plus qu'il y a souvent des obstacles techniques lors de réunions virtuelles.

MOTION 2021-03-22 / 03GMC

Proposé par Monica Barley

Appuyé par Pauline Bourque

Et résolu que l'horaire des réunions du Conseil d'administration pour l'année 2021-2022 soit modifié pour prévoir six rencontres régulières incluant l'Assemblée générale annuelle.

Adopté à la majorité

Abstention : 1

Plusieurs changements ont été apportés au fil des dernières années pour augmenter l'efficacité des rencontres et mieux utiliser le temps du Conseil et de ses comités, entre autres le développement de notes d'information ou de notes couverture, l'implantation des résolutions en bloc, le respect de sept jours portant sur l'accès à la documentation, l'évaluation des réunions du Conseil, afin de poursuivre les améliorations sur le fonctionnement des réunions, ainsi que la mise en œuvre d'un programme d'orientation et de formation pour les nouveaux membres. Nous poursuivrons nos efforts, afin que les membres du Conseil d'administration se sentent bien intégrés et comprennent mieux leur rôle de gouvernance versus la gestion interne.

Un membre du Conseil d'administration félicite l'Équipe de leadership pour tous les efforts déployés en vue d'améliorer la situation.

Nous rappelons que la cédule préliminaire n'empêche pas la convocation de réunions extraordinaires en cas d'urgence.

Un membre suggère d'effectuer un sondage auprès de tous les membres du Conseil d'administration quant à l'horaire des réunions du Conseil pour l'année 2021-2022 dans le but de voir si le nombre de réunions est suffisant. Les membres sont d'accord d'apporter le sujet à la prochaine réunion du Conseil d'administration prévue le 13 avril 2021.

Après discussion entourant la motion proposée, le proposant demande de la retirer avec l'accord du coproposant.

Annulation de la principale résolution

Proposé par Monica Barley

Appuyé par Pauline Bourque

Et résolu d'annuler la motion 2021-03-22 / 03GMC qui stipule que l'horaire des réunions du Conseil d'administration pour l'année 2021-2022 soit modifié pour prévoir six rencontres régulières incluant l'Assemblée générale annuelle.

Adopté à l'unanimité

MOTION 2021-03-22 / 04GMC

Proposé par Monica Barley

Appuyé par Pauline Bourque

Et résolu qu'un sondage soit effectué auprès de tous les membres du Conseil d'administration dans le but de savoir si l'horaire des réunions du Conseil d'administration 2021-2022, qui prévoit quatre rencontres régulières incluant l'Assemblée générale annuelle, est approprié.

Adopté à l'unanimité

Madame Gisèle Beaulieu ressortira les meilleures pratiques au niveau de la gouvernance pour discussion et échanges à la prochaine réunion du Conseil d'administration.

6. Autres

6.1 Évaluation de la performance organisationnelle

Invités : Claude Francoeur, Lara Feldman, Mary George, Ernst & Young LLP

Le processus d'appel d'offres pour l'embauche d'une firme de consultants pour effectuer une évaluation de la performance organisationnelle a été finalisé. Le contrat a été octroyé à la firme Ernst & Young du Nouveau-Brunswick qui a démontré une grande expérience et expertise dans le domaine. Elle s'assurera que Vitalité a une bonne compréhension de sa performance organisationnelle actuelle, afin d'être mieux préparé à répondre aux changements du Plan provincial de la santé et du mandat.

L'équipe de la firme Ernst & Young se présente à tour de rôle. Par le biais d'une présentation électronique, les consultants commentent la portée du mandat et la méthodologie utilisée, entre autres le Quadruple Aim.

Buts :

- Fournir au Réseau de santé Vitalité un rapport complet d'évaluation des performances, mettant en évidence les performances actuelles des services cliniques et de la structure organisationnelle de Vitalité, ainsi qu'une analyse de l'évolution depuis 2008.
- Créer des opportunités qui s'appuient sur les bases solides de Vitalité, en envisageant des services qui peuvent être offerts en dehors du modèle traditionnel de prestation de services par l'hôpital et les meilleures pratiques innovantes qu'ils peuvent adopter.
- S'assurer que les communautés desservies par Vitalité, et ses employés, comprennent les forces motrices de cette révision, afin d'éviter les inquiétudes liées à la réduction des coûts ou des services.

Les différentes analyses commenceront dès que les données quantitatives seront reçues. Plusieurs consultations/entrevues sont prévues d'ici les prochaines semaines. D'ailleurs, des rencontres sont déjà planifiées.

Une discussion s'ensuit concernant l'offre active qui est un important élément. Le Réseau de santé Vitalité est une organisation francophone qui gère un ensemble d'établissements et de programmes francophones et bilingues. Le service est offert au public dans la langue de son choix.

Il est suggéré de fixer une réunion extraordinaire du Comité de direction du Conseil d'administration au mi-projet pour examiner l'évolution du travail.

Les consultants de la firme Ernst & Young sont remerciés pour leur présentation et nous leur souhaitons un bon cheminement avec le Réseau de santé Vitalité.

7. Date de la prochaine réunion : le 7 juin 2021 à 09:00.

8. Levée de la réunion

La levée de la réunion est proposée par Monica L. Barley à 10:45.

Gaitan Michaud en remplacement de Lucille Auffrey
Président du comité

Gisèle Beaulieu
V.-p. – Performance et Qualité

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature

Date : le 11 juin 2021

Objet : **Suivis du procès-verbal du 22 mars 2021**

Le suivi au procès-verbal de la dernière rencontre du 22 mars 2021 est indiqué à l'ordre du jour de la rencontre soit l'horaire des réunions du Conseil d'administration 2021-2022.

Soumis le 28 mai 2021 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

Note couverture

Réunion du Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 11 juin 2021

Objet : Horaire des réunions du Conseil d'administration 2021-2022

Lors de la dernière réunion du Conseil d'administration le 13 avril dernier, des discussions ont eu lieu sur les résultats du sondage en lien avec le nombre de réunions du Conseil. Certains membres identifient un manque de temps pour traiter certains sujets lors des réunions alors que d'autres trouvent qu'il n'y a pas suffisamment de réunions régulières du Conseil d'administration malgré les travaux des comités statutaires. Des discussions ont suivi sur l'identification des besoins des membres et ce qui semble s'être dégagé est surtout le manque d'information ponctuelle et d'actualité sur certains enjeux avant que ceux-ci sortent publiquement.

Compte tenu du renouvellement des membres du Conseil d'administration qui aura lieu en juin, le Comité de gouvernance et de mise en candidature a été mandaté de rediscuter du dossier afin de statuer sur le sujet.

Soumis le 4 juin 2021 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité



Horaire des réunions du Conseil d'administration 2021-2022

Dates et lieux	Séance d'information (au besoin)	Réunions à huis clos	Réunion publique
4 et 5 octobre 2021 Zone Beauséjour	4 octobre 2021 15 h à 17 h	5 octobre 2021 10 h à 11 h	5 octobre 2021 13 h à 16 h
6 et 7 décembre 2021 Zone Nord-Ouest Virtuel	6 décembre 2021 15 h à 17 h	7 décembre 2021 10 h à 11 h	7 décembre 2021 13 h à 16 h
14 et 15 mars 2022 Zone Restigouche Virtuel	14 mars 2022 15 h à 17 h	15 mars 2022 10 h à 11 h	15 mars 2022 13 h à 16 h
20 et 21 juin 2022 (Assemblée générale annuelle) Zone Acadie-Bathurst	20 juin 2022 15 h à 17 h	21 juin 2022 10 h à 11 h	21 juin 2022 13 h à 16 h

Proposé au Conseil d'administration le _____

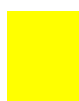
2021 - 2022

Légende :

Conseil d'administration



Comité de gouvernance et de mise en candidature



Comité des finances et de vérification et



Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

Comité stratégique de la recherche et de la formation



Juillet

D	L	M	M	J	V	S
				<u>1</u>	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

Août

D	L	M	M	J	V	S
1	<u>2</u>	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Septembre

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	<u>6</u>	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

Octobre

D	L	M	M	J	V	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	<u>11</u>	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

Novembre

D	L	M	M	J	V	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	<u>11</u>	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

Décembre

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	<u>6</u>	<u>7</u>	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	<u>27</u>	<u>28</u>	29	30	31

Janvier

D	L	M	M	J	V	S
					1	
2	<u>3</u>	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

Février

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	<u>21</u>	22	23	24
25	26	27	28			

Mars

D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	<u>14</u>	<u>15</u>	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

Avril

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	<u>15</u>	16
17	<u>18</u>	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

Mai

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	<u>23</u>	24	25	26	27	28
29	30	31				

Juin

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	<u>20</u>	<u>21</u>	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

Note couverture

Réunion du Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 11 juin 2021

Objet : Plan de travail 2020-2021

À titre d'information, le plan de travail 2020-2021 est présenté chaque réunion, afin de suivre l'évolution des activités.

Soumis le 10 mai 2021 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

PLAN DE TRAVAIL 2020-2021

Comité de gouvernance et de mise en candidature

Date de la réunion	Activités
Septembre 2020	<ul style="list-style-type: none">• Recommande des séances de formation à l'intention du Conseil d'administration• Soumet la sélection des membres pour le remplacement de postes devenus vacants avant la fin de leur mandat pour les membres de tous les comités du conseil, le CPC et le CMC• Évaluation du fonctionnement des réunions du CA• Fournir des conseils sur la planification de la retraite du Conseil et de la révision annuelle du plan stratégique• Suivi du plan de travail sur les normes de Gouvernance en prévision de la visite d'Agrément.
Novembre 2020	<ul style="list-style-type: none">• Soumet la sélection des membres pour le remplacement de postes devenus vacants avant la fin de leur mandat pour les membres de tous les comités du conseil, le CPC et le CMC• Évaluation du fonctionnement des réunions du CA• Suivi du plan de travail sur les normes de Gouvernance en prévision de la visite d'Agrément.
Mars 2021	<ul style="list-style-type: none">• Soumet la sélection des membres pour le remplacement de postes devenus vacants avant la fin de leur mandat pour les membres de tous les comités du conseil, le CPC et le CMC• Évaluation de la performance du PDG, médecin-chef et présidente du CPC• Conduite du sondage d'évaluation du Conseil et des membres. Révision des résultats• Évaluation du fonctionnement des réunions du CA• Suivi du plan de travail sur les normes de Gouvernance en prévision de la visite d'Agrément.
Juin 2021	<ul style="list-style-type: none">• Révision du plan de travail et calendrier de réunions du Conseil d'administration• Approbation des mandats et des plans de travail des comités• Révision et approbation en bloc des politiques et procédures du Conseil d'administration• Recrutement et nomination des dirigeants et présidents des comités du Conseil• Soumet la sélection pour la mise en candidature pour les postes de vice-président et de trésorier, les membres de tous les comités du conseil ainsi que pour les postes au sein du CPC et du CMC• Évaluation du fonctionnement des réunions du CA• Participation à la visite d'Agrément

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature

Date : le 11 juin 2021

Objet : Révision des politiques et procédures

Les révisions des politiques et procédures du Conseil d'administration sont soumises pour approbation :

1. Raison d'être du Réseau de santé Vitalité (CA-100)
2. Image de marque, 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 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 – confidentialité (CA-250)
21. Documentation numérisée (CA-255)
22. Dénonciation d'irrégularités (CA-260)
23. Limite d'autorisation de dépenses (CA-265)
24. Présence aux réunions du Conseil d'administration et des comités (CA-270)
25. Investissements (CA-275)
26. Comités du Conseil d'administration (CA-300)
27. Comité exécutif (CA-310)
28. Comité de gouvernance et de mise en candidature (CA-320)
29. Comité des finances et de vérification (CA-330)
30. Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients (CA-350)
31. Mandat du Comité consultatif des patients et des familles (CA-360)
32. Comité stratégique de la recherche et de la formation (CA-395)
33. Évaluation du rendement et du développement du président-directeur général (CA-400)
34. Cadre d'évaluation (CA-410)
35. Processus d'évaluation 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 2 juin 2021 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	RAISON D'ÊTRE DU RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ		N° : CA-100
Section :	Gouvernance générale	Date d'entrée en vigueur :	2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2020-06-23
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le :	2021-06-22
Établissement(s)/ programme(s) :			

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) 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., 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 soient fournis par ses employés et son personnel ou au moyen d'ententes avec le gouvernement ou avec d'autres personnes conformément aux normes provinciales, aux paramètres établis, aux directives et aux lignes directrices ainsi qu'aux objectifs de rendement fixés par le ministre pour ces services.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	IMAGE DE MARQUE, VISION, MISSION ET VALEURS		N° : CA-110
Section :	Gouvernance générale	Date d'entrée en vigueur :	2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2020-06-23
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le :	2021-06-22
Établissement(s)/programme(s) :			

Image de marque

Le Réseau a la particularité d'être une régie ayant une gouvernance francophone qui doit servir la population dans les deux langues officielles. Il a choisi de faire ressortir cette spécificité en adoptant l'image de marque suivante :



Vision

Ensemble, vers une population en santé

Le Nouveau-Brunswick vit des défis importants et il a une population globalement moins en santé qu'ailleurs au Canada. Afin de réaliser sa vision, le Réseau doit aider la population à mieux prendre en charge sa santé.

Le Réseau s'engage à investir davantage en prévention de la maladie et en promotion de la santé, à mieux outiller les gens et à travailler en collaboration avec ses partenaires.

Mission

Améliorer la santé de la population

Nous **offrons livrons** des soins et des services de santé de qualité qui répondent aux besoins de la population grâce à l'engagement, à la recherche et à l'évaluation.

Valeurs

Les valeurs imprègnent la culture organisationnelle. Elles encadrent et guident les comportements et les pratiques quotidiennes du personnel, du corps médical et des bénévoles. Le Réseau a adopté les valeurs suivantes :

Respect

Nous protégeons la dignité des gens. Nous faisons preuve d'ouverture et d'écoute et favorisons le dialogue.

Compassion

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

Intégrité

Nous sommes honnêtes et dignes de confiance et protégeons 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.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	CONSEIL D'ADMINISTRATION ET RÉGIME DE GOUVERNANCE		N° : CA-120
Section :	Gouvernance générale	Date d'entrée en vigueur :	2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2020-06-23
Approbateur:	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le :	2021-06-22
Établissement(s)/programme(s) :			

POLITIQUE

Dispositions générales

Le Conseil d'administration (le « Conseil ») est responsable de la gouvernance 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 une bonne et saine gouvernance de l'organisation.

Cette politique présente 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 nommés en vertu de la *Loi sur les régies régionales de la santé* occupent leur poste au gré du ministre pour un mandat renouvelable de quatre ans, sauf dans des circonstances extraordinaires décrétées par le gouvernement.
2. Les membres élus au Conseil acceptent leurs fonctions en prêtant serment au moyen de la formule que leur fournit le ministre à la première réunion du Conseil après les élections. Ils demeurent en fonction jusqu'au jour où un successeur prête serment.

Politique / Procédure N°: CA-120

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-135) 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 président du Conseil parmi les membres du Conseil ayant droit de vote.
2. 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.
3. 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 s'ingérer et interférer dans 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 en conformité avec les lois et règlements applicables ainsi que les règlements administratifs et les politiques du Réseau.
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. 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 de gouvernance et de mise en candidature; 4) Comité de la qualité des soins et la sécurité des patients; 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. Les comités du Conseil se rencontrent quelques semaines avant les rencontres régulières du Conseil.
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 suggérer des points à insérer à l'ordre du jour avant que celui-ci soit distribué aux membres. Par la suite, un travail doit se faire avec le président du Conseil ou du comité pour évaluer de façon globale le sujet en lien avec la mission, le mandat et les priorités stratégiques et en déterminer la pertinence. À moins d'une acceptation de tous les membres du Conseil ou du comité, aucun sujet ne peut être ajouté à l'ordre du jour au moment même de la réunion.

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 financière; le nombre inclut l'assemblée annuelle.
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.

Le « code Morin » est utilisé en tant que guide d'assemblée délibérante. Les questions soulevées aux réunions du Conseil et de ses comités sont tranchées à la majorité des voix exprimées par les membres présents ayant droit de vote.

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 :
 - a) comprendre des renseignements spécifiques sur un individu identifiable;
 - b) comprendre des renseignements sur les questions relatives à la gestion des risques ou aux soins des patients;
 - c) porter préjudice aux mesures de sécurité mises en place par le Réseau;
 - d) compromettre l'efficacité avec laquelle le Réseau exerce 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.

Politique / Procédure N°: CA-120

- 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 fonctionnement 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 fonctionnement du Conseil, de ses comités et de ses membres comportant également la possibilité d'identifier les moyens d'améliorer leur 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.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	CODE DE CONDUITE ET DE MORALE À L'INTENTION DES MEMBRES	N° : CA-135
Section :	Gouvernance générale	Date d'entrée en vigueur : 2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2020-06-23
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le : 2021-06-22
Établissement(s)/programme(s) :		

BUTS

Le code de conduite et **de** 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 **de** 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 de morale à chacune des sections et à chaque décision prise.

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



Code de conduite et morale

des membres du Conseil d'administration

Adopté par le Conseil d'administration le 26 juin 2018

PRÉAMBULE

Mandat

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

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 des services qu'il offre, 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 pour conserver la confiance du public et préserver son intégrité aux yeux du public. L'organisation évolue dans un milieu changeant et la population servie 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, et développer et entretenir de relations solides avec les partenaires du Réseau et les autres intervenants. C'est grâce à la qualité et à l'intégrité des personnes qui font partie du Réseau qu'il a été, et continuera d'être possible, d'offrir des soins de grande qualité.

L'organisation évolue dans un milieu 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 gagnons la confiance de nos patients, nos clients, nos partenaires et nos 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 qui en découlent. Les membres du Conseil doivent favoriser le respect de ces principes en adoptant une conduite exemplaire. Préservons nos valeurs en appliquant le *Code de conduite et morale* dans chacune de nos actions et chacune de nos décisions.

TABLE DES MATIÈRES

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	4
1.1 Objet	4
1.2 Champ d'application	4
1.3 Adoption, révision et interprétation	4
2. PRINCIPES D'ÉTHIQUE	5
2.1 Mission, valeurs et principes généraux du réseau	5
2.2 Respect du droit et des lois applicables	5
2.3 Honnêteté, loyauté et intégrité	5
2.4 Compétence, prudence, diligence, efficacité et assiduité	6
2.5 Relations professionnelles	6
2.6 Conduite respectueuse et prise de décisions éclairées	6
3. RÈGLES DE DÉONTOLOGIE	7
3.1 Discrétion et confidentialité	7
3.2 Solidarité d'entreprise	8
3.3 Conflits d'intérêts	8
3.4 Utilisation des biens et des ressources du réseau à des fins personnelles	10
3.5 Cadeaux, marques d'hospitalité et autres avantages	11
3.6 Prestation de services de conseil et d'autres services	12
3.7 Considérations politiques et réserve	12
3.8 Communication avec les représentants des médias et le public	12
3.9 Obtention des conseils d'un avocat	13
4. MODALITÉS D'APPLICATION	13
4.1 Déclaration obligatoire	13
4.2 Déclaration d'intérêts et du statut du membre du conseil	13
4.3 Défaut de se conformer et sanctions	14
4.4 Divulgateion et rapport	15
4.5 Appel, suspension et décision sur l'appel	16
4.6 Cessation des fonctions	17

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 relativement aux questions suivantes :

- la discrétion et la confidentialité;
- l'indépendance;
- les conflits d'intérêts;
- l'utilisation des biens et des ressources du Réseau à des fins personnelles;
- les cadeaux, les marques d'hospitalité et les autres avantages;
- la prestation de services de conseil 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 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 **de conduite et morale** sur la recommandation du Comité de gouvernance et de mise en candidature.

Dans l'exercice de leurs fonctions, les membres du Conseil d'administration, y compris les membres d'office, sont tenus de respecter les valeurs du Réseau, de même que les principes d'éthique et de bonne gouvernance, et de se conduire de manière à :

- Promouvoir le mandat, la mission, la vision et les valeurs du Réseau;
- Maintenir l'engagement du Réseau à l'égard de la prise de décisions éthiques;
- Maximiser leur contribution au sein du Réseau;
- Assurer l'intégrité et l'impartialité dans la prise de décision;
- Promouvoir la santé, la sécurité et le bien-être des clients et des employés;
- Assurer le respect des règlements administratifs, des politiques et des procédures du Réseau ainsi que préserver la confidentialité de l'information (orale et écrite), des documents et des rapports du Réseau;
- Veiller au respect des lois, des règles et des règlements et signaler tout manquement au code ou tout comportement illégal ou contraire à l'éthique;
- Présenter une image positive du Réseau; et
- Prendre en considération une approche ou une position globale du Réseau.

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

En cas de doute, le membre du Conseil doit agir dans 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'améliorer la santé de la population. Nous **offrons livrons** des soins et des services de santé de qualité qui répondent aux besoins de la population grâce à l'enseignement, à la recherche et à l'évaluation. Dans le cadre de son mandat, le membre du Conseil d'administration contribue à réaliser la mission du Réseau et s'engage à promouvoir les valeurs du Conseil d'administration et les valeurs organisationnelles.

Les valeurs du Conseil d'administration sont les suivantes :

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

Les valeurs organisationnelles sont les suivantes :

- 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 du Réseau;
- veiller à la sécurité des personnes et à la protection des ressources matérielles du Réseau;
- favoriser des comportements professionnels et intègres en toutes circonstances;
- 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 des règlements auxquels le Réseau 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 allant à l'encontre de la mission, de la vision et des intérêts du Réseau.

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 l'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 de remplir les mêmes obligations et de respecter les mêmes normes de diligence. Les membres qui cherchent à représenter un groupe, une région, une spécialisation ou une cause en particulier doivent agir dans l'intérêt de l'organisation, même si cela va à l'encontre des 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 ses connaissances à jour, avoir un jugement professionnel indépendant et impartial et contribuer aux délibérations au mieux de ses compétences pour être en mesure de servir les intérêts du Réseau et de ses clientèles, et ce, dans les meilleures circonstances possibles.

Le membre du Conseil a le devoir de prendre connaissance du présent code ainsi que des politiques, des directives et des règles établies par le Réseau, de s'y conformer et d'en promouvoir le respect. Il doit également se tenir au courant du contexte environnemental (économique, social et politique) dans lequel le Réseau 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 du Réseau, de ses enjeux et des risques qui y sont 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 du Réseau des relations fondées sur le respect dans un esprit de collaboration.

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 du Conseil doit être respectée par tous.

Les membres du Conseil et des comités doivent :

- Parler des intérêts de l'ensemble des membres et de la collectivité;
- Parler pour eux-mêmes plutôt qu'en tant que représentant d'un groupe;
- Exprimer des points de vue supplémentaires ou différents et inviter les autres à en faire autant;
- S'abstenir d'adopter une conduite en dehors des réunions du Conseil qui pourrait avoir pour effet de créer des factions et de limiter les discussions libres et ouvertes;
- Faire preuve d'équilibre dans leurs efforts pour comprendre les autres et 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 de ses fonctions et au respect, pendant son mandat, du caractère confidentiel de l'information reçue. Les délibérations et les décisions du Conseil d'administration, les positions défendues par les membres du Conseil et les votes de ces derniers sont confidentiels.

Le membre du Conseil ne peut pas utiliser l'information confidentielle à son profit personnel ou au profit d'autres personnes (physiques ou morales) ou d'un groupe d'intérêts.

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

- I. ne pas laisser les documents du Conseil d'administration à la vue d'un tiers ou d'un membre du personnel non concerné;
- II. ne pas télécharger sur de l'équipement utilisé à des fins personnelles et professionnelles l'information transmise dans le cadre de son mandat;
- III. prendre des mesures appropriées pour assurer la protection des documents;
- IV. éviter toute discussion pouvant révéler de l'information confidentielle;
- V. ne pas transmettre à une personne autre qu'un membre du Conseil d'administration un document du Conseil d'administration sans l'autorisation préalable du Réseau;

- 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 par le Conseil doivent être appuyées par tous les membres et que le Conseil s'exprime d'une seule voix. Les membres qui se sont abstenus de voter ou ont voté contre une résolution 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'interne et à l'externe, même si leur point de vue est minoritaire;
- s'abstenir de divulguer des divergences d'opinions au Conseil ou d'en discuter 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, qui leur fera part de ses commentaires sur les mesures prises.

3.3 CONFLITS D'INTÉRÊTS

Il est 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 leurs intérêts personnels et les obligations liées à la réalisation de leur 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 indépendamment 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 apparent¹ ou potentiel² ou d'une possibilité réelle, fondée sur des liens logiques, que l'intérêt personnel est préféré à l'intérêt du Réseau. Il n'est pas nécessaire que le membre ait réellement profité de sa charge pour servir ses intérêts ou qu'il ait agi à l'encontre des intérêts du Réseau. Le risque qu'un conflit d'intérêts se produise est suffisant, puisqu'il peut mettre la crédibilité

de l'organisation en doute. 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 lui, compromettent sa capacité de remplir ses fonctions au sein du Réseau 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 lui, puissent tirer profit, directement ou indirectement, d'un contrat conclu pour le Réseau ou influencer la prise de décision.

Le membre du Conseil qui a 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 se trouve le membre, ce dernier doit déterminer si son comportement respecte ce à quoi le Réseau 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 du Réseau;
- Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du Réseau;
- Avoir une réclamation litigieuse contre le Réseau;
- 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 une copie figure à l'annexe B du code, et aux obligations énoncées dans l'article B.10.0 des Règlements administratifs du Réseau.

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 examinée; ou
- À la première réunion qui se tient après l'apparition du conflit.

Sans limiter la portée générale de ce qui précède, tout membre doit :

- 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 ou une personne envers qui le membre a quelque obligation que ce soit;
- se conformer aux obligations de divulgation et de rapport énoncées dans le présent code lorsqu'il a des motifs raisonnables de croire que les intérêts d'un autre membre sont en conflit avec les intérêts du Réseau.

Un membre du Conseil qui a divulgué un conflit d'intérêts, dont l'existence a été confirmée, 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 la 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;
- doit quitter immédiatement la réunion, si elle est à huis clos, et ne pas y retourner avant que toute discussion et tout vote sur le sujet donnant lieu au conflit d'intérêts ne soient terminés;
- 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 DES BIENS ET DES RESSOURCES DU RÉSEAU À DES FINS PERSONNELLES

Le membre du Conseil ne doit pas confondre les biens et les ressources du Réseau avec les siens et ne doit pas les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers.

Les biens et les ressources du Réseau 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 du Réseau.

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

3.5 CADEAUX, MARQUES D'HOSPITALITÉ ET AUTRES AVANTAGES

Le Réseau 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 doit donc faire preuve de jugement pour éviter les situations de conflits.

Sous réserve de l'exception mentionnée dans le 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 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 de faveur ou de prix préférentiels d'un fournisseur existant ou éventuel du Réseau 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 du Réseau ou de toute autre personne et, dans tous les cas, sont d'usage et de valeur modeste. S'ils ne sont pas d'usage et de valeur modeste, le membre du Conseil doit immédiatement demander conseil au président du Conseil d'administration, qui lui indiquera la conduite à tenir.

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

- Dissuader les fournisseurs existants ou éventuels de lui offrir des cadeaux, des marques d'hospitalité et d'autres avantages;
- Informer les fournisseurs existants ou 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 demander conseil au président du Conseil d'administration en cas de doute.

S'il est impossible 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 conduite à tenir.

3.6 PRESTATION DE SERVICES DE CONSEIL ET D'AUTRES SERVICES

Le membre du Conseil ne doit pas offrir ni dispenser, sur une base contractuelle, des services de conseil ou d'autres services au Réseau, 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 du Réseau et de s'assurer d'agir dans l'intérêt du Réseau et de sa clientèle. 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 d'assurer la cohérence des messages diffusés par l'organisation. Le président du Conseil d'administration est le porte-parole 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, nommé 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 cette responsabilité. Lorsqu'elles sont ainsi autorisées, les représentations du membre du Conseil ou du comité doivent être conformes aux positions et aux politiques acceptées par le Conseil.

Le membre du Conseil est autorisé à faire des présentations devant d'autres groupes lors de séminaires publics, de conférences ou d'événements similaires. Lors de ces séminaires, de ces conférences et de ces autres événements, il doit préciser qu'il s'exprime à titre personnel et non au nom du Réseau. Ses remarques doivent être d'ordre général, et il doit éviter de faire des observations sur les activités du Réseau.

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

Les membres du Conseil sont également tenus d'éviter d'émettre des commentaires sur les médias sociaux au sujet des activités, des décisions et des positions du Réseau.

3.9 OBTENTION DES CONSEILS D'UN AVOCAT

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

4. MODALITÉS D'APPLICATION

4.1 DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Le membre 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 du Réseau doit, sous peine de révocation, le divulguer 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 l'absence du membre ou de son abstention dans les délibérations.

4.2 DÉCLARATION D'INTÉRÊTS ET DU STATUT DU MEMBRE DU CONSEIL

Lorsqu'un membre du Conseil entre en fonction au Réseau, il doit remplir le formulaire intitulé *Déclaration des membres du Conseil d'administration* et le remettre au président

du Conseil d'administration.

Dans ce formulaire, le membre doit :

- signer une déclaration officielle stipulant qu'il a lu et compris le code et qu'il s'y conformera;
- 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 avec 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 dans l'exercice de son mandat au Conseil d'administration;
 - les renseignements relatifs à la qualification de son statut autonome.

En début d'année financière, le président du Conseil d'administration demande aux membres du Conseil de valider l'exactitude des renseignements apparaissant dans le 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 réunion du Conseil d'administration tient lieu de déclaration écrite. L'information sera consignée dans le dossier de déclaration d'intérêts du membre du Conseil.

4.3 DÉFAUT DE SE CONFORMER ET SANCTIONS

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

Les membres doivent se conformer au code. Tout manquement à cet égard peut mener à la destitution du membre, selon les circonstances. Tout manquement sera traité de la façon appropriée compte tenu des circonstances.

4.4 DIVULGATION ET RAPPORT

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 signaler une infraction connue ou raisonnablement soupçonnée constitue en soi une infraction au 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 de l'infraction;
- 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 la dénonciation.

Pour les fins du rapport exigé en vertu du présent code, tout rapport doit être transmis 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 suivante:

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 mesures appropriées pour l'enquête et le suivi de tout rapport reçu et il veillera à ce que le 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 aux autorités compétentes.

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 ou de l'infraction alléguée. Sous réserve de toute divulgation nécessaire pour mener l'enquête et de 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 au cours d'une enquête demeureront confidentiels et seront rendus disponibles selon le principe d'accès sélectif.

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 :

- préparer 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 et :
 - adopte le rapport d'enquête en totalité ou en partie;
 - si une infraction a été commise, décide 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. 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 ET DÉCISION SUR 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 auprès des membres du Conseil à une réunion extraordinaire 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 trente (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 sur l'appel

- En cas d'appel, la majorité (ou un pourcentage supérieur précisé dans les règlements administratifs) des membres présents à l'assemblée extraordinaire 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 extraordinaire.

Calcul des délais

- Dans le présent code, à moins que le contexte n'indique le 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 du Réseau, 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 le Réseau 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 le Réseau est partie et à propos de laquelle il détient de l'information qui n'est pas du domaine public.

Les membres du Conseil d'administration du Réseau ne peuvent pas traiter, dans les circonstances qui sont prévues au paragraphe précédent, avec le membre du Conseil 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 des membres du Conseil d'administration 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

- Déclaration annuelle (Indiquez l'année civile en cours.)
- Mise à jour de la déclaration annuelle (Indiquez la date.)

1. Déclaration des intérêts

a. Organismes, entreprises, associations ou autres organisations pour lesquels vous agissez à titre de membre du conseil, de travailleur autonome, d'employé ou de bénévole

Inscrivez le nom et l'adresse des organismes, des entreprises, des associations 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 au Réseau.

- Ne s'applique pas*

Nom : _____

Adresse : _____

Fonction : _____

Date d'entrée en fonction : _____

Nature de l'intérêt : _____

Pour ajouter une déclaration, cliquez sur le signe + ci-contre qui apparaît 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 de membre du conseil 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, des services de conseil ou d'autres services et dans lesquelles vous détenez des intérêts importants en lien avec les responsabilités dévolues au Réseau.

- Ne s'applique pas*

Nom : _____

Adresse : _____

Champ d'activité : _____

Nature de l'intérêt : _____

Pour ajouter une déclaration, cliquez sur le signe + ci-contre qui apparaît 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, dans 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 au Réseau.

Ne s'applique pas*

Nom : _____

Adresse : _____

Champ d'activité : _____

Nature de l'intérêt : _____

Lien à préciser : _____

Pour ajouter une déclaration, cliquez sur le signe + ci-contre qui apparaît lors de la saisie.

c. Autre situation

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

Ne s'applique pas*

Nom : _____

Champ d'activité : _____

Nature de l'intérêt : _____

Lien à préciser : _____

Pour ajouter une déclaration, cliquez sur le signe + ci-contre qui apparaît lors de la saisie.

2. Déclaration du statut du membre du Conseil

Indiquez votre statut du membre du Conseil

Nommé(e) Élu(e)

	Oui	Non
Êtes-vous employé par le Réseau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous employé par le gouvernement ou un organisme gouvernemental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un membre de votre famille immédiate fait-il partie de la haute direction du Réseau?	<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 mieux de mes connaissances;
- déclare avoir pris connaissance du Code de conduite et morale des membres du Conseil d'administration du Réseau et en comprendre le sens et la portée. Dans cet esprit, je m'engage à remplir avec impartialité, honnêteté et indépendance, au mieux 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 d'administration

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

Titre :	FONCTIONS DU PRÉSIDENT		N° : CA-140
Section :	Orientation – Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur :	2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2020-06-23
Approbateur:	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le :	2021-06-22
Établissement(s)/programme(s) :			

POLITIQUE

Dispositions générales

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

Le président :

1. **Le rôle du président du Conseil est d'assurer la présidence** préside toutes les réunions du Conseil et **de gère gérer** les affaires du Conseil conformément aux lois et aux règlements en vigueur ainsi qu'aux politiques de gouvernance du Conseil; il doit notamment s'assurer que le Conseil est bien structuré, fonctionne efficacement et remplit ses obligations et responsabilités.
2. **Le président** remplit les obligations fiduciaires d'un administrateur.
3. **Le président du Conseil est également président du** préside le Comité exécutif.
4. **Le président du Conseil établit le lien clé entre le président-directeur général et le conseil pour renforcer l'intelligibilité et la compréhension mutuelle des rôles et des attentes du conseil et du personnel de gestion.** et il 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 remplit** 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 Relation 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. Le président dirige le Conseil d'administration qui, lui-même, a autorité sur le PDG.
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 harmonieuse et de confiance entre le Conseil et l'équipe de leadership.

Gestion du Conseil d'administration

Le président du Conseil a les responsabilités suivantes :

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

6. S'assure que les membres du Conseil agissent pour le bien du Réseau qu'ils administrent, et non en fonction des intérêts du groupe social ou professionnel dont ils sont issus.
7. Déterminer la fréquence des réunions du Conseil.
8. Aider le Comité de gouvernance et de mise en candidature à élaborer les critères de sélection des membres du Conseil et la liste des candidats éventuels à recommander au gouvernement aux fins de nomination et communiquer avec le gouvernement au sujet de ces critères. Il veille, avec l'apport du Comité de gouvernance et de mise en candidature, à ce que la provenance des membres du conseil soit suffisamment diversifiée, de façon que sa composition constitue une réelle valeur ajoutée.
9. Il s'emploie à créer un climat de confiance et de solidarité entre les membres. Au besoin, il rencontre individuellement ceux qui manifestent des positions divergentes ou dissidentes, afin de rétablir la cohésion au sein du Conseil.
10. Assurer la liaison et la communication avec tous les membres du Conseil et les présidences de comité pour coordonner la rétroaction des membres et maximiser l'efficacité du Conseil d'administration et de ses comités.
11. Apporter son aide et assurer la coordination de l'ordre du jour, des trousseaux d'information et des événements pertinents pour les réunions du Conseil, de concert avec le PDG et l'adjoint administratif du Conseil. Réviser les procès-verbaux et signer les ententes.
12. Veiller à ce que les membres du Conseil comprennent, examinent, surveillent et approuvent les principaux projets du Réseau en temps opportun.
13. Veiller à ce que le Conseil reçoive des mises à jour adéquates et régulières du PDG relativement à toutes les questions importantes pour le bien-être et l'avenir du Réseau.
14. Développer des consensus et favoriser le travail d'équipe au sein du Conseil.
15. Examiner les questions de conflits d'intérêts des membres du Conseil.
16. Veiller, en collaboration avec 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.
17. 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.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	FONCTIONS DU VICE-PRÉSIDENT		N° : CA-150
Section :	Orientation - Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur :	2021-06-22
Mandataire:	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2020-06-23
Approbateur:	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le :	2021-06-22
Établissement(s)/programme(s) :			

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.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	FONCTIONS DU TRÉSORIER		N° : CA-160
Section :	Orientation – Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur :	2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2020-06-23
Approbateur:	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le :	2021-06-22
Établissement(s)/programme(s) :			

POLITIQUE

Nomination, mandat et qualités requises

1. Le trésorier du Conseil est élu parmi les membres du Conseil ayant droit de vote lors de l'assemblée générale annuelle du Conseil et à la suite d'une recommandation du Comité de gouvernance et de mise en candidature.
2. Le trésorier doit avoir des connaissances en gestion financière.
3. La durée du mandat du trésorier est d'une année; le mandat peut être renouvelable.

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.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	FONCTIONS DU SECRÉTAIRE		N° : CA-170
Section :	Orientation - Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur :	2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2020-06-23
Approbateur:	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le :	2021-06-22
Établissement(s)/programme(s):			

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;

Politique / Procédure N° : CA-170

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

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	FONCTIONS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL	N° : CA-180
Section :	Orientation - Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur : 2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2020-06-23
Approbateur:	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le : 2021-06-22
Établissement(s)/programme(s):		

POLITIQUE

Dispositions générales

Le ministre nomme un **président**-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 »)** **réfère renvoie** au **président**-directeur général ou à son délégué.

Fonctions

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

1. responsable de la gestion de la RRS;
2. responsable de la sélection, de l'embauche, du contrôle, du perfectionnement, de l'orientation et du renvoi de tous les employés;
3. tenu d'assister à toutes les réunions du Conseil et de ses comités à moins d'en être exempté par le Conseil;
4. 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. 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* et de la *Loi hospitalière* et ses règlements, 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;
6. tenu de nommer un délégué à sa discrétion;
7. seul tenu de rendre compte au Conseil des questions **portant** sur la qualité et la sécurité **sujet à la** section B.13.5 des règlements administratifs **portant sur étant** les responsabilités du médecin-chef.

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 conduite et morale et aux lignes directrices en matière de conflits d'intérêts (CA-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.
17. S'assurer que la qualité, la sécurité et la gestion du risque sont des priorités pour l'organisation afin de garantir la prestation de soins de la plus haute qualité aux patients et aux clients du Réseau.
18. Créer un milieu de travail positif favorable à la créativité et à l'innovation qui encourage la communication responsable, ouverte, transparente et efficace et qui stimule la satisfaction des membres du personnel, des médecins et des bénévoles.
19. Assurer une présence visible et accessible à l'intérieur du Réseau de sorte à favoriser des relations solides avec tous les niveaux de gestion, les membres du personnel et les syndicats.
20. Établir des liens étroits avec les Fondations et organismes auxiliaires associés en participant activement aux activités de ceux-ci.
21. Appuyer l'intégration du système de santé et la création de liens solides avec la collectivité et d'autres partenaires des soins de santé dans le but d'améliorer l'état de santé des populations servies par le Réseau.
22. Établir et conserver une forte présence dans la collectivité en communiquant ouvertement et régulièrement avec la population et en participant avec enthousiasme à des activités communautaires.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	PLANIFICATION STRATÉGIQUE		N° : CA-190
Section :	Gouvernance générale	Date d'entrée en vigueur :	2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2020-06-23
Approbateur:	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le :	2021-06-22
Établissement(s)/programme(s):			

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 objectifs 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.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	CODE D'ÉTHIQUE	N° : CA-205
Section :	Orientation – Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur : 2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2020-06-23
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le : 2021-06-22
Établissement(s)/programme(s) :		

BUT

Définir les responsabilités des membres du Conseil d'administration (le « Conseil ») et du président-directeur général (le « PDG ») relativement au code d'éthique du Réseau de santé Vitalité (le « Réseau »).

POLITIQUE

1. Tous les membres du Conseil doivent recevoir une copie du code d'éthique du Réseau en début de mandat et subséquemment en cours de mandat lorsque le code d'éthique est révisé.
2. Les membres du Conseil doivent appuyer le [code d'éthique](#) du Réseau (RP-117B).
3. Le PDG doit 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.
4. Le PDG doit soumettre au Conseil des rapports périodiques faisant état de la situation de la question éthique au sein du Réseau, y compris des mesures correctrices, le cas échéant. Il doit également signaler au Conseil tout manquement au code d'éthique et les mesures prises en ce sens.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	ORIENTATION DES NOUVEAUX MEMBRES		N° : CA-210
Section :	Orientation – Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur :	2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2020-06-23
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le :	2021-06-22
Établissement(s)/programme(s) :			

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 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. 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.

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

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.

Tableau des activités de mentorat	Date accomplie
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 et le nouveau membre rencontrent 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. Le mentor ou le nouveau membre se partage des articles éducatifs en lien avec la gouvernance.	
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

Titre :	RÉMUNÉRATION DES MEMBRES		N° : CA-215
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur :	2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2020-06-23
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le :	2021-06-22
Établissement(s)/programme(s) :			

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 déplacement¹ 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 normaux d'une

¹ «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.

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.

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

Formulaire de réclamation		Vitalité - Dépenses et réclamations - conseil d'administration	
Nom: _____		Réseau de santé Vitalité	
Adresse _____			
postale _____			
II. DÉPENSES DE DÉPLACEMENT			
Raison du déplacement _____		IMPRIMEZ SI COMPLET ET VEUILLEZ ATTACHER TOUS LES REÇUS	

		Total	
A. Indemnité de kilométrage			
Déplacement	Date	De	A
1			0.41 \$
2			0.41 \$
3			0.41 \$
4			0.41 \$
B. Indemnité de repas			
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: _____	
C. Hébergement			
# de jours _____	Facture totale _____		\$
D. Location d'auto			
# de jours _____	Facture totale _____		\$
	(Si applicable)	Essence _____	
		\$	
E. Dépenses connexes			
Tarif: _____	5.00 \$	# de soir _____	
F. Autres dépenses de déplacement			
Description: _____		Facture totale _____	
_____		\$	
_____		\$	
_____		\$	
TOTAL DES DÉPENSES DE DÉPLACEMENT			TOTAL =>
II. DÉPENSES NON-RELIÉES AU DÉPLACEMENT			
Description: _____		Facture totale _____	
_____		\$	
_____		\$	
_____		\$	
TOTAL DES DÉPENSES NON-RELIÉES AU DÉPLACEMENT			TOTAL =>
III. DÉPENSES PER DIEM			
Demi-journée _____	250.00 \$	# jours _____	
Plaine journée _____	500.00 \$	# jours _____	
TOTAL DES DÉPENSES PER DIEM			TOTAL =>
TOTAL DES DÉPENSES RECLAMÉES			GRAND TOTAL =>
J'atteste que ces dépenses sont véridiques et ont été engagées par affaires pour l'hôpital seulement.			
Signature _____		Date: _____	
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'ADMINISTRATIONTaux 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

Titre :	LANGUES OFFICIELLES		N° : CA-220
Section :	Orientation - Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur :	2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2020-06-23
Approbateur:	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le :	2021-06-22
Établissement(s)/programme(s) :			

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 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 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 égale¹ au public dans les deux langues officielles reconnues par la province dans tous ses établissements et programmes², 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.
 - 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.

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.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	COMMUNICATIONS ET RELATIONS PUBLIQUES	N° : CA-225
Section :	Orientation – Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur : 2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2020-06-23
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le : 2021-06-22
Établissement(s)/programme(s) :		

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 totale de leurs commentaires à 10 minutes (5 minutes de présentation et 5 minutes de discussion).

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 et pourrait limiter la fréquence de participation d'une personne ou d'un groupe, surtout lorsqu'il s'agit d'un sujet ou d'une question qui a déjà fait l'objet de discussions et qu'il n'y a pas de nouveaux éléments.

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. Le Conseil 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.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	SUCCESSION DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL	N° : CA-235
Section :	Orientation – Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur : 2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2020-06-23
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le : 2021-06-22
Établissement(s)/programme(s) :		

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.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	GESTION DE LA QUALITÉ, DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ET DES RISQUES		N° : CA-240
Section :	Orientation - Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur :	2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2020-06-23
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le :	2021-06-22
Établissement(s)/programme(s) :			

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'assure de la mise en œuvre d'un plan intégré de gestion de la qualité et de la sécurité des patients intégrant une approche apprenante.
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 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.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL		N° : CA-241
Section :	Orientation - Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur :	2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2020-06-23
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le :	2021-06-22
Établissement(s)/programme(s) :			

BUTS

1. Assurer à tous les employés et bénévoles du Réseau de santé Vitalité un milieu de travail sain et sécuritaire et une qualité de vie positive au travail sont favorisés et appuyés.
2. Prévenir la violence en milieu de travail.
3. 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.
4. Assurer la prévention des maladies professionnelles.

POLITIQUE

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.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES		N° : CA-245
Section :	Orientation - Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur :	2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2020-06-23
Approbateur:	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le :	2021-06-22
Établissement(s) / programme(s) :			

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 à travers son Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients révise 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 secteur de la recherche dont la fonction principale est d'assurer un examen de l'éthique de la recherche au sein du Réseau.

Relevant du Conseil par l'entremise du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients, le Comité d'éthique de la recherche 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.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS (CONFIDENTIALITÉ)	N° : CA-250
Section :	Orientation – Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur : 2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2020-06-23
Approbateur:	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le : 2021-06-22
Établissement(s)/programme(s) :		

Cette politique est un complément aux politiques du Réseau de santé Vitalité (« Réseau ») en matière de protection de la vie privée et de confidentialité, au code de conduite et de morale à l'intention des membres du Conseil d'administration (« Conseil ») et aux règlements administratifs du Réseau.

BUTS

1. Le Conseil du 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, et ce, afin de maintenir la confiance envers le Réseau.
2. Cet engagement comprend l'assurance que l'encadrement relatif à la collecte, l'utilisation, et la communication et la destruction des renseignements confidentiels tient compte des lois en matière de vie privée et permet l'amélioration continue des pratiques de 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. Les membres du Conseil ont la responsabilité d'adopter des pratiques afin de prévenir des risques tels que l'accès non autorisé ou l'utilisation, la communication ou la destruction non autorisée de renseignements confidentiels.
 - 2.1 Les membres du Conseil doivent lire la présente politique et signer la Déclaration de confidentialité et de non-divulgence (Annexe CA-250) en début de mandat et subséquemment tous les ans.
 - 2.2 Les membres du Conseil ne doivent ni divulguer, ni communiquer à une autre personne ou entité, ni utiliser pour leur propre usage des renseignements confidentiels concernant les affaires du Réseau qui sont reçus dans le cadre de leurs fonctions au sein du Conseil.
 - 2.2.1 Tout sujet qui fait l'objet d'une discussion lors d'une séance à huis clos du Conseil doit être traité comme un renseignement confidentiel, et ce, jusqu'à ce qu'il soit divulgué lors d'une séance publique du Conseil.
 - 2.2.2 Tout sujet qui est soumis à un comité ou à un groupe de travail du Conseil doit être traité comme un renseignement confidentiel à moins qu'il n'ait été jugé différemment par le président du comité ou du groupe de travail concerné ou par le Conseil.
 - 2.3 Les membres du Conseil doivent s'abstenir de faire des déclarations à la presse ou au public qui n'ont pas été préalablement autorisées par le Conseil.
3. 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.
 - 3.1 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.

- 3.2 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.
- 3.3 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.
- 3.4 Le président du Conseil doit informer le ministre de toute infraction grave à la confidentialité ou à la protection de la vie privée commise par un membre du Conseil.

PROCÉDURE

1. Le secrétaire du Conseil consigne les renseignements pertinents d'une séance à huis clos dans un procès-verbal, il indique la nature du sujet qui a fait l'objet d'une discussion et les raisons qui ont justifié le huis clos, et il inscrit la mention « Confidentiel ».
2. La personne responsable d'un comité ou d'un groupe de travail ou son délégué consigne les renseignements pertinents dans un procès-verbal et, à moins d'avis contraire, inscrit la mention « Confidentiel ».

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

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ ET DE NON-DIVULGATION

Dans le cadre de mon association avec le Réseau de santé Vitalité, j'ai ou j'aurai accès à des renseignements et des documents de nature privée et confidentielle.

En conséquence, je m'engage à :

1. respecter les politiques relatives à la vie privée et à la protection des renseignements personnels, y compris les renseignements personnels sur la santé;
2. traiter tous les documents administratifs, financiers, relatifs aux patients, aux clients ou aux employés et tous les autres documents en tant que renseignements confidentiels, et à les protéger afin d'assurer leur totale confidentialité;
3. respecter la vie privée et la dignité des patients, des clients, des employés et de toute autre personne;
4. ne répéter, ne divulguer et ne confirmer, à moins de motif légitime lié à mon association avec le Réseau, aucun renseignement concernant les patients, les clients ou les employés, y compris :
 - la nature de la maladie, ses causes et son traitement;
 - toute information divulguée pour décrire la maladie;
 - les réactions et le comportement des patients, des clients ou des employés;
 - la situation financière des patients, des clients ou des employés, leur vie privée ou tout autre renseignement personnel;
 - tous les documents accumulés au cours d'un traitement et d'une interaction;
 - toute information conduisant à l'identification des patients, des clients ou des employés.
5. éviter tout accès inapproprié ou toute utilisation ou divulgation inappropriée à des renseignements confidentiels;
6. accéder uniquement aux renseignements nécessaires dans le cadre de mes fonctions;
7. accéder aux renseignements qui concernent ma propre santé uniquement par l'entremise du Service des archives cliniques ou du dépositaire désigné de mes renseignements;
8. protéger mon nom d'utilisateur et mon mot de passe et à ne pas communiquer ceux-ci;
9. consulter, à traiter et à transmettre les renseignements confidentiels en utilisant uniquement le matériel informatique, les logiciels et tout autre **e**quipement autorisés;
10. éviter de divulguer des données / renseignements à un tiers ou de donner accès à des données / renseignements à un tiers à moins d'y être autorisé.

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ ET DE NON-DIVULGATION

Je reconnais que :

1. **le Réseau de santé Vitalité** procédera à des vérifications périodiques pour s'assurer du respect de la présente déclaration ainsi que des politiques du Réseau et des lois en matière de protection de la vie privée;
2. si j'ai droit à des accès électroniques interzones, les mêmes conditions d'entente demeurent en vigueur pour tous ces accès;
3. je dois respecter les conditions énumérées dans la présente Déclaration de confidentialité et de non-divulgence et garantir que ces conditions demeurent en vigueur même si mon association avec le Réseau de santé Vitalité cesse;
4. je m'expose à des mesures, conformément aux règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité, advenant toute violation de la présente déclaration, y compris la négligence des responsabilités ci-dessus et toute autre mesure raisonnable que je dois exercer dans le cadre de mes fonctions au sein du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité.

En signant, je confirme avoir lu et compris la présente Déclaration de confidentialité et de non-divulgence ainsi que la politique Protection des renseignements confidentiels (confidentialité) du Conseil.

Nom (en caractères d'imprimerie)

Signature

Date

Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)

Signature du témoin

Date

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	DOCUMENTATION NUMÉRISÉE		N° : CA-255
Section :	Gouvernance générale	Date d'entrée en vigueur :	2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2020-06-23
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le :	2021-06-22
Établissement(s)/programme(s) :			

BUT

Guider l'usage de l'application Workspaces, 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
 - **Les personnes utilisant un appareil mobile doivent procéder à l'authentification multi facteur (AMF)**
 - **L'AMF permet de confirmer votre identité au moyen de deux facteurs, soit votre nom d'utilisateur et votre mot de passe ainsi qu'un autre facteur fourni par une application ou par un texto envoyé à votre téléphone mobile**
 - **Instructions détaillées (une connexion peut être nécessaire) : [Service Nouveau-Brunswick - Services de technologie de l'information - Accès sécurisé à Office 365 du GNB](#)**
- 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 :

Politique/Procédure N°: CA-255

- 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)
- 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 ainsi que le code de sécurité permettant de débarrer la tablette.

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>.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	DÉNONCIATION D'IRRÉGULARITÉS		N° : CA-260
Section :	Orientation – Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur :	2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2020-06-23
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le :	2021-06-22
Établissement(s)/programme(s) :			

PRÉAMBULE

Le Réseau de santé Vitalité (le « 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.

BUT

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 d'administration (le « Conseil »), aux employés, aux médecins, aux étudiants et aux entrepreneurs affectés au Réseau.

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 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, 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.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	LIMITE D'AUTORISATION DE DÉPENSES		N° : CA-265
Section :	Orientation/lignes directrices	Date d'entrée en vigueur :	2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2020-06-23
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le :	2021-06-22
Établissement(s)/programme(s) :			

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 où ceci requière une <u>approbation du Conseil d'administration</u>
a) Acquisition d'actifs <u>de plus de 2 000 000 \$</u> , y compris les projets de technologie de l'information.	<u>Plus de 2 000 000 \$</u>
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 remplient 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 la vice-présidente – Performance ~~et~~ Qualité ~~et Services généraux~~ ~~et~~ le chef des Services financiers.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	PRÉSENCE AUX RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DES COMITÉS	N° : CA-270
Section :	Orientation – lignes directrices	Date d'entrée en vigueur : 2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de la dernière révision : 2020-06-23
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le : 2021-06-22
Établissement/Programme :		

BUT

Veiller à ce que les membres du Conseil et des comités offrent leur expertise et fassent preuve de jugement dans le cadre des activités et des affaires du Réseau s'acquittent de leur obligation fiduciaire en participant aux réunions du Conseil et des comités.

APPLICATION

Cette politique s'adresse aux membres élus ou nommés du Conseil et des comités.

Les administrateurs doivent superviser les affaires de l'organisme avec soin et précaution. Cela veut dire qu'ils doivent demeurer attentifs, assister aux réunions et s'efforcer à exercer un bon jugement et prendre des mesures raisonnables pour gérer les risques auxquels l'organisme peut faire face.

POLITIQUE

En principe, les membres du Conseil et des comités doivent assister à toutes les réunions. Il peut arriver qu'un membre du Conseil soit incapable d'assister à certaines réunions en raison d'autres engagements ou de circonstances imprévues. Un taux de participation de 75 % est acceptable.

PROCÉDURE

Dans le cas où un membre du Conseil n'assiste pas à 75 % des réunions du Conseil ou d'un comité dans une période de 12 mois ou est absent à 3 réunions consécutives du Conseil ou d'un comité, il sera réputé avoir démissionné.

Le dossier de participation d'un membre doit être pris en considération dans la décision de renouveler le mandat du membre au sein du Conseil ou de nommer le membre à un comité.

Politique/Procédure N° : CA-270

Si un membre du Conseil ou d'un comité est membre d'office du Conseil, le président peut discuter de la participation du membre avec le président-directeur général de l'organisation afin d'entreprendre des démarches pour corriger la situation avant d'atteindre le seuil de participation minimal requis.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	INVESTISSEMENTS	N° : CA-275
Section :	Orientation/lignes directrices	Date d'entrée en vigueur : 2021-06-22
Émise par :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2020-06-23
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le : 2021-06-22
Établissement(s)/programme(s) :		

BUT

Guider les décisions d'investissement de fonds qui ne sont pas nécessaires immédiatement.

POLITIQUE

1.0 Le Conseil d'administration :

- A la responsabilité d'établir une politique pertinente sur les investissements;
- Passe en revue, approuve et modifie la politique sur les investissements au besoin et au moins une fois par année ;
- Analyse le rendement du portefeuille **au moins une fois par année.**

2.0 Le Comité des finances et de vérification :

- Examine la politique sur les investissements annuellement et recommande des changements s'il y a lieu;
- Analyse au moins trimestriellement le rendement des fonds;
- Est responsable de la délégation de toute responsabilité non énoncée expressément.

3.0 L'investissement de fonds excédentaires est limité à des titres à revenu fixe qui offrent un degré élevé de liquidité et de sécurité et qui produisent un rendement des investissements raisonnable tout en maintenant le capital de base.

4.0 Le Réseau de santé Vitalité n'investit pas dans le marché des actions. Il investit dans l'un ou plusieurs des instruments financiers ci-dessous :

- Bons du Trésor (du Canada et des provinces);
- Certificats de placement garanti (CPG);
- Acceptations bancaires (AB);
- Effets de commerce notés R-1 ou mieux;
- Obligations fédérales et provinciales (toutes les provinces) à notation minimale de A;
- Obligations garanties de services publics provinciaux (toutes les provinces) à notation minimale de A;
- Obligations municipales canadiennes à notation minimale de A;
- Obligations de société à court terme.

- 5.0 Le Service des finances détermine le montant des fonds excédentaires qui ne sont pas nécessaires dans le cadre des activités quotidiennes en :
- Examinant les niveaux historiques de fonds;
 - Mettant à jour les prévisions de trésorerie chaque mois;
 - Tenant compte de tout autre facteur approprié.

PROCÉDURE

- 1.0 Sur une base mensuelle, le Service des finances prévoit les débours non récurrents (s'il y a lieu) y compris les :
- Dépenses en capital ;
 - Prêts et remboursements de prêt;
 - Autres activités d'investissement;
 - Autres activités de financement.
- 2.0 Certaines sommes excédentaires peuvent provenir de sources autres que celles normalement définies dans les opérations courantes (p. ex., revenus reportés) :
- 2.1 Le Réseau maintient un compte d'investissement auprès de son institution bancaire.
- 2.2 Le contrôleur est autorisé à transférer des fonds excédentaires dans le compte d'investissement ou à partir de celui-ci.
- 2.3 Le Réseau investit dans des titres à faible risque. Les fonds peuvent être investis dans les titres énumérés précédemment, à condition qu'ils présentent un faible niveau de risque de crédit, de risque de change, de risque de taux d'intérêt et de risque de liquidité.
- 3.0 Les fonds sont gérés en fonction des paramètres ci-dessous :

Encaisse et investissements à court terme (moins d'un an)

- 3.1 Les investissements permis incluent l'encaisse, les dépôts à vue, les bons du Trésor, les effets de commerce, les obligations à court terme, les billets et les acceptations bancaires, les dépôts à terme et les certificats de placement garanti dont l'échéance est d'un an ou moins.
- 3.2 L'achat de placements à court terme émis par des sociétés et des institutions financières est limité aux placements dont la notation est d'au moins R-1 ou BBB.
- 3.3 Il n'y a aucune limite au degré de concentration des investissements à revenu fixe à court terme.

Titres à revenu fixe (plus d'un an)

- 3.4 Les investissements permis incluent les obligations, les débentures et les titres adossés à des créances hypothécaires.
- 3.5 L'achat de titres à revenu fixe est limité aux titres qui ont une notation minimale

de BBB.

- 3.6 Les titres à revenu fixe d'un émetteur ne représentent pas plus de 25 % de la valeur marchande totale de tous les titres détenus, y compris l'encaisse, à moins que l'émetteur ne soit garanti par le gouvernement du Canada ou l'une des provinces du Canada.
- 3.7 Tout investissement de plus de cinq ans exige l'approbation expresse du Conseil d'administration.
- 3.8 La durée de l'investissement est établie en fonction des facteurs suivants :
 - Date à laquelle les fonds excédentaires sont requis;
 - Taux d'intérêt offerts (périodes courtes vs périodes longues).

Définitions

Acceptation bancaire : Titre de créance à court terme dont le paiement du capital et des intérêts est garanti par la banque de l'émetteur.

Obligation : Instrument de créance à long terme par lequel l'émetteur promet de payer un montant d'intérêt déterminé et de rembourser le capital à la date d'échéance fixée.

Effet de commerce : Billet négociable émis par une société dont la durée peut varier de quelques jours à un an. Il n'est habituellement pas garanti par les biens de la société.

Certificat de placement garanti : Instrument de dépôt assorti d'un taux d'intérêt fixé à l'avance pour une durée donnée. Émis par les banques, les sociétés de fiducie et d'autres institutions financières.

Bon du Trésor : Titre d'emprunt à court terme émis par l'État. Les bons du Trésor ne génèrent aucun intérêt, mais sont vendus à une valeur inférieure à la valeur nominale. La différence entre le prix de vente et la valeur nominale constitue le revenu que touche l'investisseur.

Notation : Les agences de notation des obligations fondent leurs évaluations principalement sur la solidité financière de l'émetteur de l'obligation, sur la qualité de ses biens donnés en garantie, sur son expertise de gestion et sur les perspectives économiques. Les agences attribuent une note aux obligations. Par exemple, une obligation de rang supérieur peut avoir une notation de AAA (risque de défaillance le plus faible) et une obligation de très faible qualité peut avoir une notation de C- (statut d'obligation pourrie). Plus la note est élevée, plus il est facile et bon marché pour l'émetteur de vendre son obligation étant donné la perception qu'il est peu probable que la compagnie n'effectue pas le paiement des intérêts ou du principal à l'échéance. Il y a quatre agences de notation :

- **DBRS (Dominion Bond Rating Service) :** Une obligation peut être notée entre AAA et C (la notation minimale pour le Réseau étant de BBB); une dette à court terme a une notation minimale de R-1 (moyenne).

- **CBRS (Canadian Bond Rating Service)** : Une obligation peut être notée entre A++ et D (la notation minimale pour le Réseau étant de A+); pour le Réseau, une dette à court terme a une notation minimale de A-1+.
- **Standard & Poor's Corporate Bond Rating** : Une obligation peut être notée entre AAA et CC (la notation minimale pour le Réseau étant de BBB).
- **Moody's Investor Service Corporate Bond Rating** : Une obligation peut être notée entre AAA et C (la notation minimale pour le Réseau étant de A).

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION		N° : CA-300
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur :	2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2020-06-23
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le :	2021-06-22
Établissement(s)/programme(s) :			

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 permanents 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 de la qualité des soins et la sécurité des patients
- Le Comité stratégique de la recherche et de la formation

Le Conseil constitue également un comité professionnel consultatif et un comité médical consultatif conformément à la *Loi sur les régies régionales de la santé*.

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 à l'exception du Comité exécutif

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 du Comité exécutif et 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.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ EXÉCUTIF	N° : CA-310
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur : 2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2020-06-23
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le : 2021-06-22
Établissement(s)/programme(s) :		

BUT

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

Composition et fonctionnement

1. Le Comité exécutif est composé du président, du vice-président, du trésorier du Conseil, du secrétaire (PDG) et de trois (3) autres membres du Conseil ayant droit de vote.
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 les activités en situation d'urgence uniquement pendant la période séparant les réunions ordinaires du Conseil, sous réserve des limites énoncées dans les règlements administratifs ou sauf indication contraire du Conseil;
2. s'acquitte aussi de toutes autres fonctions que peut lui confier le Conseil;
3. fonctionne en respectant les lignes directrices.

Ratification des décisions du comité

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

Rapport

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

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ DE GOUVERNANCE ET DE MISE EN CANDIDATURE	N° : CA-320
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur : 2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2020-06-23
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le : 2021-06-22
Établissement(s)/programme(s) :		

BUT

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature est responsable d'orienter le Conseil d'administration (le « Conseil ») sur les questions relatives à la structure et à la bonne gouvernance du Réseau de santé Vitalité (le « Réseau »), et d'appuyer et conseiller le Conseil en la matière. Il s'occupe principalement de surveiller les activités du conseil d'administration, plutôt que celles de l'organisme dans son ensemble. Il voit 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 d'au moins quatre membres du Conseil ayant droit de vote, dont l'un assumera la présidence du Comité.
2. Le président du comité est nommé par le Conseil.
3. Le comité fonctionne en respectant la politique sur les comités du Conseil (CA-300).
4. Le comité se réunit quatre fois par année selon un calendrier préétabli.

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, de ses comités et de ses membres.
3. Voir à la formation des membres du Conseil et à l'orientation des nouveaux membres du Conseil.

Politique/Procédure n° : CA-320

4. Recruter et proposer la candidature des dirigeants et des présidents des comités du Conseil.
5. Soumettre, à l'assemblée annuelle du Conseil, des candidatures pour les postes des comités du Conseil (président, vice-président, trésorier, dirigeants), des candidatures pour les membres de tous les comités du Conseil, sauf mention contraire dans les règlements administratifs, ainsi que des candidatures pour les postes au sein du Comité professionnel consultatif et du Comité médical consultatif, y compris pour le remplacement de postes devenus vacants avant la fin du mandat des titulaires.
6. 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.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ DES FINANCES ET DE VÉRIFICATION		N° : CA-330
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur :	2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2020-06-23
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Date de la signature :	2021-06-22
Établissement(s)/programme(s):			

BUT

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

Composition et fonctionnement

1. Le comité est constitué d'au moins quatre membres du Conseil ayant droit de vote, dont le trésorier, qui est le président.
2. Le comité se réunit 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 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'assure que la direction a établi des processus en place pour éviter la dépréciation d'actifs en raison d'un manque d'entretien préventif ou d'autres causes.

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 comprenne;
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.

1. Examine et recommande le mandat du vérificateur externe pour l'approbation par le Conseil;
2. Examine le plan de vérification externe annuel;
3. Veille à la satisfaction quant à l'indépendance du vérificateur externe;
4. Fait une revue des services autres que la vérification par le cabinet des vérificateurs ou ses associés (incluant les honoraires approximatifs), et examine les répercussions sur l'indépendance du vérificateur externe;
5. Rencontre périodiquement, et au moins une fois l'an, le vérificateur externe sans la présence de la direction;
6. Analyse les états financiers annuels vérifiés et formule des recommandations au Conseil à cet égard; tient compte des changements, s'il y a lieu, en matière de principes et de méthodes comptables, des ajustements importants découlant de la vérification, de la conformité aux règles comptables et du respect des obligations juridiques;

7. Analyse l'évaluation de la direction concernant le respect des lois, des règlements, des règles et des contrats;
8. Passe en revue l'évaluation de la direction concernant la pertinence et l'efficacité des contrôles internes liés aux systèmes de comptabilité et d'information financière ainsi que les recommandations des vérificateurs externes;
9. Obtient la certitude que la direction a établi un environnement de contrôle adéquat qui met l'accent sur la responsabilité des employés sur le plan de la gestion des fonds publics et qu'elle a mis en place des politiques et procédures appropriées quant au contrôle et à la protection des actifs (p. ex. couverture d'assurance, processus d'autorisation d'achats, etc.).
10. Recommande au Conseil la nomination du vérificateur externe.

Gestion des investissements

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. Soumet à l'approbation du Conseil un plan de travail annuel et les résultats attendus.

Rapport

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

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ DE LA QUALITÉ DES SOINS ET LA SÉCURITÉ DES PATIENTS	N° : CA-350
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur : 2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2020-06-23
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le : 2021-06-22
Établissement(s)/programme(s) :		

BUT

Le Comité de la qualité des soins et la sécurité des patients (le « comité ») est responsable d'assurer que des mécanismes sont en place pour surveiller et améliorer le rendement du Réseau en matière de qualité. Le comité est responsable de promouvoir et de surveiller l'ensemble des activités liées à la gestion de la qualité, de la sécurité **des patients**, 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 quatre membres votants du Conseil, dont l'un assumera la présidence du comité.
2. Le comité se réunit 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 du Comité médical consultatif régional **et** du Comité professionnel consultatif ainsi que du Comité consultatif des patients et des familles sont membres permanents sans droit 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 et de gestion de la qualité, des risques et de la sécurité des patients ainsi qu'à l'éthique;

- 1.1.1. priorise la qualité et la sécurité **des patients** et énonce la direction que le Réseau doit suivre en matière de qualité;
- 1.1.2. recommande au Conseil les cadres de référence en matière de qualité et sécurité **des patients**, de gestion des risques et d'éthique et suit leurs mises en œuvre;
- 1.1.3. passe en revue et recommande un plan sur la qualité et la sécurité **des patients** 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 et d'autres rapports réguliers;
- 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 **des patients** et veille à ce que les mesures nécessaires soient prises pour aborder les écarts et améliorer la qualité des soins et services;
- 1.1.7. examine les politiques liées à la qualité, à la sécurité **des patients**, à la gestion des risques et à l'éthique;
- 1.1.8. recommande des programmes éducatifs sur la qualité et la sécurité **des patients** pour les membres du comité et du Conseil;
- 1.2. aux normes d'agrément liées aux **services à la clientèle** **soins centrés sur le patient/client**, 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 patients**, des risques et de l'éthique. Les rapports réguliers peuvent comprendre, entre autres :
 - 1.1 Indicateurs de la qualité sous forme d'un tableau de bord, y compris des mesures du rendement sur la qualité des services cliniques, les risques, la sécurité **des patients** et les services à la clientèle;

- 1.2 Progrès quant aux améliorations majeures sur le plan du rendement et aux objectifs de sécurité des patients;
- 1.3 Analyse des causes profondes soumises par le comité;
- 1.4 Sommaire des revues d'événements préjudiciables;
- 1.5 Satisfaction/perception des patients;
- 1.6 Satisfaction/perception des médecins;
- 1.7 Satisfaction/perception des employés;
- 1.8 Culture de sécurité des patients;
- 1.9 Agrément;
- 1.10 Vérification du processus de délivrance de titres et de certificats;
- 1.11 Rapport des activités en éthique.

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 ainsi que d'un calendrier de présentation (trimestriel ou annuel) pour la prochaine année. Voici des exemples :
 - 1.1 Surveiller un programme de diminution des erreurs liées aux médicaments;
 - 1.2 Appuyer 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 **des patients**;
 - 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.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	MANDAT DU COMITÉ CONSULTATIF DES PATIENTS ET DES FAMILLES	N° : CA-360
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur : 2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2020-06-23
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le : 2021-06-22
Établissement(s)/Programme(s) :		

BUTS

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

RESPONSABILITÉS

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

8. Faire des suggestions en ce qui concerne une évaluation annuelle des partenaires de l'expérience patient au sein du Réseau.

COMPOSITION

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

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

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

Le président-directeur général du Réseau, le président du Conseil d'administration et le vice-président à la Performance, à la et Qualité et aux Services généraux sont membres d'office.

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

DURÉE DU MANDAT

Le mandat est d'une durée de deux ans et il peut être renouvelé pour une durée maximale de quatre ans. Les mandats sont organisés de manière à ce qu'ils se chevauchent pour assurer une cohérence dans la composition.

Le mandat des membres du comité, y compris celui du président et du vice-président, est approuvé, révisé annuellement par le Conseil d'administration au Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients par l'entremise du et recommandé au Comité de gouvernance et de mise en candidature pour approbation.

QUORUM

Le quorum est composé de la moitié des membres du comité plus un.

Le consensus est la méthode de choix pour la prise de décisions. Au besoin, une simple majorité de la moitié plus un est utilisée.

RÉUNIONS ET PROCÈS-VERBAUX

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

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

RAPPORT HIÉRARCHIQUE

Le comité relève du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité des soins et de la sécurité des patients du Conseil d'administration.

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

CONFLITS D'INTÉRÊTS

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

DÉPENSES

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

RENSEIGNEMENTS PERTINENTS SUPPLÉMENTAIRES

Conditions pour être partenaire de l'expérience patient

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

Exigences générales pour le partenaire de l'expérience patient

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

Responsabilités du président

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

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ STRATÉGIQUE DE LA RECHERCHE ET DE LA FORMATION	N° : CA-395
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur : 2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2020-06-23
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le : 2021-06-22
Établissement(s)/programme(s) :		

Mandat

Assurer la réalisation des orientations stratégiques de la mission universitaire du Réseau de santé Vitalité (le « Réseau ») en matière de formation et de recherche.

Composition et fonctionnement

- Le Comité stratégique de la recherche et de la formation est composé :
 - de quatre membres du Conseil d'administration (le « Conseil ») 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 Nouveau-Brunswick à titre de membre d'office sans droit de vote;
 - du représentant de la position conjointe de la direction scientifique Vitalité-IARC ;
 - du représentant de l'Université de Moncton à titre de membre d'office sans droit de vote.
- Le président peut, le cas échéant, inviter toute autre personne à participer à une réunion du comité. Cette personne est sans voix délibérative.
- 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 trois 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 administratif 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.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	ÉVALUATION DU RENDEMENT ET DU DÉVELOPPEMENT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL		N° : CA-400
Section :	Processus d'évaluation	Date d'entrée en vigueur :	2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2020-06-23
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le :	2021-06-22
Établissement(s)/programme(s) :			

BUTS

1. Mesurer la performance du président-directeur général (le « PDG ») à l'aide du plan d'évaluation du rendement et du développement (voir copie en annexe) d'après un plan de travail et des objectifs annuels approuvés par le Conseil d'administration (le « Conseil »).
2. Offrir la rétroaction du Conseil au PDG de façon à clarifier les attentes en ce qui concerne ses fonctions.
3. Appuyer le développement professionnel du PDG pour assurer la mise à niveau des connaissances de celui-ci dans le domaine du leadership et de la gestion afin qu'elles soient les meilleurs possibles.

POLITIQUE

1. Le Conseil établit un Comité d'évaluation du rendement et du développement du PDG (formé du président, du vice-président et d'un membre additionnel du Conseil) en vue de développer conjointement le plan d'évaluation du rendement et du développement avec le PDG selon le formulaire d'évaluation qui se trouve à l'annexe CA-400 (1).
2. Le Comité d'évaluation du rendement et du développement est responsable de la mise en œuvre du processus d'évaluation annuelle du PDG.
3. Le Comité d'évaluation du rendement et du développement, en consultation avec l'ensemble du Conseil d'administration, suggère les dossiers importants pour l'année couverte par le plan de travail. Une fois le plan de travail terminé, il est approuvé par le Conseil. De cette façon, la contribution du PDG 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.

Politique / Procédure N° : CA-400

4. Le processus d'évaluation du rendement et du développement offre l'occasion de reconnaître la performance du PDG et de développer les priorités organisationnelles de manière collaborative pour l'année qui commence en vue de mieux planifier stratégiquement et d'appuyer le PDG et l'organisation. Le Conseil évalue de façon diligente, par l'entremise du Comité d'évaluation du rendement et du développement du PDG, la performance et le rendement du PDG 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, s'il y a lieu, mesurées 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 PDG sera utilisé (annexe CA-400 (1)).

Processus d'évaluation

1. La performance du PDG 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, qui forment le Comité d'évaluation du rendement et du développement du PDG. 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 PDG 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 PDG. Ces commentaires sont ajoutés à l'évaluation du PDG.
4. Le Conseil peut faire de temps à autre une évaluation qui prend en considération l'opinion des intervenants internes et externes en respectant le principe de la démarche à 360 degrés. Pour faire cette partie de l'évaluation, le Conseil peut obtenir l'appui de consultants externes.

Politique / Procédure N° : CA-400

Responsabilités et échéanciers

Activité	Responsables	Échéancier
a) Le PDG 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.	Le PDG	Avril
b) Le Comité d'évaluation du rendement et du développement valide le plan d'évaluation du rendement et du développement et consulte l'ensemble des membres du Conseil d'administration pour obtenir leurs commentaires.	Le Comité d'évaluation du rendement et du développement	Avril
c) Le PDG 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.	Le PDG et le Comité d'évaluation du rendement et du développement	Mai
d) Le PDG fait une auto-évaluation à la mi-année et rencontre le Comité d'évaluation du rendement et du développement pour discuter du progrès et faire les ajustements nécessaires au plan d'évaluation du rendement et du développement.	Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le PDG	Septembre
e) Le PDG présente une auto-évaluation de fin d'année et la soumet au Comité d'évaluation du rendement et du développement.	Le PDG	Fin mars, début avril
f) Le Comité d'évaluation du rendement et du développement rencontre le PDG et évalue sa performance durant l'année qui se termine.	Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le PDG	Avril
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 PDG.	Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le PDG	Mai

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 à l'endroit des 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.

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

Réseau de santé Vitalité

Plan d'évaluation du rendement et du développement

Président-directeur général

Éléments du formulaire d'évaluation

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

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

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

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

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

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

Systeme d'évaluation du rendement

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

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

Nom du PDG :

Date :

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

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

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

Partie III : Priorités futures proposées par le cadre hiérarchique à la suite de l'évaluation de fin d'année	
Autorisation et approbation	
Commentaires du PDG :	
Signature du PDG :	Date :
Président du Conseil d'administration :	Date :

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	CADRE D'ÉVALUATION		N° : CA-410
Section :	Processus de révision	Date d'entrée en vigueur :	2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2020-06-23
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le :	2021-06-22
Établissement(s)/programme(s) :			

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 d'après :
 - 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).

Politique/Procédure N° : CA-410

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 qui 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.

2.2 Les différentes grilles d'évaluation du Conseil sont en annexe :

- Questionnaire d'auto-évaluation des membres – Annexe CA-410 (1);
- Questionnaire d'évaluation du président du Conseil d'administration – Annexe CA-410 (2);
- Questionnaire d'évaluation du président de comité – Annexe CA-410 (3);
- Questionnaire d'évaluation par les pairs – Annexe CA-410 (4);
- Formulaire d'évaluation – Réunion à huis clos et réunion publique du Conseil d'administration – Annexe CA-410 (5).

2.3 Un protocole d'évaluation annuelle est mis en place. Toutefois, une rétroaction sur une base continue est encouragée.

2.4 Les évaluations sont effectuées sur un site de sondage électronique.

2.5 Les résultats des sondages sont communiqués au membre touché seulement et au président du Conseil d'administration.

2.6 Les résultats restent anonymes.

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

Questionnaire d'auto-évaluation des membres

(nom du membre)

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

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

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

Questionnaire d'évaluation du président du Conseil d'administration

(nom du membre)

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

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

Questionnaire d'évaluation du président de comité

(nom du membre et du comité)

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

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

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

Questionnaire d'évaluation par les pairs

(nom du membre et du comité)

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

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

Formulaire d'évaluation

Réunions à huis clos et réunions publiques du Conseil d'administration

Le but de ce formulaire est d'évaluer l'efficacité globale du processus de réunions à huis clos et de réunions publiques du Conseil d'administration. Veuillez évaluer chaque énoncé selon l'échelle suivante : 4 –fortement d'accord; 3 –d'accord; 2 – en désaccord; 1 – fortement en désaccord. Cette évaluation servira de guide pour déterminer où des changements peuvent être effectués afin d'accroître la productivité.

	Fortement d'accord	D'accord	En désaccord	Fortement en désaccord
1) Le temps alloué à chaque sujet à l'ordre du jour a été respecté.	4	3	2	1
2) Le rapport du P.-D.G. était pertinent.	4	3	2	1
3) La documentation permettait de comprendre les enjeux et d'appuyer la prise de décisions.	4	3	2	1
4) Les membres du Conseil étaient préparés et ils ont participé aux discussions.	4	3	2	1
5) Les membres assument le rôle de gouvernance du Conseil et ne s'impliquent pas dans les questions de gestion.	4	3	2	1
6) Le Conseil exécute stratégiquement du travail dans le cadre des volets suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Planification stratégique; • Surveillance des finances; • Surveillance de la qualité; • Identification et gestion des risques. 	4	3	2	1
7) La prise de décisions était guidée par la mission, la vision, les valeurs et les données probantes.	4	3	2	1
8) Les discussions / divergences d'opinions ont été gérées de façon efficace.	4	3	2	1
9) Les conflits d'intérêts ont été identifiés et gérés.	4	3	2	1
10) Les sujets étaient appropriés en vertu des règlements administratifs.	4	3	2	1
11) Les membres utilisent les résolutions en bloc adéquatement.	4	3	2	1

Veuillez utiliser cet espace pour ajouter des commentaires :

Veuillez fournir des idées en matière de formation ou de discussions productives (pour des sujets de discussions futures) :

Merci!

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	PROCESSUS D'ÉVALUATION DU MÉDECIN-CHEF ET DU PRÉSIDENT DU COMITÉ PROFESSIONNEL CONSULTATIF	N° : CA-430
Section :	Processus d'évaluation	Date d'entrée en vigueur : 2021-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2020-06-23
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	Approuvée le : 2021-06-22
Établissement(s)/programme(s) :		

BUT

1. Mesurer la performance du médecin-chef et du président du Comité professionnel consultatif (le « 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"> • Le médecin-chef • Le président du CPC 	<ul style="list-style-type: none"> • Avril

Politique/Procédure N° : CA-430

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

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

Réseau de santé Vitalité

Plan d'évaluation du rendement et du développement

**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 du cadre hiérarchique	Évaluation : A, B, C ou D (v. page 2)	
					Auto- évaluation	Comité d'évaluation du rendement et du dév.
	•					
Opérations stratégiques						
	•					
Relations externes						
	•					
Relations de travail avec le Conseil et ses comités						
	•					

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

Partie II : Évaluation du rendement					
Compétences comportementales LEADS qui feront l'objet d'une évaluation					
Compétence	Définitions	Commentaires du cadre	Commentaires du cadre hiérarchique	Évaluation possible : A, B, C ou D (v. page 2)	
				Auto-évaluation	Comité d'évaluation du rendement et du développement
Est son propre chef	<ul style="list-style-type: none"> • Est conscient de ses propres hypothèses, valeurs, principes, points forts et limites • Assume la responsabilité de son rendement et de sa santé • Cherche activement des occasions et des défis en matière d'apprentissage personnel, de formation du caractère et de croissance • Démontre des qualités, comme l'honnêteté, l'intégrité, la résilience et la confiance 				
Fait participer les autres	<ul style="list-style-type: none"> • Appuie et encourage les autres à atteindre des objectifs professionnels et personnels • Crée un environnement agréable où les autres ont des occasions intéressantes d'apporter une contribution ainsi que les ressources nécessaires pour s'acquitter de leurs responsabilités • Sait écouter attentivement et encourage l'échange ouvert de renseignements et d'idées à l'aide des moyens de communication appropriés • Facilite un environnement de collaboration et de coopération pour atteindre des résultats 				

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

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

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

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

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 11 juin 2021

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 25 mai 2021 par Justin Morris, président du Comité professionnel consultatif

Manuel : Général du Réseau de santé Vitalité

Titre :	MANDAT DU COMITÉ PROFESSIONNEL CONSULTATIF		N° : GEN.1.40.10
Section :	1. Gestion générale	Date d'entrée en vigueur :	2021-06-22
Mandataire :	Comité professionnel consultatif	Date de révision précédente :	2020-05-19
Approbateur :	P.-D.G. Dre France Desrosiers	Approuvé le :	2021-06-22
Établissement/programme : Ébauche 2021-03-17			

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 en matière de qualité, de normes et d'autres questions relatives à la prestation de services et de soins de santé.
2. S'approprier des enjeux stratégiques et opérationnels pertinents du Réseau pour ensuite recommander des solutions et des actions.

DÉFINITIONS

Membres du personnel professionnel : Praticiens de professions de la santé qui sont auto-réglementées 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 Comité professionnel consultatif (CPC), de par son rôle de surveillance et de consultation, oriente le Conseil d'administration et lui fait des recommandations sur :
 - 1.1 Les questions de santé et de soins cliniques;
 - 1.2 Des questions liées à l'assurance et à l'amélioration de la qualité, à la gestion des risques et à la sécurité des patients;
 - 1.3 Les services offerts au sein du Réseau et les options multidisciplinaires pour la prestation de services ;
 - 1.4 Les enjeux qui touchent la pratique, y compris, mais sans s'y limiter, les normes de soins, le champ de pratique, le profil de compétences, ainsi que le perfectionnement des compétences.

2. Le CPC veille à ce que les programmes et les services respectent les normes d'Agrément Canada.
3. Le CPC s'assure du renouvellement annuel des titres de tous les praticiens de professions de la santé qui sont auto-réglementées, à l'exception des médecins, des chirurgiens et des dentistes.
4. Le CPC remplit d'autres fonctions dictées par le Conseil d'administration.
5. Le CPC assure son rôle de surveillance en établissant des liens et en recevant des rapports des différents secteurs (Gestion des risques, Qualité et de la Pratique professionnelle) selon le calendrier établi du plan de travail du CPC.

COMPOSITION

1. La composition doit représenter les disciplines qui permettent au CPC d'accomplir son mandat.
2. Le CPC est composé d'un maximum de 15 membres votants nommés par le Conseil d'administration qui sont des membres du personnel professionnel du Réseau. Au moins 5 membres viennent de différentes professions de la santé qui sont auto-réglementées conformément à une loi d'intérêt privé.
 - 2.1 La composition représente les milieux suivants : services hospitaliers, services communautaires de santé mentale et de traitement des dépendances, services de soins primaires ainsi que de la Santé publique.
 - 2.2 Le CPC doit être composé, dans le meilleur du possible, d'une représentation équitable à partir de la liste des professions suivantes :
 - Thérapie respiratoire;
 - Psychologie;
 - Ergothérapie;
 - Technologie de laboratoire;
 - Technologie en radiation médicale;
 - Nutrition clinique;
 - Physiothérapie;
 - Travail social;
 - Pharmacie ;
 - Archives;
 - Soins infirmiers;
 - Orthophonie ou audiologie;
 - 2.3 Le CPC doit obtenir la représentation d'un Partenaire de l'expérience patient (PEP) dans la liste des membres votants.
3. La présidente-directrice générale (PDG), les vice-présidents, la présidente du Comité médical consultatif régional (CMCR), la directrice de la Pratique professionnelle et le gestionnaire régional de la Pratique professionnelle sont des membres d'office sans droit de vote.
4. Les nominations des membres votants incluant le président doivent se faire pour un mandat de trois (3) ans renouvelable chaque année par le Conseil d'administration. Les membres votants 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.

5. Les candidatures **des membres**, de la présidence et de la vice-présidence du CPC sont soumises au CPC à l'aide du **formulaire de candidature** RA-49F.
 - 5.1 La sélection de la présidence et de la vice-présidence est effectuée selon la procédure de l'Annexe GEN.1.40.10 (1).
 - 5.2 **La sélection des membres votant est effectuée selon la procédure de l'Annexe GEN.1.40.10(2).**

FONCTIONNEMENT

1. Le CPC se réunit au moins 4 fois par année selon un calendrier préétabli.
2. Les réunions du CPC sont convoquées par le président.
3. La participation à une réunion peut se faire par différents moyens : téléphonique, électronique ou tout autre moyen de communication pouvant permettre à toutes les personnes qui participent à la réunion de communiquer adéquatement entre elles. Un membre qui participe à une réunion du CPC en utilisant un tel moyen de communication est considéré comme un membre 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.

RESPONSABILITÉS DE CHAQUE MEMBRE

- Utiliser l'ordre du jour et toute autre documentation nécessaire pour se préparer à participer activement aux réunions.
- Demander la contribution de ses collègues avant les réunions.
- Appuyer les décisions et les plans d'action du comité et les communiquer à ses collègues.
- Soumettre les points à l'ordre du jour au président du comité 2 semaines avant les réunions.
- Fournir un leadership dans la mise en œuvre des initiatives du comité.
- Participer à la prise de décisions en tenant compte des besoins et des perspectives des professions dans leur ensemble.
- Se présenter aux réunions bien préparé (faire lecture des documents à l'avance et être prêt pour les discussions).
- Aviser le président en cas d'absence.

RESPONSABILITÉS DU PRÉSIDENT

- Préparer et distribuer l'ordre du jour aux membres (l'ordre du jour doit refléter les priorités du Réseau).
- Présider les rencontres.
- S'assurer que les membres sont orientés quant à leur rôle et à leurs responsabilités au sein du comité ainsi qu'en ce qui concerne la vision du CPC.
- **Mettre à jour le plan de travail du CPC et de le soumettre aux membres.**
- Faire les suivis des problématiques soulevées lors des rencontres.

RESPONSABILITÉS DU VICE-PRÉSIDENT

Assumer les responsabilités du président en l'absence de celui-ci.

OBLIGATION DE RENDRE COMPTE

1. Le CPC relève directement du Conseil d'administration.
2. Le président fait rapport des activités du CPC au Conseil d'administration sur une base régulière.
3. Le CPC maintient des liens de communication avec l'équipe de leadership et le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité ainsi qu'avec le CMCR par l'entremise d'un membre. De plus, le président du CPC participe à ces comités.
4. Les procès-verbaux des réunions du CPC sont distribués au Conseil, à tous les membres du CPC ainsi qu'au CMCR. La personne qui assure le soutien administratif pour le comité conserve les procès-verbaux originaux.
5. Le mandat du CPC est revu annuellement par le CPC. Toutes modifications au mandat sont soumises au Comité de gouvernance pour approbation.
6. Les mises en candidature des membres du CPC sont présentées annuellement au Comité de gouvernance pour approbation.

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, le 12 décembre 2019.

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

Procédure pour la sélection du président et/ou du vice-président du CPC

1. En mars, 3 mois avant la fin du mandat de 3 ans du président ou du vice-président, le président avise les membres du CPC de la fin du mandat, et il entame le processus à suivre pour assurer la relève.
2. Si le président et/ou le vice-président souhaite continuer pour un autre mandat, ils doivent informer les membres du CPC de leur intention à la réunion du mois de mars. Le cas échéant, ils doivent avoir recours à un vote à huis clos qui est présidé par le président ou le vice-président, selon le cas. Les membres votants doivent baser leur décision sur les critères suivants :
 - 2.1 Pour la présidence :
 - Fait preuve d'une bonne assiduité aux rencontres du CPC (présent à 75 % des rencontres);
 - Gère bien les rencontres (gère les conflits, gère toute monopolisation des discussions, assure le respect entre les membres, veille à ce que l'ordre du jour et les autres documents soient disponibles sur le site de collaboration 1 semaine avant les rencontres, anime les discussions, assure la participation des membres);
 - Veille à ce qu'il y ait au moins 4 rencontres par année, tel que la loi le stipule;
 - Participe activement à 75 % des rencontres liées à son rôle de présidence du CPC, soit celles des comités suivants : le Conseil d'administration, le Comité régional des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité et le Comité médical consultatif régional;
 - 2.2 Pour la vice-présidence :
 - Participe activement à 75 % des rencontres du CPC;
 - Remplace le président aux rencontres au besoin;
 - Assume les responsabilités du rôle de vice-présidence.
3. Si le président ou le vice-président ne souhaite pas renouveler son mandat, le président communique avec le directeur des Communications pour demander qu'on distribue une note de service concernant le recrutement d'un nouveau président et/ou d'un nouveau vice-président. La période de mise en candidature est de 10 jours ouvrables.
4. Les professionnels qui souhaitent soumettre leur candidature peuvent le faire à l'aide du [formulaire de candidature](#) RA-49F. Ils doivent joindre une lettre et leur curriculum vitæ au formulaire de candidature.
5. Un comité ad hoc présidé par le président ou par le vice-président, au besoin, est formé de 3 membres du CPC ayant droit de vote et du PDG sans droit de vote. Le PDG agit à titre de personne-ressource. Les membres sélectionnent les candidats en se basant sur les critères suivants :
 - Membre actif d'une profession auto-réglementée;
 - Participation / implication dans le Réseau de santé Vitalité;
 - Participation à des comités ou à des groupes de travail locaux, régionaux ou provinciaux;
 - Participation / implication dans sa profession ou son association;
 - Assiduité au travail;
 - Expérience (5 ans) au sein d'un Réseau.
6. Le nom du candidat retenu pour la présidence ou la vice-présidence est soumis au CPC à la rencontre en avril. Le CPC fournit par la suite ses recommandations au Comité de gouvernance pour approbation.

Procédure pour la sélection des membres du CPC

1. Les professionnels qui souhaitent soumettre leur candidature peuvent le faire à l'aide du [formulaire de candidature](#) RA-49F. Ils doivent joindre une lettre et leur curriculum vitæ au formulaire de candidature.
2. Un comité ad hoc présidé par le président ou par le vice-président, au besoin, est formé de 3 membres du CPC ayant droit de vote. Les membres sélectionnent les candidats en se basant sur les critères suivants :
 - Membre actif d'une profession auto-réglementée;
 - Participation / implication dans le Réseau de santé Vitalité;
 - Participation à des comités ou à des groupes de travail locaux, régionaux ou provinciaux;
 - Participation / implication dans sa profession ou son association;
 - Assiduité au travail;
 - Expérience (5 ans) au sein d'un Réseau.
3. Le nom du candidat retenu est soumis au CPC à la rencontre en avril. Le CPC fournit par la suite ses recommandations au Comité de gouvernance pour approbation.

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Le 11 juin 2021

Objet : Nominations - Comité professionnel consultatif

La composition du Comité professionnel consultatif 2021-2022 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
Julie Aubé-Pinet	Soins infirmiers	1B	2019-2022
Annie Carré (vice-présidente)	Services diagnostiques	5	2020-2023
Natalie Landry	Technologie de laboratoire médical	5	2020-2023
Janie St-Onge	Santé publique	4	2019-2022
Alain Boudreau	Physiothérapie	1B	2020-2023
Julie Morin	Ergothérapie	6	2021-2024
Lyne Cormier Landry	Travail social	6	2020-2023
Daniel Doucette	Thérapie respiratoire	4	2019-2022
Justin Morris (président)	Pratique professionnelle	1B	2020-2023
Luc Jalbert	Pharmacie	1B	2019-2022
Debby Ouellet	Archives	4	2019-2022
Claudine Godbout-Lavoie	Audiologie / orthophonie	4	2019-2022
Nicole Robichaud	Psychologie	6	2019-2022
Nadine Lewis	Nutrition	1B	2019-2022
Partenaire expérience patient	Vacant		

MEMBRES D'OFFICE	TITRE	STATUT
Dre France Desrosiers	Présidente-directrice générale	Non-votant
Gisèle Beaulieu	V.-p. Performance et Qualité	Non-votant
Brigitte Sonier-Ferguson	V.-p. Mission universitaire	Non-votant
Dre Nicole LeBlanc	Présidente du CMC ou déléguée	Non-votant
Dre Natalie Banville	V.-p. Services médicaux	Non-votant
Stéphane Legacy	V.-p. Services de consultation externe et Services professionnels	Non-votant
Sharon Smyth-Okana	V.-p. Services cliniques	Non-votant
Johanne Roy	V.-p. Ressources humaines	Non-votant
Jacques Duclos	V.-p. Services communautaires et Santé mentale	Non-votant
Allison White	Directrice de la Pratique professionnelle	Non-votant
Virgil Guitard	Gestionnaire régional de la pratique professionnelle	Non-votant

Proposé par :

Appuyé par :

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature propose au Conseil d'administration de confirmer la nomination des membres du Comité professionnel consultatif pour l'année 2021-2022.

Adopté

Soumis le 25 mai 2021 par Justin Morris, président du Comité professionnel consultatif

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Le 11 juin 2021

Objet : Nomination du président du Comité professionnel consultatif

Monsieur Justin Morris a été nommé président du Comité professionnel consultatif (CPC) en juin 2020 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 Justin Morris à titre de président du CPC pour l'année 2021-2022.

Soumis le 25 mai 2021 par Dre France Desrosiers, présidente-directrice générale du Réseau de santé Vitalité

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature

Le 11 juin 2021

Objet : **Nominations - Comité d'éthique de la recherche**

La composition du Comité d'éthique de la recherche 2021-2022 est soumise au Comité de gouvernance et de mise en candidature pour approbation et recommandation au Conseil d'administration.

MEMBRES VOTANTS	Rôle assigné / Domaine d'expertise	MANDAT
Michael Kemp	Membre expert en recherche quantitative	2021-2022
Jacinthe Beauchamp	Membre expert en recherche qualitative	2021-2022
Pierrette Fortin	Membre expert en éthique/Présidente	2021-2022
Mark Sinclair	Membre expert dans les méthodes et les domaines de recherche/Vice-président	2021-2022
Marie-Andrée Mallet	Membre versé en droit	2021-2022
Poste vacant (recrutement en cours)	Membre clinique - Infirmière	2021-2022
Marie-Noëlle Paulin	Membre clinique - Infirmière	2021-2022
Linda Thériault Godin	Membre de la collectivité	2021-2022
Poste vacant (recrutement en cours)	Membre clinique - Médecin	2021-2022
Dre Lucie Morais	Membre clinique - Médecin	2021-2022
Alexandre Savoie	Membre clinique – Services professionnels	2021-2022
Joanie Gagnon	Coordonnatrice régionale du Bureau de l'éthique	2021-2022
Marie-Noëlle Ryan (substitut)	Membre expert en éthique	2021-2022
Marc Deveau (substitut)	Membre versé en droit	2021-2022
Blair Fraser (substitut)	Membre versé en droit	2021-2022
MEMBRES NON VOTANTS	Rôle assigné / Domaine d'expertise	MANDAT
Mireille Bellavance	Secrétaire	2021-2022

Proposé par :

Appuyé par :

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature propose au Conseil d'administration de confirmer la nomination des membres du Comité d'éthique de la recherche pour l'année 2021-2022.

Adopté

Soumis le 26 mai 2021 par Gisèle Beaulieu, V.-p. Performance et Qualité

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Le 11 juin 2021

Objet : Nomination du médecin-chef régionale

Selon les règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité, le médecin-chef est nommé pour un mandat de cinq (5) ans et est admissible pour un mandat additionnel n'excédant pas cinq (5) ans. 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 pour un mandat additionnel de (5) cinq ans avec l'appui des médecins-chefs locaux pour l'année 2021-2022.

Soumis le 25 mai 2021 par Dre France Desrosiers, présidente-directrice générale du Réseau de santé Vitalité.

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 11 juin 2021

Objet : Nominations – Comités médicaux consultatifs locaux

Lors de la réunion régulière du Comité médical consultatif tenue le 25 mai 2021 une motion a été proposée à l'égard du renouvellement annuel 21-22 de la nomination des membres des Comités médicaux consultatifs.

MOTION 2021-05-25/11-CMC

Proposé par Dr Jean-Philippe Lepage

Appuyé par Dre Marie-Hélène Ranger

Et résolu que le Comité médical consultatif (CMC) recommande en bloc le renouvellement annuel de la nomination des membres des CMC des zones Beauséjour, Nord-Ouest, Restigouche et Acadie-Bathurst, tel que présenté le 25 mai 2021.

ADOPTÉ À L'UNANIMITÉ

ZONE BEAUSÉJOUR

MEMBRES VOTANTS		SECTEUR REPRÉSENTÉ
1	Dre Sophie LeBlanc	Anesthésie
2	Dr Michel Bourgoïn	Chirurgie
3	Dre Karine Arseneault	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 Marie-Josée Martin	Pédiatrie
9	Dr Louis Thériault	Psychiatrie
10	Dr Luc Cormier	Président de l'OPML
11	Dre Louise Thibault	Médecin-chef de zone
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 NORD-OUEST

MEMBRES VOTANTS		SECTEUR REPRÉSENTÉ
1	Dr Charles Zhang	Anesthésie
2	Dr Paul Cloutier	Chirurgie
3	Dr Ahmed Rahbaoui	Gynéco-obstétrique
4	Dr Mohammad Golfam (intérim)	Imagerie diagnostique
5	Dr John Tobin	Médecine familiale
6	Dr Vincent Moreau	Médecine d'urgence - co-chef
7	Dr Jean-Philippe Lepage	Médecine interne
8	Dre Nadine Kabwé	Pédiatrie
9	Dr Saadedine Dimachki	Psychiatrie
10	Dre Chantal Violette	Présidente de l'OPML
11	Dr Eric Levasseur	Médecin-chef de zone
12	Vacant	Médecin représentant de l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin
13	Dr Claude Richard - invité	Médecin représentant de l'Hôpital général de Grand-Sault

14	Dr Gabriel Martin St-Amant	Membre à la discrétion de la zone – médecin d'urgence co-chef
15	Dre Laurie Malenfant	Membre à la discrétion de la zone – Personnel médical - assistante
16	Dre Michèle Michaud	Membre à la discrétion de la zone- Représentante pour le PEM

ZONE RESTIGOUCHE

MEMBRES VOTANTS		SECTEUR REPRÉSENTÉ
1	Dr Prabhat Sinha	Anesthésie
2	Dr Bahram Groohi	Chirurgie
3	Dr Grant Oyeye	Gynéco-obstétrique
4	Vacant	Imagerie diagnostique
5	Dre Nadine Lebel-Déjario	Médecine familiale
6	Dr Dariu Calugaroiu	Médecine d'urgence
7	Dr Al Habash	Médecine interne
8	Vacant	Pédiatrie
9	Vacant	Psychiatrie
10	Dr Warren Lyew	Président de l'OPML
11	Dr Simon Racine	Médecin-chef de zone (intérim)
12	Vacant	Médecin représentant CSC St. Joseph de Dalhousie
13	Dr Marc Lagacé	Membre à la discrétion de la zone : Représentant chirurgie générale
14	Dr Taher Bennani	Membre à la discrétion de la zone – médecine familiale en milieu rural
15	Vacant	Membre à la discrétion de la zone

ZONE ACADIE-BATHURST

MEMBRES VOTANTS		SECTEUR REPRÉSENTÉ
1	Dr Jean-Gabriel Landry	Anesthésie (à l'intérim)
2	Dr Michel Caron	Chirurgie
3	Dre Christine Duclos	Gynéco-obstétrique
4	Dr Denis Thériault	Imagerie diagnostique
5	Dr Carl Boucher	Médecine familiale
6	Dr Pierre Tremblay	Médecine d'urgence
7	Dr Jonathan Dumont	Médecine interne
8	Vacant	Pédiatrie
9	Dr Stéphane Godin	Psychiatrie
10	Dre Natalie Cauchon	Présidente de l'OPML
11	Dr Marc-André Doucet	Médecin-chef de zone
12	Vacant	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 CSC de Lamèque
15	Vacant	Pathologie

Proposé par :

Appuyé par :

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature propose au Conseil d'administration de confirmer le renouvellement annuel de la nomination des membres des Comités médicaux consultatifs des zones Beauséjour, Nord-Ouest, Restigouche et Acadie-Bathurst pour l'année 2021-2022.

Adopté

Soumis le 26 mai 2021 par Dre Nicole LeBlanc, médecin-chef régionale

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 11 juin 2021

Objet : Nominations – Comité médical consultatif

Lors de la réunion régulière du Comité médical consultatif (CMC) tenue le 25 mai 2021, une motion a été proposée à l'égard du renouvellement annuel 21-22 de la nomination des membres du CMC.

MOTION 2021-05-25/10-CMC

Proposé par Dr Mohamed Benlamlih

Appuyé par Dr Taher Bennani

Et résolu que le Comité médical consultatif recommande le renouvellement annuel des nominations des membres du CMC telles que présentées le 25 mai 2021

ADOPTÉ À L'UNANIMITÉ

Membres avec droit de vote	Zone	Secteur représenté
Dr André Denis Basque	Beauséjour	Psychiatrie
Dr Taher Bennani	Restigouche	Médecine familiale en milieu rural
Dre Robyn Comeau	Beauséjour	Médecine interne 2
Dr Gaétan Gibbs	Nord-Ouest	Médecine d'urgence
Dr Marc-André LeBlanc	Acadie-Bathurst	Chirurgie 1
Dr Jean-Philippe Lepage	Nord-Ouest	Médecine interne
Dre Marie-Hélène Ranger	Acadie-Bathurst	Médecine familiale en milieu rural
Dr Ronald Robichaud	Beauséjour	Chirurgie 2
À venir		Pédiatrie
À venir		Médecine familiale en milieu urbain
Dr Marc-André Doucet	Acadie-Bathurst	Médecin-chef
Dre Louise Thibault	Beauséjour	Médecin-chef
Dr Simon Racine	Restigouche	Médecin-chef (intérim)
Dr Eric Levasseur	Nord-Ouest	Médecin-chef
Dre Nicole LeBlanc	Beauséjour	Médecin-chef du Réseau

Proposé par :

Appuyé par :

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature propose au Conseil d'administration de confirmer le renouvellement annuel des nominations des membres du Comité médical consultatif pour l'année 2021-2022.

Adopté

Soumis le 26 mai 2021 par Dre Nicole LeBlanc, médecin-chef régionale

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature

Le 11 juin 2021

Objet : **Nominations - Comité consultatif des patients et des familles**

La composition du Comité consultatif des patients et des familles 2021-2022 est soumise au Comité de gouvernance et de mise en candidature pour approbation et recommandation au Conseil d'administration.

MEMBRES	MANDAT
Pandurang Ashrit	2021-2022
Linda Clark	2021-2022
Lise Malenfant	2021-2022
Richard Houle	2021-2022
Jean-Paul Couture	2021-2022
MEMBRES NON VOTANTS	MANDAT
Gisèle Beaulieu	2021-2022
Diane Mignault	2021-2022
Nicole Frigault	2021-2022
Lynne Lévesque	2021-2022
Guyline Mallet	2021-2022

Proposé par :

Appuyé par :

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature propose au Conseil d'administration de confirmer la nomination des membres du Comité consultatif des patients et des familles pour l'année 2021-2022.

Adopté

Soumis le 25 mai 2021 par Gisèle Beaulieu, v.-p. Performance et Qualité

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature

Date : le 11 juin 2021

Objet : Auto-évaluations, évaluation de la présidente du Conseil et des présidents et présidentes des divers comités, évaluations par les pairs

Chaque année, le Comité de gouvernance et de mise en candidature doit s'assurer que les auto-évaluations, l'évaluation de la présidente du Conseil et des présidents des divers comités du Conseil d'administration, ainsi que l'évaluation par les pairs sont effectuées.

Les résultats des auto-évaluations et des évaluations par les pairs ont été acheminés aux membres concernés et à la présidente du Conseil.

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 le 10 mai 2021.

Le Conseil d'administration sera informé que le processus a été suivi lors de sa prochaine réunion.

Soumis le 14 mai 2021 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

Note couverture

Réunion du Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 11 juin 2021

Objet : Entente de responsabilité

La *Loi sur les régies régionales de la santé* prévoit l'établissement d'un cadre de responsabilité qui décrit les rôles du ministre de la Santé, des autres ministres du gouvernement et des régies régionales de la santé et précise les responsabilités de chacun à l'égard des autres dans le système provincial de santé. L'entente a été révisée à différentes reprises depuis 2008, mais n'a jamais été approuvée. La ministre de la Santé prévoit l'approuver une fois que les conseils d'administration des deux régies auront eu l'occasion de la réviser une dernière fois.

Vous trouverez donc ci-joint la dernière version de l'entente pour votre information et discussion.

Soumis le 3 juin 2021 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

Entente de responsabilité

Entre:

SA MAJESTÉ LA REINE,
du chef de la province du Nouveau-Brunswick
représentée par le ministre de la Santé
(ci-après dénommé le ministre)

-et-

Régie régionale de la santé A et Régie régionale de la santé B,
Personnes morales constituées en vertu des lois de la province du Nouveau-
Brunswick
(ci-après dénommées les régies régionales de la santé du Nouveau-Brunswick)

Ébauche 1.2

18 novembre 2017

Table des matières

1. Définitions
2. Renseignements généraux et contexte
3. Objet de l'entente
4. Durée
5. Rôles et responsabilités
6. Gouvernance et reddition de comptes
 - 6.1 Collaboration
 - 6.2 Processus d'établissement d'objectifs
 - 6.3 Communication
 - 6.4 Gestion financière
 - 6.5 Qualité et sécurité
 - 6.6 Viabilité
 - 6.7 Gestion des risques
7. Rendement du système de santé
 - 7.1. Rapports
 - 7.2. Comités de collaboration
 - 7.3. Amélioration du système

Annexes:

- I. Rôles et responsabilités du ministre et des régies régionales de la santé
- II. Cycle de planification du système de santé
- III. Priorités stratégiques annuelles du système de santé et indicateurs

1. Définitions

Rapport annuel: Rapport présentant la performance et les réalisations d'une régie pendant une année financière en comparaison aux intentions présentées dans le plan régional de la santé et d'affaires. Le rapport annuel comprend aussi les états financiers vérifiés en conformité aux directives liées à la comptabilité financière prescrites par le ministre des Finances.

Plan de gestion du risque intégré: Plan permettant à une régie de gérer et de minimiser les effets des risques financiers, stratégiques, cliniques, opérationnels et tout autre risque sur l'organisation en déterminant la probabilité des risques et l'ampleur de leurs conséquences, et lui permettant de saisir les opportunités liées à l'atteinte des objectifs de la régie en établissant une stratégie en réponse à ces risques et un processus de suivi et des progrès.

Priorités stratégiques annuelles du système de santé: Priorités du système de santé fixées conjointement entre les régies et le ministre pour une année financière et basées sur des données probantes et sur le rendement et les résultats antérieurs.

États financiers mensuels: Rapport de la condition financière d'une régie sous la forme de sommaire opérationnel (revenues et dépenses) et d'indicateurs clés de rendement. Les informations sont présentées de trois façons soit : les données à ce jour, les données réelles et les projections annuelles.

Mise à jour trimestrielle des progrès: Rapport faisant état des progrès d'une régie pour un trimestre donné en fonction des indicateurs de rendement relatifs aux priorités stratégiques annuelles du système de santé, et faisant aussi état des détails concernant les progrès et les activités en cours à la régie relatifs aux priorités et initiatives pour un trimestre spécifique.

2. Renseignements généraux et contexte

La *Loi sur les régies régionales de la santé* prévoit l'établissement d'un cadre de responsabilité qui décrit les rôles du ministre de la santé (le ministre), des autres ministres du gouvernement et des régies régionales de la santé (les régies) et précise les responsabilités de chacun à l'égard des autres dans le système provincial de santé.

Notre système de santé est conçu de telle manière qu'il exige une relation transparente fondée sur la confiance, c'est-à-dire une relation où les rôles, les attentes et les responsabilités sont clairement énoncés et compris, une relation qui encourage et appuie l'amélioration continue de la qualité. L'efficacité générale du système de santé dépend de la volonté et de la capacité du ministre et des régies à collaborer pour améliorer les résultats sur la santé.

Le cadre de responsabilité du système provincial de santé du Nouveau-Brunswick a été préparé en consultation avec les régies afin de répondre à ce besoin et d'assurer une orientation stratégique pour la gouvernance, la planification, le financement, la surveillance et la prestation des services de soins de santé.

3 Objet de l'entente

- La présente entente a pour but :
 - de définir les éléments essentiels de la relation entre le ministre et les régies. Il s'agit d'une entente de responsabilité aux fins de l'article 7 de la *Loi sur les régies régionales de la santé* (2008).
 - de fournir un cadre pour la planification, la surveillance, la mesure et l'évaluation du rendement du système de santé en ce qui a trait aux opérations et à la gestion financière des régies, à la livraison de services de santé, et à l'atteinte de résultats satisfaisants pour les patients et en matière de qualité.
- Cette entente traite principalement des:
 - mécanismes de collaboration auxquels le ministre et les régies feront appel pour remplir leur mandat et leurs objectifs aux termes de la *Loi*.
 - mécanismes auxquels le ministre et les régies feront appel pour s'acquitter efficacement de leurs responsabilités.
- L'entente aide le ministre et les régies à travailler ensemble pour améliorer les résultats et la sécurité pour les patients; assurer un accès plus rapide, intégré et uniforme aux services de santé; et offrir une gestion efficace des ressources en santé. L'amélioration de la prestation des services et l'innovation seront fondées sur les possibilités qu'offre un système plus intégré.

4 Durée

Cette première entente de responsabilité entre le ministre et les régies couvre une période de trois ans allant du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2019. Elle sera évaluée annuellement et révisée afin de refléter l'évolution des priorités stratégiques communes.

5 Rôles et Responsabilités

- 5.1.1 Les rôles et les responsabilités du ministre et des régies sont précisés dans la *Loi sur les régies régionales de la santé*. (Voir Annexe I – Rôles et responsabilités du ministre et des régies régionales de la santé)
- 5.1.2 Le ministre et les régies respectent les rôles et les responsabilités de chacun en collaborant ensemble afin d'offrir des soins intégrés.

6 Gouvernance et reddition de comptes

La reddition de compte fait partie du cycle annuel et est essentielle à la prise des décisions qui détermineront le changement organisationnel, amélioreront la qualité et le rendement, et enrichiront les pratiques de gestion.

- Le ministre est responsable de rendre des comptes au Néo-Brunswickoises et Néo-Brunswickois pour le système de santé par le biais de l'Assemblée législative. Le ministère de la Santé appuie le ministre dans ce rôle.
- Les régies sont responsables de rendre des comptes au ministre pour la prestation et le fonctionnement des services de santé, de formation et de recherche.
- Le ministre, en collaboration avec les régies, établit les indicateurs de rendement et les cibles à inclure dans leurs plans régionaux de la santé et d'affaires.

Pour faciliter l'amélioration du rendement du système de santé et l'affermissement des relations entre le ministre et les régies, ceux-ci acceptent de respecter les paramètres décrits dans les sections suivantes:

6.1 Collaboration

- 6.1.1 Le ministre et les régies travailleront de façon ouverte et positive les uns avec les autres ainsi qu'avec les autres partenaires du système de santé dans le but d'offrir des soins de santé intégrés aux patients, aux usagers et au public.
- 6.1.2 Il peut survenir des problématiques qui exigent la planification, la résolution de problèmes, la prise de décisions et l'intervention concertées. Afin de régler ces problématiques de façon proactive et de maintenir la confiance du public à l'égard du système de santé tout en assurant la transparence nécessaire, les régies et le ministre établiront des processus pour orienter la planification, la gestion des problèmes et la communication externe des informations.

6.2 Processus d'établissement des objectifs

Le processus d'établissement des priorités et des objectifs stratégiques du système de santé du Nouveau-Brunswick est décrit dans la *Loi sur les régies régionales de la santé*. Le ministre et les régies ont chacun et chacune des responsabilités bien définies :

- 6.2.1 Le ministre établira un plan provincial de la santé. Ce plan tiendra compte des besoins de la population, offrira un accès équitable et renforcera la qualité et l'efficacité des soins. La planification et la prise de décision seront basées sur des données probantes et sur une perspective provinciale. Les activités de développement du plan provincial de la santé seront menées par le ministre en collaboration avec les régies.
- 6.2.2 Le ministre travaillera avec les régies pour déterminer conjointement les priorités stratégiques annuelles du système de santé (Annexe III) ainsi que les indicateurs et les cibles qui y seront

associés. Ces indicateurs et cibles seront transférés au tableau de bord du système de santé et seront rapportés selon le cycle établi de planification du système de santé (Annexe II).

- 6.2.3 Les régies développeront des plans régionaux de la santé et d'affaires triennaux mis à jour annuellement et qui seront soumis au ministre au plus tard 60 jours suivant la réception de la lettre du budget du ministère de la Santé.
- 6.2.4 L'article 32(1) de la *Loi sur les régies régionales de la santé* précise que le plan régional de la santé et d'affaires doit être conforme aux priorités et aux orientations stratégiques du plan provincial de la santé. Le plan régional de la santé et d'affaires doit aussi être conforme aux priorités stratégiques annuelles du système de santé acceptées de toutes les parties.
- 6.2.5 Les régies, en fonction de toute orientation stratégique, norme et ligne directrice établies par le ministre, détermineront aussi les priorités relatives aux services de santé offerts qui rencontrent toute norme établie par le ministre en ce qui concerne la qualité des services de santé, et administreront les ressources en conséquence à partir des fonds affectés par le ministre.
- 6.2.6 Le ministre révisera les plans régionaux de la santé et d'affaires et donnera ses commentaires ou son approbation écrite au plus tard 45 jours suivant la réception des plans.

6.3 Communication

Le ministre et les régies partageront les détails de toute annonce formelle (documents, déclarations, etc.) et de toute autre activité relative aux activités de cette entente au moins deux semaines à l'avance, si possible, afin de permettre des discussions préalables sur tous les aspects de l'événement avec les responsables compétents de chaque organisation.

6.4 Gestion financière

Les responsabilités financières des régies, y compris les rapports en cours d'exercice, la préparation de rapports et de vérification, sont décrites en détail dans la Partie 4 de la *Loi sur les régies régionales de la santé*.

- 6.4.1 Les régies ne peuvent pas planifier, engager ou faire des dépenses pouvant occasionner un déficit du fonds de fonctionnement ou du fonds d'immobilisation au cours d'un exercice financier.
- 6.4.2 Les vérificateurs des régies doivent signaler toute faiblesse de contrôle interne, insuffisance du système de gestion de l'information ou autre élément ayant besoin d'amélioration au conseil et au ministre.
- 6.4.3 Les régies doivent mettre en place un comité de vérification pour :
- examiner leurs états financiers en détail avec le vérificateur;
 - évaluer les systèmes de contrôle internes ainsi que toute lettre de recommandation et tout rapport de vérification;
 - examiner le déroulement et le caractère adéquat d'une vérification, et;

- enquêter sur toute question découlant d'une vérification qui, selon le comité, exige une enquête.

6.4.4 Les régies certifieront remplir leurs obligations en matière de gestion financière décrites ci-dessus par le biais d'une lettre au ministre ou par le biais des procès-verbaux des réunions des conseils.

6.5 Qualité et sécurité

Un système de santé performant offre des services de qualité qui sont :

- sécuritaires,
- axés sur la personne,
- respectueux de la diversité et de l'équité,
- accessibles,
- ininterrompus,
- efficaces,
- appropriés,
- efficaces,
- favorables à une culture saine en milieu de travail,
- alimentés par l'information.

6.5.1 Les régies doivent mettre en place un comité sur la qualité et la sécurité pour maintenir et évaluer un programme exhaustif de sécurité et d'amélioration de la qualité.

6.5.2 Les régies certifieront remplir leurs obligations en matière de qualité et de sécurité décrite ci-dessus par le biais d'une lettre au ministre ou par le biais des procès-verbaux des réunions publiques ou à huis-clos des conseils.

6.6 Viabilité

6.6.1 Les régies chercheront continuellement des façons d'améliorer la prestation des services de santé, et leur leadership dans ce domaine est très valorisé. Si les régies ont l'autonomie nécessaire pour la poursuite de ces améliorations – conformément aux principes de respect mutuel, de communication ouverte et du « pas de surprise » – les régies doivent informer le ministre de tout changement non-planifié à la livraison ou à l'emplacement des services pour les raisons suivantes :

- un service ne pouvant être offert de façon économique;
- un service ou un programme est assuré par un régime public dans seulement une région de la province;
- le volume de service est faible, ce qui crée des risques en terme de qualité et de sécurité si l'on continue d'offrir le service;
- Un service devant être déplacé parce qu'il est déjà offert par un hôpital voisin ayant une capacité supplémentaire.
- une pénurie prolongée de ressources humaines fait en sorte qu'il est impossible d'offrir un service de façon constante et fiable.

6.6.2 Le ministre peut demander que les régies préparent un plan d'intervention pour répondre aux problématiques majeures et émergentes de prestation de services identifiés au point 6.6.1 avant que toute mesure soit mise en œuvre.

6.7 Gestion des risques

6.7.1 Le ministre et les régies travailleront ensemble pour déterminer et atténuer les risques qui ont ou qui pourraient avoir une incidence marquée sur la capacité des régies à offrir des services de santé, et sur la stabilité ou la viabilité du système de santé.

6.7.2 Les régies développeront un plan exhaustif de gestion du risque intégré.

6.7.3 Les régies certifieront remplir leurs obligations en matière de gestion des risques décrites ci-dessus par le biais d'une lettre au ministre ou par le biais des procès-verbaux des réunions publiques ou à huis-clos des conseils.

7.0 Rendement du système de santé

7.1 Rapports

Les régies doivent chacune présenter au ministre:

7.1.1 Un **rapport annuel** immédiatement après la fin de chaque année financière au plus tard le 30 juin. Le rapport annuel présente le rendement et les réalisations de la régie pendant l'année financière précédente en comparaison aux intentions présentées dans le plan régional de la santé et d'affaires. Le rapport annuel comprend aussi les **états financiers vérifiés** en conformité aux directives liés à la comptabilité financière prescrites par le ministre des Finances.

7.1.2 Une **mise à jour trimestrielle des progrès au ministre**, durant la rencontre du Comité ministériel du système de santé, qui inclura:

- Les progrès concernant les indicateurs de rendement inclus dans le tableau de bord du système de santé et toute autre mesure prioritaire. (Voir Annexe I – Rôles et responsabilités du ministre et des régies régionales de la santé).
- Les détails concernant les activités en cours à la régie au sujet des priorités et initiatives stratégiques;
- La dernière mise à jour trimestrielle de l'année financière devrait présenter les problèmes notables rencontrés par les régies concernant leur rendement annuel par rapport aux priorités stratégiques annuelles du système de santé et qui n'étaient pas anticipés. Lorsque le rendement annuel ne correspond pas au rendement anticipé, le rapport devrait présenter pourquoi les résultats prévus n'ont pas été atteints et ce que les régies entendent faire afin d'atteindre les résultats prévus.

7.1.3 **États financiers mensuels**, tel qu'exigé par le ministre

7.1.4 **Procès-verbaux des réunions publiques et à huis-clos du conseil.** Les régies continueront de soumettre les procès-verbaux des réunions publiques et à huis-clos de leurs conseils selon l'article 24(3) de la *Loi sur les régies régionales de la santé*.

7.2 Comités de collaboration

7.2.1 Afin de faciliter la collaboration et la responsabilité des parties dans l'exécution de cette entente, les groupes suivants seront formalisés : 1) réunions entre le ministre et les régies, 2) forum des cadres supérieurs du système de santé, 3) comité des cadres supérieurs cliniques et du ministère de la Santé.

7.2.2 Le tableau suivant offre une direction initiale en ce qui concerne la composition et les sujets permanents à l'ordre du jour pour chacun de ces groupes et qui s'aligne au cycle de planification du système de santé établi dans le cadre de cette entente.

Tableau 1 : Composition des groupes, éléments permanents à l'ordre du jour et nombre de réunions

	Comité ministériel du système de santé	Forum des cadre supérieurs du système de santé	Comité des cadres supérieurs cliniques et du ministère de la Santé
Membres	Ministre et/ou le sous-ministre, les présidences des conseils et/ou les PDG, Conseil de la santé du N.-B. (biannuel)	Équipes des cadres supérieurs des régies et du ministère de la Santé avec la participation du Conseil de la santé du N.-B.	VP cliniques des régies et SMA de la Santé avec responsabilités cliniques
Ordre du jour permanent	Rapport des conseils des régies, Examen des mises à jour trimestrielles, gestion des problématiques	Tendances à long terme, Analyses en santé, établissement des priorités stratégiques	Examen des mises à jour trimestrielles, projets stratégiques conjoints, gestion des problématiques
Nombre de réunions	Au plus tard 30 jours suivant la réunion du conseil d'administration d'une régie	Au moins deux fois par année	Au plus tard 30 jours suivant les rapports trimestriels et avant le plan régional de la santé et d'affaire

7.3 Amélioration du système

Les régies sont responsables de la prestation d'un ensemble désigné et approuvé de services de santé dans la province et le ministre limitera les circonstances où il interviendra dans les activités des régies.

Cependant, si le rendement des régie ne correspond pas aux résultats prévus dans le plan provincial de la santé, aux priorités stratégiques annuelles du système de santé, aux indicateurs de rendement clés, aux cibles financières et aux objectifs du plan régional de la santé et d'affaires, le ministre peut donner des directives aux régies sur des points particuliers auxquels elles doivent remédier, et/ou demander aux régies de lui soumettre des plans d'amélioration pour assurer l'atteinte des cibles ou des résultats.

Les parties ont signé la présente entente à la date qui figure vis-à-vis de leur signature ci-dessous.

SA MAJESTÉ LA REINE du chef de la
Province du Nouveau-Brunswick
représentée par le ministre de la Santé

_____ Date: _____
Tom Maston TÉMOIN
Sous-ministre

Régie régionale de la santé A

_____ Date: _____
Gilles Lanteigne TÉMOIN
Président-directeur général
Régie régionale de la santé A

Régie régionale de la santé B

_____ Date: _____
John McGarry TÉMOIN
Président-directeur général
Régie régionale de la santé B

ANNEXES

Annexe I – Rôles et responsabilités du ministre et des régions régionales de la santé

Appendix II – Cycle de planification et surveillance intégrée du système de santé

Appendix III – Cadre stratégique du système de santé

Annexe I

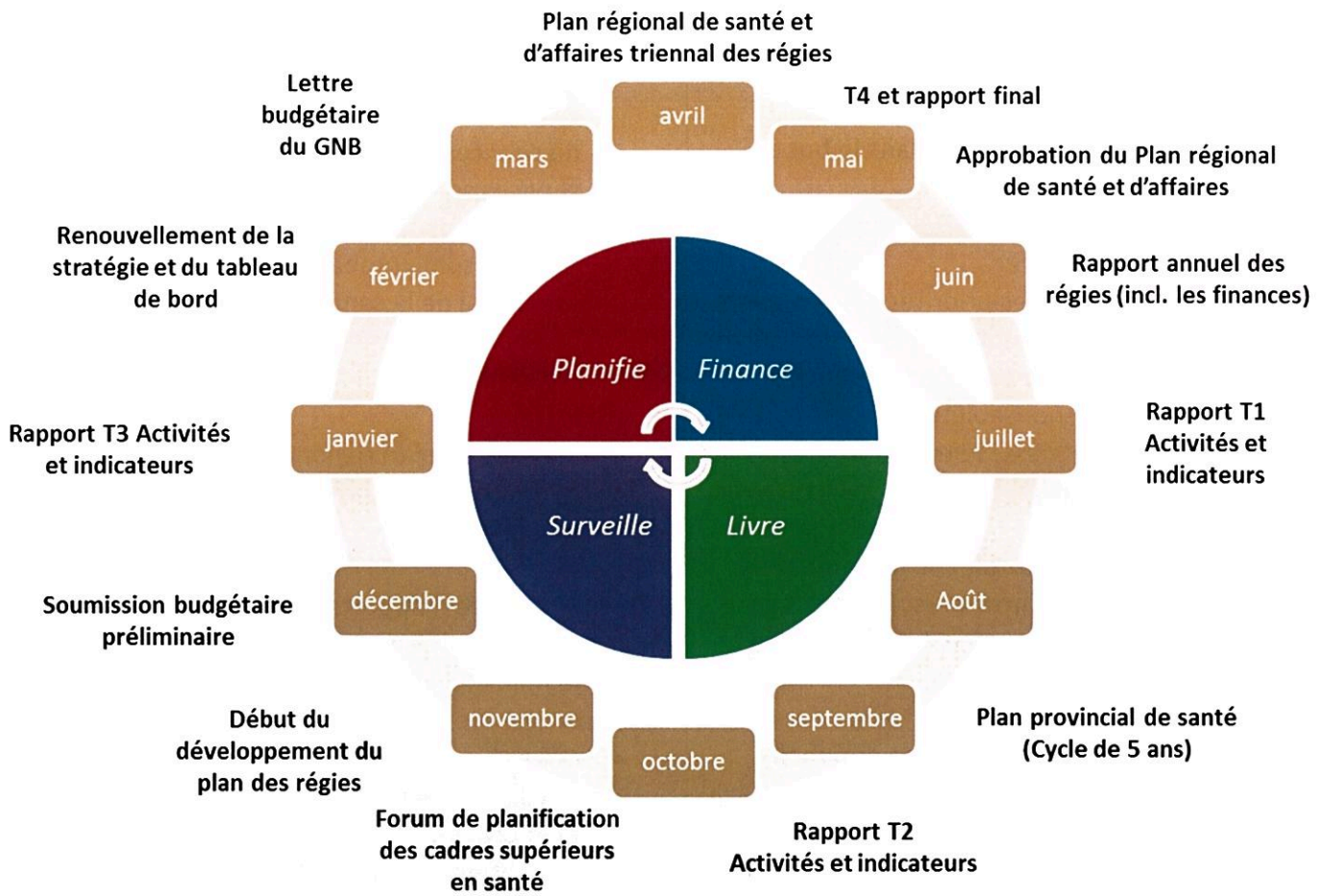
Rôles et responsabilités du ministre et des régies régionales de la santé

Les rôles et les responsabilités clés du ministre et des régies sont présentés ci-dessous :

Rôle	
Ministre de la Santé	Régies régionales de la santé
<p>Le ministre apporte la direction, la coordination et le soutien visant à assurer que les organismes du système de santé fonctionnent dans le cadre d'un système provincial de la santé intégré. Le ministre est responsable de déterminer les services de santé à être livrés par les régies et d'administrer l'affectation des ressources en conséquence.</p> <p>Le Ministère :</p> <ul style="list-style-type: none">• Mène la planification intégrée au niveau provincial,• surveille la qualité de la prestation de services de soins de santé et les résultats pour la santé de la population,• coordonne et consolide les activités de financement,• soutient le fonctionnement des structures de gouvernance et l'administration des diverses lois et règlements en matière de santé sous la responsabilité du ministre dont la <i>Loi sur les régies régionales de la santé</i>,• offre certains services de santé.	<p>Les régies sont responsables au ministre de la prestation et du fonctionnement des services de santé, de formation et de recherche.</p> <p>Les régies assurent la prestation et l'administration des services de santé de grande qualité, basés sur les résultats et les données probantes, et livrés de façon économique dans des régions géographiques désignées. À cette fin, elles déterminent les besoins de santé des citoyens par le biais de consultations et d'engagement du citoyen et offrent un éventail de services destinés à répondre à ces besoins, ces services étant compris dans un plan approuvé par le ministre et conforme au Plan provincial de la santé. (<i>Loi sur les régies régionales de la santé</i>, Partie 3, Section C)</p>

Responsabilités clés	
Ministre de la Santé	Régie régionale de la santé
<ul style="list-style-type: none"> • Établi et peut modifier un plan provincial de la santé • Établi une entente de responsabilité. • Donne des directives dans le but de: <ul style="list-style-type: none"> • mettre en œuvre le plan provincial de la santé • donner des priorités et des lignes directrices qu'une régie doit suivre dans l'exercice de ses pouvoirs et de responsabilités, • Coordonner le travail des régies les unes avec les autres, ainsi qu'avec les programmes, les politiques et les travaux du gouvernement et avec d'autres personnes à l'égard de la prestation des services de santé. • Établi des paramètres et donne des directives à une régie relativement à la planification, à l'organisation, à la gestion et à la prestation des services de santé par la régie. • Fixe les cibles pour les indicateurs de rendement clés déterminés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Livre et administre des services de santé. • Peut offrir des services de santé seulement lorsqu'il existe des besoins de services de santé; lorsque les services sont compris dans un plan approuvé par le ministre; lorsque les services sont compatibles avec le plan provincial de la santé; lorsque les ressources nécessaires sont disponibles. • Prépare un plan régional de la santé et d'affaire triennal et le met à jour annuellement. • Soumet les rapports et les renseignements statistiques exigés par le ministre dans les délais fixés. • Offre des conseils au ministre sur des questions liées à la mise en œuvre du plan provincial de la santé et sur la prestation des services de santé. • Participe aux comités consultatifs et mixtes de planification.

Annexe II Cycle de planification et surveillance intégrée du système de santé



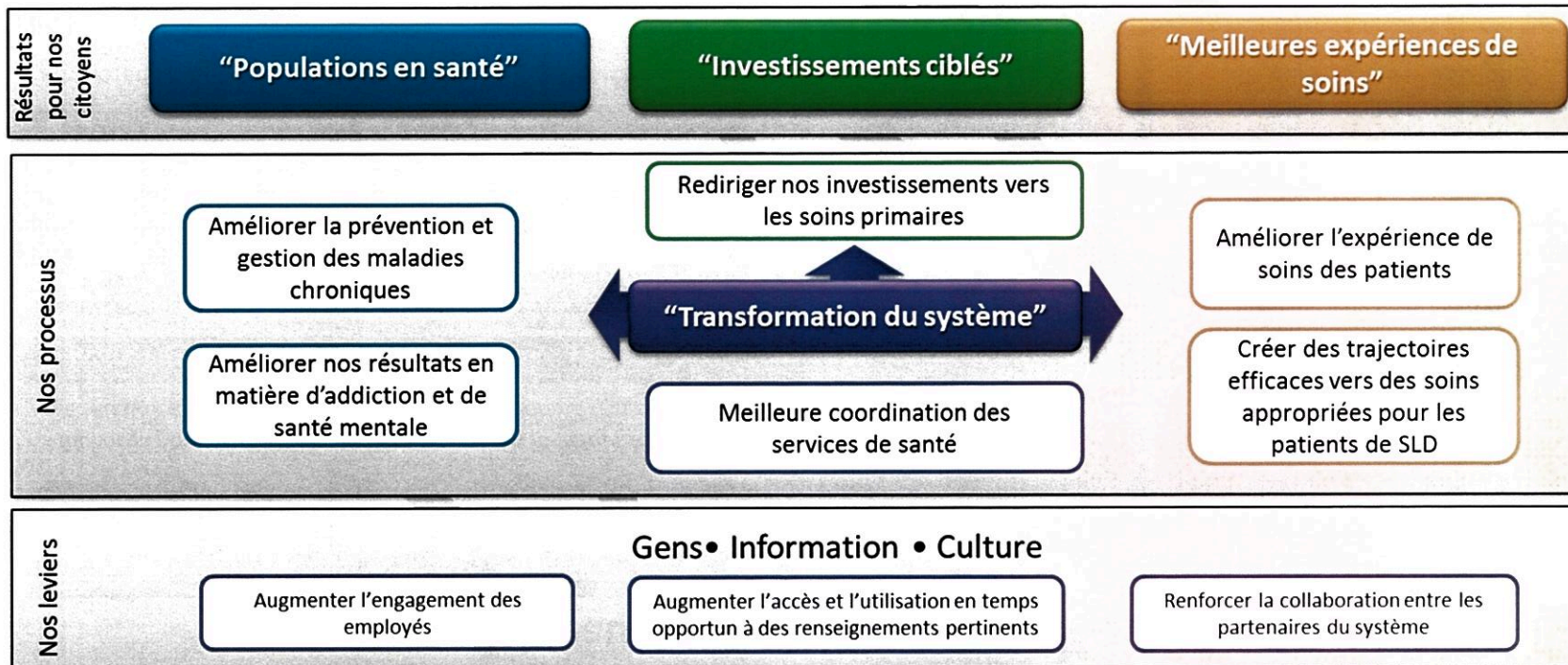
**Annexe III :
Cadre stratégique du système de santé**



Schéma stratégique du système de santé 2016-2018

VISION du GNB 2018:
Remettre le New Brunswick en marche

1. Plus d'emplois
2. Responsabilité fiscale
3. Meilleur endroit pour élever une famille



Vision commune de la santé : Un Nouveau-Brunswick en santé
Valeurs communes : intégrité, équité, compassion, respect et excellence

Tableau de bord du système de santé

Populations en santé	Indicateurs	Base	Cible	Cible étendue
Améliorer la gestion et prévention des maladies chroniques	Diminuer l'hospitalisation pour les conditions chroniques importantes	4 838	Réduction de 2%	Réduction de 3%
Améliorer nos résultats en matière d'addiction et de santé mentale	<i>En développement: Temps d'attente avant le traitement clinique</i>	<i>tbd</i>	<i>tbd</i>	<i>tbd</i>
Investissements ciblés	Indicateurs	Base	Cible	Cible étendue
Rediriger nos investissements vers les soins de santé primaires	<i>En développement: Dépenses en santé primaire (% ou par capita)</i>	<i>tbd</i>	<i>tbd</i>	<i>tbd</i>
	Diminuer la moyenne d'heures de maladie par année par ÉTP	11.36 jours (H) 11.99 jours (V)	Réduction de 1%	Réduction de 3%
Meilleures expériences de soins	Indicateurs	Base	Cible	Cible étendue
Améliorer l'expérience de soins des patients	Diminuer les cas en attente pour chirurgies cardiaques (PACG)	212 jours	182 jours	160 jours
Créer des trajectoires efficaces vers des soins appropriés pour SLD	Diminuer la durée moyenne du séjour – 65+ (soins aigus)	12.1 jours	12 jours	11.5 jours
Transformation du système	Indicateurs	Base	Cible	Cible étendue
Meilleure coordination des services de santé	Diminuer le % de triage 4 et 5 à l'urgence	60.1%	59.1%	58.6%
Augmenter l'accès et l'utilisation en temps opportun à des renseignements pertinents	# d'échéances rencontrées liées au développement de la stratégie	0/2	2/2	2/2
Renforcer la collaboration entre les partenaires du système	Augmenter le % des engagements de l'entente rencontrés vs objectifs	Nil	80%	100%

Note couverture

Réunion du Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 11 juin 2021

Objet : Évaluation de la performance organisationnelle

Tel que déjà discuté, la firme Ernst & Young (EY) a été retenue au début mars afin d'accompagner le Réseau dans une Évaluation de sa performance organisationnelle depuis 2008 en lien avec les services cliniques et sa structure organisationnelle dans le but de ressortir ses forces, les endroits plus matures pour innover et ressortir également les écarts à adresser.

La démarche a été effectuée au moyen d'une combinaison d'entrevues, de sondages et d'analyses de données. Les piliers de l'évaluation du rendement ont ensuite été évalués en fonction d'un cadre d'évaluation reconnu (Quadruple Aim) afin de cerner les possibilités d'amélioration des services. Une centaine d'entrevues individuelles et de groupes ont été effectuées, plus de 715 réponses ont été obtenues à la suite d'un sondage interne pour les employés et médecins, plus de 90 documents ont été analysés et triangulés et plus de 50 fichiers de données ont été analysés pour déterminer les tendances actuelles et comparer aux données historiques. Il est à noter que l'analyse des performances incluent les deux zones (1A et 1B) pour Moncton.

Un résumé des questions émergentes soulevées au cours des entrevues et des rencontres des principaux intervenants y compris les principaux facteurs ayant une incidence sur les activités du Réseau a été analysé en lien avec les meilleures pratiques et des tendances émergentes dans les différents domaines. Des stratégies et recommandations sont dans le processus d'être validées afin d'atteindre les meilleures pratiques, y compris des suggestions pour renforcer les approches et les objectifs stratégiques.

Le projet avance tel que prévu et une présentation des grands constats et recommandations sera effectuée à l'ensemble du Conseil d'administration lors de sa prochaine réunion.

Soumis le 3 juin 2021 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

Note couverture

Réunion du Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 11 juin 2021

Objet : Mise à jour des règlements administratifs

Une révision des règlements administratifs du Réseau a été effectuée conjointement avec Horizon et le ministère de la Santé afin de préciser les attentes du Conseil en lien avec les lettres d'offre et le renouvellement de privilèges des médecins et d'atteindre les objectifs de rendement établis par le ministre de la Santé.

Vous trouverez ci-joint une présentation PowerPoint sur la mise à jour des règlements administratifs, la lettre de mandat reçu du ministre de la Santé et une copie des règlements administratifs précisant les modifications apportées pour consultation et approbation.

Soumis le 1^{er} juin 2021 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité



RÉSEAU DE SANTÉ
vitalité
HEALTH NETWORK



Mise à jour des règlements administratifs

Présenté au Comité de gouvernance et
de mise en candidature

Le 11 juin 2021



Propositions et objectifs

- Nous proposons des précisions aux règlements administratifs, en lien avec les attentes, les lettres d'offre et le renouvellement de privilèges des médecins à notre Conseil d'administration (CA)
- Notre objectif : Nous assurer que le système fonctionne comme un tout dans l'atteinte d'objectifs alignés tout en respectant le privilège d'auto-gestion des départements médicaux

Afin de vous permettre de comprendre notre raisonnement :

- Rappel 1: Les Régies régionales de la Santé ont été créées en vertu de la Loi sur les Régies régionales de la santé (RRS) dans le but d'assurer la prestation des services de santé et de leur administration dans des secteurs géographiques déterminés
- Rappel 2 : Les Régies régionales de la Santé sont responsables, entre autres, de superviser la qualité de l'acte médical et d'offrir ou de renouveler les privilèges de pratique médicaux

Afin de vous permettre de comprendre notre raisonnement :

- Rappel 3 : Le ministre établit un cadre de responsabilités qui décrit les rôles
 - du ministre
 - des régies régionales de la Santéet qui énumère les responsabilités que chacun d'eux a à l'égard des autres dans le système provincial de la santé

- Rappel 4 : Le ministre
 - établit et peut modifier un plan provincial de la santé
 - donne des directives aux régies pour le mettre en application
 - fixe des priorités et objectifs de rendement aux Régies
 - établi des paramètres de surveillance

Objectifs de rendement

- Concernant ces objectifs de rendement, en décembre 2020, le ministre a confié une lettre de mandat à ses 2 CA. Plusieurs objectifs concernent des objectifs de pratique médicale (ci-jointe en Annexe A)

Octroi des privilèges des médecins

- L'octroi des privilèges des médecins étant approuvé par le CA, sous condition du respect des Lois provinciales, des règlements du ministre et des règles du CA des Régies, nous avons senti que certaines attentes et processus devaient être précisées à l'intérieur de ces dits règlements:
 - afin de donner aux chefs de département médicaux de meilleurs outils et paramètres de gestion
 - afin de permettre aux départements médicaux de s'auto gérer en respectant la Loi et en demeurant alignés au plan provincial

Précision aux règlements administratifs

- Voici donc les précisions aux règlements, proposées au CA, en lien avec cet alignement et ce privilège d'auto-gestion
- Annexe B



RÉSEAU DE SANTÉ
vitalité
HEALTH NETWORK

Le 14 avril 2021

Madame Michelyne Paulin
Présidente du Conseil d'administration
Réseau de santé Vitalité
275, rue Main
Bathurst (Nouveau-Brunswick) E2A 1A9

Objet : Lettre de mandat

Madame,

Le Réseau de santé Vitalité joue un rôle fondamental dans l'une des six priorités de notre gouvernement : des soins de santé publics fiables. Notre gouvernement est résolu à améliorer les résultats dans le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick et à le rendre plus efficient, accessible et responsable. Nous croyons également qu'il est extrêmement important d'aider les Néo-Brunswickois à améliorer leur santé et leur bien-être en adoptant un style de vie plus sain. À cette fin, mon ministère, de concert avec l'équipe de la haute direction de votre réseau, a élaboré des indicateurs de rendement clés (IRC) qui seront intégrés aux ententes de responsabilité avec les deux régions régionales de la santé (RRS). Ces indicateurs illustreront une vision collective pour l'avenir de notre système de soins de santé et serviront de fondement à notre plan de santé provincial. Étant donné les défis que pose la COVID-19 au système de soins de santé et à ceux et celles qui y travaillent, j'anticipe que les IRC finalisés, l'ébauche des ententes de responsabilité et le plan de santé provincial soient prêts à être examinés par vos conseils d'administration en mai 2021.

Dans le cadre du travail d'élaboration du nouveau plan de santé provincial, le premier ministre m'a demandé d'entreprendre un processus de consultation publique exhaustive qui comprendra une discussion transparente au sujet des problèmes auquel notre système fait face chaque jour. J'ai publié un document de travail en janvier qui présentera une approche collaborative des soins d'excellente qualité, axés sur le patient, ainsi qu'un milieu de travail sûr et gratifiant pour nos professionnels de la santé. Les séances de consultation avec les collectivités, les professionnels de la santé, les gouvernements autochtones et les intervenants du système sont organisées. Tous les Néo-Brunswickois et tous les organismes de notre province officiellement bilingue pourront présenter leurs réflexions et leurs idées. Je lui suis reconnaissante de la participation active du Réseau de santé Vitalité au processus jusqu'à présent.



Madame Michelyne Paulin
Page 2

L'achèvement des ententes de responsabilité et la publication du nouveau plan de santé provincial offriront aux RRS le fondement nécessaire pour créer des plans de santé et d'affaires régionaux qui traiteront des nombreux défis auxquels notre système fait face et qui promouvront l'excellence de nos services de santé. En revanche, nous devrions commencer à travailler sans attendre aux initiatives ci-dessous qui sont liées aux priorités de notre gouvernement. Ces initiatives feront partie de notre plan de santé provincial et nous attendons des RRS qu'elles travaillent en collaboration avec le Ministère pour atteindre ces buts. Ces priorités sont présentées à l'annexe B du présent document. Veuillez noter que des modifications ont été apportées à cette annexe.

Je m'attends à ce que vous vous assuriez, à titre de société de la Couronne, que votre conseil d'administration applique des principes de saine gouvernance en suivant une stratégie efficace qui permettra de remplir votre mandat ci-joint (voir annexe A). Le respect de la *Loi sur les régions régionales de la santé* et des règlements et politiques de votre RRS en fait partie. J'attends de Vitalité qu'elle continue de collaborer avec les autres partenaires des soins de santé à la définition de buts stratégiques à long terme pour notre système, en suivant le processus de planification intégré établi. Des réunions de responsabilité seront tenues chaque trimestre au sujet des progrès que vous accomplirez pour atteindre ces buts. Votre plan de santé et d'affaires régional triennal devra respecter les exigences stipulées dans la *Loi sur les régions régionales de la santé* et expliquer clairement comment vous comptez atteindre les cibles définies dans l'entente de responsabilité. J'attends que vous me remettiez un rapport annuel sur les activités menées pendant l'exercice 2020-2021 pour atteindre ces résultats, rapport qui devra être soumis au greffier de l'Assemblée législative.

Je sais que je peux compter sur votre travail acharné et sur votre dévouement pour aider votre conseil d'administration à s'acquitter de ses fonctions et de ses responsabilités. Je suis impatiente de recevoir vos conseils et vos recommandations et de travailler avec vous pour obtenir des résultats qui feront avancer le Nouveau-Brunswick. Je vous remercie sincèrement d'assumer votre rôle et de votre dévouement et de vos efforts.

Veuillez agréer, Madame, mes salutations distinguées.

La ministre,



K. Dorothy Shephard

c. c. L'honorable Blaine M. Higgs, premier ministre
D^{re} France Desrosiers, PDG, Réseau de santé Vitalité

Annexe A — Mandat

Le Réseau de santé Vitalité exécutera ce qui suit :

1. Votre mandat ne s'écartera pas des fins et des responsabilités énoncées dans la *Loi sur les régies régionales de la santé* ni ne les étendra.
2. Vous me soumettrez pour approbation tous les règlements nouveaux ou modifiés.
3. Veuillez-vous assurer que votre proposition de budget annuel, contenant le montant estimé des fonds nécessaires pour le fonctionnement de la RRS pendant l'exercice financier suivant, me parvient au plus tard le 15 novembre de chaque année.
4. Veuillez-vous assurer que la mise à jour annuelle de votre plan de santé et d'affaires régional triennal m'est remise pour approbation au plus tard 60 jours suivant la réception de votre lettre du budget. Vous vous assurerez que ce plan est publié sur votre site Web au plus tard de 30 juin de chaque année.
5. Veuillez-vous assurer que vos états financiers mensuels sont remis au Ministère d'ici à la fin du mois suivant.
6. Veuillez-vous assurer que le procès-verbal de chaque réunion du conseil d'administration m'est remis au plus tard sept (7) jours après son adoption.
7. Veuillez-vous assurer que vos états financiers non vérifiés pour l'exercice précédent me sont présentés au plus tard le 31 mai de chaque année. Assurez-vous également que vos états financiers vérifiés et le rapport du vérificateur à leur sujet sont approuvés par le conseil d'administration et qu'ils me sont remis au plus tard le 30 juin de chaque année.
8. Veuillez-vous assurer que votre rapport annuel m'est présenté au plus tard le 30 juin de chaque année. Vous vous assurerez également qu'il est déposé au bureau du greffier de l'Assemblée législative.

Annexe B : Priorités gouvernementales

PRIORITÉS GOUVERNEMENTALES	
Améliorer la santé et le bien-être des Néo-Brunswickois/réduire la consommation de substances et les dépendances.	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre le plan d'action, d'évaluation et de surveillance en traitement des dépendances et des maladies mentales qui sera axé sur l'amélioration de la santé de la population et l'accès général aux soins. • Mettre au point un programme amélioré pour traiter les maladies concomitantes à Campbellton.
Améliorer l'efficacité et l'efficacités de la prestation des services de santé/mettre sur pied un réseau de soins primaires connecté et élargi.	<ul style="list-style-type: none"> • Ouvrir la clinique des infirmières praticiennes à Moncton. • Responsabiliser les médecins par l'introduction des ententes de responsabilité. • Réduire la liste Accès patient NB de 50 % d'ici juin 2021.
Améliorer l'efficacité et l'efficacités de la prestation des services de santé/mettre à profit les solutions de santé numériques dans tous les programmes et services.	<ul style="list-style-type: none"> • Généraliser l'utilisation des soins virtuels.
Améliorer l'efficacité et l'efficacités de la prestation des services de santé/offrir un accès opportun et approprié aux services.	<ul style="list-style-type: none"> • Introduire des services sans rendez-vous dans les 14 centres communautaires de santé mentale et de traitement des dépendances de la province. • Augmenter les ressources des services de santé mentale et de traitement des dépendances. • Poursuivre la mise en œuvre de la stratégie des ressources en soins infirmiers. • Réaliser l'embauchage net de 20 nouveaux médecins. • Réduire de 50 pour cent le nombre de personnes qui attendent plus d'un an pour une chirurgie de remplacement de la hanche et du genou d'ici septembre 2021. • Éliminer le nombre de personnes qui attendent plus d'un an pour une

	<p>chirurgie de remplacement de la hanche ou du genou d'ici mars 2022.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Étendre la portée de l'initiative de récupération rapide après chirurgie du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont.
<p>Améliorer l'harmonisation et la responsabilité du système de santé et de ses partenaires/mobiliser les partenaires du système de santé au service d'une vision commune.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participer à l'élaboration d'une entente de responsabilité, des indicateurs de rendement clés et du plan de santé provincial.

RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON
(RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ B)

RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ
(RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ A)

Règlements administratifs



Table des matières

SECTION A - GÉNÉRALITÉS.....	5
A.1.0 Définitions	5
A.2.0 Règlements administratifs, accès public	7
A.3.0 Modification aux règlements administratifs	7
A.4.0 Confidentialité	8
A.4.1 Information et documents confidentiels	8
A.4.2 Manquement à la protection de la vie privée ou à la confidentialité.....	8
A.5.0 Dossiers.....	8
A.6.0 Divisibilité	9
A.7.0 Valeur juridique	9
SECTION B - ADMINISTRATION.....	10
B.1.0 Conseil d'administration.....	10
B.2.0 Membres – Admissibilité, service maximum.....	10
B.3.0 Réunions – Procédures, avis, quorum, accès public.....	10
B.4.0 Services de traduction	11
B.5.0 Procès-verbaux	11
B.5.1 Procès-verbaux, accès public.....	11
B.6.0 Réunions du conseil.....	11
B.6.1 Réunions spéciales du conseil	12
B.6.2 Assemblées annuelles du conseil	12
B.6.3 Ordre du jour de l'assemblée annuelle	12
B.7.0 Dirigeants du conseil	12
B.7.1 Fonctions du président.....	13
B.7.2 Fonctions du vice-président	13
B.7.3 Fonctions du trésorier	13
B.7.4 Fonctions du secrétaire	13
B.8.0 Comités permanents du conseil	14
B.8.1 Comité exécutif.....	14
B.8.2 Comité des finances et de vérification	14
B.8.3 Comité de gouvernance et de mise en candidature	14
B.8.4 Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients	15

B.8.5	Comité stratégique de la recherche et de la formation (s'applique au Réseau de santé Vitalité seulement).....	16
B.9.0	Comités spéciaux du conseil.....	16
B.10.0	Conflits d'intérêts	16
B.11.0	Comités consultatifs	17
B.11.1	Comité professionnel consultatif	17
B.11.2	Composition du Comité professionnel consultatif.....	17
B.11.3	Comité médical consultatif.....	17
B.11.4	Composition du Comité médical consultatif	18
B.11.5	Autres comités.....	18
B.11.6	Comité d'examen des titres et autres comités.....	18
B.12.0	Président-directeur général (PDG).....	18
B.12.1	Fonctions du président-directeur général.....	18
B.13.0	Médecin-chef.....	19
B.13.1	Compétences du médecin-chef.....	19
B.13.2	Poste rémunéré.....	19
B.13.3	Processus de sélection.....	19
B.13.4	Durée du mandat.....	19
B.13.5	Responsabilités du médecin-chef.....	20
B.13.6	Médecin-chef intérimaire.....	21
B.14.0	Politiques du conseil.....	21
B.15.0	Plan régional de santé et d'affaires	21
B.16.0	Rapport annuel au Ministre.....	22
B.17.0	Année financière	22
B.18.0	Opérations bancaires.....	22
B.19.0	Signataires	22
B.20.0	Cautionnement.....	22
B.21.0	Sceau.....	23
B.22.0	Vérificateurs	23
B.23.0	Associations auxiliaires.....	23
SECTION C – PERSONNEL MÉDICAL.....		24
C.1.0	Administration médicale	24
C.1.1	Un seul personnel médical	24

C.1.2	Structure administrative médicale	24
C.1.3	Division des départements	24
C.1.4	Responsabilités des départements au sein de la RRS	24
C.1.5	Formation de nouveaux départements.....	25
C.1.6	Modification du statut du département	25
C.1.7	Chefs de département.....	25
C.2.0	Groupes cliniques	26
C.2.1	Responsabilités des groupes cliniques	26
C.2.2	Composition des groupes cliniques.....	26
C.2.3	Chefs des groupes cliniques	26
C.3.0	Droits et obligations des catégories de personnel médical	27
C.3.1	Personnel médical actif	27
C.3.2	Personnel médical associé.....	28
C.3.3	Personnel médical consultant	29
	C.3.3.1 Membres-conseils exerçant dans la province	29
	C.3.3.2 Membres-conseils exerçant à l'extérieur de la province	29
C.3.4	Personnel médical suppléant (locum tenens)	30
C.3.5	Personnel médical invité	30
C.3.6	Assistant clinique.....	31
C.3.7	Fellow clinique	31
C.3.8	Stagiaire en médecine clinique.....	32
C.3.9	Personnel affilié	32
C.4.0	Résidents en médecine	32
C.4.1	Personnel scientifique	33
C.4.2	Personnel médical honoraire	33
C.5.0	Nominations et délivrance de titres au personnel médical	33
C.5.1	Compétences	33
C.5.2	Code de déontologie	33
C.5.3	Assurance-responsabilité	34
C.5.4	Nouvelles nominations - Délivrance de titres et octroi de privilèges	34
C.5.5	Processus – Nouvelles nominations et privilèges additionnels.....	35
C.5.6	Processus – Renominations.....	35
C.5.7	Nominations conjointes.....	37

C.5.8	Refus, réduction ou suspension des privilèges.....	37
C.5.9	Privilèges temporaires	37
C.5.10	Absence autorisée	37
C.5.11	Restriction/suspension d'urgence	38
C.5.12	Départ, démission, retraite ou fin de contrat.....	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	Comité d'enquête.....	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 conseil d'administration	44
C.14.0	Notification.....	44
C.15.0	Prolongation du délai	45
C.16.0	Responsabilité en matière de consignation au dossier.....	45
C.17.0	Situations d'urgence.....	45
C.18.0	Conseil des médecins, des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux et des dentistes.....	45
C.18.1	Une seule organisation du personnel médical	45
C.18.2	Déclaration d'intention	45
C.18.3	Philosophie	46
C.19.0	Infirmières praticiennes et sages-femmes	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.

Les présents règlements administratifs s'appliquent à tout médecin ou dentiste ayant un lien avec tous les programmes, les ressources, les services et les établissements de soins de santé de la régie régionale de la santé ou ayant auparavant été affilié à la régie régionale de la santé et également à tout médecin ou dentiste dont le lien avec la régie de la santé est établi uniquement par l'entremise de l'octroi de privilèges pour tout service fourni.

Dans ces règlements administratifs, sauf si le contexte exige une interprétation différente :

« mesures de responsabilité » désigne les mesures à établir en vertu de la *Loi sur les régies régionales de la santé* qui exige l'établissement d'un cadre de responsabilité approuvé par le conseil et le PDG;

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

« 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;

« président-directeur général (PDG) » désigne la personne nommée conformément aux dispositions de la *Loi sur les régies régionales de la santé* et en vertu de l'article B.12 des présents règlements administratifs, ou son délégué qui peut être le vice-président responsable des services médicaux;

« 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 des présents règlements administratifs;

« FMC » désigne la formation médicale continue;

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

« PPC » désigne le perfectionnement professionnel continu;

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

« 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 canadiennes en service dans la province;

« chef de département » désigne le médecin nommé par le conseil pour gérer un département médical ou des départements médicaux ou son délégué;

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

« 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;

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

« audience » désigne l'occasion pour un membre du personnel médical ou la RRS de présenter des éléments de 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;

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

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

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

« CMC » désigne le comité médical consultatif;

« 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 canadiennes en service dans la province;

« personnel médical » désigne les médecins, les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux et les dentistes, les infirmières praticiennes et les sages-femmes 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;

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

« sage-femme » désigne une personne inscrite au tableau de l'Ordre conformément à la *Loi sur les sages-femmes* (LN-B de 2008, c. M-11.5);

« ministre » désigne le ministre de la Santé;

« infirmière praticienne » désigne une personne autorisée à exercer la profession d'infirmière praticienne en vertu des lois de la province;

« 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, spécialisé en chirurgie bucco-dentaire et maxillo-faciale;

« CPC » désigne le comité professionnel consultatif;

« privilèges » désigne les permissions accordées par le conseil à :

- (a) un médecin pour offrir des soins de santé à un patient et pour utiliser les services diagnostiques d'un établissement hospitalier ou d'un centre de santé communautaire;
- (b) un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial pour offrir des soins de santé à un patient et pour utiliser les services diagnostiques d'un établissement hospitalier;
- (c) un dentiste pour offrir des soins dentaires à un patient et pour utiliser les services diagnostiques d'un établissement hospitalier ou d'un centre de santé communautaire;
- (d) une infirmière praticienne pour admettre un patient aux services extra-muraux offerts par une régie régionale de la santé ou par une personne ayant une entente avec le Ministre et pour utiliser les services diagnostiques d'un établissement hospitalier ou d'un centre de santé communautaire; ou
- (e) une sage-femme pour offrir des soins de santé à un patient et pour utiliser les services diagnostiques d'un établissement hospitalier ou d'un centre de santé communautaire.

« personnel professionnel » désigne les professionnels de la santé qui sont réglementés conformément à une loi 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 régionale de la santé, et s'entend du personnel médical;

« RRS » désigne une régie régionale de la santé telle que définie dans la *Loi sur les régies régionales de la santé*;

« 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 en ligne à la disposition du public dans les deux langues officielles.

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 et documents confidentiels

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 pendant les séances privées du conseil sont également réputés être confidentiels et doivent demeurer confidentiels. Les renseignements ou les documents qui ont été évoqués ou présentés pendant 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 B (Réseau de santé Horizon) ou de la RRS A (Réseau de santé Vitalité) sur la protection de la vie privée et de la confidentialité. Le PDG doit informer le Ministre de toute infraction aux règles de protection de la confidentialité par un cadre supérieur, un employé, un membre du personnel médical, un membre du personnel non employé ou un agent de la RRS et le président du conseil doit informer le Ministre de toute infraction à cet égard par un membre du conseil.

A.5.0 Dossiers

La RRS doit tenir tous les dossiers médicaux, administratifs et financiers qui peuvent être nécessaires de temps à autre en vertu d'une 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 sera sans effet 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 des présentes.

A.7.0 Valeur juridique

Un règlement administratif ou un amendement adopté à une réunion du conseil dûment constituée

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

Le conseil est établi conformément à la *Loi sur les régies régionales de la santé*.

B.2.0 Membres – Admissibilité, service maximum

- B.2.0.1** À l'exception du PDG, du président du CPC et du président du CMC, un membre du conseil ne peut être un employé d'une RRS, une personne qui jouit de privilèges au sein d'une RRS, un employé du ministère de la Santé, un membre élu de l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick, de la Chambre des Communes du Canada ou du Sénat, un dirigeant, un administrateur ou un employé de EM/ANB Inc, un employé, le PDG ou un membre du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, un dirigeant, un administrateur ou un employé de SNB, un juge à la Cour d'appel, à la Cour du Banc de la Reine du Nouveau-Brunswick ou à la Cour provinciale, ou une personne qui n'a pas le droit de voter conformément aux règlements découlant de la *Loi sur les régies régionales de la santé*.
- B.2.0.2** Un membre du conseil accepte sa fonction en prêtant serment au moyen de la formule que lui fournit le Ministre à sa première réunion du conseil et demeure en fonction jusqu'à ce que son successeur prête 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** Avant d'entrer en fonction, chaque membre du conseil 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.2.0.6** Avec l'approbation du Ministre, la majorité des membres présents ayant droit de vote ont le droit de suspendre ou de relever de ses fonctions un membre du conseil qui enfreint les règles, les lois, les règlements, les règles des règlements administratifs ou les règlements administratifs de la RRS.

B.3.0 Réunions – Procédures, avis, quorum, accès public

- B.3.0.1** Chaque membre du conseil doit assister aux réunions du conseil.
- B.3.0.2** Le président définit 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.3.0.3** Les questions soulevées aux réunions du conseil et de ses comités sont tranchées à la majorité des voix exprimées par les membres présents ayant droit de vote. Le président ne doit pas voter sauf en cas d'égalité des voix, où il doit trancher. Le vote doit se faire par scrutin si un membre présent en fait la demande, mais dans le cas contraire, le vote doit se faire de la manière habituelle, par approbation ou désapprobation.

- B.3.0.4** L'avis des réunions du conseil et des comités doit être donné aux moments et de la façon déterminés par le conseil ou les comités de temps à autre.
- B.3.0.5** 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.3.0.6** 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 révéler:
- (a) des renseignements spécifiques sur un particulier identifiable;
 - (b) des renseignements sur les questions relatives à la gestion des risques ou aux 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.4.0 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 de ses comités doivent être conservés et tous ces procès-verbaux doivent être distribués à tous les membres du conseil ou de ses 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. Le 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 en ligne, à la disposition du public, dans les deux langues officielles.

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, incluant l'assemblée annuelle, à une date 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 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, la demande devant 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 établi 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) rapport du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients;
- (k) élection des dirigeants;
- (l) nomination des présidents des comités permanents;
- (m) nomination des membres des comités permanents;
- (n) nomination des vérificateurs;
- (o) rapport du Comité stratégique de la recherche et de la formation (s'applique au Réseau de santé Vitalité seulement).

B.7.0 Dirigeants du conseil

B.7.0.1 Les dirigeants du conseil sont 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 est 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 :

- (a) préside toutes les réunions du conseil;
- (b) préside le comité exécutif;
- (c) est membre d'office ayant droit de vote de tous les comités permanents du conseil;
- (d) fait un compte rendu des activités de la RRS à chaque assemblée annuelle; et
- (e) remplit d'autres fonctions dictées par le conseil.

B.7.2 Fonctions du vice-président

Le vice-président a tous les pouvoirs et remplit 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 :

- (a) assure la garde et le contrôle de tous les dossiers de titres, de fonds et financiers;
- (b) soumet un rapport financier au conseil à chaque réunion ordinaire et un rapport annuel à l'assemblée annuelle du conseil; et
- (c) remplit d'autres fonctions dictées par le conseil.

B.7.4 Fonctions du secrétaire

Le secrétaire :

- (a) veille à ce qu'un procès-verbal soit consigné pour chaque réunion;
- (b) veille à ce que la correspondance du conseil soit traitée;
- (c) veille à ce que tous les rapports requis en vertu des lois et des règlements du Nouveau-Brunswick soient préparés;
- (d) est le gardien de tous les registres de procès-verbaux, documents et registres de la RRS;
- (e) est le gardien du sceau de la RRS;
- (f) veille à ce que les avis de réunion du conseil et des comités du conseil soient envoyés aux membres; et
- (g) remplit 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 sont nommés par le conseil à l'assemblée annuelle ou à tout autre moment autorisé par le conseil.

Les comités permanents du conseil sont les suivants :

- (a) Comité exécutif;
- (b) Comité des finances et de vérification;
- (c) Comité de gouvernance et de mise en candidature;
- (d) Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients;
- (e) Comité stratégique de la recherche et de la formation (Réseau de santé Vitalité seulement).

B.8.1 Comité exécutif

Le Comité exécutif est 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 a le pouvoir de régler toutes les activités en situations d'urgence uniquement 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 signale toutes ces activités au conseil à la réunion suivante et accomplit d'autres fonctions conformément aux directives du conseil.

Le président du conseil assume la présidence du Comité exécutif.

B.8.2 Comité des finances et de vérification

Le Comité des finances et de vérification est constitué d'au moins quatre (4) membres du conseil ayant droit de vote, dont le trésorier qui en est le président. Le Comité des finances et de vérification :

- (a) recommande l'adoption du budget annuel et surveille les résultats opérationnels de manière continue;
- (b) recommande au conseil l'adoption de mesures découlant du rapport de vérification annuel de la RRS;
- (c) informe et oriente le conseil en matière de finances;
- (d) oriente le conseil sur l'investissement de fonds pour lesquels il a une responsabilité fiduciaire;
- (e) remplit 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 est constitué d'au moins quatre (4) membres du conseil ayant droit de vote, dont l'un en assume la présidence. 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 proposer la candidature des dirigeants et des présidents des comités du conseil;
- (c) de soumettre, à l'assemblée annuelle du conseil, des candidatures 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 candidatures pour des postes au sein du CPC et du CMC, y compris pour le remplacement 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 qualité des soins et de la sécurité des patients

B. 8.4.1 Le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients est constitué de quatre (4) membres ayant droit de vote, dont l'un en assume la présidence. Les présidents(es) du Comité médical consultatif régional et du Comité professionnel consultatif sont membres permanents sans droits de vote. Le Comité de la qualité des soins 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, en se fondant sur les 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 région régionale de la santé et du Comité consultatif des patients et 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, qui sont du domaine public;
 - les rapports sur les incidents critiques et les événements sentinelles.
- (b) d'examiner et de formuler des recommandations au conseil sur les initiatives et les politiques d'amélioration de la qualité;
- (c) d'encadrer la préparation du plan de la région régionale de la santé; et
- (d) de s'acquitter d'autres responsabilités pouvant découler de règlements ou de normes ou qui lui sont attribuées par le conseil.

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 est constitué d'au moins quatre (4) membres du conseil nommés par le Conseil, dont l'un en assume la présidence. 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 N.-B. 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 reliées au secteur de la formation et de la recherche afin d'assurer la réalisation des engagements du Réseau dans ce domaine;
- 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 sont conformes aux orientations stratégiques priorisées par le Réseau;
- d) de faire rapport au conseil sur les grandes orientations, les priorités et les initiatives stratégiques en matière de formation et de recherche.

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.

B.10.0 Conflits 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 ou si un parent, le conjoint, un frère, une sœur ou un enfant du membre a un intérêt dans la question; ou
- (c) le membre est un dirigeant, un employé ou un agent d'une corporation ou d'une association non constituée en corporation, ou 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 où 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 au début de 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 qui est abordé doit

s'absenter pendant la discussion et le vote sur la question, et cette absence est 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 établit le mandat 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) est 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 oriente le conseil sur :
- (a) les questions de soins cliniques et de santé;
 - (b) les critères d'admission et de congé;
 - (c) le contrôle de la qualité et la gestion des risques en ce qui concerne les services de santé fournis par la régie régionale de la santé; et
 - (d) toutes autres questions que le conseil peut référer au comité.

B.11.2 Composition du Comité professionnel consultatif

- (a) Les membres représentent les disciplines de la santé dans la RRS pour permettre au comité d'accomplir son mandat. Le comité est composé d'au plus quinze (15) membres ayant droit de vote parmi lesquels figurent au moins cinq (5) membres de différentes professions de la santé qui sont autoréglémentées conformément à une loi et au moins un (1) membre qui exerce habituellement dans chacun des domaines suivants : services hospitaliers, services communautaires de santé mentale et de santé publique, services de soins primaires et services de traitement des dépendances.
- (b) Le conseil nomme le président sur la recommandation du CPC et du PDG. Le président du CMC et le PDG sont des membres d'office sans droit de vote du Comité professionnel consultatif. Le PDG ou son délégué assiste à chaque réunion du Comité professionnel consultatif.

B.11.3 Comité médical consultatif

- B.11.3.1** Le Comité médical consultatif (CMC) est composé d'au plus quinze (15) membres ayant droit de vote (excluant les membres d'office) nommés par le conseil, qui sont des membres du personnel médical. Les membres sont nommés 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 :

- (a) conseille le conseil sur les nominations du personnel médical et sur les privilèges des membres du personnel médical;
- (b) prend les dispositions appropriées pour la supervision de tous les services médicaux et les services dentaires fournis par la régie régionale de la santé; et
- (c) À la demande du conseil, fait des recherches sur des questions exigeant de l'expertise médicale et rend compte au conseil.

B.11.4 Composition du Comité médical consultatif

- (a) La composition du comité doit représenter la structure de gestion clinique et refléter les régions géographiques et les domaines spécialisés qui permettront au comité d'accomplir son mandat, conformément aux règles des règlements administratifs.
- (b) Le conseil nomme le médecin-chef président du comité. Le président du CPC et le PDG sont 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 la Dalhousie University, dans le cas du Réseau de santé Horizon, et un représentant de la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, dans le cas du Réseau de santé Vitalité, sont aussi membres d'office sans droit de vote du CMC. Le PDG assiste à chaque réunion du CMC.

B.11.5 Autres comités

- (a) Le conseil peut créer des sous-comités lorsqu'il y a lieu.

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

Le CMC crée un comité d'examen des titres et peut créer 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 président-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 les présents règlements administratifs, PDG réfère au président-directeur général ou à son délégué.

B.12.1 Fonctions du président-directeur général

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 est notamment, dans le cadre de ses fonctions :

- (a) responsable de la gestion de la RRS;

- (b) responsable de la sélection, de l'embauche, du contrôle, du perfectionnement, de l'orientation et du renvoi de tous les employés;
- (c) tenu d'assister à toutes les réunions du conseil et de ses comités à moins d'en être exempté par le conseil;
- (d) 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) 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 ses règlements, 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) tenu de nommer un délégué à sa discrétion; et
- (g) seul tenu de rendre compte au conseil des questions portant sur la qualité et la sécurité sujet à la section B.13.5 étant les Responsabilités du médecin-chef.

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.

B.13.2 Poste rémunéré

De temps à autre, le conseil établit le temps minimal que le médecin-chef doit consacrer à ce poste et la rémunération de 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 est nommé par le conseil sur la recommandation du PDG formulée en consultation des personnes suivantes :

- (a) le vice-président des Services médicaux;
- (b) le président du Conseil des médecins, des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux et des dentistes;
- (c) l'agente principale des soins infirmiers ou un autre membre des cadres supérieurs; et
- (d) deux (2) représentants du CMC nommé par celui-ci.

B.13.4 Durée du mandat

Le médecin-chef est nommé pour un mandat de cinq (5) ans et est admissible pour un mandat additionnel n'excédant pas cinq (5) ans. La nomination du médecin-chef est soumise à un examen

annuel et sous réserve de confirmation par le 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 en collaboration avec le PDG et assiste régulièrement aux réunions du conseil. Le médecin-chef peut répondre directement au conseil sur les questions portant sur la qualité des soins. Lorsqu'il y a lieu, les fonctions du médecin-chef peuvent être déléguées, sans exclure d'autres personnes, au président ou à un membre du CMC ou à un ou à des chef(s) de département ou au vice-président responsable des services médicaux afin qu'elles soient accomplies en temps voulu. Les responsabilités du médecin-chef sont les suivantes :

- (a) dans la mesure où les ressources de la RRS le permettent, 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 du personnel médical, et sous réserve de l'approbation du conseil, nommer le médecin-chef adjoint de la RRS comme il est décrit dans les règles des présents règlements administratifs;
- (c) Par l'intermédiaire des chefs de département et en collaboration avec ces derniers, superviser les soins dispensés par le personnel médical à tous les patients de la RRS;
- (d) avoir l'autorité lorsque nécessaire ou approprié de retirer la responsabilité des soins d'un patient à un membre du personnel médical qui, selon le médecin-chef, ne reçoit pas les soins appropriés, et de 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 des 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) accomplir 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) par l'entremise des chefs de département, veiller à ce que le personnel médical est tenu informé des changements aux politiques, aux objectifs et aux règlements de la RRS relatifs aux soins des patients;
- (j) conjointement avec 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) en collaboration avec le vice-président responsable des Services médicaux, documenter et tenter de résoudre les questions importantes concernant des membres individuels du personnel médical;
- (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) assurer la présidence 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;
- (r) être membre du comité des ressources médicales et aider le vice-président responsable des services médicaux à planifier et à gérer les exigences en matière de ressources médicales des divers départements;
- (s) en collaboration avec le vice-président responsable des Services médicaux, veiller à ce qu'un examen annuel du rendement clinique des chefs de département soit mené et formuler des recommandations au personnel médical sur la renomination des chefs de département;
- (t) lancer des revues et des enquêtes lorsque des préoccupations sont formulées à l'égard d'un membre du personnel médical; et
- (u) assumer des fonctions et des responsabilités autres pouvant parfois lui être attribuées par le PDG ou établies dans les présents règlements.

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 chaque année avant le 30 juin 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 des revenus réels de la RRS ainsi que de ses dépenses prévues et réelles;
- (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 le 1er 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 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; et
- (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 que le conseil 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 sur le présent document.

B.22.0 Vérificateurs

Les comptes, les dossiers et les opérations financières de la RRS doivent être vérifiés chaque année par un vérificateur externe nommé par le conseil à l'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 à l'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 conseil. 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.
- B.23.0.5** L'article 23 s'applique à toute association, fondation ou groupe directement ou indirectement lié à toute activité de la RRS.
- B.23.0.6** Le conseil a le pouvoir de dissoudre toute association.

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 tel qu'il peut être requis et approuvé de temps à autre par le conseil. Ces départements constitueront à leur tour les divisions et peuvent être sous-divisés en services tel 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 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 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

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 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 la prestation de 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 service de la RRS;

- (g) travailler en respectant l'alignement stratégique proposé par le conseil;
- (h) assumer d'autres responsabilités établies à l'occasion par le département, le PDG ou leurs représentants;
- (i) créer les règles du département devant être approuvées par le CMC et comprenant les responsabilités des membres par rapport à leurs privilèges; et
- (j) participer, en collaboration avec le PDG ou ses représentants, à l'établissement et à la surveillance de mesures de responsabilité pour ses membres.

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;
- (b) et 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 en poste, le médecin-chef 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 étant 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 et le CMC, recommander au conseil que le département fasse partie d'un département existant, de façon temporaire ou permanente. Le conseil peut aussi, sur la recommandation du PDG, placer un département sous tutelle.

C.1.7 Chefs de département

Le conseil doit nommer un chef pour chaque département du personnel médical et le conseil et 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 ou un consultant externe compétent;
- (b) être responsable devant le PDG de l'organisation adéquate et du bon fonctionnement de son département, y compris du rendement conformément aux mesures de responsabilité, et de voir à ce que son département remplisse son rôle décrit à la section C.1.4;
- (c) être responsable devant le président du CMC de la supervision générale des soins médicaux ou dentaires ou buccaux et maxillo-faciaux des patients;

- (d) 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; et
- (e) avoir l'autorité d'évaluer les membres du personnel médical.

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

C.2.0 Groupes cliniques

Lorsque des départements existent, le CMC peut recommander au conseil 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 les suivre de près;
- (b) viser la mise en œuvre des meilleures pratiques;
- (c) recommander des initiatives d'amélioration de la qualité; et
- (d) participer, en collaboration avec le PDG ou ses représentants, à l'établissement et à la surveillance de mesures de responsabilité pour ses membres au sein de la spécialité/sous-spécialité.

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 le cas échéant. 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;
- (d) être responsable devant le PDG de l'organisation adéquate et du bon fonctionnement de son groupe clinique, y compris du rendement conformément aux mesures de

responsabilité.

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 **conformément aux mesures de responsabilité**. 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. **En plus des droits et des obligations du personnel médical qui sont énoncés ci-dessous, les membres et les catégories de personnel médical doivent s'acquitter des mesures de responsabilité qui peuvent à l'occasion être mises en œuvre par le conseil et le PDG. Le non-respect de ces mesures de responsabilité peut entraîner la perte de 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 du département ou des départements auxquels il est nommé et en fournir la preuve au moment du renouvellement de ses privilèges;
- (b) peut voter aux réunions des départements et des comités dont il est membre, occuper un poste (sauf indication contraire) et être nommé à tout comité;
- (c) peut siéger aux comités tel que demandé par le conseil, le PDG, le CMC, le médecin-chef ou le chef de son département;
- (d) doit participer aux activités éducatives et cliniques du département;
- (e) doit 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 déterminé par son chef de département;
- (f) peut superviser de façon générale les membres du personnel associé à la demande de son chef de 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 obtenir ou à conserver l'agrément;

- (j) doit assumer ses responsabilités telles qu'elles sont établies, y compris la permanence des services cliniques et le rôle d'enseignant. Le défaut de s'acquitter de ces responsabilités peut entraîner l'examen des privilèges;
- (k) doit assumer des fonctions et des responsabilités autres pouvant parfois lui être attribuées par le conseil, le PDG, le CMC, le chef de son département ou être établies dans les règlements administratifs, les règles des règlements administratifs et les règles du département;
- (l) est responsable de la prestation de soins médicaux de qualité;
- (m) doit participer à l'établissement de mesures de responsabilité pour le personnel médical;
- (n) doit s'acquitter des mesures de responsabilité pouvant à l'occasion être mises en œuvre par le conseil et le PDG. Le défaut de s'acquitter de ces mesures de responsabilité peut entraîner la perte des privilèges.

C.3.1.2 Sur la recommandation du chef de département approprié et du médecin-chef, un médecin qui est totalement engagé dans une pratique communautaire clinique 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 est constitué de médecins, de dentistes et de chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ayant demandé à être nommés au personnel médical actif. Cette nomination est considérée comme une période de probation d'un an, au cours de laquelle le rendement du médecin, dentiste ou chirurgien buccal ou maxillo-facial et ses compétences cliniques seront évalués. Deux évaluations officielles peuvent être effectuées et les rapports d'évaluation doivent être soumis au comité d'examen des titres; la première évaluation doit avoir lieu au bout de six mois de service et la seconde avant la fin de la période de douze mois. Si la première évaluation est défavorable, la période de probation peut être annulée conformément à l'article C.3.2.4, et ce, sans qu'une deuxième évaluation soit nécessaire.

C.3.2.2 Sauf s'il s'agit de 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 dispositions contraires, 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 aux réunions du personnel médical;
- (b) être membres du CMC ou du comité d'examen des titres;
- (c) assumer la présidence de tout comité ou à 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 du chef de département, recommander au conseil, par

l'entremise 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 et que ses privilèges soient révoqués;
- (d) qu'il soit suspendu en attendant les résultats d'une autre évaluation.

C.3.2.5

Lorsqu'un membre du personnel médical associé est demeuré membre du personnel médical associé pendant une période supplémentaire, le comité d'examen des titres doit, après consultation du chef de département, recommander au conseil, par l'entremise 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 est constitué de médecins, dentistes ou chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux qualifiés faisant preuve de capacités professionnelles reconnues et nommés par le conseil. Le personnel médical consultant est constitué de personnel consultant exerçant dans la province ou 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 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 sont des membres de la profession médicale, dentaire ou de la chirurgie buccale et maxillo-faciale autorisés à exercer dans une autre province à qui le conseil, sur 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 cela nécessaire et si le conseil donne son approbation.

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

C.3.4 Personnel médical suppléant (Locum Tenens)

C.3.4.1 Le CMC 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 la nomination d'un suppléant pour le remplacement prévu d'un médecin ou de 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 la date de l'assemblée annuelle du conseil et elle peut être accordée sur la recommandation du chef de département et du médecin ou des médecins responsables. Le rendement et la pratique clinique du suppléant doivent être évalués par le chef de département au cours de la première période de remplacement, comme le prévoient les règles.

C.3.4.2 Un suppléant :

- (a) a des privilèges et des responsabilités qui sont déterminés par le chef de département et approuvés par le conseil;
- (b) ne peut voter aux réunions du département;
- (c) peut être membre de comités, sauf le Comité d'examen des titres, mais ne peut en assumer la présidence; et
- (d) a d'autres responsabilités prévues dans les règles des règlements administratifs et les règles du département.

C.3.5 Personnel médical invité

C.3.5.1 Le personnel médical invité est constitué de membres de la profession médicale, de la profession dentaire 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 établissement 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 département, mais ils ne peuvent voter, ni occuper un poste ou être membre 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 poste 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 :

- (a) assiste aux réunions du département 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 peut occuper de poste;
- (b) siège aux comités auxquels il est nommé par le conseil, le PDG, le CMC ou le chef de son département, mais il ne doit pas en assumer la présidence;
- (c) participe aux activités éducatives et cliniques du département;
- (d) maintient un niveau satisfaisant de connaissances professionnelles en médecine ou en médecine dentaire et de capacités dans son domaine d'exercice;
- (e) bénéficie de privilèges en matière d'admission et de traitement, tel qu'il peut être établi et modifié à l'occasion par le conseil;
- (f) aide la RRS à obtenir ou à conserver l'agrément;
- (g) accomplit d'autres fonctions et responsabilités pouvant parfois lui être attribuées par le conseil, le PDG, le CMC, le chef de son département ou être établies dans les règles des règlements administratifs et les règles du département;
- (h) est responsable de la prestation de soins médicaux de qualité;
- (i) doit participer à l'établissement de mesures de responsabilité pour le personnel médical; et
- (j) doit se conformer aux mesures de responsabilité pouvant à l'occasion être mises en œuvre par le conseil et le PDG. Le défaut de s'acquitter de ces mesures de responsabilité peut entraîner la perte des privilèges.

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 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; ou

- (c) qui est déjà un spécialiste qualifié exerçant la médecine pour lui permettre de suivre 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 la 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 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 départements dans le but :

- (a) d'évaluer son expertise;
- (b) ou d'approfondir 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 sur la recommandation 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 à l'invitation du chef de département, mais il ne peut voter, ni occuper un poste ou siéger à des comités. Le stagiaire en médecine clinique doit travailler sous la direction et la discipline du chef du département auquel il est affecté et du PDG.

C.3.9 Personnel affilié

Le personnel affilié est composé de médecins, de personnes n'étant pas médecins, mais possédant des compétences liées à la médecine ou d'autres personnes 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 aux réunions du personnel médical ou occuper un poste et sont notamment des résidents en médecine, des scientifiques et des membres honoraires du personnel médical.

C.4.0 Résidents en médecine

Les résidents en médecine sont des diplômés en médecine ayant une carte de stage du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick. Les résidents incluent des stagiaires des cycles supérieurs. Ils n'ont pas de droit d'admission, mais ils peuvent traiter les patients sous la supervision du médecin traitant du patient. Ils peuvent assister aux réunions de département à l'invitation du chef de département, mais ils ne peuvent voter, ni occuper un poste ou siéger à des comités. Les résidents sont 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 résidents

sont sous réserve des dispositions de l'entente entre la RRS et l'université.

C.4.1 Personnel scientifique

- C.4.1.1** Un scientifique ou autre travailleur de la santé qui n'est pas qualifié en médecine, 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 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 bénéficie pas 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.4.1.2** 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.4.2 Personnel médical honoraire

- C.4.2.1** Le personnel médical honoraire est 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, sur 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 au moment de recevoir l'honneur.
- C.4.2.2** Le personnel médical honoraire n'a pas de fonctions assignées. 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 Compétences

Aux fins des articles 5 à 18 des présents règlements administratifs, 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 et à tout médecin ou dentiste dont le lien est établi uniquement par l'entremise de l'octroi de privilèges.

C.5.2 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.5.3 Assurance-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 être membres d'une organisation couvrant la responsabilité civile que le conseil de la RRS juge acceptable.

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 au moyen du formulaire établi par le conseil aura été soumise au PDG, que la candidature aura été examinée par le comité d'examen des titres approprié du CMC et qu'une recommandation aura été reçue de la part du chef de département concerné, du comité d'examen des titres et du CMC. Le PDG peut accepter ou refuser une demande de nomination et sa décision est finale.

C.5.4.2 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 et les besoins en matière de ressources médicales, dentaires ou de chirurgie buccale et maxillo-faciale de la région régionale de la santé; et

(b) est fonction des critères suivants :

- 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, des compétences et de l'aptitude professionnelle du candidat; et
- 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.5.4.3 Tous les médecins, dentistes et 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. Le défaut de s'y conformer peut se traduire par l'examen des privilèges. 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 aux compétences, à la capacité et à la conduite.

C.5.4.4 La nomination d'un médecin, d'un dentiste ou d'un chirurgien buccal et maxillo-facial doit comprendre des responsabilités cliniques et un champ d'exercice clairement définis, **y compris des mesures de responsabilité**, 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 n'est pas autorisé à modifier ses responsabilités cliniques ou son champ d'exercice, tels qu'ils sont énoncés dans sa nomination **ou les mesures de responsabilité applicables**, sans

l'approbation préalable du conseil, sur la recommandation du chef de département, des membres du département et du CMC. Le non-respect des responsabilités cliniques, de son champ d'exercice et des mesures de responsabilité de la part d'un médecin, d'un dentiste ou d'un chirurgien buccal et maxillo-facial 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 de ce qui précède.

- C.5.4.5** Dans le cas des départements qui ont une désignation universitaire, la nomination d'un médecin, d'un dentiste ou d'un chirurgien buccal et maxillo-facial doit inclure des responsabilités cliniques et académiques bien définies, y compris des mesures de responsabilité. Les médecins, les dentistes et les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ne sont pas autorisés à modifier leurs responsabilités académiques ou leurs responsabilités cliniques, telles qu'énoncées dans leur nomination ou les mesures de responsabilité applicables, sans l'approbation préalable du conseil, sur la recommandation du chef de département, des membres du département et du CMC. Le non-respect des obligations susmentionnées, y compris des mesures de responsabilité applicables, 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 de ce qui précède.

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 CMC (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. La décision du PDG est finale.
- 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 médecin-chef ou son délégué, sur le formulaire prévu par le conseil.

Le formulaire doit inclure, sans toutefois s'y limiter, la reconnaissance que le candidat accepte de participer au service de garde du département, au service de garde à l'urgence et au service d'assistance chirurgicale tel qu'établi par le chef de département, de s'acquitter des mesures de responsabilité applicables et de respecter les règlements administratifs et les règles des règlements administratifs.

- C.5.6.2** L'examen d'une candidature pour une renomination et l'obtention de privilèges doit tenir compte :

- (a) des exigences et des besoins en matière de ressources médicales, dentaires ou de chirurgie buccale et maxillo-faciale de la Régie régionale de la santé et sera évaluée en fonction des critères suivants :
- i. les ressources disponibles et les capacités physiques de la RRS;
 - ii. les titres de compétence du candidat pour les privilèges demandés;
 - iii. l'expérience du candidat et son rendement antérieur, incluant toute mesure disciplinaire et le respect des mesures de responsabilité pouvant à l'occasion être mises en œuvre;
 - iv. le caractère, les compétences et les aptitudes professionnelles du candidat;
 - v. la recommandation du chef de département; et
 - 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 et le champ d'exercice bien définis 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 sont pas autorisés à modifier leurs responsabilités cliniques ou leur champ d'exercice, y compris les mesures de responsabilité, tel que ce qui est décrit dans leur nomination ou les mesures de responsabilité applicables, sans l'approbation préalable du conseil, sur la recommandation du chef de département, des membres du département et du CMC. Le non-respect des responsabilités cliniques, de son champ d'exercice ou des mesures de responsabilité applicables de la part d'un médecin, d'un dentiste ou d'un chirurgien buccal et maxillo-facial sera considéré comme une question disciplinaire, comme le prévoient les articles C.6 et C.7 des règlements administratifs. Chaque personne faisant l'objet d'une renomination doit comprendre et accepter par écrit les obligations et les conséquences qui précèdent.

C.5.6.4 Dans le cas des départements qui ont une désignation universitaire, la nomination d'un médecin, d'un dentiste ou d'un chirurgien buccal et maxillo-facial doit inclure des responsabilités cliniques et académiques bien définies, y compris des mesures de responsabilité. Les médecins, les dentistes et les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ne sont pas autorisés à modifier leurs responsabilités académiques ou leurs responsabilités cliniques, telles que décrites dans leur nomination ou les mesures de responsabilité applicables, sans l'approbation préalable du conseil, sur la recommandation du chef de département, des membres du département et du CMC. Le défaut de s'acquitter des responsabilités susmentionnées, y compris des mesures de responsabilité applicables, sera considéré par le conseil comme une question disciplinaire, comme le prévoient les articles C.6 et C.7 des règlements administratifs. Chaque personne faisant l'objet d'une renomination 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. Le défaut de s’y conformer peut se traduire par l’examen des privilèges.

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 lesquels 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 au terme du processus de renomination, on 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 communiquée 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 demandés ou de suspendre les privilèges et être transmise au conseil, qui prend la décision finale. Le membre et la RRS ont le droit de demander à être entendu par le conseil, mais n’ont pas droit à une audience.

C.5.9 Privilèges temporaires

Après consultation avec le médecin-chef ou le vice-président responsable des Services médicaux et le chef de département concerné, le PDG peut accorder des privilèges temporaires pour une durée ne dépassant pas six (6) mois 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 médecin devra rester sous la supervision générale du chef de département concerné. 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 et à la demande du personnel médical, 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,

le membre sera réputé avoir démissionné du personnel médical.

C.5.10.2 Cette section ne régit pas les congés pour raisons médicales.

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

C.5.11 Restriction/suspension d'urgence

C.5.11.1 Dans le cas où le PDG 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 des privilèges 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 d'examen prévue dans les règlements administratifs.

C.5.12 Départ, démission, retraite ou fin de contrat

C.5.12.1 Dans le cas du départ, de la démission, de la retraite ou de la fin du contrat d'un membre du personnel médical, ses privilèges sont annulés.

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) la modification, la réduction, le retrait ou la révocation des privilèges;
- (g) le renvoi du personnel médical; ou
- (h) toute autre mesure disciplinaire pouvant être considérée comme appropriée.

Si le paragraphe 6(f) n'est pas appliqué, les politiques et procédures de la RRS s'appliquent au lieu du processus disciplinaire énoncé aux articles C8, C9, C10, C11, C12, C13 et C14 des présents règlements administratifs.

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 personnel 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;
- (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) ne respectent pas les dispositions du contrat de travail.

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) incompétence 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; ou
 - 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) défaut de se conformer aux mesures de responsabilité qui peuvent à l'occasion être mises en œuvre; et
- (j) 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 leur 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 vice-président responsable des services médicaux 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 ou son délégué 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 d'être réglée dans les soixante (60) jours après avoir reçu la plainte ou après avoir été mis au courant de toute affaire prévue à l'article C.7, le médecin-chef, après avoir consulté le chef de département et avec le consentement du membre du personnel médical, peut renvoyer l'affaire au processus de règlement des différends prévu à l'article C.9.0 et s'il n'y a pas consentement à une audience.
- C.8.0.5** Si la plainte contre le membre du personnel médical concerne la violation d'une politique de la RRS, notamment, mais sans s'y limiter, 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 au comité d'enquête prévu à l'article C.10.0.

C.8.0.8 Un membre du personnel médical qui fait l'objet d'une plainte doit agir de bonne foi dans les efforts de résolution de la plainte et ne devrait pas refuser de rencontrer le chef du département ou le médecin-chef ou son délégué le cas échéant.

C.8.0.9 Si le médecin-chef est informé, soit par des médecins, des membres du personnel ou des patients, de préoccupations concernant un membre du personnel médical, il peut, avec l'approbation du PDG, entreprendre une revue indépendante de la pratique du membre, même en l'absence de plainte formelle. Le membre doit être informé de la revue et est invité à collaborer avec la personne chargée de la revue. La personne chargée de la revue est nommée par le médecin-chef avec l'approbation du PDG.

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 confidentielles et ne doivent pas être divulguées dans le cadre de 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 aux fins d'étude; et
- (b) si le règlement proposé n'est pas approuvé par le médecin-chef après consultation du chef de département, la plainte sera renvoyée au comité d'enquête conformément à l'article 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 au comité d'enquête.

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 conseil pour qu'il rende une décision finale;
- (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 examen par un comité d'enquête comme prévu à l'article 10.0;
- (d) 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.

C.10.0 Comité d'enquête

C.10.0.1 Le comité d'enquête est 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 comité d'enquête peut être formé de trois (3) ou de cinq (5) membres.

Le médecin-chef ou son remplaçant désigné nomme un membre qui présidera le comité d'enquête.

Un comité d'enquête 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 comité d'enquête devront provenir de départements autres que le département dans lequel le membre qui fait l'objet de l'enquête exerce principalement la médecine.

Un comité d'enquête de cinq (5) membres comportera quatre (4) membres du personnel médical dont au moins trois (3) du réseau de santé et un membre de la RRS qui peut être un employé non membre du personnel médical. Aucun membre du comité d'enquête ne doit avoir participé au processus alternatif de règlement des différends. La majorité des membres du comité d'enquête doit provenir de départements autres que le département dans lequel le membre qui fait l'objet de l'enquête exerce principalement la médecine.

C.11.0 Processus d'audience

C.11.0.1 Dès qu'une affaire est envoyée à un comité d'enquête aux termes des articles C8 ou C9, le comité d'enquête 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 par le comité.

C.11.0.2 Le comité d'enquête doit étudier tout document qu'il juge pertinent. Le comité d'enquête peut engager des consultants externes incluant 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 recevoir une liste ou des copies de tous les documents qui sont alors en possession du comité et qu'il a l'intention de consulter lors de l'audience.

C.11.0.4 Lors de l'audience, le comité d'enquête 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 comité d'enquête 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 comité d'enquête 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 comité d'enquête ne comprennent pas la modification des privilèges du membre, la décision et les recommandations sont finales et exécutoires et le médecin-chef doit prendre les mesures nécessaires à la mise en œuvre des recommandations du comité d'enquête.
- C.11.0.7** Si la décision et les recommandations du comité d'enquête comprennent la modification des privilèges du membre, le médecin-chef doit soumettre le rapport au PDG et au conseil pour recommandation.

C.12. 0 Procédure à suivre lors des audiences

La procédure à suivre pendant les audiences est comme suit :

- (a) le membre en cause peut se présenter à l'audience et être représenté par un avocat ou un mandataire et présenter des éléments de preuve;
- (b) la RRS peut être partie à l'audience et être représentée par un avocat ou un mandataire et présenter des éléments de preuve;
- (c) le comité d'enquête peut procéder à l'audience en l'absence du membre en cause, 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 comité d'enquête 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 comité 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 comité d'enquête peut, à sa discrétion, permettre la présentation d'éléments de preuve qui seraient autrement inadmissibles en vertu de l'article C.12 et donner les orientations qu'il jugera nécessaires pour veiller à ce que le membre ou la RRS ait la possibilité de répondre;

- (h) toutes les actions du comité doivent être décidées à la majorité des voix des membres présents;
 - i. aucun membre du comité 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 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 conseil doit fixer une date et une heure pour l'étude du rapport et des recommandations du comité d'enquête et en informer le membre.
- C.13.0.2** Dans un délai de dix (10) jours suivant la réception de l'avis du conseil aux termes de l'article C.13.0.1, le membre et la RRS peuvent demander à se présenter devant le conseil, mais ils n'ont pas droit à une audience.
- C.13.0.3** Si le membre décide de se présenter devant le conseil en vertu de l'article C.13.0.1, il peut être accompagné d'un avocat ou d'un mandataire. Si la RRS décide de se présenter devant le conseil en vertu de l'article C.13.0.1, elle peut être accompagnée d'un avocat ou d'un mandataire.
- C.13.0.4** Le conseil peut procéder à l'étude du rapport et des recommandations du comité d'enquête 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** Dès qu'il a examiné le rapport et les recommandations du comité d'enquête, le conseil doit rendre une décision qui sera définitive et exécutoire. Le conseil a la décision ultime et n'est pas lié par le comité d'enquête. La décision du conseil sera communiquée au membre du personnel médical, au PDG et à toutes les autres personnes qui doivent mettre en œuvre les recommandations.
- C.13.0.6** 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 d'un 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. L'avis doit comprendre la nature et les détails de la plainte, la décision finale rendue et les recommandations en matière de 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 pendant que ses compétences ou sa conduite font l'objet d'une enquête, le PDG, après consultation du médecin-chef, peut suspendre les privilèges dudit membre du personnel médical en vertu de l'article C.5.11 et, par la suite, les dispositions des règlements administratifs sont suivies. Le membre du personnel médical a la responsabilité d'aviser la RRS de toute suspension de privilèges, peu importe l'endroit où cela

s'est produit.

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 obligations 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 CMC 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 Conseil des médecins, des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux et des dentistes

C.18.1 Une seule organisation du personnel médical

Il ne doit y avoir qu'un seul conseil du personnel médical pour l'ensemble de la RRS, et ce, peu importe le nombre d'établissements et de programmes administrés par cette dernière. Le conseil du personnel médical élaborera ses propres règles qui seront approuvées par le conseil.

C.18.2 Déclaration d'intention

Les membres du conseil du personnel médical travailleront en collaboration avec la RRS pour appuyer la mission ainsi que pour atteindre les objectifs du plan provincial de la santé et de la planification stratégique de la RRS afin d'offrir des services sécuritaires, efficaces et de qualité à leurs patients. Les membres du conseil du personnel médical seront toujours conscients de la nécessité d'enseigner et de découvrir d'autres méthodes dont pourraient bénéficier leurs patients.

C.18.3 Philosophie

Les membres du conseil du personnel 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.

C.19.0 Infirmières praticiennes et sages-femmes

L'agrément et les privilèges des infirmières praticiennes et des sages-femmes seront établis et encadrés par l'agente principale des soins infirmiers de la RRS et approuvés par le conseil. Les plaintes et la discipline visant les infirmières praticiennes et les sages-femmes qui sont à l'emploi de la RRS seront traitées par le Service des ressources humaines. Les plaintes et la discipline visant les infirmières praticiennes et les sages-femmes qui ne sont pas à l'emploi de la RRS seront traitées conformément aux règles de leur organisme de réglementation professionnelle.

Note couverture

Réunion du Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 11 juin 2021

Objet : Création d'un groupe ad-hoc RH du Conseil d'administration

Comme vous le savez, un des plus grands défis auxquels est confronté le Réseau de santé ainsi que beaucoup d'autres employeurs dans la province et partout au Canada est la pénurie de main-d'œuvre qualifiée. D'ailleurs, le Réseau a retenu le capital humain comme une priorité stratégique dans son plan stratégique 2020-2023. Bien que le Conseil suive certains indicateurs en lien avec le capital humain dans son tableau de bord stratégique et son tableau de bord équilibré, il n'en demeure pas moins que le Réseau fait face régulièrement à des crises importantes de pénurie de ressources qui occasionnent des bris de services.

Vu l'importance de cet enjeu pour les prochaines années et les préoccupations manifestées par plusieurs membres du Conseil d'administration, il est suggéré de créer un groupe ad-hoc des ressources humaines qui relève du Conseil d'administration pour la prochaine année.

Le comité aura comme mandat de suivre l'alignement de la stratégie en gestion du capital humain avec celle de l'organisation. Il sera également responsable d'approuver le plan stratégique des ressources humaines, de surveiller les risques liés à la pénurie de talents et identifier les stratégies pour y remédier. Il soumettra ses recommandations à l'approbation du conseil et surveillera sa mise en œuvre.

Une évaluation pourra être effectuée l'an prochain sur les besoins de poursuivre les activités de ce comité.

Soumis le 4 juin 2021 par Dre France Desrosiers, présidente-directrice générale du Réseau de santé Vitalité

Note couverture

Réunion du Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 11 juin 2021

Objet : Manuel d'orientation du Conseil d'administration

Vous trouverez ci-joint la mise à jour du Manuel d'orientation du Conseil d'administration pour vos commentaires et approbation.

Proposition de motion :

Proposé :

Appuyé :

Et résolu que le Manuel d'orientation du Conseil d'administration soit approuvé tel que présenté.

Soumis le 4 juin 2021 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité



Manuel d'orientation Conseil d'administration Réseau de santé Vitalité

Pour approbation au Comité de gouvernance et de mise en candidature le 11 juin 2021

Table des matières

1. Vision, Mission, Valeurs	
Notre vision, mission et nos valeurs.....	5
2. Vue d'ensemble du Réseau	
Accréditation.....	5
Reconnaissance.....	5
Rapport annuel 2019-2020.....	5
3. Historique de la Régie	
Encadrement législatif.....	6
Loi sur les régies régionales de la santé.....	6
Règlement (2002-27) – Loi sur les régies régionales de la santé.....	6
Règlement (2012-07) – Loi sur les régies régionales de la santé.....	6
Ministère de la Santé – Organigramme.....	7
Financement des soins de santé.....	7
Plan provincial de la santé 2013-2018.....	7
Structure organisationnelle du Réseau de santé Vitalité.....	8
4. Partenaires du Réseau de santé Vitalité	
Partenaires.....	8
Entente tripartite avec la SSMEF du N.-B. et le MACS du N.-B.....	9
5. Vue d'ensemble des services et programmes	
Services primaires.....	9
Services secondaires.....	10
Services tertiaires.....	10
Programmes et services provinciaux offerts par Vitalité.....	11
Services de laboratoire.....	11
Services d'imagerie.....	12
6. Planification stratégique	
Plan stratégique (2017-2020).....	13
Plan régional de santé et d'affaires (2020-2021 et 2018-2019).....	13
Plan de transformation et modernisation du système de santé.....	13
Plan de services cliniques (phases 1 et 2).....	13
7. Lien avec la Régie et le ministère de la Santé	
Cadre d'imputabilité.....	14
Lois provinciales pertinentes au Réseau de santé Vitalité.....	14
Loi reconnaissant l'égalité des deux communautés linguistiques officielles au N.-B. (chapitre 198).....	14
Loi hospitalière (chapitre H-6.1).....	14

	Règlement (92-84) – Loi hospitalière.....	14
	Loi sur les services hospitaliers (chapitre H-9).....	14
	Règlements (84-167) – Loi sur les services hospitaliers du N.-B.....	14
	Loi sur les coroners.....	14
8.	Services Nouveau-Brunswick.....	14
9.	Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick.....	15
10.	Structure du Conseil d’administration et rôle	
	Composition.....	15
	Membres du CA.....	15
11.	Règlements et politiques	
	Règlements administratifs.....	20
	Politiques du CA.....	20
12.	Réunions du Conseil d’administration	
	Horaire des réunions.....	21
	Horaire des réunions du CA 2020-2021.....	21
	Ordre du jour du CA.....	22
	Éducation, Histoire de patient et discussions générales du CA.....	22
	Ressources/lectures sur la gouvernance.....	22
	Dépenses (voir politique CA-215).....	22
	Assurance.....	22
13.	Support au Conseil d’administration.....	22
14.	Politiques liées à la gouvernance du Conseil d’administration	
	Conseil d’administration et régime de gouvernance (CA-120).....	25
	Code de conduite et morale des membres (CA-135).....	25
	Code d’éthique (CA-205).....	25
	Fonctions du président (CA-140).....	25
	Fonctions du vice-président (CA-150).....	25
	Fonctions du trésorier (CA-160).....	25
	Fonctions du secrétaire (CA-170).....	25
	Fonctions du président-directeur général (CA-180).....	25
15.	Comités permanents du Conseil d’administration	
	Comité exécutif (CA-310).....	25
	Comité de gouvernance et de mise en candidature (CA-320).....	25
	Comité des finances et de vérification (CA-330).....	25
	Comité stratégique de la recherche et de la formation (CA-395).....	25

16.	Comités spéciaux et sous-comités du Conseil d'administration	
	Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients (CA-350).....	25
	Comité d'évaluation du président-directeur général (CA-400)	25
17.	Comités consultatifs du Conseil d'administration	
	Comité médical consultatif.....	25
	Comité professionnel consultatif (GEN.1.40.10).....	25
18.	Autre comité	
	Comité d'éthique de la recherche (GEN.1.40.85).....	25

1. Vision, Mission, Valeurs

<https://www.vitalitenb.ca/fr/le-reseau/qui-sommes-nous/mission-vision-et-valeurs>

2. Vue d'ensemble du Réseau

<https://www.vitalitenb.ca/fr/le-reseau/qui-sommes-nous>

Accréditation

L'agrément est l'un des mécanismes utilisés pour évaluer et améliorer la qualité de nos soins et de nos services. Le processus d'agrément comprend des auto-évaluations internes suivies d'un examen externe mené par des professionnels de l'extérieur. Il est basé sur des normes nationales d'excellence. L'agrément est reconnu sur le plan national et international. La dernière visite d'agrément Canada a eu lieu en 2017.

Tous les laboratoires du Réseau participent à un processus d'agrément distinct et sont agréés par l'OLA (Ontario Laboratory Accreditation) qui relève de l'Ontario Medical Association. Le programme d'agrément de l'OLA est reconnu par Agrément Canada. Nos laboratoires ont également reçu le statut d'agrément de l'Institute for Quality Management in Healthcare (IQMH) pour avoir répondu à ses normes nationales en matière de qualité en mai 2018.

Reconnaissance

Année 2019-2020 – rapport annuel

Clinique de chirurgie bariatrique: Depuis février 2020, les patients souffrant d'obésité peuvent désormais bénéficier des soins de spécialistes renommés et du savoir-faire d'une équipe multidisciplinaire qui assure les services avant, pendant et après la chirurgie à l'Hôpital régional d'Edmundston.

Nouveau bloc opératoire du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont : Un plan a été élaboré afin d'assurer que le déménagement et l'organisation des services se fassent de façon harmonieuse au cours de l'exercice 2020-2021.

Chirurgie de la cataracte : Le Réseau a entrepris des démarches afin de transférer les opérations de la cataracte du bloc opératoire de l'Hôpital régional d'Edmundston aux soins ambulatoires de l'Hôpital général de Grand-Sault. Cette initiative, qui découle d'un plan d'amélioration des services de chirurgie dans la zone Nord-Ouest, permettra une utilisation plus judicieuse des installations dans ces deux hôpitaux. Le nouveau service devrait être en place au cours de l'exercice 2020-2021.

Service de néphrologie : En partenariat avec la Fondation Les Amis de l'Hôpital de Tracadie, trois postes d'hémodialyse ont été ajoutés au Service de néphrologie de l'établissement, faisant passer sa capacité d'accueil de 36 à 48 patients.

Réadaptation cardiaque : La clinique de réadaptation cardiaque de l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin a été rénovée avec notamment l'ajout d'une salle d'examen et l'agrandissement de l'aire d'exercice. De nouveaux locaux ont été aménagés en septembre 2019 afin d'accueillir le programme provincial de réadaptation cardiaque Cœur en santé à Bouctouche.

Service d'oncologie : L'équipe du Centre d'oncologie Dr-Léon-Richard offre depuis le début de l'année 2020 une nouvelle technique de traitement en radiothérapie. Appelée radiothérapie stéréotaxique corporelle (RSC), cette technique utilise une technologie et un positionnement très précis. Elle permet de traiter les patients aux prises avec certains types de cancer du poumon localisé.

Services de laboratoire : Le Réseau a investi un peu plus de 50 000 \$ pour faire l'achat d'appareils d'analyse hors laboratoire pour l'Hôpital et Centre de santé communautaire de Lamèque. Ces appareils permettent de faire rapidement, sur place, 90 p. 100 des analyses urgentes requises. Un système efficace de transport des échantillons vers d'autres hôpitaux permet d'obtenir les résultats des analyses non urgentes dans les délais prescrits

3. Historique de la Régie

[Historique de la régie](#)

Encadrement législatif :

Loi sur les régies régionales de la santé

[Loi sur les régies régionales de la santé](#)

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

[Règlement \(2002-27\)](#)

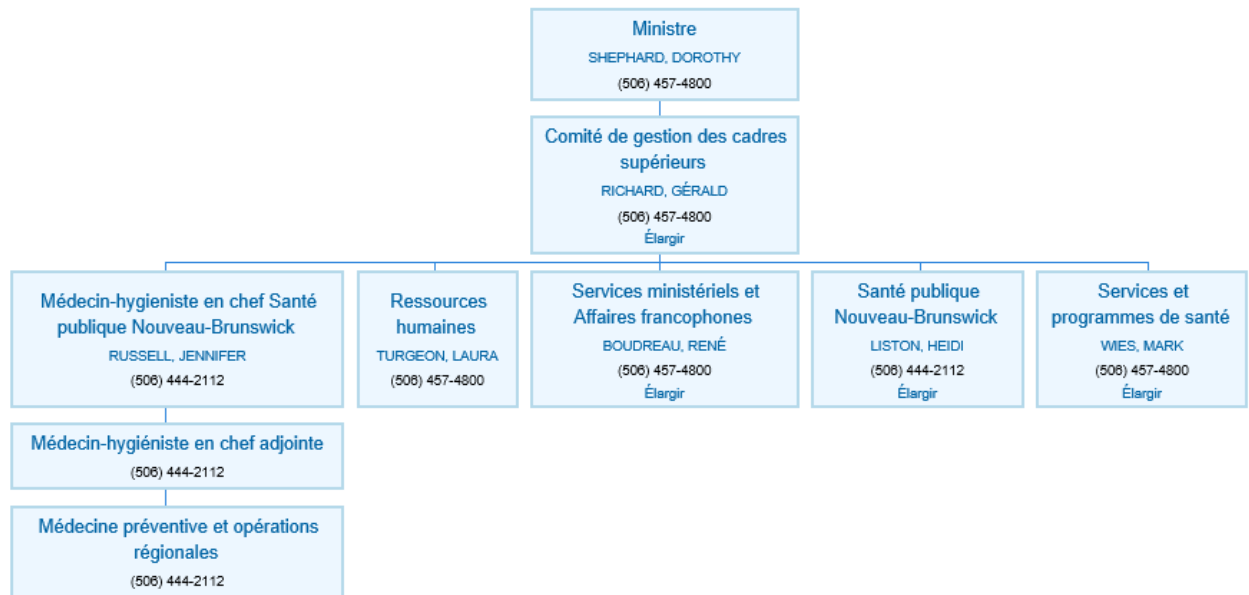
Règlement (2012-07) – Loi sur les régies régionales de la santé

[Règlement \(2012-07\)](#)

[Ministère de la Santé – Organigramme](#)

(ouvrir 'voir le diagramme Organisationnel')

Voir la structure de l'organisation



Financement des soins de santé

Le Conseil d'administration a la responsabilité de veiller à l'intégrité financière du Réseau. Chaque administrateur doit donc avoir une bonne compréhension de la façon dont les soins de santé sont financés. Les membres du Conseil d'administration peuvent également compter sur l'expertise du personnel du Réseau et sur le comité des finances et de vérification pour leur fournir les renseignements appropriés et opportuns afin de leur permettre de porter des jugements éclairés sur les recommandations financières qui leur sont présentées.

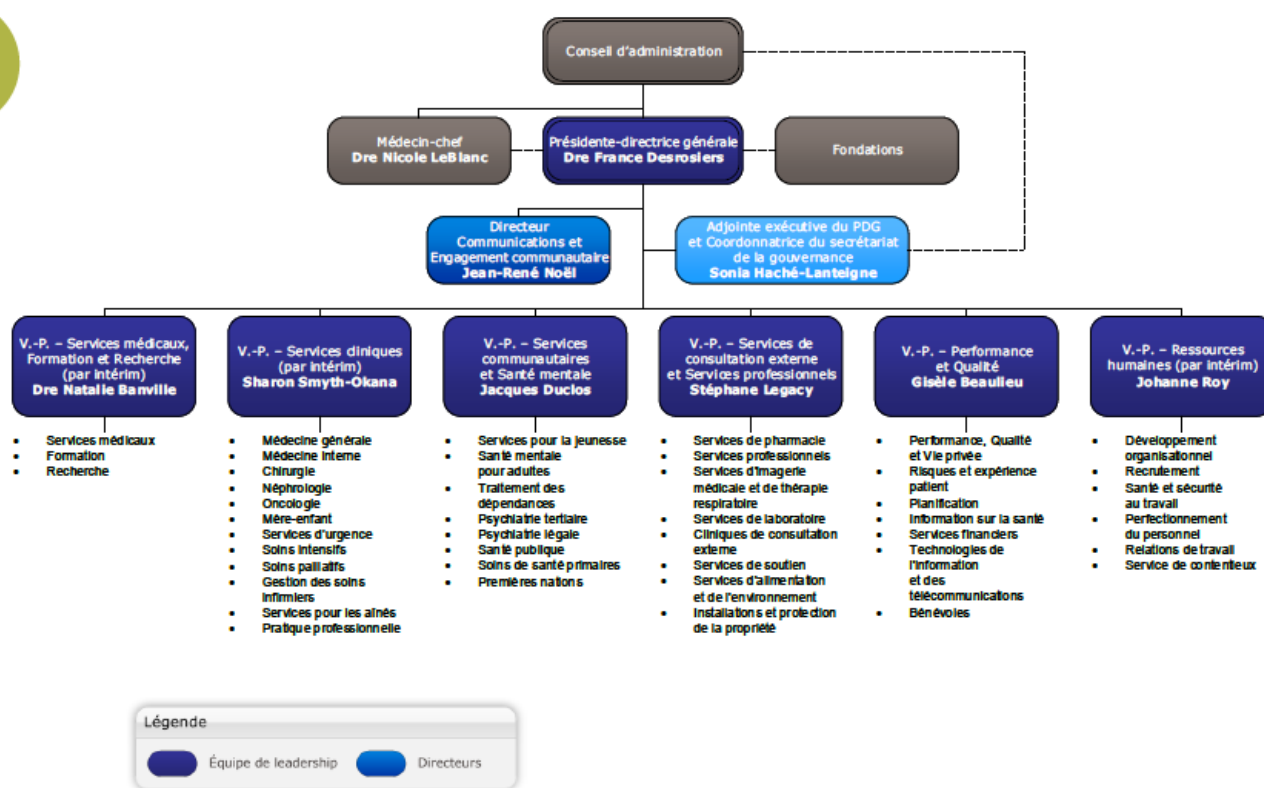
Le financement du Réseau provient de différentes sources. Par exemple, pour l'année 2014-2015, le ministère de la Santé fournit un peu plus de 93 % du budget d'opérations annuel nécessaire pour le financement régulier des soins de santé. Environ 5 % des fonds proviennent des recouvrements de facturations pour les soins médicaux prodigués aux gens de l'extérieur de la province et du pays; et on prévoit que 2 % proviendront des programmes fédéraux et autres recouvrements.

La pandémie de COVID-19 a occasionné des dépenses inattendues de 0,5 million de dollars en mars 2020.

Le financement ministériel jusqu'à présent s'est fait sur une base historique. Le ministère de la Santé tente actuellement de développer une formule d'attribution des fonds entre ses deux régions régionales de la santé provinciales; soit le Réseau de santé Vitalité et le Réseau de santé Horizon.

[Plan provincial de la santé 2013-2018](#)

Structure organisationnelle du Réseau de santé Vitalité



4. Partenaires du Réseau de santé Vitalité

Le Réseau est l'un des [cinq partenaires](#) du système de santé du Nouveau-Brunswick. À cet égard, nous nous engageons à travailler en étroite collaboration avec le ministère de la Santé, le Réseau de santé Horizon, Service NB, le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick et Ambulance Nouveau-Brunswick afin d'assurer à la population un système de santé qui répond à la vision et aux objectifs du gouvernement du Nouveau-Brunswick en matière de santé.

Par ailleurs, le Réseau cherche à établir, à renforcer et à entretenir des partenariats avec les intervenants dans divers domaines, dont l'éducation, l'emploi et les modes de vie sains, afin d'aborder tous les aspects qui ont un impact sur la santé. En voici quelques-uns :

- Unité de médecine familiale (UMF)
- Université de Moncton
- Université de Sherbrooke
- CCNB
- Académie paramédicale de l'Atlantique
- Collège Oulton

- Cégep de Rimouski
- Collège Boréal
- Institut atlantique de recherche sur le cancer
- Ministère du Développement social
- Société de l'inclusion économique et sociale du Nouveau-Brunswick

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

Une alliance majeure de cinq ans portant sur l'établissement d'un partenariat pour une santé primaire durable en français a été conclue par trois acteurs importants depuis 2015. La Société Santé et Mieux-être en français du N.-B. (SSMEFNB), le Mouvement Acadien des Communautés en Santé du N.-B. (MACS-NB) et le Réseau de santé Vitalité ont confirmé leur volonté de travailler ensemble pour rapprocher les communautés et le système de santé. L'entente entre les trois partenaires a été renouvelée pour une période de 5 ans en juin 2020.

5. Vue d'ensemble des services et programmes

Le Réseau de santé Vitalité offre une vaste gamme de soins et services de santé primaires, secondaires et tertiaires à une population de plus de 240 000 personnes. La *Loi sur les régions régionales de la santé* confère au Réseau la responsabilité d'offrir et d'administrer les services de santé sur son territoire dans la langue officielle du choix du patient.

Les services offerts par le Réseau vont de la promotion de la santé et de la prévention des maladies aux soins curatifs primaires, secondaires et tertiaires aux soins de réadaptation tant en milieu hospitalier que communautaire.

Les services de santé publique, de santé mentale communautaire, de traitement des dépendances et de pharmacodépendance, les centres de santé communautaires et les Centres pour anciens combattants s'ajoutent aux services prodigués par les établissements hospitaliers pour offrir un spectre élargi des services de santé. Complémentaires aux soins prodigués, des activités de formation et de recherche permettent de maintenir à jour les compétences du personnel du Réseau et d'assurer un relève.

La qualité des soins et des services prodigués repose sur une équipe dévouée de plus de 7 200 employés, de 571 médecins généralistes, dont 306 médecins de familles et 265 spécialistes ainsi que plus de 800 bénévoles, en date du 31 mars 2020.

[Inventaire des services](#)

Services primaires

Les soins de santé primaires sont au cœur de nos communautés et tiennent compte des déterminants sociaux qui influencent grandement la santé et le mieux-être. Des partenariats sont créés avec les établissements, les programmes, les partenaires et les communautés afin d'assurer l'accès aux soins de santé primaires à la population servie par le Réseau. La population du territoire du Réseau peut généralement recevoir des soins de santé primaires dans la communauté, sinon dans une localité environnante à moins de 30 minutes de route. En voici quelques-uns :

- Audiologie, orthophonie
- ECG, EEG et EMG
- Échographie
- Ergothérapie

- Médecine générale
- Nutrition clinique
- Obstétrique non chirurgicale, à faible risque
- Pédiatrie générale
- Physiothérapie
- Psychologie
- Récréologie
- Services pharmaceutiques
- Services sociaux
- Soins infirmiers
- Soins prolongés/Soins de rétablissement
- Soins spirituels/religieux
- Thérapie respiratoire
- Urgence

Services secondaires

Les gens doivent se déplacer vers l'hôpital régional le plus près, qui est en moyenne à une heure de route pour recevoir les soins secondaires. En voici quelques-uns :

- Anesthésie générale et spécialisée
- Cardiologie
- Chirurgie générale, bariatrique, dentaire, gynéco-oncologique, plastique, thoracique et vasculaire
- Dermatologie
- EEG/EMG
- Endocrinologie
- Gastroentérologie
- Gériatrie
- Lits d'observation étroite
- Médecine interne générale
- Néphrologie
- Obstétrique et gynécologie spécialisée
- Oncologie médicale
- Oncologie pédiatrique
- Ophtalmologie
- Pédiatrie
- Programme de réadaptation cardiaque
- Psychiatrie
- Pédopsychiatrie
- Soins intensifs
- Soins intensifs chirurgicaux
- Soins intensifs cardiaques
- Soins palliatifs
- Traumatologie

Services tertiaires

Les gens doivent faire en moyenne quatre heures de route pour recevoir des soins de santé tertiaires. En voici quelques-uns :

- Chirurgie cardiaque cathétérisme
- Neurochirurgie/Soins neuro-intensifs

- Soins néonataux intensifs
- Réadaptation tertiaire
- Unité psychiatrie - Enfant et adolescent
- Traumatologie
- Pédiatrie spécialisée
- Chirurgie pédiatrique
- Transplantation
- Unité des brûlés
- Chirurgie hépatique
- Chirurgie oncologique

Programmes et services provinciaux offerts par Vitalité

Le Réseau offre également des services dont la portée est provinciale. Ainsi, le Centre Hospitalier Restigouche abrite le programme provincial de psychiatrie légale. En ce qui concerne l'oncologie, le CHU Dr-Georges-L.-Dumont offre des services en oncologie gynécologique et en curiethérapie. Il joue également un rôle provincial au niveau des services de laboratoire en abritant un laboratoire de pandémie grippale et en offrant des services en surveillance de l'activité grippale, en microbiologie moléculaire, en sérologie et en analyse dans le cadre du programme provincial de dons d'organes. Il offre des services en gestion de cas de phénylcétonurie.

Du côté de l'imagerie médicale, le CHU Dr-Georges-L.-Dumont offre la biopsie du sein par IRM, le test respiratoire à l'urée, la synovectomie par radioablation à l'yttrium, le cathéter de dialyse péritonéale et la cryoplastie. De plus, le CHU Dr-Georges-L.-Dumont offre la chirurgie bariatrique et il abrite une clinique de planification familiale. L'Hôpital régional Chaleur, en plus de la chirurgie bariatrique et de la planification familiale, voit quant à lui à l'activation des implants cochléaires.

De plus, notre organisation assure le leadership d'autres programmes provinciaux en santé comme entre autres: le programme SANE (infirmière examinatrice en cas d'agressions sexuelles), le programme de suivi des porteurs d'implants cochléaires du Nouveau-Brunswick et le centre d'excellence en TSAF (trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale) du Nouveau-Brunswick. Ce dernier a d'ailleurs obtenu en 2019 une reconnaissance de l'Organisation des normes en santé (HSO) relative à sa pratique exemplaire à l'échelle canadienne.

Services de laboratoire

- Analyses hors laboratoire
- Biochimie
 - Chimie générale
 - Urine
 - Chimie spéciale
 - Immunochimie
 - Toxicologie
- Cytométrie de flux
- Cytopathologie
- Génétique moléculaire
 - Biologie moléculaire
 - Cytogénétique
 - Séquençage
- Hématologie
 - Hématologie générale
 - Coagulation
 - Cytométrie de flux
 - Hématologie spéciale
- Microbiologie
 - Bactériologie

- Microbiologie moléculaire
 - Mycologie
 - Parasitologie
 - Sérologie
- Virologie
- Pathologie/Histologie
 - Autopsie
 - Chirurgicale
 - Dual ISH
 - Immunohistochimique
 - Technique de ganglion sentinelle
- Prélèvement d'échantillons
- Sciences transfusionnelles

Services d'imagerie

- Angiographie interventionnelle
- Cardiologie nucléaire
- Doppler vasculaire
- Échographie
 - Abdominale
 - Obstétricale
 - Petites parties
 - Vasculaire
- Électrodiagnostique
- Fluoroscopie
- Imagerie par résonance magnétique (IRM)
 - Générale
 - Cardiaque
 - Sein
 - Prostate
- Mammographie
 - Dépistage du cancer du sein
 - Diagnostique
- Médecine nucléaire diagnostique (in vivo)
- Pet CT
- Ostéodensitométrie
- Radiologie gastro-intestinale
- Radiologie générale
- Radiologie interventionnelle
- Tomodensitométrie (TACO)
 - Générale
 - Cardiaque
 - Colonographie virtuelle
- Tomographie par ordinateur
- Tomographie par émission de positons
- Ultrasonoscopie
 - Abdominale
 - Cardiaque
 - Gynécologie
 - Neurologique
 - Obstétrical
 - Petites parties
 - Vasculaires

6. Planification stratégique

Plan stratégique 2020-2023

Le Réseau s'est doté d'un nouveau plan stratégique de trois ans intitulé « Ensemble, vers un avenir en santé ». L'importance de cet outil de gestion ne doit pas être sous-estimée. Le plan permet de définir clairement la vision, de déterminer les meilleures stratégies pour atteindre les objectifs fixés, d'optimiser nos ressources et de planifier et de contrôler nos succès. Le plan, qui est le fruit d'un exercice de consultation exhaustif, s'inscrit dans la volonté des dernières années de transformer et de moderniser le système de santé afin qu'il soit adapté aux besoins réels de la population.

Plan régional de santé et d'affaires 2020-2021

Dans le cadre de son processus annuel de planification, le Réseau met à jour son Plan régional de santé et d'affaires (PRSA) chaque année. Celui-ci est entériné par le Conseil d'administration puis acheminé au ministère de la Santé pour approbation par le ministre. Ce plan triennal, exigé en vertu de la Loi sur les régies régionales de la santé, comprend notamment les priorités, les objectifs stratégiques et opérationnels, une liste d'initiatives et un plan financier détaillé.

Le PRSA 2014-2017 du Réseau tient compte de sa responsabilité première qui consiste à offrir et à livrer des soins et des services de qualité et sécuritaires. À cet effet, nous retrouvons une orientation stratégique spécifique sur le sujet. Le Réseau a déjà entamé le travail visant à mieux identifier et satisfaire les besoins de la population. Il s'est aussi doté d'un cadre d'imputabilité et d'un plan qualité. Des équipes de travail sont déjà en place et continueront de mettre en œuvre plusieurs des initiatives du PRSA. Ces initiatives serviront de catalyseur au Réseau dans ses efforts continus visant à améliorer la qualité des soins et des services de santé.

Plan de transformation et modernisation du système de santé

Le Réseau a entrepris un vaste exercice d'analyse de la prestation de ses soins et de ses services de santé dans le but de mieux répondre aux besoins de la population. Cette démarche permettra d'améliorer les services, de les rapprocher des citoyens et d'assurer leur viabilité sur le plan financier et clinique.

[Transformer et moderniser les soins de santé](#)

Plan de services cliniques ([phase 1](#) et [phase 2](#))

Depuis plusieurs années déjà, le Réseau déploie des efforts importants afin d'améliorer son rendement au niveau opérationnel. Dans son Plan régional de santé et d'affaires 2015-2018, il annonçait son intention d'accentuer l'importance accordée à l'amélioration de l'utilisation des ressources et des services par l'entremise d'un réalignement en profondeur du système de santé et des modes d'organisation et de prestation des services. Ce réalignement prévoyait, notamment, le développement de solutions de rechange à l'hospitalisation afin d'adapter les modes de prise en charge et de suivi des clientèles à l'évolution des besoins en soins de santé des populations et d'améliorer l'efficacité du système.

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

Cadre d'imputabilité

Les hyperliens seront ajoutés dès que le travail relié au cadre d'imputabilité sera terminé.

Lois provinciales pertinentes au Réseau de santé Vitalité

La Régie doit aussi adhérer à d'autres lois telles que :

Loi reconnaissant l'égalité des deux communautés linguistiques officielles au N.-B.

[Loi reconnaissant l'égalité des deux communautés linguistiques officielles au N.-B.](#)

Loi hospitalière (chapitre H-6.1)

[Loi hospitalière](#)

Règlement (92-84) – Loi hospitalière

[Règlement du N.-B. 92-84](#)

Loi sur les services hospitaliers (chapitre H-9)

[Loi sur les services hospitaliers](#)

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

[Règlement du N.-B. 84-167](#)

Loi sur les coroners

[Loi sur les coroners](#)

8. Services Nouveau-Brunswick

Officiellement incorporée le 17 mars 2008, FacilicorpNB est une agence de services partagés offrant des services non cliniques partagés aux régies régionales de la santé (RRS) de la province, ce qui leur permet de concentrer leurs énergies sur la prestation de soins cliniques de grande qualité, contribuant ainsi à bâtir un système de soins de santé efficace, solide et viable pour notre province.

FacilicorpNB a été intégrée à la nouvelle corporation Service Nouveau-Brunswick le 1^{er} octobre 2015 en compagnie du [ministère des Services gouvernementaux](#), de l'Agence des services internes du Nouveau-Brunswick et de [Service Nouveau-Brunswick](#).

Un membre du Conseil d'administration ainsi que le Président-directeur général du Réseau de santé Vitalité siègent au sein d'un comité de Service Nouveau-Brunswick.

[Service Nouveau-Brunswick](#)

9. Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

La population du Nouveau-Brunswick a le droit de connaître les décisions prises, de faire partie du processus décisionnel, et de connaître les résultats livrés par le système de santé et ses coûts. Le

Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick encouragera cette transparence, cet engagement et cette responsabilité en :

- Engageant la population dans un dialogue significatif.
- Mesurant, surveillant et évaluant la santé de la population et la qualité des services en santé.
- Informant la population sur l'état de la performance du système de santé.
- Recommandant des améliorations au ministre de la Santé.

[Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick](#)

10. Structure du Conseil d'administration et rôles

Composition

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 et huit membres élus, et de trois membres sans droit de vote : le président-directeur général, le président du Comité médical consultatif régional et le président du Comité professionnel consultatif.

Le Conseil d'administration travaille en collaboration avec l'Équipe de leadership et a comme mandat de diriger et de gérer les affaires internes du Réseau et d'en exercer tous les pouvoirs.

Le rôle du Conseil d'administration consiste principalement à :

- développer les grandes orientations stratégiques, les plans de santé et d'affaires à long terme;
- assurer la qualité des soins et des services offerts;
- assurer l'utilisation efficace et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.

Membres du Conseil d'administration

La bibliographie de chacun des membres du Conseil d'administration est disponible sur le site Web du Réseau :

[Bibliographie des membres du Conseil d'administration.](#)



Michelyne Paulin, présidente – Shediac

Comité exécutif (**Présidente**)

Comité de gouvernance et de mise en candidature

Comité des finances et de vérification

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

Comité stratégique de la recherche et de la formation



Claire Savoie, vice-présidente (par intérim) – South Tetagouche

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients (**Présidente**)
Comité exécutif



Rita Godbout, trésorière – Grand-Sault

Comité des finances et de vérification (**Présidente**)
Comité exécutif



Lucille Auffrey – Shédiac

Comité de gouvernance et de mise en candidature (**Présidente**)
Comité exécutif



Pauline Bourque – Grande-Digue

Comité stratégique de la recherche et de la formation (**Présidente**)
Comité exécutif
Comité de gouvernance et de mise en candidature



Monica L. Barley - Moncton

Comité de gouvernance et de mise en candidature



Emeril Haché – Inkerman
Comité des finances et de vérification



Wes Knight – Campbellton
Comité des finances et de vérification



Brenda Martin – Eel River Bar
Comité de finances et de vérification



Gaitan Michaud – Grand-Sault
Comité de gouvernance et de mise en candidature



Denis M. Pelletier – Edmundston
Comité stratégique de la recherche et de la formation



Liza A. Robichaud – Bathurst
Comité stratégique de la recherche et de la formation



Sonia A. Roy – Pointe-la-Nim
Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients



Paulette Sonier-Rioux – Pointe-Brûlée
Comité stratégique de la recherche et de la formation



Anne Soucie – Edmundston
Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients

Membres d'office



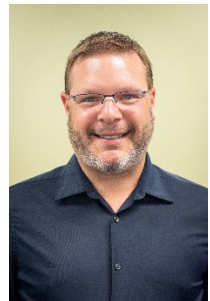
Dre France Desrosiers

Présidente-directrice générale et secrétaire du Conseil d'administration



Dre Nicole Leblanc

Présidente du Comité médical consultatif



Justin Morris

Président du Comité professionnel consultatif

Membre aviseur



Dr Aurel Schofield - Dieppe

Expert aviseur - Comité stratégique de la recherche et de la formation

11. Règlements et politiques

Règlements administratifs

Le Conseil d'administration est gouverné par les règlements administratifs et ceux-ci couvrent la conduite des affaires du Réseau de santé Vitalité.

[Nouveau code d'éthique du Conseil d'administration](#)

Le nouveau code d'éthique a été approuvé en octobre 2019. Les droits et les responsabilités que partagent nos patients, notre personnel, nos médecins et nos bénévoles sont à la base de la prestation de soins et de services de qualité. Ce code établit les conditions nécessaires à un partenariat fondé sur le respect. Le mieux-être des patients est au cœur des valeurs et de la culture organisationnelle du Réseau; il s'agit du point de mire de nos activités quotidiennes ainsi que de notre planification.

[Règlements administratifs – 19 décembre 2019](#)

Politiques du CA

Le Réseau de santé Vitalité adhère aux normes les plus strictes en matière de pratiques de gouvernance. Les politiques et procédures visent à fournir aux membres du Conseil d'administration une vue d'ensemble de l'organisme ainsi que des structures et des méthodes qui le gouvernent. Les politiques ci-dessous décrivent les processus et les pratiques qui favorisent l'efficacité du Conseil d'administration.

Gouvernance générale

- [CA-100 : Raison d'être du Réseau de santé Vitalité](#)
- [CA-110 : Vision, mission et valeurs](#)
- [CA-120 : Conseil d'administration et régime de gouvernance](#)
- [CA-135 : Code de conduite et morale à l'intention des membres](#)
- [CA-140 : Fonctions du président](#)
- [CA-150 : Fonctions du vice-président](#)
- [CA-160 : Fonctions du trésorier](#)
- [CA-170 : Fonctions du secrétaire](#)
- [CA-180 : Fonctions du président-directeur général](#)
- [CA-190 : Planification stratégique](#)

Orientation - Lignes directrices

- [CA-205 : Code d'éthique](#)
- [CA-210 : Orientation des nouveaux membres](#)
- [CA-215 : Rémunération des membres](#)
- [CA-220 : Langues officielles](#)
- [CA-225 : Communications et relations publiques](#)
- [CA-235 : Succession du président-directeur général](#)
- [CA-240 : Gestion de la qualité, de la sécurité des patients et des risques](#)
- [CA-241 : Santé et sécurité au travail](#)

- [CA-245 : Considérations éthiques](#)
- [CA-250 : Protection des renseignements confidentiels](#)
- [CA-255 : Documentation numérisée](#)
- [CA-260 : Dénonciation d'irrégularités](#)
- [CA-265 : Limite d'autorisation de dépenses](#)
- [CA-270 : Présence aux réunions et comités](#)
- [CA-275 : Investissements](#)

Comités du conseil

- [CA-300 : Comités du Conseil d'administration](#)
- [CA-310 : Comité exécutif](#)
- [CA-320 : Comité de gouvernance et de mise en candidature](#)
- [CA-330 : Comité des finances et de vérification](#)
- [CA-350 : Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients](#)
- [CA-360 : Comité consultatif des patients et des familles](#)
- [CA-395 : Comité stratégique de la recherche et de la formation](#)

Processus d'évaluation

- [CA-400 : Processus d'évaluation du président-directeur général](#)
- [CA-410 : Cadre d'évaluation](#)
- [CA-430 : Processus d'évaluation du médecin-chef et présidence du Comité professionnel consultatif](#)

12. Réunions du Conseil d'administration

Horaire des réunions

Le Conseil d'administration se réunit au moins quatre fois par année et les réunions sont ouvertes au public. La date, l'heure et le lieu des réunions sont annoncés à l'avance dans les médias et sur le site Web du Réseau.

Vous désirez poser une question lors d'une réunion du Conseil d'administration?

Chaque séance publique du Conseil d'administration est suivie d'une période de dialogue avec le public d'une durée de 30 minutes. Si vous désirez poser une question aux membres du Conseil d'administration, vous devez soumettre votre question par courriel à l'adresse info@vitalitenb.ca dix jours ouvrables avant la date de la réunion. Ceci a pour but d'assurer le bon déroulement des échanges, d'offrir à tous les intervenants un temps de parole équitable et de permettre au Conseil d'administration de fournir des réponses complètes et en temps opportun.

Horaire des réunions du Conseil d'administration 2020-2021

Dates et lieux	Séance de formation	Séance d'information et réunions à huis clos	Réunion publique
5 et 6 octobre 2020 Zone Beauséjour	5 octobre 2020 (au besoin)	6 octobre 2020 8 h à 12 h	6 octobre 2020 13 h à 16 h

7 et 8 décembre 2020 Zone Nord-Ouest	7 décembre 2020 13 h à 17 h	8 décembre 2020 8 h à 12 h	8 décembre 2020 13 h à 16 h
12 et 13 avril 2021 Zone Restigouche	12 avril 2021 (au besoin)	13 avril 2021 8 h à 12 h	13 avril 2021 13 h à 16 h
21 et 22 juin 2021 (assemblée générale annuelle) Zone Acadie-Bathurst	21 juin 2021 15 h à 17 h	22 juin 2021 8 h à 12 h	22 juin 2021 13 h à 16 h

Ordre du jour du CA

Le Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité utilise un programme de consentement à la plupart des réunions - minutes du Conseil d'administration pour approbation, le rapport du président-directeur général, les rapports des comités, les privilèges temporaires, les dossiers légaux, la correspondance sont quelques-uns des points réguliers de l'ordre du jour.

Éducation, histoire de patient et discussions générales du Conseil d'administration

Le Réseau s'engage à rehausser la barre et créer une valeur ajoutée en matière de soins centrés sur le patient et sa famille en misant sur une stratégie d'expérience clientèle mettant l'accent sur la création et le soutien de partenariats mutuellement avantageux.

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

Suite à cette situation vécue, les membres du Conseil d'administration auront une discussion d'environ quinze minutes sur quelques questions touchant les éléments les plus marquants de la situation vécue.

Ressources/lectures sur la gouvernance

Dans le cadre du plan de formation continue des membres du Conseil d'administration, des articles d'intérêt sur la gouvernance avec l'ensemble des membres sont partagés. Suite à ces lectures, les membres sont invités à se réserver une courte période de discussion pour échanger sur le contenu de ces articles.

Assurance

Le Réseau est couvert par le Plan de protection de la responsabilité - services de santé, souscrit par la province du Nouveau-Brunswick et administré par *Health Care Insurance Reciprocal of Canada* « *HIROC* ».

13. Support au Conseil d'administration

Le président-directeur général est le premier point de contact pour toutes questions liées au Réseau de santé Vitalité. Le ministre nomme le PDG, 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.

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 PDG a lieu et qu'un plan de relève du PDG est en place en cas d'incapacité d'agir du PDG.

L'adjointe administrative du PDG participe à toutes les réunions du Conseil d'administration et s'assure que tous les documents liés aux diverses réunions sont disponibles sur le portail Watchdox.

Aussi présent à toutes les réunions du Conseil d'administration et les comités concernés sont les cinq vice-présidents et le président-directeur général du Réseau de santé Vitalité. Ensemble, le PDG et les vice-présidents sont connus comme l'Équipe de leadership.

La bibliographie de chacun des membres de l'Équipe de leadership est disponible sur le site Web du Réseau :

[Bibliographie des membres de l'Équipe de leadership.](#)



Dre France Desrosiers, présidente-directrice générale

Fondations
Communications et Engagement communautaire
Médecin-chef



Johanne Roy, vice-présidente des Ressources humaines (par intérim)

Recrutement
Santé et sécurité au travail
Développement organisationnel
Service de contentieux
Perfectionnement du personnel
Relations de travail



Jacques Duclos, vice-président aux Services communautaires et à la Santé mentale

Services pour la jeunesse
Santé mentale pour adultes
Traitement des dépendances
Psychiatrie tertiaire
Psychiatrie légale
Santé publique
Soins de santé primaires
Premières nations



Stéphane Legacy, vice-président aux Services de consultation externe et aux Services professionnels

Services de pharmacie Installation et protection de la propriété
Services professionnels Services de soutien
Services de laboratoire
Services d'imagerie médicale et de thérapie respiratoire
Cliniques de consultation externe
Services d'alimentation et de l'environnement



Gisèle Beaulieu, vice-présidente à la Performance et à la Qualité

Performance, Qualité et Vie privée
Risques et expérience patient
Planification
Information sur la santé
Services financiers
Technologies de l'information et des télécommunications
Bénévoles



Sharon Smyth-Okana, vice-présidente des Services cliniques

Médecine générale Service d'urgence
Médecin interne Soins intensifs
Chirurgie Soins palliatifs
Néphrologie Gestion des soins infirmiers
Oncologie Services pour les aînés
Mère-enfant Pratique professionnelle



Dre Natalie Banville, vice-présidente aux Affaires médicales

Services médicaux



Brigitte Sonier-Ferguson, vice-présidente de la Mission universitaire

Formation Recherche
Centre de formation médical du N.-B. Unités cliniques apprenantes
Centre de médecine de précision du N.-B. Affiliations universitaires
Institut Atlantique de recherche sur le cancer

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

Conseil d'administration et régime de gouvernance ([CA-120](#))

Code de conduite et morale des membres ([CA-135](#))

Code d'éthique ([CA-205](#))

Fonctions du président ([CA-140](#))

Fonctions du vice-président ([CA-150](#))

Fonctions du trésorier ([CA-160](#))

Fonctions du secrétaire ([CA-170](#))

Fonctions du président-directeur général ([CA-180](#))

15. Comités permanents du Conseil d'administration

Comité exécutif ([CA-310](#))

Comité de gouvernance et de mise en candidature ([CA-320](#))

Comité des finances et de vérification ([CA-330](#))

Comité stratégique de la recherche et de la formation ([CA-395](#))

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

Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients ([CA-350](#))

Processus d'évaluation du président-directeur général ([CA-400](#))

17. Comités consultatifs du Conseil d'administration

Comité médical consultatif

Comité professionnel consultatif ([GEN.1.40.10](#))

18. Autre comité

Comité d'éthique de la recherche ([GEN.1.40.85](#))

Note d'information

Point 5.20

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

Date : 2021 06 11

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 réunion à huis clos et de la réunion publique du Conseil d'administration tenue le 13 avril 2021.

- Le taux de répondants pour la réunion à huis clos a augmenté comparé à la réunion précédente. Il est de 88 % comparativement à 76 % pour la période précédente. Quant au taux de répondants pour la réunion publique, celui-ci a également augmenté et est passé de 83 % lors de la dernière réunion à 88 % pour la réunion actuelle. Nous remercions les membres pour l'amélioration du taux de répondants et les encourageons à poursuivre les efforts afin d'atteindre le 100 %.
- Dans l'ensemble pour les deux sondages, les résultats démontrent un taux de satisfaction très élevé, toutefois le temps alloué pour les échanges semble démontrer une insatisfaction tant pour la réunion à huis clos que la réunion publique.
- Les résultats feront l'objet de discussions lors de la réunion du Comité de gouvernance afin de poursuivre les améliorations sur le fonctionnement des réunions.

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, vérifient l'efficacité des pratiques afin de déterminer celles qu'il convient de conserver et procurent des occasions de discuter des domaines d'amélioration continue.

Note d'information

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...
Qualité et sécurité	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Partenariats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...
Gestion des risques (analyse légale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...
Allocation des ressources (analyse financière)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Impacts politiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Réputation et communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...

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 et de mise en candidature.

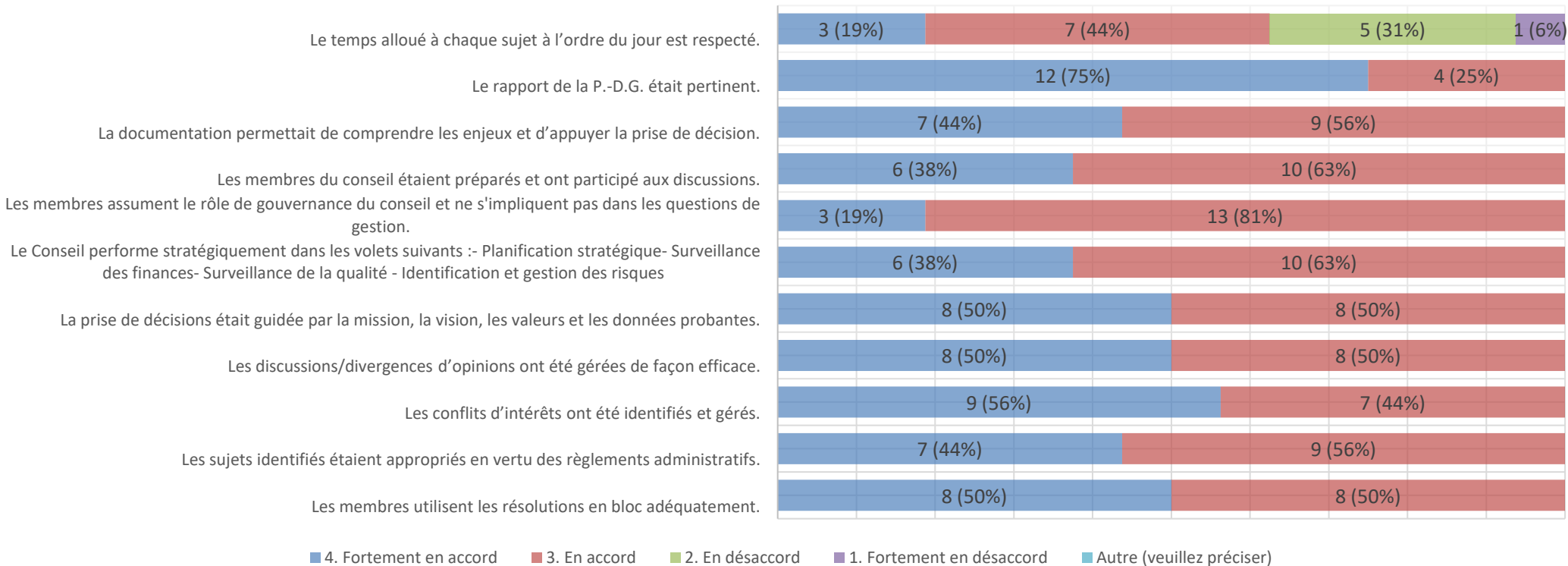
Proposition et résolution

Aucune.

Soumis le 2 juin 2021 par Gisèle Beaulieu, VP Performance et Qualité.

Questions à échelle d'évaluation

Pourcentage de participation : 88% (16 membres sur 18 – excluant la PDG)
Pourcentage de questions répondues : 100%



Questions à réponse libre

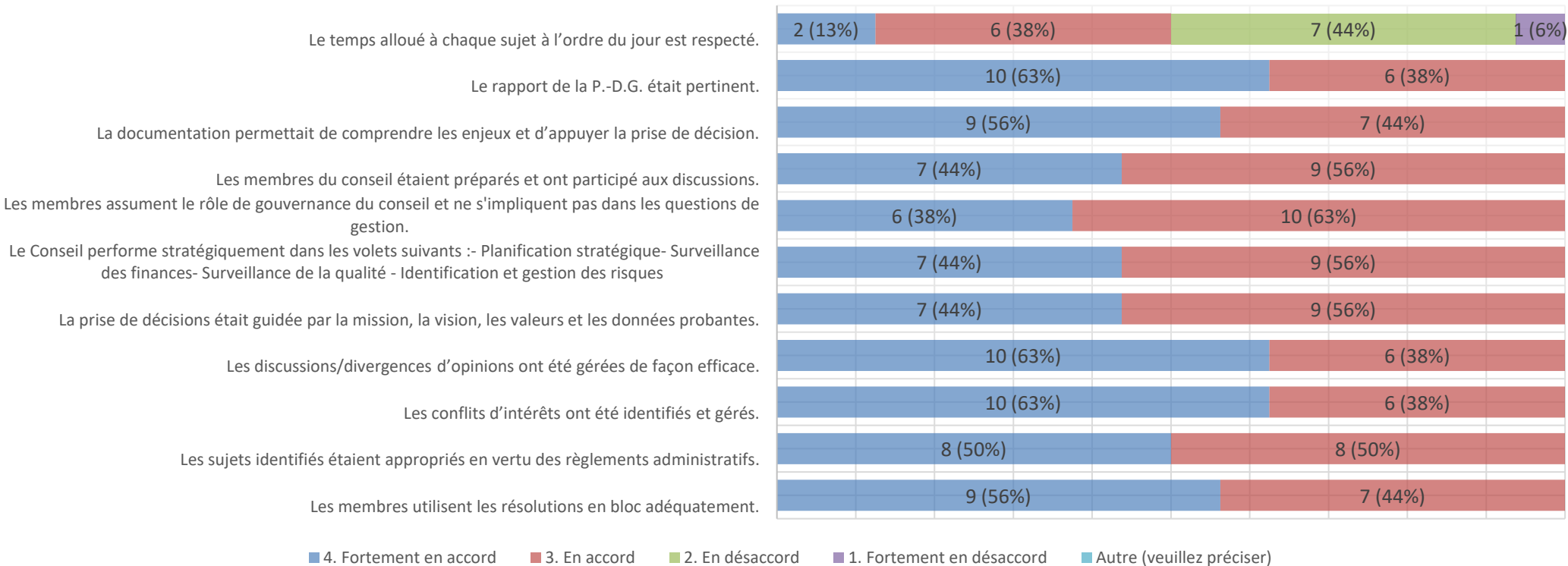
Veuillez s.v.p. utiliser cet espace pour de plus amples commentaires (copier textuellement) :

- Bonne réunion!
- Ok
- De belles discussions pertinentes qui étaient nécessaires, cependant, on n'arrive pas à respecter le temps établi pour chaque item de l'ordre du jour.
- Agenda chargé avec un débordement au niveau temps, membres intéressés et engagés
- Nous sous-estimons le temps requis pour les sujets à discuter.
- Très bonne réunion

Questions à échelle d'évaluation

Pourcentage de participation : 88% (16 membres sur 18 – excluant la PDG)

Pourcentage de questions répondues : 100%



Questions à réponse libre

Veillez s.v.p. utiliser cet espace pour de plus amples commentaires (copier textuellement) :

- [Voir le document ci-joint](#)

- Trop d'items à l'ordre du jour!
- L'ordre du jour trop rempli, la réunion publique trop long.
- Encore une défi de prévoir le temps requis pour les discussions. Nous dépassons le temps prévu. Par contre, nous laissons le temps requis et prolongeons nos rencontres en conséquence.
- Réunion très longue sans pause. Révision de pertinence et de la façon de présenter les dossiers (surtout les présentateurs) pourrait être réviser. Les interventions des VP pourraient être plus brèves et non pas une liste d'épicerie de tous ce qui est fait. La présentation par PDG aurait pu être une version abrégée du texte et non pas une lecture (qui était un peu long). Pertinent par contre d'avoir la PDG de souligner quelques priorités et éléments pertinents du moment. Puisque nous avons tous d'avance la documentation, des versions abrégées seraient appréciées. Le format de présentation des comités est plus facile à suivre, belle amélioration!
- Bravo à notre Présidente du Conseil! Efficace et respectueuse!
- Très bonne réunion

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature

Date : le 11 juin 2021

Objet : Recrutement et nomination des dirigeants et présidents des comités du Conseil

La nomination des dirigeants, autre que la présidente du Conseil, et les comités du Conseil d'administration se font selon les pratiques en vigueur à l'Assemblée générale annuelle conformément aux règlements administratifs.

Le processus pour connaître l'intérêt des nouveaux membres élus à faire partie de l'un ou l'autre des comités du Conseil a été amorcé en leur acheminant le formulaire à remplir ainsi que les divers mandats des comités.

Au moment de soumettre les documents aux membres du Comité de gouvernance et de mise en candidature, le Réseau de santé Vitalité n'avait toujours pas reçu la nomination des membres nommés par la ministre de la Santé.

L'information sera acheminée au Comité de gouvernance et de mise en candidature dès que le Réseau recevra la documentation du ministère de la Santé, et ce, avant la réunion prévue le 11 juin 2021.

Soumis le 4 juin 2021 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité