

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Point 3

Titre de la réunion :	Conseil d'administration	Date et heure :	Le 17 octobre 2017 à 13 heures			
But de la réunion :	Réunion publique	Endroit :	Four Points by Sheraton à Moncton Salle Rendez-vous			
Présidente :	Michelyne Paulin					
Secrétaire :	Sonia Haché-Lanteigne					
Participants						
Membres						
Lucille Auffrey		Wes Knight		Michelyne Paulin (présidente)		
Pauline Bourque		Brenda Martin		Denis M. Pelletier		
Rita Godbout (trésorière)		Norma McGraw		Sonia A. Roy		
Gabriel Godin (vice-président)		Gaitan Michaud		Claire Savoie		
Emeril Haché		Jean-Marie Nadeau		Anne C. Soucie		
Membres d'office						
Gilles Lanteigne		Dre Nicole LeBlanc		Janie Levesque		
Équipe de leadership						
Gisèle Beaulieu		Jacques Duclos		Johanne Roy		
Dre France Desrosiers		Stéphane Legacy		Réjean Bédard (remplace Pierre Verret)		
ORDRE DU JOUR				Pou r	Documents	
				NC	NI	AD
1. Ouverture de la réunion						
2. Constatation de la régularité de la réunion						
3. Adoption de l'ordre du jour				D		✓
4. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels						
5. Adoption du procès-verbal de la réunion du 19 juin 2017				D		✓
6. Questions découlant du procès-verbal et suivis				I	✓	
6.1 Privatisation des services						
7. Rapport du président-directeur général				I	✓	✓
8. Rapports des comités						
8.1 Comité exécutif					✓	
8.2 Comité de gouvernance et de mise en candidature (25 septembre 2017)				D	✓	✓
8.3 Comité des finances et de vérification (26 septembre 2017)				D	✓	✓
8.4 Comité du service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité (26 septembre 2017)				D	✓	✓
8.5 Comité stratégique de la recherche et de la formation (18 septembre 2017)				D	✓	✓
8.6 Comité médical consultatif (rapport – 19 septembre 2017)				D	✓	
8.7 Comité professionnel consultatif (rapport – 19 septembre 2017)				D	✓	
9. Privilèges temporaires des médecins				D	✓	✓
10. Correspondance				I	✓	✓

Légende :

Pour :

D = Décision

I = Information

C = Consultation

Documents :

NC = Note couverture

NI = Note d'information

AD = Autres documents

11. Documentation pour les membres	I	✓		✓
11.1 Penser la santé de façon globale (Jean-Marie Nadeau)				
11.2 La centralisation en santé est vouée à l'échec (Jean-Marie Nadeau)				
11.3 Enlisting Patient and Family Advisers in the Design of Clinical Pathways (Gilles Lanteigne)				
11.4 Partnership for Patients : Innovation and Leadership for Safer Healthcare (Gilles Lanteigne)				
12. Histoire d'une expérience d'un patient				
12.1 Perspective usager/parent/partenaire en lien avec les services de santé mentale et traitement des dépendances - Présentation (Albert Cyr, président du Comité consultatif communautaire Santé mentale et Traitement des dépendances - Zone Beauséjour)	I	✓		✓
13. Relations avec la communauté/services offerts				
13.1 Centre de prévention de la violence dans Kent – Présentation (Angèle Losier, directrice générale du Centre de prévention de la violence dans Kent)	I	✓		✓
13.2 Association francophone des aînées du N.-B. (AFANB) – Présentation (Solange Haché, présidente de l'AFANB et Jean-Luc Bélanger, directeur général de l'AFANB)	I	✓		✓
14. Autres points				
14.1 Mission universitaire - Présentation (Brigitte Sonier)	D	✓		✓
14.2 Surveillance cardiaque Bluetooth - CHUDGLD - Présentation (Dr Luc Cormier et Dr Martin Robichaud)	I	✓		✓
14.3 Centre Hospitalier Restigouche - Modèle de soins - Présentation (Caroline Drolet et Dre Nicole Leblanc)	D	✓		✓
14.4 Initiative de réorganisation des services de laboratoire (Stéphane Legacy, Dre Louise Thibault et Yves Goudreau)	I	✓		✓
15. Levée de la réunion	D			
16. Évaluation de la réunion	C	✓		✓
17. Dialogue avec le public				

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL Point 5

Titre de la réunion :	Conseil d'administration	Date et heure :	Le 19 juin 2017 à 13 heures		
But de la réunion :	Réunion publique	Endroit : Hôtel Atlantic Host à Bathurst Salon Jade			
Présidente :	Michelyne Paulin				
Secrétaire :	Sonia Haché-Lanteigne				
Participants					
Membres					
Lucille Auffrey	√	Wes Knight	√	Michelyne Paulin (présidente)	√
Pauline Bourque	√	Brenda Martin	x	Denis M. Pelletier	√
Rita Godbout (trésorière)	√	Norma McGraw	√	Sonia A. Roy	√
Gabriel Godin	√	Gaitan Michaud	√	Claire Savoie	√
Émeril Haché	√	Jean-Marie Nadeau	√	Anne C. Soucie (vice-présidente)	√
Membres d'office					
Gilles Lanteigne	√	Dre Nicole LeBlanc	√	Linda Sunderland	√
				Janie Lévesque (invitée)	√
Équipe de leadership					
Gisèle Beaulieu	√	Jacques Duclos	√	Johanne Roy	√
Dre France Desrosiers	√	Stéphane Legacy	√	Pierre Verret	x
PROCÈS-VERBAL					
1. Ouverture de la réunion La présidente du Conseil d'administration souhaite la bienvenue aux participants et elle déclare la réunion ouverte à 13 h 10.					
2. Constatation de la régularité de la réunion La réunion a été dûment convoquée et le quorum est atteint.					
3. Adoption de l'ordre du jour L'ordre du jour est présenté pour approbation. <u>MOTION 2017-06-19 / 01P</u> Proposé par Émeril Haché Appuyé par Sonia A. Roy Et résolu que le Conseil d'administration adopte l'ordre du jour. Adopté à l'unanimité.					
4. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels Aucun conflit d'intérêts n'est signalé.					
5. Adoption du procès-verbal de la réunion du 25 avril 2017 Le procès-verbal de la réunion du 25 avril 2017 est présenté pour approbation. <u>MOTION 2017-06-19 / 02P</u> Proposé par Claire Savoie Appuyé par Pauline Bourque Et résolu que le Conseil d'administration adopte le procès-verbal de la réunion du 25 avril 2017. Adopté à l'unanimité.					
6. Questions découlant du procès-verbal et suivis 6.1 Position du Conseil d'administration sur la gestion des services alimentaires et des services de l'environnement Suite à la demande du Conseil d'administration, une rencontre s'est tenue à Moncton le 1er mai dernier avec le ministre. Lors de cette rencontre, les résultats de l'année ont été présentés. Ces résultats démontrent que					

le Réseau a atteint ses cibles et dépassent celles prévues de Sodexo d'environ 1.7M\$ après un an. Le ministre Victor Boudreau s'est montré ouvert aux revendications du Réseau, mais n'a pas changé sa position dans le dossier. Il s'agit, selon le ministre Victor Boudreau, d'une position gouvernementale de privatiser ces services.

Entre-temps, le Réseau continue de recevoir des lettres d'organismes et d'instance qui supportent le maintien des services à l'intérieur du Réseau. Ces lettres d'appui sont incluses dans la correspondance publique, incluse dans la documentation pour la rencontre du Conseil d'administration. Elles s'ajoutent aux nombreux appuis impressionnants reçus à ce jour.

SoinsSantéCan a développé un document important qui fait le lien avec les services cliniques et l'alimentation. Ce document s'intitule « Role of Foods in Hospital » et il sera partagé avec les membres du Conseil.

Le Réseau a reçu de l'information à l'effet que le ministre pensait pouvoir signer le contrat à son niveau. L'échéancier serait, selon l'information reçue, le 1 octobre. Il est vraisemblable que le ministre demande au Conseil d'administration de signer l'entente une fois celle-ci finalisée. Les membres du Conseil d'administration se questionnent à savoir si un avis légal doit être demandé pour éclairer les responsabilités respectives dans ce dossier. À cette étape il est préférable d'attendre.

6.2 Programme extra-mural (PEM)

Il n'y a rien de nouveau à ajouter dans ce dossier sauf que la communication de la décision serait imminente.

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

Le rapport couvre la période du 10 avril au 9 juin 2017. Il vise à informer les membres des principaux accomplissements liés à l'atteinte des objectifs du Plan régional de santé et d'affaires 2016-2019 et des autres dossiers prioritaires pour le Réseau. Voici les sujets inclus :

- Engagement du personnel et du corps médical
 - Semaine des employés 2017
- Gestion des ressources financières et matérielles
 - Nouvelle clinique spécialisée dans les troubles du sommeil à Moncton
- Gestion des ressources humaines
 - Nomination d'un médecin-chef intérimaire pour la zone Restigouche
 - Résultats positifs en matière d'appréciation du rendement des employés
- Relations avec nos partenaires et groupes communautaires
 - Quatrième édition du Symposium sur le cancer
 - Nouveaux services ambulatoires de cardiologie bientôt offerts à l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent
- Gestion stratégique / Communication
 - Deuxième forum sur la dépendance à la nicotine
 - Symposium en soin des plaies
- Relations avec le Conseil d'administration
 - Rencontres et démarches de représentation

8. Rapports des comités du Conseil d'administration

8.1 Comité exécutif

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

8.2 Comité de gouvernance et de mise en candidature

Lucille Auffrey, présidente du comité, présente le rapport de la réunion du 6 juin 2017. Voici les sujets qui ont été soulignés :

- Révision de politiques et procédures (MOTION 2017-06-06 / 03GMC)
- Bloc de politiques et procédures du Conseil d'administration (MOTION 2017-06-06 / 04GMC)
- Mandat du Comité professionnel consultatif (MOTION 2017-06-06 / 05GMC)

MOTION 2017-06-19 / 03P

Proposé par Lucille Auffrey

Appuyé par Norma McGraw

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport de la réunion du 6 juin 2017 du Comité de gouvernance et de mise en candidature.

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2017-06-19 / 04P

Proposé par Lucille Auffrey

Appuyé par Émeril Haché

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : MOTION 2017-06-06 / 03GMC, MOTION 2017-06-06 / 04GMC et MOTION 2017-06-06 / 05 GMC du Comité de gouvernance et de mise en candidature de la rencontre du 6 juin 2017.

Adopté à l'unanimité.

Suite à la motion proposée ci-dessus, Dre Nicole Leblanc constate un changement. Dans le procès-verbal, à la motion 2017-06-06 / 10GMC, le nom du Dr Khurshid Haque sera retiré de la liste des membres votants qui siègent au Comité médical consultatif de la zone 5 pour l'année 2017-2018. La motion proposée par Lucille Auffrey et appuyée par Émeril Haché sera proposée à nouveau avec ce changement.

MOTION 2017-06-19 / 05P

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Lucille Auffrey

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : MOTION 2017-06-06 / 03GMC, MOTION 2017-06-06 / 04GMC et MOTION 2017-06-06 / 05 GMC du Comité de gouvernance et de mise en candidature de la rencontre du 6 juin 2017 avec le retrait du nom du Dr Khurshid Haque de la liste des membres votants qui siègent au Comité médical consultatif de la zone 5 pour l'année 2017-2018.

Adopté à l'unanimité.

Norma McGraw demande la révision du Comité de planification stratégique (Politique : CA-360) par le Comité de gouvernance et de mise en candidature.

MOTION 2017-06-19 / 06P

Proposé par Norma McGraw

Appuyé par Jean-Marie Nadeau

Et résolu que le Conseil d'administration autorise le Comité de gouvernance et de mise en candidature d'effectuer la révision du Comité de planification stratégique (politique - CA-360) et de partager les recommandations à la prochaine réunion du Conseil d'administration.

Adopté à l'unanimité.

Dans les prochains mois, le Réseau préparera une journée de retraite au mois de décembre 2017 afin de préparer la planification annuelle du Réseau pour l'année suivante. Un groupe de travail sera mis en place avant le mois de septembre afin de préparer cet événement.

8.3 Comité des finances et de vérification

Rita Godbout, présidente du comité, présente le rapport de la réunion du 1 juin 2017. Voici les sujets qui ont été soulignés :

- Demande de proposition pour une firme de vérificateurs externes
- Plan d'action – Recommandations des vérificateurs externes 2015-2016
- Approbation des modifications budgétaires 2016-2017 (MOTION 2017-06-01 / 04FV)
- États financiers au 31 mars 2017 (MOTION 2017-06-01 / 05FV)
- Rapport des auditeurs (MOTION 2017-06-01 / 06FV)
- Lettre budgétaire 2017-2018
- Signataires (MOTION 2017-06-01 / 07FV)
- Mot de reconnaissance (MOTION 2017-06-01 / 08FV)

MOTION 2017-06-19 / 07P

Proposé par Rita Godbout

Appuyé par Émeril Haché

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité des finances et de vérification de la rencontre du 1 juin 2017.

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2017-06-19 / 08P

Proposé par Rita Godbout

Appuyé par Claire Savoie

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : MOTION 2017-06-01 / 04FV, MOTION 2017-06-01 / 05FV, MOTION 2017-06-01 / 06FV, MOTION 2017-06-01 / 07FV et MOTION 2017-06-01 / 08FV du Comité des finances et de vérification de la rencontre du 1 juin 2017.

Adopté à l'unanimité.

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

Anne Soucie, présidente du comité, présente le rapport de la réunion du 1 juin 2017. Voici les sujets qui ont été soulignés :

- Cadre de référence de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients
- Rapport annuel du secteur de la Qualité, performance et bénévoles 2016-2017
- Rapport annuel du Bureau de l'éthique
- Rapport annuel sur les plaintes 2016-2017
- Rapport des dossiers litigieux
- Rapport - Gestion des risques
- Rapport - Mesures d'urgence
- Rapport - Prévention et contrôle des infections
- Tableau de bord stratégique et opérationnel (mars 2017)

MOTION 2017-06-19 / 09P

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Denis M. Pelletier

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité de la rencontre du 1 juin 2017.

Adopté à l'unanimité.

8.5 Comité stratégique de la recherche et de la formation

Pauline Bourque, présidente du comité, présente le rapport de la réunion du 25 mai 2017. Voici les sujets qui ont été soulignés :

- Nouveau poste – Directeur régional - Recherche, Développement scientifique et Formation
- Plan de communication
- Mise à jour du plan d'action
- Mise à jour du plan de développement de la mission universitaire
- Proposition de modification à la composition du Comité stratégique de la recherche et de la formation (MOTION 2017/05/25-03CSRF)
- Présentation - Recherche dans le domaine du vieillissement
- Présentation - Visite d'agrément 2017

MOTION 2017-06-19 / 10P

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Lucille Auffrey

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport de la réunion du 25 mai 2017 du Comité stratégique de la recherche et de la formation.

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2017-06-19 / 11P

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Norma McGraw

Et résolu que le Conseil d'administration adopte la motion suivante : MOTION 2017-05-25 / 03CSRF du Comité stratégique de la recherche et de la formation de la rencontre du 25 mai 2017.

Adopté à l'unanimité.

Dre Nicole Leblanc souligne que la réunion annuelle du Conseil d'administration du « CanFASD Research Network » qui regroupe la majorité des chercheurs canadiens en lien avec les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) a eu lieu à Moncton cette année, dans le but de souligner l'implication du Réseau en tant que Centre d'excellence TSAF au Nouveau-Brunswick au niveau national.

8.6 Comité médical consultatif

Dre Nicole LeBlanc présente son rapport à titre de médecin-chef régionale. Voici les sujets qui ont été

soulignés :

- Le processus d'inclusion des plans de qualité
- La révision du processus des octrois de privilèges
- La continuation des visites dans les zones
- Le processus de révision des exigences minimales

Dre LeBlanc présente également, en tant que présidente du comité, le rapport de la réunion du 6 juin 2017. Voici les sujets qui ont été soulignés :

- Rapports présentés aux membres du CMC
 - Tableau de bord du CMC
 - Rapport de progrès – Plan de qualité
 - Rapport groupes cliniques
 - Progrès de la démarche d'agrément 2017
 - Rapport régional des plaintes médicales Q4
- Présentation : Programme de traumatologie du NB (MOTION 2017/06/06-02-CMC)
- Demandes de nominations et de changements de nominations (MOTION 2017/06/06-05-CMC)
- Nominations de chefs de départements (MOTION 2017/06/06-06-CMC)
- Nominations de membres aux CMCR (MOTION 2017/06/06-07-CMC)
- Nominations de membres aux comités provinciaux (MOTION 2017/06/06-08-CMC)

MOTION 2017-06-19 / 12P

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Wes Knight

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport de la Médecin-chef régional et de la présidente du Comité médical consultatif de la rencontre du 6 juin 2017.

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2017-06-19 / 13P

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Rita Godbout

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : MOTION 2017/06/06-02-CMC, MOTION 2017/06/06-05-CMC, MOTION 2017/06/06-06-CMC, MOTION 2017/06/06-07-CMC et MOTION 2017/06/06-08-CMC du Comité médical consultatif de la rencontre du 6 juin 2017.

Adopté à l'unanimité.

8.7 Comité professionnel consultatif

Linda Sunderland, présidente du comité, présente le rapport de la réunion du 16 mai 2017. Voici les sujets qui ont été soulignés :

- Nouveaux membres (MOTION 2017/05/16 04CPC) et (MOTION 2017/05/16 03CPC)
- Politiques : Administration des médicaments pour les technologues en radiation médicale – Compétence avancée (MOTION 2017/05/16 05CPC)
- Acupuncture et traitements aux aiguilles sèches : Compétence avancée en physiothérapie (MOTION 2017-05-16 06CPC)
- Mandat du Comité professionnel consultatif
- Présentation des rapports suivants :
 - Satisfaction des patients hospitalisés – sommaire annuel 2016-2017
 - Tableau comparatif des plaintes – sommaire annuel 2016-2017

MOTION 2017-06-19 / 14P

Proposé par Lucille Auffrey

Appuyé par Gabriel Godin

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport de la réunion du 16 mai 2017 du Comité professionnel consultatif.

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2017-06-19 / 15P

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : MOTION 2017/05/16 03CPC,

MOTION 2017/05/16 04CPC, MOTION 2017/05/16 05CPC et MOTION 2017-05-16 06CPC du Comité professionnel consultatif de la rencontre du 16 mai 2017.

Adopté à l'unanimité.

9. Privilèges temporaires des médecins

La vice-présidente – Services médicaux, Formation et Recherche a octroyé des privilèges temporaires depuis la dernière réunion du Conseil d'administration (du 13 avril au 9 juin 2017). La liste est présentée pour ratification.

TABLEAU DES PRIVILÈGES TEMPORAIRES -9 juin 2017

Médecins	Spécialité	Catégorie	Date de privilèges		Zones
			Du	Au	
GALLANT, Dr Chantal	Médecine familiale	Suppléant	19 mai 2017	10 août 2017	1B
BENNETT, Dr John	Radiologie	Suppléant	17 mai 2017	11 août 2017	4
CYR, Dr Emmanuelle	Médecine familiale	Suppléant	29 mai 2017	18 août 2017	4 et 5
ELRIFY, Dr Elsaid	Pédiatrie	Suppléant	10 juin 2017	1er septembre 2017	4
GOLEV, Dr Dimitry	Radiologie	Suppléant	12 juin 2017	1er septembre 2017	4
KIELY, Dr Daniel	OBS/GYN	Suppléant	1er juin 2017	25 août 2017	4 et 5
MARTINS, Dr Jason S.	Radiologie	Suppléant	4 mai 2017	28 juillet 2017	4
McCURDY, Dr Wendy Edith	Radiologie	Suppléant	29 mai 2017	18 août 2017	4
VENKATESH, Dr Vikram	Radiologie	Suppléant	26 mai 2017	18 août 2017	4
BORDEAUX, Dr Patrick	Psychiatrie	Suppléant	29 avril 2017	15 juillet 2017	6
BUSSIÈRES, Dr Annick	Chirurgie générale	Suppléant	18 mai 2017	11 août 2017	6
CORMIER, Dr Hélène	Art dentaire	Associé	20 mai 2017	12 août 2017	6
DUMONT, Dr Jonathan	Médecine interne	Suppléant	13 juin 2017	1er septembre 2017	6
JEEVANDAM, Dr Madana	Pathologie	Suppléant	8 mai 2017	28 juillet 2017	6
WISSANJI, Dr Hussein	Chirurgie générale	Suppléant	10 juin 2017	1er septembre 2017	6

MOTION 2017-06-19 / 16P

Proposé par Claire Savoie

Appuyé par Rita Godbout

Et résolu que le Conseil d'administration entérine tel quel la liste des privilèges temporaires du 13 avril au 9 juin 2017.

Adopté à l'unanimité.

10. Correspondance

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

11. Documentation pour les membres

Deux articles sont distribués aux membres :

- Pour une vision de la réadaptation psychosociale et du rétablissement
- Le rétablissement - exemple de transformation de pratique au Québec

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

12. Histoire d'une expérience d'un patient

Aucune histoire d'une expérience d'un patient n'est présentée.

13. Relations avec la communauté/services offerts

Aucune présentation n'est offerte pour la relation avec la communauté ou les services offerts.

14. Autre sujet

14.1 Structure administrative médicale

Une proposition de structure administrative médicale est présentée pour information, laquelle suggère deux structures de fonctionnement, soit avec des départements régionaux et des groupes cliniques régionaux avec départements locaux.

14.1.1 Approbation des règles du personnel médical

Les règles médicales en vigueur ont été révisées et sont soumises pour approbation.

MOTION 2017-06-19 / 17P

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les règles du personnel médical.

Adopté à l'unanimité.

15. Levée de la réunion

Norma McGraw propose la levée de la réunion à 14 h 20.

16. Évaluation de la réunion

Les membres du Conseil d'administration sont invités à faire l'évaluation de la réunion.

Michelyne Paulin
Présidente du Conseil d'administration

Gilles Lanteigne
Secrétaire du Conseil d'administration

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 17 octobre 2017

Objet : **Questions découlant du procès-verbal et suivis du procès-verbal du 19 juin 2017**

6.1 Privatisation des services

Le ministre Victor Boudreau a annoncé que le projet du transfert du Programme de l'extra-mural allant de l'avant avec Croix-Bleu/Médavie. Cette annonce a été faite le vendredi après-midi précédent la fin de semaine de la fête du Travail.

Dès le mardi suivant, le premier ministre procédait à un remaniement ministériel. Monsieur Benoît Bourque devenant le nouveau ministre de la Santé en remplacement du Victor Boudreau. La présidente du Conseil d'administration a immédiatement fait parvenir une lettre de félicitations au nouveau ministre et a sollicité une rencontre pour discuter du dossier. Une copie de cette lettre est dans la liste de la correspondance de la rencontre.

Nous sommes toujours en attente d'une réponse, bien que la rencontre trimestrielle régulière avec le ministre et son équipe avec la présidente et le président-directeur général est prévue pour le 13 octobre.

D'abord hésitant à confirmer la décision de transférer le Programme de l'extra-mural, le ministre Benoît Bourque s'est positionné dès la semaine suivante. Le transfert aura bien lieu. D'ailleurs, une structure avec plusieurs comités a commencé des rencontres pour développer les différents aspects du dossier.

Au cours de l'été, le Conseil d'administration a tenu deux rencontres extraordinaires (29 août et 7 septembre) pour suivre le dossier et pour réaffirmer sa position selon laquelle les services du Programme de l'extra-mural devraient être maintenus sur l'égide du Réseau de santé Vitalité pour des motifs de qualité et d'efficience.

Entre-temps, les nombreux appuis pour le maintien du programme au Réseau de santé Vitalité continuent d'affluer. Ils proviennent de groupes, d'associations et d'individus comme en témoignent les revues de presse journalière et correspondances que nous recevons (voir liste dans correspondance publique et rapport du Comité médical régional consultatif).

Pour ce qui est le transfert du service alimentaire et d'entretien ménager, le ministère de la Santé, avec le support de Services N.-B., continue l'élaboration d'une entente contractuelle. Le processus s'avère un peu plus long que l'échéancier prévu, soit la fin du mois d'octobre, puisque nous sommes toujours en attente d'une proposition de contrat final.

Soumis le 2 octobre 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 17 octobre 2017

Objet : **Rapport du président-directeur général**

Le rapport du président-directeur général ici-bas couvre la période du 10 juin au 6 octobre 2017. Il vise à vous informer des principaux accomplissements envers l'atteinte de nos objectifs du Plan régional de santé et d'affaires 2016-2019 et des autres dossiers prioritaires pour le Réseau. Une courte présentation sur ce rapport sera faite à la réunion et les membres auront l'occasion de poser des questions.

Soumis le 6 octobre 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Rapport du PDG

Rapport du président-directeur général au Conseil d'administration Réunion du 17 octobre 2017 Moncton, Nouveau-Brunswick

Chers membres du Conseil d'administration,

Le rapport qui suit couvre la période du 12 juin au 6 octobre 2017. Il vise à vous informer des principaux accomplissements envers l'atteinte de nos objectifs du Plan stratégique 2017-2020, du Plan régional de santé et d'affaires 2017-2018 et des autres dossiers prioritaires pour le Réseau.

Comme vous pourrez le constater à la lecture de ce rapport, plusieurs grands dossiers ont continué d'évoluer et se sont concrétisés malgré la période estivale. C'est le cas notamment de la nouvelle politique sur la présence de la famille auprès des patients, du nouveau service gratuit d'Internet sans fil et des relations de travail à l'Hôpital régional Chaleur. Le dossier de l'organisation et du fonctionnement du Centre Hospitalier Restigouche continue de progresser et fera l'objet d'une présentation distincte lors de la réunion d'aujourd'hui. Par ailleurs, les gestionnaires des différents paliers de l'organisation ont été actifs dans l'actualisation des divers plans opérationnels de l'année 2017-2018 qui découlent de notre Plan stratégique 2017-2020. Ces actions ont culminé lors d'une grande rencontre de planification annuelle du Comité stratégique des opérations tenue les 3 et 4 octobre derniers à Edmundston.

Je vous souhaite une bonne lecture!

1. Engagement du personnel et du corps médical

1.1 Un an depuis la légalisation de l'aide médicale à mourir

L'aide médicale à mourir (AMM) est légale au Canada depuis maintenant un peu plus d'un an. Entre le 17 juin 2016 et le 30 juin 2017, le Réseau a reçu 17 demandes d'AMM et 10 demandes ont été complétées. De son côté, le Réseau de santé Horizon a reçu 40 demandes dont 19 ont été complétées. L'AMM est rapidement devenue une nouvelle réalité de la société canadienne que nous devons intégrer dans nos pratiques et nos façons de faire. Le Réseau remercie ses employés et son personnel médical pour leur engagement à faire en sorte que ses patients reçoivent des soins appropriés qui respectent leur dignité et leur autonomie.

2. Gestion des ressources financières et matérielles

2.1 Service Internet sans fil pour les patients et les visiteurs

Un tout nouveau service Internet sans fil gratuit est offert pour les patients et le public de nos établissements depuis le 30 août dernier. La durée de séjour des patients à l'intérieur de nos établissements peut être de courte ou de très longue durée alors que certains patients doivent recevoir des traitements pouvant s'étaler sur plusieurs heures. L'accès à un service Internet sans fil fiable et gratuit permettra aux patients de garder contact avec le monde extérieur durant leur séjour tout en améliorant les visites de ceux qui doivent s'occuper d'un être cher et en fournissant un divertissement aux personnes en salle d'attente.

3. Gestion des ressources humaines

3.1 Nomination d'un nouveau médecin-chef de la zone Nord-Ouest

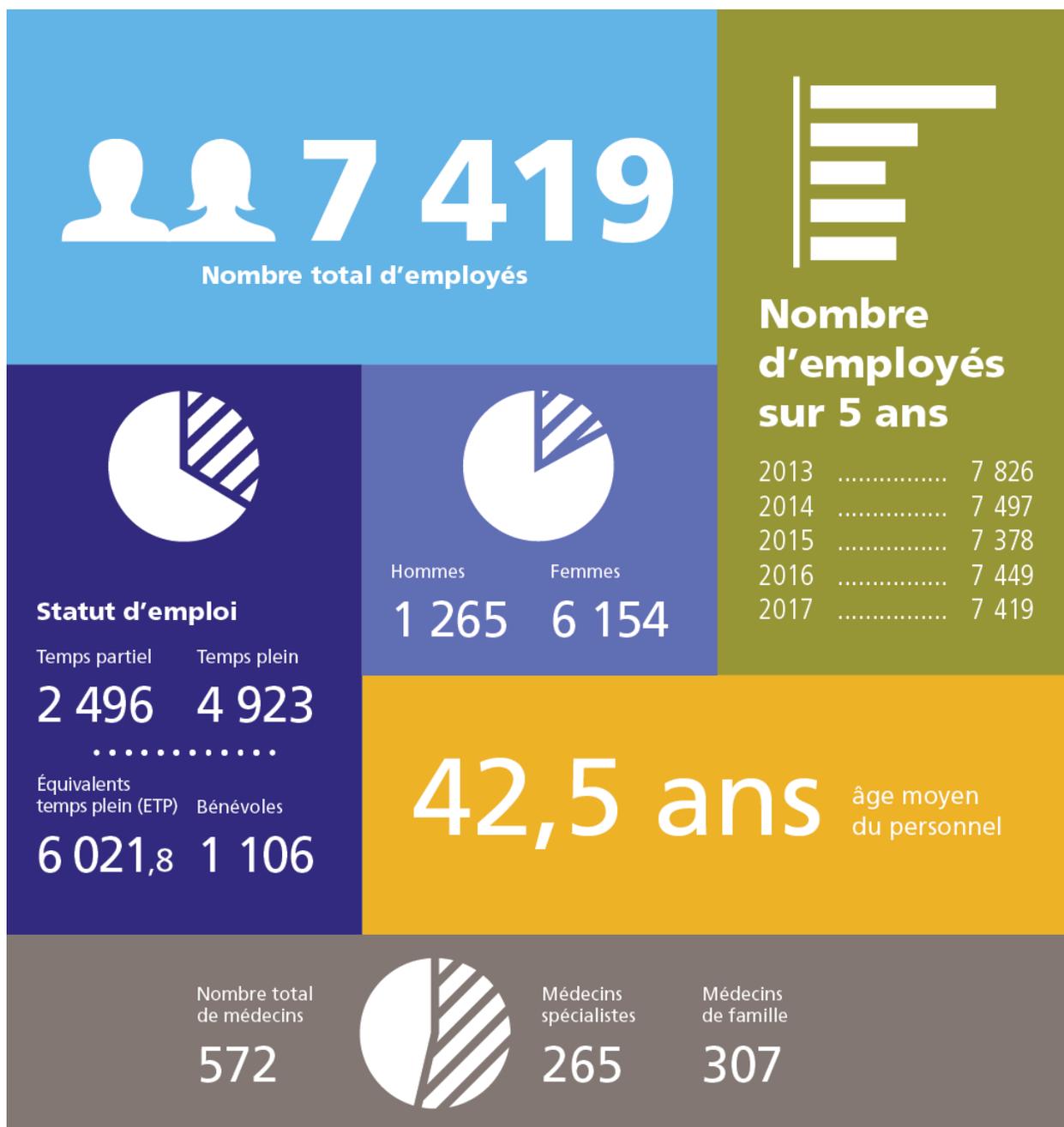
Le Dr Éric Levasseur est entré en poste à titre de médecin-chef de la zone Nord-Ouest le 29 juin dernier. Le Dr Levasseur est médecin de famille dans la région d'Edmundston depuis 1991. Il a effectué de la médecine d'urgence et de la médecine d'hospitalisation durant l'essentiel de sa carrière. Ces dernières années, il a été président du personnel médical de la zone Nord-Ouest, chef de service d'hospitalisation en plus de superviser le travail d'infirmières praticiennes, de médecins externes et de résidents. Nous lui souhaitons la plus cordiale des bienvenues et le meilleur des succès dans ses nouvelles fonctions.

3.2 Nomination d'un vice-président aux Ressources humaines par intérim

Le 5 septembre dernier, M. Réjean Bédard a été nommé vice-président aux Ressources humaines par intérim jusqu'au 3 décembre 2017, en remplacement de M. Pierre Verret. Nous lui souhaitons bon succès pendant cette période intérimaire.

3.3 Profil des ressources humaines

La direction des Ressources humaines du Réseau compile annuellement une quantité importante de données démographiques sur le personnel dans le but de présenter un aperçu des principales caractéristiques de nos effectifs, de cerner certaines tendances et de faire l'analyse des besoins pour les années à venir. Les plus récentes données, en date du 31 mars 2017, ont récemment été diffusées à l'ensemble des directeurs et des gestionnaires. Un sommaire a également été diffusé à tout le personnel. Le tableau ci-après présente un bref survol de quelques éléments du profil.



3.4 Défis en matière de ressources humaines

Les défis en matière de ressources humaines continuent d'être une source de préoccupation pour le Réseau. Nos principaux défis se situent dans les domaines de la pharmacie, de la physiothérapie, de la psychologie, des soins infirmiers et des technologies de laboratoire. Le Service des ressources humaines utilise diverses stratégies dans le but de recruter une main-d'œuvre qualifiée, dont : (1) une campagne publicitaire multiplateforme plus musclée, notamment auprès des associations professionnelles; (2) une présence accrue du Réseau à de multiples foires d'emploi, tant en Atlantique, qu'au Québec et en Ontario; et (3) l'accompagnement de nos employés dans le développement de nouvelles compétences. Parmi les autres stratégies envisagées, on note : (1) le recrutement international et (2) l'amélioration de l'expérience des candidats externes (section carrières de notre site Internet, iTacit et CareerBeacon, etc.).

La rétention des employés et la relève sont également des enjeux importants pour l'organisation. Le Réseau va prochainement déployer un Plan de gestion des talents afin de mettre en œuvre une approche globale et intégrée pour guider la gestion de nos ressources humaines selon les pratiques exemplaires.

3.5 Relations de travail à l'Hôpital régional Chaleur

Le Réseau a reçu en août dernier le rapport d'enquête commandé à un expert indépendant suite à une série d'allégation et de plaintes de harcèlement formulées par du personnel de l'Unité des soins prolongés (4^e ouest) de l'Hôpital régional Chaleur en mars 2017. Une enquête approfondie a été menée, pendant laquelle près de 40 employés ont été rencontrés et un peu plus de 1000 pages de documentation ont été amassées. L'expert indépendant a confirmé qu'il existe effectivement un climat de travail malsain à l'unité.

Le rapport d'enquête indique que tous les acteurs dans ce dossier ont une certaine part de responsabilité dans la détérioration du climat de travail et contient près d'une dizaine de recommandations qui serviront à élaborer des plans d'action précis afin de résoudre les problèmes découverts. Les principaux objectifs du Réseau sont : (1) de rétablir un climat de travail sain en présentant un modèle de travail collaboratif et d'améliorer le travail d'équipe; (2) d'assurer un leadership positif axé sur les besoins des patients de l'unité, du personnel de soins et du personnel de soutien; (3) d'assurer la mise à jour des compétences des employés et des gestionnaires. Le Réseau compte mettre en œuvre les recommandations afin d'assurer la prestation de soins de qualité et sécuritaires à ses patients et un environnement de travail sain pour ses employés.

4. Relations avec nos partenaires et groupes communautaires

4.1 Adhésion du Réseau à la SIDIEF

Le Réseau a récemment adhéré au Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF) à titre de membre promoteur. Il s'agit d'une organisation non gouvernementale dont la mission principale est de faciliter le partage des expériences et des savoirs afin de contribuer au développement de la santé et à l'amélioration de la qualité des soins offerts aux populations dans le monde francophone. En adhérant à cet organisme, qui regroupe des associations et des institutions d'une trentaine de pays francophones soucieux de la qualité des pratiques soignantes, le Réseau pourra contribuer à la réflexion mondiale sur de grands enjeux sociosanitaires tout en se positionnant et en mettant en valeur ses compétences et son expertise en science infirmière.

4.2 Meilleur accès aux services pour les membres des Premières nations

Le Réseau est heureux d'annoncer qu'il a récemment pourvu un nouveau poste de coordonnateur régional de l'accès aux services par les Premières nations. Cet ajout de ressources est en lien avec trois axes stratégiques du Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick 2011-2018 qui visent particulièrement à améliorer les services aux Premières nations. Le Réseau sera donc en mesure de mieux agir sur plusieurs fronts : (1) **Communication et l'engagement**, en renforçant les liens entre nos services et les communautés des Premières nations et en créant un modèle de partenariat local et régional dans l'intégration des services; (2) **Compétences culturelles et sécurisation culturelle**, en ciblant des stratégies pour la mise en œuvre des compétences culturelles auprès des employés du Réseau; et (3) **Prestation des services de santé mentale et de traitement des dépendances**, en améliorant l'accès aux services et en faisant la promotion de l'importance d'offrir des services adaptés aux besoins des communautés des Premières nations.

5. Gestion stratégique / Communication

5.1 Accent sur la famille à titre de « partenaire de soin »

Depuis le 1^{er} septembre 2017, les membres de la famille désignés « partenaires de soins » des patients hospitalisés dans l'un des établissements hospitaliers du Réseau peuvent être aux côtés de leurs proches à toute heure du jour et de la nuit. Les autres visiteurs peuvent se présenter dans les établissements du Réseau en tout temps, le jour, mais seront encouragés de respecter les heures de repos, soit de 21 heures à 7 heures.

Cette nouvelle politique vise à encourager la présence familiale en faisant disparaître la plage horaire traditionnelle des visites générales qui étaient de 14 heures à 20 heures. Ce changement vise à mettre l'accent sur la famille et accorde à un proche ou à une autre

personne désignée à titre de « partenaire de soins » le droit de participer à la prestation des divers soins de santé, à la prise de décision ainsi que de demeurer au chevet du patient à toute heure du jour ou de la nuit. Selon la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS), la présence de proches peut aider le patient à guérir. Il y a moins de chutes, moins d'erreurs de médicaments et une meilleure planification des soins lorsque le patient est soutenu par sa famille.

5.2 Symposium en soin des plaies

Le premier symposium francophone en soin des plaies organisé par le Réseau s'est tenu avec succès à Edmundston du 22 au 24 août 2017. Les quelque 100 congressistes ont assisté à des conférences d'experts tels Dre Isabelle Reeves, Dr Marc-Antoine Despatis et Dr André Aucoin ce qui leur a permis d'acquérir et de bonifier leurs connaissances dans ce domaine spécialisé. Le Réseau compte bien répéter l'expérience à l'avenir.

5.3 Séance de planification annuelle du Comité stratégique des opérations

Les 3 et 4 octobre derniers, les membres du Comité stratégique des opérations, qui regroupe l'équipe de leadership et l'ensemble des directeurs et des directeurs adjoints de tous les secteurs du Réseau, étaient réunis pour une grande séance de planification à Edmundston. Le programme de la première journée a été l'occasion d'effectuer un retour sur les résultats de la dernière visite d'agrément, d'échanger sur l'approche patient-partenaire, d'en apprendre davantage sur la nouvelle structure médicale proposée et de discuter des grands enjeux en matière de ressources humaines auxquels nous faisons face. La journée s'est terminée par une conférence inspirante sur le leadership authentique et humain présentée par M. Pierre Lavoie, conférencier de renom. La deuxième journée a été entièrement consacrée à la planification. Dans un premier temps, les quelque 50 participants ont effectué un retour sur les derniers six mois afin d'établir l'état d'avancement en lien avec nos grands objectifs du plan opérationnel 2017-2018. Dans un deuxième temps, les travaux ont permis de jeter un regard vers l'avenir afin de dresser la liste de grandes priorités du Réseau pour l'année 2018-2019, et ce, toujours en lien avec notre Plan stratégique trisannuel. Ces derniers travaux vont préparer la voie pour la retraite de planification du Conseil d'administration du 4 décembre prochain.

NOTE : La liste des communiqués de presse publiés pendant la période couverte par ce rapport est présentée en annexe 2. À noter qu'une nouvelle annexe est incluse au rapport au sujet des activités dans les médias sociaux. Cette section est appelée à être bonifiée au cours des prochains mois.

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

6.1 Résultats positifs de la visite d'agrément de juin 2017

Le Réseau est fier d'avoir conservé son statut d'organisme agréé suite à la visite d'agrément qui s'est tenue du 18 au 23 juin derniers. Ce résultat confirme que les services que nous offrons à la population répondent aux normes nationales de qualité les plus élevées. Une équipe composée de quinze représentants d'Agrément Canada a visité nos points de service afin d'évaluer les services offerts et déterminer s'ils répondent aux normes canadiennes.

Le processus d'agrément permet de déterminer ce qui fonctionne bien et ce qui doit être amélioré de façon à offrir de meilleurs soins de santé pour les patients, leur famille et la communauté. Le processus d'agrément nous permet aussi de mieux utiliser nos ressources, d'accroître notre efficacité, d'améliorer la qualité et la sécurité et de réduire les risques. Je tiens à remercier les membres du Conseil d'administration, les employés, les médecins, les bénévoles, les patients, les membres des familles et les autres partenaires du Réseau qui ont contribué, de près ou de loin, au succès de cette importante démarche.

6.2 Processus d'agrément des services de laboratoire en cours

Des représentants de l'IQMH (*Institute for Quality Management in Healthcare*) visitent présentement nos services de laboratoire dans le cadre d'un processus distinct d'agrément. L'IQMH est un organisme canadien indépendant qui évalue des services diagnostiques, incluant les laboratoires, selon les normes ISO (Organisation internationale de normalisation). Le travail visant à évaluer nos dix laboratoires et trois centres de prélèvements a commencé au mois d'août par la zone Restigouche. Les autres zones suivront et l'ensemble du processus se terminera en octobre par la zone Nord-Ouest. L'évaluation comprend une révision multiple des normes en vue d'un agrément valide pour une période de deux ans. Les laboratoires ont 90 jours afin de répondre aux non-conformités qui auront été identifiées. Je tiens à remercier le personnel pour leur dévouement et l'immense somme de travail accompli ces derniers mois compte tenu du fait que les services de laboratoires ont eu aussi à répondre aux normes d'Agrément Canada en juin 2017.

6.3 Campagne de vaccination contre l'influenza à l'intention du personnel

Depuis le 2 octobre dernier, le Réseau mène sa campagne annuelle de vaccination contre la grippe à l'intention du personnel. Plusieurs mesures sont mises en œuvre afin de faciliter l'accès au vaccin pour l'ensemble des employés, dont de nombreuses séances de vaccination au cours des prochaines semaines dans les différents points de service du Réseau.

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

7. Relations avec le Conseil d'administration

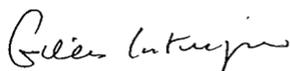
7.1 Rencontres et démarches de représentation

Pendant la période visée par ce rapport, j'ai participé à un peu plus de 35 rencontres et discussions avec nos partenaires et plusieurs parties prenantes. Au nombre des dossiers qui ont retenu l'attention, je souligne notamment celui de la privatisation du Programme extramural de même que la tenue de plusieurs événements de nos fondations et événements d'organisations sur les scènes provinciales et nationales.

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

Voilà qui fait le tour des principaux dossiers du Réseau pour la période du 12 juin au 6 octobre 2017.

Le président-directeur général,



Gilles Lanteigne

ANNEXE 1 – Liste des rencontres et représentations du PDG (12 juin au 6 octobre 2017)

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

Les 10 et 11 juin 2017 : Participation à l'assemblée générale annuelle de SoinsSantéCAN – Vancouver

Les 12 et 13 juin 2017 : Participation au congrès des meilleures pratiques dédiées aux patients francophones – Vancouver

Les 14 et 15 juin 2017 : Participation à l'assemblée générale annuelle de l'Institut canadien d'information sur la santé – Edmundston

Le 18 juin 2017 : Réunion du Conseil d'administration : Visiteurs d'Agrément Canada – Bathurst

Le 19 juin 2017 : Réunion du Conseil d'administration – Bathurst

Le 20 juin 2017 : Participation à l'inauguration officielle des appareils de la Fondation Les Amis de l'Hôpital de Tracadie et visite du chantier de construction à Bathurst

Le 21 juin 2017 : Réunion du Conseil d'administration de Service Nouveau-Brunswick – Téléconférence

Le 22 juin 2017 : Participation à l'inauguration officielle des appareils de la Fondation Hôpital de l'Enfant-Jésus - Caraquet

Le 23 juin 2017 : Rencontre au sujet du pivot santé pour aînés – Bathurst

Le 26 juin 2017 : Rencontre du maire de Bertrand au sujet de la clinique médicale – Bertrand

Du 29 juin au 7 juillet 2017 : Visite d'agrément auprès d'une agence de certification des médecins au niveau des soins primaires pour la Société internationale pour la qualité des soins de santé (ISQUA) - Australie

Le 24 juillet 2017 : Rencontre du maire de Caraquet au sujet du carrefour giratoire – Bathurst

Le 8 août 2017 : Participation à une rencontre du regroupement de santé – Saint-Quentin

Le 11 août 2017 : Rencontre de Dennis Furlong - Santé mentale des adolescents – Bathurst

Le 21 août 2017 : Rencontre de Jean-Guy Robichaud, président de la Fondation de l'Hôpital régional Chaleur : Projet COGEN – Bathurst et réunion de Medbuy/Mohawk – Comité de gouvernance et de mise en candidature – Téléconférence

Le 24 août 2017 : Rencontre des employés du Programme extra-mural – Bathurst et rencontre du Comité du Secrétariat International des Infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone – Bathurst

Le 28 août 2017 : Participation à une rencontre du Centre de médecine de précision – Moncton

Le 29 août 2017 : Réunion à huis clos – Développement au niveau du Programme extra-mural – Téléconférence et réunion de Medbuy/Mohawk – Comité de gouvernance et de mise en candidature – Téléconférence

Le 1^{er} septembre 2017 : Participation à l'annonce du Programme extra-mural – Moncton

Le 7 septembre 2017 : Réunion à huis clos – Développement au niveau du Programme extramural (suite) – Téléconférence

Le 8 septembre 2017 : Participation au forum des cadres supérieurs du système de santé – Moncton

Le 13 septembre 2017 : Participation à l'annonce de l'implantation d'ISTAT au Service d'urgence de l'Hôpital général de Grand-Sault – Grand-Sault

Le 14 septembre 2017 : Présentation offerte au sujet de la gestion des ressources humaines en santé à l'université de Moncton - Moncton

Le 15 septembre 2017 : Réunion au sujet du monument à l'École Vanier – Moncton et participation à la réunion des trois Conseils d'administration des partenaires Dumont, d'Amis de l'Hôpital Dr-Georges-L. Dumont et de la Fondation CHU Dumont – Moncton

Le 19 septembre 2017 : Invitation à animer une simulation une visite d'Agrément Canada – Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSS MCQ) - Trois-Rivières

Le 20 septembre 2017 : Rencontre du Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick – Bathurst

Le 25 et 26 septembre 2017 : Réunion de Medbuy/Mohawk –Conseil d'administration – Toronto

Le 29 septembre 2017 : Participation au colloque sur le cancer du sein – Moncton

Le 2 octobre 2017 : Participation à la rencontre des directions générales des 16 réseaux de santé en français et la SSF – Tracadie

Le 3 et 4 octobre 2017 : Participation à la retraite de la planification stratégique du Réseau de santé Vitalité – Edmundston

Le 6 octobre 2017 : Participation au forum sur la cessation du tabac - Campbellton

ANNEXE 2 – Activités de communication - Liste des communiqués de presse publiés (du 12 juin au 6 octobre 2017)

Tous les communiqués de presse sont diffusés aux médias de la province et publiés de manière simultanée sur le site Internet du Réseau.

Date de publication	Titre du communiqué
Le 19 juin 2017	Réunion publique ordinaire du Conseil d'administration et assemblée générale annuelle 2016-2017 – faits saillants
Le 30 août 2017	Le Réseau modifie sa politique sur les heures de visite afin de mettre l'accent sur la famille à titre de « partenaire de soins »
Le 30 août 2017	Le service Internet sans fil maintenant offert aux patients
Le 1 ^{er} septembre 2017	Privatisation des soins aux patients par le gouvernement : le Programme extramural devrait demeurer au sein du système public
Le 5 septembre 2017	Des mesures correctives seront mises en œuvre à l'Unité des soins prolongés
Le 18 septembre 2017	L'allaitement maternel en public encouragé par diverses municipalités du sud-est de la province
Le 26 septembre 2017	L'allaitement maternel en public encouragé par diverses municipalités du nord-ouest de la province
Le 27 septembre 2017	Les soins et les services offerts par le Réseau de santé Vitalité répondent aux normes nationales de qualité
Le 29 septembre 2017	Visites interdites au 4e A du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont
Le 2 octobre 2017	Visites interdites au 4-A et au 4-D du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont
Le 5 octobre 2017	Reprise des visites au 4-A du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont

Annexe 3 - Activités de communication – Médias sociaux (au 2 octobre 2017)

FACEBOOK	
Nombre d'adeptes :	1 194 (augmentation de 503 depuis mars 2017)
Nombre de messages publiés (du 1 ^{er} juillet au 2 octobre 2017) :	173
Portée des activités:	<ul style="list-style-type: none">• 23 messages ont atteints 1 500 utilisateurs ou plus;• Ces 23 messages on atteint 64 776 utilisateurs et ont suscité 1 132 commentaires, réactions et partages.

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 17 octobre 2017

Objet : **Comité exécutif**

Il n'y a pas eu de réunion du Comité exécutif depuis la dernière réunion du Conseil d'administration.

Soumis le 6 octobre 2017 par Michelyne Paulin, présidente du Conseil d'administration.

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 17 octobre 2017

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

Vous trouverez ci-joint le rapport et le procès-verbal du Comité de gouvernance et de mise en candidature de la rencontre du 25 septembre 2017. Ce rapport sera présenté par Lucille Auffrey, présidente du comité. De ce rapport, découlent deux propositions, la première, de recevoir le rapport et la deuxième, l'adoption de trois motions contenues dans le rapport de la présidente.

1) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité de gouvernance et de mise en candidature de la rencontre du 25 septembre 2017.

2) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : Motion 2017-09-25 / 03GMC, Motion 2017-09-25 / 04GMC et Motion 2017-09-25 / 05GMC du Comité de gouvernance et de mise en candidature de la rencontre du 25 septembre 2017.

Soumis le 6 octobre 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Comité de gouvernance et de mise en candidature

Rapport au Conseil d'administration
17 octobre 2017

Réunion régulière : 25 septembre 2017

Sujets discutés :

Plan de travail 2017-18:

Un plan de travail a été proposé , afin que le Comité de gouvernance et de mise en candidature puisse s'acquitter de ses fonctions.

Motion 2017-09-25 / 03GMC

Proposé par Wesley Knight

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le plan de travail 2017-18 soit accepté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

Réunion régulière : 25 sept. 2017 (suite)

Plan de formation 2017-18:

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

1. Éthique organisationnelle ;
2. Planification stratégique ;
3. Qualité et sécurité des usagers ;
4. Gouvernance.

MOTION 2017-09-25 / 04GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que le plan de formation du Conseil d'administration 2017-18 soit accepté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

Réunion régulière : 25 sept. 2017 (suite)

Résultats de la visite d'Agrément en lien avec les normes de Gouvernance:

L'équipe de gouvernance a eu une seule non-conformité sur les 86 normes évaluées lors de la visite, soit la *norme 2.3 – Le Conseil d'administration compte des usagers parmi ses membres, lorsque c'est possible.*

Dans le cadre de la stratégie des soins centrés sur le patient et la famille, un comité d'utilisateur sera créé pour nous permettre de déterminer ce qui fonctionne bien et d'identifier des occasions de s'améliorer.

Réunion régulière : 25 sept. 2017 (suite)

Groupe de travail pour la retraite du CA:

Une révision annuelle du plan stratégique est prévue en décembre 2017 selon le cycle de planification du Réseau. Pour cette raison, la mise sur pied d'un groupe de travail est requise.

Motion 2017-09-25 / 05GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que la mise sur pied du groupe de travail ad hoc relevant du Comité de gouvernance et de mise en candidature soit approuvée avec la composition des membres suivants:

- Anne Soucie (Présidente du Groupe de travail)
- Lucille Auffrey (Gouvernance et de mise en candidature)
- Rita Godbout (Finances et vérification)
- Norma McGraw (Services à la clientèle, qualité et sécurité)
- Pauline Bourque (Stratégique de la recherche et de la formation)

Adopté à l'unanimité.

Réunion régulière : 25 sept. 2017 (suite)

Changement de nom de la Régie régionale de la Santé A:

Le ministère de la Santé s'apprête à réviser la Loi sur les Régies régionales de la santé cet automne et a demandé aux deux Régies si elles avaient des objections à changer leur nom dans la Loi pour prendre le nom de marque, soit Réseau de santé Vitalité.

Aucune restriction n'est notée à cet égard. D'ailleurs, la modification du nom dans la Loi facilitera la rédaction et la compréhension dans les contrats de l'organisation.

Réunion régulière : 25 sept. 2017 (suite)

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité de gouvernance et de mise en candidature pour la réunion tenue le 25 septembre 2017 et je propose l'acceptation de ce rapport tel que présenté.

Lucille Auffrey

Présidente du Comité de gouvernance et de mise en candidature

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Point 8.2

Titre de la réunion :	Comité de gouvernance et de mise en candidature	Date et heure :	Le 25 septembre 2017 à 09:00		
		Endroit :	Vidéoconférence		
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst (siège social)	(Gabriel)		
		Moncton : salle du conseil	(Lucille)		
		Edmundston : salle 2281	(Gisèle, Lucie)		
Présidente	Lucille Auffrey	Campbellton : salle 4002	(Wesley)		
Secrétaire	Lucie Francoeur	Téléconférence :	(Sonia)		
Participants					
Lucille Auffrey	✓	Michelyne Paulin	A	Wesley Knight	✓
Gilles Lanteigne	A	Sonia A. Roy	✓	Gisèle Beaulieu	✓
Gabriel Godin	✓				
PROCÈS-VERBAL					

1. Ouverture de la réunion

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

2. Déclaration de conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

3. Adoption de l'ordre du jour**MOTION 2017-09-25 / 01GMC**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Wesley Knight

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

Adopté à l'unanimité.

4. Adoption du procès-verbal du 6 juin 2017**MOTION 2017-09-25 / 02GMC**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 6 juin 2017 soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

5. Suivis de la dernière réunion tenue le 6 juin 2017

La révision des règlements administratifs se poursuit. Un plan de travail sera présenté à la prochaine réunion.

À ce jour, l'entente de responsabilisation n'a pas été signée par le réseau et le ministère.

6. Affaires nouvelles**6.1 Mandat du Comité de gouvernance et de mise en candidature**

Le mandat du Comité de gouvernance et de mise en candidature est présenté à titre d'information étant donné que le comité est constitué d'un nouveau membre. Le comité est responsable de veiller à la structure et à la bonne gouvernance du Réseau, et d'appuyer et conseiller le Conseil en la matière.

6.2 Plan de travail 2017-18

Un plan de travail est proposé, afin que le Comité puisse s'acquitter de ses fonctions :

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

MOTION 2017-09-25 / 03GMC

Proposé par Wesley Knight

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le plan de travail 2017-18 soit accepté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.**6.3 Plan de formation du Conseil d'administration 2017-18**

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

1. Éthique organisationnelle ;
2. Planification stratégique ;
3. Qualité et sécurité des usagers ;
4. Gouvernance.

Le calendrier de formation coïncide avec les réunions du Conseil d'administration. Des exemples de formation sont cités pour chacun des thèmes, entre autres le rôle de mentor. Il est suggéré de planifier une formation en octobre prochain, afin de revoir les attentes à l'égard des activités de mentorat.

MOTION 2017-09-25 / 04GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que le plan de formation du Conseil d'administration 2017-18 soit accepté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.**6.4 Résultats de la visite d'Agrément en lien avec les normes de Gouvernance**

Une équipe de douze visiteurs accompagnés de deux visiteurs patients-partenaires ont visité les quatre coins de l'organisation du 18 au 23 juin dernier. L'exercice a permis d'évaluer la gouvernance, le leadership, les programmes cliniques et les services de l'organisation par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Au total, 3190 normes ont été évaluées dans le cadre de la visite et un taux de conformité global de 91 % a été obtenu. Le Réseau a obtenu le statut d'organisme « Agréé ». Des mesures de suivi doivent être soumises en décembre 2017, juin 2018 et décembre 2018 pour conserver ce statut.

Depuis la dernière visite d'agrément en 2013, nous notons des améliorations importantes dans les taux de conformité pour les équipes de gouvernance et leadership, tel que démontré dans le tableau ci-dessous :

	Taux de conformité	
	2013	2017
Gouvernance	60.6 %	98.8 %
Leadership	67.9 %	93.2 %

Les équipes d'agrément assureront la continuité des travaux, afin de rencontrer les exigences requises pour maintenir le statut d'agrément, tout en maintenant les balises en place dans le but d'assurer la pérennité de la démarche d'amélioration continue.

L'équipe de gouvernance a eu une seule non-conformité sur les 86 normes évaluées lors de la visite.

- *Norme 2.3 – Le Conseil d'administration compte des usagers parmi ses membres, lorsque c'est possible.*

Gisèle Beaulieu commente qu'un comité d'usager sera créé pour nous permettre de nous aider dans la prise de décision. D'ailleurs, il existe déjà un comité d'usagers/patients pour revoir certains processus et politiques en lien avec les particularités de la santé mentale. Cette approche s'intègre à l'initiative d'engagement des patients et des familles pour nous permettre de déterminer ce qui fonctionne bien et d'identifier des occasions de s'améliorer.

Un membre suggère d'avoir une période de discussions à huis clos sur les commentaires des membres du public « L'oreille sur la communauté ». Des discussions auront lieu à la prochaine réunion du Conseil pour déterminer s'il y a lieu d'apporter un encadrement plus précis à cet effet.

6.5 Groupe de travail pour la retraite du CA

Une révision annuelle du plan stratégique est prévue en décembre 2017 selon le cycle de planification du Réseau de santé Vitalité. La mise sur pied d'un groupe de travail ad hoc relevant du Comité de gouvernance et de mise en candidature est requise dans le but de planifier la retraite du Conseil d'administration en décembre 2017. Le groupe de travail ad hoc sera aussi appuyé de l'Équipe de leadership du Réseau.

Il est essentiel d'avoir une représentation de tous les comités permanents du Conseil sur le groupe de travail ad hoc pour accroître la valeur ajoutée du Conseil d'administration dans la révision annuelle du plan stratégique.

MOTION 2017-09-25 / 05GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que la mise sur pied du groupe de travail ad hoc relevant du Comité de gouvernance et de mise en candidature soit approuvée avec la composition des membres suivants :

- Anne Soucie (Présidente du Groupe de travail)
- Lucille Auffrey (Gouvernance et de mise en candidature)
- Rita Godbout (Finances et vérification)
- Norma McGraw (Services à la clientèle, qualité et sécurité)
- Pauline Bourque (Stratégique de la recherche et de la formation)

Adopté à l'unanimité.

6.6 Changement de nom de la Régie régionale de la Santé A

La Régie régionale de la santé A a pris naissance lors de la création des Régies régionales de la santé en 2008. Ce nom légal est utilisé dans la signature de tous les contrats et la gestion des affaires de l'organisation. Par ailleurs, le ministère de la Santé s'apprête à réviser la Loi sur les Régies régionales de la santé cet automne et a demandé aux deux Régies si elles avaient des objections à changer leur nom dans la Loi pour prendre le nom de marque, soit Réseau de santé Vitalité.

Nous n'avons aucune restriction à cet égard. D'ailleurs, la modification du nom dans la Loi faciliterait la rédaction et la compréhension dans les contrats de l'organisation.

6.7 Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration

Les résultats de l'évaluation de la dernière réunion du Conseil et de la session de formation tenue le 19 juin sont soumis pour discussion et information. Nous constatons un taux de participation élevé pour toutes les évaluations, ce qui est excellent.

Il a été noté d'augmenter le temps de discussion pour les divers items à huis clos. Ceci sera tenu compte lors des prochaines réunions. Des sujets futurs ont été identifiés tels que le suivi du plan sur l'octroi des privilèges, ainsi que pour la révision des règlements administratifs.

Un membre soulève que le contenu de l'Assemblée générale annuelle en juin dernier était long, puis qu'il serait bon de revoir le format des présentations pour qu'elles soient simplifiées et vivantes. Nous tiendrons compte de ce commentaire lors de la prochaine Assemblée.

En ce qui concerne la période de dialogue avec le public, cette période est fortement mobilisée par un seul groupe qui accapare presque tout le temps alloué pour la période d'échange, souvent par des sujets qui ont déjà abordé.

Le Conseil d'administration doit permettre la diversité des groupes pour le dialogue avec le public. Il y a différentes dimensions d'articuler les problèmes, exemples ; problème d'un individu, problème de politique publique, ont des causes importantes à la société. Comment équilibrer et inviter la participation communautaire ? Les membres se questionnent sur le format ou d'autres moyens pour échanger avec le public.

Durant les dernières années, nous avons fait plusieurs tentatives pour se donner un paramètre de

fonctionnement efficace, mais il y a certainement d'autres éléments à revoir. Un suivi sera apporté à la prochaine réunion du Conseil d'administration.

7. Date de la prochaine réunion : le 14 novembre 2017.

8. Levée de la réunion

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

Lucille Auffrey
Présidente du comité

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

ÉBAUCHE

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 17 octobre 2017

Objet : **Comité des finances et de vérification**

Vous trouverez ci-joint le rapport du Comité des finances et de vérification de la rencontre du 26 septembre 2017. Ce rapport sera présenté par Rita Godbout, présidente du comité. De ce rapport découlent deux propositions, la première, de recevoir le rapport et la deuxième, l'adoption des quatre motions contenues dans le rapport de la présidente.

1) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité des finances et de vérification de la rencontre du 26 septembre 2017.

2) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : MOTION 2017-09-26 / 03FV, MOTION 2017-09-26 / 04FV, MOTION 2017-09-26 / 05FV et MOTION 2017-09-26 / 06FV du Comité des finances et de vérification de la rencontre du 26 septembre 2017.

Soumis le 6 octobre 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Comité des finances et de vérification

Rapport au Conseil d'administration
17 octobre 2017

Réunion régulière : 26 septembre 2017

Sujets discutés :

Plan de travail 2017-18:

Les principales activités sont:

- de superviser la performance et la viabilité financière;
- de veiller à ce que des ressources ou les biens soient disponibles et utilisés efficacement;
- de superviser les risques pour protéger la viabilité financière et les actifs;
- de superviser la vérification externe et les suivis aux recommandations du vérificateur externe ;
- et la gestion des investissements.

MOTION 2017-09-26 / 03FV

Proposé par Brenda Martin

Appuyé par Denis Pelletier

Et résolu que le plan de travail 2017-2018 soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

Réunion régulière : 26 sept. 2017 (suite)

États financiers pour l'exercice se terminant le 31 juillet 2017:

Pour les quatre premiers mois d'opération, du 1^{er} avril au 31 juillet 2017, le Réseau termine avec un surplus d'opérations de 1,643,755 \$, soit une augmentation dans les revenus de 1,015,176 \$ et un excédant dans les dépenses de 1,530,775 \$.

Cependant, certaines modifications budgétaires de l'ordre de 2,329,916 \$ sont considérées dans les états des résultats.

Réunion régulière : 26 sept. 2017 (suite)

Pour les quatre premiers mois d'opération, nous notons un déficit de 834,989 \$ dans le volet Travail sécuritaire NB (TSNB).

Il y a présentement une démarche provinciale pour examiner le dossier de près.

Nous présenterons à la prochaine réunion un rapport sommaire sur les stratégies mises en place dans le Réseau pour diminuer les dépenses reliées à TSNB.

Réunion régulière : 26 sept. 2017 (suite)

MOTION 2017-09-26 / 04FV

Proposé par Denis Pelletier

Appuyé par Brenda Martin

Et résolu que les états financiers pour l'exercice se terminant le 31 juillet 2017 soient adoptés tels que présentés.

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2017-09-26 / 05FV

Proposé par Michelyne Paulin

Appuyé par Brenda Martin

Et résolu que les modifications budgétaires de l'ordre de 2,329,916 \$ soient adoptées pour tenir compte des changements financiers depuis le début d'exercice financier 2017-2018.

Adopté à l'unanimité.

Réunion régulière : 26 sept. 2017 (suite)

Recommandations du vérificateur externe 2016-17 et suivis 2015-16:

Il y a eu beaucoup de travail d'effectué, afin de régler ces lacunes. Le pourcentage de réalisation est supérieur à 50 % et nous ciblons pouvoir les régler cette année.

MOTION 2017-09-26 / 06FV

Proposé par Denis Pelletier

Appuyé par Brenda Martin

Et résolu que les réponses du Réseau de santé Vitalité soient adoptées telles que présentées, afin de se conformer aux recommandations du vérificateur externe contenu dans le rapport 2016-2017.

Adopté à l'unanimité.

Réunion régulière : 26 sept. 2017 (suite)

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité des finances et de vérification pour la réunion tenue le 26 septembre 2017 et je propose l'acceptation de ce rapport tel que présenté.

Rita Godbout

Présidente du Comité des finances et de vérification

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL Point 8.3

Titre de la réunion :	Comité des finances et de vérification	Date et heure :	Le 26 septembre 2017 à 10:00
		Endroit :	Vidéoconférence
But de la réunion :	Réunion régulière	Moncton : salle à l'Auberge	(Michelyne)
		Edmundston : salle 2281	(Gisèle, Richard)
		Lamèque : salle multi	(Émeril)
Présidente :	Rita Godbout	Campbellton: salle 4002	(Brenda)
Secrétaire :	Lucie Francoeur	Jabber:	(Denis)
Participants			
Rita Godbout	A	Michelyne Paulin	✓ Denis Pelletier ✓
Gilles Lanteigne	A	Brenda Martin	✓ Richard Pelletier ✓
Gisèle Beaulieu	✓	Émeril Haché	✓
PROCÈS-VERBAL			

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

1. Tableau de bord stratégique et opérationnel (juillet 2017)

Invitée : Mireille Lanouette

Les membres passent en revue l'ensemble des indicateurs du tableau de bord stratégique et opérationnel.

Les indicateurs du tableau de bord stratégique à l'exception de ceux du quadrant des finances ont été modifiés, afin de refléter les priorités de l'année 2017-18 émanant du Plan stratégique du Réseau. Quelques indicateurs qui étaient antérieurement dans le tableau de bord stratégique ont été transférés dans le tableau de bord opérationnel.

Certaines initiatives du Plan stratégique sont en développement et dès qu'elles auront été précisées les indicateurs seront développés.

Il reste du travail à faire au niveau du perfectionnement des cibles, entre autres celle du coût par jour repas. Une cible similaire aux entreprises privées a été définie, afin que nous soyons compétitifs.

Bien que les indicateurs liés à la chirurgie soient tous inférieurs à la cible, il faut noter une amélioration importante de la performance dans chacun d'eux, comparativement à l'année précédente. Au niveau financier, les indicateurs opérationnels sont tous autour ou meilleur que la cible.

Nous notons beaucoup de résultats inférieurs à la cible (rouge), par contre il y a des indicateurs dont les résultats sont annuels, donc nous verrons les résultats s'améliorer au cours de l'année. Lors de la retraite du Conseil d'administration prévue en décembre prochain, nous aurons un tableau de bord plus complet, puis nous pourrons faire les liens avec le Plan stratégique 2017-2020.

2. Ouverture de la réunion

La réunion est ouverte par Émeril Haché à 10:20 qui préside la rencontre en remplacement de la présidente, Mme Rita Godbout. Il souhaite la bienvenue aux deux nouveaux membres.

Gisèle Beaulieu introduit Richard Pelletier, chef des Services financiers par intérim en remplacement d'Alain Béchard jusqu'à ce que le poste soit pourvu. À tour de rôle, chacun se présente.

3. Déclaration de conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

4. Adoption de l'ordre du jour

MOTION 2017-09-26 / 01FV

Proposé par Denis Pelletier

Appuyé par Brenda Martin

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

Adopté à l'unanimité.

5. Adoption du procès-verbal du 1^{er} juin 2017

MOTION 2017-09-26 / 02FV

Proposé par Brenda Martin

Appuyé par Denis Pelletier

Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 1^{er} juin 2017 soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

6. Suivis de la dernière réunion du 1^{er} juin 2017

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

7. Affaires nouvelles

7.1 Mandat du Comité des finances et de vérification

Le mandat du Comité des finances et de vérification est présenté à titre d'information étant donné que le comité est constitué de nouveaux membres.

7.2 Plan de travail 2017-2018

Un plan de travail 2017-18 est proposé, afin que le Comité des finances et de vérification puisse s'acquitter de ses fonctions de reddition de compte, de prendre des décisions éclairées et d'atteindre ses objectifs. Les principales activités sont :

- de superviser la performance et la viabilité financière ;
- de veiller à ce que des ressources ou les biens soient disponibles et utilisés efficacement ;
- de superviser les risques pour protéger la viabilité financière et les actifs ;
- de superviser la vérification externe et les suivis aux recommandations du vérificateur externe ;
- la gestion des investissements.

À la prochaine réunion, nous présenterons les priorisations des budgets capitaux 2018-2019, les projets d'améliorations immobilières et les projets de constructions majeures.

La consolidation des quatre systèmes financiers est en vigueur depuis le 1^{er} avril 2016. Nous notons beaucoup d'améliorations, mais le secteur des finances poursuit activement son travail quant à la standardisation et la consolidation de politiques et procédures et autres processus. Chaque secteur a établi des plans de travail avec le support des consultants internes et externes en amélioration de la performance. D'ailleurs, la mise en œuvre de ces plans se poursuit cette année, afin de réaliser les objectifs établis pour chaque secteur.

Un membre souligne le travail colossal au cours des dernières années. Bravo à l'équipe des finances !

MOTION 2017-09-26 / 03FV

Proposé par Brenda Martin

Appuyé par Denis Pelletier

Et résolu que le plan de travail 2017-2018 soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

7.3 États financiers pour l'exercice se terminant le 31 juillet 2017

Les états financiers au 31 juillet 2017 sont présentés. Pour les quatre premiers mois d'opération, du 1^{er} avril au 31 juillet 2017, le Réseau termine avec un surplus d'opérations de 1,643,755 \$, soit une augmentation dans les revenus de 1,015,176 \$ et un excédant dans les dépenses de 1,530,775 \$. Cependant, certaines modifications budgétaires de l'ordre de 2,329,916 \$ sont considérées dans les états des résultats. Pour la période se terminant le 31 juillet 2017, les résultats financiers sont positifs.

Les membres passent en revue les explications des variances budgétaires au niveau du financement, par catégories de dépenses et par programmes. En ce qui concerne les services de soutien, le déficit est principalement dans les bénéfiques, Travail sécuritaire NB, les coûts en énergie, l'entretien des bâtiments et les fournitures médicales et chirurgicales. Ceci est contrebalancé par un surplus dans les salaires dans certains secteurs, tels que les ressources humaines, l'entretien des installations, les admissions, les services alimentaires, etc.

Pour les quatre premiers mois d'opération, nous notons un déficit de 834,989 \$ dans le volet Travail sécuritaire NB (TSNB). Il semble que c'est une préoccupation majeure pour tous les organismes provinciaux. Il y a présentement une démarche provinciale pour examiner le dossier de près. Nous présenterons à la prochaine réunion un rapport sommaire sur les stratégies mises en place dans le Réseau pour diminuer les dépenses reliées à TSNB.

En avril 2017, le Conseil d'administration a approuvé un budget équilibré qui comprenait des mesures d'efficacités de 3 \$ millions et un réinvestissement du même montant dans la mise en œuvre du plan de transformation et de modernisation du système de santé. Une décision finale du ministère est toujours attendue sur l'approbation du Plan régional de santé et d'affaires et sur les mesures d'efficacités. Par contre, nous avons poursuivi la mise en œuvre des initiatives du 4 \$ millions de l'an dernier, ainsi que certaines nouvelles initiatives de cette année pour environ la moitié du 3 \$ millions. Le sujet sera discuté lors de la retraite du Conseil d'administration prévue en décembre prochain.

MOTION 2017-09-26 / 04FV

Proposé par Denis Pelletier

Appuyé par Brenda Martin

Et résolu que les états financiers pour l'exercice se terminant le 31 juillet 2017 soient adoptés tels que présentés.

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2017-09-26 / 05FV

Proposé par Michelyne Paulin

Appuyé par Brenda Martin

Et résolu que les modifications budgétaires de l'ordre de 2,329,916 \$ soient adoptées pour tenir compte des changements financiers depuis le début d'exercice financier 2017-2018.

Adopté à l'unanimité.

7.4 Recommandations du vérificateur externe 2016-2017 et suivis 2015-2016

Des recommandations ont été émises suite à la vérification externe 2016-2017. Le vérificateur externe a soulevé deux recommandations financières et sept recommandations touchant la sécurité de l'information. Sept des recommandations sont les mêmes que l'année précédente (2015-16). Il y a eu beaucoup de travail d'effectué, afin de régler ces lacunes. Le pourcentage de réalisation est supérieur à 50 % et nous ciblons pouvoir les régler cette année. Le plan d'action sera soumis à l'Équipe de leadership pour révision et un suivi sera effectué au Comité des finances et de vérification.

Pour ce qui est de l'identification des risques de l'entité, un plan d'atténuation des risques est complété à 75 %. Il sera présenté à une prochaine réunion du Comité des finances et de vérification.

Le Réseau développera une politique de sécurité de l'information d'ici les prochains mois pour faire le lien avec les systèmes en place et la politique provinciale. Les politiques de sécurité de l'information relèvent du bureau du chef du Service de l'information du gouvernement du N.-B. La politique AD-7107 « Système de technologie de l'information du gouvernement » est déjà suivi par le Réseau.

En ce qui a trait aux mots de passe de l'application financière Méditech qui ne sont pas chiffrés, Service NB fera une analyse d'impact pour l'activation de ce paramètre et reviendra avec une recommandation au Réseau cet automne.

MOTION 2017-09-26 / 06FV

Proposé par Denis Pelletier

Appuyé par Brenda Martin

Et résolu que les réponses du Réseau de santé Vitalité soient adoptées telles que présentées, afin de se conformer aux recommandations du vérificateur externe contenu dans le rapport 2016-2017.

Adopté à l'unanimité.

8. Date de la prochaine réunion : 21 novembre 2017 à 10:00.

9. Levée de la réunion

La levée de la réunion est proposée par Michelyne Paulin à 11:28.

Émeril Haché pour Rita Godbout
Présidente du comité

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

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 17 octobre 2017

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

Vous trouverez ci-joint le rapport du Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité de la rencontre du 26 septembre 2017. Ce rapport sera présenté par Norma McGraw, présidente du comité. De ce rapport découlent deux propositions qui sont de recevoir le rapport et la deuxième, l'adoption des trois motions contenues dans le rapport de la présidente.

1) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité de la rencontre du 26 septembre 2017.

2) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : MOTION 2017-09-26 / 03SCGQS, MOTION 2017-09-26 / 04SCGQS et MOTION 2017-09-26 / 05SCGQS du Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité de la rencontre du 26 septembre 2017.

Soumis le 6 octobre 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité

Rapport au Conseil d'administration 17 octobre 2017

Réunion régulière : 26 septembre 2017

Sujets discutés :

Plan de transformation au Centre hospitalier Restigouche (CHR):

Deux experts ont déposé des rapports en lien avec les pratiques cliniques et la qualité des soins aux patients au CHR. L'une des recommandations était d'implanter un modèle de soins et de services interdisciplinaire orienté sur la réadaptation et le rétablissement. Ce nouveau modèle de soins vise à évaluer de façon continue le potentiel de retour de chaque patient dans la communauté.

La transformation proposée s'inscrit directement dans le plan opérationnel du Plan stratégique 2017-2020, principalement sous l'axe de l'optimisation des services de santé mentale.

Réunion régulière : 26 sept. 2017 (suite)

Le nouveau modèle propose une gestion par programme répondant aux besoins des différentes clientèles, plutôt qu'une gestion par unité.

Ce modèle favorisera les partenariats et l'intégration du continuum de soins pour cette clientèle.

MOTION 2017-09-26 / 03SCGQS

Proposé par Michelyne Paulin

Appuyé par Claire Savoie

Et résolu que le plan de transformation au Centre hospitalier Restigouche (CHR) soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

Réunion régulière : 26 sept. 2017 (suite)

Plan de travail 2017-18:

Il a été proposé d'ajouter les activités suivantes au plan de travail, afin d'être conforme avec le mandat du comité:

- le sondage de satisfaction/perception des médecins (annuellement);
- le sondage de satisfaction/perception des employés (annuellement).

MOTION 2017-09-26 / 04SCGQS

Proposé par Claire Savoie

Appuyé par Michelyne Paulin

Et résolu que le plan de travail pour l'année 2017-18 soit adopté avec les ajouts d'activités qui consiste à surveiller la satisfaction des médecins et des employés du Réseau en effectuant un sondage d'ici la fin de l'année 2018.

Adopté à l'unanimité.

Réunion régulière : 26 sept. 2017 (suite)

Résultats – Visite d'Agrément 2017:

Le Réseau a obtenu le résultat « Agréé ». Au total, un résultat de 90.4 % des critères est conforme.

L'équipe de la qualité a effectué un travail remarquable.

MOTION 2017-09-26 / 05SCGQS

Proposé par Michelyne Paulin

Appuyé par Claire Savoie

Et résolu qu'une lettre de reconnaissance soit acheminée aux employés de la qualité, afin de souligner leur travail phénoménal entourant la visite d'agrément.

Adopté à l'unanimité.

Réunion régulière : 26 sept. 2017 (suite)

Rapports:

Les différents rapports tels que l'expérience des patients hospitalisés, les plaintes et les incidents ont été présentés à titre d'information.

Les questions du sondage « Expérience des patients hospitalisés » avec le plus haut taux de satisfaction (> 85 %) sont en lien avec la courtoisie, la préoccupation pour la sécurité, la langue de service et l'expérience globale.

Réunion régulière : 26 sept. 2017 (suite)

Tableau de bord stratégique et opérationnel (juillet 2017):

Les indicateurs du tableau de bord stratégique à l'exception de ceux du quadrant des finances ont été modifiés, afin de refléter les priorités de l'année 2017-18 émanant du Plan stratégique du Réseau.

Bien que les indicateurs liés à la chirurgie soient tous inférieurs à la cible, il faut noter une amélioration importante de la performance dans chacun d'eux, comparativement à l'année précédente.

Au niveau financier, les indicateurs opérationnels sont tous autour ou meilleur que la cible.

Réunion régulière : 26 sept. 2017 (suite)

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité pour la réunion tenue le 26 septembre 2017 et je propose l'acceptation de ce rapport tel que présenté.

Norma McGraw

Présidente du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL Point 8.4

Titre de la réunion :	Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité	Date et heure : Endroit :	Le 26 septembre 2017 à 08:30 Vidéoconférence
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst (siège social) : grande salle	(Claire)
Présidente :	Norma McGraw	Edmundston : salle 2281	(Gisèle, Lucie)
Secrétaire :	Lucie Francoeur	Moncton : salle de l'Auberge	(Michelyne, Janie)
		Tracadie : salle du conseil	(Norma)
		CHR : salle H1067	(Jacques, Caroline)
Participants			
Norma McGraw	✓	Anne Soucie	A
Gilles Lanteigne	A	Janie Levesque	✓
Gisèle Beaulieu	✓	Dre Nicole LeBlanc	A
		Claire Savoie	✓
		Nicole Frigault	A
		Michelyne Paulin	✓
PROCÈS-VERBAL			

1. Ouverture de la réunion

La réunion est ouverte par Norma McGraw à 08:35.

2. Déclaration de conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

3. Adoption de l'ordre du jour**MOTION 2017-09-26 / 01SCGQS**

Proposé par Claire Savoie

Appuyé par Janie Levesque

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

Adopté à l'unanimité.

4. Adoption du procès-verbal du 1^{er} juin 2017**MOTION 2017-09-26 / 02SCGQS**

Proposé par Claire Savoie

Appuyé par Norma McGraw

Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 1^{er} juin 2017 soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

5. Suivis de la dernière réunion du 1^{er} juin 2017

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

6. Affaires nouvelles**6.1 Plan de transformation au Centre hospitalier Restigouche (CHR)**

(Invités : Jacques Duclos et Caroline Drolet)

Jacques Duclos, VP Services communautaires et Santé mentale et Caroline Drolet, directrice Services de psychiatrie tertiaire/légale présentent le plan de transformation au Centre hospitalier Restigouche (CHR).

Deux experts ont déposé des rapports en lien avec les pratiques cliniques et la qualité des soins aux patients au CHR. L'une des recommandations était d'implanter un modèle de soins et de services interdisciplinaires orienté sur la réadaptation et le rétablissement. L'objectif étant de s'éloigner d'une approche asilaire, vers un modèle plus axé sur le rétablissement. Ce nouveau modèle de soins vise à évaluer de façon continue le potentiel de retour de chaque patient dans la communauté.

La transformation proposée s'inscrit directement dans le plan opérationnel du plan stratégique 2017-2020, principalement sous l'axe de l'optimisation des services de santé mentale.

Le Centre d'excellence en traitement et en réadaptation psychosociale pour adulte est un établissement dont la mission consiste à :

- offrir des services spécialisés et ultraspécialisés de pointe pour des clientèles adultes spécifiques, dont la santé mentale, le trouble du spectre de l'autisme et d'autres encore ;
- assurer l'évaluation et le traitement de la clientèle référée et suivie par le système de Justice (clientèle psycholégale) ;
- faire avancer et faire connaître les connaissances en réadaptation psychosociale ;
- étudier et analyser les données probantes quant aux enjeux médicaux, sociaux économiques et éthiques liés à l'utilisation d'un mode d'intervention en santé mentale ;
- travailler étroitement avec les partenaires communautaires, de première ligne et de deuxième ligne afin de faciliter l'intégration et la participation sociale des personnes ;
- soutenir et participer à l'enseignement médical et professionnel ;
- contribuer à la recherche.

La transformation du CHR vers un Centre de traitement et de réadaptation sera appuyée plus efficacement si la désignation de l'établissement est appuyée sur le mandat et la vision attendue. Des démarches sont en cours, afin de déterminer le processus requis pour un changement de désignation.

Le Centre a choisi un modèle de soins collaboratif, adapté du modèle préconisé par le département de psychiatrie et de sciences du comportement de l'Université de Washington. Ce modèle préconise les principes de soins suivants :

- équipe de soins collaboratifs centrés sur le client ;
- reconnaissance des besoins de la clientèle ;
- traitements basés sur des résultats mesurables ;
- traitements basés sur des approches cliniques empiriques ;
- imputabilité des soignants en matière de qualité, quantité et résultats des soins prodigués.

Une stratégie de recrutement de différents professionnels devra être mise en place et soutenue.

Le ministère de la Santé est constamment mis à jour sur le cheminement du CHR vers sa modernisation.

MOTION 2017-09-26 / 03SCGQS

Proposé par Michelyne Paulin

Appuyé par Claire Savoie

Et résolu que le plan de transformation au Centre hospitalier Restigouche (CHR) soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

6.2 Mandat du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité

Le mandat du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité est présenté à titre d'information étant donné que le comité est constitué de nouveaux membres.

6.3 Plan de travail 2017-18

Un plan de travail 2017-18 est proposé, afin que le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité puisse voir les progrès réalisés par le Réseau envers l'atteinte de ses objectifs en matière de soins centrés sur les usagers et leur famille, et les responsabilités du conseil à l'égard de l'amélioration de la qualité, de la sécurité des usagers et des membres de l'équipe, et d'un milieu de travail positif.

Il est suggéré d'ajouter les activités suivantes au plan de travail, afin d'être conforme avec le mandat du comité :

- le sondage de satisfaction/perception des médecins (annuellement) ;
- le sondage de satisfaction/perception des employés (annuellement).

Donc, nous surveillerons la satisfaction des médecins et des employés du Réseau en réalisant un sondage de satisfaction d'ici la fin de l'année 2018.

MOTION 2017-09-26 / 04SCGQS

Proposé par Claire Savoie

Appuyé par Michelyne Paulin

Et résolu que le plan de travail pour l'année 2017-18 soit adopté avec les ajouts d'activités qui consiste à surveiller la satisfaction des médecins et des employés du Réseau en effectuant un sondage d'ici la fin de l'année 2018.

Adopté à l'unanimité.

6.4 Résultats – Visite d'Agrément 2017

Une équipe de douze visiteurs accompagnés de deux visiteurs patients-partenaires ont sillonné les quatre coins de l'organisation du 18 au 23 juin dernier. L'exercice a permis d'évaluer le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services de l'organisation par rapport aux exigences d'Agrément Canada en matière de qualité et de sécurité. Le Réseau a obtenu le résultat « Agréé ».

Par ailleurs, des mesures de suivi doivent être prises dans des délais précis pour conserver le statut d'organisme agréé. Ces mesures de suivis doivent être soumises en décembre 2017, juin 2018 et décembre 2018 pour conserver ce statut.

Au total, un résultat de 90.4 % des critères sont conformes. Les résultats de toutes ces composantes font partie du rapport d'agrément, disponible sous la rubrique Agrément sur le Boulevard.

Chaque équipe multidisciplinaire poursuivra son plan de travail, afin de rencontrer les exigences requises pour maintenir le statut d'agrément.

L'équipe de la qualité a effectué un travail remarquable. C'est pourquoi il est suggéré d'acheminer une lettre de reconnaissance aux employés de l'équipe de la qualité pour souligner leur leadership et leur engagement lors de la visite d'agrément.

MOTION 2017-09-26 / 05SCGQS

Proposé par Michelyne Paulin

Appuyé par Claire Savoie

Et résolu qu'une lettre de reconnaissance soit acheminée aux employés de la qualité, afin de souligner leur travail phénoménal entourant la visite d'agrément.

Adopté à l'unanimité.

6.5 Nomination – Membre clinique régulier au Comité d'éthique de la recherche

Docteure Lucie Morais a été nommée membre clinique régulier au Comité d'éthique de la recherche par intérim le 25 août dernier pour un mandat initial d'une durée de 3 ans. La nomination est soumise pour approbation.

MOTION 2017-09-26 / 06SCGQS

Proposé par Janie Levesque

Appuyé par Claire Savoie

Et résolu que Dre Lucie Morais siège au Comité d'éthique de la recherche à titre de membre clinique régulier pour un mandat initial d'une durée de 3 ans.

Adopté à l'unanimité.

7. Rapports

7.1 Expérience des patients hospitalisés Q1

Le taux régional de participation au sondage est à 19 % comparativement à 16 % pour la même période l'an dernier. Les questions avec le plus haut taux de satisfaction (> 85 %) sont en lien avec la courtoisie, la préoccupation pour la sécurité, la langue de service et l'expérience globale.

7.2 Plaintes Q1

Le présent rapport comprend les données du premier trimestre de l'année financière 2017-18, ainsi que les données comparatives pour l'année 2016-17. Ce rapport contient toutes les plaintes provenant des patients, de leur famille ou des visiteurs. Nous notons une légère diminution dans le nombre de plaintes dans chacune des zones, sauf à la zone 1.

7.3 Incidents Q1

Le rapport trimestriel (avril à juin 2017) des incidents est présenté à titre d'information. Nous notons une légère augmentation de 2.44 % par rapport au même trimestre 2016-17.

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

8. Affaires permanentes

8.1 Tableau de bord stratégique et opérationnel (juillet 2017)

Invitée : Mireille Lanouette

Les membres passent en revue l'ensemble des indicateurs du tableau de bord stratégique et opérationnel.

Les indicateurs du tableau de bord stratégique à l'exception de ceux du quadrant des finances ont été modifiés, afin de refléter les priorités de l'année 2017-18 émanant du Plan stratégique du Réseau. Quelques indicateurs qui étaient antérieurement dans le tableau de bord stratégique ont été transférés dans le tableau de bord opérationnel.

Certaines initiatives du Plan stratégique sont en développement et dès qu'elles auront été précisées les indicateurs seront développés.

Il reste du travail à faire au niveau du perfectionnement des cibles, entre autres celle du coût par jour repas. Une cible similaire aux entreprises privées a été définie, afin que nous soyons compétitifs.

Bien que les indicateurs liés à la chirurgie soient tous inférieurs à la cible, il faut noter une amélioration importante de la performance dans chacun d'eux, comparativement à l'année précédente. Au niveau financier, les indicateurs opérationnels sont tous autour ou meilleur que la cible.

Nous notons beaucoup de résultats inférieurs à la cible (rouge), par contre il y a des indicateurs dont les résultats sont annuels, donc nous verrons les résultats s'améliorer au cours de l'année. Lors de la retraite du Conseil d'administration prévue en décembre prochain, nous aurons un tableau de bord plus complet, puis nous pourrons faire les liens avec le Plan stratégique 2017-2020.

9. Date de la prochaine réunion : 21 novembre 2017.

10. Levée de la réunion

La levée de la réunion est proposée par Janie Levesque à 10:20.

Norma McGraw
Présidente du comité

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

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 17 octobre 2017

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

Vous trouverez ci-joint le rapport et le procès-verbal du Comité stratégique de la recherche et de la formation de la rencontre du 18 septembre 2017. Ce rapport sera présenté par Pauline Bourque, présidente du comité. De ce rapport, découlent deux propositions, la première, de recevoir le rapport et la deuxième, l'adoption deux motions contenues dans le rapport de la présidente.

1) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité stratégique de la recherche et de la formation de la rencontre du 18 septembre 2017.

2) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte la motion suivante : MOTION 2017/09/18-03-CSRF et MOTION 2017/09/18-04-CSRF du Comité stratégique de la recherche et de la formation de la rencontre du 18 septembre 2017.

Soumis le 6 octobre 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Comité stratégique de la recherche et de la formation

Rapport au Conseil d'administration
17 octobre 2017

Réunion régulière : 18 septembre 2017

Sujets discutés :

- Plan d'action pour le développement de la mission universitaire : Une présentation résumant le plan d'action pour le développement de la mission universitaire a été faite, lequel plan découle directement du Plan stratégique 2017-2010 du Réseau, plus précisément de l'orientation stratégique 5 : *Nous optimiserons la mission universitaire et la recherche*. Le Comité a adopté à l'unanimité le plan pour qu'il soit présenté et entériné par le Conseil d'administration.

Réunion régulière : 18 septembre 2017 (suite)

MOTION 2017/09/18-03-CSRF

Proposé par Jean-Marie Nadeau

Appuyé par Gaitan Michaud

Et résolu que le Plan d'action pour le développement de la mission universitaire soit adopté et soumis au Conseil d'administration à la réunion d'octobre pour être entériné.

Adopté à l'unanimité

Réunion régulière : 18 septembre 2017 (suite)

- Plan de communication pour le développement de la mission universitaire : Une ébauche de table des matières du Plan de communication pour le développement de la mission universitaire a été présentée à titre d'information. Les membres ont souligné l'importance d'incorporer au document le lien avec les ministères, les partenaires et les fondations, ainsi que de souligner les organismes qui ont manifesté leur soutien.

Réunion régulière : 18 septembre 2017 (suite)

- Contrat d'affiliation avec l'Université de Moncton:
Le contrat d'affiliation entre l'Université de Moncton et le Réseau de santé Vitalité a été vu et adopté à l'unanimité par les membres du comité.

Réunion régulière : 18 septembre 2017 (suite)

MOTION 2017/09/18-04-CSRF

Proposé par Gabriel Godin

Appuyé par Jean-Marie Nadeau

Et résolu que le Contrat d'affiliation entre l'Université de Moncton et le Réseau de santé Vitalité soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité

Réunion régulière : 20 mars 2017 (suite)

- Entente de collaboration avec l'Institut atlantique de recherche sur le cancer (IARC) : Depuis plusieurs mois, le Réseau travaille avec l'IARC afin d'établir des relations productives de travail, notamment les dossiers suivants :
 - Le Centre de médecine de précision
 - Le transfert du Programme de séquençage génétique de l'IARC au Réseau de santé Vitalité
 - L'entente de service sur les analyses effectuées par l'IARC
 - Le bail

Les travaux cheminent bien et la prochaine étape sera le développement d'une entente formelle entre le Réseau de santé Vitalité et l'IARC.

Réunion régulière : 20 mars 2017 (suite)

- Documents soumis à titre d'information :
 - mise à jour du plan d'action Recherche 2016-2018
 - mise à jour de la liste des projets de recherche

Réunion régulière : 20 mars 2017 (suite)

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité stratégique de la recherche et de la formation pour la réunion tenue le 18 septembre 2017 et propose l'acceptation de ce rapport tel que présenté.

Pauline Bourque

Présidente du Comité stratégique de la recherche et de la formation

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Point 8.5

Titre de la réunion :	Comité stratégique de la recherche et de la formation	Date et heure :	Le lundi 18 septembre 2018 à 10 heures
		Endroit :	Vidéoconférence
But de la réunion :	Réunion régulière	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Moncton</u> - Salle du conseil : Pauline Bourque, Jean-Marie Nadeau, Dr Michel H. Landry, Brigitte Sonier-Ferguson • <u>Grand-Sault</u> – Local 0217 : Gaitan Michaud • <u>Campbellton</u> : Salle de commission d'examen : Gilles Lanteigne • <u>Bathurst</u> : Local 372 : Dre France Desrosiers • <u>Bathurst</u> – siège social : Gabriel Godin, Manon Frenette • <u>Par téléphone</u> : Michelyne Paulin 	
Présidente :	Pauline Bourque		
Secrétaire :	Manon Frenette		

Participants

Pauline Bourque	✓	Gaitan Michaud	✓	Gilles Lanteigne	✓
Jean-Marie Nadeau	✓	Dr Michel H. Landry	✓	Brigitte Sonier Ferguson	✓
Gabriel Godin	✓	Michelyne Paulin	✓	Dre France Desrosiers	✓

PROCÈS-VERBAL**1. Ouverture de la séance, déclaration de conflit d'intérêt et adoption de l'ordre du jour**

La présidente ouvre la séance à 13 heures et souhaite la bienvenue à Jean-Marie Nadeau et Dr Michel H. Landry à titre de nouveaux membres du comité.

On note qu'aucun conflit d'intérêt n'est déclaré.

On présente l'ordre du jour, lequel est adopté tel que circulé.

MOTION 2017/09/18-01-CSR

Proposé par Jean-Marie Nadeau

Appuyé par Gaitan Michaud

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

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

2. Adoption du procès-verbal du 25 mai 2017

Le procès-verbal de la réunion du 25 mai 2017 est adopté tel que circulé.

MOTION 2017/09/18-02-CSR

Proposé par Gaitan Michaud

Appuyé par Gabriel Godin

Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 25 mai 2017 soit adopté tel que circulé

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

3. Suivis de la réunion du 25 mai 2017**3.1. Affaires découlant du procès-verbal du 25 mai 2017****Plan d'action pour le développement de la mission universitaire**

Brigitte Sonier-Ferguson fait une présentation résumant le plan d'action pour le développement de la mission universitaire, lequel plan a été circulé aux membres en version ébauche. Le plan d'action découle directement du Plan stratégique 2017-2020 du Réseau, plus précisément de l'orientation stratégique 5 : *Nous optimiserons la mission universitaire et la recherche.*

Une discussion s'en suit et on demande de quelle façon les établissements qui ne sont pas des CHU ou des CHAU vont être intégrés dans cette démarche. On explique que chaque établissement pourra participer à la mission universitaire de différentes façons. On donne l'exemple de nos petits hôpitaux qui pourraient fournir la relève en sachant qu'ils accueillent des stagiaires, et peut-être même mener des activités de recherche. Il y aurait des CHAU qui pourraient devenir des experts selon leur domaine d'excellence. On s'entend que la masse critique va être au CHU et ceci est voulu si on veut continuer d'améliorer les CHAU et les autres établissements. De ce fait, le CHU devient un lead mais nous voulons établir des corridors de transferts de soins et de connaissances solides avec nos hôpitaux régionaux, nos CHAU et nos plus petits établissements. L'idée est qu'on fasse tous partie d'un « réseau universitaire » dans lequel chacun aura des rôles par rapport à ses capacités, son évolution ses compétences, etc. Ceci devient donc un projet « réseau » accessible à tous.

On demande si toutes les recherches débutées arrivent à aboutissement et si la façon d'aboutir peut aller jusqu'à une publication. On répond que ces points sont traités dans le Plan d'action 2016-2018 et qu'ils font définitivement partie de la vision du secteur recherche. On souligne qu'il y a beaucoup de recherches en parallèle et on demande si on peut gagner du temps en créant des alliances avec d'autres chercheurs allant dans le même sens. On répond qu'il existe beaucoup d'outils en ligne qui permettent de voir s'il y a des activités similaires ailleurs. Les personnes à l'intérieur du Réseau qui font beaucoup de recherches font partie de réseaux nationaux et de comités nationaux; il y a beaucoup d'arrimage et on essaie vraiment de s'affilier pour trouver des opportunités. On souligne également qu'il y a eu beaucoup de travail fait en termes de réseautage qui va devenir une composante majeure et en développement.

On demande si les médecins qui font de la recherche suite à un besoin des compagnies pharmaceutiques reçoivent une rémunération. On répond non et on explique qu'à l'intérieur du Réseau, toutes les activités de recherche/d'essais cliniques commandités sont gérés par le Bureau d'appui à la recherche. Des contrats pour les coûts directs associés à la conduite de l'activité de recherche (le temps du personnel infirmier, le matériel, le temps des gestionnaires de données, etc.) sont négociés avec les médecins qui mènent des études. Les montants ne sont pas directement donnés au médecin mais plutôt mis dans un fond communautaire du département qui permet de financer d'autres activités de recherche, d'achat d'équipements, de formations, etc. Le département décide de l'utilisation de ces argents, basé sur certains critères.

On demande si les fonds amassés par la campagne de l'Arbre de l'espoir pourraient parfois être appliqués à une recherche. On répond que les fonds pourraient être appliqués à la recherche mais non comme rémunération aux chercheurs. On demande si cette campagne pourrait financer de l'équipement. On répond que c'est un bon exemple mais qu'il va falloir travailler avec nos fondations pour possiblement penser au-delà de la campagne de l'Arbre de l'espoir. On donne l'exemple de fondations qui donnent des bourses et du financement aux chercheurs mais sous un processus de sélection qui est serré et contrôlé par différents partenaires.

On demande à qui se rapporte le Centre de médecine de précision, quel est son lien et s'il va être opéré de façon indépendante ou associé directement et géré par le CHUDGLD. On répond qu'à la base, c'est un projet de l'Université de Moncton, laquelle a reçu le financement, mais en partenariat avec le Réseau de santé Vitalité. Il s'agit donc d'une bâtisse qui appartient à l'U de M mais qui est construite sur un terrain du Réseau. La gouvernance sera partagée et établie sous peu.

Les membres offrent leurs félicitations pour le travail fait et les progrès accomplis. On souligne l'importance de verbaliser et de communiquer de façon consistante qu'on veut avoir un « réseau de santé universitaire ». On suggère également de trouver une façon particulière de reconnaître l'IARC comme étant le pionnier de la recherche médicale.

Les membres procèdent à l'adoption du projet de Plan d'action pour le développement de la mission universitaire, en sachant qu'il reste à y incorporer les volets « finance » et « communication », pour présentation au Conseil d'administration à la réunion d'octobre pour être entériné.

MOTION 2017/09/18-03-CSRF

Proposé par Jean-Marie Nadeau

Appuyé par Gaitan Michaud

Et résolu que le Plan d'action pour le développement de la mission universitaire soit adopté et soumis au Conseil d'administration à la réunion d'octobre pour être entériné.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

Plan de communication pour le développement de la mission universitaire

Jean-René Noël, Directeur du secteur Communication et Engagement communautaire, présente, à titre d'information, une ébauche de table des matières du Plan de communication pour le développement de la mission universitaire.

On note l'importance des points suivants à incorporer dans le plan de communication :

- Mandat au niveau de l'engagement du corps médical et du personnel et de la sensibilisation de la population : également faire le lien avec les ministères, les partenaires et les fondations
- Souligner les organismes qui nous ont manifesté leur soutien

Le Plan de communication détaillé sera présenté à la réunion du Conseil d'administration d'octobre.

3.2 Mise à jour du plan d'action Recherche 2016-2018

Une mise à jour du Plan d'action Recherche 2016-2018 est déposée pour information. Le document ne fait pas l'objet de discussion.

3.3 Liste à jour des projets de recherche

Une mise à jour de la liste des projets de recherche est déposée pour information. Le document ne fait pas l'objet de discussion.

4. Affaires nouvelles

4.1 Contrat d'affiliation avec l'Université de Moncton

Le contrat d'affiliation est vu par les membres et on propose l'adoption.

MOTION 2017/09/18-04-CSRF

Proposé par Gabriel Godin

Appuyé par Jean-Marie Nadeau

Et résolu que le Contrat d'affiliation entre l'Université de Moncton et le Réseau de santé Vitalité soit adopté tel que présenté.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

4.2 Entente de collaboration avec l'IARC

Depuis plusieurs mois, le Réseau de santé Vitalité travaille avec l'IARC afin d'établir des relations productives de travail, notamment les dossiers suivants qui ont fait l'objet de discussions :

- Le Centre de médecine de précision
- Le transfert du Programme de séquençage génétique de l'IARC au Réseau de santé Vitalité
- L'entente de service sur les analyses effectuées par l'IARC
- Le bail

Les travaux cheminent bien et la prochaine étape sera le développement d'une entente formelle entre le Réseau de santé Vitalité et l'IARC.

5. Autres

Aucun autre point n'est traité.

6. Date de la prochaine réunion

La prochaine réunion est prévue le lundi 20 novembre 2017.

7. Levée de la séance

La séance est levée à 11 h 30 sur une proposition de Gaitan Michaud.

Pauline Bourque

Présidente

Comité stratégique de la recherche et de la formation

Dre France Desrosiers

Vice-présidente

Services médicaux, Formation et Recherche

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 17 octobre 2017

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

Vous trouverez ci-joint le rapport de la médecin-chef régional qui comporte deux volets 1) Médecin-chef régional; 2) Comité médical consultatif de la rencontre du 19 septembre 2017. Ce rapport et les motions seront présentés par Dre Nicole LeBlanc, médecin-chef régional qui est également présidente du Comité médical consultatif. De ce rapport, découlent deux propositions, la première, de recevoir le rapport et la deuxième, l'adoption de huit motions contenues dans le rapport de la présidente.

1) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport de la Médecin-chef régional et de la présidente du Comité médical consultatif de la rencontre du 19 septembre 2017.

2) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : MOTION 2017/09/19-02-CMC, MOTION 2017/09/19-03-CMC, MOTION 2017/09/19-04-CMC, MOTION 2017/09/19-05-CMC, MOTION 2017/09/19-08-CMC, MOTION 2017/09/19-09-CMC, MOTION 2017/09/19-10-CMC et MOTION 2017/09/19-11-CMC du Comité médical consultatif de la rencontre du 19 septembre 2017.

Soumis le 6 octobre 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Rapport de la médecin-chef régionale et du Comité médical consultatif

Rapport au Conseil d'administration
17 octobre 2017

Rapport de la médecin-chef régionale

Dre LeBlanc partage les dossiers en cours tels que :

- la révision du processus d'octrois de privilèges;
- le processus de révision des exigences minimales;
- l'évaluation et l'élaboration de plans de qualité;
- la révision du processus de plaintes;
- l'implantation de la structure médicale du Réseau de santé Vitalité; et
- le développement du plan de la stratégie de la mission universitaire du Réseau de santé Vitalité.

Réunion régulière : 19 septembre 2017

Rapport de la présidente du Comité médical consultatif

- Rapports présentés aux membres du CMC
 - Tableau de bord du CMC
 - Rapport sommaire des résultats de la visite d'agrément 2017
 - Rapport régional des plaintes médicales Q1
- Présentations
 - Programme de gestion des maladies pulmonaires chroniques (MPOC)

Réunion régulière : 19 sept. 2017 (suite)

- Politiques et formulaires d'ordonnances médicales
 - Politique RES.3.20.10 Ventilation mécanique non-invasive

MOTION 2017-09-19 / 02CMC

Proposé par Dr Ronald Robichaud

Appuyé par Dr Eric Levasseur

Et résolu que le Comité médical consultatif recommande l'approbation de la Politique RES.3.20.10 Ventilation mécanique non-invasive.

Adoptée à l'unanimité.

Réunion régulière : 19 sept. 2017 (suite)

- Formulaire d'ordonnance médicale– Bilan pré-greffe rénale

MOTION 2017-09-19 / 03CMC

Proposé par Dre Louise Thibault

Appuyé par Dre Anik Savoie

Et résolu que le Comité médical consultatif recommande l'approbation du Formulaire : Ordonnance – Bilan pré-greffe rénale pour les patients avec maladies rénales transplantés au Québec.

Adoptée à l'unanimité.

Réunion régulière : 19 sept. 2017 (suite)

- Formulaire d'ordonnance médicale – Initiation à l'hémodialyse

MOTION 2017-09-19 / 04CMC

Proposé par Dr Michel D'Astous

Appuyé par Dr Eric Basque

Et résolu que le Comité médical consultatif recommande l'approbation du Formulaire : Ordonnances médicales – Initiation à l'hémodialyse pour la zone 4.

Adoptée à l'unanimité.

Réunion régulière : 19 sept. 2017 (suite)

- Formulaire d'ordonnance médicale – Solution de potassium

MOTION 2017-09-19 / 05CMC

Proposé par Dr Michel D'Astous

Appuyé par Dre Anik Savoie

Et résolu que le Comité médical consultatif recommande l'approbation du Formulaire : Ordonnance – Solution de potassium pour la zone 4.

Adoptée à l'unanimité.

Réunion régulière : 19 sept. 2017 (suite)

Demandes de nominations et de changements de nominations

- Les demandes de nomination et de changement de nomination des zones 1B, 4, 5 et 6 ont été soumises et approuvées par le Comité médical consultatif et sont soumises pour adoption par le Conseil d'administration jusqu'à sa réunion en juin 2018 telles qu'indiquées aux tableaux des pages suivantes.

Réunion régulière : 19 sept. 2017 (suite)

Zone 1B - Demandes de nominations pour les privilèges

Privilèges adoptés par le Comité d'examen des titres le 6 septembre 2017

Adoptés par le Comité médical consultatif local le 7 septembre 2017

Adoptés par le Comité médical consultatif régional le 19 septembre 2017

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

Médecins	Statut	Zone	Spécialité	Privilèges
Arsenault, Julie	Associée	1B	Radio-oncologie	Radio-oncologue
Bédard, Nadia	Actif	1B	Médecine générale et oncologie	Médecin généraliste en oncologie
Bernard, Martine	Suppléant	1B	Obstétrique-gynécologie	Obstétrique-gynécologie
Bujold, Danie	Associé	1B	Art dentaire	Dentiste
Cormier, Isabelle	Suppléant	1B, 4, 5 et 6	Médecine générale	Médecine familiale

Réunion régulière : 19 sept. 2017 (suite)

Cyr, Éric Dr	Suppléant	1B	Médecine interne	Cardiologie
Desrosiers, Karen	Suppléant	1B	Obstétrique-gynécologie	Obstétrique-gynécologie
Duguay, Francesca	Associé	1B	Médecine générale et oncologie	Médecin généraliste en oncologie
Gallant, Chantal	Suppléant	1B	Médecine générale	Médecine familiale
Katsafourou, Polytimi Anna	Suppléant	1B	Obstétrique-gynécologie	Obstétrique-gynécologie
Lefebvre, Émilie	Suppléant	1B	Médecine générale	Médecine d'urgence
Léger, Mélanie Pauline	Suppléant	1B	Médecine générale	Médecine d'urgence
Léger, Yves M.	Associé	1B	Médecine générale	Médecine familiale
Melanson, Martine	Associé	1B	Médecine générale	Médecine familiale
Nadeau, Pierre-Luc	Suppléant	1B	Médecine générale	Médecine d'urgence
Richard, Karine	Associé	1B	Médecine générale	Médecine familiale
Robert, Antony	Suppléant	1B	Médecine générale	Médecine d'urgence

Réunion régulière : 19 sept. 2017 (suite)

Zone 4 - Demandes de nomination pour les privilèges

Privilèges adoptés par le Comité d'examen des titres le 30 août 2017
Adoptés par le Comité médical consultatif local le 6 septembre 2017
Adoptés par le Comité médical consultatif régional le 19 septembre 2017

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

Médecins	Statut	Zone	Spécialité	Privilèges
Al-Nakshabandi, Nizar	Suppléant	4	Médecine spécialisée	Radiologie
Bayat, Muhammad Ridwan	Suppléant	4	Médecine spécialisée	Radiologie
Bennett, John	Suppléant	4	Médecine spécialisée	Radiologie
Bouchard, Karine	Associé	4	Médecine familiale	Médecine familiale
Braganza, David	Suppléant	4	Médecine familiale	Médecine familiale
Butty, Aurfan Nassif Nasser	Suppléant	4	Médecine spécialisée	Pathologie
Chaibou, Mahamadou	Suppléant	4	Médecine spécialisée	Pédiatrie
Chen, Yuexi	Associé	4	Médecine familiale	Médecine familiale

Réunion régulière : 19 sept. 2017 (suite)

Corriveau, Emilie	Associé	4	Médecine familiale	Médecine familiale
Cyr, Emmanuelle	Suppléant	4	Médecine familiale	Médecine familiale
Dumouchel, Vincent	Suppléant	4	Médecine familiale	Médecine familiale
Elrify, Elsaid	Suppléant	4	Médecine spécialisée	Pédiatrie
Golev, Dmitry	Suppléant	4	Médecine spécialisée	Radiologie
Hendriks, Amélie	Associé	4	Médecine familiale	Médecine familiale
Jelassi, Abdelmalek Ben	Suppléant	4	Médecine familiale	Médecine familiale
Lepage, Jean-Philippe	Associé	4	Médecine spécialisée	Médecine interne
Mansfield, Alexander	Suppléant	4	Médecine spécialisée	Radiologie
Martens, Jason S.	Suppléant	4	Médecine spécialisée	Radiologie
McCurdy, Wendy	Suppléant	4	Médecine spécialisée	Radiologie
Shahata, Ahmed	Suppléant	4	Chirurgie	Gynécologie
Shean, Justin	Associé	4	Médecine familiale	Médecine familiale
Tanel, André	Suppléant	4	Médecine familiale	Médecine familiale
Tardif, Josée	Suppléant	4	Chirurgie	Gynécologie
Thériault, Amélie	Suppléant	4	Médecine familiale	Médecine familiale
Ventatesh, Vikram	Suppléant	4	Médecine spécialisée	Radiologie

Réunion régulière : 19 sept. 2017 (suite)

Zone 5 - Demandes de nomination pour les privilèges

Privilèges adoptés par le Comité d'examen des titres le 13 juin 2017
Adoptés par le Comité médical consultatif local le 13 juin 2017
Adoptés par le Comité médical consultatif régional le 19 septembre 2017

Après avoir étudié les dossiers, les membres du CMCR recommandent les demandes de nomination pour les privilèges des médecins suivants auprès du personnel médical et dentaire du Réseau de santé Vitalité Zone 5 jusqu'à la réunion du Conseil d'administration en juin 2018.

Médecins	Statut	Zone	Spécialité	Privilèges
Kiely, Daniel	Suppléant	5, 4	Chirurgie	OBS/GYN*

*Conditionnel à recevoir preuve d'ACPM et permis du Collège des médecins et chirurgiens du NB lors de remplacement.

Réunion régulière : 19 sept. 2017 (suite)

Zone 6 - Demandes de nomination pour les privilèges

Privilèges adoptés par le Comité d'examen des titres le 12 septembre 2017
Adoptés par le Comité médical consultatif local le 13 septembre 2017
Adoptés par le Comité médical consultatif régional le 19 septembre 2017

Après avoir étudié les dossiers, les membres du CMCRC recommandent les demandes de nomination pour les privilèges des médecins suivants auprès du personnel médical et dentaire du Réseau de santé Vitalité Zone 6 jusqu'à la réunion du Conseil d'administration en juin 2018.

Médecins	Statut	Zone	Spécialité	Privilèges
Albert, Warren	Suppléant	6	Médecine de famille	Médecine de famille
Ntwengabarumije, Frédéric	Associé	6	Psychiatrie	Psychiatrie
Bussièrès, Annick	Suppléant	6	Chirurgie générale	Chirurgie générale
Wissanji, Hussein	Suppléant	6	Chirurgie générale	Chirurgie générale
Bordeaux, Patrick	Suppléant	6	Psychiatrie	Psychiatrie

Réunion régulière : 19 sept. 2017 (suite)

Cormier, Hélène	Associé	6	Dentisterie	Dentiste
Alkurdi, Rim	Suppléant	1B,4, 5, 6	Obs-gyn	Obs-gyn
Bendhe, Krittika	Suppléant	6	Pédiatrie	Pédiatrie
Labidi, Saber	Suppléant	6	Chirurgie générale	Chirurgie générale
Basque, Shayna Lee	Suppléant	6	Médecine de famille	Médecine de famille
Mercier, Frédéric	Suppléant	6	Chirurgie générale	Chirurgie générale
Chalifoux, Frédéric	Suppléant	6	Anesthésie	Anesthésie
Poirier, Jean-Bernard	Suppléant	6	Médecine de famille	Médecine de famille

Réunion régulière : 19 sept. 2017 (suite)

Zone 1B - Demandes changement de nomination et ajout de zone additionnelle pour les privilèges

Privilèges adoptés par le Comité d'examen des titres le 6 septembre 2017
Adoptés par le Comité médical consultatif local le 7 septembre 2017
Adoptés par le Comité médical consultatif régional le 19 septembre 2017

Après avoir étudié les dossiers, les membres du CMCR recommandent les demandes de changement de nomination et ajout de zone pour les privilèges des médecins suivants auprès du personnel médical et dentaire du Réseau de santé Vitalité Zone 1B jusqu'à la réunion du Conseil d'administration en juin 2018.

Changements de nomination :

Médecins	Statut présent	Statut demandé	Zone	Spécialité	Privilèges
Aubé, Shane	Associé	Actif	1B	Médecine générale	Médecin de famille
Sheitoyan-Pesant, Caroline	Associé	Actif	1B	Microbiologie et maladies infectieuses	Microbiologiste/ infectiologue
Thériault, Christelle	Associé	Actif	1B	Chirurgie générale	Chirurgie/bariatrique
Thériault, Théophile	Associé	Actif	1B	Médecine interne	Interniste

Réunion régulière : 19 sept. 2017 (suite)

Médecins	Statut présent	Statut demandé	Zone	Spécialité	Privilèges
Correa, Denis	Associé	Actif	4	Chirurgie	Anesthésie
Divanli, Kemal	Actif	Suppléant	4	Médecine spécialisée	Psychiatrie
Ribeiro, Thiago F.	Associé	Actif	4	Chirurgie	Anesthésie
Saif, Sameh	Suppléant	Associé	4	Médecine spécialisée	Radiologie
Zeng, Han	Suppléant	Associé	4	Médecine spécialisée	Radiologie

Zone 5 - Demandes changement de nomination pour les privilèges

Privilèges adoptés par le Comité d'examen des titres le 13 juin 2017
Adoptés par le Comité médical consultatif local le 13 juin 2017
Adoptés par le Comité médical consultatif régional le 19 septembre 2017

Après avoir étudié les dossiers, les membres du CMCR recommandent les demandes de changement de nomination pour les privilèges des médecins suivants auprès du personnel médical et dentaire du Réseau de santé Vitalité Zone 5 jusqu'à la réunion du Conseil d'administration en juin 2018.

Réunion régulière : 19 sept. 2017 (suite)

Médecins	Statut présent	Statut demandé	Zone	Spécialité	Privilèges
Zommer, Hila Date de la demande : 1 juillet 2017	Associé	Conseiller	5	Chirurgie	Ophthalmologie

Zone 6 - Demandes changement de nomination pour les privilèges

Privilèges adoptés par le Comité d'examen des titres le 12 septembre 2017
 Adoptés par le Comité médical consultatif local le 13 septembre 2017
 Adoptés par le Comité médical consultatif régional le 19 septembre 2017

Après avoir étudié les dossiers, les membres du CMCRC recommandent les demandes de changement de nomination pour les privilèges des médecins suivants auprès du personnel médical et dentaire du Réseau de santé Vitalité Zone 6 jusqu'à la réunion du Conseil d'administration en juin 2018.

Médecins	Statut présent	Statut demandé	Zone	Spécialité	Privilèges
Duclos, Christine Date de la demande : 6 septembre 2017	Associé	Actif	6	OBS GYN	OBS GYN
Doucet, Marylène Date de la demande : 2 août 2017	Associé	Actif	6	Médecine de famille	Médecine de famille
LeBlanc, Anik Date de la demande : 2 août 2017	Associé	Actif	6	Médecine de famille	Médecine de famille
Dumont, Jonathan Date de la demande : 18 octobre 2017	Suppléant	Associé	6	Médecine interne	Médecine interne

Réunion régulière : 19 sept. 2017 (suite)

Collin, Marc- André Date de la demande : 11 juillet 2017	Associé	Actif	6	Chirurgie plastique	Chirurgie plastique
Haché, Marie-Christine Date de la demande : 9 juillet 2017	Associé	Actif	6	Médecine de famille	Médecine de famille
Boudreau, Janick Date de la demande : 15 septembre 2017	Associé	Actif	6	Médecine de famille	Médecine de famille
Roussel, Véronique Date de la demande : 2 août 2017	Associé	Actif	6	Chirurgie	Chirurgie générale
Ranger, Marie-Hélène Date de la demande : 8 septembre 2017	Associé	Actif	6	Médecine de famille	Médecine de famille
Gallien, Annelise Date de la demande : 9 septembre 2017	Associé	Actif	6	Médecine interne	Médecine interne

Réunion régulière : 19 sept. 2017 (suite)

MOTION 2017-09-19 / 08CMC

Proposé par Dr Simon Racine

Appuyé par Dre Anik Savoie

Et résolu que le Comité médical consultatif adopte en bloc les demandes suivantes :
demandes de nominations pour les privilèges de la zone 1B adoptées au CMCL du 7 septembre 2017;

demandes de nominations pour les privilèges de la zone 4 adoptées au CMCL du 6 septembre 2017;

demandes de nominations pour les privilèges de la zone 5 adoptées au CMCL du 13 juin 2017;

demandes de nominations pour les privilèges de la zone 6 adoptées au CMCL du 13 septembre 2017;

demandes de changement de nomination pour les privilèges de la zone 1B et ajout de zone additionnelle adoptées au CMCL du 7 septembre 2017;

demandes de changement de nomination pour les privilèges de la zone 4 adoptées au CMCL du 6 septembre 2017;

demandes de changement de nomination pour les privilèges de la zone 5 adoptées au CMCL du 13 juin 2017;

demandes de changement de nomination pour les privilèges de la zone 6 adoptées au CMCL du 13 septembre 2017;

Adoptée à l'unanimité.

Réunion régulière : 19 sept. 2017 (suite)

- Nominations de chefs de départements

MOTION 2017-09-19 / 09CMC

Proposé par Dr Eric Basque

Appuyé par Dre Anik Savoie

Et résolu que le Comité médical consultatif adopte en bloc les nominations de chefs de départements suivantes :

Zone 1B : Dr Julien LeBlanc, chef du département d'anesthésie et Dr Ghislain Lavoie, chef de département de médecine générale;

Zone 4 : Dr Pierre Nguimfack, chef du département de psychiatrie, Dr John Tobin, chef du service d'oncologie, Dr Yves Samson, chef du département d'obstétrique/gynécologie;

Adoptée à l'unanimité.

Réunion régulière : 19 sept. 2017 (suite)

- Privatisation PEM et des services d'alimentation et d'environnement

MOTION 2017-09-19 / 10CMC

Proposé par Dr Michel D'Astous

Appuyé par Dre Louise Thibault

Et résolu que dans l'optique du maintien de la qualité des soins offerts à notre population, le Comité médical consultatif supporte la démarche du Réseau de santé Vitalité qui s'affiche contre la privatisation de la gestion du programme extra mural;

Adoptée à l'unanimité.

MOTION 2017-09-19 / 11CMC

Proposé par Dre Louise Thibault

Appuyé par Dr Ronald Robichaud

Et résolu que dans l'optique du maintien de la qualité des soins offerts à notre population, le Comité médical consultatif supporte la démarche du Réseau de santé Vitalité qui s'affiche contre la privatisation des services alimentaires et de l'environnement;

Adoptée à l'unanimité.

Réunion régulière : 19 sept. 2017 (suite)

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité médical consultatif pour la réunion tenue le 19 septembre 2017 et de la médecin-chef régionale et je propose l'acceptation de ce rapport tel que présenté.

Dre Nicole LeBlanc
Médecin-chef régionale

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 17 octobre 2017

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

Vous trouverez ci-joint le rapport du Comité professionnel consultatif de la rencontre du 19 septembre 2017. Ce rapport sera présenté par Janie Levesque, présidente du comité. De ce rapport découle une proposition, soit de recevoir le rapport. Aucune motion n'est contenue dans le rapport.

Proposition de motion :

Proposé

Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité professionnel consultatif de la rencontre du 19 septembre 2017.

Soumis le 6 octobre 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Comité professionnel consultatif

Rapport au Conseil d'administration
17 octobre 2017

Réunion régulière : 19 septembre 2017

Sujets discutés :

- Nouveaux membres

La présidente informe les membres que le représentant de la psychologie s'est désisté. Une note de service sera circulée sous peu afin de recruter un nouveau membre pour représenter la profession.

Réunion régulière : 19 sept. 2017 (suite)

Dossier de la Pratique professionnelle

- Rapport audit de dossier soins infirmiers

Le rapport d'audit des soins infirmiers est présenté. Des variations existent d'une zone à l'autre ce qui s'explique en partie par la documentation électronique vs papier. Un rapport d'audit des autres professions suivra. À noter qu'il existe des différences au niveau des critères d'évaluation et qu'une comparaison entre les rapports d'audits ne sera pas possible.

Réunion régulière : 19 sept. 2017 (suite)

Dossier de la Pratique professionnelle (suite)

- Abréviation

Il existe présentement un risque à l'utilisation d'abréviations dans le Réseau. Un comité régional a été mis en place pour évaluer la question et mettre des initiatives en place pour minimiser les risques.

- Normes de documentation

L'ébauche des 6 normes de documentation clinique est complétée et le processus de consultation sera enclenché dans les prochaines semaines.

Réunion régulière : 19 sept. 2017 (suite)

Présentation des rapports suivants :

- Satisfaction des patients hospitalisés
- Tableau comparatif des plaintes
- Agrément Canada
- Gestion intégrée des risques (Données sur les incidents rapportés)
- Prévention des infections

Réunion régulière : 19 sept. 2017 (suite)

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité professionnel consultatif.

Janie Levesque

Présidente du Comité professionnel consultatif

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 17 octobre 2017

Objet : **Privilèges temporaires**

Cette note a pour but de vous informer des privilèges temporaires des médecins du Réseau de santé Vitalité pour approbation en date du 10 juin au 6 octobre 2017.

Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les privilèges temporaires des médecins du Réseau de santé Vitalité en date du 10 juin au 6 octobre 2017.

Soumis le 6 octobre 2017 par Dre France Desrosiers, vice-présidente des Services médicaux, Formation et Recherche.

TABLEAU DES PRIVILÈGES TEMPORAIRES – 17 octobre 2017

Médecins	Spécialité	Catégorie	Date de privilèges		Zones
			Du	Au	
BEN AMOR, Dre Ibtihel Mouna	Génétique médicale	Associé	18 septembre 2017	8 décembre 2017	1B
MELANSON, Dre Martine	Médecine familiale	Associé	30 septembre 2017	23 décembre 2017	1B
RICHARD, Dre Karine	Médecine familiale	Associé	30 septembre 2017	23 décembre 2017	1B
STEWART, Dre Wendy	Neurologie pédiatrique	Consultant	30 septembre 2017	23 décembre 2017	1B, 4, 5, 6
THÉRIAULT, Dre Marie-Andrée	Médecine familiale	Suppléant	30 septembre 2017	23 décembre 2017	1B, 6
BELL, Dr David	Médecine familiale	Consultant	23 septembre 2017	15 décembre 2017	4
DUMOUCHEL, Dr Vincent	Médecine familiale	Suppléant	24 septembre 2017	15 décembre 2017	4
MOREAU, Dr Vincent	Médecine familiale-urgence	Suppléant	13 octobre 2017	5 janvier 2018	4
PETITCLERC, Dre Sophie	Radiologie	Suppléant	19 août 2017	10 novembre 2017	4
AIT YAHIA, Dr Chabane	Médecine familiale	Suppléant	14 septembre 2017	8 décembre 2017	5
AL HABASH, Dr Muhanad Y.	Médecine interne	Associé	25 septembre 2017	15 décembre 2017	5
ALKURDI, Dr Rim	Obstétrique-gynécologie	Suppléant	7 juillet 2017	29 septembre 2017	5
BERLE, Dre Muriel	Médecine familiale	Associé	21 août 2017	10 novembre 2017	5
PARENT, Dr Marc-Etienne	Médecine interne	Suppléant	7 juillet 2017	29 septembre 2017	5
DIAZ NORIEGA, Dr Oscar	Médecine interne	Associé	31 juillet 2017	20 octobre 2017	5

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 17 octobre 2017

Objet : **Correspondance**

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

Cette documentation est pour information.

Soumis le 6 octobre 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Correspondance du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité - 2017-2018 (Point 10)

	Date	Destinataire	Expéditeur	Objet	Réponse
No. 1	9 juin 2017	Michelyne Paulin	Claude Allard, Sous-ministre délégué - Ministère de la Santé	Contrat Sodexo.	Pour information seulement. Le dossier suit son cours à l'interne.
No. 2	12 juin 2017	Michelyne Paulin	Lucille Auffrey	Pratique de l'acte médical.	Discuté à la réunion du Conseil d'administration le 19 juin 2017
No. 3	12 juin 2017	Jaimie Laplante et Pierre Verret - Service des ressources humaines	Dre Chantal Violette, présidente du personnel médical	Inquiétude de l'épuisement du personnel infirmier et de soutien et son impact sur la qualité des soins à nos patients.	Pour information seulement. Le dossier suit son cours à l'interne.
No. 4	16 juin 2016	Michelyne Paulin	Daniel Légère, président du SCFP N.-B.	Courriel - Privatisation de la gestion de certains services de soins de santé.	Pour information seulement
No. 5	16 juin 2017	Membres du Conseil d'administration	Daniel Légère, président du SCFP N.-B.	Lettre - Privatisation de la gestion de certains services de soins de santé.	Pour information seulement
No. 6	20 juin 2017	Premier Ministre M. Brian Gallant	Les aînés concernés : La Zone de Kent	Privatisation de la gestion des services alimentaires, environnementaux et de transport des patients.	Pour information seulement
No. 7	10 juillet 2017	Gilles Lanteigne	Physiothérapeutes PT 1	66 lettres de contestation de la décision récente au sujet de l'équité salariale pour les physiothérapeutes PT 1.	Pour information seulement
No. 8	13 juillet 2017	Équipe du Secteur des finances	Rita Godbout	Mot de reconnaissance.	Pour information seulement
No. 9	25 août 2017	Ministre Victor Boudreau	Commissariat aux langues officielles du N.-B.	Programme extra-mural et Télé-soins - inquiétudes de la violation continue à la <i>Loi sur les langues officielles</i> .	Pour information seulement
No. 10	25 août 2017	Matthew Crossman, président d'Ambulance N.-B.	Michel Soucy, président de la Commission de services régionaux Restigouche	Demande de la Communauté rurale de Kedgwick concernant l'emplacement d'Ambulance NB dans leur territoire.	Pour information seulement
No. 11	Le 30 août 2017	À tous	Égalité Santé en Français	Communiqué de presse - opposition du contrat liant le service ambulancier à Medavie.	Pour information seulement
No. 12	Le 31 août 2017	Michelyne Paulin	Ministre Victor Boudreau	Confirmation du transfert du Programme extra-mural à une nouvelle société publique gérée par Service de santé Medavie à partir du 1er janvier 2018.	Pour information seulement
No. 13	Le 4 sept 2017	À tous	Association francophone des aînés du N.-B.	Déception et opposition avec véhémence à la décision récente du gouvernement de privatiser l'Extra-mural, Télé-soins et certains services primaires, tels que les services de soutien à domicile.	Pour information seulement
No. 14	Le 8 sept 2017	Benoît Bourque, ministre de la Santé	Michelyne Paulin et Gilles Lanteigne	Sincère félicitation pour la nomination au sein du Conseil des ministres à titre de ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick et demande de rencontrer le Conseil d'administration.	Pour information seulement
No. 15	Le 14 sept 2017	Michelyne Paulin	Ministre Benoît Bourque	Approbation du Plan régional de santé et d'affaires du Réseau.	Pour information seulement
No. 16	Le 22 sept 2017	Michelyne Paulin	Dre Louise Thibault	Compte rendu de la rencontre avec le service de microbiologie et maladies infectieuses sur l'appel d'offres de la province pour les laboratoires.	Pour information seulement
No. 17	Le 27 sept 2017	Michelyne Paulin	Égalité Santé en Français	Demande de rencontrer le Conseil d'administration.	Pour information seulement

Bonjour Michelyne,

Merci de votre courriel. Je vais tenter de répondre avec le plus de précision possible dans les circonstances pour faciliter vos discussions pendant votre rencontre prévue pour le 19 juin.

Vous ne serez pas surprise que nous ne pouvons partager l'avis juridique mentionné dans votre courriel vu les règles et pratiques qui régissent ce type de document.

En lien avec votre première question, tel que mentionné par le Ministre, celui-ci possède l'autorité de signer des ententes pour l'ensemble du système de santé ainsi que l'autorité de donner des directives subséquentes aux régies régionales de la santé au niveau de la mise en œuvre.

En lien avec l'article 58, soit la nomination potentielle d'un fiduciaire, nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire de faire appel à celui-ci dans cette situation. Ceci étant dit, il est important de noter que cette clause existe afin de permettre au Ministre de mettre en œuvre une décision gouvernementale dans une situation où selon son avis, entre autres, une régie ferait défaut de se conformer à une directive émise par le Ministre.

J'espère que cette information additionnelle vous permettra de mieux informer vos discussions.

Claude Allard,
Associate Deputy Minister \ Sous-ministre délégué

Health Services and Francophone Affairs \ Services de santé et affaires francophones
Department of Health \ Ministère de la Santé
Tel: (506)453-2542

From: Paulin, Michelyne (VitaliteNB)
Sent: 9 juin 2017 08:05
To: Allard, Claude (DH/MS)
Cc: Lanteigne, Gilles (VitaliteNB)
Subject: Dossier de privatisation

Bonjour Claude,

Je suis à me préparer pour notre prochaine réunion du Conseil d'administration du Réseau de Santé Vitalité. Je veux bien communiquer aux membres de notre bureau de direction les détails des intentions du Ministère concernant la signature du contrat Sodexo.

Lorsque le Ministre nous informe qu'il a reçu des avis juridiques et qu'il va signer le contrat qui nous engage, est-ce que ce serait possible pour vous de partager ces avis juridiques.

Si ce n'est pas possible, pouvez-vous m'indiquer quelle est la clause dans la loi sur les Régies Régionales de Santé qui permet au Ministère de se substituer à la gouvernance des Régies.

Est-ce que le Ministère a l'intention d'invoquer la clause 58- Nomination d'un fiduciaire pour effectuer cette transaction.

Merci pour votre précieuse collaboration.

Michelyne Paulin, CGA, CPA
Présidente du Conseil d'administration/ Chairman of the Board

Réseau de santé Vitalité Health Network
[275, rue Main, bureau 600 / 275 Main Street, Suite Bathurst, NB E2A 1A9](#)
Tél. / Tel.: [506-378-3493](tel:506-378-3493) • Cell : [506-871-3325](tel:506-871-3325)
Michelyne.Paulin@vitalitenb.ca • www.santevitalitehealth.ca

.....
Pensez à l'environnement, n'imprimez que si nécessaire.
Please consider the environment before printing this e-mail.

Le 12 juin 2017

Madame Micheline Paulin, Présidente

Conseil de Direction Vitalite

Madame la présidente,

A notre dernière réunion, le Conseil fut sensibilisé à une situation inquiétante au Centre Hospitalier Restigouche. Le dossier en question misait la pratique de l'acte médicale de certains individus mais je suis convaincue que la situation doit avoir un effet sur toute l'équipe interprofessionnelle, y incluant les soins infirmiers.

En tant que membre du Conseil, j'ai beaucoup réfléchi à la complexité et la magnitude du travail nécessaire pour corriger les lacunes professionnelles et institutionnelles présentes. Je suis certaine que nous ne sommes pas le seul Conseil de direction et équipe de leadership à composer avec une telle triste réalité et comme tous ces Conseils nous avons une opportunité de faire des changements transformateurs pour étoffer les compétences de l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire.

Pour ma part, étant donné mon vécu professionnel, j'ai consulté discrètement avec des meneurs en matière de santé mentale et de la psychiatrie dans mon réseau et je veux partager mes découvertes avec vous, non dans le but de faire de l'ingérence mais plutôt pour proposer des stratégies aidantes et ponctuelles comme membre du Conseil.

En ce qui a trait aux soins infirmiers et selon les experts conseils, il y aurait avantage si l'institution augmentait la concentration de leadership clinique et administratif et cela de manière soutenue dans l'institution. L'implantation d'une approche d'outillage clinique telle que le programme de certification de L'AIC, une spécialité en psychiatrie et santé mentale infirmière reconnue à l'échelle nationale serait propice. Ce programme est exceptionnel et je crois que toutes les infirmières qui travaillent au Centre Hospitalier Restigouche devraient y passer à tour de rôle sur une période de trois ans. Vous pourrez trouver de l'information additionnelle sur le programme de certification de L'AIC en consultant leur site web et serez en mesure de constater le bienfait d'une telle stratégie corporative.

Si vous le souhaitez, je suis prête à en discuter avec vous dans un avenir rapproché. Vous pouvez me rejoindre par téléphone au (506) 532-3203.

Lucille Auffrey

cc Gilles Lanteigne , PDG

Membres du Conseil de Direction de la Corporation Hospitalière Vitalité

Hôpital régional d'Edmundston Edmundston Regional Hospital

275, boulevard Hébert Boulevard

Edmundston NB E3V 4E4

506-739-2200

www.vitalitenb.ca

Le 12 juin 2017

Madame Jaimie Laplante, Directrice des Ressources humaines – Zone 4
Monsieur Pierre Verret, V.-P. des Ressources humaines

Madame Laplante et Monsieur Verret,

Au nom du personnel médical de la zone 4, je vous écris cette lettre pour vous faire part d'inquiétudes soulevées par les médecins lors de notre dernière réunion. L'inquiétude est l'épuisement du personnel infirmier et de soutien et son impact sur la qualité des soins à nos patients.

Dans les dernières années, les exigences de qualité de soins ont beaucoup augmentées, mais malheureusement dans une période de coupure autant dans le personnel infirmier, que d'auxiliaires et proposés. Il y a de plus en plus d'absentéisme et d'épuisement. On demande au personnel de travailler dans des conditions non sécuritaires, autant pour le personnel que pour nos patients.

Des exemples : une infirmière qui s'occupe de 13 patients en observation à l'urgence, avec une auxiliaire qui doit faire un quart de travail prolongé de 16 heures. Aucun proposé aux soins intensifs avec des patients gravement malades et très obèses. Plusieurs infirmiers et auxiliaires se sont blessés avec absentéisme.

Il semble y avoir des inégalités entre les hôpitaux, et ce depuis de nombreuses années. Il y a eu exode de nombreux excellents infirmiers et infirmières vers d'autres zones, car ils avaient des postes à temps plein alors que dans la zone 4, pratiquement aucun temps plein n'est donné. Des

infirmières sortant de l'université se font offrir des postes à temps plein dans d'autres zones, mais jamais dans la zone 4! Moins de 15 étudiantes sont inscrites au programme de nursing à l'Université de Moncton campus d'Edmundston.

Le personnel médical de la zone 4 demande à l'administration d'engager plus de personnel de soutien et d'infirmières et d'offrir des incitatifs encourageant une rétention de notre personnel.

Bien à vous,



Chantal Violette, MD, FRCPC
Présidente du personnel médical

/cr

c. c. M. Gilles Lanteigne, P.-D.G. du Réseau de santé Vitalité
Mme Micheline Paulin, Présidente du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité

Lanteigne, Gilles (VitaliteNB)

From: CUPE1190 <cupe1190@nb.aibn.com>
Sent: June-16-17 9:43 AM
To: michelyne.paulin@rogers.com; Paulin, Michelyne (VitaliteNB); castonguayac@gmail.com; rgodb@nb.sympatico.ca; lauffrey@rogers.com; paulinembourque@gmail.com; Godin, Gabriel; eehache@gmail.com; wknights@nbnet.nb.ca; brendamartin148@msn.com; gaitanm@nb.sympatico.ca; norma123@gmail.fr; jmlacadie1@gmail.com; denismpelletier@gmail.com; soniaroy@nbnet.nb.ca; clairesavoievienneau@gmail.com; Lanteigne, Gilles (VitaliteNB)
Subject: RE: Help Keep Health Care Public - Gardons les soins de santé publics

Keep up with the good work!

CUPE Local 1190 fully supports you

Let us know if you need anything.



Continuez le bon travail!

SCFP Section Local 1190 vous soutient pleinement.

Faites-nous savoir si vous avez besoin de quelque chose.

From: Daniel Legere [<mailto:dlegere@cupe.ca>]
Sent: June 15, 2017 2:48 PM
To: CUPE New Brunswick Executive <cupenbexec@cupe.onmicrosoft.com>; CUPE New Brunswick Regional Action Committee <cupenbrac@cupe.onmicrosoft.com>; Céline Poitras <cpoitras@cupe.ca>; David Perkins <dperkins@cupe.ca>; Debra Grimaldi <dgrimaldi@cupe.ca>; Denis Brun <dbrun@cupe.ca>; Gérald Leblanc <gbleblanc@cupe.ca>; Glen Gallant <ggallant@cupe.ca>; Guy Ward <gward@cupe.ca>; Joline Leblanc <jleblanc@cupe.ca>; Kim Cail <kcaill@cupe.ca>; Lori MacKay <lorimackay@cupe.ca>; Louise Firlotte <lfirlotte@cupe.ca>; Luc Leblanc <lleblanc@cupe.ca>; Marcos Salib <msalib@cupe.ca>; Mary Fougere <mfougere@cupe.ca>; Michael Davidson <mdavidson@cupe.ca>; Michael Meahan <mmeahan@cupe.ca>; Monique DesRoches <mdesroches@cupe.ca>; Patrick Roy <proy@cupe.ca>; Ralph McBride <rmcbride@cupe.ca>; Rene Doucet <rdoucet@cupe.ca>; Robert LeMoignan <rlemoignan@cupe.ca>; Sandy Harding <sandyh@cupe.ca>; Simon Ouellette <souellette@cupe.ca>; Stacy Delaney <sdelaney@cupe.ca>; Wendy Johnston <wjohnston@cupe.ca>
Subject: FW: Help Keep Health Care Public - Gardons les soins de santé publics

Hello All,

The political pressure keeps building against the Liberal Government's planned move to privatize the management of certain health care services. Many groups have and continue to voice their opposition to this. I believe that with enough pressure, like NB Power, we can push this back.

One of the groups opposing privatization, the CEO and Board of Vitalité have been steadfast against privatization and are standing up saying the service and the management should stay public!

In order to help them stay strong in their resolve, I would ask that you send them a short note, letting them know that you support their position to keep our health care services public.

Please send your message to the CEO and Members of the Board of Directors of Vitalité (see attached list).

In solidarity,

* * * * *

Bonjour à tous,

La pression politique continue à augmenter contre la proposition du gouvernement libéral de privatiser la gestion de certains services de soins de santé. Plusieurs groupes ont et continuent à exprimer leur opposition à cette action. Je crois qu'en faisant pression, comme dans le cas d'Énergie NB, nous pouvons repousser cette décision.

L'un des groupes qui s'opposent à la privatisation, le directeur général et les membres du conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité ont résisté à la privatisation et ont pris la position que les services et la gestion de ceux-ci doivent rester publics!

Afin de les aider à demeurer forts et déterminés, je vous demanderais de leur envoyer une brève note, leur faisant savoir que vous soutenez leur position en vue de maintenir nos services de soins de santé publics.

Veuillez svp faire parvenir votre message au directeur général et au conseil d'administration de Vitalité (voir liste ci-jointe).

En toute solidarité,

Daniel Légère

President / président

CUPE New Brunswick - SCFP Nouveau-Brunswick

113 rue Englehart Street, Dieppe NB E1A 8K2

Tel: (506) 857-2816

You're receiving this message because you're a member of the CUPE New Brunswick Regional Action Committee group from CUPE. To take part in this conversation, reply all to this message.

[View group files](#) | [Leave group](#) | [Learn more about Office 365 Groups](#)



**CANADIAN UNION OF PUBLIC EMPLOYEES
NEW BRUNSWICK - NOUVEAU-BRUNSWICK
SYNDICAT CANADIEN DE LA FONCTION PUBLIQUE**

President - Président
Daniel Légère dlegere@cupe.ca
113 Englehart Street, Dieppe NB E1A 8K2
tel: (506) 857-2816 fax: (506) 859-9513

Secretary-Treasurer - Secrétaire-trésorière
Minerva Porelle nbcnlu@xplomet.ca
11 McKnight Road, Valley Road, NB E3L 4V4
tel: (506) 466-6149

Par courriel

Le 16 juin 2017

Conseil d'administration
Réseau de santé Vitalité
275 rue Main
Bureau 600
Bathurst, N.B.
E2A 1A9

Chers membres du Conseil d'administration,

Je tiens à vous remercier d'avoir adopté une position ferme contre la privatisation dans nos établissements de soins de santé publics. Soyez assurés que nos 28,000 membres au Nouveau-Brunswick vous appuient sur cette question.

La privatisation représente la menace la plus importante en ce qui concerne l'accès universel aux soins de santé publics pour tous les néo-brunswickois en mettant la priorité sur les profits plutôt que les services et, au fil des années, cela affectera de manière disproportionnée et négative les personnes vivant dans la pauvreté.

Le SCFP NB, de même que de nombreux groupes et organisations, appuyons vos efforts à cet égard.

Je vous prie d'agréer, mesdames et messieurs, mes sentiments distingués.


Daniel Légère
Président

DL/jl: sepb 491

cc: M. Porelle
D. Grimaldi

La Zone de Kent

Ce 20 juin 2017.

M le Premier Ministre
M. Brian Gallant.
Fredericton N.-B.

Bonjour.

Au nom de La Zone de Kent, qui compte 16 clubs d'âge d'or et au-delà de 3000 membres âgés, ne supporte pas la décision du gouvernement libéral de privatiser les services de buanderie, de cuisine, des soins extra muraux et autres soins de santé.

Voici pourquoi; les témoignages affluent partout de la malpropreté dans les hôpitaux; de la malnutrition. Quoi de mieux pour un malade que une bonne soupe maison chaude fraîche, d'un bon fricot au poulet. Un malade veut pas du steak, ni du rôti et la liste peut continuer mais il veut un repas chaud et fait maison pas de la nourriture congelée qui s'est promenées dans des camions depuis 3, peut-être 5, peut-être 10 jours. As-tu déjà mangé un repas congelé? Si oui tu sais ce qu'on mange. Ce n'est pas acceptable.

L'augmentation de virus, de maladies de bactérie, de démangeaison et plus n'est-il pas une preuve des témoignages de partout?

Votre priorité comme gouvernement n'est-il pas de créer de l'emploi? Voici un moyen, avec les gens du N.-B. mais il manque de surveillance. Il faut des inspecteurs afin que le travail soit bien fait. Un nouvel employé doit avoir un entraînement et de la surveillance si on veut qu'il fasse bien son travail. N'est-ce pas un respect dû au patient?

Voici nos recommandations :

1. Puisque les visites aux salles d'urgences, les séjours dans les hôpitaux, et que les maladies chroniques coûtent très cher.

Il est temps que le gouvernement du N.-B. mette en place un système de soins de santé primaire axés sur la prévention. Aussi que les ressources humaines et financières soient allouées pour élargir les services affectés aux soins de santé. Et que les réseaux des cliniques communautaires soient connus comme un élément essentiel d'un système de soins de santé primaire qui doit être financé par le gouvernement du N.-B. pour que les services des soins de santé soient élargis et intégrés.

2. Puisque les soins de longue durée seront actuellement offerts par des services publics. Notre gouvernement libéral annonce dans le cadre de partenariat public et privé (PPP) incluant la construction des nouveaux foyers de soins etc est à y penser .

Que le gouvernement du N.-B. suive le rapport de vérification généraux du Canada qui comprend celui du N.-B. Que l'étude menée en 2015 par l'Alliance Canadienne des soins continus soit prise au sérieux afin d'assurer aux aînés des services plus généraux (e.i. services de relève, soins à domicile, ceci réduirait les pressions exercées sur les foyers de soins et les hôpitaux).

3. Puisque le gouvernement du N.-B. a signé une entente avec SMU-Médavie pour examiner la possibilité de regrouper les services extra-muraux avec les services déjà offerts par l'entreprise.

Que le gouvernement du N.-B. pense, que cette entreprise qui n'a pas besoin de rendre compte à personne et que les profits ne sont pas réinvestis dans les coffres de l'état, donc aucun bénéfice aux résidents du N.-B. Que vaut une telle entente?

Que le gouvernement continu à gérer ces services afin de générer les profits dans ses coffres et qu'ils soient utilisé au bien-être des citoyens du N.-B.

4. Puisque le N.-B. s'apprête à devenir un site d'une entreprise privée de collecte de plasma sanguin.

Les études démontrent que les gens ne font plus un don de plasma volontaire sans rémunération et que l'Autriche et l'Allemagne ont connu une pénurie de sang. N'est-ce pas assez pour vous dire que cette décision n'est pas acceptable? Vous devez supporter La Société Canadienne de Sang afin d'augmenter les donateurs de plasma et viser l'autosuffisance en approvisionnement de plasma sanguin.

En conclusion nous considérons cette privatisation des services de soins de santé très négatifs sur les services aux aînés et à tous les humains du N.-B. Les soins offerts dans la langues de leur choix est menacé. Il faut revenir sur votre décision car les conséquences sont très sérieuses et la vie des humains est trop importante pour risquer le pire.

Les aînés concernés : La Zone de Kent.

Raymond Dionne Président Robéa Cormier secrétaire, Gérard Breau 1^{er} vice-président, Simonne Pellerin 2^e vice présidente, Rose-Éva Nowlan trésorière, Jeanne Allain Caissie et Annette Fagan conseillères.

cc. L'honorable Victor Boudreau. M Bertrand LeBlanc M Benoit Bourque
Mme Lissa Harris et L'honorable Cathy Rogers. Direction de Vitalité

Le 19 juillet 2017

Bonjour, je suis une physiothérapeute PHY 1 qui travaille au Centre hospitalier universitaire Dr Georges-L.-Dumont de Moncton. Comme vous avez déjà reçu plusieurs lettres je me joint aux autres physiothérapeutes de notre province du Nouveau-Brunswick pour contester la décision récente concernant l'équité salariale. Je ne comprends pas que notre profession majoritairement féminine ne réponde pas aux critères établis pour évaluer la différence entre nous et d'autres emplois d'hommes au N.-B.

Vous pouvez être certain que je me suis bien renseigné. Je comprends très bien le processus utilisé par la commission sur l'équité salariale (représenté par notre syndicat et le gouvernement) et j'ai bien lue la loi en vigueur au N.-B. pour l'équité salariale. Sur ce, je me questionne sur la représentation au sein de notre syndicat de notre profession et aussi sur le questionnaire choisi, selon leur dire pour répondre plus au besoin des professionnels du N.-B. Je comprends que les résultats ont été basés sur les réponses des formulaires et les cotes ont été données par les représentants autour de la table, mais pour moi, à moins d'une mauvaise compréhension/connaissance de notre profession plusieurs des cotes que j'ai vu comparées à ceux des ergothérapeutes (ex : expérience), ne font aucun sens. Une formation leur aurait été donnée et ensuite subjectivement ils ont attribué un pointage aux différents items.

Comme j'ai mentionné, je questionne énormément le processus, qui selon moi était très subjectif, surtout qu'il est très évident qu'il y a un problème lorsqu'on regarde à travers le Canada. Je ne peux que crier qu'il y a une inéquité. Pourquoi les autres provinces qui ont fait l'exercice ont arrivé à une conclusion que les OT-1 et PT-1 méritent un ajustement égale en ce qui attrait à l'équité salariale?

Pourquoi le gouvernement et le syndicat négocient nos salaires chaque contrat sur la même ligne ensemble? J'imagine alors que c'est que notre travail soit considéré similaire et en plus à travers le Canada nos salaires sont similaires?

J'aime ma profession, je crois sans aucun doute que nous devons avoir un ajustement au moins égale à nos confrères de travail les ergothérapeutes et je considère que notre travail est aussi exigeant au niveau de tous les critères qui ont été évalués dans le formulaire pour l'équité salarial. Je vous demande de rétablir cette inéquité maintenant afin que les physiothérapeutes puissent continuer à vouloir servir les citoyens du N.-B. en collaboration avec les ergothérapeutes dans un environnement sain. Je suis convaincu que vous pouvez comprendre notre situation qui selon moi est très évidente.

Je ne comprends encore pas comment le gouvernement et le syndicat en étant bien informé ont pu accepter de tels résultats sachant les résultats dans les autres provinces du Canada. J'espère que vous saurez trouver une solution et corriger ce problème le plus rapidement possible. Merci.

Veuillez agréer, Monsieur, Madame, l'expression de mes sentiments les plus sincères.

Siege social - Head Office

275, rue Main Street, Bureau - Suite 600

Bathurst NB E2A 1A9

506-544-2133

www.vitalitenb.ca

Le 13 juillet 2017

Équipe du Secteur des finances
Réseau de santé Vitalité

Objet : Mot de reconnaissance

Chers (ères) employés (es),

Au nom des membres du Comité des finances et de vérification du Conseil d'administration, nous tenons à vous exprimer nos remerciements les plus sincères pour la qualité de travail que vous avez accompli durant la dernière année.

Nous sommes conscients que la dernière année a été ardue avec la consolidation des systèmes financiers et, malgré tout, vous avez réussi à compléter une fin d'année dans un si court délai. C'est une première pour le Réseau. Vous avez démontré beaucoup de rigueur dans votre travail et de volonté et vous avez accompli un travail remarquable avec professionnalisme et compétence.

Encore une fois, merci à toute votre belle équipe et bravo !



Rita Godbout

Présidente du Comité des finances et de vérification du Conseil d'administration

cc : membres du Comité des finances et de vérification



Le 25 août 2017

L'hon. Victor Boudreau
Ministre de la Santé
Place HSBC
C. P. 5100
Fredericton, NB E3B 5G8

Objet : Programme extra-mural et Télé-Soins

Monsieur le Ministre,

En février 2016, je vous ai écrit afin de vous faire part de mes vives inquiétudes quant au projet de transfert de la gestion du Programme extra-mural et de Télé-Soins à SMU Medavie. J'indiquais alors dans ma lettre : « SMU Medavie gère Ambulance Nouveau-Brunswick. Or, depuis la création d'ANB en 2007, nous avons déploré des violations continues à la *Loi sur les langues officielles*. »

J'ai appris dernièrement que les négociations se poursuivent entre le gouvernement provincial et SMU Medavie relativement à ce projet de transfert de la gestion. Par conséquent, je dois en conclure que vous avez l'assurance que les droits linguistiques des Néo-Brunswickois seront respectés si ce projet se concrétise. J'aimerais donc obtenir des précisions quant aux mesures prévues pour garantir le respect des droits linguistiques et assurer la vitalité de nos deux langues officielles.

Langue de service

Comme vous le savez, l'article 30 de la *Loi sur les langues officielles* (LLO) du Nouveau-Brunswick prévoit que « si elle fait appel à un tiers afin qu'il fournisse des services pour son compte, la province ou une institution, le cas échéant, est chargée de veiller à ce qu'il honore les obligations que lui imposent les articles 27 à 29 ».

- 1) Outre la présence d'une clause quant au respect des obligations imposées par la LLO dans un éventuel contrat entre le gouvernement provincial et SMU Medavie, quels sont les moyens de contrôle prévus par le Ministère pour veiller à ce que SMU Medavie respecte en tout temps ses obligations linguistiques?

...2

- 2) Le non-respect de la LLO étant souvent lié à une planification déficiente en matière de recrutement de personnel bilingue et de formation en langue seconde pour les employés, est-ce que le Ministère entend exiger que SMU Medavie se dote d'un plan complet pour faire en sorte que l'organisme dispose en tout temps des effectifs nécessaires à la prestation de services bilingues partout dans la province?

Langue de travail

Chaque régie ayant une langue de fonctionnement, une partie des employés du programme Extra-Mural est supervisée, reçoit des services de ressources humaines et bénéficie de programmes de perfectionnement en français; l'autre partie, en anglais.

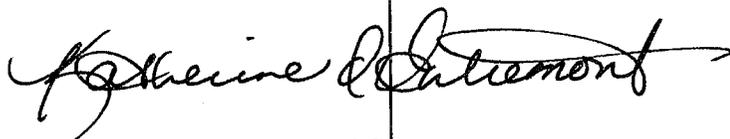
- 3) Quelles mesures sont prévues pour garantir que les employés du programme Extra-Mural pourront continuer d'être supervisés et de recevoir des services dans la langue utilisée actuellement au sein de leur régie?

Compte tenu des nombreux défis qu'Ambulance NB continue d'éprouver en matière de prestation de services bilingues, et ce, plus de dix ans après sa création, j'ai toujours de vives préoccupations quant au projet de transfert de la gestion du Programme extra-mural et de Télé-Soins à SMU Medavie. Si ce projet se concrétise, il doit s'accompagner de mesures efficaces pour assurer une pleine conformité à la *Loi sur les langues officielles* et pour contribuer à la vitalité de nos deux langues officielles. J'espère que votre ministère sera en mesure de me rassurer à cet égard.

Vous trouverez ci-joint la version anglaise de cette lettre.

Dans l'attente de vous lire prochainement, je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

La commissaire aux langues officielles du Nouveau-Brunswick,



Katherine d'Entremont, M.A.P.

- c. c. L'hon. Brian Gallant, premier ministre et ministre responsable de l'application de la LLO
M. Tom Maston, sous-ministre de la Santé
M. Gilles Lanteigne, président-directeur général, Réseau de santé Vitalité
Mme Karen McGrath, présidente-directrice générale, Réseau de santé Horizon
M. Claude Allard, sous-ministre délégué

Commission de services régionaux
RESTIGOUCHE
Regional Service Commission



No. 10

Le 25 août 2017

M. Matthew Crossman, Président et M. Yvon Bourque, Directeur des opérations
AMBULANCE NB
210 rue John
Moncton, NB E1C 0B8

RE : LETTRE D'APPUI

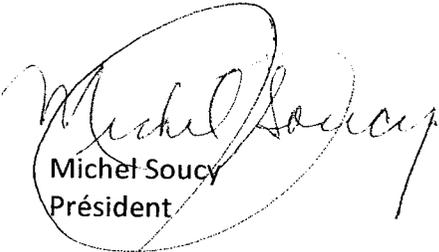
Messieurs,

Lors de la réunion régulière de la Commission de Services Régionaux Restigouche tenue le 24 août 2017, les membres ont pris connaissance de la demande de la Communauté rurale de Kedgwick concernant l'emplacement d'Ambulance NB dans leur territoire.

Comme vous êtes sans doute conscient, la Commission de services régionaux Restigouche regroupe les maires des municipalités et les présidents de districts de services locaux du Restigouche. Nous tenons, par la présente, vous faire part que les membres de la CSR Restigouche appuient la position de la Communauté rurale de Kedgwick.

De notre avis, il est tout à fait normal que l'emplacement d'Ambulance NB soit centralisé sur le territoire desservi, soit entre Menneval et les limites ouest de la Ville de Saint Quentin, qui se situe plus précisément à Kedgwick. Dans ce cas particulier, nous parlons de la vie des citoyens, alors l'emplacement est critique au temps de réponse pour se rendre au citoyen en besoin.

Veuillez agréer l'expression de nos sincères salutations.


Michel Soucy
Président

Cc : Janice Savoie, Communauté rurale de Kedgwick
Gilles LePage, député Restigouche ouest
Hon. Victor Boudreau, Ministre de la santé
Hon. Brian Gallant, Premier-ministre

- Jacques Charest, ANB
- Erik Sande, Médavie
- Renée Laforest, ANB
- Gilles Lanteigne, Vitalité

Communiqué de **presse**

POUR PUBLICATION IMMÉDIATE
Notre dossier 2017-08

Mettons fin à Ambulance NB

Dieppe, le 30 août 2017-- Égalité Santé en Français (Égalité Santé) croit, suite au dernier rapport de la Commissaire aux langues officielles du N.-B. que la seule solution viable pour le gouvernement et les citoyens de notre province est de mettre fin au contrat liant le service ambulancier à Medavie. Nous avons, encore une fois, une preuve qu'Ambulance-NB ne peut pas respecter les droits linguistiques de la communauté francophone.

« Les francophones ont droit à un service ambulancier égal à ceux qui sont offerts à la communauté anglophone » a indiqué Dr Hubert Dupuis, président d'Égalité Santé. Les francophones ont droit à un service dans leur langue et non à une traduction par téléphone, ajoute-t-il.

Medavie a eu amplement de temps pour corriger la situation et traiter les francophones comme des citoyens et citoyennes à part entière. Il est temps de passer à autre chose. Dr Dupuis indique que le gouvernement, au lieu de continuer à défendre cette privatisation, doit se rendre compte qu'elle ne fonctionne pas. « Nous avons là une preuve évidente que la privatisation en santé ne fonctionne pas » Comme le dicton le dit : Assez, c'est assez, conclut Dr Dupuis.

Le ministre Boudreau doit remettre le service ambulancier entre les mains des régies de santé et mettre fin aux autres projets de privatisation selon Égalité Santé. La province doit respecter les deux communautés linguistiques et Medavie nous a prouvé au cours des dix (10) dernières années qu'elle ne peut pas respecter ses obligations contractuelles envers la communauté francophone.

Remettons le service ambulancier sous la gestion des régies de santé qui doivent déjà respecter la langue officielle choisie par le patient ou la patiente.

-30-

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

Dr Hubert Dupuis, président,
Égalité. Santé en Français
506-857-9474

Le 31 août 2017

Madame Michelyne Paulin
Présidente du Conseil d'administration
Réseau de santé Vitalité
275, rue Main, 6^e étage
Bathurst (N.-B.) E2A 1A9

Madame,



Par cette lettre, je suis en mesure de vous confirmer que le Programme extra-mural sera transféré à une nouvelle société publique gérée par Service de santé Medavie Nouveau-Brunswick à partir du 1 janvier 2018.

Afin de préparer le transfert des services du Programme extra-mural à cette nouvelle société, une période de transition commencera le 1^{er} septembre 2017. Un comité directeur de transition, composé de représentants des régies régionales de la santé, de Services de santé Medavie Nouveau-Brunswick et du ministère de la Santé, ainsi que plusieurs groupes de travail a été créé pour assurer une transition efficace vers ce nouveau modèle avec comme souci premier la continuité des soins aux patients.

Ce modèle créera de nouvelles possibilités d'améliorer ces services et assurer que les soins puissent être de plus en plus prodigués dans la collectivité par le fournisseur approprié en temps opportun. Pour ce faire, nous avons inclus des objectifs de rendement et d'amélioration visant la qualité des soins, la disponibilité et la rapidité au niveau de la prestation des services au profit des patients et leurs familles.

En reconnaissance du rôle essentiel de nos réseaux dans notre système de santé, vous aurez la possibilité d'assurer un leadership au sein de cette nouvelle société. Nos représentants seront en contact sous peu pour établir une représentation de votre réseau sur le nouveau conseil d'administration de cette société.

Veillez noter que la collaboration de votre équipe et des employés du réseau sera essentielle pendant la période de transition et de mise en œuvre subséquente de cette importante transformation de notre système de santé.

Merci à l'avance de votre collaboration dans ce dossier.

Veillez agréer, Madame, mes salutations distinguées.

Le ministre,



L'hon. Victor Boudreau

cc: Gilles Lanteigne, Président directeur général, Réseau de santé Vitalité
Jacques Duclos, Vice-président, Services communautaires et à la Santé mentale





**Association francophone
des aînés du
Nouveau-Brunswick**

Au cœur de l'action en Acadie!

Pour diffusion immédiate

L'AFANB redit NON à la privatisation des services de santé au Nouveau-Brunswick

Dieppe, N.-B., le 4 septembre 2017 - L'Association francophone des aînés du N.-B. est déçue et s'oppose avec véhémence à la décision récente du gouvernement de privatiser l'Extra-mural, Télé-soins et certains services de santé primaire, tels que les services de soutien à domicile.

« Par cette orientation, il semble que le gouvernement a déjà mis sur la tablette certaines recommandations du Conseil sur le vieillissement, qui viennent pourtant tout juste d'être déposées en janvier dernier » indique la présidente de l'AFANB, Solange Haché. « En privatisant les services de soutien à domicile, on ignore complètement la recommandation soulignant l'importance d'impliquer la communauté dans l'identification et la mise en place de solutions permettant de répondre aux enjeux du vieillissement dans les communautés. »

L'AFANB est également particulièrement inquiète quant à la disponibilité des services dans la langue de choix des bénéficiaires et sur la capacité de Medavie d'offrir les services de façon adéquate dans les deux langues officielles. « Nous savons tous qu'Ambulance Nouveau-Brunswick, régie par Medavie, n'a pas encore réussi, après plusieurs années en service, de répondre à ses engagements en matière de services dans les deux langues officielles » indique Jean-Luc Bélanger, directeur général de l'AFANB. « L'orientation que prend le gouvernement en matière de services de santé démontre encore une fois son hésitation à s'engager sérieusement et fermement envers le respect de la *Loi sur les langues officielles*, à moins qu'il ne mette en place des mesures concrètes pour s'assurer que les services privatisés répondent aux exigences de la *Loi*. » L'organisme a bien l'intention de discuter de ce dossier lors de son assemblée générale annuelle qui se tiendra le 9 septembre prochain, à Grand-Sault.

L'AFANB est d'avis que la privatisation des services de l'Extra-Mural et des services de soutien à domicile générera une détérioration des services aux francophones de la province. « Nous appuyons les services de santé centrés sur la personne, et considérons que ceux-ci doivent être rendus par les services publics du gouvernement » indique Solange Haché. « C'est à notre avis l'une des principales responsabilités d'un gouvernement élu démocratiquement. »

- 30 -

Pour information et entrevue :

Jean-Luc Bélanger, directeur général

Téléphone : (506) 389-3212 / Cellulaire : (506) 850-9500

Courriel : magikjlb@bellaliant.net

Résolution No 5 pour l'AGA 2017

Attendu que l'AFANB a déjà pris position dans un communiqué de presse pour souligner qu'elle n'était pas d'accord avec la privatisation de l'extra-mural par le ministère de la Santé;

Attendu que depuis le début, nous avons appuyé le réseau Vitalité dans ces revendications concernant la privatisation de l'extra-mural;

Attendu que réseau Vitalité a proposé dans son plan stratégique de nouvelles approches afin d'améliorer les services dans le réseau et qu'il n'a pas eu l'écoute du gouvernement et aucun respect de sa gouvernance;

Attendu que Medavie n'a pas rempli ses obligations linguistiques, vis-à-vis, Ambulance Nouveau-Brunswick après huit ans d'opération;

Attendu que l'entente avec Medavie ne touche pas l'implication de la collectivité communautaire en conformité avec le rapport du Conseil du vieillissement concernant le soutien à domicile;

Attendu que l'entente avec Medavie morcellera le système de santé de la province en différentes entités et qu'elle réduira les services aux francophones en matière de santé et il deviendra de plus en plus difficile pour le réseau Vitalité d'atteindre les résultats de son plan stratégique;

Attendu que nous avons recommandé dans le passé que l'extra-mural devrait donner plus de services pour le soutien à domicile, mais sous l'égide du réseau Vitalité et avec le service public;

Qu'il soit résolu que l'Association francophone des aînés du Nouveau-Brunswick appuie le réseau Vitalité dans toutes ses revendications et ses démarches pour rétablir avec le réseau Vitalité les services de l'extra-mural, la santé primaire et le soutien à domicile afin de pouvoir garantir les services de qualité à la collectivité francophone et Acadienne du Nouveau-Brunswick.

Qu'il soit résolu que l'AFANB demande au premier ministre du Nouveau-Brunswick de renverser la décision de privatisation de son ministre de la Santé et annule l'entente avec Médavie immédiatement.

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

Le vendredi 8 septembre 2017

Monsieur Benoît Bourque, ministre
Ministère de la Santé
Benoit.Bourque@gnb.ca
Envoi par courriel

Monsieur le Ministre,

Au nom du Réseau de santé Vitalité, nous désirons vous transmettre nos plus sincères félicitations pour votre nomination au sein du Conseil des ministres à titre de ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick. Nous anticipons avec plaisir l'occasion de travailler avec vous afin de contribuer à l'amélioration continue du système de soins de santé public de notre province.

Les défis stimulants ne manquent pas pour les services et les soins de santé au Nouveau-Brunswick. Le contexte financier de la province et les particularités de notre population exigent de notre part l'urgence d'agir afin d'élaborer des solutions en vue de résoudre les problématiques auxquelles nous sommes confrontés. Depuis déjà près de trois ans, le Réseau de santé Vitalité s'est engagé résolument sur le chemin de la modernisation et de la transformation de notre système de santé dans le but d'en assurer la viabilité financière et clinique à long terme tout en s'assurant de bien répondre aux besoins changeants de la population que nous desservons.

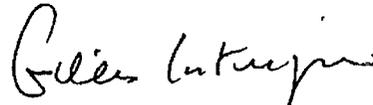
À cet effet, le Réseau de santé Vitalité a élaboré un nouveau Plan stratégique 2017-2020 dans lequel nos principaux objectifs organisationnels sont précisés de même que les stratégies de base pour les atteindre. Ce document constitue notre principale feuille de route vers l'atteinte des résultats escomptés. Il nous fait plaisir de vous en faire parvenir un exemplaire sous ce pli.

En terminant, nous sollicitons respectueusement une rencontre avec vous dans le but de vous présenter les grandes lignes de notre Plan stratégique 2017-2020 et de discuter du dossier de la privatisation du Programme extra-mural par le gouvernement. Nous souhaitons également avoir l'occasion de partager avec vous les responsabilités et l'expertise des régies régionales de la santé de même que leur rôle dans l'ensemble du système de santé. Nous avons bien conscience de votre horaire chargé en ce début de votre mandat à la tête du ministère de la Santé, mais étant donné l'importance et la nature pressante des dossiers précités, il serait souhaitable que cette rencontre puisse avoir lieu dès que possible. Par ailleurs, il nous fera plaisir de coordonner votre visite dans nos différents établissements si vous le souhaitez. Encore une fois, soyez le bienvenu et nous vous assurons de notre entière collaboration.

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

La présidente du Conseil d'administration,

Le président-directeur général,



p. j. *En route vers la modernisation et la transformation du système de santé – Plan stratégique 2017-2020*

c.c. Membres du Conseil d'administration et Équipe de leadership
Tom Maston, sous-ministre – Comité de gestion des cadres supérieurs

Le 14 septembre 2017

Mme Michelyne Paulin
Présidente du Conseil d'administration
Réseau de Santé Vitalité
275, rue Main, pièce 600
Bathurst, NB E3N 3H3

Madame,

Je vous remercie pour la soumission du Plan régional de santé et d'affaires du Réseau de santé Vitalité en date du 2 mai 2017. Votre proposition est bien alignée à notre vision commune des services de santé et reflète l'engagement de votre équipe à améliorer les services et résultats du réseau au profit de nos citoyens.

J'approuve votre plan sous réserve que des modifications pourraient toutefois être nécessaires afin de le rendre compatible avec des décisions de politiques générales du gouvernement à venir en lien avec 1) la gestion des services alimentaires et environnementaux et 2) le programme de l'extra-mural.

Dans l'attente de ces décisions, je vous encourage fortement d'agir avec retenu, dans la mise en œuvre de solutions alternatives au sein de ces deux secteurs d'activités, afin d'assurer que le réseau soit en position de pouvoir répondre à de nouvelles directives gouvernementales, le cas échéant.

Je veux profiter de cette occasion pour vous remercier sincèrement de tout ce qui a été accompli par vous et le Conseil dans la dernière année afin de transformer et améliorer notre système de santé.

Je vous prie d'agréer, Madame, mes salutations distinguées.

Le ministre,



L'hon. Benoît Bourque

c.c. M. Gilles Lanteigne, Président-directeur général, Réseau de santé Vitalité
M. Tom Maston, Sous-ministre, ministère de la Santé



Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont Dr. Georges-L.-Dumont University Hospital Centre

330, avenue Université Avenue

Moncton NB E1C 2Z3

506-862-4000

www.vitalitenb.ca

Le 22 septembre 2017

Mme Michelyne Paulin
Présidente du conseil d'administration
Réseau de santé Vitalité
275 rue Main, Bureau 600
Bathurst Nouveau Brunswick E2A EA9

Objet: Compte rendu de la rencontre avec le service de microbiologie et maladies infectieuses sur l'appel d'offre de la province pour les laboratoires.

Mme la présidente,

La présente est un court résumé de notre rencontre du 7 septembre 2017. Nous tenons tout d'abord à vous remercier infiniment de votre présence et du temps que vous nous avez consacré compte tenu de vos nombreuses activités. Nous avons présenté les différentes personnes, puis discuté de l'intérêt et l'engagement du Réseau de santé Vitalité envers la survie et l'épanouissement de ses laboratoires, plus particulièrement ceux du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont. Vous nous avez confirmé votre engagement.

Dre Louise Thibault donne un bref historique du laboratoire de microbiologie du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont. Ce dernier qui a vu le jour en 1987. Par la suite, au fil des ans et du recrutement médical, de nombreuses analyses et techniques modernes se sont ajoutés. Les fleurons du laboratoire de microbiologie sont : la reconnaissance via le plan de rattrapage en 2014 du laboratoire provincial de référence diagnostique en virologie du Nouveau-Brunswick, la responsabilité du programme PACU pour la province du Nouveau-Brunswick et les analyses pour les dons d'organes pour la province du Nouveau-Brunswick. La gamme de tests offerts par le laboratoire de microbiologie est la plus complète à l'est de la ville de Québec. Le laboratoire de virologie est un service tertiaire spécifique et unique au Réseau de santé Vitalité.

Par la suite, une brève revue de l'appel d'offre et de ses manquements ont été discutés, à savoir :

- 1) La langue de l'appel d'offre unilingue anglophone.
- 2) L'équité qui fut dans l'appel d'offre, évacuée des grands principes établis par le ministère de la santé.
- 3) La notion d'une seule gouvernance pour les laboratoires au niveau provincial.
- 4) La non-reconnaissance des deux communautés linguistiques et leurs droits à des institutions égales pour leurs communautés.
- 5) De plus, une grande inquiétude nous envahit lorsque nous voyons la rapidité avec laquelle le ministère veut procéder à l'étude, son acceptation finale, la transition et l'implantation du plan qui sera retenu.

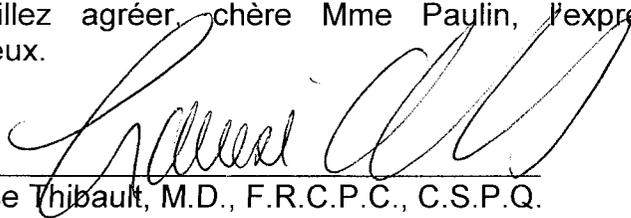
Par la suite, le Dr Richard Garceau, nous a entretenus de l'enseignement qui est offert au niveau du laboratoire et du service de microbiologie et des maladies infectieuses. Lui-même étant notre représentant au collège communautaire du Nouveau-Brunswick, est à même de bien décrire l'importance de l'enseignement aux technologues et aux assistants de laboratoire. Ceci est sans compter les cours et stages offerts aux externes et résidents du Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick et des universités francophones du Québec. L'enseignement étant une partie intégrante d'une mission universitaire d'un centre hospitalier.

Par la suite, le Dr Gabriel Girouard nous a entretenus des projets de recherche du service de microbiologie et des maladies infectieuses, ce qui complète la mission universitaire du laboratoire. Il a bien démontré que la perte d'un laboratoire tertiaire dans un centre hospitalier universitaire serait irréparable au niveau de la recherche et de l'aide à la recherche pour toutes les spécialités médicales.

M. Stéphane Legacy nous a expliqué les prochaines étapes de l'appel d'offre et nous a également parlé des actions entreprises par le Réseau de santé Vitalité pour effectuer sa propre analyse et réorganisation des ressources des laboratoires du Réseau de santé Vitalité. La charte de ce projet a été produite récemment. M. Gilles Lanteigne, PDG du réseau de santé Vitalité nous a également parlé de cette étude et des consultants qui visiteront en octobre les différents laboratoires du Réseau de santé Vitalité. M. Lanteigne nous a parlé de l'achat d'appareils de laboratoire, de l'image de marque du réseau de santé Vitalité, du fait que dorénavant, le conseil d'administration exigera des documents en français de la part du ministère de la santé. Il nous a parlé aussi de recrutement, d'amélioration de transport des échantillons, d'informatisation et de technologie de pointe.

À la fin de l'entretien, nous avons parlé des étapes futures à entreprendre afin de contrer cette réorganisation provinciale. M. Lanteigne nous a mentionné que le conseil d'administration serait informé de ceci. Sur ce, les microbiologistes ont manifesté leur intérêt à contribuer de toutes les façons possibles afin d'aider soit par des documents ou une présentation aux membres du conseil d'administration, plus particulièrement à la réunion publique d'octobre 2017. Sur ce Mme la présidente, vous avez démontré un grand intérêt à notre présentation et vous nous avez encouragés à le faire. Nous tenons à vous remercier encore une fois de votre présence et nous vous assurons de notre plus totale et complète collaboration.

Veillez agréer, chère Mme Paulin, l'expression de nos sentiments respectueux.



Dre Louise Thibault, M.D., F.R.C.P.C., C.S.P.Q.
Chef de service de microbiologie et maladies infectieuses/
Directrice médicale du laboratoire zone 1B
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont
Réseau de santé Vitalité

cc : Dre Caroline Sheitoyan-Pesant, microbiologiste-infectiologue
Dr Gabriel Girouard, microbiologiste-infectiologue
Dr Richard Garceau, microbiologiste-infectiologue
Dre Christine Bourque, microbiologiste-infectiologue
M. Guillaume Desnoyers, PhD en microbiologie moléculaire
M. Yves Goudreau, directeur du service de laboratoire, Réseau de santé Vitalité
M. Stéphane Legacy, vice-président aux services de consultation externe
et aux services professionnels, Réseau de santé Vitalité
M. Gilles Lanteigne, PDG Réseau de santé Vitalité

LT/sb

lettre dictée : le 21 septembre 2017
lettre transcrite : le 22 septembre 2017



2017 09 27

Madame Michelyne Paulin, présidente
Conseil d'administration
Réseau de santé Vitalité
275, rue Main, Bureau 600
Bathurst (Nouveau-Brunswick)
E2A 1A9

Envoi par courriel : michelyne.paulin@vitalitenb.ca

Objet : Rencontre avec le Conseil d'administration

Madame la présidente

La présente est pour faire la demande d'une rencontre avec le Conseil d'administration du réseau Vitalité. Comme vous le savez, nous avons déposé une poursuite contre la province au niveau de la santé et nous aimerions avoir une discussion franche et ouverte avec tous les membres du Conseil d'administration.

Nous croyons qu'une rencontre privée avec le Conseil d'administration est le seul moyen d'avoir cette discussion franche et ouverte puisque certains points sont très sensibles, selon nous.

Veillez agréer, madame la présidente, nos sincères salutations.

A handwritten signature in blue ink, reading "Hubert Dupuis". The signature is fluid and cursive, with the first name "Hubert" and the last name "Dupuis" clearly legible.

Dr Hubert Dupuis
Président

CC : Conseil d'administration, réseau Vitalité

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 17 octobre 2017

Objet : **Documentation pour information aux membres**

Quatre articles pertinents sont partagés aux membres pour leur réflexion :

- Penser la santé de façon globale (Jean-Marie Nadeau)
- La centralisation en santé est vouée à l'échec (Jean-Marie Nadeau)
- Enlisting Patient and Family Advisers in the Design of Clinical Pathways (Gilles Lanteigne)
- Partnership for Patients : Innovation and Leadership for Safer Healthcare (Gilles Lanteigne)

Nous invitons tous les membres à suggérer des articles pour nos prochaines rencontres. Si certains membres ont des commentaires ou des réflexions comme suite à ces lectures nous vous invitons à les partager. Exceptionnellement, compte tenu de l'ordre du jour chargé, il n'y aura pas de temps d'échange pendant la rencontre.

Bonne lecture!

Soumis le 6 octobre 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Penser la santé de façon globale

10 juillet 2017 | Mathieu Pigeon - *Montréal* | Santé



Photo: FangXiaNuo iStockLes politiques d'austérité jouent un rôle important dans la détresse psychologique des travailleurs du système de santé, en imposant une norme centrale : «faire plus avec moins».

Détresse psychologique et épuisement professionnel, deux phénomènes dont on parle de plus en plus dans les médias ces derniers temps, notamment en ce qui concerne les travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux. D'une part, le fait de leur accorder ainsi plus d'attention peut contribuer à lever les tabous autour des questions de santé mentale dans l'espace public, encourageant du même coup les gens qui souffrent à demander de l'aide. D'autre part, il s'agit aussi d'un indicateur important qui devrait nous inciter collectivement à amorcer des changements en ce qui a trait à nos politiques publiques et à notre vision du travail.

Depuis l'avènement de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales (loi 10), de nombreux constats ont été établis en matière d'accroissement de la détresse psychologique chez les travailleurs.

Mais cette loi ne constitue qu'un facteur pouvant expliquer les phénomènes dont il est question. Il ne faut surtout pas oublier que les politiques d'austérité y jouent un rôle important, en imposant une norme centrale : « faire plus avec moins ». Pour répondre à cette norme, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a choisi d'implanter des méthodes de gestion inspirées de l'approche Lean (elle-même inspirée du toyotisme) au sein de plusieurs de ses unités de services. Ces méthodes impliquent des mesures d'évaluation de la « performance » basées sur des indicateurs

essentiellement quantitatifs (ex. : durée moyenne à ne pas dépasser pour chaque type d'intervention, nombre d'interventions à réaliser par unité de temps, etc.).

Bien que l'objectif de cette méthode de gestion apparaisse légitime, sa logique risque toutefois d'induire une pression significative chez les travailleurs, alors même qu'ils doivent composer avec un contexte de ressources réduites. Mais il faut aussi souligner le risque de détérioration de la santé psychologique créé par l'effet de la « double contrainte ».

Double contrainte

Théorisé par l'anthropologue Gregory Bateson dans les années 1950 — et développé plus tard par les psychiatres de l'école de Palo Alto, précurseurs des thérapies familiales et systémiques d'aujourd'hui —, le concept de double contrainte renvoie à un type d'interaction ou de situation problématique qui place l'individu devant un dilemme insoluble, où tous les choix possibles sont perdants. « Sois spontané ! » ou « Sois un grand, mon petit ! » en constituent des illustrations classiques.

Dans le cas du réseau de la santé, la demande d'accroissement de la productivité combinée à une réduction de ressources représente une forme particulière de double contrainte, où le travailleur fait face à une situation paradoxale : soit il répond à l'injonction de performance des gestionnaires, par exemple en se conformant aux normes fixées en matière de durée d'intervention, au risque d'escamoter son travail auprès des patients ; soit il contrevient aux normes établies dans une visée de santé durable pour les patients, et se retrouve ainsi en situation de conflit avec ses supérieurs.

Un tel dilemme génère bien sûr son lot de malaises psychiques, mais il porte aussi en lui le risque de la perte de sens au travail. À bien y penser, il est facile de comprendre que les travailleurs se retrouvent alors devant l'obligation de résoudre ce dilemme en se conformant aux injonctions du système. L'autre solution impliquerait une tension perpétuelle avec leurs supérieurs.

Le travail des prestataires de soins de santé nécessite une adaptation continuelle aux besoins spécifiques de chaque personne. Par conséquent, le fait d'imposer des critères de performance limitant leur marge de manoeuvre — alors qu'ils font déjà preuve de résilience en « faisant plus avec moins » — fait planer un risque important pour leur santé mentale. Après tout, ce stress supplémentaire et le risque de désabusement face aux injonctions paradoxales sont difficilement conciliables avec une vision du travail où l'équilibre et la santé mentale des travailleurs priment, dans une optique de prévention.

Santé globale

Ne devrions-nous pas modifier les indicateurs de performance du système de santé pour inclure des critères aussi axés sur la santé globale de la population et les déterminants sociaux de la santé, comme suggéré par l'Institut de recherche et d'informations socio-économiques dans sa brochure sur les indicateurs de santé ?

Considérer les dépenses de santé simplement comme des coûts contribue à nous maintenir dans un paradigme curatif. En revanche, une approche plus préventive exige de penser la santé de façon globale et pluridisciplinaire, ce qui implique de consacrer le temps nécessaire aux interventions pour réduire les risques de persistance des problèmes de santé. Eh oui, une telle approche coûte plus cher, mais il s'agit d'un investissement sur le long terme qui dépend surtout de choix politiques et non d'une certaine fatalité économique — comme nos dirigeants politiques nous le répètent *ad nauseam*.

Pour tout dire, l'objectif devrait consister à nous donner les ressources et les conditions pour une population en bonne santé physique et mentale, grâce entre autres à la présence de soignants qui ne sont pas en situation d'épuisement ou de détresse psychologique. Toute la société y gagnerait, même sur le plan économique.

G ERMAIN BELZILE Chercheur associé senior à l'Institut économique de Montréal et ministre québécois de la Santé, Gaétan Barrette, pilote actuellement le projet de loi 130, qui constitue une énième tentative de réformer le système de santé québécois. La raison de cette hyperactivité gouvernementale est simple: notre système de santé connaît de multiples problèmes systémiques, en particulier des temps d'attente importants dans les urgences des hôpitaux et pour des chirurgies. Non seulement le ministère n'arrive-t-il pas à planifier le développement à long terme du réseau pour mettre fin une fois pour toutes à ces problèmes, mais il semble aussi incapable de répartir les ressources efficacement dès qu'un léger imprévu se manifeste. Le moindre événement, tel que les vacances du personnel hospitalier ou l'arrivée précoce de la vague de grippe hivernale, crée une situation chaotique dans les urgences. Le ministre Barrette croit pouvoir résoudre ces problèmes en centralisant de plus en plus de décisions au ministère de la Santé. La crise actuelle au CUSM, avec la démission en bloc de plus de la moitié des membres du conseil d'administration, n'est que la dernière illustration de cette crise permanente. Pourtant, d'autres secteurs économiques ne semblent pas aux prises avec les mêmes problèmes récurrents. Il n'y a normalement pas de longs délais d'attente pour voir un dentiste, un comptable ou un coiffeur, et la plupart des biens et services qu'on peut acheter ne sont pas en rupture de stock à des moments précis de l'année. Qu'y a-t-il donc de si particulier avec le secteur de la santé? Les idées de Hayek Pour planifier la production de services de santé, il faut beaucoup d'information, par exemple sur les caractéristiques de la population desservie, les maladies les plus fréquentes dans chaque région, la fréquentation des urgences, etc. Plus un système est vaste et complexe, plus il y a d'information à traiter. Dans le cas du système de santé québécois, on parle de centaines d'établissements, de centaines de milliers de travailleurs et de huit millions de clients. Pour le lauréat d'un prix Nobel en économie Friedrich Hayek (1899-1992), le problème est plus grave : une grande partie de l'information essentielle n'est pas accessible, car connue seulement par les millions d'acteurs individuels, et seulement lorsqu'ils prennent des décisions et agissent. Dans un article publié en 1945 et devenu un classique de la science économique, Hayek a expliqué qu'il est impossible pour des bureaucrates à la tête d'une organisation vaste et complexe de tout contrôler de façon efficace, étant donné qu'il n'existe pas de mécanisme permettant d'obtenir cette information. À l'opposé de la planification, le marché permet une allocation efficace des ressources sans qu'il soit nécessaire de centraliser l'information. Les innombrables interactions entre les agents dans les marchés produisent des prix, qui sont des signaux permettant de transmettre l'information sur les besoins et désirs des participants, la disponibilité des ressources, la valeur des utilisations parallèles de celles-ci, etc. Les prix signalent à chacun ce qu'il doit faire afin de bien utiliser les ressources existantes et procurent les bonnes incitations pour assurer une coordination efficace. En bref, la planification centralisée oblige le planificateur à être omniscient s'il veut atteindre les objectifs qu'il se donne, alors que le marché ne nous oblige pas à tout connaître, mais demande seulement aux acteurs de réagir aux prix. Réformes Ce n'est donc pas un hasard si les systèmes de santé qui fonctionnent mieux que le nôtre, comme celui de la Suède, sont généralement plus décentralisés. Cela permet aux acteurs sur le terrain qui voient les besoins, ainsi que la disponibilité des ressources, de faire les arbitrages nécessaires. Une mesure possible consiste à recourir davantage aux prix de marché comme mécanisme de coordination. Ces prix pourraient émerger dans un système qui s'appuie sur le choix du patient et la concurrence entre des prestataires de soins publics et privés, plutôt que sur un monopole public. La concurrence joue elle-même un rôle essentiel dans la découverte d'information, comme Hayek l'a d'ailleurs aussi expliqué. Même dans un système de santé universel mixte où l'État finance la majeure partie des soins, il est possible d'éviter les principaux écueils de la planification centralisée. Selon les enseignements d'Hayek, au lieu de centraliser davantage la gestion pour résoudre les problèmes récurrents, c'est le contraire que le ministre Barrette devrait faire.

Enlisting Patient and Family Advisers in the Design of Clinical Pathways

*Shawn R. Smith, CPXP, vice president of patient experience, Christiana Care Health System,
Wilmington, Delaware*

To learn how to improve a health system—or come up with a more efficient, effective, and reliable way to provide the safest, highest-quality care possible—ask a patient. An estimated 40% of U.S. hospitals and health systems have established patient and family advisory councils to engage with this important audience (Herrin et al., 2016).

A tremendous opportunity exists to include patients and families in the very fundamentals of care transformation and the move toward the Institute of Healthcare Improvement's Triple Aim of improving the patient's experience of care, improving the health of populations, and providing better value by reducing the per capita cost of care. Although their role in improving the patient experience is apparent, patients and families also can help healthcare organizations meet the other two aims—improving the quality and safety of care and controlling costs—which, until now, have largely been addressed by clinical and operational experts. By including patients and families earlier and deeper in the design and testing of clinical pathways—medical road maps to consistent, evidence-based care for patients with a particular diagnosis or disease type—healthcare leaders can incorporate valuable input on the journey to high reliability while providing the opportunity for shared decision making and ensuring the best possible patient experience.

BUILDING A ROBUST NETWORK OF PATIENT AND FAMILY ADVISERS

Since 2011, Delaware-based Christiana Care Health System has been building a robust network of more than 200 patient and family advisers who bring a patient's-eye view to virtually every care decision the system makes. This innovative and maturing partnership involves open communication and a commitment to including our patients and their families at every level. Our process for engaging these valuable partners involves gleaning their input to make sure programs and services are designed to treat everyone with dignity and respect. We also seek to collaborate with the people we serve to ensure that we are not just providing care *for* our patients—we are providing care *with* them.

For more information about the concepts in this column, contact Mr. Smith at srsmith@christianacare.org or visit <https://christianacare.org/about/volunteer/adviser/>.

The author declares no conflicts of interest.

© 2017 Foundation of the American College of Healthcare Executives

DOI: 10.1097/JHM-D-17-00045

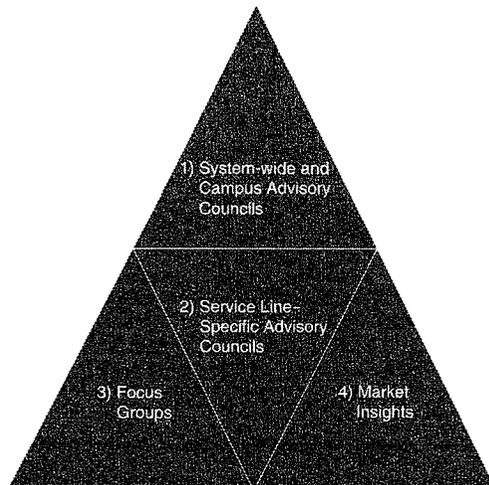
These engaged advisers and advocates, who themselves have received our care, help us design the end-user experience for our provider transparency efforts. They guide us on policies, effective patient room whiteboard use, and efforts such as our successful Quiet at Night campaign to create a more restful environment for patients between 9 p.m. and 6 a.m. They help us provide educational materials that are more culturally sensitive and easier to follow, and they serve as ambassadors to promote patient- and family-centered care throughout the health system. They are our litmus test for what our staff is doing to promote optimal health for our patients and for what we could be doing better or differently.

PATIENT EXPERIENCE: A RELATIONSHIP BUSINESS

Establishing patient and family advisory councils is all about building relationships, listening to your patients and their family members, and recognizing that taking the time to listen to a problem often opens the door to a solution. Start by asking your leaders and staff to identify patients and family members who stand out as being truly interested in the work of the care team. Comb through letters and calls to your patient relations office for candidates. As with building any impactful volunteer force, you must first simply invite people to serve. Chances are that someone who was engaged during his own hospital experience will be eager to lend his voice to improving the path for others. (One caveat: Be mindful of HIPAA challenges in identifying potential advisers based on diagnosis alone.) Then, establish a formal process for vetting, engaging, and orienting participants in your volunteer program. Provide structure for their service.

Christiana Care’s model (Figure 1) includes a system-wide advisory council that meets quarterly, an advisory council for each of our two hospital campuses that meets monthly, and program-specific service line councils that report up, as needed, to the campus and system-wide councils. The size of each council ranges from 5 to 60 members.

FIGURE 1
Building Relationships With Advisory Councils at Christiana Care



Source: Christiana Care Health System

Each council is governed by patient and family advisers who set their own agendas and run meetings with support from the patient experience team. System service-line advisers (e.g., cancer and women's and children's health) are embedded in meetings, committees, and value improvement teams to guide efforts regarding specific diagnoses or issues affecting patients at the service line level. This robust, interconnected network of councils enables rapid engagement in any issue. Comparing focus group findings against larger, statistically significant samples representative of our community at large offers valuable insight to help guide performance improvement initiatives.

Each adviser is asked to serve a minimum of 4 hours per month. For best results, expectations should be high for both the advisers and the system: Just as a commitment to patient and family engagement requires significant investments of hospitals, so must advisers commit the time to be full partners.

ADDING THE PATIENT AND FAMILY LAYER TO CLINICAL PATHWAYS

The guidance from our advisory councils is so insightful that we now strategically embed advisers into performance improvement teams for deeper, more meaningful diagnosis-related insights. We enlist their support, working alongside clinical and operational experts on integrated practice teams, to create evidence-based clinical pathways to reduce unnecessary variation in care and optimize patient outcomes and experience.

Developing and fine-tuning effective clinical pathways requires an interdisciplinary team approach. The crux is ensuring that the right people are involved. Because pathways determine how care is provided, it makes sense for patients—who clearly play a role in that care—to have a say in how patient-centered those pathways truly are. Advisers help ensure that the pathways are the result of collaborative decision-making between clinician and patient.

WHAT PATIENT AND FAMILY ADVISERS BRING TO THE TABLE

In a time when most hospitals and health systems commit to at least some level of patient engagement, patient and family advisers have never been more fundamental to directing the care that they, and patients just like them, receive. The following examples from our experience at Christiana Care show why the advisers' perspective is so valuable:

- By raising sensitivity to issues of culture and ethnicity, advisers help create the most meaningful experience for patients. For example, we learned that teaching what constitutes a healthy meal should be different for patients of different cultures or ethnicities.
- One adviser, pregnant with her third child, tested a proposed clinical pathway recommending a 2-hour glucose test during the first prenatal provider visit at Week 12 to improve early detection of gestational diabetes and prevent the need for more intensive testing. She discovered that the provider's office could not complete the pathway as planned because insurance typically only covers a routine 1-hour test between Weeks 24 and 28 of pregnancy. The pathway was revised accordingly.
- One advisory team helped our osteoporosis clinicians realize that, despite the increasing prevalence of digital information and use of handheld devices, the

majority of patients recovering from hip fractures prefer paper, not electronic, communications.

Listening to the voice of the customer is imperative to ensure that pathways address gaps in the care process, minimize the potential for physical or emotional harm, and guide teams toward culturally sensitive and respectful plans of care. A literature review suggests that patient experience, health outcomes, and quality measures improve when patients and families are engaged in their healthcare (Doyle, Lennox, & Bell, 2013). Evidence-based practice further demonstrates that actively engaging patients as early as possible leads to improved health and quality outcomes (Hibbard & Greene, 2013).

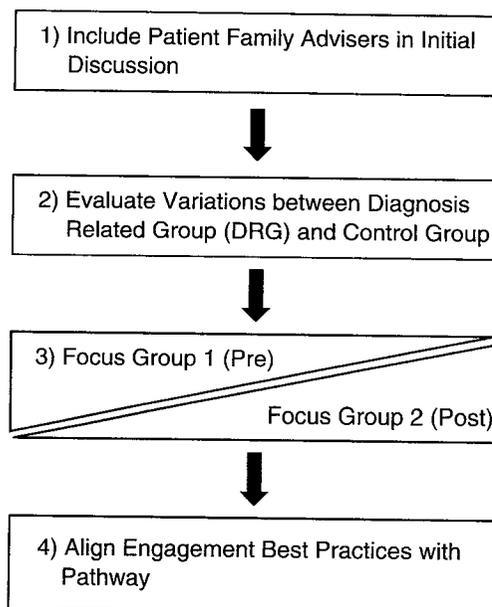
THE IDEAL STARTING POINT

Three waves of innovation have taken place in surgical quality and safety: technical advances, standardization of procedures, and high-reliability organizing (Chaferi, Myers, Sutcliffe, & Pronovost, 2016). Although clinical pathways are built on the checklists that are the hallmark of the second wave (standardization of procedures), care is personalized and customized through high-reliability organizing in frontline practices and behaviors, leadership support for responding to and learning from errors, and a cultural shift toward teamwork and care coordination. This area is also where we adjust the route to make sure the plan in place truly meets the needs of the patient.

Patient and family advisers provide the ideal starting point for testing a new pathway, service, or approach to patient care. The process comprises the following steps, highlighted in Figure 2:

1. *Include patient and family advisers in the initial discussion.* Involve advisers early on to make sure the issue you are discussing is of value to the population you are trying to serve (e.g., discover whether you are meeting the needs of patients with chronic obstructive pulmonary disease [COPD]).
2. *Evaluate variations between the diagnosis-related group (DRG) and the control group.* Extrapolate experiential data (through the Hospital and Clinician Group Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems surveys [HCAHPS/CGCAHPS], Press Ganey experience surveys, and so forth) to compare patients in your health system DRG group to the control group (e.g., average medical patient when looking at COPD). In this way, you uncover variations in care and determine what is most important to the patient population you are trying to reach (e.g., determine whether patients with COPD are having a harder time controlling pain or understanding their diagnosis or medications than are patients with other diagnoses).
3. *Call on pre- and postcare focus groups.* Conduct staged focus groups to uncover the variables and flush out the "whys" of particular situations (e.g., learn why patients with COPD might be having a harder time controlling pain or managing medications).
4. *Align engagement best practices with the pathway.* Develop a communication protocol that sets realistic expectations to address what is uncovered in the research, incorporating findings in both provider education and patient literature (e.g., share the latest pain control and pain medication management best practices with patients with COPD).

FIGURE 2
Engaging Patient and Family Advisers at Christiana Care



Consistent with the Plan-Do-Check-Act model, constant reevaluation of DRG and experience data in tracking outcomes is the key to success in this approach. Continue to engage the clinical team—being sure to add the patient and family layer—and go back to the focus group as many times as needed to measurably determine performance improvement.

CENTERING ON THE PATIENT, NOT THE SYSTEM

Patients and families can bring innovative approaches to clinical care that blend the science of technology and standardized procedures with unequalled energy, empathy, and passion that add tremendous value to the care experience. We at Christiana Care have learned that letting advisers help formulate and even test-drive how a proposed interaction would look and feel from the patient or family perspective is a best practice. When variances arise between anticipated outcomes and qualitative patient experience scores, advisers hold the key to understanding why and can help you adjust the pathway.

The unique insight that patient and family advisers offer is essential to the collaborative process that a health system must follow to achieve its strategic goals and center its efforts on the patient, not the system.

REFERENCES

- Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, 3(1), e001570. doi:10.1136/bmjopen-2012-001570

- Ghaferi, A. A., Myers, C. G., Sutcliffe, K. M., & Pronovost, P. J. (2016, August 8). The next wave of hospital innovation to make patients safer. *Harvard Business Review*. Retrieved from <https://hbr.org/2016/08/the-next-wave-of-hospital-innovation-to-make-patients-safer>
- Herrin, J., Harris, K. G., Kenward, K., Hines, S., Joshi, M. S., & Frosch, D. L. (2016). Patient and family engagement: A survey of U.S. hospital practices. *BMJ Quality & Safety*, 25(3), 182-189. doi:10.1136/bmjqs-2015-004006
- Hibbard, J. H., & Greene, J. (2013). What the evidence shows about patient activation: Better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health Affairs*, 32(2), 207-214.

Partnership for Patients: Innovation and Leadership for Safer Healthcare

Patrick H. Conway, MD, deputy administrator for innovation and quality; Shelly Coyle, RN, nurse consultant; and Nancy Sonnenfeld, PhD, health statistician, Centers for Medicare & Medicaid Services Center for Clinical Standards and Quality, Quality Improvement and Innovation Group, Baltimore, Maryland

Patient safety is a chief responsibility of hospital executives. Acute care hospitals are entrusted to provide safe, timely care to a wide array of patient populations, and doing so is no small feat. As the nation's largest health insurer, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) maintains a strong commitment to promoting patient safety in support of the highest quality of care, healthier people, and smarter spending.

In alignment with its payment policies that seek to reward quality, CMS has established a large, action-oriented system of networks to spread innovation and associated safety activities on a national scale. The system includes Quality Improvement Network—Quality Improvement Organizations, Hospital Improvement Innovation Networks (HIINs, formerly known as Hospital Engagement Networks), Practice Transformation Networks, and End-Stage Renal Disease Networks.

The United States has recently seen dramatic gains in hospital patient safety. Between 2010 and 2015, the adverse event rate declined dramatically from 145 to 115 harms per 1,000 discharges (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2016a, 2016b). A harm rate of 115 per 1,000 is still too high—much work remains to be done. This article describes the Partnership for Patients (P4P), a CMS initiative that applies a systems approach to innovation in hospital patient safety, and hospital executives' contributions to the P4P's success.

LEADERSHIP, SYSTEMS THINKING, AND ALIGNMENT: THE FOUNDATION FOR INNOVATION

Senge (2010) defined *innovation* as the widespread adoption of new technology and ideas. He further described systems thinking as the cornerstone of learning organizations, and organizational learning as the cornerstone of innovation. Explicit effort to think about

For more information about the concepts in this column, contact Dr. Conway at patrick.conway@cms.hhs.gov.

The views in this column are the authors' and do not necessarily represent the views or opinions of the Centers for Medicare & Medicaid Services.

The authors declare no conflicts of interest.

© 2017 Foundation of the American College of Healthcare Executives

DOI: 10.1097/JHM-D-17-00039

systems is necessary for organizational learning and innovation because humans tend to concentrate their efforts and understanding on those parts of the system for which they are directly accountable. The interaction of parts within a system affects how the system functions as a whole, so focusing on only one or a few parts of an organization or group of organizations can lead to undesirable consequences (Senge, 2010). In contrast, systems thinking can help to identify unproductive interactions and eliminate these adverse events as well as reinforce innovative and efficient processes.

Initiated in 2011, the PfP has taken a systems approach to change through advocacy and education that actively surfaces improvement opportunities, spreads best practices, and supports the achievement of unprecedented decreases in the rates of hospital-acquired conditions and readmissions. The PfP engages three engines: (a) CMS's Quality Improvement and Innovation Group and its contractors, consisting of HIINs; (b) federal partners; and (c) state, local, and private partners (see <https://partnershipforpatients.cms.gov> for details). In addition to engaging these three engines for change, CMS implemented new payment incentives and penalties that were aligned with the campaign goals of the PfP, including programs dedicated to hospital-acquired condition reduction, hospital readmission reduction, and hospital value-based purchasing.

By championing culture change, hospital executives play a central role in these efforts to reduce harm in hospitals, save lives, and conserve billions of dollars. Although an executive-level focus on the financial well-being of the facility is fundamental, a commitment to the community and to patient well-being and outcomes is paramount. Healthcare consumers are seeking more information and engagement as full partners in their care and are demanding personalized attention.

In addition to these expectations, the needs of the personnel caring for the patients must be considered and addressed. Given the many priorities and demands that hospital leaders face, a systems approach to improvement offers the best promise for sustainability.

PATIENT SAFETY MECHANISMS

Mechanisms supported under the PfP to improve patient safety revolve around engagement with patients, communities, and staff; strategic partnerships; and further development of existing infrastructure for care.

Engagement With Patients and Communities

To fully understand what patients need, hospital leaders must commit to hearing their stories. Leaders must be visible in their communities and welcome public input. Enlisting patients for committees and hospital boards provides opportunities for all stakeholders to share their insights, perceptions of the care process, and needs as well as opportunities for improvement. The development of this relationship fosters mutual understanding and trust as well as improved communication, which supports the development of a culture that is patient centered. Furthermore, engaging with patients and caregivers after an error occurs can demonstrate accountability and respect of the individual as a partner and provide an opportunity for patients to be involved in the solution.

The PffP has established goals and measures for patient and family engagement and has suggested approaches to amplify the voices of diverse patient populations. Many facilities are more than willing to share their successes with others (see <http://www.healthcarecommunities.org/CommunityNews/PartnershipforPatients.aspx> for examples).

Leadership Rounds and Engagement With Staff

To fully understand the care process, leaders must come out of their offices and see how care is delivered at their facilities. Witnessing the care process firsthand reveals opportunities for improvement from both patient and staff perspectives. Hospital executives who participate in routine daily or weekly rounds will learn that demonstrating interest and concern for the contributions, insights, and assets of frontline staff is invaluable. A workforce that feels valued and safe in its environment delivers a higher quality of care with fewer adverse events for both patients and caregivers.

Relationship Building: The Power of Partnerships

CMS designed the PffP campaign around the principle that aligning multiple programs and policies on the same patient safety goals can reduce the national rate of patient harms more effectively than any individual program or policy could; moreover, this approach would appeal to providers' intrinsic motivation to provide safe, high-quality care (Berenson & Rice, 2015). The PffP campaign designers seek out existing programs and partner agencies committed to these goals. Some of these partners directly contribute to the PffP by recruiting new member hospitals to the HIINs. The PffP stakeholders collaborate to amplify the message of partner agencies throughout the hospital learning community, thereby contributing strength to the network of partners.

A similar approach has been taken in the hospital environment itself. For example, by working together to achieve a common vision for patient safety goals—as well as to identify root causes of harm and barriers to patient safety—information technology, nursing, and environmental services teams can achieve much more than any one team might accomplish by itself. Embracing the experiences of others decreases the time necessary to learn processes that produce high quality and reliability. Aligning toward a common goal fosters synchronized communications, leverages broader perspectives, and promotes a higher likelihood of success. Declare bold aims; make strong, public commitments; and expect the same from your partners.

Leverage Existing Infrastructure to Create Synergy

The PffP leverages existing infrastructure to develop data systems necessary for objective monitoring and evaluation. AHRQ and CMS collaborated to create the AHRQ National Scorecard, the first ongoing annual national assessment of all causes of harm in hospitals (AHRQ, 2016a, 2016b). To minimize the burden on hospitals, the AHRQ amalgamated data from several existing systems to establish the PffP's 2010 baseline. These systems included the Medicare Patient Safety Monitoring System, the Centers for Disease Control and Prevention's National Healthcare Safety Network, and AHRQ's claims-based patient safety indicators. The Medicare Patient Safety Monitoring System, a key data

source for the scorecard, includes 21 specific measures of patient harm identified through standardized, clinically validated chart abstraction from a large, national all-payer inpatient sample (Hunt et al., 2005; Wang et al., 2014).

To promote a common vision across hospitals, the PffP seeks to align its program with other CMS programs and policies that have created the hospital infrastructure necessary for success. For example, the CMS Leading Edge Advanced Practice Topics program brought attention to the problem of early recognition and aggressive management of sepsis as early as 2014, with a few PffP hospitals adopting sepsis goals at that time. CMS's Hospital Inpatient Quality Reporting program finalized a requirement for hospitals to begin reporting on management of sepsis and septic shock to the National Healthcare Safety Network effective October 2015. Alignment with this requirement has enabled widespread adoption of sepsis goals in the PffP's current HIIN efforts, which began in September 2016.

Like CMS, hospital executives and clinical leaders have leveraged data, partnerships, and innovation to develop new and more effective methods of providing care. They have modeled accountability and commitment by reviewing patient safety numbers at board meetings and publicly posting safety results and harm events on websites. They have also encouraged small tests of change grounded in the experience of others to yield sustainable improvements, and modeled key learning behaviors such as being open to small failures in pursuit of larger success. Always, the patient and family are at the center of care.

CONCLUSION

CMS has worked to develop, coordinate, and align policies to promote patient safety innovation through

- development and leverage of infrastructure for data collection and for learning and action networks,
- reputational and financial incentives for strong performance,
- formal partnerships and contractual relationships with federal and private stakeholders, and
- informal leadership that appeals to hospital professionals' intrinsic motivation as caregivers and that challenges leaders to commit to bold goals requiring innovation to improve patient safety.

Hospital executives can continue to make leadership commitments to develop systems-oriented programs of action at their own facilities—for example, developing a safety culture reinforced by the integration of quality improvement efforts across multiple initiatives while striving to retain the patient at the core. Establishing an environment that expects increased accountability and information sharing will create opportunities for informed decision making as well as enhanced self-management by patients and their families, and it will lead to better health outcomes. The evidence the PffP has collected to date suggests that this environment can yield cost efficiencies, too (AHRQ, 2016a). It ultimately can make a positive impact on the experience of hospital personnel by reducing staff injury and burnout. Most importantly, these efforts make patients safer.

REFERENCES

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2016a). *Saving lives and saving money: Hospital-acquired conditions update*. Retrieved from www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/pfp/2014-final.html
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2016b). *National scorecard on rates of hospital-acquired conditions*. Retrieved from www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/pfp/index.html
- Berenson, R. A., & Rice, T. (2015). Beyond measurement and reward: Methods of motivating quality improvement and accountability. *Health Services Research, 50*(Suppl 2), 2155–2186.
- Hunt, D. R., Verzier, N., Abend, S. L., Lyder, C., Jaser, L. J., Safer, N., & Davern, P. (2005). Fundamentals of Medicare patient safety surveillance: Intent, relevance and transparency. In Henriksen, K., Battles, J. B., Marks, E. S., & Lewin, D. I. (Eds.), *Advances in patient safety: From research to implementation (Vol. 2: Concepts and methodology)* (pp. 105–117). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Senge, P. M. (2010). *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization* (Rev. ed.). New York, NY: Crown Publishing Group.
- Wang, Y., Eldridge, N., Metersky, M. L., Verzier, N. R., Meehan, T. P., Pandolfi, M. M., ... Battles, J. (2014, January 23). National trends in patient safety for four common conditions, 2005–2011. *New England Journal of Medicine, 370*(4), 341–351.

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 17 octobre 2017

Objet : **Parent et partenaire engagé**

M. Albert Cyr est psychologue de profession et fut aussi professeur et administrateur dans le domaine de la santé mentale et traitement des dépendances.

Il est présentement président du Comité consultatif communautaire de la santé mentale et traitement des dépendances de la Zone Beauséjour. Il fut président du comité organisateur du Forum provincial de santé mentale et traitement des dépendances ayant eu lieu à l'automne 2015.

M. Cyr est un partenaire engagé et très sensible aux besoins dans le domaine de par son expérience professionnelle et personnelle.

La présentation de M. Cyr sera ajoutée à la documentation dès que nous la recevrons.

Soumis le 5 octobre 2017 par Jacques Duclos, Vice-président des services communautaires et de santé mentale.

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 17 octobre 2017

Objet : Relations avec la communauté/services offerts

Deux sujets sont discutés lors de la réunion publique :

13.1 Centre de prévention de la violence dans Kent

Il y a déjà un certain temps, le Centre de prévention a fait une présentation au Conseil d'administration concernant l'implantation d'un premier centre d'appui pour les enfants victimes d'agression sexuelle au Nouveau-Brunswick. Madame Angèle Losier désire faire une mise à jour sur les activités du centre. Le temps estimé de la présentation est de 10 minutes. Vous trouverez une copie de la présentation dans la documentation de la rencontre.

13.2 Association francophone des aînées du N.-B. (AFANB)

L'Association francophone des aînées du N.-B. représentés par sa présidente, Madame Solange Haché et le directeur Jean-Luc Bélanger ont été invités pour présenter le rôle et les dossiers importants de l'Association francophone des aînées du N.-B. Monsieur Bélanger a été invité récemment au Comité stratégique de la recherche et de la formation.

Cette association s'est positionnée clairement pour le maintien des services du Programme extra-mural au Réseau de santé Vitalité.

Le temps estimé de la présentation et de l'échange entre nos invités et les membres du Conseil d'administration est 30 minutes. Une copie de la présentation est incluse dans la documentation de la rencontre.

Soumis le 6 octobre 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.



Centre de Prévention
de la Violence dans Kent
Kent Centre for
Prevention of Violence

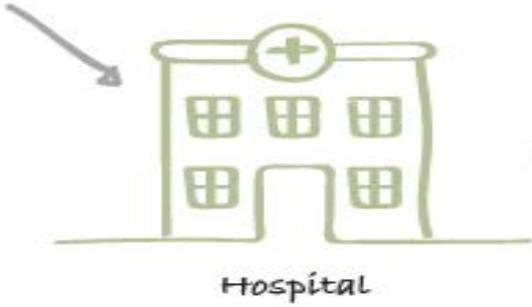


CENTRE EXPERTISE
POUR ENFANTS ET
ADOLESCENTS VICTIMES
D'AGRESSION SEXUELLE



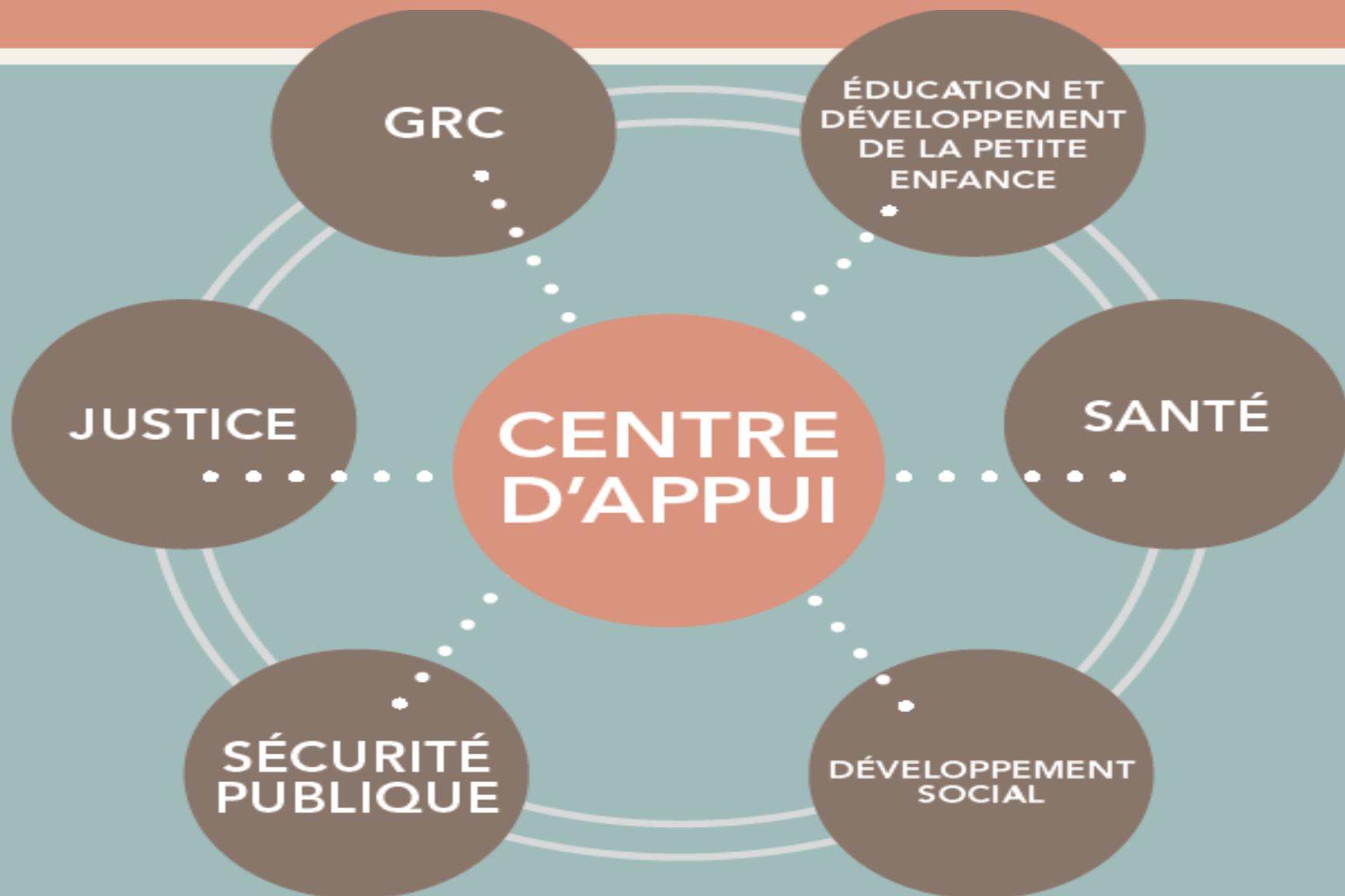
LE BESOIN DU CENTRE BOREAL

- Chaque année, et presque sans exception depuis la fin des années 1980, le taux d'agressions sexuelles signalées à la police au Nouveau-Brunswick est plus élevé que la moyenne nationale.
- En 2009 au Nouveau-Brunswick, 568 agressions sexuelles (de niveaux 1 à 3) ont été signalées à la police. La victime était un(e) enfant dans 61 % des cas.





Le modèle des Centres d'appui repose sur une approche interministérielle collaborant par l'entremise d'un protocole d'entente. Ce protocole assure l'implantation, le fonctionnement et les lignes directrices pour la mise en œuvre de la prestation des services pour les victimes d'agression sexuelles.



MODÈLE DES CENTRES D'APPUI



Les entrevues d'investigations sont mieux offertes, avec moins d'entrevue et moins longtemps, meilleures données-qualité de l'entrevue.



Augmentation de meilleur soin de santé, service de thérapie pour l'enfant et sa famille.



Amélioration de la coordination de la prestation des services entre les partenaires.

Children's Advocacy Centres in Canada

A snapshot of the locations and current stages of development of specialized services for child and youth victims of crime

Legend

-  Open
-  Pilot/Demonstration Project
-  In Development
-  Feasibility Study/Needs Assessment
-  Needs Assessment Complete/No Current Action



L'IMPORTANCE D'UN CENTRE D'APPUI

Développement d'une expertise unique incluant un modèle promoteur pour la province du Nouveau-Brunswick;

Accès à des services et des soins adaptés pour les enfants et leur famille aux bons endroits dans la langue de leur choix;

Transformation de la prestation des services de santé (physique et mentale) basés sur une évaluation clinique;

Méthode d'intervention basée sur la recherche afin de maintenir l'expertise clinique.



Centre de Prévention
de la Violence dans Kent
Kent Centre for
Prevention of Violence



Centre de Prévention
de la Violence dans Kent
Kent Centre for
Prevention of Violence

ÉTAPES: 2015-2017



Formations
aux
professionnels
de premières
lignes

Développement
de programme
en milieu
scolaire
(prévention/
éducation)

Mobilisation des partenaires

- Sane
- Ministère de la sécurité publique
- Ministère de l'éducation et du développement de la petite enfance
- Bureau du défenseur des enfants et de la jeunesse
- Pédiatre
- Communautés autochtones
- Cabinet du procureur général
- Détachement de la GRC Codiac et Sud-Est
- Ministère du développement social



Qu'est ce que le programme SANE?

S exual

A ssault

N urse

E xaminer

- Programme axée sur les soins aux victimes d'agression sexuelle de de violence conjugale, le tout prodigué par un personnel infirmier.
- Désert la clientèle suivant: adultes, adolescentes, pédiatriques et LGBTQ+



Objectifs du programme

- Assurer des soins et des services spécialisés répondant à des besoins complexes et très particuliers des victimes;
- Maximiser les options offertes aux victimes pour promouvoir leur rétablissement et leur guérison ainsi que la possibilité d'augmenter le taux de condamnation des agresseurs;
- Obtenir des prélèvements d'ADN de qualité;
- Effectuer les aiguillages vers les ressources spécialisées et d'assurer la collaboration des partenaires communautaires et gouvernementaux;
- Assurer l'accès aux services d'une infirmière SANE dans un délai et un endroit géographique raisonnables.
- Éduquer et sensibiliser la population sur les relations saines

.....

THE CHILDREN NEED US LES ENFANTS ONT BESOIN DE NOUS

.....



7714, Route 134
Sainte-Anne-de-Kent, NB E4S 1H5

T : 506-743-5449
F : 506-743-6673
centre@preventionviolencekent.com
www.preventionviolencekent.com



Point 13.2

L'Association francophone des aînés du Nouveau-Brunswick

Par Solange Haché, présidente

*LA VOIX DES
FRANCOPHONES DE 50 ANS
ET PLUS DU N.-B.*

Un brin d'histoire!

- ▶ L'AFANB....une jeune association
- ▶ Quelle âge a-t-elle?
- ▶ Initiée par la SERF...après 3 ans de travail
- ▶ Son parrain.....la SERF
- ▶ En 2000, lors de l'AGA de la SERF à laquelle assistaient 400 personnes

On vit plus longtemps! Youpi!

Les aînés contribuent à la vitalité sociale et économique de la société

- ❑ Des aînés bénévoles
- ❑ Des aînés généreux
- ❑ Des aînés proches aidants
- ❑ Des aînés qui contribuent à la création d'emplois
- ❑ Des aînés qui participent au marché du travail
- ❑ Des aînés consommateurs dans la société
- ❑ Des aînés responsables de 420 millions \$ en revenus gouvernementaux

L'AFANB a pour mission.....

De regrouper les FRANCOPHONES de 50+

- ▶ afin de promouvoir leur mieux-être,
- ▶ de veiller à la défense de leurs droits,
de contribuer à leur épanouissement et
à celui de toute la société.

Enjeux de l'AFANB

- ▶ Services en français dans les foyers de soins et soutien à domicile;
- ▶ Soutiens à domicile - D'abord chez soi; santé primaire; centre de ressources de 50+; guichet unique; engagement et implication communautaire;
- ▶ Rapport du conseil du vieillissement du Nouveau-Brunswick; plan de 10 ans
- ▶ Défenseur des aînés; abus et fraude faits aux aînés
- ▶ Promotion de la santé et du mieux-être; programmes plus concrets;
- ▶ Programme des langues officielles de Patrimoine canadien;
- ▶ Programme de financement de la province du Nouveau-Brunswick;
- ▶ Concertation des organismes au sujet du vieillissement de la population francophone et Acadienne du Nouveau-Brunswick;
- ▶ Formation et programmation des proches aidants;
- ▶ Augmentation du nombre d'aînés prise avec la démence et de l'Alzheimer;
- ▶ Recherche-action au sujet du vieillissement de la population francophone et acadienne;
- ▶ Recrutement des membres francophones;
- ▶ Tendances vers la privatisation des services désignés aux aînés.

1^{re} partie - Le Mieux-être

(santé, social, culturel, physique)

- ▶ Rendez-vous 50+
- ▶ Jeux d'Acadie 50+
- ▶ Jeux d'hiver 50+ Acadie-Québec
- ▶ Cœurs d'artiste
- ▶ Aînés engagés
- ▶ Revue « La Voix »
- ▶ Prix-Willie Lirette
- ▶ Actifs et en santé
- ▶ Personnes aidantes

Projet Aînés Engagés



AINÉS
ENGAGÉS



Jeux de l'Acadie 50+ du 18 au 21 août 2016



Formulaire d'inscription

Jeux de l'Acadie 50+ du 18 au 21 août 2016

Nom : _____
 Prénom : _____
 Sexe : M F
 Adresse : _____
 Ville / Village : _____
 Province : _____ Code postal : _____
 Tél. résidence : _____
 Tél. cellulaire : _____
 Tél. travail : _____
 Courriel : _____

En cas d'urgence
 Nom : _____
 Téléphone : _____

Je comprends que le Comité organisateur des JA50+ Shediac Inc., la Ville de Shediac et les personnes agissant en leur nom ne sont pas responsables des accidents ou blessures que je pourrais subir avant, pendant ou après les Jeux de l'Acadie 50+ de 2016. Par la présente, j'autorise le Comité organisateur des JA50+ Shediac Inc., la Ville de Shediac et les personnes agissant en leur nom le droit et la permission perpétuels et illimités d'utiliser, de publier, de diffuser ou d'autoriser une tierce partie à faire des photographies ou des séquences de film qu'ils ont prises de moi, seul ou en groupe, dans tout média actuel ou futur, en tout ou en partie.

#13 - CENTRE MULTIFONCTIONNEL

VOIR LA CARTE FOURNIE DANS VOTRE TROUSSE POUR LES DETAILS

2016
Jeux de l'Acadie 50+

Du 18 au 21 août 2016
 SHEDIAC, N.-B.

www.ja50shediac2016.ca

1-844-Shediac (743-3422)
 ja50shediac2016@gmail.com

acadienouvelle

Caisses populaires acadiennes Assurances générales Acadie

CO-OP IGA **IGA** **New Brunswick**

Canada

Association francophone des aînés du Nouveau-Brunswick
Un cœur de l'action en Acadie!

Inscrivez-vous avant le 1^{er} août 2016 • Pour les francophones de 50 ans et plus

Jeux de l'Acadie 50+ 2018



02/02/2017

JH50+ Acadie-Québec 2018





Lita Villalon, Ph.D.,
Diététiste professionnelle
et

ROGER G. LeBLANC, Ph.D.
École de kinésiologie et de loisir - FSSSC
Université de Moncton

roger.g.leblanc@umoncton.ca

858-4967 bureau ÉKL (204-9)
850-6387 cellulaire





1. Santé spirituelle
2. Santé psychologique
3. Santé intellectuelle
4. Santé professionnelle
5. Santé environnementale

Université de Moncton
Un Progrès, Un Monde
plus fort, un
Cœur à l'Échelle
www.unimontreal.ca



JEUX DE L'ACADIE
5
jeux.htm
com
090

PROTÉC VOS
AUT







JEUX
DE L'ACADIE



bn.com
090

Cœurs d'artiste à Néguac



MADA...un autre projet de l'AFANB...

(Municipalité amie des aînés)



Conscientiser les municipalités francophones du N.-B. aux besoins d'une population vieillissante, à l'importance d'investir dans le vieillissement en santé et à l'importance de créer un milieu de vie favorisant le plein épanouissement des aînés en leur permettant, ainsi qu'aux personnes de tous les âges, de vivre en sécurité et de participer pleinement à la société.

.

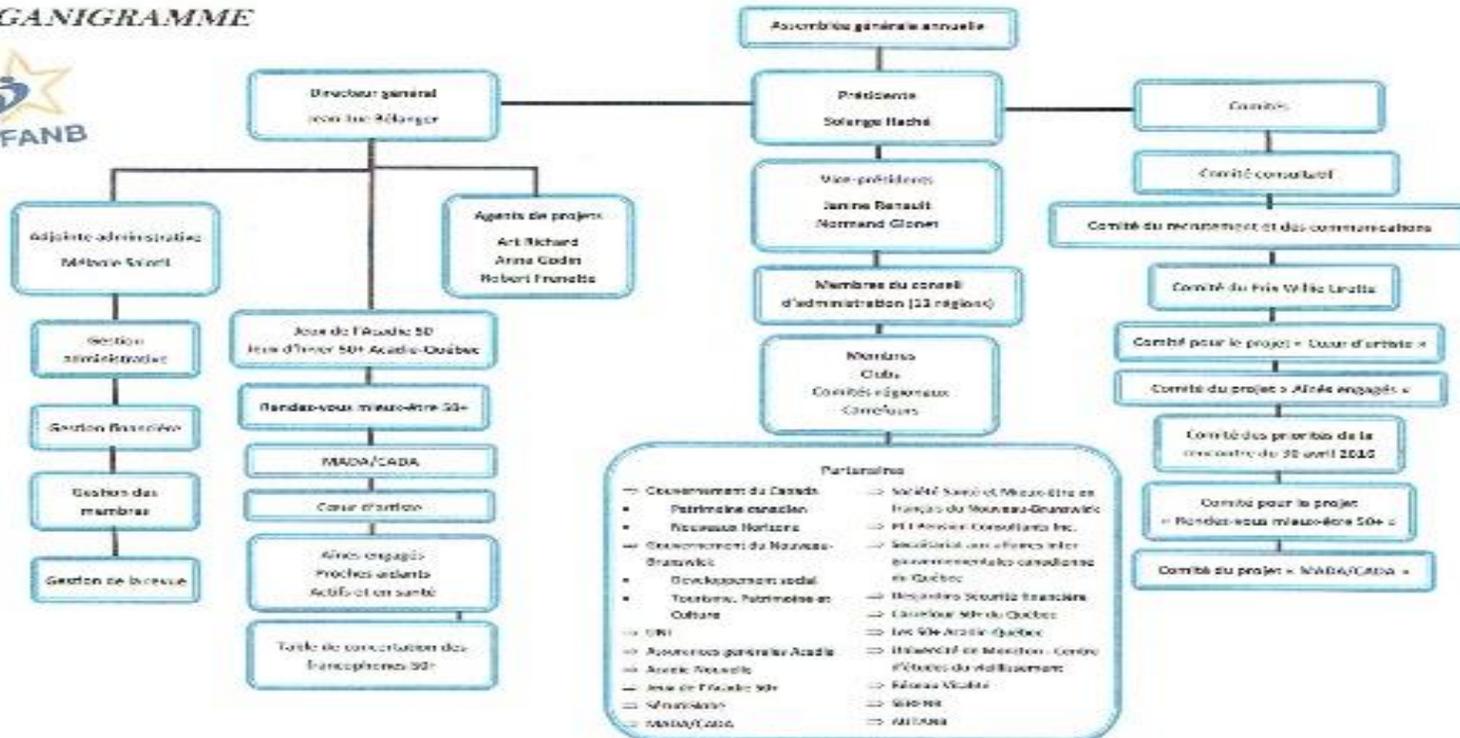
LÀ OÙ L'AFANB FAIT LA DIFFÉRENCE...

« ...veiller à la défense des droits de francophones des 50+, de contribuer à leur épanouissement et à celui de toute la société. »

(Deuxième partie de la mission de l'AFANB)

ORGANIGRAMME de l'AFANB

ORGANIGRAMME



Présence continue sur la scène publique

Représentation continue auprès des différents partis politiques présents au N.-B. afin de faire connaître les projets et enjeux relatifs aux aînés francophones.

Représentation officielle des aînés francophones du N.-B. auprès des instances gouvernementales provinciales et fédérales (ministère du Développement social [mieux-être] ministère du Tourisme, du Patrimoine et de la Culture [sport et communautés actives], Patrimoine canadien, Programme Nouveaux horizons, etc.) **et des médias** (réactions et commentaires sur l'actualité et les dossiers touchant les aînés francophones du N.-B.)

Un pas de plus – en anglais – vers un foyer de soins bilingue dans la capitale

Les craintes des aînés francophones de Fredericton restent intactes alors que la province franchit une étape importante en vue de la construction d'un premier foyer de soins bilingue dans la capitale.



Mathieu Roy-Comeau

mathieu.roy-comeau@acadienouvelle.com

@roycomeau

Le ministère du Développement social a lancé le mois dernier un appel au secteur privé afin de trouver l'entreprise qui sera chargée de construire et d'exploiter un foyer de soins bilingue de 60 lits dans la région de Fredericton.

Les aînés francophones de la région de la capitale suivent le projet de près depuis qu'il a été annoncé pour la première fois il y a près de deux ans.

Les membres de l'Association des aînés de la région de la capitale avaient été pris par surprise à l'époque par la décision du gouvernement, eux qui réclament plutôt un établissement homogène francophone depuis 2011.

compte déjà 15 foyers de soins désignés anglophones et aucun établissement désigné francophone.

Lors de l'annonce, la ministre responsable de l'époque, Cathy Rogers, avait promis d'adopter des mesures pour rassurer les aînés francophones et garantir le respect de leurs droits linguistiques malgré le caractère bilingue du nouveau foyer.

La demande de qualifications publiée en mars, en anglais seulement, n'a rien pour rassurer les aînés, selon la présidente de l'Association.

«Nous avons rencontré le sous-ministre adjoint des aînés et des soins de longue durée, Steven Hart, et son équipe le 30 mars au sujet du foyer de soins. On nous a fourni de l'information valable et intéressante», affirme Yvonne McLaughlin.

«Toutefois, malgré cela, nous avons de vives préoccupations, en particulier concernant la langue de fonctionnement et la langue de service du futur foyer.»

La demande de qualifications doit permettre au gouvernement de déterminer



Le gouvernement provincial cherche une entreprise en mesure de construire et d'exploiter un foyer de soins bilingue de 60 lits dans la région de Fredericton. - Archives

pour réaliser le projet selon leur expérience et leur expertise en analysant leurs réponses à une série de questions.

Le document de 60 pages mentionne brièvement la question linguistique. On y souligne notamment que «tous les fournisseurs de services engagés pour fournir des services au nom du gouvernement du Nouveau-Brunswick doivent veiller au respect de la Loi sur les langues officielles».

En ce qui concerne les activités du foyer de soins, on précise dans la demande que l'exploitant devra servir les résidents et leur famille «dans la langue officielle de leur choix». Les dossiers personnels des pensionnaires devront également être rédigés dans la langue

du client. L'employeur devra aussi s'assurer de communiquer avec ses employés dans la langue qu'ils auront choisie.

Lorsque la province aura reçu et analysé les réponses de toutes les entreprises intéressées, elle en invitera trois à passer à l'étape suivante. Celles-ci pourront alors présenter leur vision du projet. Au final, une seule entreprise sera choisie par le ministère.

Selon l'échéancier préliminaire inclus dans la demande de qualifications, le ministère du Développement social n'arrêtera vraisemblablement pas son choix sur une entreprise avant la fin de l'été. Aucun échéancier pour l'ouverture du foyer de soins n'a encore été avancé. ■

Soins aux aînés francophones en région: de l'action après quatre ans d'attente

La question de la langue dans les services aux aînés fera finalement l'objet d'un examen après avoir été mise de côté en 2013.



Mathieu Roy-Comeau

mathieu.roy-comeau@acadienouvelle.com

@roycomeau

Il n'est pas toujours facile de recevoir des soins et des services dans sa langue pour les aînés francophones des régions à majorité anglophone de la province.

La problématique est bien connue des groupes de défenses des aînés francophones, mais ignorée par les législateurs.

Malgré des demandes répétées, le gouvernement a préféré ne pas légiférer sur la question lors de la révision de la Loi sur les langues officielles en 2013.

Le comité bipartisan chargé de la révision s'était plutôt contenté de recommander au gouvernement d'étudier le dossier et de préparer un plan d'action.

Quatre ans plus tard, un groupe de travail formé de fonctionnaires et d'intervenants du milieu est finalement sur le point de se pencher sur les recommandations du comité.

Il était minuit moins une, selon le directeur général de l'Association francophone des aînés du Nouveau-Brunswick, Jean-Luc Bélanger, qui fait partie du groupe de travail.

«Nous étions sur le bord de déposer une poursuite, raconte-t-il. Et ça ne veut pas dire que si nous ne sommes pas satisfaits nous ne déposerons pas une poursuite plus tard. Nous n'avons pas renoncé à ça.»

Il est primordial que les aînés «puissent

continuer à vivre leur langue et leur culture» lorsqu'ils ont besoin de soins, résume M. Bélanger.

Le groupe de travail compte notamment dans ses rangs des fonctionnaires du ministère du Développement social, du ministère de la Santé et du ministère du Tourisme, du Patrimoine et de la Culture.

Des représentants des foyers de soins, des universités du troisième âge et des enseignants francophones à la retraite font également partie du comité.

Ils ont notamment pour mission de réviser l'ensemble des lois et des règlements applicables aux aînés et à la langue.

Même si les services aux aînés sont subventionnés par l'État, le gouvernement délègue une grande part de ses responsabilités au secteur privé et à des groupes sans but lucratif qui ne sont pas couverts par la Loi sur les langues officielles.

«Les aînés francophones n'ont actuellement accès à aucune législation pour se défendre ou déposer une plainte. Ils ne sont pas protégés», déplore Jean-Luc Bélanger.

Le groupe de travail est en ce moment à la recherche d'un directeur de projet pour les épauler. Le groupe devrait soumettre son rapport au gouvernement d'ici à la fin de l'année.

Ce rapport viendra vraisemblablement après la signature du contrat entre le gouvernement et le secteur privé pour la construction et l'exploitation d'un foyer de soins bilingue de 60 lits à Fredericton.

L'Acadie Nouvelle rapportait la semaine dernière que les aînés francophones de la capitale qui réclament plutôt un premier établissement homogène en français souhaite rencontrer la ministre des Aînés et des Soins de longue durée pour lui faire part de leurs préoccupations. ■

Plus de ressources pour le défenseur des aînés

SOLANGE HACHÉ

Présidente

Association francophone des aînés du Nouveau-Brunswick

Enfin, un défenseur pour les aînés! Depuis plusieurs années, l'Association francophone des aînés du Nouveau-Brunswick revendique un défenseur ou un ombudsman uniquement pour les aînés ainsi qu'une législation à cet effet. De prime abord, le message peut sembler une bonne nouvelle. Toutefois, celle-ci ne répond aucunement aux besoins et aux préoccupations déjà exprimées par le passé.

Plusieurs facteurs ont justifié et justifient encore notre demande d'un défenseur uniquement pour les aînés avec une législation lui donnant les pouvoirs nécessaires pour effectuer le travail. Il faut préciser que le vieillissement de la population de la province risque d'avoir de plus en plus de personnes aînées victimes de mauvais traitements ou de situations inacceptables.

Norman Bossé, le responsable qui va remplir cette fonction, se pose déjà des questions. Les ressources humaines et financières seront-elles disponibles pour donner un service adéquat et répondre aux besoins de ces trois groupes? Selon M. Bossé, les ressources versées actuellement sont déjà insuffisantes pour les enfants et la jeunesse. Quel défi de taille ce responsable

aura à relever en y ajoutant le dossier des personnes âgées où les plaintes sont déjà nombreuses? Il semble évident qu'un défenseur des aînés, intégré à d'autres secteurs, sans l'ajout de ressources humaines et financières ne saura aucunement répondre aux besoins.

Par le passé, l'ancien gouvernement avait intégré le dossier des aînés au bureau de l'Ombudsman de l'époque avec une législation qui, à notre point de vue, était incomplète, car les plaignants devaient être recommandés par le ministère du Développement social de leur région.

Nous n'avons reçu que peu de détails entourant le rôle du défenseur et le processus de suivi à une plainte que le gouvernement prévoit mettre en place. Si le processus est le même qu'avec l'ombudsman, celui-ci ne sera pas à l'avantage des aînés. Il est à souhaiter que l'orientation soit complètement différente.

Il ne fait aucun doute que les dossiers concernant les aînés sont importants et un sujet de préoccupation pour tout gouvernement. C'est pourquoi ils doivent être pris en considération, à court et à long terme, avec une vision pour les prochains dix ans. Nous espérons que le gouvernement sera à l'écoute de la population vieillissante d'au-



Le défenseur des enfants et de la jeunesse, Norman Bossé, a aussi hérité des fonctions de défenseur des aînés. - Archives

tant plus que le rapport, commandé par votre gouvernement, celui du Conseil du vieillissement, sera bientôt dévoilé et dans lequel on recommande une stratégie et une orientation de 10 ans pour les aînés du

Nouveau-Brunswick.

Nous osons espérer que nos propos seront bien entendus au sein du gouvernement et que nous recevrons une réponse favorable à notre demande.

Autres dossiers /initiatives

- **Politique publique du vieillissement.**
- **Comité sur les services en français**
- **Mémoire sur la révision des langues officielles**

- ▶ « TROIS ORGANISMES REPRÉSENTANT LES AÎNÉS FRANCOPHONES S'OPPOSENT À LA PRIVATISATION DE SERVICES DANS LES HÔPITAUX » (UTA et SERF)
- ▶ Forum sur le vieillissement à UMCS (août 2017) avec une conférence « grand public »

L'AFANB...ses partenaires, ses alliés!

Nouvelle initiative

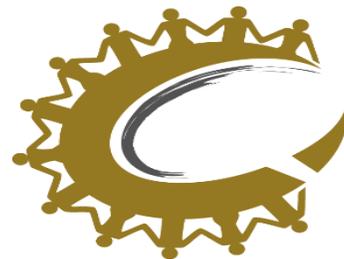
- ▶ **Création de la Chaire d'études du vieillissement à l'Université de Moncton**
 - ▶ **Projet financé en partie par le Conseil national de formation en santé**
 - ▶ **Suzanne Dupuis-Blanchard, directrice**



Prochaine étude: Pauvreté chez les aînés francophones (avec la collaboration du Front social commun sur la justice sociale)

Nouvelle alliance

► Partenariat récemment signé avec le Carrefour 50+ du Québec dans le but de créer des activités d'échanges et des collaborations entre les membres des deux associations



CARREFOUR
50 + du QUÉBEC

Premier Forum sur les enjeux du vieillissement - Bathurst, février 2017



Nouvelle alliance

L'annonce d'un nouveau partenaire
financier avec
Uni coopération financière
Entente pour 2016-2019



Entente AFANB - Acadie Nouvelle



Autres

- ▶ Entente avec des radios communautaires pour des émissions d'information pour les 50+
- ▶ Fédération francophone des aînés du Canada

Quelques collaborations possibles UTAPA et AFANB

- ▶ Utiliser la nouvelle technologie et les réseaux sociaux afin d'améliorer la communication entre les organismes;
- ▶ Inviter les membres des UTA lors de nos Rendez-vous mieux-être 50+ et l'inverse pourrait se faire;
- ▶ Inviter les représentants provinciaux des UTA lors des rencontres avec le gouvernement provincial et fédéral au sujet des enjeux qui touchent les 50+;
- ▶ Inviter les UTA à partager les logos de l'AFANB sur toutes les correspondances dépliants, revues ou autres;
- ▶ Inviter les UTA à collaborer aux communiqués de presse lorsqu'il s'agit de revendiquer des points en commun qui touchent les aînés;

Quelques collaborations possibles

Suite...

- ▶ Inviter les UTA à partager des articles dans notre revue et nos chroniques avec l'Acadie Nouvelle;
- ▶ Partager ou collaborer les ressources pour préparer des demandes de projets avec les gouvernements provincial et fédéral;
- ▶ Mettre en commun des ressources et des expertises de chaque partenaire pour la formation et l'apprentissage pour les personnes de 50+;
- ▶ Créer un comité mixte entre les régions de la PA de l'AFANB et les UTA de la PA;
- ▶ Favoriser et encourager la collaboration entre l'AFANB et les UTA de la PA;

Une association à votre service!

- Plus de 7 000 membres
- 23 clubs membres
- 3 clubs régionaux
- *Porte-voix, défenseur et promoteur des droits, besoins et intérêts des francophones de 50 ans et plus du Nouveau-Brunswick*

Pourquoi devenir membre?



Pour appuyer une association qui fait la promotion des besoins, protège les acquis et défend les intérêts des aînés francophones de 50 ans et plus du N.-B. auprès des gouvernements, des institutions et autres groupes d'influence.

- ▶ Voulez-vous contribuer à une association qui saura défendre les dossiers des aînés francophones du Nouveau-Brunswick?
- ▶ Voulez-vous prendre part à une définition positive du vieillissement et de son engagement au sein des communautés acadiennes et francophones de la province?
- ▶ Voulez-vous vous engager à renforcer une francophonie fragilisée par l'exode rurale et la dénatalité ?
- ▶ Voulez-vous participer à la pérennité voire l'effervescence de la francophonie chez nous?

Cotisation pour devenir membre de l'AFANB

- ▶ Membre individuelle 15 \$ par année;
- ▶ Membre d'un club existant est de 8 \$ par année;
- ▶ Membre d'un nouveau club: 5\$ la première année; 6\$ la 2^e année, 7\$ la 3^e année et 8 \$ la 4^e année..

Note d'information

Vers l'établissement d'un réseau de santé universitaire :

Plan d'action pour le développement de la mission universitaire au Réseau de santé Vitalité

Réunion publique du Conseil d'administration Le 17 octobre 2017
--

Décision recherchée :

Approbation

Contexte / Problématique

Il existe des défis importants associés à l'éducation médicale distribuée (programme de formation médicale délocalisée) et par conséquent, l'utilisation croissante des hôpitaux régionaux et communautaires pour la formation et la recherche. Pour tout programme de médecine qui s'étend au-delà de son site de formation primaire, il faut considérer les enjeux suivants pour l'hôpital affilié :

- la culture institutionnelle;
- les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires;
- l'appui des activités d'éducation;
- l'appui à la recherche.

Le Réseau de santé Vitalité maintient de bonnes relations de travail avec ses partenaires universitaires (dont l'Université de Sherbrooke et l'Université de Moncton) et collabore étroitement avec ces derniers pour assurer le déroulement des activités de formation médicale et des autres programmes de formation clinique dans ses établissements. Il facilite également le déroulement d'activités de recherche menées par les cliniciens et professionnels de la santé ou par des chercheurs provenant de ses institutions partenaires, particulièrement l'IARC et l'Université de Moncton. Cependant, ces affiliations et partenariats que l'on considère vitaux, ne sont pas reflétés dans la structure organisationnelle du Réseau de santé Vitalité. **La mission universitaire du Réseau de santé Vitalité n'est pas encore pleinement intégrée dans sa réalité et son identité organisationnelle.** Afin de réaliser pleinement cette mission, elle doit se traduire dans notre façon de fonctionner à tous les niveaux de notre organisation, et ce jusqu'à la prestation des services de soins de santé à la population que l'on désert.

Au printemps 2017, le Réseau de santé Vitalité a procédé au lancement de son plan stratégique 2017-2020 (*En route vers la modernisation et la transformation du système de santé*). Sept grandes orientations stratégiques furent identifiées, dont une orientation stratégique spécifique à la mission universitaire :

Orientation stratégique 5 : Nous optimiserons la mission universitaire et la recherche.

Axe d'intervention :

1. Développement de la mission universitaire et de la recherche du Réseau.

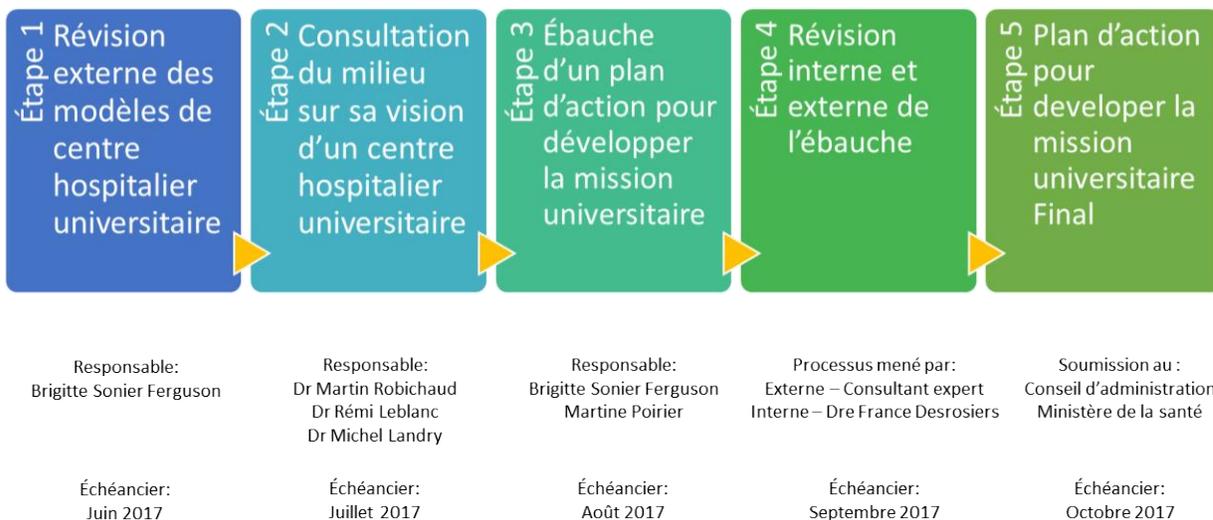
Résultats stratégiques :

1. Le plan de développement de la mission universitaire et de la recherche sera élaboré et approuvé.
2. Les ressources nécessaires pour la mise en œuvre du plan de développement du Centre hospitalier universitaire (CHU) et des Centres hospitaliers affiliés universitaires (CHAU) seront obtenues.
3. Le Centre de médecine de précision sera établi.
4. Le Programme postdoctoral en psychiatrie sera élaboré.
5. Les activités de recherche seront doublées.



Les moyens pour y arriver

Afin de réaliser l'orientation stratégique décrite ci-dessus, un groupe de travail sur le développement de la mission universitaire du Réseau de santé Vitalité fut créé. Ce groupe de travail a le mandat spécifique de définir, d'élaborer et d'établir un plan d'action pour assurer le développement et la mise en œuvre des quatre volets de la mission universitaire. Afin de réaliser son mandat, le comité a identifié les cinq grandes étapes suivantes pour atteindre ses objectifs :



Éléments à considérer dans la prise de décision

Nous sommes de l'avis qu'une meilleure intégration des volets de la mission universitaire dans la réalité organisationnelle et opérationnelle du Réseau mènera au meilleur rendement de ce dernier en terme de la santé de la population qu'il dessert, de la qualité des soins qu'il livre et pour une meilleure valeur.

Afin d'assurer le développement et l'optimisation de la mission universitaire au sein du Réseau de santé Vitalité, le groupe de travail juge prioritaire que le Réseau doit se doter de mécanismes et de stratégies pour favoriser l'intégration de la mission universitaire dans son identité organisationnelle, afin d'instaurer une culture d'amélioration continue et d'organisation apprenante. Par lui suite, le Réseau de santé Vitalité doit se doter de ressources pour assurer la viabilité et la pérennité de sa vocation universitaire. Finalement, un alignement du Réseau avec ses partenaires universitaires sera primordial. La mise en place d'infrastructures organisationnelles et physiques entre les partenaires qui faciliteront le déroulement des activités relatives à la mission universitaire sera également importante. Nous proposons ainsi trois grands objectifs stratégiques, chacun comportant des objectifs plus spécifiques, ainsi que les moyens par lesquels ces derniers seront atteints. Les 3 objectifs stratégiques sont :

1. Intégrer la mission universitaire dans l'identité organisationnelle du Réseau de santé Vitalité : devenir une organisation apprenante ;
2. Assurer la viabilité et la pérennité de la mission universitaire ;
3. Créer le Réseau universitaire des sciences de la santé francophone du N.-B.

Considérations importantes

Impacts	Négligeables	Modérés	Significatifs
Éthique		X	
Qualité et sécurité			X
Partenariats			X
Gestion des risques	X		
Allocation des ressources			X

Suivi à la décision

- Indicateurs et mesure de la performance
- Évaluation de la décision dans l'avenir

Proposition et résolution

Proposé

Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration appuie le plan d'action du développement de la mission universitaire, tout en reconnaissant qu'il s'agit d'un document vivant qui évoluera continuellement.

Adoption

Soumis le 10 septembre 2017 par Dre France Desrosiers

Vers l'établissement d'un réseau de santé universitaire

Plan d'action pour le développement de la mission universitaire au Réseau de santé Vitalité

Le Groupe de travail sur le développement de la mission universitaire du
Réseau de santé Vitalité

Rédaction :

Brigitte Sonier Ferguson, Directrice régionale
Recherche, développement scientifique et formation
Réseau de santé Vitalité

Martine Poirier, Directrice adjointe
Recherche et développement clinique spécialisé
Réseau de santé Vitalité

Révision et consultation :

Dre France Desrosiers, Vice-présidente
Services médicaux, formation et recherche
Réseau de santé Vitalité

Dr Martin Robichaud, Directeur médical
Zone Beauséjour, Réseau de santé Vitalité

Dr Rémi Leblanc, Président
Organisation du personnel médical de la zone Beauséjour
Réseau de santé Vitalité

Dre Nicole Leblanc, Médecin chef régional
Réseau de santé Vitalité

Dr Michel Landry, Directeur
Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick

Mathieu Bélanger, Directeur de la recherche
Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick

Septembre 2017

TABLE DES MATIÈRES

PARTIE I: CONTEXTE ACTUEL ET EXERCICE DE PLANIFICATION.....	4
L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE AU RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ : BREF HISTORIQUE.....	4
La mise en place d'éléments structurants pour le développement d'une mission universitaire.....	4
LE RÔLE DU CHU ET DES CHAU AU RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ.....	6
Les quatre volets de la mission universitaire.....	6
1) Les soins ultraspécialisés :.....	6
2) L'enseignement :.....	7
3) La recherche :.....	10
4) L'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé :.....	12
LES ENJEUX DE LA MISSION UNIVERSITAIRE AU RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ.....	12
VERS L'ÉTABLISSEMENT D'UN RÉEL RÉSEAU DE SANTÉ UNIVERSITAIRE.....	13
Les moyens pour y arriver.....	14
<i>Révision externe de modèles de Centres hospitaliers universitaires.....</i>	<i>14</i>
<i>Consultation du milieu sur sa vision d'un Centre hospitalier universitaire.....</i>	<i>17</i>
<i>Ébauche d'un plan d'action pour développer la mission universitaire – processus de révision interne et externe avec consultant expert.....</i>	<i>19</i>
PARTIE II : PLAN D'ACTION.....	20
OBJECTIF STRATÉGIQUE 1 : INTÉGRER LA MISSION UNIVERSITAIRE DANS L'IDENTITÉ ORGANISATIONNELLE DU RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ : DEVENIR UNE ORGANISATION APPRENANTE.....	22
Objectif spécifique 1.1 : Assurer une direction solide de la mission universitaire au sein du Réseau de santé Vitalité.....	22
<i>Action 1 : Intégrer le responsable de formation médicale dans la structure organisationnelle du secteur des services médicaux, de la formation et la recherche du Réseau de santé Vitalité.....</i>	<i>23</i>
<i>Action 2 : Former l'équipe-conseil de la mission universitaire du Réseau de santé Vitalité.....</i>	<i>23</i>
<i>Action 3 : Modifier les règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité afin que le Comité stratégique de la recherche et de la formation devienne un comité permanent du conseil.....</i>	<i>25</i>
Objectif spécifique 1.2 : Favoriser la mise en place de services de soins de santé innovateurs et intégrés, qui incorpore les activités d'enseignement, la recherche, l'évaluation et l'application des connaissances au Réseau de santé Vitalité.....	25
<i>Action 1 : Créer les Unités cliniques apprenantes régionales.....</i>	<i>25</i>
<i>Action 2 : Établir et prioriser les objectifs stratégiques et de développement des unités cliniques apprenantes régionales.....</i>	<i>29</i>
<i>Action 3 : Préconiser une culture de mesure des résultats et d'amélioration continue au sein des unités cliniques apprenantes.....</i>	<i>35</i>

OBJECTIF STRATÉGIQUE 2 : ASSURER LA VIABILITÉ ET LA PÉRENNITÉ DE LA MISSION UNIVERSITAIRE	37
Objectif spécifique 2.1 : Établir une formule de financement du Réseau de santé Vitalité qui reflète les coûts associés à sa mission universitaire.....	37
<i>Action 1 : Déterminer les coûts opérationnels d'infrastructure et de soutien hospitalier associé à la mission universitaire (coûts directs).....</i>	38
<i>Action 2 : Déterminer les coûts indirects de la mission universitaire relatifs au soin des patients</i>	39
Objectif spécifique 2.2 : Développer des plans de pratique académique pour la rémunération des médecins membres des unités cliniques apprenantes	39
<i>Action 1: Procéder à une évaluation des effectifs médicaux actuels afin d'assurer une adéquation des ressources pour assumer la mission universitaire.</i>	40
OBJECTIF STRATÉGIQUE 3 : CRÉER LE RÉSEAU UNIVERSITAIRE DES SCIENCES DE LA SANTÉ FRANCOPHONE DU NOUVEAU-BRUNSWICK.....	40
Objectif spécifique 3.1 : Établir un modèle de gouvernance affiliatif entre les membres du RUSSFNB	41
<i>Action 1 : Proposer et adopter une structure de gouvernance pour le RUSSFNB.</i>	41
<i>Action 2 : Établir le Comité de gouvernance du RUSSFNB.....</i>	42
<i>Action 3 : Définir la mission, la vision et les valeurs du RUSSFNB et procéder à la planification stratégique.</i>	42
Objectif 3.2 : Mettre en place des structures inter-organisationnelles et des mécanismes officiels à l'appui du plan stratégique intégré du RUSSFNB	43
<i>Action 2 : Assurer la création d'infrastructures physiques qui faciliteront le partage de ressources et de matériels.....</i>	43
TABLEAU RÉCAPITULATIF – PLAN D'ACTION POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA MISSION UNIVERSITAIRE	46
TABLEAU RÉCAPITULATIF - RESSOURCES FINANCIÈRES NÉCESSAIRES.....	48
RÉFÉRENCES.....	51
ANNEXE I : DESCRIPTION DES UNITÉS CLINIQUES APPRENANTES	53

PARTIE I: CONTEXTE ACTUEL ET EXERCICE DE PLANIFICATION

L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE AU RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ : BREF HISTORIQUE

Les établissements de santé du Réseau de santé Vitalité participent depuis longtemps à la formation des cliniciens et des professionnels de la santé francophones au Nouveau-Brunswick (N.-B.). Il compte deux affiliations universitaires majeures : la première avec l'Université de Sherbrooke, afin de supporter le programme de formation médicale délocalisée du Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick (CFMNB), ainsi que les activités cliniques exigées par ce programme qui se déroulent principalement au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont (CHUDGLD); et la deuxième avec l'Université de Moncton, afin d'améliorer et consolider les différentes expertises en matière de recherche et de formation en santé.

Le 14 septembre 2010, l'Hôpital régional Dr-Georges-L.-Dumont a été désigné comme Centre hospitalier universitaire par le gouvernement provincial du N.-B. Le CHUDGLD est le premier établissement de santé au N.-B. à obtenir cette désignation. Cette désignation a également été accompagnée par les désignations de 3 Centres hospitaliers affiliés universitaires (CHAU) : Hôpital régional d'Edmundston, Hôpital régional de Campbellton et Hôpital régional Chaleur.

La désignation universitaire confère au Réseau de santé Vitalité, via son CHU et ses CHAU, des responsabilités spécifiques pour lesquelles il est imputable. Il doit répondre à certaines exigences pour réaliser sa mission universitaire, notamment en matière d'excellence, de masses critiques de soins et de services spécialisés, d'activités de recherche et d'activités d'enseignement. Pour répondre à ces exigences, le Réseau doit fournir des conditions de travail qui favorisent l'adhésion à la mission universitaire ainsi que l'attraction et la rétention de médecins et autres professionnels hautement qualifiés.

La mise en place d'éléments structurants pour le développement d'une mission universitaire

La venue du programme de formation médicale prédoctorale délocalisée à Moncton a été accompagnée par l'attribution de numéros de pratique médicale additionnels afin d'assurer la nouvelle charge d'enseignement préclinique et de supervision clinique d'externe. Au total, le CHUDGLD a recruté 18 nouveaux médecins dans différentes spécialités médicales.

Avec la désignation universitaire, le Réseau de santé Vitalité a obtenu du Ministère de la santé du N.-B. un financement de trois millions de dollars sur une période de cinq ans afin de supporter et faciliter la recherche et la formation dans ses établissements. Dans une

lettre au Président du Conseil d'administration de Réseau de santé Vitalité en 2011, la Ministre de la santé à l'époque, Mme Madeleine Dubé, réitère qu'au-delà du financement octroyé par le Ministère, le Réseau de santé Vitalité doit miser sur les partenariats avec des institutions académiques et de recherche pour développer sa propre capacité de recherche et le financement de celle-ci.

De plus, le Ministère de la santé « reconnaît à la Régie, un rôle de rassembleur des forces vives du milieu et des institutions vers la recherche en santé. En particulier, la Régie doit positionner la recherche au cœur des besoins de santé de la population, par le développement de créneaux de recherche en s'appuyant sur les services cliniques, l'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé. »

Le secteur de la formation et de la recherche, avec son Bureau d'appui à la recherche régional (BARR), est créé en 2011 afin de supporter la mission universitaire du Réseau de santé Vitalité. Le BARR a comme mandat de fournir des services de soutien aux différentes étapes de la recherche menée dans tout le Réseau de santé Vitalité, en facilitant : la recherche de financement; l'élaboration du projet de recherche; la communication avec le Bureau régional de l'éthique et le Comité d'éthique de la recherche; la réalisation du projet (collectes de données); l'analyse et l'interprétation des données; la rédaction et la publication.

La priorité du BARR est de soutenir les cliniciens, les professionnels de la santé et les gestionnaires du Réseau de santé Vitalité qui mènent des activités de recherche. Le BARR représente également la porte d'entrée pour tous les chercheurs provenant de l'extérieur qui désirent mener des projets de recherche dans nos établissements ou collaborer avec des membres de notre personnel pour développer des initiatives de recherche. Le BARR constitue l'interface entre la recherche et la clinique et est donc le facilitateur par excellence de collaborations entre les scientifiques et les cliniciens.

En 2013, le Réseau de santé Vitalité continue ses efforts envers la réalisation de sa mission universitaire avec la création d'un comité du Conseil d'administration dédié à la recherche et la formation. Ce comité, nommé le *Comité stratégique de la recherche et la formation* a demandé au Secteur de la formation et de la recherche de procéder à un exercice de planification stratégique pour la période 2014-2017, qui fut accepté par le Conseil d'administration en novembre 2014.

Cette planification stratégique visait surtout à élaborer des objectifs spécifiques pour assurer la viabilité et la pérennité de la recherche au Réseau de santé Vitalité, et ce en adressant des enjeux importants : 1) le besoin d'officialiser et d'opérationnaliser la structure de recherche; 2) le manque d'espaces ou d'infrastructures dédiés à la recherche au Réseau de santé Vitalité; 3) le manque de temps des cliniciens et professionnels de la santé pour mener des activités de recherche; 4) le besoin de développer une culture de recherche au sein de l'organisation. Cependant, des changements importants au niveau de la gestion de la recherche et de la haute administration du Réseau de santé Vitalité, ainsi

que des coupures des ressources humaines en 2013, ont freiné les élans du Secteur de la formation et de la recherche et on réduit de façon significative ses activités jusqu'à l'automne 2015.

La réorganisation administrative du Réseau de santé Vitalité en 2016 fut un point tournant pour le secteur de la formation et la recherche, avec la création du poste de vice-président – services médicaux, formation et recherche. Un plan d'action découlant de la planification stratégique 2014-2017 fut élaboré (Annexe : *Plan d'action recherche et formation 2016-2018*) afin de solidifier et optimiser la structure et les acquis actuels du secteur de la formation et la recherche. Plusieurs éléments de ce plan d'action sont déjà complétés ou en voie de l'être.

LE RÔLE DU CHU ET DES CHAU AU RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ

Le CHU est le partenaire privilégié des universités et il assume la majorité des activités de formation dans les disciplines reliées à la santé. Il est également le premier site de concentration de la recherche en santé. Les services ultraspecialisés et provinciaux y sont majoritairement concentrés alors que les services de 1ère et 2e lignes y sont présents pour une clientèle résidant à proximité de l'établissement. Le CHU doit développer plusieurs domaines d'excellence auxquels se rattachent les programmes de formation et les axes de recherche. Il doit assumer un leadership important par rapport à l'évaluation des technologies, des interventions et des pratiques en santé. On doit y retrouver un nombre important de professeurs et de chercheurs ainsi que des plateaux technologiques et les plateformes de recherche importants.

Le Réseau de santé Vitalité reconnaît l'hôpital G.L. Dumont comme son chef de file pour le déploiement et l'intégration des quatre volets qui composent la mission universitaire. Il reconnaît également que les autres établissements du Réseau participent activement et de façon importante à l'enseignement et mènent de plus en plus d'activités de recherche. Tous les établissements du Réseau contribueront à la réalisation de la mission universitaire du Réseau de santé Vitalité selon leur(s) domaine(s) d'excellence.

Dans le futur, les appellations CHU et CHAU seront remplacées par le Réseau universitaire et ses établissements tertiaires, secondaires et primaires.

Les quatre volets de la mission universitaire

1) Les soins ultraspecialisés :

De façon générale, l'hôpital G.L. Dumont doit avoir une vocation suprarégionale et provinciale pour l'offre de services tertiaires spécialisés et ultraspecialisés. Ces services sont ceux qui touchent des problèmes de santé complexes et peu fréquents tels que des

services de chirurgie spécialisés, des soins intensifs spécialisés, l'oncologie etc. Ces soins requièrent une expertise médicale spécialisée et parfois plus rare ainsi qu'un plateau technique de pointe. Ils font, la plupart du temps, l'objet de protocoles de recherche. Ces services sont regroupés dans les hôpitaux universitaires pour conserver une masse critique de patients et d'expertise et pour assurer le maintien des compétences des médecins spécialistes.

L'hôpital G.L. Dumont offre des services de santé de base et des soins spécialisés et tertiaires (plus complexes) à l'aide d'une technologie de pointe. Il offre des services dans les deux langues officielles. C'est un centre de référence provincial pour ses services hautement spécialisés. L'hôpital G.L. Dumont est particulièrement spécialisé en oncologie avec le Centre d'oncologie Dr-Léon-Richard et les multiples cliniques sous-spécialisées qui s'y retrouvent. Il héberge également le *Programme provincial de phénylcétonurie*, *Centre de coordination du dépistage des troubles métaboliques chez les nouveau-nés* et le *Centre d'excellence en trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale*.

L'hôpital G.L. Dumont est également reconnu pour son expertise en médecine de laboratoire. On y retrouve le *Laboratoire de diagnostic moléculaire et séquençage* qui offre des services de diagnostic clinique via une plateforme de séquençage de nouvelle génération à la fine pointe de la technologie. De plus, le *Laboratoire de microbiologie de l'hôpital G.L. Dumont* est le plus grand laboratoire de microbiologie médicale au N.-B. Notamment, on y retrouve le *Centre de référence diagnostique de virologie du N.-B.*, le *Laboratoire pour le don d'organes*, *l'Équipe du plan d'aide du Canada en cas d'urgence* portant sur le transport au pays d'agents pathogènes extrêmement dangereux, le *Laboratoire de référence provinciale pour les bacilles Gram négatif ultra et pan-résistants* et *Laboratoire de mycologie et de parasitologie microscopique* pour le réseau de santé Vitalité.

Les autres établissements du Réseau de santé Vitalité sont principalement responsables d'offrir des soins primaires et secondaires aux populations qu'ils desservent. Cependant, certains d'eux offrent également des services tertiaires provinciaux. Le Centre hospitalier Restigouche à Campbellton offre des services spécialisés en santé mentale dont des services de réadaptation psychiatrique allant de moyen à long terme, des services de consultation aux personnes qui souffrent de problèmes psychiatriques complexes ou d'autres maladies connexes, des services de psychiatrie légale et des soins aux personnes qui ont obtenu un verdict de non-responsabilité criminelle en raison de troubles mentaux ou qui sont incapables de subir un procès. L'Hôpital régional Chaleur à Bathurst quant à lui héberge le *Programme de suivi des porteurs d'implants cochléaires du N.-B.*

2) L'enseignement :

Bien que l'hôpital G.L. Dumont soit le principal centre de formation pour l'ensemble des disciplines de la santé, une très grande proportion des stages est réalisée dans les autres établissements du Réseau de santé ayant des responsabilités d'enseignement. En médecine,

ce sont les stages de résidence dans les spécialités médicales qui sont réalisés en plus grande partie dans l'hôpital G.L. Dumont . Les stages en médecine familiale sont plus dispersés dans le Réseau (p.ex. Unité de médecine familiale). Il y a également des stagiaires de d'autres disciplines que la médecine, provenant de programmes universitaires et collégiaux, qui effectuent des stages de formation partout dans le Réseau.

La formation médicale

Le programme de formation médicale prédoctoral offert par le CFMNB nécessite une implication importante du corps médical qui pratique à l'hôpital G.L. Dumont et ailleurs dans le Réseau de santé Vitalité. Au total, 351 médecins du Réseau étaient impliqués dans la formation médicale prédoctorale pour l'année académique 2015-2016. Ces médecins ont un statut de professeur d'enseignement clinique (PEC) avec la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. Leurs responsabilités d'enseignement sont des activités pédagogiques générales (enseignement préclinique) et la supervision cliniques (externat). Au total, les médecins PEC du Réseau de santé Vitalité ont effectué 5 102 heures d'enseignement préclinique et 3 975 heures de supervision clinique au niveau de l'externat. Pour la formation médicale postdoctorale (programme de résidence en médecine de famille et certains stages obligatoires et facultatifs provenant d'autres spécialités médicales), un total de 6 720 heures de supervision cliniques fut assumé par des membres du corps médical du Réseau.

Stages de formation cliniques

Pendant l'année académique 2015-2016, un total de 1 866 stages de formation cliniques se sont déroulés dans les établissements de santé du Réseau de santé Vitalité (Figures 1). Les stages en soins infirmiers sont les plus nombreux, suivi des stages d'externat du programme de formation médicale et des stages cliniques pour les programmes de formations des autres professionnels de la santé.

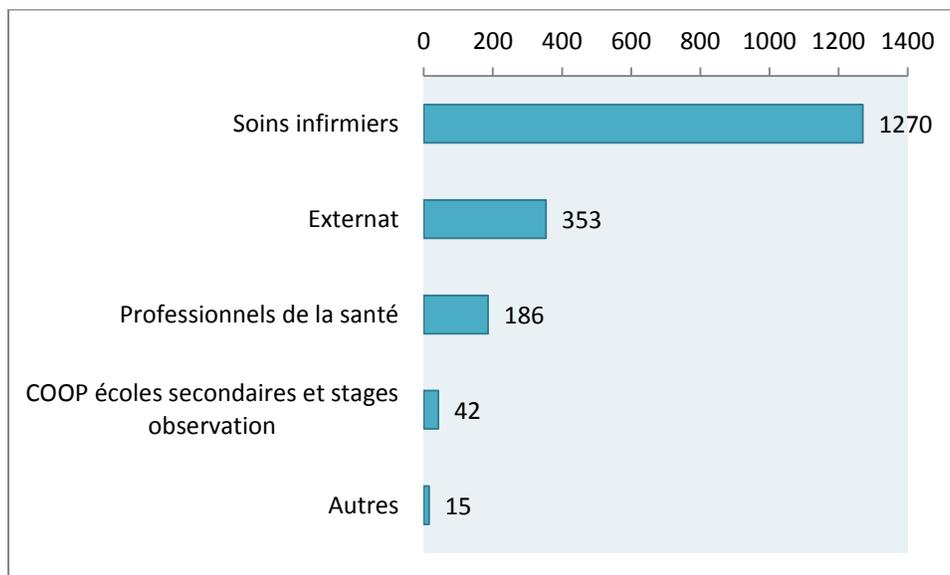


Figure 1 : Nombre de stages de formation clinique par types de programmes de formation pour l'année académique 2015-2016.

Plus de la moitié des stages de formation clinique se déroulent à l'hôpital G.L. Dumont (53%, Figure 2), quoiqu'une proportion importante des stages se déroule également dans la zone Acadie-Bathurst et la zone Nord-Ouest (surtout pour les soins infirmiers).

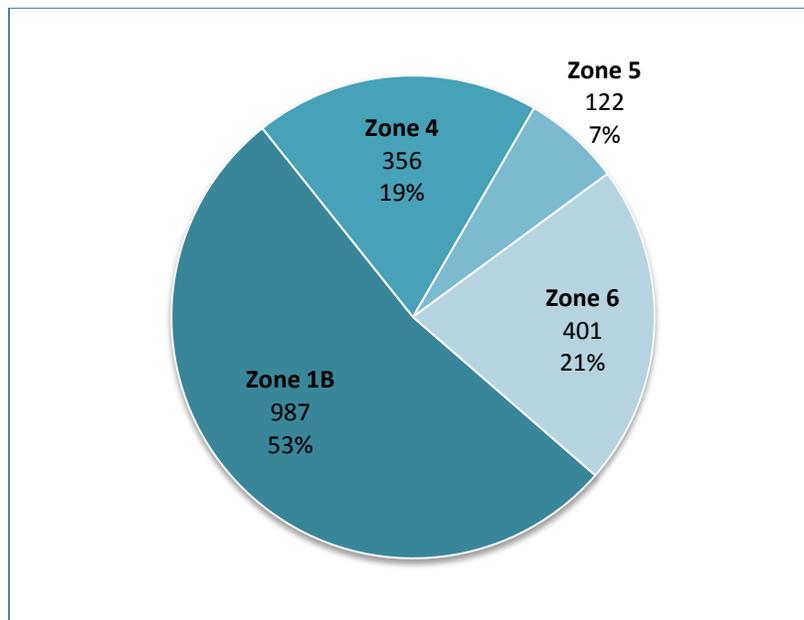


Figure 2 : Nombre de stages de formation clinique par zone pour l'année académique 2015-2016.

Pour ce qui est de la formation médicale postdoctorale, la plus grande majorité des résidents sont formés dans la zone Beauséjour (77%, Figure 3), ce qui s'explique par la présence du programme de formation postdoctorale en médecine de famille à l'Unité de médecine familiale de Dieppe, ainsi que par les stages provenant des autres spécialités médicales.

**Nombre d'ETP par zone de résidents
(médecine de famille et spécialités)
année académique 2015-2016**

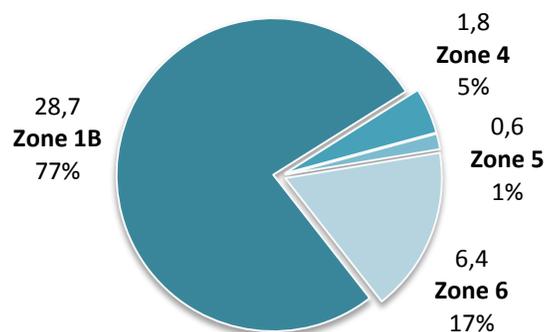


Figure 3 : Nombre d'ETP par zone de résidents (programme de formation médicale postdoctorale en médecine de famille et autres spécialités médicales) pour l'année académique 2015-2016.

3) La recherche :

La recherche clinique est définie comme étant toutes recherches réalisées sur des participants humains vivants, des cadavres, des restes humains, des tissus, des liquides organiques, des embryons, des fœtus ou des gamètes, ou utilisant des renseignements personnels contenus dans des dossiers médicaux, dont le but est d'améliorer les connaissances sur les maladies chez l'humain pour mieux comprendre comment les prévenir, les détecter et les traiter. La recherche clinique menée dans les hôpitaux universitaires comprend des études provenant du continuum complet de la recherche en santé : la recherche fondamentale, la recherche translationnelle, la recherche appliquée (incluant les essais cliniques) et la recherche évaluative. Les activités de recherche clinique translationnelle sont particulièrement préconisées, puisqu'elles permettent de transférer les résultats de la recherche en applications diagnostiques et thérapeutiques pour le patient. La recherche dans les hôpitaux universitaires optimise également l'organisation des soins de santé en informant la prise de décision. Elle améliore la qualité des soins aux patients et mène à des économies d'échelle au niveau du système de la santé.

Au Réseau de santé Vitalité, les chercheurs (cliniciens, professionnels de la santé, etc.) qui mènent des activités de recherche clinique sont rassemblés sous des thématiques de recherche clinique spécifique. Cette organisation a pour but de susciter l'engagement des chercheurs et de favoriser une synergie entre les activités de recherche et le milieu clinique. Les thématiques permettent également de rallier les chercheurs académiques provenant de nos institutions universitaires partenaires et fournissent un environnement de collaboration fertile pour la créativité scientifique et l'innovation. En plus de mener leur propre recherche, les chercheurs qui œuvrent dans les thématiques participent également dans des activités : de formation et d'appui à la recherche; de dissémination des découvertes auprès de la communauté scientifique et de transfert de connaissances pour le développement de pratiques cliniques basées sur des données probantes. Ces thématiques sont régionales et regroupent des chercheurs provenant de toutes les zones du Réseau de santé Vitalité. Cependant, la masse critique de chercheurs se retrouvent au CHUDLGD, et la grande majorité (au-dessus de 90%) des activités de recherche provenant des différentes thématiques de recherche clinique s'y déroule.

Les activités de recherche provenant des différentes thématiques sont appuyées via les différentes unités de soutien du Bureau d'appui à la recherche régionale (BARR).

Unité de soutien - essais cliniques :

Plusieurs cliniciens de Réseau de santé Vitalité participent régulièrement à des essais cliniques thérapeutiques multicentriques de phase II, III et IV. Ces essais sont le plus souvent commandités par des entreprises pharmaceutiques. L'unité de soutien des essais

cliniques du BARR est responsable de la gestion des essais cliniques commandités au Réseau de santé Vitalité, qui en 2016, représente 54% de la totalité des activités de recherche en cours. Il joue un rôle clé dans la mise en œuvre d'un essai clinique en effectuant :

- L'évaluation de faisabilité organisationnelle et financière;
- La révision et la négociation des contrats;
- La soumission éthique initiale.

L'unité de soutien des essais cliniques inclus du personnel hautement qualifié (infirmières de recherche, gestionnaires de données cliniques et des coordonnateurs de recherche) qui supporte le déroulement des essais cliniques selon les principes et règlements des *Bonnes pratiques cliniques* de Santé Canada. Le personnel impliqué effectue les tâches suivantes :

- Recrutement et consentement des patients;
- Examens et suivis cliniques exigés par le protocole d'essai clinique;
- Collecte et entrée de données cliniques;
- Maintien de la documentation relative à l'étude selon les normes réglementaires.

Unité de soutien – Évaluation en santé

Le but de la recherche évaluative en santé est d'optimiser la santé et le bien-être des patients par l'évaluation des interventions, l'application de pratiques innovantes et l'amélioration du système de santé. Ce type de recherche exploite souvent des banques de données cliniques, administratives ou socio-économiques en réalisant des analyses secondaires à partir de celles-ci. L'unité de soutien en évaluation en santé est impliqué à des activités reliées à des projets de recherche évaluative en santé, telles que :

- déterminer le but de l'évaluation;
- identifier les intervenants clé;
- former une équipe de travail;
- dresser, avec l'équipe, un tableau de travail (buts, objectifs spécifiques, indicateurs, sources, résultats attendus);
- organiser la collecte de données;
- analyse des résultats;
- rédaction d'un rapport d'évaluation avec recommandations.

Unité de soutien- Méthodologie et biostatistique

Le BARR supporte les chercheurs et cliniciens chercheurs à différentes étapes du processus de mise en œuvre d'un projet de recherche clinique maison, en passant de la conception de ce dernier jusqu'à la publication des résultats obtenus. Plus spécifiquement, l'unité de soutien – méthodologie et biostatistique offre, au travers d'un processus de consultation, du soutien pour:

- identifier la problématique à étudier;
- développer les questions de recherche;
- établir le but et les objectifs spécifiques du projet de recherche clinique;
- déterminer le devis de recherche ou la méthodologie appropriée;
- recruter des patients ou faire la collecte de données;
- analyser les données;
- assurer le transfert des connaissances à la fin du projet de recherche.

Unité de soutien- Biobanque

Le BARR travail présentement, en collaboration avec l'IARC, à la mise en œuvre d'une la biobanque tumorale institutionnelle au CHUDGLD. Cette collection d'échantillons de tumeurs et de données provenant des patients suivis au sein du CHUDGLD permettra de façon préférentielle aux équipes de recherches du N.-B. de progresser dans l'acquisition de connaissances sur les mécanismes biologiques et moléculaires qui se produisent dans les cellules cancéreuses. Cette biobanque permettra potentiellement d'offrir aux patients de meilleurs outils pour des dépistages précoces, des diagnostics affinés et des traitements ciblés. Elle permettra aussi de développer une recherche d'excellence dans le Canada atlantique et de maintenir une contribution importante dans le domaine de la recherche mondiale contre le cancer.

4) L'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé :

Les technologies et les modes d'intervention en santé regroupent une panoplie de procédures et d'interventions, allant des instruments ou dispositifs médicaux aux différentes modalités de prestation et d'organisation des soins et services de santé. L'évaluation touche à trois dimensions fondamentales : les effets sur la santé, les effets sur les coûts et les effets sur les valeurs. L'évaluation suit une séquence logique d'interrogations qui va du plus étroit au plus global, en commençant par la sécurité intrinsèque et la performance technique de la technologie, la nature et la probabilité des avantages et des risques pour la santé liés à son utilisation, les coûts de même que l'impact sanitaire, organisationnel et économique sur le système de santé.

Le Réseau de santé Vitalité mène déjà des activités d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé via ses activités d'essais cliniques thérapeutiques et certaines initiatives d'évaluation menées conjointement avec l'unité de soutien en évaluation en santé du BARR.

LES ENJEUX DE LA MISSION UNIVERSITAIRE AU RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ

Il existe des défis importants associés à l'éducation médicale distribuée (programme de formation médicale délocalisée) et par conséquent, l'utilisation croissante des hôpitaux régionaux et communautaires pour la formation et la recherche (Topps *et al.* 2010). Pour tout programme de médecine qui s'étend au-delà de son site de formation primaire, il faut considérer les enjeux suivants pour l'hôpital affilié :

- la culture institutionnelle;
- les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires;
- l'appui des activités d'éducation;
- l'appui à la recherche.

Le Réseau de santé Vitalité maintien de bonnes relations de travail avec ses partenaires universitaires (dont l'Université de Sherbrooke et l'Université de Moncton) et collabore étroitement avec ces derniers pour assurer le déroulement des activités de formation médicale et des autres programmes de formation clinique dans ses établissements. Il facilite également le déroulement d'activités de recherche menées par les cliniciens et professionnels de la santé ou par des chercheurs provenant de ses institutions partenaires, particulièrement l'IARC et l'Université de Moncton. Cependant, ces affiliations et partenariats que l'on considère vitaux, ne sont pas reflétés dans la structure organisationnelle du Réseau de santé Vitalité. La mission universitaire du Réseau de santé Vitalité n'est pas encore pleinement intégrée dans sa réalité et son identité organisationnelle. Afin de réaliser pleinement cette mission, elle doit se traduire dans notre façon de fonctionner à tous les niveaux de notre organisation, et ce jusqu'à la prestation des services de soins de santé à la population que l'on désert.

VERS L'ÉTABLISSEMENT D'UN *RÉEL* RÉSEAU DE SANTÉ UNIVERSITAIRE

Au printemps 2017, le Réseau de santé Vitalité a procédé au lancement de son plan stratégique 2017-2020 (Annexe 1 : *En route vers la modernisation et la transformation du système de santé*). Sept grandes orientations stratégiques furent identifiées, dont une orientation stratégique spécifique à la mission universitaire :

Orientations stratégiques

Orientations stratégiques 5 : Nous optimiserons la mission universitaire et la recherche.

Axe d'intervention :

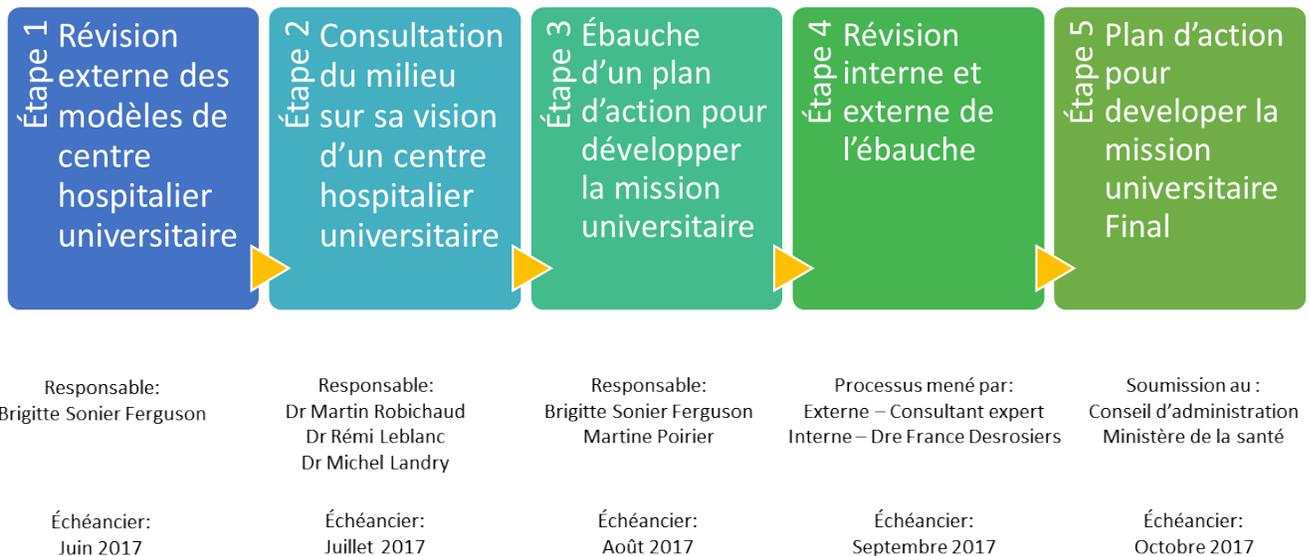
1. Développement de la mission universitaire et de la recherche du Réseau.

Résultats stratégiques :

1. Le plan de développement de la mission universitaire et de la recherche sera élaboré et approuvé.
2. Les ressources nécessaires pour la mise en œuvre du plan de développement du Centre hospitalier universitaire (CHU) et des Centres hospitaliers affiliés universitaires (CHAU) seront obtenues.
3. Le Centre de médecine de précision sera établi.
4. Le Programme postdoctoral en psychiatrie sera élaboré.
5. Les activités de recherche seront doublées.

Les moyens pour y arriver

Afin de réaliser l'orientation stratégique décrite ci-dessus, un groupe de travail sur le développement de la mission universitaire du Réseau de santé Vitalité fut créé. Ce groupe de travail a le mandat spécifique de définir, d'élaborer et d'établir un plan d'action pour assurer le développement et la mise en œuvre des quatre volets de la mission universitaire. Afin de réaliser son mandat, le comité a identifié les cinq grandes étapes suivantes pour atteindre ses objectifs :



Révision externe de modèles de Centres hospitaliers universitaires

Parmi les enjeux identifiés pour le développement de la mission universitaire au Réseau de santé Vitalité, la culture organisationnelle et l'académisation de cette dernière est probablement le défi le plus important de notre organisation. Nous avons effectué une revue exhaustive de la littérature sur les tendances actuelles à l'hôpital G.L. Dumont, au Canada et ailleurs, en plus de réviser les modèles de certains centres spécifiques qui furent sélectionnés selon leurs pertinences et les affiliations universitaires actuelles du Réseau de santé Vitalité.

Le Centres des sciences de la santé universitaires

En premier lieu, il faut considérer que le Réseau de santé universitaire Vitalité est en fait une composante organisationnelle de l'entité plus large qu'est le **Centre des sciences de la santé universitaires (CSSU)** (Sanfilippo *et al.* 2010). L'origine du CSSU date de plus d'un siècle avec l'ouverture du *Johns Hopkins Hospital* en 1889, qui fut un des premiers hôpitaux

à permettre aux étudiants en médecine d'être exposés aux patients hospitalisés, ainsi qu'à la recherche médicale menée dans l'établissement. Les partenariats entre les hôpitaux universitaires et les écoles de médecine ont continués d'évoluer au cours des années, mais la mission tripartite de l'hôpital universitaire a toujours persisté. La définition moderne du CSSU est une organisation qui combine une livraison de soins et services à des patients avec de la recherche et de la formation de haut calibre (Dzau *et al.* 2010). Cette organisation est composée d'un CHU qui est affilié à un programme de formation médicale et d'autres programmes de formation de professionnels de la santé, ainsi que la recherche que mènent ces derniers; ainsi que les hôpitaux et régions sanitaires affiliés qui fournissent les moyens matériels nécessaires pour la prestation des soins, la formation et la recherche (Wartman, 2007).

L'organisation et la gouvernance des CSSU

Historiquement, la plupart des CSSU se sont développés selon deux modèles organisationnels de base : 1) le modèle affiliatif où les composantes académiques et cliniques sont gouvernées par des entités de gouvernances différentes et 2) le modèle intégré où toutes les composantes du CSSU se rapportent à une unique entité de gouvernance. Il existe des CSSU qui ont adopté des structures organisationnelles intermédiaires, avec différents degrés d'intégration organisationnelle et fonctionnelle. Le modèle organisationnel affiliatif est celui que l'on retrouve dans tous les CSSU au Canada.

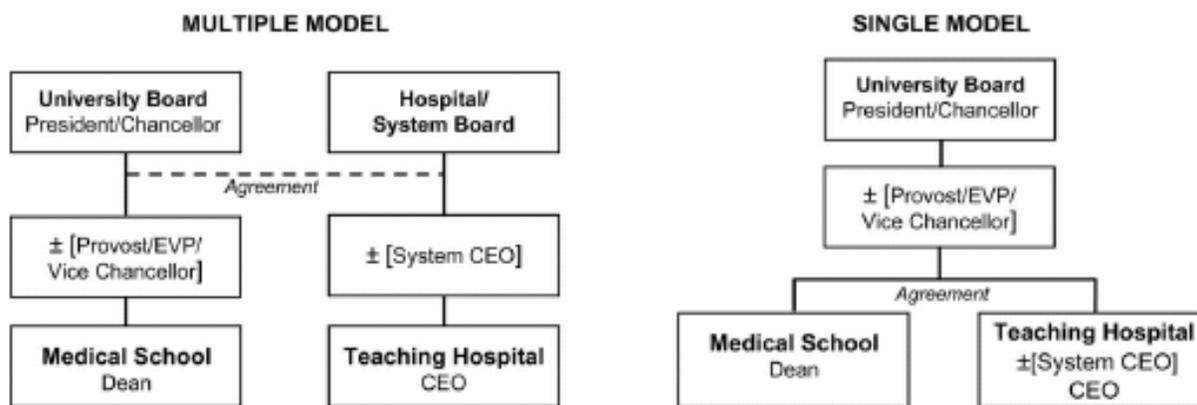


Figure 4 : Les deux modèles traditionnels de l'anatomie organisationnelle des CSSU. Figure tirée de Wietecha *et al.* 2009).

Au-delà du niveau d'intégration au niveau organisationnel, c'est le niveau d'intégration fonctionnelle entre les entités formant le CSSU qui dictera le succès de ce dernier (Barrett, 2008). L'intégration fonctionnelle est le degré d'alignement et de synergie tant au niveau de la gouvernance qu'au niveau opérationnel entre les visions, les missions et les plans stratégiques des éléments cliniques et académiques du CSSU. Elle est surtout caractérisée par la transparence entre les organisations qui forment le CSSU et l'atteinte d'objectifs

communs, malgré que ces organisations demeurent des entités légales distinctes et indépendantes. La création d'équipes inter-organisationnelles partageant des objectifs communs assure le succès mutuel des organisations.

Les CSSU au Canada

Au Canada, un groupe de travail national sur l'avenir des CSSU au pays a produit un important rapport intitulé *Trois missions, un seul avenir : Optimiser le rendement des Centres des sciences de la santé universitaires du Canada* (Lozon et al. 2010). Le groupe de travail avait comme mandat d'acquiescer une meilleure compréhension des rôles et des missions de ces centres au niveau national et international, de leur gouvernance ainsi que les enjeux et obstacles à lesquelles les CSSU font face pour arriver à leur mission tripartite. Cet exercice avait pour but d'émettre des recommandations afin d'assurer la continuité et l'évolution des CSSU au Canada. Dès le début du rapport, le groupe de travail note la variabilité importante parmi les CSSU au pays, en disant que « ... lorsque vous avez vu un CSSU, vous n'avez vu qu'un seul CSSU. ». Ils arrivent tout de même à proposer la définition suivante pour les CSSU au Canada : « ... les CSSU sont des institutions de santé universitaires affiliées à des universités auxquelles sont attachées des écoles préparant aux professions de la santé, y compris une école de médecine. En partenariat avec l'Université, le rôle du CSSU consiste dans la formation des professionnels de la santé dans un contexte de soins cliniques, la dispensation des soins cliniques (soins tertiaires et quaternaires spécialisés, particulièrement complexes) et l'exécution de recherche qui continuera à améliorer la santé et les soins de santé. » (Lozon et Fox, 2002).

Avec les changements rapides au sein des systèmes de santé (phénomène de régionalisation des systèmes de santé au travers les provinces canadiennes) et dans la formation médicale (modèles d'enseignement répartis et création de campus satellites pour l'offre de programme de formation médicale délocalisée), le groupe de travail propose l'évolution des CSSU en Réseau des sciences de la santé universitaires (RUSS). Cette nouvelle appellation reflète mieux la nouvelle réalité des CSSU, qui font maintenant partie de régies régionales de santé regroupant plusieurs établissements de soins de santé et plus qu'une université de sciences de la santé (Lauzon et al. 2010). Selon cette définition, le Canada compterait actuellement 17 RUSS gravitant autour de chacune des écoles de médecines universitaires du pays et d'au moins un hôpital universitaire d'affilié.

La gouvernance des RUSS varie selon la province. Le fait que la santé et la formation relève de deux ministères différents ne facilite pas le mandat universitaire des RUSS, d'autant plus que la recherche relève de différentes entités dans les gouvernements provinciaux de différentes provinces (Bressler et al. 2009). À ce jour, la gouvernance des RUSS relève principalement du système de santé provincial mais est assumé par différent niveau du système selon la province (Ministère de la santé, Réseau de santé provincial, Régie de santé régionale, hôpital). La représentation universitaire au sein de la gouvernance des RUSS varie également d'une province à l'autre.

La plupart des RUSS au pays se retrouvent en Ontario et au Québec et sont principalement localisés dans les grands centres urbains, près des universités qui offrent les programmes de formation médicale et les grands centres de recherche. Cependant, la venue de l'éducation médicale distribuée au Canada force les hôpitaux régionaux et communautaires à adopter une mission universitaire et à se tailler une place dans la structure du RUSS associé à l'école de médecine universitaire (Topps *et al.* 2010). Depuis 2005, certaines facultés de médecine canadienne ont institué 12 campus régionaux qui offrent des programmes complets de formation médicale délocalisée, dont l'Université de Sherbrooke qui a deux campus délocalisés pour la formation médicale depuis 2006 (Chicoutimi et Moncton) (Kondro *et al.* 2006; Bressler *et al.* 2009).

L'intégration des éléments de la mission universitaire au sein du RUSS est d'autant plus importante avec les nouvelles réalités de régionalisation des systèmes de santé et de l'éducation médicale distribuée. Au Canada, cette intégration se fait à plusieurs niveaux dans différentes provinces par le biais de mécanismes formels et définis ou d'autres structures *ad hoc* ou informelles (Bressler *et al.* 2010). L'attribution d'affiliations universitaires à certains dirigeants clés des réseaux de santé ou des hôpitaux universitaires représente une étape cruciale à l'intégration de la mission universitaire dans le milieu hospitalier. La création de comité d'affiliation entre les dirigeants des universités et des réseaux de santé s'avère également essentielle pour assurer des échanges réguliers et un alignement en termes de la mission universitaire en santé.

Consultation du milieu sur sa vision d'un Centre hospitalier universitaire

Un premier niveau de consultation générale a eu lieu lors d'une réunion spéciale de l'Organisation du personnel médical local de la Zone Beauséjour en février 2017. Une activité de réflexion fut organisée par le *Centre de formation médicale du N.-B.* en collaboration avec le programme de formation médicale francophone du N.-B, l'Unité de médecine familiale du Grand Moncton et le Réseau de santé Vitalité. Cette activité visait à :

- Partager de l'information à propos de la formation médicale en français au N.-B. – Retour sur le passé et vision d'avenir
- Identifier les besoins en matière de formation du corps médical
- Explorer des pistes de solutions pour améliorer la préparation des étudiants à la résidence et des résidents à la pratique
- Identifier des besoins, opportunités, priorités et pistes de solutions en matière du rôle de la formation médicale dans l'accomplissement de la mission universitaire du CHUDGLD

Les personnes présentes ont été assignées à des groupes dès leur arrivée. Suite à une présentation portant sur la formation médicale en français au N.-B., les groupes ont discutés pendant 20 minutes de chacun des trois thèmes identifiés à l'avance. Un facilitateur et une personne en charge de la prise de notes ont animé les discussions et noté les idées véhiculées par chaque groupe. Les participants ont par la suite identifié les idées jugées prioritaires pour chaque thème et pour l'ensemble des thèmes. Au total, 82 personnes ont participé à l'activité. Voici les priorités qui furent identifiées pour le thème sur l'identification des besoins dans l'accomplissement de la mission universitaire à l'hôpital G.L. Dumont:

1. Gestion locale de l'hôpital G.L. Dumont pour favoriser le développement (administration locale, définir de façon explicite les rôles et responsabilités de la mission universitaire, gestion des numéros de pratique afin de tenir compte des responsabilités d'enseignement et de recherche, élargir les services cliniques, etc.);
2. Prioriser la recherche/ culture de la recherche (assurer du temps protégé pour la recherche, recrutement de clinicien-chercheur ciblé pour des expertises particulières, financement, etc.);
3. Recherche pendant la formation médicale (établir des contacts avec les chercheurs, collaboration accrue avec Université de Moncton, etc.);
4. Une structure organisationnelle unifiante qui intègre les partenaires en formation et recherche, avec l'identification des axes ou pôles de recherche;
5. Augmenter le rayonnement de l'hôpital G.L. Dumont en matière de recherche (publications, subventions, etc.);
6. Développer et augmenter l'offre de stages de spécialités en formation postdoctorale médicale (résidence);
7. Augmenter le rayonnement de l'hôpital G.L. Dumont en matière de qualité de soins spécialisés/surspécialisés (financement de la mission universitaire devrait différer des autres hôpitaux; l'hôpital G.L. Dumont devrait être le chef de file; établir des corridors de transfert de soins avec les autres hôpitaux du Réseau et le Réseau de santé Horizon;
8. Rendre la mission universitaire plus explicite à l'hôpital G.L. Dumont (communication interne, panneau interactif, etc.);
9. Partenariat avec l'Université de Moncton pour faciliter la nomination de cliniciens comme professeurs associés.

Suite à cette activité, une révision interne, des départements et services médicaux actuels à l'hôpital G.L. Dumont, a été menée par quelques membres du groupe de travail sur le développement de la mission universitaire (Dr Martin Robichaud, Dr Rémi Leblanc, Dr Michel Landry, Martine Poirier et Brigitte Sonier Ferguson). Les membres en procédèrent initialement via un recensement général et informel des différents acquis en soins spécialisés/surspécialisés, de formation et de recherche au sein des départements et services médicaux. Un questionnaire fut également circulé auprès du personnel médical de

l'hôpital G.L. Dumont afin déterminer de façon plus spécifique la vision des différents départements et services médicaux par rapport à la mission universitaire et afin de mieux identifier les priorités de développements de ces derniers. Finalement, les membres ont rencontrés certains des départements et services pour valider l'information recueillie.

Ébauche d'un plan d'action pour développer la mission universitaire – processus de révision interne et externe avec consultant expert

Suite à la révision externe des modèles et au processus de consultation mené à l'interne de l'hôpital G.L. Dumont, un ébauche du plan d'action fut rédigé. La rédaction du plan fut menée par deux membres du groupe de travail sur le développement de la mission universitaire (Brigitte Sonier Ferguson et Martine Poirier). Tout au long de la rédaction, des révisions intermédiaires du document furent effectuées par les membres du groupe afin de s'assurer que le contenu reflète la position et la vision du groupe par rapport au développement de la mission universitaire. Une version quasi-finale du plan d'action fut également révisée par les membres du Comité stratégique de la recherche et de la formation, un comité découlant du conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité. De plus, le groupe de travail a fait appel à l'avis d'experts afin de valider les différentes étapes de développement qui furent identifiées et de s'assurer de la conformité des différents éléments du plan (structure, modèle de gouvernance, etc.) avec les autres institutions comparable au Canada. Deux experts furent sélectionnés et contactés de par leurs bagages de connaissance et leurs expériences exhaustives dans le milieu académique et clinique en santé : Dr Paul Hébert, directeur de département de médecine interne au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et co-responsable du Carrefour de l'innovation et de l'évaluation en santé au Centre de recherche du CHUM; Dr Denis Prud'homme, vice-président associé à la recherche et le directeur scientifique de l'Institut de recherche de l'Hôpital Montfort à Ottawa. Ces experts furent interpellés pendant la rédaction pour leur avis et ont révisé et commenté le plan d'action final.

PARTIE II : PLAN D'ACTION

Une récente étude intitulée « *Vers le triple objectif visant une meilleure santé, de meilleurs soins et une meilleure valeur pour les Canadiens : transformer les régions en systèmes de santé à rendement élevé* » publié en mars 2016 (Bergevin *et al.* 2016) a évalué l'impact du phénomène de régionalisation des systèmes de santé au travers le Canada. Les principales conclusions de l'étude se résument ainsi : « *Le triple objectif... mieux qu'avant, mais variables et partiels...* ». Malgré que la régionalisation des systèmes de santé ait mené à certaines améliorations en termes de la santé, des soins et de la valeur, une clarification des rôles et responsabilités et une meilleure intégration régionale des systèmes sont préconisés. Les auteurs proposent la vision suivante pour les systèmes de santé régionalisés dans le futur pour l'atteinte du triple objectif :



Figure 5 : Une vision pour les systèmes de santé régionalisés à rendement élevé au Canada (tiré de Bergevin *et al.* 2016)

Plus spécifiquement, les sept améliorations suivantes sont proposées pour matérialiser la vision proposée :

1. Gérer les systèmes de santé régionalisés intégrés en tant que programmes de santé axés sur les résultats pour les transformer en systèmes de santé à rendement élevé
2. Renforcer la promotion du bien-être, la santé publique et l'action intersectorielle pour la santé afin d'aborder efficacement les déterminants sociaux de la santé
3. Assurer un accès rapide aux soins de santé primaires personnalisés, aux soins de santé familiale et aux services de proximité

4. Demander aux médecins de contribuer à la gouvernance et au leadership en milieu clinique, partager avec eux la responsabilité des résultats et les faire participer aux changements requis liés à leur contrat et rémunération
5. Mobiliser les citoyens pour qu'ils prennent en main leur propre santé et contribuent à leur système de santé
6. Améliorer les systèmes d'information sur la santé, accélérer le déploiement des dossiers de santé électroniques et veiller à leur interopérabilité avec les systèmes d'information sur la santé
7. Favoriser une culture d'excellence, d'apprentissage, d'innovation et de recherche et encourager l'adaptation pour une amélioration continue de la qualité

Le plan d'action proposé par le groupe de travail sur le développement de la mission universitaire du Réseau de santé Vitalité est aligné avec la vision proposée par Bergevin *et al.* Nous sommes de l'avis que qu'une meilleur intégration des volets de la mission universitaire dans la réalité organisationnelle et opérationnelle du Réseau mènera au meilleur rendement de ce dernier en terme de la santé de la population qu'il désert, de la qualité des soins qu'il livre et pour une meilleur valeur.

Afin d'assurer le développement et l'optimisation de la mission universitaire au sein du Réseau de santé Vitalité, le groupe de travail juge prioritaire que le Réseau doit se doter de mécanismes et de stratégies pour favoriser l'intégration de la mission universitaire dans son identité organisationnelle, afin d'instaurer une culture d'amélioration continue et d'organisation apprenante. Le Réseau doit donc miser sur l'épanouissement et le rayonnement de l'hôpital G.L. Dumont , pour ensuite promouvoir le développement de la mission universitaire dans ses autres établissements. Par lui suite, le Réseau de santé Vitalité doit se doter de ressources pour assurer la viabilité et la pérennité de sa vocation universitaire. Finalement, un alignement du Réseau avec ses partenaires universitaires sera primordial. La mise en place d'infrastructures organisationnelles et physiques entre les partenaires qui faciliteront le déroulement des activités relatives à la mission universitaire sera également importante. Nous proposons ainsi trois grands objectifs stratégiques, chacun comportant des objectifs plus spécifiques, ainsi que les moyens par lesquels ces derniers seront atteints. Les 3 objectifs stratégiques sont :

- 1- Intégrer la mission universitaire dans l'identité organisationnelle du Réseau de santé Vitalité : devenir une organisation apprenante :
- 2- Assurer la viabilité et la pérennité de la mission universitaire
- 3- Créer le Réseau universitaire des sciences de la santé francophone du N.-B.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 1 : INTÉGRER LA MISSION UNIVERSITAIRE DANS L'IDENTITÉ ORGANISATIONNELLE DU RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ : DEVENIR UNE ORGANISATION APPRENANTE

« S'il n'étudie pas, le sage devient sot ; en étudiant, le sot devient sage... Étudie comme si l'étude jamais ne te suffisait, comme si tu pouvais passer à côté de quelque chose » Confucius (551-479BC)

Selon Garvin (1993), une organisation apprenante est « *une organisation capable de créer, acquérir et transférer de la connaissance et de modifier son comportement pour refléter de nouvelles connaissances* ». Cette définition, qui prend racine du monde de la gestion des affaires, reflète la réalité organisationnelle d'un hôpital universitaire qui réalise pleinement les quatre volets de sa mission universitaire : un établissement qui offre des soins de santé spécialisés de haute qualité qui sont basés sur les résultats découlant de la recherche clinique et qui crée un environnement propice à l'apprentissage et le transfert des connaissances dans un esprit d'amélioration continue.

L'adoption d'une culture d'amélioration continue est incontournable pour le Réseau. Un élément souligné par l'équipe d'Agrément Canada qui a rendu visite au Réseau en Juin 2017 est le besoin de l'organisme à « *...mobiliser les intervenants et les usagers et à soutenir le développement d'une culture de mesure des résultats.* » (Rapport d'Agrément, Réseau de santé Vitalité, visite du 18 au 23 juin 2017). **Le Réseau doit donc voir à l'intégration de la vocation universitaire à tous les niveaux de son organisation et dans toutes les sphères de ses activités cliniques.**

Le groupe de travail est d'avis que le Réseau de santé Vitalité doit miser sur le développement de l'hôpital G.L. Dumont afin que ce dernier devienne le chef de file des soins spécialisés/ultraspécialisés, de la formation, de la recherche et de l'évaluation non seulement au sein du réseau, mais au N.-B. L'établissement de bases solides pour la mission universitaire à l'hôpital G.L. Dumont facilitera le développement des autres établissements par la création de corridors de transfert pour la livraison de soins spécialisés/ultraspécialisés, par la création d'unités cliniques apprenantes régionales, par le transfert des connaissances et l'application de pratiques basées sur des données probantes et l'augmentation de la capacité d'accueil pour la formation médicale et des autres professions en santé.

Objectif spécifique 1.1 : Assurer une direction solide de la mission universitaire au sein du Réseau de santé Vitalité

Une activité de consultation du corps médical de l'hôpital G.L. Dumont a révélé le désir véritable de voir l'hôpital G.L. Dumont s'épanouir via le développement de la mission universitaire du Réseau. Les médecins veulent également s'assurer du rayonnement de

l'hôpital G.L. Dumont de par la qualité de ses soins et ses activités de formation et de recherche. Cet objectif spécifique et les actions proposées pour l'atteindre tiennent compte des différents thèmes et éléments jugés prioritaires par le corps médical de l'hôpital G.L. Dumont .

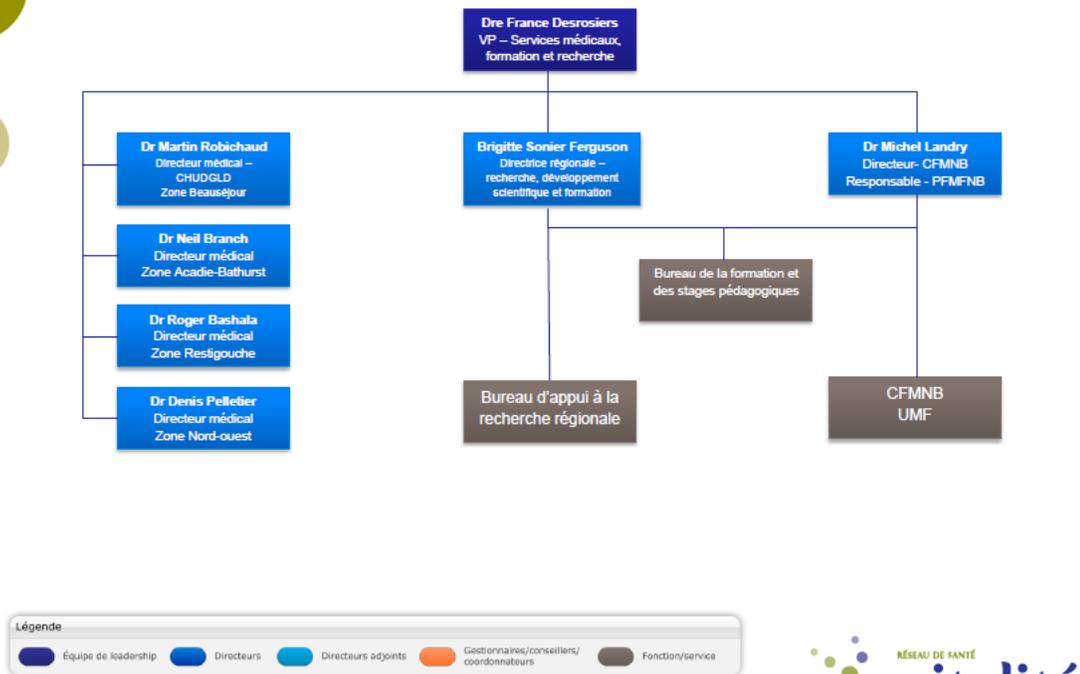
Action 1 : Intégrer le responsable de formation médicale dans la structure organisationnelle du secteur des services médicaux, de la formation et la recherche du Réseau de santé Vitalité

Nous proposons d'intégrer le responsable de la formation médicale de façon explicite dans la structure organisationnelle du secteur des services médicaux, de la formation et la recherche, à l'image du programme de formation médicale délocalisée de l'Université de Sherbrooke à Saguenay au Québec. Cette intégration permettra un meilleur arrimage entre le programme de formation médicale et le Réseau de santé Vitalité et favorisera le développement des programmes de formation postdoctorale en médecine. De plus, cette intégration répondra au désir exprimé par le corps médical de l'hôpital G.L. Dumont, de voir une structure organisationnelle unifiante pour les différents volets de la mission universitaire. Cette intégration n'aura pas d'impact sur les opérations quotidiennes du CFMNB et des activités de recherche qui lui sont propres. Le but est surtout d'assurer un alignement des objectifs et des ressources nécessaires puisque les deux entités sont interdépendantes. Nous proposons donc la structure suivante (Figure 6) pour le secteur des services médicaux, de la formation et la recherche.

Action 2 : Former l'équipe-conseil de la mission universitaire du Réseau de santé Vitalité.

La vice-présidente des services médicaux, formation et recherche, le directeur médical de la zone Beauséjour, la directrice régionale – recherche, développement scientifique et formation et le doyen associé – FMSSUS/directeur du CFMNB et le président du comité de direction scientifique (qui sera décrit plus loin), formeront l'équipe-conseil de la mission universitaire du Réseau de santé Vitalité. Le mandat de cette équipe est d'agir en tant qu'expert-conseil auprès de l'équipe de leadership du Réseau de santé Vitalité sur tout dossier qui pourrait avoir un impact sur la mission universitaire du réseau. La mission universitaire doit devenir explicite à tous les niveaux organisationnels et doit être considéré dans toutes planifications et prise de décisions (d'infrastructure et d'espaces, de services cliniques, etc.) au sein du réseau.

Services médicaux, formation et recherche



Septembre 2017



Figure 6 : Organisation du secteur des services médicaux, de la formation et la recherche au Réseau de santé Vitalité.

L'équipe sera également responsable de promouvoir la mission universitaire et le changement de culture au niveau de l'organisation. Elle devra mener le processus de transformation de l'identité du Réseau de santé Vitalité, d'une organisation qui avait comme seule vocation initiale, la prestation des services de santé et de soins, en celle d'une organisation qui offre des soins de première ligne de la plus haute qualité, qui forme les futures cliniciens et professionnels de la santé et qui valorise les activités et les résultats de recherche pour l'établissement de pratiques cliniques exemplaires dans une culture d'amélioration continue.

L'équipe-conseil de la mission universitaire sera également responsable d'engager toutes les zones du Réseau de santé Vitalité et de favoriser leurs développements. Elle travaillera pour optimiser la contribution de tous, à la réalisation de la mission universitaire du Réseau de santé Vitalité, en les appuyant dans leurs activités d'enseignement et de recherche et en favorisant le développement de services cliniques spécialisés/ultraspécialisés selon leur(s) domaine(s) d'excellence. L'équipe assurera la création de corridors de transfert de soins spécialisés et facilitera le transfert des connaissances et d'expertise découlant de la recherche entre les établissements.

Action 3 : Modifier les règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité afin que le Comité stratégique de la recherche et de la formation devienne un comité permanent du conseil.

Malgré qu'il existe déjà depuis plusieurs années, le Comité stratégique de la recherche et de la formation n'est pas reconnu comme un comité permanent du conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité. Afin d'assurer sa permanence, des démarches seront entreprises pour modifier le statut du Comité stratégique de la recherche et de la formation au sein des règlements administratifs du réseau. De plus, une demande de modification de la composition du comité afin d'inclure le directeur médicale du CHUDGLD et l'éventuel président de comité de direction scientifique, ce qui assurera la présence complète de l'équipe-conseil de la mission universitaire au comité stratégique.

Objectif spécifique 1.2 : Favoriser la mise en place de services de soins de santé innovateurs et intégrés, qui incorpore les activités d'enseignement, la recherche, l'évaluation et l'application des connaissances au Réseau de santé Vitalité.

C'est l'intégration des soins aux patients, de l'enseignement et de la recherche qui définit la mission d'un Réseau universitaire. Cette intégration doit se refléter jusqu'à la livraison des services et soins de santé. Le Réseau de santé Vitalité doit favoriser la mise place de services de soins de santé innovateurs et de qualité qui amélioreront l'état de santé des patients et de la population. **Le groupe de travail propose que les médecins doivent jouer un rôle plus actif à titre de dirigeants des services cliniques intégrant les activités d'enseignement et de recherche et assumant la responsabilité de leurs résultats.** Nous proposons que les médecins de l'hôpital G.L. Dumont soient les chefs de file pour améliorer la qualité des services et pour atteindre l'excellence clinique par le développement de réseaux cliniques apprenants et stratégiques qui sont centrés sur le patient, au sein d'une région et entre les régions du Réseau de santé Vitalité.

Action 1 : Créer les Unités cliniques apprenantes régionales.

Afin de susciter l'engagement du corps médical dans le développement de la mission universitaire du Réseau de santé Vitalité en entier, nous proposons la création **d'unités cliniques apprenantes régionales.** Ces unités seraient composées d'une ou plusieurs spécialités médicales, de professionnels de la santé, de gestionnaires des services cliniques et de chercheurs (du Réseau de santé de Vitalité et des différents partenaires universitaires et institutions de recherche).

Ces unités représentent des entités organisationnelles uniques et innovantes. L'objectif principal de l'unité clinique apprenante régionale est d'offrir des services de santé de qualité qui sont centrés sur le patient et basés sur des données probantes, dans un environnement qui:

- Priorise l'établissement de pratiques cliniques exemplaires ;
- Promouvoit l'innovation ;
- Préconise une culture de mesure et d'amélioration continue ;
- Favorise la formation d'une relève en santé compétente et hautement qualifiée.

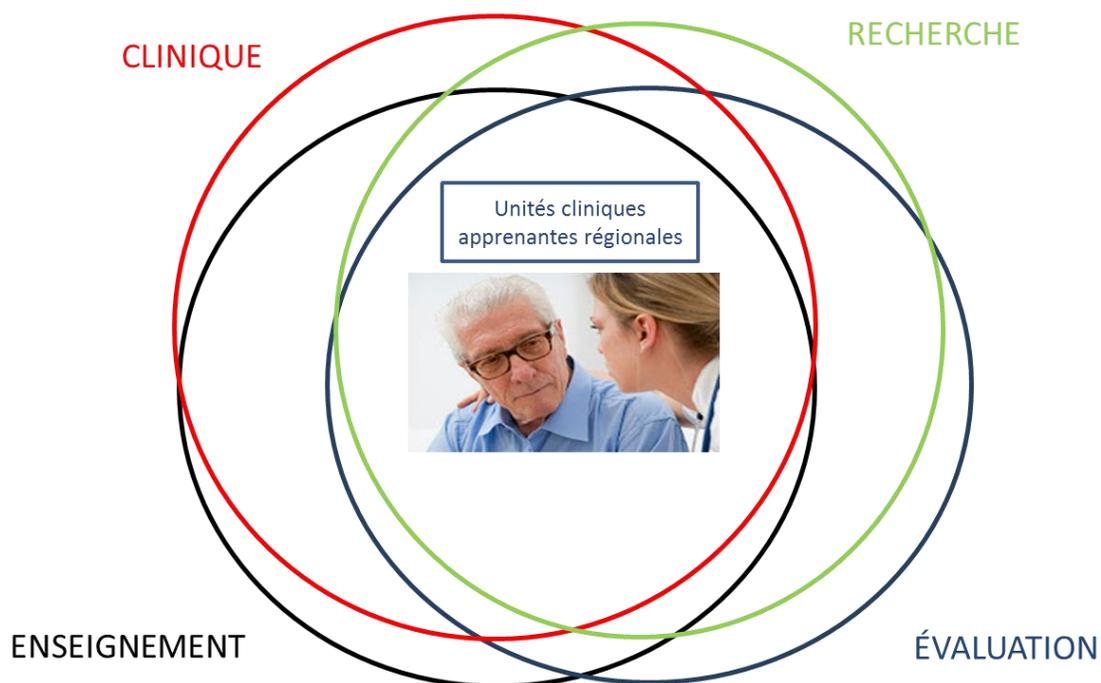


Figure 7 : Le concept de l'unité clinique apprenante régionale (figure tirée et modifiée d'une présentation du Dr Paul Hébert sur les Réseaux apprenants).

Nous proposons que les unités cliniques apprenantes régionales soient créées autour de thématiques en santé pour laquelle il existe déjà une expertise clinique spécialisées et un certain volume d'activités de recherche clinique et de formation au Réseau de santé Vitalité, tout en considérant l'expertise en recherche en santé de nos partenaires universitaires. C'est ainsi que nous proposons l'établissement des sept unités cliniques apprenantes suivantes :

- Cancer
- Infection, immunité, inflammation et douleur
- Maladies chroniques
- Neurosciences

- Santé des enfants et des adolescents
- Santé et maladie mentale
- Santé primaire et des populations

La gouvernance de chaque unité clinique apprenante sera assurée par un chef d'unité, soit un médecin qui en plus d'exceller en clinique, mène des activités de recherche et est impliqué dans l'enseignement médical (un médecin qui a le statut de professeur d'enseignement clinique avec la FMSSUS). Chaque unité devra s'établir des objectifs stratégiques et de développement pour les volets cliniques, recherche, enseignement et amélioration continue. Les unités cliniques apprenantes auront également une responsabilité sociale envers les patients et la population qu'elles soignent. L'avis de ces derniers sera donc sollicité dans l'établissement des objectifs de l'unité afin de s'assurer que le patient demeure au centre des activités. Finalement, les unités cliniques apprenantes pourront profiter du soutien du Bureau d'appui à la recherche régional, du Bureau de la formation et des stages pédagogiques et du Service de qualité et d'amélioration de la performance et des soins médicaux du Réseau de santé Vitalité pour l'atteinte de leurs objectifs.

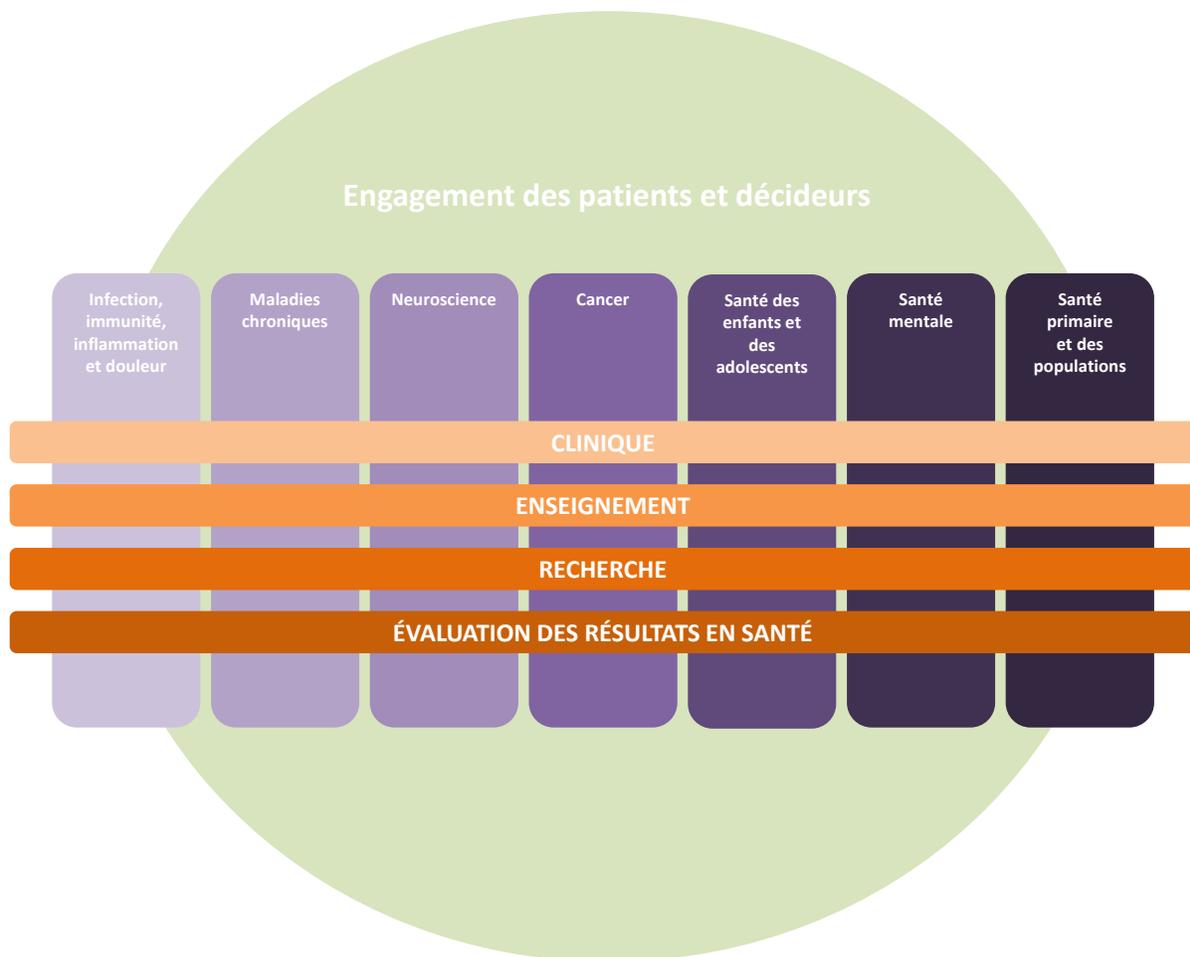


Figure 8 : Les unités cliniques apprenantes régionales.

Les chefs des unités cliniques apprenantes régionales auront les responsabilités suivantes par rapport aux activités de recherche de leur unité :

- Établir, avec les chercheurs de son Unité, le programme scientifique ;
- Promouvoir la collaboration entre :
 - Les chercheurs de son Unité ;
 - Les chercheurs universitaires membres de l'unité avec le milieu clinique associés à leur spécialité;
 - Les chercheurs des autres Unités.
- Veiller à la qualité de la production scientifique de son Unité ;
- Coordonner les efforts pour assurer le financement de la recherche de son Unité ;
- Veiller au respect :
 - Du Cadre réglementaire sur l'organisation et le fonctionnement de la recherche au Réseau de santé Vitalité ;
 - Des lois et pratiques exemplaires en recherche.
- Représenter son Unité clinique apprenantes au Comité de direction scientifique.

Le comité de direction scientifique a pour mandat de s'assurer de l'excellence en recherche au Réseau de santé Vitalité en conseillant le directeur régional – recherche, développement scientifique et formation notamment sur la programmation scientifique et les orientations stratégiques en recherche et en veillant sur la productivité scientifique des Unités cliniques apprenantes régionales.

Plus spécifiquement, le comité formule des recommandations sur :

- L'évaluation du rendement scientifique et la désignation des chercheurs membres des unités cliniques apprenantes régionales au Réseau de santé Vitalité ;
- La création, le maintien, les changements ou l'abolition d'Unités cliniques apprenantes ;
- L'évaluation interne des demandes de subventions et d'initiatives de recherche d'envergure.

Le comité agit également comme interface de communication entre le directeur régional – recherche, développement scientifique et formation et les chercheurs membres des Unités cliniques apprenantes.

Action 2 : Établir et prioriser les objectifs stratégiques et de développement des unités cliniques apprenantes régionales.

La responsabilité d'établir les objectifs stratégiques en matière de développement clinique, d'enseignement, de recherche et d'amélioration continue relève ultimement des unités cliniques apprenantes. Cependant, le groupe de travail à tout de même cru bon décrire les activités et initiatives existantes et actuellement en développement (Annexe I : *Description des unités cliniques apprenantes*). Le processus de consultation du corps médical de l'hôpital G.L. Dumont a permis d'identifier des priorités en termes de développement pour certaines unités. Celles-ci seront décrites ci-dessous. Il est important de souligner, quoique les descriptions des activités et initiatives actuelles et des priorités de développement découle principalement de l'hôpital G.L. Dumont, **la vision pour les unités cliniques apprenantes est qu'elles soient d'une envergure régionale et qu'elles incluent des cliniciens, des professionnels de la santé et des chercheurs provenant de tous les établissements de santé du Réseau de santé Vitalité.** Un exercice de planification et de priorisation d'objectifs de développement pour la mission universitaire auprès des autres établissements sera mené prochainement.

1. PRIORITÉS DE DÉVELOPPEMENT CLINIQUES SPÉCIALISÉES ET SURSPÉCIALISÉES

Service provincial de génétique médicale

La génétique médicale étudie les effets de variations génétiques sur le développement humain et la santé. Le généticien doit avoir des connaissances générales en génétique, doit connaître les différentes maladies génétiques affectant tous les systèmes du corps humain et doit être en mesure de fournir du counseling génétique.

Le généticien fait habituellement partie d'une équipe multidisciplinaire qui procure une expertise spécifique de la génétique médicale tel : la dysmorphologie, les erreurs du métabolisme, le diagnostic prénatal, la tératologie, les troubles du développement, le retard mental, etc. De plus, le généticien procure du counseling au patient et aux familles lorsqu'une condition génétique est diagnostiquée. Les tâches les plus communément effectuées par les généticiens incluent:

- Le counseling auprès de familles qui ont une histoire médicale en lien avec une maladie génétique;
- Le diagnostic de syndromes avec malformations congénitales, habituellement chez les enfants;
- Le diagnostic prénatal (les anormalités chromosomiques ou les malformations reliées au fœtus);
- Le diagnostic de syndromes avec malformations héréditaires;

- L'identification d'une contribution génétique chez les patients avec déficience mentale.

La génétique médicale s'applique également à la pédiatrie, à l'oncologie, à la neuro-génétique, à la cardiologie, à l'ophtalmologie, aux conditions métaboliques héréditaires et aux désordres reliés aux tissus connectifs au Réseau de santé Vitalité (voir Annexe II : *Évaluation de besoins: Service provincial de génétique*). Des discussions sont en cours pour l'établissement d'un Service de génétique cardiaque à l'hôpital G.L. Dumont, pour le Réseau et la Province . Ce centre permettrait d'offrir une expertise unique et complète dans l'évaluation clinique des individus avec une maladie cardiovasculaire héréditaire (suspectée ou établie), l'évaluation génétique et conseil génétique pour les patients et les membres de leur famille et le traitement compréhensif des patients affectés par une maladie cardiovasculaire héréditaire.

Centre d'excellence en oncologie thoracique :

Les oncologues de l'hôpital G.L. Dumont remarquent, dans leur pratique, qu'il y a souvent des délais dans le diagnostic et la prise en charge des patients au travers du N.-B. par un expert en cancer du poumon (que ce soit les pneumologues, les chirurgiens ou les oncologues) par rapport à d'autres sites tumoraux (ex. le cancer du sein). Ceci engendre un impact sur le stade de la maladie, la qualité de vie et la survie des patients. Dans le passé, ils ont eu le même défi avec le cancer du sein, mais la formule des cliniques du sein qui se pratique dans la plupart des endroits dans la province maintenant, a permis de faire **des diagnostics plus précoces et débiter des traitements plus appropriés avec un impact sur le pronostic des patientes**. Un service provincial onco-thoracique semble être la meilleure solution pour remédier à ce problème (voir Annexe III: *Centre d'excellence provincial onco-thoracique au Nouveau-Brunswick*).

Les oncologues du Réseau de santé Vitalité sont aussi d'avis qu'afin d'offrir des soins adéquats, sécuritaires et de qualité chez les patients atteints de cancers thoraciques, il est essentiel d'avoir un centre d'excellence d'une forme ou d'une autre. L'approche doit être multidisciplinaire afin d'obtenir des résultats optimaux pour les patients. A l'heure actuelle, ceci n'est pas le cas pour certains patients qui sont référés en oncologie sans qu'il y ait consensus de traitement au diagnostic car les patients sont référés par différents médecins de différentes régions avec qui l'équipe du Centre d'oncologie a peu de communication.

Le partenariat formel entre le Centre d'oncologie Dr-Léon-Richard et un tel Service d'excellence est essentiel pour offrir les traitements optimaux des patients à toutes les phases de leur maladie (traitement néoadjuvant, adjuvant, radical curatif sans chirurgie et palliatifs), et ce en partenariat avec tous les intervenants disponibles.

Le succès du développement de nouvelles technologies comme le SBRT (Stereotaxic Body Radiotherapy) pour les cancers du poumon et certaines métastases dépend aussi de

l'existence d'un tel Centre d'excellence. Les oncologues tentent aussi bien que mal d'implanter cette nouvelle technologie au Centre d'oncologie depuis près de 3 ans mais une des lacunes est **le manque d'une certaine structure organisationnelle, tel un centre d'excellence en maladie thoracique, qui permettrait une approche multidisciplinaire et plus homogène**. Plusieurs groupes se sont penchés sur les exigences cliniques nécessaires au bon fonctionnement d'un programme de SBRT et l'une d'entre elle est celle d'avoir un forum clinique multidisciplinaire pour l'évaluation et la sélection des patients qui peuvent bénéficier de ce traitement. Ce traitement spécialisé devient de plus en plus un standard de traitement pour certaines situations cliniques mais n'est pas disponible encore au N.-B. Actuellement, les patients du Centre d'oncologie sont encore référés à l'Île-du-Prince-Édouard pour recevoir ce traitement spécialisé.

Le but du Centre d'excellence provincial onco-thoracique est d'offrir des soins complet, accessibles et en temps opportun pour le patient. Le service provincial onco-thoracique vise :

- diminuer les délais qui précèdent le diagnostic et le traitement;
- soutenir les patients;
- offrir un suivi adéquat à chaque étape du continuum de soins;
- faciliter la collaboration entre les services, les zones et les régions de santé ;
- dépister et de traiter les patients dans le meilleur délai possible ;
- offrir aux patients les services d'une équipe multidisciplinaires dans un milieu innovateur et intégré.

Plusieurs facteurs viennent renforcer le besoin d'un Centre provincial onco-thoracique. L'hôpital G.L. Dumont est l'emplacement préconisé vu :

- Masse critique de spécialiste (oncologues, pneumologues, chirurgie thoracique)
- Une équipe multidisciplinaire, qui compte des oncologues et des pneumologues, est déjà en place pour le cancer du poumon et offre des services bilingues à la population
- L'équipe de pneumologues de l'hôpital G.L. Dumont sont tous formés pour la technique EBUS
- Une clinique de tumeur pulmonaire y est active
- Le programme de stéréotaxie pour le cancer du poumon sera en place sous peu
- Le Centre de médecine de précision verra le jour en 2018, qui amène une prise en charge biomoléculaire plus complète du cancer du poumon
- Le nouveau bloc opératoire en place en 2020

Clinique d'oxygénothérapie hyperbare

L'hôpital G.L. Dumont compte instaurer une chambre d'oxygénothérapie hyperbare (voir Annexe IV : *Évaluation de besoins: Oxygénation hyperbare au Réseau de santé Vitalité*). Ce service est inexistant au N.-B. et permettrait aux néo-brunswickois d'accéder à ce traitement dans le cadre de certaines infections compliquées, notamment des plaies diabétiques et des ostéomyélites. D'autres conditions non infectieuses pourront aussi bénéficier de ce type de traitement, entre autres les intoxications au monoxyde de carbone et les radionécroses.

L'oxygénothérapie hyperbare est un traitement qui favorise la guérison de certains problèmes de santé, car elle envoie une concentration élevée d'oxygène rapidement et en profondeur dans les parties du corps affectées. Le patient est placé dans un caisson fermé à l'intérieur duquel on augmente la pression atmosphérique. Lorsque celle-ci atteint le niveau prescrit pour le traitement, on fait respirer de l'oxygène pur au patient pendant une période déterminée. Au Canada, l'efficacité de cette thérapie est reconnue pour traiter 13 états pathologiques, dont l'empoisonnement au monoxyde de carbone, les blessures telles que l'ulcère plantaire diabétique, les infections nécrosantes du tissu mou et les radionécroses.

Autres priorités de développement cliniques :

IRM cardiaque : une des cardiologues de l'hôpital G.L. Dumont, Dre Stéphanie Thébeau, est présentement en formation en vue d'obtenir son fellow en IRM cardiaque. L'acquisition d'un IRM cardiaque à l'hôpital G.L. Dumont est déjà incluse dans la planification.

Laboratoire de cathétérisme localisé à l'hôpital G.L. Dumont: depuis plusieurs années, des discussions ont lieu en termes de laboratoire de cathétérisme. L'obtention d'un laboratoire situé à l'hôpital G.L. Dumont a toujours été visée afin de mieux desservir l'ensemble de la population du Réseau de santé Vitalité. Des discussions devraient avoir lieu avec le Centre cardiaque du N.-B. situé à St-Jean pour mettre en place une collaboration dans l'éventualité qu'un laboratoire soit instauré à l'hôpital G.L. Dumont.

Clinique bariatrique : L'organisation mondiale de la santé considère que la chirurgie est le seul traitement efficace de l'obésité morbide, telle que définie par un IMC supérieur à 40, ou à 35 en présence de co-morbidités. La clinique bariatrique intervient principalement auprès d'une clientèle sur le plan des maladies cardiovasculaires, respiratoires et de celles reliées à l'obésité, en offrant des services et des programmes adaptés à leurs besoins. Les cardiologues ont démontré un intérêt à collaborer avec la Clinique bariatrique.

Médecine métabolique : Les maladies métaboliques empêchent la bonne transformation par l'organisme des sucres, des graisses et des protéines. Il peut s'agir par exemple d'un syndrome métabolique ou d'un diabète de type 1. Vu l'incidence élevée dans la population de problèmes métaboliques, le développement de cliniques en lien avec ces maladies

pourrait être bénéfiques pour la population. Les cliniques visées comprennent : *Clinique d'hypertension, Clinique de lipides, Clinique d'ostéoporose.*

Centre de prélèvement des dons d'organes : L'implantation d'un Centre de prélèvement des dons d'organe est une occasion extraordinaire de sauver plus de vies car il permet d'effectuer plus de prélèvements d'organes tout en réduisant l'attente pour les familles éprouvées. Présentement au N.-B., aucun centre de ce genre n'est en place. La mise en place d'un service de prélèvement provincial, en facilitant l'accès au service entre les zones, est préconisée.

Plasmaphérèse : Le service de médecine interne générale désire de se procurer une machine à dialyse pour effectuer la plasmaphérèse. La plasmaphérèse consiste à un retrait complet du sang dont le plasma sera prélevé tandis que tous les autres composants sanguins seront retournés au donneur. Une fois que le plasma a été retiré, le sang restant est renvoyé au patient avec un substitut du plasma, tel que l'albumine et de solution saline. Ce procédé est utilisé pour traiter un grand nombre de troubles immunitaires (p.ex. le syndrome pneumo-rénal de Goodpasture, la myasthénie grave, le syndrome de Guillain-Barré, le lupus). Elle est également utilisée pour traiter la macroglobulinémie de Waldenström (MW) avec hyperviscosité (augmentation de l'épaisseur du sang).

Programme de dépistage néonatal pour les maladies lysosomiales et peroxysomales : En collaboration avec les compagnies Sanofi Genzyme et Shire, une initiative en développement du département de neurologie de mettre sur pieds au CHUDGLD un programme de dépistage néonatal pour les maladies lysosomiales et peroxysomales.

Centre de Pédiatrie sociale en communauté : Le département est présentement dans un processus de développement d'un *Centre de pédiatrie sociale* selon le processus proposé par la Fondation Dr Gilles Julien au Québec. Une équipe de recherche de l'Université de Moncton évalue les étapes d'implantation, la fidélité du modèle, les interventions et les impacts sur une période de 5 à 10 ans. L'identification des communautés vulnérables (via le Conseil de la santé du N.-B.) fut effectuée. L'arrimage des orientations communautaires du Réseau de santé Vitalité, du Ministère de la santé du N.-B. et de la Convention des droits de l'enfant de Genève fut planifié.

Programme sur les commotions cérébrales : En collaboration avec le District scolaire francophone Sud (DSFS), un comité consultatif a développé une directive sur la prévention et la gestion des commotions cérébrales en milieu scolaire. Cette directive a notamment pour objectif d'assurer un retour aux apprentissages de l'élève en respectant les étapes du protocole de gestion des commotions cérébrales et de diminuer l'incidence de celles-ci en milieu scolaire.

Cette directive fut présentée au DSFS en novembre 2016. Trois écoles ont ensuite piloté la directive pendant six mois, soit de janvier à juin 2017. Elle sera implantée dans les 37 écoles du DSFS à partir de septembre 2017. La compilation des données reliées à l'implantation de la directive est effectuée par les écoles via la plateforme du portail RISCO.

Les données suivantes seront notamment recueillies : activités de prévention, cas rapportés par école/niveau, contexte, commotions soupçonnées, commotions diagnostiquées, étapes suivies du protocole.

2. PRIORITÉS DE DÉVELOPPEMENT EN ENSEIGNEMENT

Malgré que de nombreux cliniciens soient déjà impliqués dans la formation médicale, la création des unités cliniques apprenantes permettra aux activités de d'enseignement de se développer d'avantage par la création de nouveaux programmes de formations postdoctorales médicaux par exemple. Les unités cliniques apprenantes devront s'établir des objectifs en termes de développement de l'enseignement clinique et de la capacité d'accueil d'apprenant en clinique ou recherche. Nous décrivons brièvement les activités d'enseignement existantes pour les unités cliniques apprenantes dans l'Annexe I.

Développement d'un programme de résidence en psychiatrie

Excluant le département de médecine familiale, le département de psychiatrie est le département le plus actif au niveau de la formation médicale. Pendant l'année académique 2015-2016, le département a effectué 204.5 heures d'enseignement préclinique et un total de 960 heures de supervision clinique (stages d'externat et résidence).

Le Programme de formation médicale francophone du N.-B. (PFMFNB) a soumis une demande pour la délocalisation d'un programme postdoctoral de psychiatrie du Département de psychiatrie de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke (FMSSUS) au site de Moncton (voir Annexe V : *Mise en place d'un programme francophone de résidence de spécialité en psychiatrie au Nouveau-Brunswick*). Ce programme a comme mission première « *de former des psychiatres cliniciens, généralistes, polyvalents, capables de travailler de façon autonome* » et comme mission additionnelle « *de contribuer à la formation des futurs psychiatres francophones du Nouveau-Brunswick* ». Le programme désire accueillir deux résidents par année, qui pourraient être originaires du N.-B. ou du reste du pays, et qui seront formés localement par le Département de psychiatrie Beauséjour en collaboration avec le Département de psychiatrie de la FMSSUS et PFMFNB. À la suite de discussions tant avec la FMSSUS qu'avec le Ministère de la Santé du N.-B., la date cible de début du dit programme, si accepté, est définie au 1er juillet 2019.

3. PRIORITÉ DE DÉVELOPPEMENT EN RECHERCHE

Plusieurs activités de recherche cliniques sont déjà en cours dans le Réseau de santé Vitalité, particulièrement à l'hôpital G.L. Dumont (voir Annexe I). Par la création des unités cliniques apprenantes, il est attendu que la capacité de recherche au Réseau sera augmentée de par l'intégration d'expert en recherche en santé provenant de l'Université de

Moncton, de l'IARC et d'autres institutions de recherche ou universités le cas échéant. L'alignement des objectifs de recherche des unités cliniques apprenantes avec les objectifs cliniques favorisera le développement de projets de recherche clinique pertinent qui auront un impact directe sur la qualité des soins et la santé des patients.

Biobanque

Une biobanque est une collection d'échantillons humains et de leurs informations connexes. Les biobanques constituent une ressource importante pour faciliter la recherche sur la détermination des causes et des mécanismes de nombreuses maladies, en particulier celles qui sont largement répandues dans la population telles que les cancers. Grâce aux progrès constants dans la compréhension du génome humain, il est possible pour des équipes de recherche d'identifier de plus en plus de facteurs constituant des causes ou des prédispositions pour des maladies mais aussi d'identifier et de mettre en place de nouvelles thérapies ou tests diagnostiques. Le potentiel scientifique des échantillons biologiques et des données cliniques qui y sont associés peut être augmenté par la création d'une biobanque institutionnelle à l'hôpital G.L. Dumont. Une telle infrastructure permettra soutenir des activités de recherche innovantes et compétitives,, tout en protégeant les intérêts et l'anonymat des donneurs.

La stratégie du projet de biobanque sera de constituer des collections ciblées sur certains types de cancer (par exemple les cancers du poumon, du rein, du colon). Pour chaque patient qui acceptera de participer à la biobanque, nous collecterons simultanément des prélèvements tissulaires (issus de tissus restants de biopsies ou de résection de tumeur), de prélèvements sanguins et des informations connexes reliées aux types de cancer (type et durée du traitement). Avec l'arrivée du *Centre de médecine de précision du N.-B.*, la création d'une biobanque au sein de l'hôpital G.L. Dumont assurera un continuum entre le service clinique, la pathologie, la biobanque, la pathologie moléculaire et le développement de projets de recherche translationnelles et cliniques. Le projet de biobanque a reçu l'approbation du CÉR du Réseau de santé Vitalité et débutera à l'automne 2017.

Action 3 : Préconiser une culture de mesure des résultats et d'amélioration continue au sein des unités cliniques apprenantes.

Le développement d'une culture de mesure de résultats, d'amélioration continue et d'évaluation des pratiques est incontournable si nous voulons que la mission universitaire soit une réussite. Présentement, au Réseau de santé Vitalité, l'équipe du *Service de qualité et d'amélioration de la performance et des soins médicaux cliniques* et l'équipe du *Bureau d'appui à la recherche* sont des groupes pouvant aider et faciliter les Unités apprenantes dans leurs activités d'amélioration.

L'évaluation et la mesure des résultats sont des moyens utilisés pour conseiller les décideurs dans leurs choix de technologies et de modes d'intervention en santé, en basant la méthodologie sur les données probantes, les pratiques les plus efficaces dans le domaine de la santé et l'état des connaissances actuelles. **La diffusion des connaissances acquises au cours des évaluations est d'autant plus importante, tant au sein de la communauté du Réseau de santé Vitalité qu'à l'extérieur, contribuant ainsi à l'implantation d'une culture d'évaluation et d'innovation.**

Certaines activités où l'équipe de la Qualité et du Bureau d'appui à la recherche peuvent participer comme facilitateurs comptent, entre autres:

- Le processus permanent d'amélioration continue de la performance clinique;
- Le processus d'élaboration des tableaux de bord, permettant une évaluation critique et évolutive des secteurs d'activités cliniques;
- Proposer des pistes de solutions, par une analyse des données probantes et des lignes directrices cliniques, de même que des pratiques exemplaires.

**Toutes ces démarches sont réalisées en collaboration avec les gestionnaires administratifs et cliniques.*

L'évaluation de la performance clinico-économique - Dans le milieu hospitalier, il est important de participer à la mise en place de structures permettant l'évaluation critique et continue de la qualité et performance clinique. La synthèse des écrits vise à déterminer les meilleures pratiques et à alimenter les cibles d'amélioration de performance. L'analyse médico-économique est un outil permettant de valider les bénéfices, tout en dégageant une appréciation des coûts et des conséquences sur l'organisation ainsi que sur la population. L'évaluation de divers paramètres liés à la performance clinico-économique vise, par exemple, le coût-bénéfice, le coût-utilité, le rendement de l'investissement.

Le but ultime est que le réflexe de chacune des unités cliniques apprenante et d'inclure l'évaluation des résultats à toute activité clinique. L'évaluation, c'est non seulement se comparer à nos données de l'année précédente, mais c'est aussi se comparer à d'autres centres, à d'autres équipes, à des lignes directrices établies. L'évaluation permet de changer et d'améliorer des pratiques, ce qui mène ultimement à l'amélioration des soins prodigués au patient.

Priorité à développer :

Développer des collaborations : Une collaboration étroite devrait être développée entre le Bureau d'appui à la recherche et l'équipe de la Qualité du Réseau de santé Vitalité afin de subvenir aux besoins évaluatifs des unités cliniques apprenantes. Une collaboration doit également être développée entre ces deux équipes et les unités cliniques apprenantes. Ces unités pourront bénéficier de l'expertise et la collaboration avec le service de la recherche

pour développer des méthodologies solides servant à faciliter l'extraction de données cliniques et la création de bases de données efficaces.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 2 : ASSURER LA VIABILITÉ ET LA PÉRENNITÉ DE LA MISSION UNIVERSITAIRE

Cet objectif stratégique a pour but d'établir un modèle de financement adéquat pour la mission universitaire du Réseau de santé Vitalité, qui tient compte des frais directs et indirects associés à la formation médicale (et des autres professionnels de la santé) et la recherche, en plus du temps consacré par le corps médical dans les activités d'enseignement et de recherche.

Objectif spécifique 2.1 : Établir une formule de financement du Réseau de santé Vitalité qui reflète les coûts associés à sa mission universitaire.

Il est bien reconnu et démontré que la mission universitaire engendre des coûts additionnels aux hôpitaux qui font partie de RSSU. Ce différentiel est considéré dans le financement des hôpitaux universitaires au Canada par différents types de formules de régression selon la province, qui dérive un ajustement du financement en estimant le niveau d'activités de formation médicale (ratio du nombre de jours d'apprenant médical sur le nombre de jours d'hospitalisation de patients). Cependant, ces formules ne permettent pas quantifier de façon objective les différents facteurs qui affectent ces coûts. Deux études, dont une menée en Ontario par le *Council of Academic Hospitals of Ontario* (CAHO), estime que les coûts varient entre **19-28%** de plus pour les hôpitaux universitaires versus les hôpitaux non-universitaires (Flatt et al. 2006, Koenig et al. 2003). Cet écart peut être attribué à plusieurs facteurs :

- 1) La complexité des cas traités;
- 2) Une plus grande utilisation des ressources hospitalières (par exemple : service de laboratoire, service d'imagerie, occupation des lits, cliniques ambulatoires, etc.);
- 3) L'offre de services ultraspécialisés, qui exige l'adoption plus rapide de nouvelles technologies et une masse critique de cliniciens pour assurer le service;
- 4) Les ressources (directes et indirectes) nécessaires pour assurer la formation médicale;
- 5) L'infrastructure de soutien à la recherche.

Au N.-B., il n'existe pas d'ajustement au financement des hôpitaux pour tenir compte des activités reliées à la mission universitaire. Nous proposons qu'une analyse exhaustive de l'impact des activités reliées à la mission universitaire soit menée au Réseau de santé Vitalité, en se basant largement sur la méthodologie proposé par le l'étude de CAHO (Flatt

et al. 2006), ou toutes autres approches plus récentes et pertinentes. **Ces analyses permettraient au Ministère de la santé de réviser son modèle de financement des hôpitaux dans la province afin de tenir compte de la vocation universitaire de notre Réseau.**

Action 1 : Déterminer les coûts opérationnels d'infrastructure et de soutien hospitalier associé à la mission universitaire (coûts directs)

Les coûts opérationnels d'infrastructure représentent les coûts associés au soutien et à la maintenance des espaces physiques de l'hôpital universitaire qui sont dédiés à l'enseignement médical alors que les coûts associés au soutien hospitalier représentent les coûts associés au personnel, aux matériaux et aux services hospitaliers qui sont associés à la formation médicale. Via un sondage complété par trois hôpitaux universitaires en Ontario (*Sunnybrook and Women's college HSC, London HSC et l'Hôpital d'Ottawa*), l'analyse de CAHO a déterminé que les coûts opérationnels d'infrastructure et de soutien hospitalier associé à la mission universitaire était de 42 \$ par journée d'apprenant médical. En appliquant cette formule dans tous les hôpitaux universitaires membre de CAHO, il est estimé que ces coûts représentent en moyenne 1% des coûts d'opération totaux de ces hôpitaux (variant de 0.1% à 1.5%). Si on applique cette formule au CHUDGLD, nous obtenons les montants suivants :

	Journées d'apprenant médical (année académique 2015-2016)	Coûts estimés (Infrastructure et de soutien hospitalier pour la mission universitaire)	Budget d'opération (excluant le salaire des médecins, ainsi que les budgets d'opération du CFMNB, de l'UMF et du secteur de la formation et la recherche)	% des coûts d'opération
Hôpital G.L. Dumont	12 530	526 260 \$	186 636 350 \$	0.3 %

Les montants obtenus pour l'hôpital G.L. Dumont sont comparable aux montants estimés pour des hôpitaux universitaires similaires en Ontario (tels *L'Hôpital régional de Thunder Bay et l'Hôpital régional de Sudbury*) (Flatt et al. 2006). Cependant, ces montants représentent seulement une estimation. Nous proposons de mener la même analyse des coûts spécifiquement au Réseau de santé Vitalité, via l'utilisation du sondage de l'étude de CAHO pour déterminer le coût opérationnel d'infrastructure et de soutien hospitalier associé à la mission universitaire par journée d'apprenant médical.

Action 2 : Déterminer les coûts indirects de la mission universitaire relatifs au soin des patients

Plusieurs études démontrent l'impact de la formation médicale sur les coûts relatifs au soin des patients. La réalité des hôpitaux universitaires est que les soins qu'ils prodiguent coûtent plus cher que ceux provenant d'un hôpital non-universitaire. Les budgets pour la livraison des services et soins de santé dans ses hôpitaux doivent être ajustés pour tenir compte de cette réalité. L'analyse effectuée par CAHO afin de déterminer le différentiel entre les coûts des soins provenant des hôpitaux universitaires versus les hôpitaux non-universitaires a déterminé que celui-ci est de 18% (en contrôlant pour les groupes de maladies analogues). Si on applique ce pourcentage d'ajustement au budget attribué au CHUDGLD directement pour les soins aux patients (approximativement 163 911 786 \$), ceci pourrait représenter un coût additionnel d'approximativement **29.5 millions** de dollars pour lequel l'hôpital n'est pas directement financé.

Nous proposons que le Réseau de santé Vitalité entame des discussions avec le Ministère de la santé du Gouvernement du N.-B. afin d'inciter ce dernier à évaluer son modèle de financement des hôpitaux de la province pour prendre en considération la vocation universitaire du Réseau de santé Vitalité.

Objectif spécifique 2.2 : Développer des plans de pratique académique pour la rémunération des médecins membres des unités cliniques apprenantes

Avec la création des unités cliniques apprenantes, les modalités du contrat et de la rémunération des médecins devraient être modifiées afin de refléter cette nouvelle organisation. Les médecins membres des unités cliniques apprenantes seront appelés à faire un exercice de planification au sein de leur unité afin d'établir des objectifs communs en matière d'excellence clinique, de recherche, d'enseignement et d'amélioration continue. Ces derniers devront adopter une «*Approche coopérative*», soit une «*...mutualisation, solidarité, association, à travers un effort commun de performance clinique, académique et financière dans une perspective d'amélioration*» (Dr Paul Hébert, communication personnelle). Les médecins des unités cliniques apprenantes devront prioritairement s'identifier un projet commun à réaliser et déterminer les stratégies et les moyens par lesquels ils arriveront à sa réussite. Une planification cohérente alignée avec la mission universitaire du Réseau de santé Vitalité est de mise, avec un échéancier et des livrables qui sont réalistes et réalisables.

« Le plan de pratique constitue un outil qui permet de soutenir une approche coopérative de la pratique de la médecine académique en unissant les forces de production qualitatives et quantitatives des individus qui composent ce groupe. Il est un outil qui permet de soutenir la réalisation d'une vision d'excellence clinico-académique institutionnelle ainsi qu'un outil pour enrichir la planification de carrière pour les individus. Le mécanisme n'est pas la fin en soi, il

est le moyen que se donne un groupe pour réaliser ses objectifs collectifs et individuels au sein d'une institution. Il permet en outre au corps médical d'exercer un leadership d'influence constructif et mobilisant pour l'institution. » (Dr Paul Hébert, communication personnelle).

Action 1: Procéder à une évaluation des effectifs médicaux actuels afin d'assurer une adéquation des ressources pour assumer la mission universitaire.

La planification régionale des effectifs médicaux du Réseau de santé Vitalité a lieu annuellement, à l'intérieur du cycle de planification générale de l'organisation. Cette planification se base sur des outils qui tiennent compte des normes nationales en termes de ratio de médecin par 100 000 de population, de la programmation provinciale de certains services cliniques spécialisés, ainsi que de la charge d'enseignement préclinique et de supervision clinique attendue du corps médical par le CFMNB. Le Réseau de santé Vitalité, plus spécifiquement le CHUDGLD, a recruté 18 nouveaux médecins provenant de différentes spécialités médicales pour assurer cette charge d'enseignement. Malgré ces numéros de pratique additionnels, certains départements médicaux n'arrivent pas à assumer la charge clinique et l'enseignement. Notons qu'il existe une certaine iniquité avec le Réseau de santé Horizon en termes de nombre de numéro de pratique attribué pour l'enseignement médicale (**soit 27 positions pour le programme de formation médicale de Dalhousie University à Saint-Jean, qui accueille 30 étudiants par année, versus 18 positions pour le CFMNB qui accueille 24 étudiants par année**). Nous proposons que le Ministère de la santé adresse cette disparité entre les deux Réseaux.

Il faudra également considérer le temps dédié aux activités de recherche dans la planification des effectifs médicaux. De plus, la détermination d'un pourcentage d'ajustement afin d'établir une formule de financement des hôpitaux pour la mission universitaire (**objectif spécifique 2.1**) sera cruciale afin de considérer cet ajustement dans la planification des effectifs médicaux.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 3 : CRÉER LE RÉSEAU UNIVERSITAIRE DES SCIENCES DE LA SANTÉ FRANCOPHONE DU NOUVEAU-BRUNSWICK

« Notre défi est d'aller au-delà des égos organisationnels et de ce besoin inné de protéger les intérêts individuels. Ce n'est que lorsque l'on commencera à penser et à agir comme une seule entité que le réseau universitaire des centres des sciences de la santé dans notre collectivité sera un véritable succès... » (Tirée du rapport Trois mission, un seul avenir : optimiser le rendement des CSSU du Canada)

La revue de littérature des modèles d'hôpitaux universitaires a révélé qu'au Canada, la majorité des hôpitaux universitaires forment, avec les programmes de formation médicale et de professionnels de la santé et des universités avec lesquelles ils sont affiliés, des

Réseaux universitaires des sciences de la santé, ou RUSS. La création de telles entités est préconisée puisqu'elles assurent un alignement inter-organisationnel vers l'atteinte d'objectifs communs en matière de sciences de la santé. Des soins de santé centrés sur le patient doivent être livrés dans un environnement clinique intégré qui favorise : l'implémentation de pratiques cliniques exemplaires; la formation d'apprenant en médecine et autres professionnels de la santé; la conduite de recherche clinique sur différentes maladies ou épisodes de soins. Le Centre ou Réseau des sciences de la santé universitaire sera le chef de file dans la création de programmes cliniques intégrés. La création d'une telle entité au N.-B. permettra à notre province de mieux se positionner auprès des grands Centres et Réseaux de sciences de la santé universitaire au pays en terme de soins, de formation et de recherche clinique.

Nous proposons donc la création du *Réseau universitaire des sciences de la santé francophone du N.-B.* (RUSSFNB, Figure 9). Le RUSSFNB regrouperait le Réseau de santé Vitalité), la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke (FMSSUS, dont le programme de formation médicale délocalisé offert par le CFMNB), et l'Université de Moncton. La création du RUSSFNB assurera un meilleur alignement des missions et des visions des partenaires en misant sur une intégration fonctionnelle de leurs composantes. De plus, il favorisera la transformation des services de soins de santé au N.-B. vers la livraison de services cliniques intégrés, innovateurs et centrés sur le patient.

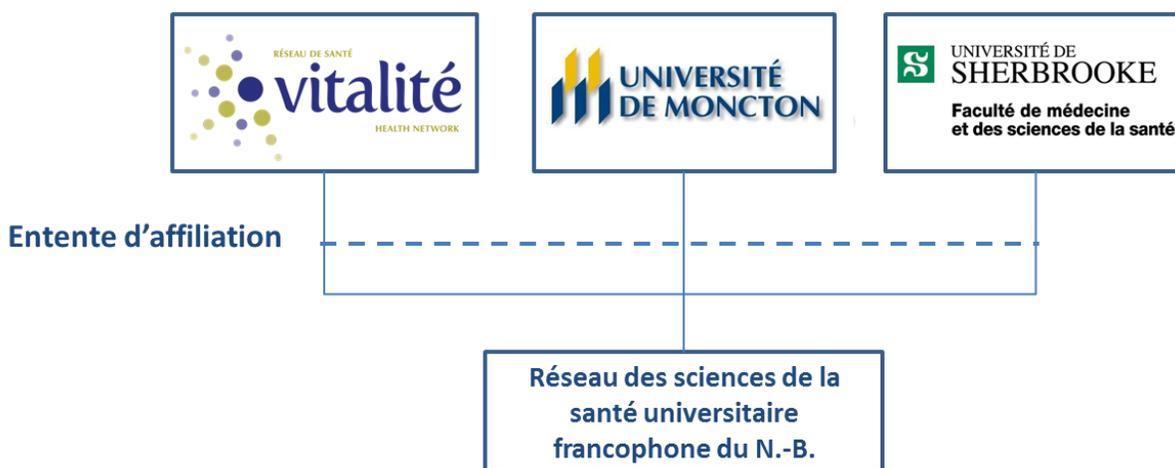


Figure 9 : Le Réseau universitaire des sciences de la santé francophone du N.-B.

Objectif spécifique 3.1 : Établir un modèle de gouvernance affiliatif entre les membres du RUSSFNB

Action 1 : Proposer et adopter une structure de gouvernance pour le RUSSFNB.

Nous proposons un modèle de gouvernance affiliatif pour le RUSSFNB (Figure 9). Ce modèle préconise un certain alignement entre les institutions membres, tout en permettant à ces dernières de maintenir un niveau important d'indépendance par rapport à leur propre structure de gouvernance et leurs opérations quotidiennes. De plus, le modèle affiliatif favorise une intégration fonctionnelle entre les institutions du centre, en facilitant la création d'infrastructures communes et en permettant la mise en œuvre de mécanismes et de structures opérationnelles afin de regrouper et maximiser les ressources de chaque partenaire en matière de recherche et de formation.

Une entente d'affiliation entre les trois institutions partenaires sera de mise. Cette entente devrait stipuler que chaque entité maintient son indépendance organisationnelle, mais s'engage à établir des objectifs communs en ce qui a trait la recherche en santé (particulièrement la recherche clinique) et la formation en santé, dans le but d'améliorer la santé de la population du N.-B. Un comité de gouvernance du RUSSFNB sera établi afin d'assurer un alignement des institutions partenaires vers la réalisation de leur mission respective et commune.

Action 2 : Établir le Comité de gouvernance du RUSSFNB.

Le Comité de gouvernance du RUSSFNB sera composé de la Vice-présidence – Services médicaux, formation et recherche du Réseau de santé Vitalité, du Vice-recteur à l'enseignement et la recherche de l'Université de Moncton et du Doyen associé au Campus de Moncton de la FMSSUS. Le Comité de gouvernance aura la lourde tâche d'articuler la raison d'être du RUSSFNB et de la traduire dans une mission puissante et convaincante, qui saura rallier les institutions partenaires vers un but ultime. Il devra établir son mandat en définissant les paramètres de gouvernance et le pouvoir décisionnel du RUSSFNB comme entité unique dans le but d'assurer l'imputabilité et la transparence des institutions membres. L'identification d'objectifs communs, ainsi que la priorisation de ces derniers seront également primordiaux. Finalement, le Comité de gouvernance devra également miser sur les opportunités de collaboration déjà en cours et les opportunités éventuelles afin de faciliter le partage de ressources et de matériaux entre les institutions.

Action 3 : Définir la mission, la vision et les valeurs du RUSSFNB et procéder à la planification stratégique.

Nous proposons que le Comité de gouvernance du RUSSFNB mène une évaluation de la culture organisationnelle de chaque institution respective afin de déterminer les visions, les valeurs et les attitudes des différentes organisations et d'arrimer ces dernières vers la création d'une mission et d'une vision commune pour assurer le développement des sciences de la santé. Un exercice de planification stratégique pour le RUSSFNB sera également de mise afin d'établir des objectifs stratégiques réalisables et mesurables afin de

démontrer l'impact de la création du RUSSFNB sur l'économie du savoir, la capacité de recherche et de formation en santé et la qualité des soins de santé qui y seront prodigués.

Objectif 3.2 : Mettre en place des structures inter-organisationnelles et des mécanismes officiels à l'appui du plan stratégique intégré du RUSSFNB

Action 1 : Élaborer des politiques et procédures pour la gestion de ressources communes

Afin d'assurer une planification et une gestion plus efficace des activités et des ressources en lien avec la réalisation du plan stratégique qui sera développé pour le RUSSFNB, il sera nécessaire d'élaborer des politiques et procédures concertées. Les responsabilités de chaque partenaire devront être clairement établies dans la mise en œuvre de ces politiques afin de faciliter l'échange d'information et la prise de décision par rapport aux objectifs stratégiques communs. Au niveau des opérations quotidiennes, les procédures opérationnelles normalisées pour la gestion de ressources humaines et matérielles communes évitera le dédoublement d'effectifs et des économies d'échelle.

Action 2 : Assurer la création d'infrastructures physiques qui faciliteront le partage de ressources et de matériels

Le Centre de médecine de précision du N.-B. (CMPNB)

La pratique médicale vit présentement un changement de paradigme majeur. L'utilisation d'outils diagnostiques et d'options thérapeutiques conventionnelles pour soigner nos patients sont de plus en plus remplacés par des méthodes diagnostiques et des traitements taillés sur mesure qui tiennent compte du profil moléculaire de chaque individu. La variation génétique est la base même de la médecine de précision. Ce modèle de soins de santé incorpore et intègre l'information provenant du génome, du microbiome et de l'environnement du patient afin de mieux dépister, diagnostiquer et traiter différentes pathologies.

De par sa nature, la médecine de précision relie étroitement la recherche et la pratique clinique. Le nouveau Centre de médecine de précision du N.-B., qui est présentement en construction sur le terrain de l'hôpital G.L. Dumont, sera le premier centre de recherche transdisciplinaire en santé de la province œuvrant en milieu clinique. Regroupant les chercheurs du RUSSFNB sous un même toit, ce centre sera un catalyseur de l'innovation en matière de médecine de précision et fournira un milieu propice pour la recherche et la formation médicale. Le CMPNB a comme vocation de devenir un centre d'excellence qui permettra la mise au point de nouvelles options personnalisées en matière de diagnostic et

de traitement. Le centre regroupera l'expertise en recherche biomédicale, en séquençage génétique et en santé de la population.

Le Comité de gouvernance du RUSSFNB sera responsable d'assurer le leadership du CMPNB. Il facilitera la création de deux comités: (1) le Comité exécutif, qui sera présidé par l'éventuel directeur du CMPNB et composé des présidents des différents sous-comités, avec une représentation ex officio de l'Université de Moncton et du Réseau de santé Vitalité. Ce comité sera responsable de la gestion des opérations du CMPNB. Parmi les sous-comités qui sont proposés à date figurent : le *Sous-comité des soins et de la recherche clinique*; le *Sous-comité des données, de l'éthique et de la vie privée*; le *Sous-comité de la formation, du mentorat et du transfert des connaissances*; le *Sous-comité de l'évaluation de la performance et des résultats*; et le *Sous-comité des communications*; (2) le Conseil consultatif scientifique, composé principalement de chercheurs du CMPNB et d'experts en matière de médecine de précision provenant de l'extérieur de la province. Ce conseil d'experts aura comme mandat d'assurer la qualité et l'intégrité scientifiques des travaux de recherche menés au CMPNB (Source: Demande soumise aux *Fonds d'investissement stratégique pour les établissements postsecondaires du Canada*).

Infrastructure pour appuyer la mise en place d'un programme francophone de résidence de spécialité en psychiatrie

Le Programme de formation médicale francophone du Nouveau-Brunswick (PFMFNB) à récemment déposé une demande de financement auprès du Ministère de la santé du Nouveau-Brunswick pour la délocalisation d'un programme postdoctoral de psychiatrie du Département de psychiatrie de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke (FMSSUS) au site de Moncton. Le document préparé pour cette demande de financement démontre l'exercice de planification exhaustive mené par le PFMFNB pour déterminer les ressources humaines et matérielles nécessaires pour assurer la réalisation d'un projet de cette envergure.

Pour répondre aux exigences en ressources et en espaces exigées par l'éventuelle offre de développement du programme, la construction d'une nouvelle infrastructure pouvant regrouper des partenaires offrant des soins cliniques interdisciplinaires, de formation et de recherche est proposée. Les retombées de ce partage avec les différents partenaires ont comme conséquence les économies des fonds, prodiguer de meilleurs soins aux citoyens de la province (tant chez les francophones qu'anglophones) et favoriser l'interdisciplinarité dans la formation des futurs professionnels de la santé. Cette collaboration entre les partenaires permet la mise en vigueur d'un programme de soins partagés et de la promotion de l'inter-professionnalisme dans la prestation des meilleurs soins pour les patients tout en répondant encore une fois aux critères d'agrément pour les programmes de formation.

En plus d'héberger la résidence en psychiatrie, il est proposé que ce nouveau bâtiment puisse également abriter l'Unité de médecine de famille (UMF, actuellement localisée au 185, avenue Acadie à Dieppe) et du Centre de santé mentale (CSM, présentement localisé au 81, rue Albert à Moncton). Notons que les frais annuels pour les espaces du CSM et ceux pour l'enseignement à l'UMF sont déjà payés par le gouvernement et, avec l'acceptation de la proposition du PFMFNB, ceux de la Résidence de psychiatrie le serait aussi. Advenant la venue d'une telle infrastructure, il est possible d'envisager la venue d'autres partenaires, notamment : une clinique externe ambulatoire spécialisée d'enseignement ainsi que des espaces pour la conduite de projets de recherche sans oublier la formation en santé pour certains programmes de l'Université de Moncton. Les avantages de la construction d'un tel bâtiment unificateur sont nombreux comme le partage des espaces par les différents partenaires (salle de rencontre, salon étudiant etc.), le partage des ressources humaines et, surtout, les soins partagés interdisciplinaires.

Le Réseau de santé Vitalité prépare présentement un rapport d'évaluation d'une telle infrastructure (voir Annexe VI : *Évaluation d'une proposition d'infrastructure pour appuyer la mise en place d'un programme francophone de résidence de spécialité en psychiatrie au Nouveau-Brunswick*). Le but du rapport est de présenter le portrait actuel des ressources existantes pour les services de psychiatrie, de santé mentale et traitement des dépendances et l'UMF, ainsi que les ressources additionnelles qui seront nécessaires pour l'offre d'un programme de formation médicale postdoctorale en psychiatrie. Ce projet d'infrastructure est un exemple d'initiative qui découlerait éventuellement du RUSSFNB puisqu'elle implique d'emblée trois des partenaires et pourrait avoir un impact significatif sur l'avancement de la mission universitaire du RUSSFNB en entier.

TABLEAU RÉCAPITULATIF – PLAN D’ACTION POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA MISSION UNIVERSITAIRE

OBJECTIF STRATÉGIQUE 1 : INTÉGRER LA MISSION UNIVERSITAIRE DANS L’IDENTITÉ ORGANISATIONNELLE DU RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ : DEVENIR UNE ORGANISATION APPRENANTE		
Objectifs spécifiques	Actions	Annexes pertinents
Objectif spécifique 1.1 : Assurer une direction solide de la mission universitaire au sein du Réseau de santé Vitalité	Action 1 : Intégrer le responsable de formation médicale dans la structure organisationnelle du secteur des services médicaux, de la formation et la recherche du Réseau de santé Vitalité	
	Action 2 : Former l’équipe-conseil de la mission universitaire du Réseau de santé Vitalité	
	Action 3 : Modifier les règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité afin que le Comité stratégique de la recherche et de la formation devienne un comité permanent du conseil	
Objectif spécifique 1.2 : Favoriser la mise en place de services de soins de santé innovateurs et intégrés, qui incorpore les activités d’enseignement, la recherche, l’évaluation et l’application des connaissances au Réseau de santé Vitalité.	Action 1 : Créer les Unités cliniques apprenantes régionales	
	Action 2 : Établir et prioriser les objectifs stratégiques et de développement des unités cliniques apprenantes.	Annexe I : <i>Description des unités cliniques apprenantes</i> Annexe II : <i>Évaluation de besoins: Service provincial de génétique</i> Annexe III : <i>Centre d’excellence provincial onco-thoracique au Nouveau-Brunswick</i> Annexe IV : <i>Évaluation de besoins: Oxygénation hyperbare au Réseau de santé Vitalité</i> Annexe V : <i>Mise en place d’un programme francophone de résidence de spécialité en psychiatrie au Nouveau-Brunswick</i>
	Action 3 : Préconiser une culture de mesure des résultats et d’amélioration continue au sein des unités cliniques apprenantes.	

OBJECTIF STRATÉGIQUE 2 : ASSURER LA VIABILITÉ ET LA PÉRENNITÉ DE LA MISSION UNIVERSITAIRE		
Objectifs spécifiques	Actions	Annexes pertinents
Objectif spécifique 2.1 : Établir une formule de financement du Réseau de santé Vitalité qui reflète les coûts associés à sa mission universitaire.	Action 1 : Déterminer les coûts opérationnels d'infrastructure et de soutien hospitalier associé à la mission universitaire (coûts directs)	
	Action 2 : Déterminer les coûts indirects de la mission universitaire relatifs au soin des patients	
Objectif spécifique 2.2 : Développer des plans de pratique académique pour la rémunération des médecins membres des unités cliniques apprenantes	Action 1 : Procéder à une évaluation des effectifs médicaux actuels afin d'assurer une adéquation des ressources pour assumer la mission universitaire	
OBJECTIF STRATÉGIQUE 3 : PROPOSER LE RÉSEAU UNIVERSITAIRE DES SCIENCES DE LA SANTÉ FRANCOPHONE DU NOUVEAU-BRUNSWICK		
Objectifs spécifiques	Actions	Annexes pertinents
Objectif spécifique 3.1 : Établir un modèle de gouvernance affiliatif entre les membres du RUSSFNB	Action 1 : Proposer et adopter une structure de gouvernance pour le RUSSFNB.	
	Action 2 : Établir le Comité de gouvernance du RUSSFNB.	
	Action 3 : Définir la mission, la vision et les valeurs du RUSSFNB et procéder à la planification stratégique.	
Objectif 3.2 : Mettre en place des structures inter-organisationnelles et des mécanismes officiels à l'appui du plan stratégique intégré du RUSSFNB	Action 1 : Élaborer des politiques et procédures pour la gestion de ressources communes	
	Action 2 : Assurer la création d'infrastructures physique qui faciliteront le partage de ressources et de matériels	<i>Annexe VI : Évaluation d'une proposition d'infrastructure pour appuyer la mise en place d'un programme francophone de résidence de spécialité en psychiatrie au Nouveau-Brunswick</i>

TABLEAU RÉCAPITULATIF - RESSOURCES FINANCIÈRES NÉCESSAIRES

	Budget d'implémentation initial	Budget d'opération 2018-2019	Budget d'opération 2019-2020	Budget d'opération 2020-2021	Budget d'opération 2021-2022	Budget d'opération 2022-2023	Budget d'opération 2023-2024
MONTANT POUR ANALYSE DE L'IMPACT FINANCIER DE LA MISSION UNIVERSITAIRE		100,000.00 \$	100,000.00 \$	100,000.00 \$	100,000.00 \$	100,000.00 \$	100,000.00 \$
PLAN DE PRATIQUES ACADÉMIQUES		Développement	Développement	Financement débuté	Financement débuté	Financement débuté	Financement débuté
UNITÉS CLINIQUES APPRENANTES (PRIORITÉS DE DÉVELOPPEMENTS CLINIQUES, D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE)*							
Unités et initiatives	Budget d'implémentation initial	Budget d'opération 2018-2019	Budget d'opération 2019-2020	Budget d'opération 2020-2021	Budget d'opération 2021-2022	Budget d'opération 2022-2023	Budget d'opération 2023-2024
Santé et maladie mentale**							
Développement d'un programme de résidence en psychiatrie (Annexe V et VI)							
Adéquation des ressources humaines (psychiatrie et Centre de santé mentale)		1,627,345.00 \$	1,655,420.04 \$	1,684,052.82 \$	1,713,259.58 \$	1,743,052.65 \$	1,864,439.48 \$
Équipe clinique d'appui - programme de résidence en psychiatrie			937,984.00 \$	950,773.00 \$	963,813.00 \$	977,117.00 \$	990,689.00 \$
Sous-total Santé et maladie mentale	0.00 \$	1,627,345.00 \$	2,593,404.04 \$	2,634,825.82 \$	2,677,072.58 \$	2,720,169.65 \$	2,855,128.48 \$
Cancer							
Service provincial de génétique médicale (Annexe II)		490,000.00 \$	499,800.00 \$	509,796.00 \$	519,991.92 \$	530,391.76 \$	540,999.59 \$
Centre d'excellence en oncologie thoracique (Annexe III)		86,000.00 \$	87,720.00 \$	89,474.40 \$	91,263.89 \$	93,089.17 \$	94,950.95 \$
Financement opérationnel pour la mission universitaire (estimation)							
Coûts directs (0.3%)				76,312.95 \$	77,839.21 \$	79,395.99 \$	80,983.91 \$
Coûts indirects (18%)				4,578,776.82 \$	4,670,352.36 \$	4,763,759.40 \$	4,859,034.59 \$
Sous-total Cancer	0.00 \$	576,000.00 \$	587,520.00 \$	5,254,360.17 \$	5,359,447.37 \$	5,466,636.32 \$	5,575,969.04 \$

Santé des enfants et adolescents							
Coordination initiale pour développement des priorités)		86,000.00 \$	87,720.00 \$	89,474.40 \$	91,263.89 \$	93,089.17 \$	94,950.95 \$
Financement opérationnel pour la mission universitaire (estimation)							
Coûts directs (0.3%)					14,786.66 \$	15,082.39 \$	15,384.04 \$
Coûts indirects (18%)					887,199.30 \$	904,943.29 \$	923,042.15 \$
Sous-total Santé enfant-ado	0.00 \$	86,000.00 \$	87,720.00 \$	89,474.40 \$	993,249.84 \$	1,013,114.84 \$	1,033,377.14 \$
Maladie chronique							
Coordination initiale pour développement des priorités)		86,000.00 \$	87,720.00 \$	89,474.40 \$	91,263.89 \$	93,089.17 \$	94,950.95 \$
Financement opérationnel pour la mission universitaire (estimation)							
Coûts directs (0.3%)					99,340.55 \$	101,327.37 \$	103,353.91 \$
Coûts indirects (18%)					5,960,433.24 \$	6,079,641.90 \$	6,201,234.74 \$
Sous-total Maladie chronique	0.00 \$	86,000.00 \$	87,720.00 \$	89,474.40 \$	6,151,037.68 \$	6,274,058.44 \$	6,399,539.60 \$
Inf., Imm., Inflam. Douleur							
Coordination initiale pour développement des priorités)		86,000.00 \$	87,720.00 \$	89,474.40 \$	91,263.89 \$	93,089.17 \$	94,950.95 \$
Clinique d'oxygénothérapie hyperbare (Annexe IV)	310,000.00 \$	110,000.00 \$	112,200.00 \$	114,444.00 \$	116,732.88 \$	119,067.54 \$	121,448.89 \$
Financement opérationnel pour la mission universitaire (estimation)							
Coûts directs (0.3%)						17,570.30 \$	17,921.71 \$
Coûts indirects (18%)		196,000.00 \$	199,920.00 \$	203,918.40 \$	207,996.77 \$	229,727.01 \$	234,321.55 \$
Sous-total Inf. Imm. Inflam. Douleur	310,000.00 \$	306,000.00 \$	312,120.00 \$	318,362.40 \$	324,729.65 \$	366,364.85 \$	373,692.15 \$

Neuroscience																	
Coordination initiale		86,000.00 \$	87,720.00 \$	89,474.40 \$	91,263.89 \$	93,089.17 \$	94,950.95 \$										
Coûts directs (0.3%)																	
Coûts indirects (18%)																	
Sous-total Neuroscience	0.00 \$	86,000.00 \$	87,720.00 \$	89,474.40 \$	91,263.89 \$	93,089.17 \$	94,950.95 \$										
GRAND TOTAL	310,000.00 \$	2,867,345.00 \$	3,856,204.04 \$	8,575,971.59 \$	15,696,801.01 \$	16,033,433.26 \$	16,432,657.36 \$										
*L'unité clinique apprenante en santé primaire et des populations est exclus car celui-ci recoit déjà du financement spécifique via le CFMNB et l'Unité de médecine familiale.																	
**L'estimation du financement opération pour la mission universitaire n'est pas inclus car déjà pris en compte dans l'évaluation des ressources nécessaires pour le programme de résidence en psychiatrie.																	
Commentaires	Les pourcentages d'ajustements proposés (0.3% et 18%) pour le financement d'un CHU tiennent comptes des éléments suivant:																
	1) La complexité des cas traités;																
	2) Une plus grande utilisation des ressources hospitalières (par exemple : service de laboratoire, service d'imagerie, occupation des lits, cliniques ambulatoires, etc.);																
	3) L'offre de services ultrasécialisés, qui exige l'adoption plus rapide de nouvelles technologies et une masse critique de cliniciens pour assurer le service;																
	4) La nécessité d'avoir des ressources humaines hautements spécialisés (cliniciens et autres) pour l'offre de services hautements spécialisés.																
	4) Les ressources (directes et indirectes) nécessaires pour assurer la formation médicale;																
	5) L'infrastructure de soutien à la recherche.																
	Coûts directs (0.3%)																
	1) Maintenance des espaces physiques hospitalières dédiées à la formation																
	2) Ressources humaines associés au soutien des étudiants																
	3) Plus grande utilisation de ressources matérielles cliniques (gants, "scrubs", etc.)																
	4) Service de soutien informatique																
	5) Technologies cliniques pour la formation																
	6) Service de bibliothèque et audiovisuels																
	7) Service au personnel (finance, ressource humaine, santé et sécurité, etc.)																
	Coûts indirects (18%)																
	1) Complexité des cas (en controlant pour les groupes de maladies analogues)																

RÉFÉRENCES

1. Barrett, D.J. (2008). The Evolving Organizational Structure of Academic Health Centers; The Case of the University of Florida. *Academic Medicine*. 83(9): 804-808.
2. Bergevin, Y., B. Habib, K. Elicksen-Jensen, S. Samis, J. Rochon, C. Adaimé et al. (2016). Towards the Triple Aim of Better Health, Better Care and Better Value for Canadians: Transforming Regions into High Performing Health Systems. Montreal, QC: McGill University, École nationale d'administration publique, Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences. Consulté le 2 septembre 2017 à l'adresse internet : www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/on-call/oncall-regionalization-report-e.pdf?sfvrsn=2.
3. Bressler, B. et Campbell, B. (2009). Securing the future of Canada's academic health sciences centres : a case study describing the current state and future issues. Academic Health Sciences Centres – National Task Force, Ottawa, ON. Consulté le 2 septembre 2017 à l'adresse internet : http://www.healthcarecan.ca/wp-content/themes/camyno/assets/document/Reports/2009/External/EN/CaseStudy_EN.pdf.
4. Dzau, V.J., Ackerly, D.C., Sutton-Wallace, P., Merson M.H., Williams, R.S., Krishnan, K.R., Taber R.C., Califf, R.M. (2010). The Role of Academic Health Science Systems in the Transformation of Medicine. *Lancet*. 375(9718): 949-953.
5. Flatt, A. et Rahal, R. (2006) A Study of the Impact of Clinical Education on Academic Hospital Expenses. Council of Academic Hospitals of Ontario. Consulté le 2 septembre 2017 à l'adresse internet: http://www.healthcarecan.ca/wp-content/themes/camyno/assets/document/AHSNLibrary/2006/EN/CAHO_Report_Impact_of_Clinical_Education_on_Academic_Hospital_Expenses1.pdf.
6. Koenig, L., Dobson, A., Ho, S., Siegel, J.M., Blumenthal, D. et Weissman, J.S. (2003) Estimating the Mission-Related Costs of Teaching Hospitals. *Health Affairs*. 22(6): 112-122.
7. Kondro W. (2006) Eleven satellite campuses enter orbit of Canadian medical education. *CMAJ*. 175 : 461-462.
8. Lozon, J.C. et Fox, R.M. (2002). Academic Health Sciences Centres Laid Bare. *Healthcare Papers*. 2(3): 10-36.
9. Lozon, J.C., Rouleau, J., *et al.* (2010). Trois missions : un seul avenir. Optimiser le rendement des Centres des sciences de la santé universitaires du Canada. Rapport du groupe de travail national sur l'avenir des Centres des sciences de la santé universitaires du Canada. Consulté le 2 septembre 2017 à l'adresse internet : <http://www.healthcarecan.ca/wp->

[content/themes/camyno/assets/document/Reports/2010/External/FR/ThreeMissions_FR.pdf](#).

10. Sanfilippo, F. (2010). Academic Health Center. *Stud Health Technol Inform.* 153 : 383-414.
11. Topps, M. et Strasser, R. (2010). When a community hospital becomes an academic health centre. *Can J Rural Med.* 15(1) : 19-25.
12. Wartman, S.A. (2007). The Academic Health Center : Evolving Organizational Models. Association of Academic Health Centers. Consulté le 2 septembre 2017 à l'adresse internet: [http://www.aahcdc.org/Portals/41/AIM-Program/Best-Practices/Alignment and Organizational Structure/The Academic Health Center Evolving Organizational Models.pdf](http://www.aahcdc.org/Portals/41/AIM-Program/Best-Practices/Alignment%20and%20Organizational%20Structure/The%20Academic%20Health%20Center%20Evolving%20Organizational%20Models.pdf).
13. Wietecha, M., Lipstein, S.H. et Rabkin, M.T. (2009) Governance of the Academic Health Center : Striking the Balance Between Service and Scholarship. *Academic Medicine.* (84(2) : 170-176.

ANNEXE I : DESCRIPTION DES UNITÉS CLINIQUES APPRENANTES

1. UNITÉ CLINIQUE APPRENANTE – CANCER

a) Clinique

Le Centre d'oncologie Dr-Léon-Richard

L'équipe du Centre d'oncologie Dr. Léon Richard du CHUDGLD étudie, diagnostique et traite les cancers. Les oncologues s'intéressent à tous les types de tumeurs cancéreuses, qu'elles soient solides ou non, localisées ou étendues. Le principal but de l'oncologie est de comprendre au mieux les causes possibles des cancers et leur processus de développement afin de pouvoir les prévenir et les guérir avec le plus d'efficacité. Au cours des années, le Centre a développé plusieurs cliniques et programmes qui lui sont spécifiques.

La Clinique d'oncologie médicale et la Clinique de radio-oncologie : Ces cliniques offrent une gamme complète de traitements aux patients atteints de cancer. Le médecin et l'infirmière :

- Reçoivent le patient atteint de cancer pour déterminer le meilleur traitement ;
- Suivent le patient de façon régulière pour évaluer son état général ;
- Adressent le patient à l'équipe multidisciplinaire au besoin ;
- Vérifient l'efficacité du traitement et le modifient au besoin.

La Clinique de gynéco-oncologie : Cette clinique offre tous les services, du dépistage au diagnostic, au traitement et au suivi du cancer gynécologique soit le cancer de l'utérus, le cancer du col et de l'endomètre, le cancer de l'ovaire, et le cancer de la vulve ou du vagin. La clinique offre des traitements complets, y compris la chirurgie. Au besoin, une chirurgie est appuyée par la radiothérapie et la chimiothérapie. Le Centre d'oncologie Dr-Léon-Richard est le seul centre au N.-B. à bénéficier de trois gynécologues-oncologues certifiés par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada qui est au service des femmes atteintes d'un cancer gynécologique.

La Clinique d'oncologie palliative : Cette clinique offre des services aux patients atteints de cancer qui souffrent de symptômes non contrôlés tels la douleur, la difficulté à respirer (dyspnée), nausées, etc. Les services sont offerts aux patients qui suivent un traitement actif ou palliatif (chimiothérapie, radiothérapie) et aux patients qui n'ont pas ou qui n'ont plus ces options. Les patients sont vus à la demande de leur oncologue, de leur radio-oncologue, de leur médecin de famille ou d'un autre médecin.

Le Service d'oncologie pédiatrique : Les services en oncologie pédiatrique sont offerts dès le diagnostic de l'enfant. La famille a accès à une intervenante-pivot qui est une infirmière ayant une formation et de l'expérience dans le traitement du cancer chez les enfants et les adolescents. Elle travaille en étroite collaboration avec l'équipe soignante de l'enfant/adolescent, au N.-B. et hors province, pour faciliter le parcours de l'enfant pendant son traitement pour le cancer. Elle peut aider la famille à comprendre les nombreux défis qu'il pourrait rencontrer et répondre à leurs questions.

L'équipe d'oncologie pédiatrique collabore étroitement avec l'Hôpital IWK pour enfant de Halifax en Nouvelle-Écosse. Ils font également partie du Réseau d'oncologie et d'hématologie pédiatrique des provinces de l'Atlantique (ROHPPA). Ce réseau est composé d'un groupe dévoué de professionnels de santé qui partagent un objectif commun de collaboration, de communication et de défense des intérêts, dans le cadre d'un système de santé global, fondé sur les preuves, pour les enfants et les jeunes atteints de cancer et de troubles hématologiques, tout en maintenant leur engagement et leurs efforts en faveur de soins axés sur les enfants et la famille.

Le service de thérapie systémique communautaire : Les objectifs du service de thérapie systémique communautaire sont :

- D'assurer des soins sécuritaires en communauté à partir des hôpitaux d'Edmundston, Campbellton, Bathurst et Caraquet ;
- offrir une continuité de soins de qualité en thérapie systémique (chimiothérapie ou hormonothérapie) ;
- augmenter l'accès à l'expertise en oncologie en fournissant un lien entre le Centre d'oncologie Dr-Léon-Richard et la communauté.

La thérapie en milieu communautaire est offerte aux patients atteints de cancer et suivis par le programme d'oncologie médicale du Centre d'oncologie. L'admissibilité du patient est déterminée par l'oncologue médical selon un processus d'aiguillage et des critères établis.

Le service d'hémo-oncologie : L'équipe d'hématologie-oncologie offre des services à la clientèle souffrant de pathologies cancéreuses mais s'occupe aussi de problèmes hématologiques non oncologiques incluant l'anémie, les problèmes de coagulation et les cancers hématologiques. Ce travail se fait en interdisciplinarité avec les autres professionnels de la santé afin d'offrir les meilleurs traitements et le plus grand support possible aux patients et leur famille.

Activités cliniques surspécialisées :

Le Centre de santé du sein : Le Centre de santé du sein est un centre de référence provincial qui offre l'accès à une équipe médicale multidisciplinaire spécialisée en : dépistage, investigation, établissement de diagnostic, et traitement des anomalies du sein (bénignes et malignes). Les patientes sont adressées pour des anomalies du sein telles qu'une masse, un écoulement, une douleur, une lésion, un changement de la peau. Pour qu'une femme puisse obtenir un rendez-vous au centre, une demande de consultation doit être envoyée par :

- son médecin de famille ou un spécialiste qui soupçonne un problème de sein;
- un radiologue qui détecte un problème à la suite d'une mammographie de dépistage ou d'une mammographie diagnostique.

L'équipe du centre est composée de professionnels qui travaillent en collaboration continue, et inclus des radiologues, des chirurgiens, de pathologistes, des oncologues, des radio-oncologues, des techniciens en radiologie, des infirmières pivots et des plasticiens.

L'équipe du Centre de santé du sein s'efforce :

- de diminuer les délais qui précèdent le diagnostic et le traitement;
- de soutenir les patientes;
- d'offrir un suivi adéquat à chaque étape du continuum de soins;
- de faire des dépistages et de traiter les patientes à haut risque.

L'infirmière pivot en santé du sein travaille en collaboration avec l'équipe médicale et occupe un rôle de première ligne auprès des patientes de la Clinique de santé du sein. Elle répond aux questions des patientes et tente de réduire leurs préoccupations. Elle veille à ce que les patientes reçoivent le soutien nécessaire et répond aux besoins physiques, psychologiques, sociaux et éducatifs de ces dernières.

Un nouveau Centre intégré de santé du sein régional est maintenant établi au CHUDGLD. Il offre un programme de santé du sein à toutes les femmes qui ont recours aux services du Réseau de santé Vitalité. Grâce à ce centre, les femmes peuvent bénéficier des services d'une équipe multidisciplinaire sous un même toit, dans un milieu innovateur et intégré. Des séances d'information sur la santé du sein sont offertes sur rendez-vous aux femmes qui veulent apprendre comment dépister rapidement une anomalie et favoriser la santé de leurs seins.

Curiethérapie : L'équipe de curiethérapie occupe un rôle de première ligne auprès des patients qui choisissent la curiethérapie comme traitement d'un cancer de la prostate au stade précoce ou de cancer gynécologique. Un infirmier pivot fait partie de l'équipe de curiethérapie. Cet infirmier s'assure que le patient a bien compris l'importance du suivi à long terme par son médecin de famille. De plus, il explique au patient les démarches à suivre pour engendrer ce processus et assure la gestion des effets secondaires à court, à moyen et à long terme.

Stéréotaxie – cancer du poumon : En oncologie, la radiothérapie peut être utilisée pour traiter l'ensemble des types de cancer du poumon (à petites cellules et non à petites cellules). La radiothérapie stéréotaxique, ou SBRT, est un type de radiothérapie externe. La stéréotaxie pour le cancer du poumon fait actuellement partie des options de traitement standard aux patients souffrant d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade I jugé inopérable ou quand le patient refuse la chirurgie. La SBRT requiert de l'équipement et une formation spécialisée, c'est pourquoi il est possible qu'elle ne soit pas offerte dans tous les centres de traitement du cancer au Canada. Deux radio-oncologues du Centre d'oncologie Dr-Léon-Richard (Dre Linda LeBlanc et Dre Andrée Lirette), ainsi que tous les membres de l'équipe de radiothérapie qui seraient impliqués dans un tel traitement, ont suivi une formation spécialisée en stéréotaxie pour le cancer du poumon.

Prise en charge multidisciplinaire des cas d'oncologie thoracique : Dre LeBlanc et Dre Lirette participent à des rencontres 'Tumor Board' avec leurs collègues du Moncton Hospital (TMH). Dre LeBlanc rapporte que les oncologues du Centre d'oncologie Dr-Léon-Richard voient probablement autant de nouveaux cas de cancer de poumon que leurs collègues du réseau de santé Horizon. La relation de collaboration entre les deux réseaux de santé est présentement très positive. Toutefois, les oncologues du TMH traitant le poumon sont unilingues anglophones. De plus, les pneumologues du TMH ne semblent pas faire la même prise en charge des patients atteints de cancer du poumon que les pneumologues du CHUDGLD : ils ne font pas d'EBUS, et c'est Dr Dubois, chirurgien thoracique au Réseau de santé Horizon, qui prend habituellement en charge une anomalie au scan, examens supplémentaires, etc. Le CHUDGLD a déjà une équipe multidisciplinaire qui compte des oncologues, chirurgiens, pneumologues (tous spécialisés pour faire des EBUS) qui offrent un service bilingue aux patients.

b) Enseignement

Le service d'oncologie, d'hémato-oncologie et de radio-oncologie est également impliqué dans la formation médicale. Pendant l'année académique 2015-2016, le

département a effectué 92.5 heures d'enseignement préclinique et un total de 120 heures de supervision clinique (stages d'externat et résidence).

c) Recherche

Essais cliniques commandités : L'oncologie constitue le secteur pour lequel il y a le plus d'activités de recherche clinique au CHUDGLD. Actuellement au Centre d'oncologie Dr-Léon-Richard, il est estimé qu'environ 10% du temps cliniques des oncologues médicaux et des hémato-oncologues est dédié à des patients de recherche qui participent à des essais cliniques commandités. Une quarantaine d'essais cliniques commandités sont présentement en cours.

Recherche clinique maison : Le corps médical du centre est collabore également étroitement avec les chercheurs en cancer de l'IARC et du Département de chimie et biochimie de la Faculté des sciences de l'Université de Moncton pour leurs donner accès à des tissus et données cliniques provenant des patients qu'ils traitent.

2. UNITÉ CLINIQUE APPRENANTE – INFECTION, IMMUNITÉ, INFLAMMATION ET DOULEUR

a) Clinique

Service de microbiologie médicale et de maladies infectieuses

Le Service de microbiologie médicale et de maladies infectieuses du CHUDGLD s'intéresse à la nature, aux effets, au diagnostic, au traitement et au suivi des maladies causées par des microorganismes (bactériens, fongiques, virales ou parasitaires) et certains agents infectieux atypiques tels les prions.

Le laboratoire de microbiologie du CHUDGLD a célébré 30 années d'existence au printemps 2017, posant un ancrage solide dans l'offre de soins de santé de qualité à travers le réseau de santé Vitalité et la province. Il s'agit du plus grand laboratoire de microbiologie médicale au N.-B., offrant de surcroît des services diagnostiques essentiels à la population. Unique en son genre sur tout le territoire, on y retrouve aujourd'hui 5 microbiologistes certifiés du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ainsi qu'un scientifique affilié (PhD), constituant ainsi la plus grosse équipe sous un même toit. Ce laboratoire possède à la fois l'expertise au laboratoire et en clinique et les infectiologues œuvrent à couvrir en permanence une garde provinciale 24 heures sur 24 tout au long de l'année.

Au sein de ce laboratoire accrédité ISO 15189 *Plus*, on retrouve plusieurs services diagnostiques de référence, sans compter tous les autres secteurs de la microbiologie générale et le plus grand menu de tests dans la Province. Notamment, on y retrouve le *Centre de référence diagnostique de virologie du N.-B.*, le *Laboratoire pour le don d'organes*, l'*Équipe du plan d'aide du Canada en cas d'urgence portant sur le transport au pays d'agents pathogènes extrêmement dangereux*, le *Laboratoire de référence provincial pour les bacilles Gram négatif ultra et pan-résistants* et *Laboratoire de mycologie et de parasitologie microscopique* pour le réseau de santé Vitalité. Comme laboratoire de référence en virologie, ce dernier a su répondre aux nouvelles menaces sanitaires planétaires, souvent dans un temps record, à savoir la pandémie de grippe H1N1 et les virus influenza d'origine aviaire, le virus Ebola, le SRAS, le coronavirus du Moyen-Orient, le virus du Nil occidental et la rougeole, pour nommer que ceux-là. Avec un équipement à la fine pointe de la technologie, il épaula depuis très longtemps les autres laboratoires de notre réseau ainsi que ceux du réseau de santé Horizon. En raison de son vaste menu de tests très spécialisés, ce laboratoire agit aussi comme laboratoire de santé publique à plusieurs égards, par exemple dans le cadre de l'investigation d'une éclosion.

La pratique clinique en maladies infectieuses, quant à elle, implique le travail auprès des personnes hospitalisées, des patients à l'urgence ou à clinique externe à la demande des médecins de familles, urgentologues ou autres spécialistes dans des situations où une maladie infectieuse est suspectée ou confirmée et nécessite des soins spécialisés. Sans s'y limiter, l'infectiologue peut être appelé à voir des patients atteints de méningite, d'infection sévère des tissus mous, de tuberculose, de malaria ou autres maladies tropicales, d'infection transmissible sexuellement ou des individus ayant été exposés à des liquides biologiques. Les infectiologues prennent aussi souvent en charge des personnes nécessitant une antibiothérapie IV prolongée à domicile. En externe, ils s'occupent des cliniques spécialisées pour le VIH, les hépatites virales, les immunodéficiences et les soins de plaies. Par ailleurs, ce service est très impliqué dans le traitement et la prise en charge d'infections nosocomiales et des éclosions hospitalières, entre autres en participant activement auprès du service de prévention des infections de l'hôpital. En couvrant en permanence une garde provinciale, les infectiologues répondent aux avis téléphoniques médicaux qui leurs sont demandés à travers toute la province. Finalement, il ne faut pas omettre de dire le rôle important des infectiologues du service dans la gestion intelligente des antibiotiques ou l'antibiogouvernance, ceci dans une ère où l'antibiorésistance menace de plus en plus l'arsenal thérapeutique.

Les cliniques externes spécialisées:

- Clinique de maladies infectieuses générales
- Clinique de VIH
- Clinique des hépatites virales
- Clinique des soins de plaies
- Clinique d'antibiothérapie intraveineuse : Une nouvelle clinique d'antibiothérapie intraveineuse ambulatoire verra le jour à l'automne 2017 au CHUDGLD. Cette clinique servira de guichet unique pour certaines conditions infectieuses en plus de permettre une meilleure gouvernance des antibiotiques et de présenter différentes modalités de traitement pour le patient. Cette clinique est la première de ce genre au N.-B.

Clinique de douleur

Une clinique de douleur est une clinique qui traite une douleur qui persiste au-delà de la période habituelle de guérison. Cette période peut être de 3 à 10 semaines. La douleur ressentie peut être persistante ou intermittente. Le mal le plus fréquent est au bas du dos, suivi du genou et des épaules, selon la Coalition canadienne de la douleur. La douleur est la raison la plus fréquente pour laquelle les gens consultent un médecin au pays, où une personne sur cinq souffre de douleur chronique.

Le Réseau de santé Vitalité compte présentement 2 cliniques de douleur. Une des cliniques est située à Moncton et compte un anesthésiste, Dr Richard Dumais et un physiatre, Dr Patrick Giroux. Cette clinique traite des patients de partout au N.-B. Depuis septembre 2016, une 2^e clinique de douleur a vu le jour à Bathurst. En date de janvier 2017, la clinique comptait 200 patients. Cette 2^e clinique a permis de réduire l'attente pour les traitements et de diminuer l'achalandage à la clinique de douleur du CHUDGLD.

Mais le besoin est tel que le Réseau Vitalité planifie d'ouvrir deux autres cliniques de douleur dans le nord de la province, soit à Campbellton et à Edmundston. Le Dr Dumais souligne que la clinique de Moncton n'arrive toujours pas à répondre à la demande accrue de patients en attente de traitements spécialisés. La liste d'attente pour être admis au centre est d'au moins un an, parfois plus.

b) Enseignement

Le Service de microbiologie médicale et des maladies infectieuses est très actif en enseignement de la microbiologie-infectiologie aux niveaux prédoctoral et postdoctoral aux résidents de médecine familiale, de médecine interne et de chirurgie. Il donne

également de la formation surspécialisée aux résidents du Programme de microbiologie-infectiologie. Pendant l'année académique 2015-2016, le département a effectué 94 heures d'enseignement préclinique et un total de 200 heures de supervision clinique (stages d'externat et résidence).

c) Recherche

Le service de *microbiologie médicale et des maladies infectieuses* est déjà actif dans le domaine de la recherche et possède plusieurs publications scientifiques. Les membres du service siègent aussi sur plusieurs comités provinciaux et nationaux portant sur la microbiologie médicale et les maladies infectieuses. Le service désire débiter des essais cliniques commandités chez certaines de ces populations de patients. De plus, il aimerait poursuivre le développement de sa capacité de recherche, notamment sur la thématique des bactériophages.

La *Clinique de douleur* a dans le passé menée des projets de recherche clinique maison, et quelques projets sont présentement en développement. Pour ce qui est de la *douleur chronique*, des spécialistes en anesthésie récemment recrutés (Dr Pascal Philippe, avec un fellow en douleur et le Dr Christian Gilbert, également un fellow en douleur avec MSc) pourraient potentiellement augmenter la capacité de recherche de la *Clinique de douleur*. Présentement, Dr Dumais et Dr Giroux sont les deux experts en douleur au CHUDGLD. Dr Dumais développe présentement des projets de recherche clinique maison.

3. UNITÉ CLINIQUE APPRENANTE – MALADIES CHRONIQUES

a) Clinique

Département de cardiologie

Le service de cardiologie du CHUDGLD dessert la région du Grand Moncton. Le laboratoire non-invasif possède un éventail complet d'examen diagnostiques d'un milieu tertiaire et au niveau des activités ambulatoires. Le CHUDGLD est également doté d'un service d'hospitalisation en cardiologie. L'équipe de cardiologie collabore étroitement avec le Centre cardiaque du N.-B. Ce centre est situé dans l'Hôpital régional de Saint Jean et est en service depuis 1991. Il s'agit du centre provincial d'aiguillage en matière de soins cardiaques tertiaires pour adultes du N.-B. et des régions environnantes. Ce centre offre divers services, notamment en cardiologie générale, en cardiologie interventionnelle, en électrophysiologie et en chirurgie cardiovasculaire.

Au cours des années, les cardiologues se sont impliqués au niveau de cliniques et programmes qui lui sont spécifiques :

Clinique d'insuffisance cardiaque : L'insuffisance cardiaque est une maladie chronique qui cause le reflux de liquides dans le corps. Les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque peuvent avoir les symptômes suivants : essoufflement, prise de poids, enflure aux chevilles, fatigue, niveau d'énergie bas et ballonnements abdominaux. La Clinique d'insuffisance cardiaque vise à :

- Améliorer la qualité de vie
- Gérer les symptômes
- Diminuer le taux d'hospitalisation
- Raccourcir la durée du séjour des patients ayant besoin d'hospitalisation

Le personnel de la clinique d'insuffisance cardiaque informe les patients sur leur état de santé et sur les améliorations à espérer suite à un changement du régime alimentaire, du programme d'exercices et des médicaments.

Clinique de réadaptation cardiaque – Programme de réadaptation Cœur en santé : Depuis 1984, le programme Cœur en santé gère un programme de réadaptation cardiaque qui offre des services aux patients cardiaques de la région du Grand Moncton. Ce programme est mis en œuvre en collaboration avec le Réseau de santé Vitalité - Zone Beauséjour et l'Université de Moncton. En tout temps, environ 200 patients participent activement au programme et plus de 400 nouveaux patients y sont dirigés chaque année.

Le programme Cœur en santé est composé d'une équipe de professionnels de la santé (médecin, infirmière, kinésiologue, diététiste, psychologue) qui, en joignant leurs efforts, permet d'offrir un service complet afin de contrôler les facteurs de risque de la maladie cardiovasculaire. L'encadrement se fait par l'enseignement, le soutien et l'exercice. Cœur en santé offre un programme de réadaptation cardiaque, un programme de maintien et un programme de prévention pour les personnes qui possèdent des facteurs de risque de la maladie cardiovasculaire. Une référence médicale est nécessaire afin de participer au programme.

Cœur en santé est un service voué à l'amélioration et au maintien de la santé cardiovasculaire des patients par l'entremise d'un programme de réadaptation personnalisé. Le programme vise à optimiser la santé physique, psychologique, sociale, vocationnelle et émotionnelle des clients. Ce processus est facilité par un programme

intégré de gestion des facteurs de risque de la maladie cardiovasculaire afin de prévenir la progression de la maladie et la récurrence d'un événement cardiaque.

Services ambulatoires de cardiologie à l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent : Le Réseau de santé Vitalité a annoncé en 2017 que de nouveaux services ambulatoires de cardiologie seront offerts à l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent, à Sainte-Anne. Cette initiative permettra d'améliorer l'accès aux soins et aux services, notamment en milieu rural.

Les services ambulatoires de cardiologie seront en place à l'établissement hospitalier dès l'automne 2017 et offerts à la population trois jours par semaine, mais avec la possibilité d'ajustement selon les besoins. Ces nouveaux services permettront aux patients d'être en mesure d'accéder à des examens de qualité grâce aux nouveaux dispositifs à la fine pointe de la technologie, et ce, plus près de leur domicile.

Cliniques externes en cardiologie :

- Clinique de stimulateur cardiaque pacemaker ;
- Clinique de défibrillation/resynchronisation et surveillance à domicile électrophysiologiques (système REVEAL) (home monitoring) ;
- Clinique d'affectations congénitales.

Service d'électrocardiogramme : Au Service d'électrocardiogramme du CHUDGLD et de l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent, des technologues en cardiologie sont appuyés par des cardiologues du CHUDGLD. Ils fournissent aux médecins traitants des renseignements précis sur la santé du cœur des patients. Les technologues en cardiologie :

- Effectuent des électrocardiogrammes standards;
- Installent les moniteurs Holter;
- Installent les moniteurs de tension artérielle.

Activités cliniques spécialisées:

Service de tomographie par ordinateur cardiaque : En cardiologie, la tomographie par ordinateur (TDM), ou CT scan, est surtout utilisée pour le diagnostic et la surveillance des troubles suivants : accumulation de calcium dans les artères coronaires, coronaropathie, anomalies de la fonction cardiaque et des valvules cardiaques, anomalies de l'aorte, caillots sanguins dans les poumons, anomalies des veines pulmonaires, maladies du péricarde. L'utilisation d'un TDM cardiaque dédié est considérée comme une méthode novatrice pour diagnostiquer la coronaropathie et en déterminer la gravité.

Échographies spécialisées : Plusieurs types d'échographies cardiaques sont effectuées au CHUDGLD dont : les échos pédiatriques, les échos des maladies congénitales, les échos DBUS, les stress-écho, les échos de contraste, les échos 3D, les échos transoesophagiens (ETO) et les ETO-3D.

Département de néphrologie

Activités cliniques générales : Le programme de néphrologie du CHUDGLD offre une gamme complète de soins et de services pour assurer le meilleur soutien possible aux personnes atteintes de maladie rénale :

- Cliniques spécialisées de suivi externe en néphrologie générale, en pré-remplacement rénal et en transplantation rénale;
- Traitements de remplacement rénal (hémodialyse et dialyse péritonéale) pour éliminer les toxines et le surplus de liquides qui s'accumulent dans le corps en raison d'une insuffisance rénale très grave.

L'hémodialyse peut se faire à l'hôpital, dans des centres satellites ou à la maison. Les traitements durent habituellement quatre heures et doivent être faits trois fois par semaine. La dialyse péritonéale se fait habituellement à la maison, avec ou sans l'aide d'un membre de la famille et avec ou sans l'aide d'une machine. Il s'agit d'une technique plus douce et continue qui doit être faite tous les jours. Toutes les greffes de rein dans la région de l'Atlantique se font à Halifax, mais le personnel du Programme de néphrologie du CHUDGLD assure l'évaluation préalable et le suivi après la procédure.

L'équipe interdisciplinaire du CHUDGLD a plus de 35 ans d'expérience dans la prise en charge de la maladie rénale et de ses complications. Plusieurs membres du programme de néphrologie sont actifs au sein de leur association respective. Le programme de néphrologie du CHUDGLD a été un pionnier en télénéphrologie au Canada lorsque, en 1999, la première unité d'hémodialyse satellite avec dossier informatisé et supervision par vidéoconférence a été ouverte à Miramichi.

Cette équipe spécialisée est composée de néphrologues, d'infirmières, de pharmaciens, de diététistes et plusieurs autres professionnels de la santé. L'équipe interdisciplinaire profite aussi de l'appui de tous les autres services de l'hôpital, en particulier de la radiologie, des laboratoires, de la microbiologie, des autres spécialités de médecine interne et de la chirurgie. Ainsi, le CHUDGLD est en mesure d'offrir les meilleurs soins spécialisés aux personnes atteintes de maladie rénale.

Service de pneumologie

Le service de pneumologie du CHUDGLD est le plus important service de son genre à l'Est du Québec, et ce en termes de nombre de consultations et de suivis de patients. Le service de bronchoscopies et d'échographie endobronchique(EBUS), est le plus important des Maritimes. De ce fait, les pneumologues œuvrant à notre institution sont les pionniers en EBUS à l'Est du Québec. Les pneumologues travaillent étroitement avec le Service de thérapie respiratoire du CHUDGLD et l'équipe de soins pour évaluer, maintenir ou traiter les fonctions cardiorespiratoires des patients.

La Clinique de pneumologie de Moncton : Les bureaux des 4 pneumologues sont situés à la Clinique de pneumologie de Moncton, au 247 Ave Université à Moncton. Les médecins vont d'abord poser un diagnostic suite à un examen approfondi de l'état du patient et poursuivront le suivi avec lui en ce qui a trait à ses traitements ou à sa médication.

Laboratoire de fonction pulmonaire : Le laboratoire de fonction pulmonaire est situé au CHUDGLD et offre une série de tests cliniques permettant d'évaluer la fonction pulmonaire chez les patients (bilan pulmonaire complet, spirométrie, provocation bronchique, pression maximale inspiratoire et expiratoire, titration de l'oxygène, test de marche de six minutes, épreuve exercice, etc.).

Centre de santé pulmonaire (asthme et MPOC) : Ce centre offre des services de consultation auprès d'un pneumologue pour les raisons suivantes :

- Réadaptation pulmonaire ;
- Éducation et suivi pour les conditions d'asthme, MPOC et fibrose pulmonaire ;
- Autogestion des maladies chroniques;
- Spirométrie;
- Cessation tabagique.

Activités cliniques spécialisées :

Clinique de tumeur pulmonaire : Le CHUDGLD compte une Clinique de tumeur pulmonaire qui a réussi à diminuer le temps d'attente pour une chirurgie du poumon de plus de 2 mois. Les patients de l'Île-du-Prince-Édouard et du nord de la Nouvelle-Écosse utilisent régulièrement les services de la clinique pulmonaire du CHUDGLD.

Service de bronchoscopie et d'échographie endobronchique (EBUS) : La technique EBUS, est une procédure à risque minime pour le patient qui est très efficace pour diagnostiquer le cancer du poumon. Cette technique nécessite une collaboration étroite

entre les pneumologues, les chirurgiens thoraciques et les oncologues afin de bien définir quand cette technique est préconisée, qui peut permettre d'éviter des médiastinoscopies. L'EBUS nécessite un équipement spécialisé et un opérateur expérimenté. Une centralisation de la technique permet d'en faire une procédure fiable et économiquement rentable.

Selon les données reçues de Mme Lisa Lyn Roy (infirmière gestionnaire des soins ambulatoires au CHUDGLD) en mars 2017, 66 procédures EBUS ont été effectuées en 2016 par des pneumologues au CHUDGLD. Les 4 pneumologues sont formés pour effectuer des EBUS au CHUDGLD. Toutes les procédures EBUS au Réseau de santé Vitalité se font au CHUDGLD.

Laboratoire du sommeil : Le laboratoire du sommeil a pour but de diagnostiquer et traiter les troubles du sommeil chez les patients. Figurent parmi ces troubles de la difficulté à s'endormir ou à rester endormi toute la nuit ou, encore, de la difficulté à rester éveillé pendant le jour. Nous offrons des services de consultation concernant les troubles de respiration liés au sommeil comme l'apnée du sommeil et les troubles non respiratoires comme l'insomnie, la narcolepsie et le syndrome des jambes sans repos. Le laboratoire du sommeil est situé au 2e étage du CHUDGLD.

Clinique d'abandon du tabac : La Clinique d'abandon du tabac offre des services de consultation individuelle aux patients qui veulent arrêter de fumer. Les personnes qui fument et sont intéressées à arrêter peuvent être suivies par un conseiller qui donne de l'information et des conseils pratiques sur l'abandon du tabac.

Prise en charge multidisciplinaire des cas d'oncologie thoracique : La prise en charge des cas d'oncologie thoracique est déjà multidisciplinaire à notre institution. Depuis décembre 2016, un service de garde 24 heures par jour est en place, avec un pneumologue toujours en appel. Le CHUDGLD a une équipe multidisciplinaire qui compte des oncologues, chirurgiens, pneumologues (tous spécialisé pour faire des EBUS) qui offrent un service bilingue aux patients atteints du cancer du poumon.

Service de médecine d'urgence

Le Service d'urgence offre des soins immédiats pour divers problèmes, qu'il s'agisse de problèmes bénins ou de problèmes qui mettent la vie de la personne en danger. L'équipe multidisciplinaire du Service d'urgence comprend : les médecins, le personnel infirmier, les thérapeutes respiratoires, les pharmaciens et les préposés et commis. Parmi le personnel médical, 12 médecins pratiquent exclusivement de la médecine

d'urgence, trois en pratiquent régulièrement et deux en pratiquent à temps partiel. Le service d'urgence compte en moyenne 50 000 consultations par année.

Une infirmière spécialisée en triage accueille tous les patients qui se présentent au Service d'urgence. Elle évalue l'état des patients pour déterminer leur ordre de priorité pour que les cas les plus urgents soient vus et soignés en premier. L'infirmière utilise un système standardisé conforme aux normes nationales pour établir l'ordre prioritaire des cas. Le Service d'urgence s'engage à soigner chaque patient le plus rapidement possible. Les personnes les plus gravement malades sont soignées avant les autres, même si elles se présentent au Service d'urgence plus tard. Cette politique est essentielle pour s'assurer que tous les patients qui se présentent au Service d'urgence reçoivent les soins requis.

Département de médecine interne générale

Depuis 2012, le CHUDGLD compte 3 internistes parmi son équipe médicale. Ceux-ci offrent des services de consultation aux étages, ils voient les patients à leurs bureaux (diagnostic, traitement et suivi) et sont actifs à l'unité d'enseignement 3C.

L'unité 3C compte 15 lits de médecine interne. Elle accueille des patients adultes qui souffrent de problèmes médicaux complexes. Les services offerts comprennent le diagnostic et le traitement. L'équipe interdisciplinaires est composée de médecins, d'infirmières et autres professionnels de la santé.

Activités cliniques spécialisées: Le département compte une série de cliniques spécialisées pour la gestion de différentes maladies, de conditions ou d'épisodes de soins. Parmi ces cliniques, qui sont menées par des médecins internistes, en retrouve : la *Clinique de diabète*, la *Clinique vasculaire*, la *Clinique médicale obstétricale* et la *Clinique préopératoire*.

Unité des soins intensifs

L'Unité de soins intensifs médicaux et chirurgicaux compte 8 lits. Les unités de soins intensifs offrent des soins aux patients dont les problèmes de santé sont sévères au point de mettre leur vie en danger. L'équipe des soins intensifs du CHUDGLD comprend: des médecins spécialistes (pneumologues, internistes et anesthésistes), du personnel infirmier, des thérapeutes respiratoires, des pharmaciens, des autres professionnels de la santé et du personnel en soins spirituels.

b) Enseignement

Le département de cardiologie participe activement aux activités d'enseignement médical. Pendant l'année académique 2015-2016, le département a effectué 126.25 heures d'enseignement préclinique et un total de 330 heures de supervision clinique (stages d'externat et résidence).

Le service de néphrologie mène également des activités d'enseignement médical. Pendant l'année académique 2015-2016, le département a effectué 273 heures d'enseignement préclinique et un total de 400 heures de supervision clinique (stages d'externat et résidence).

Finalement, le département de médecine interne générale est également très impliqué dans la formation médicale, particulièrement via l'unité d'enseignement au 3C du CHUDGLD, qui accueille les étudiants en médecine durant leur stage de formation en médecine interne. Pendant l'année académique 2015-2016, le département a effectué 130.5 heures d'enseignement préclinique et un total de 600 heures de supervision clinique (stages d'externat et résidence).

c) Recherche

Essais cliniques commandités : Le département de *cardiologie* participe activement à la recherche. En date d'août 2017, trois essais cliniques commandités sont en cours avec l'activation potentielle de trois autres études d'ici la fin de l'année. Le service de *néphrologie* a également une longue histoire d'implication dans les essais cliniques commandités et participe actuellement à deux essais thérapeutiques, avec des participations possible dans deux nouveaux essais dans la prochaine année. Le Dr Rémi Leblanc du département de *médecine interne générale* agit comme chercheur qualifié responsable d'un essai clinique thérapeutique sur un produit naturel développé par le Prof Marc Surette de l'Université de Moncton.

Recherche clinique maison : Certains *cardiologues* développent également des projets de recherche maison qu'ils mènent seuls ou en collaboration avec des chercheurs de l'Université de Moncton. Le Dr Marc Dorval du service de *néphrologie* est également très actif au niveau du développement de projet de recherche clinique maison, en plus d'être sur le point de compléter un doctorat en recherche.

4. UNITÉ CLINIQUE APPRENANTE – NEUROSCIENCE

a) Clinique

Département de neurologie

Les neurologues du CHUDGLD traitent de très nombreuses pathologies, notamment les affections au niveau du cerveau (p. ex. maladie de Parkinson, épilepsie, sclérose en plaques), et ainsi que les diverses atteintes neuromusculaires (p. ex. ataxies, dystrophies musculaires, neuropathies périphériques). Ils s'occupent des diverses conditions, allant des maux de têtes (p. ex. migraine, céphalées) jusqu'aux maladies neuro-dégénératives les plus handicapantes (p. ex. maladie d'Alzheimer, maladie de Huntington, sclérose latérale amyotrophique). Ils traitent également des maladies orphelines, entre autres, les maladies lysosomiales telles que les mucopolysaccharidoses et les maladies de Gaucher, de Fabry et de Pompe.

Le département de neurologie est relativement nouveau. Le premier neurologue fut embauché en 2013. Trois autres neurologues ont été embauchés par la suite. Malgré sa courte existence, le département a déjà fait beaucoup de progrès. Plusieurs cliniques et programmes qui lui sont spécifiques ont été développés. Depuis 2016, les neurologues participent à 2 registres de maladies neurologiques. Ils participent également à plusieurs projets de recherches appliquées en collaboration avec des chercheurs universitaires.

Activités cliniques spécialisées :

Cliniques ambulatoires de neurologie à Bathurst et Campbellton, N.-B. : Ces cliniques pour les patients du Nord de la province ont vu le jour en 2014. Actuellement, un neurologue se déplace pour effectuer des consultations sur place, à une fréquence d'environ 1 fois par mois, durant une période de 3 à 5 jours à la fois, à Campbellton et à Bathurst.

Clinique spécialisée pour la sclérose en plaque à Moncton : Ces cliniques sont menées deux fois par semaine au Moncton City Hospital l'aide d'une infirmière responsable de la coordination clinique.

Cliniques spécialisées pour les conditions neurologiques diverses : Avec l'appui du Réseau de Santé Vitalité, des cliniques spécialisées pour des conditions neurologiques ont vu le jour au CHUDGLD au printemps 2017. Les cliniques sont organisées comme suit, avec une fréquence d'une clinique par semaine :

- les maladies génétiques rares;
- les troubles de mouvement et la maladie de Parkinson;
- les accidents vasculaires cérébraux;
- la sclérose en plaque (à venir).

Télémédecine : Organisé au niveau provincial, ce programme nécessite l'implication des neurologues des Centres de santé de la province. Les neurologues de CHUDGLD participent à ce programme, lorsqu'ils sont de garde et en appel, au niveau local (~4 jours/mois) et provincial (~4 jours/mois). Pour se faire, le neurologue désigné fait la consultation par télémédecine pour les patients situés partout à travers la province.

b) Enseignement

Le département de neurologie mène des activités d'enseignement médical en neurologie. Pendant l'année académique 2015-2016, le département a effectué 103 heures d'enseignement préclinique et un total de 20 heures de supervision clinique (stages d'externat). À date, le département n'a pas encore participé à la supervision des résidents.

c) Recherche

Essais cliniques commandités : Le département participe actuellement à un essai clinique thérapeutique et à trois registres. La participation à ces registres donne l'avantage aux patients de faire partie d'une base de données nationale ou internationale. Cela leur donne une éventuelle opportunité de participer à des études cliniques et de bénéficier de traitements expérimentaux pour certaines maladies qui n'ont actuellement pas de traitement efficace.

Recherche clinique maison : Le département participe activement à développer des projets de recherches cliniques maison, en collaboration avec des chercheurs de l'Université de Moncton et d'autres Centres de recherche. Actuellement, le département travaille sur la mise en œuvre de cinq projets de recherche clinique maison d'envergure portant sur la Sclérose latérale amyotrophique, la Sclérose en plaques et la Dystrophie myotonique de type 1. Le département contribue également à l'avancement de connaissance médicale avec la rédaction d'études de cas. Jusqu'à date, 3 cas ont attiré l'attention des neurologues, sur lesquels ils sont rassemblent présentement les informations nécessaires pour entamer la rédaction

5. UNITÉ CLINIQUE APPRENANTE – SANTÉ DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

a) Clinique

Département de pédiatrie

L'équipe de pédiatres du CHUDGLD étudie le développement psychomoteur et physiologique de l'enfant, ainsi que toutes les pathologies s'y rattachant (maladies infantiles). Au cours des années, le département a développé plusieurs cliniques et programmes qui lui sont spécifiques.

Clinique d'hémato-oncologie : Depuis 2000, la clinique d'hémato-oncologie a une équipe multidisciplinaire composée de pédiatres, infirmières, travailleuse sociale, psychologue et diététiste. La clinique a environ 20 à 25 nouveaux cas de patients par année au N.-B. Présentement, on compte environ 35 patients actifs. La clinique agit comme liaison entre les familles et les centres tertiaires tout en faisant le lien avec les protocoles de recherche.

Clinique diabétique : La clinique diabétique a une équipe multidisciplinaire depuis 2005 qui compte des pédiatres, une infirmière, une diététiste, une psychologue et une travailleuse sociale. La clinique compte présentement une trentaine de patients actifs. Elle a plusieurs collaborations avec des institutions tels l'Université de Moncton, les écoles, les garderies, les autres cliniques diabétiques du Réseau de santé Vitalité, le Réseau de santé Horizon, etc. La mise en place de la clinique diabétique a permis de réduire le nombre d'admissions et le nombre d'appels aux pédiatres; de réduire le taux d'hémoglobine glycosylée, d'améliorer l'autogestion de la maladie, de maximiser les paliers de soins et de standardiser les soins diabétiques pédiatriques selon les lignes directrices canadiennes.

Clinique de phénylcétonurie (PCU) : La clinique provinciale de PCU est en place depuis 2005. L'équipe multidisciplinaire y travaillant est composée de pédiatres, omnipraticien, infirmière, diététiste, psychologue, travailleuse sociale. La clinique dessert les 2 réseaux de santé du Nouveau-Brunswick et compte une centaine de patients actifs. La clinique participe à un projet de recherche de niveau national. La clinique collabore avec le Service de Développement social et de Santé mentale, les écoles, les universités, les résidences communautaires, les foyers de soins, les cliniques médicales, etc. Les retombées de la clinique incluent une meilleure conformité au traitement, une meilleure compréhension de la maladie, une meilleure autogestion, une prise en charge multidisciplinaire locale, une meilleure collaboration avec les partenaires communautaires, une diminution des taux d'hospitalisation et une augmentation de la scolarité post-secondaire.

Cliniques externes : cardio (IWK) et neuro (St. Jean) : Le Réseau de santé Vitalité a une entente de services avec le IWK Health Centre d'Halifax et le Réseau de santé Horizon pour la tenue de cliniques de cardiologie et de neurologie pour les patients de la clinique de pédiatrie. En 2016, un total de 89 patients ont été vus lors quatre cliniques

ambulatoires de cardiologie pédiatrique. Les cinq cliniques ambulatoires de neurologie pédiatrique ont permis l'évaluation d'un total de 58 patients.

Clinique des Troubles d'apprentissage : Suite à un projet de recherche où des groupes de discussions ont eu lieu avec des pédiatres, des médecins de famille et des patients, le besoin d'une clinique sur les troubles d'apprentissage est ressorti. Après l'étude de différents modèles, le modèle choisi fut présenté à la réunion annuelle de la Société canadienne de pédiatrie en 2011. La clinique des troubles d'apprentissage a vu le jour en 2011. Une réduction considérable de la liste d'attente et une prise en charge furent observées. La liste d'attente a passé de 18 mois à 3-6 mois. De plus, la clinique permet de maximiser les paliers du système, offre un meilleur accès au service, procure des soins basés sur des données probantes, permet de former des médecins de famille et des professionnels de la santé, etc.

Activités cliniques spécialisées:

Centre d'excellence du Trouble du spectre d'alcoolisation fœtale (TSAF) du N.-B. : Ce centre est un modèle bilingue unique au Canada, et dessert toute la province. Il est le seul centre de ce genre à l'Est de l'Ontario. Le Centre a vu le jour en 2012 et offre des services au niveau de la prévention, du diagnostic, de l'intervention, du support et du suivi post-diagnostic. La charge clinique est de 400 patients (en date de mai 2017). L'équipe multidisciplinaire compte des pédiatres, psychologues, orthophonistes et ergothérapeutes. Des coordonnateurs cliniques sont en place à St-Jean, à Fredericton, à Bathurst et à Campbellton. L'équipe de support inclut une gestionnaire, des coordonnateurs communautaires, une personne liaison autochtone, une adjointe administrative. Des services intégrés sont en place avec les écoles, la Santé mentale, la Santé publique, le Développement social, etc. De l'éducation et de la formation est constamment offerte avec les professionnels et les familles. Le Centre participe au projet de recherche canadien CanFASD. Le Centre a développé des indicateurs et l'évaluation du programme est débutée. Les indicateurs tiennent compte de la prévention, du diagnostic et du suivi.

Clinique MotivAction : La Clinique jeunesse MotivAction est une clinique qui vise la prévention et le traitement de l'obésité chez les enfants et les jeunes. Elle est en place depuis 2012. L'obésité entraîne plusieurs maladies graves (maladies cardiovasculaires, diabète, problèmes d'articulation, etc.). Il est important de prévenir l'obésité et ses complications chez les enfants et les jeunes. La clinique comprend une équipe multidisciplinaire qui informe, conseille et soutient l'enfant ou le jeune et sa famille. L'équipe évalue tous les aspects (physique, social, culturel et psychologique) de la santé.

L'équipe de la Clinique jeunesse MotivAction est composée de pédiatres, d'infirmières de diététistes, de psychologues, de travailleurs sociaux et de physiothérapeutes.

La clinique s'adresse aux enfants et aux jeunes jusqu'à l'âge de 18 ans, qui ont des problèmes de surpoids importants (au-dessus du 85e percentile). Environ 70 patients sont suivis activement. Pour chaque patient, une évaluation et un plan de soins individualisés sont effectués. L'évaluation du programme fut effectuée en 2015 et en 2016. Les catégories d'indicateurs suivantes ont été quantifiées : le poids (courbes de croissances), la nutrition, l'activité physique, le sommeil, la santé mentale. Des indicateurs relatifs aux coûts ont également été présentés. L'évaluation de 2015 indique que 67% ont gardé le même poids ou on eut une perte de poids.

b) Enseignement

La clinique de pédiatrie est accréditée pour l'externat et la résidence en médecine familiale et pour la spécialité de pédiatrie (pré et post doctoral en pédiatrie) et s'est vue attribuée un numéro de pratique pour l'enseignement. Néanmoins, tous les médecins de la clinique de pédiatrie (pédiatres et omnipraticien) font de la supervision d'externes et de résidents pour la médecine familiale et la pédiatrie. Certains médecins sont également impliqués dans l'enseignement préclinique au CFMNB. Pendant l'année académique 2015-2016, le département a effectué 155.5 heures d'enseignement préclinique et un total de 580 heures de supervision clinique (stages d'externat et résidence).

Les pédiatres sont également des instructeurs et sont impliqués dans le développement des Programmes de soins avancés en réanimation pédiatrique (SARP/PALS) et de réanimation néonatale (PRN - NRP).

c) Recherche

Recherche clinique maison et évaluation : L'unité de pédiatrie participe présentement à un projet de recherche d'envergure nationale. Certaines statistiques de bases sont recueillies pour chaque programme (évaluation de l'efficacité ou performance) : nombres de consultations reçues, temps d'attente pour nouvelle consultation, nombre de patient vu par médecin, type de consultations, etc. Les résultats actuels démontrent que 76% des patients sont vus à l'intérieur de 3 mois (2016) comparativement à 59% en 2014. Le *Programme MotivAction* effectue son évaluation de programme annuelle. Le *Centre d'excellence du Trouble du spectre d'alcoolisation fœtale (TSAF) du N.-B* évalue présentement son programme. Le programme des commotions cérébrales a également

une grille d'indicateurs de développée et sera éventuellement évalué. Des discussions ont eu lieu pour évaluer tous les programmes de pédiatrie dans un futur rapproché.

6. UNITÉ CLINIQUE APPRENANTE – SANTÉ ET MALADIE MENTALE

a) Clinique

Département de psychiatrie

Les psychiatres sont spécialisés dans le diagnostic, le traitement et la prévention de maladies mentales et problèmes émotionnels. Ces maladies comprennent les anomalies affectives, comportementales et perceptives. Les traitements peuvent être offerts aux patients hospitalisés et en consultation externe, selon la gravité de l'anomalie et les autres aspects de la maladie en question. Les soins sont assurés par une équipe pluridisciplinaire composée de: psychiatres, pédopsychiatres, psychologues, infirmiers, orthophonistes, travailleurs sociaux et ergothérapeutes.

Services psychiatriques en milieu hospitalier - Unités de soins aigus: Les hôpitaux régionaux du Réseau de santé Vitalité offrent des unités spécialisées en psychiatrie. Ces unités permettent de bien évaluer l'état du patient et de stabiliser ses symptômes en vue d'un retour rapide en communauté. Les services disponibles sont les suivants :

- Évaluation et traitement psychiatriques intensifs par une équipe multidisciplinaire;
- Services individuels et de groupe;
- Planification d'un retour en communauté.

Service de santé mentale en communauté: Les services offerts en communauté sont offerts aux enfants, aux adolescents et aux personnes âgées. Ils tiennent compte de la prévention, de l'évaluation, de l'intervention et de la consultation. Le service est accessible directement par la personne ou à la suite d'une demande d'un professionnel de la santé. Les centres de santé mentale communautaires offrent :

- une évaluation de la situation et des besoins;
- une thérapie individuelle et de groupe;
- des séances psycho-éducatives;
- des interventions en situation de crise;
- un accompagnement à la suite d'un événement traumatisant;

- un accompagnement, des services de réadaptation et du soutien;
- des consultations psychiatriques;
- des activités de prévention et d'intervention face au suicide.

Une équipe mobile de crise est disponible en tout temps. Les lignes d'écoute Chimo et Jeunesse j'écoute sont disponibles pour les patients. De plus, le gouvernement du N.-B. soutient un réseau de 27 Centres d'activité pour les bénéficiaires de services de santé mentale dans la province, qui vise la participation active des personnes atteintes d'une maladie mentale au processus de rétablissement. Un élément important de ce processus comprend l'accessibilité à des activités de soutien social, d'entraide, de loisir et de revendication. Les centres d'activité ont pour mandat de donner aux personnes aux prises avec une maladie mentale la possibilité d'accéder à de telles activités.

b) Enseignement

Excluant le département de médecine familiale, le département de psychiatrie est le département le plus actif au niveau de la formation médicale. Pendant l'année académique 2015-2016, le département a effectué 204.5 heures d'enseignement préclinique et un total de 960 heures de supervision clinique (stages d'externat et résidence).

c) Recherche

Essais cliniques commandités : Le département participe actuellement à un essai clinique commandité sur l'utilisation d'un médicament injectable. C'est le pharmacien de l'unité, qui détient un doctorat, qui initie habituellement les projets de recherche en psychiatrie.

Recherche clinique maison : L'équipe de psychiatrie participe à un projet de recherche sur les retombées cliniques et les connaissances des médecins par rapport à un médicament. Cette étude est initiée par un chercheur de la Mayo Clinic aux États-Unis, en collaboration avec le pharmacien en psychiatrie. Un des psychiatres du CHUDGLD a démontré un intérêt pour étudier les effets de la marijuana médicinale pour les patients aux prises avec le stress post-traumatique.

7. UNITÉ CLINIQUE APPRENANTE – SANTÉ PRIMAIRE ET DES POPULATIONS

a) Clinique

Département de médecine de famille

Activités cliniques générales : Les omnipraticiens offrent des services de soins de santé primaires dans la collectivité et les milieux hospitaliers aux patients de tous les âges atteints de diverses maladies. Le Service de médecine familiale travaille de concert avec l'ensemble des services secondaires et tertiaires. La chirurgie générale, la médecine interne, la pédiatrie, la psychiatrie, et autres, se classent parmi les soins secondaires. Les soins avancés comme la néphrologie, la neuro-oncologie et la chirurgie cardiaque font partie des soins tertiaires. Au CHUDGLD, certains omnipraticiens fournissent des services secondaires comme la médecine gériatrique, l'oncologie, l'assistance opératoire, la chirurgie mineure, l'hospitaliste, les soins palliatifs et la médecine d'urgence.

De plus, des services de médecine familiale sont offerts au système carcéral, aux Services de traitement des dépendances, aux Cliniques de soins ambulatoires et à domicile par l'entremise du Programme extra-mural. L'équipe multidisciplinaire de médecine familiale comprend, entre autres, des médecins, des infirmières praticiennes, des infirmières immatriculées, des infirmières auxiliaires, des pharmaciens, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des diététistes, des orthophonistes et des audiologistes.

b) Enseignement

Le programme postdoctoral complet en médecine familiale est offert depuis 1999 à l'Unité de médecine familiale (UMF). Ce programme accueille 16 résidents annuellement. Entre 1995 et 2005, des 203 nouveaux médecins de famille inscrits au Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick, 46 % ont été formés à l'UMF et pratiquent un peu partout dans la province. L'indicateur principal de succès consiste en un taux de rétention post-formation qui se chiffre au-delà de 80 %. Le département de médecine familiale est par conséquent, le département le plus actif au niveau des activités d'enseignement médical. Pendant l'année académique 2015-2016, le département a effectué 2 363 heures d'enseignement préclinique et un total de 3 280 heures de supervision clinique (stages d'externat et résidence).

c) Recherche

L'unité de santé primaire et des populations est une unité très active au niveau de la recherche. À chaque année, les résidents en médecine de famille effectuent des projets de recherche cliniques. Plusieurs projets proviennent de chercheurs non seulement associés à des universités néo-brunswickoises, mais aussi à des universités canadiennes. Plusieurs projets proviennent de l'École de science infirmière, soit soumis par des professeurs ou des étudiants gradués.

Un projet important pour notre province et nos soins de santé est celui du maintien à domicile des aînés vulnérables. Cette étude est réalisée en collaboration avec le Centre de formation médicale et l'Université de Moncton. Un autre projet d'envergure nationale auquel nous participons est le projet *Wait 1*, projet qui évalue le temps d'attente entre le médecin de famille et le médecin spécialiste.

Vers l'établissement d'un Réseau universitaire
Plan d'action pour le
développement de la mission
universitaire

Plan stratégique 2017-2020

En route

vers la modernisation
et la transformation du système de santé

Orientation stratégique 5 : Nous optimiserons la mission universitaire et la recherche.

Axe d'intervention :

1. Développement de la mission universitaire et de la recherche du Réseau.

Résultats stratégiques :

Le plan de développement de la mission universitaire et de la recherche sera élaboré et approuvé.

Les ressources nécessaires pour la mise en œuvre du plan de développement du centre hospitalier universitaire (CHU) et des centres hospitaliers affiliés universitaire (CHAU) seront obtenues.

Le centre de médecine de précision sera établi.

Le programme postdoctoral en psychiatrie sera élaboré.

Les activités de recherche seront doublées.

Les enjeux

- La culture institutionnelle
- Les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires
- L'appui des activités d'éducation
- L'appui à la recherche et l'évaluation

Étapes

Étape 1 Révision externe des modèles de centre hospitalier universitaire

Responsable:
Brigitte Sonier Ferguson

Échéancier:
Juin 2017

Étape 2 Consultation du milieu sur sa vision d'un centre hospitalier universitaire

Responsable:
Dr Martin Robichaud
Dr Rémi Leblanc
Dr Michel Landry

Échéancier:
Juillet 2017

Étape 3 Ébauche d'un plan d'action pour développer la mission universitaire

Responsable:
Brigitte Sonier Ferguson
Martine Poirier

Échéancier:
Août 2017

Étape 4 Révision interne et externe de l'ébauche

Processus mené par:
Externe – Consultant expert
Interne – Dre France Desrosiers

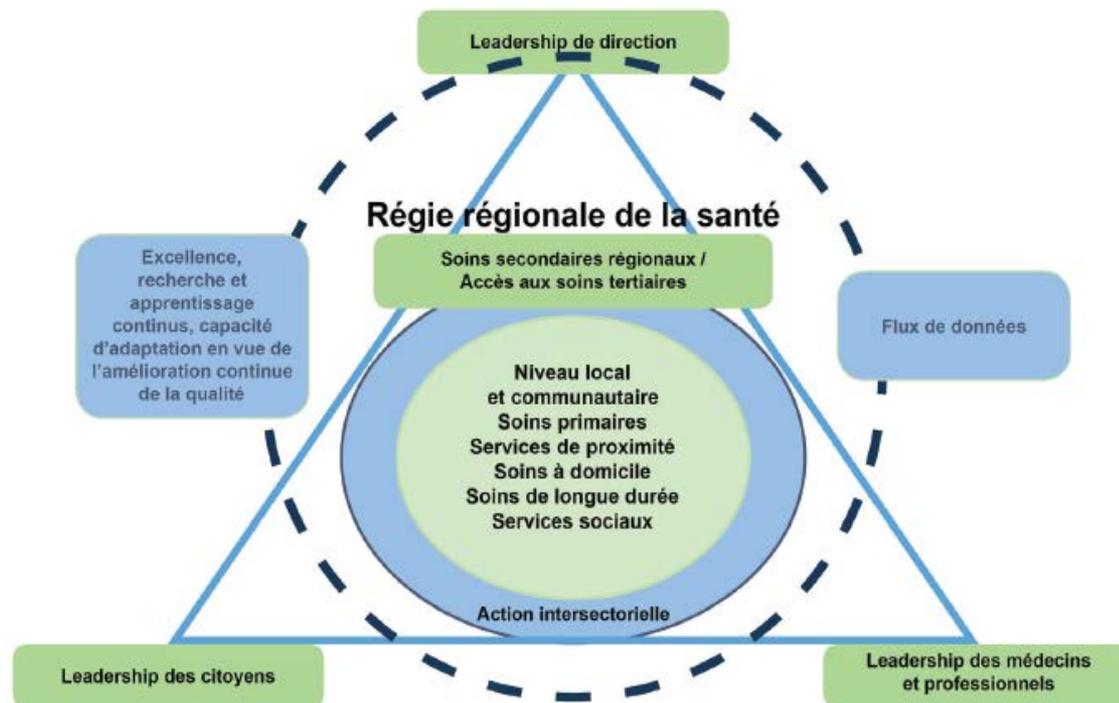
Échéancier:
Septembre 2017

Étape 5 Plan d'action pour développer la mission universitaire Final

Soumission au :
Conseil d'administration
Ministère de la santé

Échéancier:
Octobre 2017

Plan d'action: Sous le thème de l'intégration...



Une vision pour les systèmes de santé régionalisés à rendement élevé au Canada (tiré de Bergevin et al. 2016)

Plan d'action: Les grandes lignes...

- Réseau doit se doter de mécanismes et de stratégie pour favoriser l'intégration de la mission universitaire dans son identité organisationnelle, afin d'instaurer une culture d'amélioration continue et d'organisation apprenante.
- Alignement du Réseau avec ses partenaires universitaires sera primordial.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 1 : INTÉGRER LA MISSION UNIVERSITAIRE DANS L'IDENTITÉ ORGANISATIONNELLE DU RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ : DEVENIR UNE ORGANISATION APPRENANTE

Objectif spécifique 1.1 : Assurer une direction solide de la mission universitaire au sein du Réseau de santé Vitalité.

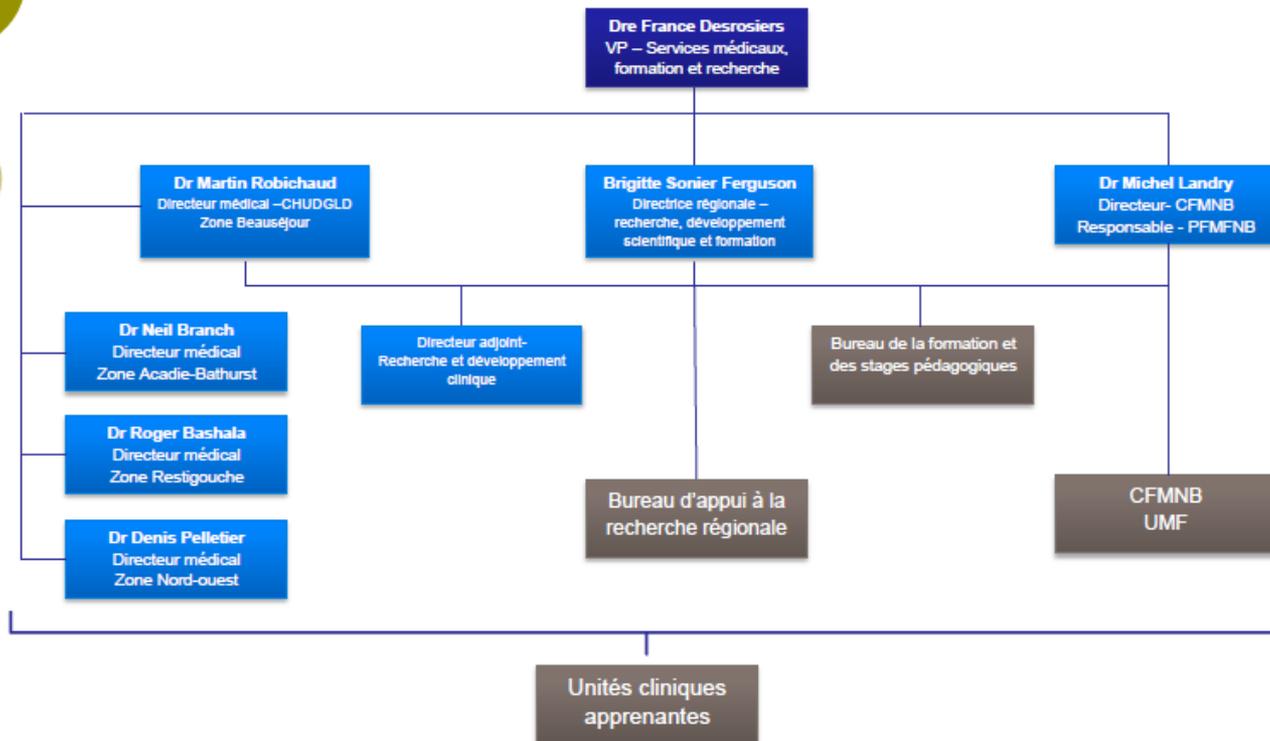
Action 1 : Intégrer le responsable de formation médicale dans la structure organisationnelle du secteur des services médicaux, de la formation et la recherche du Réseau de santé Vitalité

Action 2 : Former l'équipe-conseil de la mission universitaire du Réseau de santé Vitalité

Action 3 : Modifier les règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité afin que le Comité stratégique de la recherche et de la formation devienne un comité permanent du conseil

Objectif spécifique 1.1 (suite)

Réseau universitaire intégré de Vitalité



Légende

- Équipe de leadership
- Directeurs
- Directeurs adjoints
- Gestionnaires/conseillers/
coordonnateurs
- Fonction/service

OBJECTIF STRATÉGIQUE 1 : INTÉGRER LA MISSION UNIVERSITAIRE DANS L'IDENTITÉ ORGANISATIONNELLE DU RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ : DEVENIR UNE ORGANISATION APPRENANTE

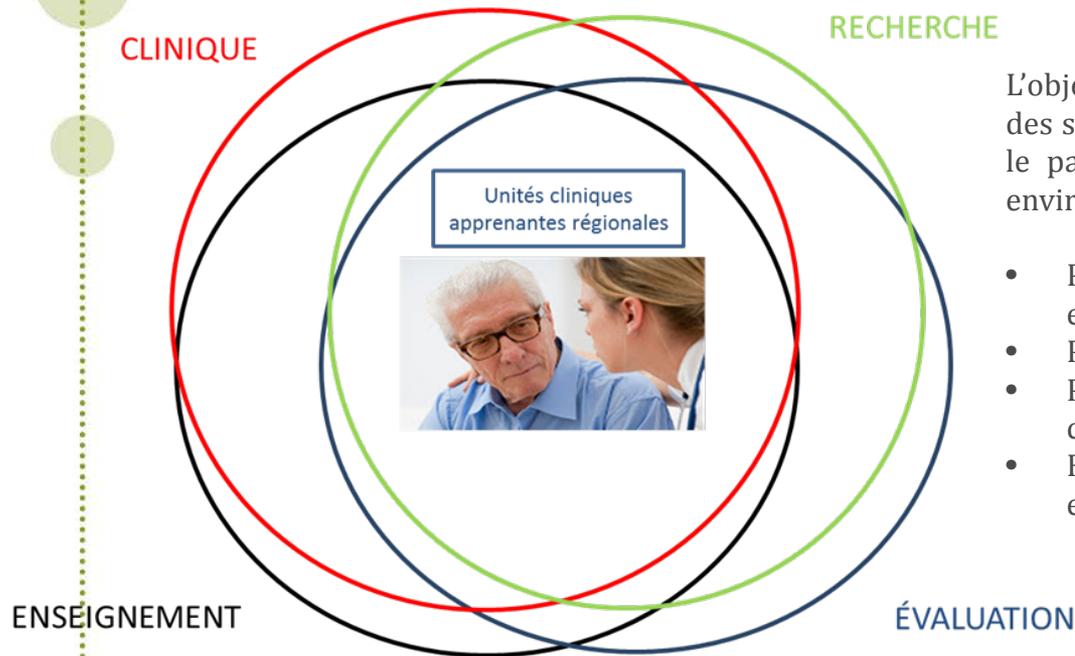
Objectif spécifique 1.2 : Favoriser la mise en place de services de soins de santé innovateurs et intégrés, qui incorpore les activités d'enseignement, la recherche, l'évaluation et l'application des connaissances au Réseau de santé Vitalité.

Action 1 : Créer les Unités cliniques apprenantes régionales

Action 2 : Établir et prioriser les objectifs stratégiques et de développement des unités cliniques apprenantes.

Action 3 : Préconiser une culture de mesure des résultats et d'amélioration continue au sein des unités cliniques apprenantes.

Objectif spécifique 1.2 (suite)

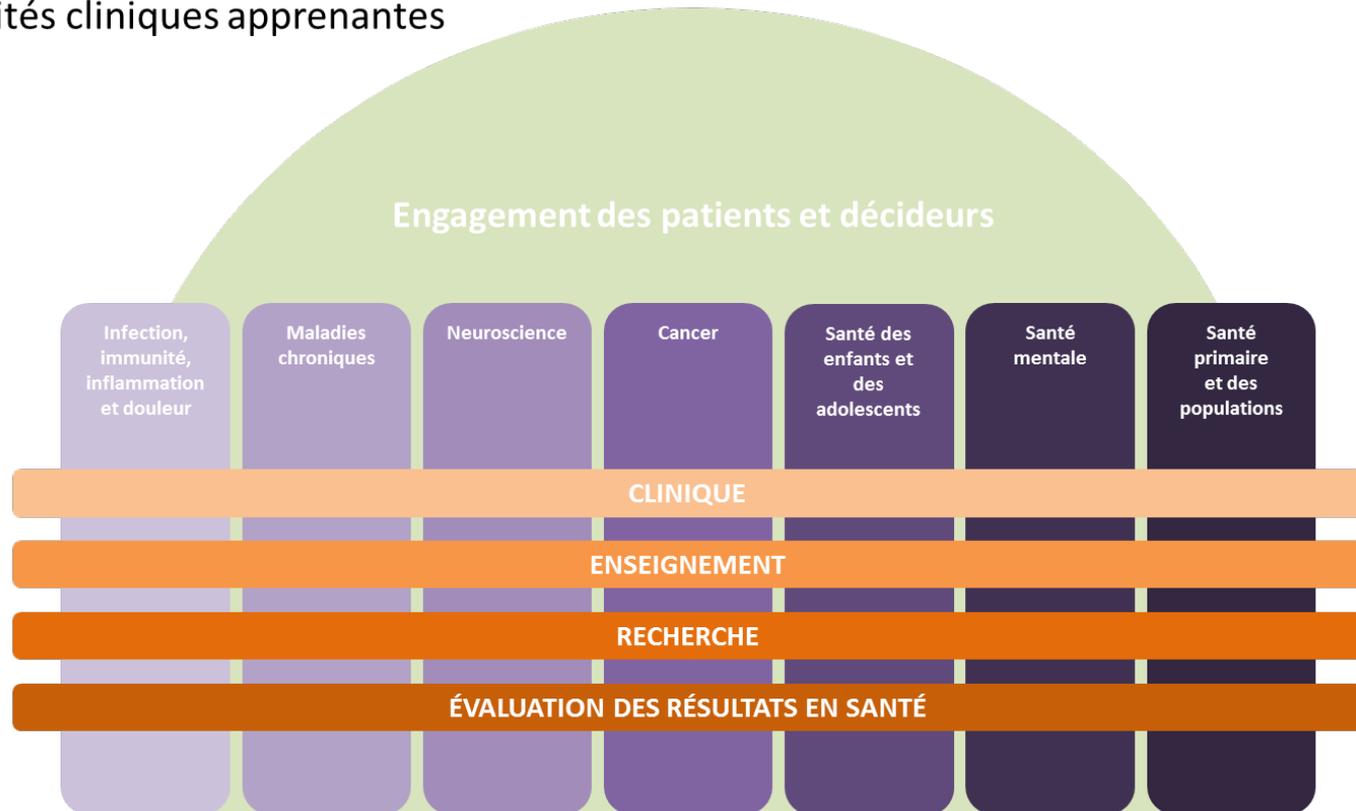


L'objectif principale de l'unité clinique apprenante est d'offrir des services de soins de santé de qualité qui sont centrés sur le patient et basées sur des données probantes, dans un environnement qui:

- Priorise l'établissement de pratiques cliniques exemplaires ;
- Promouvoit l'innovation ;
- Préconise une culture de mesure et d'amélioration continue ;
- Favorise la formation d'une relève en santé compétente et hautement qualifiée.

Objectif spécifique 1.2 (suite)

Unités cliniques apprenantes



Objectif spécifique 1.2 (suite)

- Priorités de développement clinique
 - Service provincial de génétique médicale
 - Centre d'excellence en oncologie thoracique
 - Clinique d'oxygénothérapie hyperbare
 - Autres: IRM cardiaque, laboratoire de cathétérisme, clinique bariatrique , médecine métabolique, ventre de prélèvement des dons d'organes, plasmaphérèse, ventre de Pédiatrie sociale en communauté, programme sur les commotions cérébrales
- Priorités de développement en enseignement
 - Développement d'un programme de résidence en psychiatrie
- Priorités de développement en recherche
 - Biobanque

OBJECTIF STRATÉGIQUE 2 : ASSURER LA VIABILITÉ ET LA PÉRENNITÉ DE LA MISSION UNIVERSITAIRE

Objectif spécifique 2.1 : Établir une formule de financement des établissement du Réseau de santé Vitalité qui reflète les coûts associés à sa mission universitaire.	Action 1 : Déterminer les coûts opérationnels d'infrastructure et de soutien hospitalier associé à la mission universitaire (coûts directs)
	Action 2 : Déterminer les coûts indirects de la mission universitaire relatifs au soin des patients
Objectif spécifique 2.2 : Développer des plans de pratique académique pour la rémunération des médecins membres des unités cliniques apprenantes	Action 1: Procéder à une évaluation des effectifs médicaux actuels afin d'assurer une adéquation des ressources pour assumer la mission universitaire

OBJECTIF STRATÉGIQUE 3 : PROPOSER LE RÉSEAU UNIVERSITAIRE DES SCIENCES DE LA SANTÉ FRANCOPHONE DU NOUVEAU-BRUNSWICK

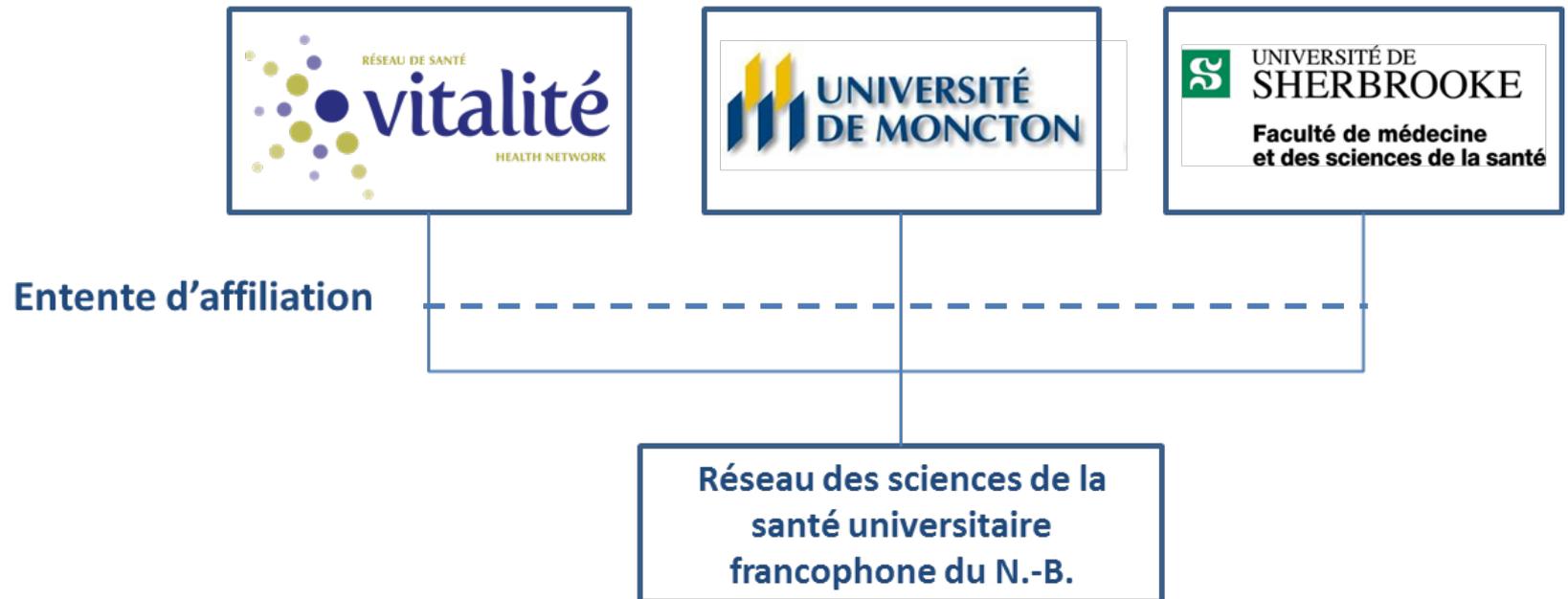
Objectif spécifique 3.1 : Établir un modèle de gouvernance affiliatif entre les membres du RUSSFNB

Action 1 : Proposer et adopter une structure de gouvernance pour le RUSSFNB.

Action 2 : Établir le Comité de gouvernance du RUSSFNB.

Action 3 : Définir la mission, la vision et les valeurs du RUSSFNB et procéder à la planification stratégique.

Objectif spécifique 3.1 (suite)



OBJECTIF STRATÉGIQUE 3 : PROPOSER LE RÉSEAU UNIVERSITAIRE DES SCIENCES DE LA SANTÉ FRANCOPHONE DU NOUVEAU-BRUNSWICK

Objectif 3.2 : Mettre en place des structures inter-organisationnelles et des mécanismes officiels à l'appui du plan stratégique intégré du RUSSFNB

Action 1 : Élaborer des politiques et procédures pour la gestion de ressources communes

Action 2 : Assurer la création d'infrastructures physique qui faciliteront le partage de ressources et de matériels

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 17 octobre 2017

Objet : **Surveillance cardiaque Bluetooth - CHUDGLD**

Le Dr Luc Cormier ainsi que le Dr Martin Robichaud feront la présentation d'un petit appareil appelé le « Confirm RX » qui a été récemment implanté chirurgicalement chez un patient du Centre hospitalier universitaire Dr Georges-L.-Dumont pour la première fois en Atlantique. Ce dispositif fonctionne avec la technologie Bluetooth et permet de surveiller de près la fréquence cardiaque d'un patient par le biais d'un téléphone intelligent.

Soumis le 6 octobre 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Note d'information

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 17 octobre 2017

Décision recherchée

Objet : Centre Hospitalier Régional (CHR)– Modèle de soins

Contexte / Problématique

- Deux experts externes ont déposé des rapports en lien avec les pratiques cliniques et la qualité des soins aux patients au CHR.
- Plus précisément, l'une des recommandations était d'implanter un modèle de soins et de services interdisciplinaires orienté sur la réadaptation et le rétablissement.
- L'objectif étant de s'éloigner d'une approche asilaire, vers un modèle davantage axé sur le rétablissement.
- Plusieurs partenaires et organismes externes expriment des préoccupations par rapport aux services cliniques du CHR, tels l'ombudsman, le défenseur des malades, le curateur ou encore le tribunal de la santé mentale.

Éléments à considérer dans la prise de décision

- Ce nouveau modèle de soins vise à évaluer de façon continue le potentiel de retour dans la communauté de chaque patient.
- Le modèle actuel permet difficilement la mise en place de plans de soins individualisés pour les patients.
- Les durées de séjour des patients sont bien au-delà des normes. Certains patients y sont depuis de nombreuses années.
- Une restructuration de l'équipe de gestion médico-nursing vers une gestion interdisciplinaire est présentement en cours. Ce qui implique une désyndicalisation des gestionnaires.
- Ce nouveau modèle de soins s'inscrit également dans une révision du mandat du CHR vers un centre d'excellence en réadaptation et traitement pour la psychiatrie tertiaire et légale.
- Le nouveau modèle propose une gestion par programme répondant aux besoins des différentes clientèles, plutôt qu'une gestion par unité.

Considérations importantes

- Les modèles de soins dans les établissements comparables au Canada ont grandement évolué.
- Le modèle interdisciplinaire proposé se base sur de meilleures pratiques. Chaque programmation clinique s'inspire du National Institute for Health Care and Excellence (NICE) et contient des éléments mesurables pour le contrôle de la qualité.
- Ce modèle favorisera les partenariats et l'intégration du continuum de soins pour cette clientèle.
- Ce changement représente des enjeux importants pour la profession infirmière à l'intérieur de l'établissement.

- Une stratégie de recrutement de différents professionnels devra être mise en place et soutenue.
- Le ministère de la Santé est constamment mis à jour sur le cheminement du CHR et supporte le nouveau modèle proposé (dernière rencontre le 21 septembre avec le sous-ministre délégué)
- Un montant variant entre \$400 000 et \$500 000 sera nécessaire pendant la période de transition.
- À long terme, le modèle devrait s'autofinancer avec un redéploiement des ressources.

Impacts	Négligeables	Modérés	Significatifs
Éthique			X
Qualité et sécurité			X
Partenariats			X
Gestion des risques			X
Allocation des ressources			X

Suivi à la décision

- Nouveau modèle interdisciplinaire et équipe de gestion renouvelée.
- Programmation et regroupement clinique selon les besoins de la clientèle et les meilleures pratiques.

Proposition et résolution

Proposé

Appuyé

Que le Conseil d'administration approuve que le modèle de soins soit adopté tel que présenté afin de poursuivre la modernisation du CHR vers une vision d'excellence en soins de psychiatrie légale et tertiaire.

Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration ou le comité de ...

Adoption

Soumis le 5 octobre 2017 par Jacques Duclos, VP – Services communautaires et Santé mentale

Plan de transformation au CHR

Présenté au
conseil d'administration
le 17 octobre 2017



• Révision du mandat

Centre d'excellence en évaluation, traitement et réhabilitation psychosociale
- services spécialisés et interdisciplinaires
- psychiatrie
- développement des connaissances
- évaluation et participation sociale des personnes
- enseignement médical et professionnel
- recherche

• Programmation

- Traitements psychiatriques
- Traitements de spectre de l'autisme
- Traitements psychosociaux
- Traitements graves du comportement
- Traitements sociaux de personnes souffrantes
- Spécialisation des soins
NICE 2017/2018/2019/2020/2021/2022/2023/2024/2025/2026/2027/2028/2029/2030/2031/2032/2033/2034/2035/2036/2037/2038/2039/2040/2041/2042/2043/2044/2045/2046/2047/2048/2049/2050/2051/2052/2053/2054/2055/2056/2057/2058/2059/2060/2061/2062/2063/2064/2065/2066/2067/2068/2069/2070/2071/2072/2073/2074/2075/2076/2077/2078/2079/2080/2081/2082/2083/2084/2085/2086/2087/2088/2089/2090/2091/2092/2093/2094/2095/2096/2097/2098/2099/2100/2101/2102/2103/2104/2105/2106/2107/2108/2109/2110/2111/2112/2113/2114/2115/2116/2117/2118/2119/2120/2121/2122/2123/2124/2125/2126/2127/2128/2129/2130/2131/2132/2133/2134/2135/2136/2137/2138/2139/2140/2141/2142/2143/2144/2145/2146/2147/2148/2149/2150/2151/2152/2153/2154/2155/2156/2157/2158/2159/2160/2161/2162/2163/2164/2165/2166/2167/2168/2169/2170/2171/2172/2173/2174/2175/2176/2177/2178/2179/2180/2181/2182/2183/2184/2185/2186/2187/2188/2189/2190/2191/2192/2193/2194/2195/2196/2197/2198/2199/2200/2201/2202/2203/2204/2205/2206/2207/2208/2209/2210/2211/2212/2213/2214/2215/2216/2217/2218/2219/2220/2221/2222/2223/2224/2225/2226/2227/2228/2229/2230/2231/2232/2233/2234/2235/2236/2237/2238/2239/2240/2241/2242/2243/2244/2245/2246/2247/2248/2249/2250/2251/2252/2253/2254/2255/2256/2257/2258/2259/2260/2261/2262/2263/2264/2265/2266/2267/2268/2269/2270/2271/2272/2273/2274/2275/2276/2277/2278/2279/2280/2281/2282/2283/2284/2285/2286/2287/2288/2289/2290/2291/2292/2293/2294/2295/2296/2297/2298/2299/2300/2301/2302/2303/2304/2305/2306/2307/2308/2309/2310/2311/2312/2313/2314/2315/2316/2317/2318/2319/2320/2321/2322/2323/2324/2325/2326/2327/2328/2329/2330/2331/2332/2333/2334/2335/2336/2337/2338/2339/2340/2341/2342/2343/2344/2345/2346/2347/2348/2349/2350/2351/2352/2353/2354/2355/2356/2357/2358/2359/2360/2361/2362/2363/2364/2365/2366/2367/2368/2369/2370/2371/2372/2373/2374/2375/2376/2377/2378/2379/2380/2381/2382/2383/2384/2385/2386/2387/2388/2389/2390/2391/2392/2393/2394/2395/2396/2397/2398/2399/2400/2401/2402/2403/2404/2405/2406/2407/2408/2409/2410/2411/2412/2413/2414/2415/2416/2417/2418/2419/2420/2421/2422/2423/2424/2425/2426/2427/2428/2429/2430/2431/2432/2433/2434/2435/2436/2437/2438/2439/2440/2441/2442/2443/2444/2445/2446/2447/2448/2449/2450/2451/2452/2453/2454/2455/2456/2457/2458/2459/2460/2461/2462/2463/2464/2465/2466/2467/2468/2469/2470/2471/2472/2473/2474/2475/2476/2477/2478/2479/2480/2481/2482/2483/2484/2485/2486/2487/2488/2489/2490/2491/2492/2493/2494/2495/2496/2497/2498/2499/2500/2501/2502/2503/2504/2505/2506/2507/2508/2509/2510/2511/2512/2513/2514/2515/2516/2517/2518/2519/2520/2521/2522/2523/2524/2525/2526/2527/2528/2529/2530/2531/2532/2533/2534/2535/2536/2537/2538/2539/2540/2541/2542/2543/2544/2545/2546/2547/2548/2549/2550/2551/2552/2553/2554/2555/2556/2557/2558/2559/2560/2561/2562/2563/2564/2565/2566/2567/2568/2569/2570/2571/2572/2573/2574/2575/2576/2577/2578/2579/2580/2581/2582/2583/2584/2585/2586/2587/2588/2589/2590/2591/2592/2593/2594/2595/2596/2597/2598/2599/2600/2601/2602/2603/2604/2605/2606/2607/2608/2609/2610/2611/2612/2613/2614/2615/2616/2617/2618/2619/2620/2621/2622/2623/2624/2625/2626/2627/2628/2629/2630/2631/2632/2633/2634/2635/2636/2637/2638/2639/2640/2641/2642/2643/2644/2645/2646/2647/2648/2649/2650/2651/2652/2653/2654/2655/2656/2657/2658/2659/2660/2661/2662/2663/2664/2665/2666/2667/2668/2669/2670/2671/2672/2673/2674/2675/2676/2677/2678/2679/2680/2681/2682/2683/2684/2685/2686/2687/2688/2689/2690/2691/2692/2693/2694/2695/2696/2697/2698/2699/2700/2701/2702/2703/2704/2705/2706/2707/2708/2709/2710/2711/2712/2713/2714/2715/2716/2717/2718/2719/2720/2721/2722/2723/2724/2725/2726/2727/2728/2729/2730/2731/2732/2733/2734/2735/2736/2737/2738/2739/2740/2741/2742/2743/2744/2745/2746/2747/2748/2749/2750/2751/2752/2753/2754/2755/2756/2757/2758/2759/2760/2761/2762/2763/2764/2765/2766/2767/2768/2769/2770/2771/2772/2773/2774/2775/2776/2777/2778/2779/2780/2781/2782/2783/2784/2785/2786/2787/2788/2789/2790/2791/2792/2793/2794/2795/2796/2797/2798/2799/2800/2801/2802/2803/2804/2805/2806/2807/2808/2809/2810/2811/2812/2813/2814/2815/2816/2817/2818/2819/2820/2821/2822/2823/2824/2825/2826/2827/2828/2829/2830/2831/2832/2833/2834/2835/2836/2837/2838/2839/2840/2841/2842/2843/2844/2845/2846/2847/2848/2849/2850/2851/2852/2853/2854/2855/2856/2857/2858/2859/2860/2861/2862/2863/2864/2865/2866/2867/2868/2869/2870/2871/2872/2873/2874/2875/2876/2877/2878/2879/2880/2881/2882/2883/2884/2885/2886/2887/2888/2889/2890/2891/2892/2893/2894/2895/2896/2897/2898/2899/2900/2901/2902/2903/2904/2905/2906/2907/2908/2909/2910/2911/2912/2913/2914/2915/2916/2917/2918/2919/2920/2921/2922/2923/2924/2925/2926/2927/2928/2929/2930/2931/2932/2933/2934/2935/2936/2937/2938/2939/2940/2941/2942/2943/2944/2945/2946/2947/2948/2949/2950/2951/2952/2953/2954/2955/2956/2957/2958/2959/2960/2961/2962/2963/2964/2965/2966/2967/2968/2969/2970/2971/2972/2973/2974/2975/2976/2977/2978/2979/2980/2981/2982/2983/2984/2985/2986/2987/2988/2989/2990/2991/2992/2993/2994/2995/2996/2997/2998/2999/3000/3001/3002/3003/3004/3005/3006/3007/3008/3009/3010/3011/3012/3013/3014/3015/3016/3017/3018/3019/3020/3021/3022/3023/3024/3025/3026/3027/3028/3029/3030/3031/3032/3033/3034/3035/3036/3037/3038/3039/3040/3041/3042/3043/3044/3045/3046/3047/3048/3049/3050/3051/3052/3053/3054/3055/3056/3057/3058/3059/3060/3061/3062/3063/3064/3065/3066/3067/3068/3069/3070/3071/3072/3073/3074/3075/3076/3077/3078/3079/3080/3081/3082/3083/3084/3085/3086/3087/3088/3089/3090/3091/3092/3093/3094/3095/3096/3097/3098/3099/3100/3101/3102/3103/3104/3105/3106/3107/3108/3109/3110/3111/3112/3113/3114/3115/3116/3117/3118/3119/3120/3121/3122/3123/3124/3125/3126/3127/3128/3129/3130/3131/3132/3133/3134/3135/3136/3137/3138/3139/3140/3141/3142/3143/3144/3145/3146/3147/3148/3149/3150/3151/3152/3153/3154/3155/3156/3157/3158/3159/3160/3161/3162/3163/3164/3165/3166/3167/3168/3169/3170/3171/3172/3173/3174/3175/3176/3177/3178/3179/3180/3181/3182/3183/3184/3185/3186/3187/3188/3189/3190/3191/3192/3193/3194/3195/3196/3197/3198/3199/3200/3201/3202/3203/3204/3205/3206/3207/3208/3209/3210/3211/3212/3213/3214/3215/3216/3217/3218/3219/3220/3221/3222/3223/3224/3225/3226/3227/3228/3229/3230/3231/3232/3233/3234/3235/3236/3237/3238/3239/3240/3241/3242/3243/3244/3245/3246/3247/3248/3249/3250/3251/3252/3253/3254/3255/3256/3257/3258/3259/3260/3261/3262/3263/3264/3265/3266/3267/3268/3269/3270/3271/3272/3273/3274/3275/3276/3277/3278/3279/3280/3281/3282/3283/3284/3285/3286/3287/3288/3289/3290/3291/3292/3293/3294/3295/3296/3297/3298/3299/3300/3301/3302/3303/3304/3305/3306/3307/3308/3309/3310/3311/3312/3313/3314/3315/3316/3317/3318/3319/3320/3321/3322/3323/3324/3325/3326/3327/3328/3329/3330/3331/3332/3333/3334/3335/3336/3337/3338/3339/3340/3341/3342/3343/3344/3345/3346/3347/3348/3349/3350/3351/3352/3353/3354/3355/3356/3357/3358/3359/3360/3361/3362/3363/3364/3365/3366/3367/3368/3369/3370/3371/3372/3373/3374/3375/3376/3377/3378/3379/3380/3381/3382/3383/3384/3385/3386/3387/3388/3389/3390/3391/3392/3393/3394/3395/3396/3397/3398/3399/3400/3401/3402/3403/3404/3405/3406/3407/3408/3409/3410/3411/3412/3413/3414/3415/3416/3417/3418/3419/3420/3421/3422/3423/3424/3425/3426/3427/3428/3429/3430/3431/3432/3433/3434/3435/3436/3437/3438/3439/3440/3441/3442/3443/3444/3445/3446/3447/3448/3449/3450/3451/3452/3453/3454/3455/3456/3457/3458/3459/3460/3461/3462/3463/3464/3465/3466/3467/3468/3469/3470/3471/3472/3473/3474/3475/3476/3477/3478/3479/3480/3481/3482/3483/3484/3485/3486/3487/3488/3489/3490/3491/3492/3493/3494/3495/3496/3497/3498/3499/3500/3501/3502/3503/3504/3505/3506/3507/3508/3509/3510/3511/3512/3513/3514/3515/3516/3517/3518/3519/3520/3521/3522/3523/3524/3525/3526/3527/3528/3529/3530/3531/3532/3533/3534/3535/3536/3537/3538/3539/3540/3541/3542/3543/3544/3545/3546/3547/3548/3549/3550/3551/3552/3553/3554/3555/3556/3557/3558/3559/3560/3561/3562/3563/3564/3565/3566/3567/3568/3569/3570/3571/3572/3573/3574/3575/3576/3577/3578/3579/3580/3581/3582/3583/3584/3585/3586/3587/3588/3589/3590/3591/3592/3593/3594/3595/3596/3597/3598/3599/3600/3601/3602/3603/3604/3605/3606/3607/3608/3609/3610/3611/3612/3613/3614/3615/3616/3617/3618/3619/3620/3621/3622/3623/3624/3625/3626/3627/3628/3629/3630/3631/3632/3633/3634/3635/3636/3637/3638/3639/3640/3641/3642/3643/3644/3645/3646/3647/3648/3649/3650/3651/3652/3653/3654/3655/3656/3657/3658/3659/3660/3661/3662/3663/3664/3665/3666/3667/3668/3669/3670/3671/3672/3673/3674/3675/3676/3677/3678/3679/3680/3681/3682/3683/3684/3685/3686/3687/3688/3689/3690/3691/3692/3693/3694/3695/3696/3697/3698/3699/3700/3701/3702/3703/3704/3705/3706/3707/3708/3709/3710/3711/3712/3713/3714/3715/3716/3717/3718/3719/3720/3721/3722/3723/3724/3725/3726/3727/3728/3729/3730/3731/3732/3733/3734/3735/3736/3737/3738/3739/3740/3741/3742/3743/3744/3745/3746/3747/3748/3749/3750/3751/3752/3753/3754/3755/3756/3757/3758/3759/3760/3761/3762/3763/3764/3765/3766/3767/3768/3769/3770/3771/3772/3773/3774/3775/3776/3777/3778/3779/3780/3781/3782/3783/3784/3785/3786/3787/3788/3789/3790/3791/3792/3793/3794/3795/3796/3797/3798/3799/3800/3801/3802/3803/3804/3805/3806/3807/3808/3809/3810/3811/3812/3813/3814/3815/3816/3817/3818/3819/3820/3821/3822/3823/3824/3825/3826/3827/3828/3829/3830/3831/3832/3833/3834/3835/3836/3837/3838/3839/3840/3841/3842/3843/3844/3845/3846/3847/3848/3849/3850/3851/3852/3853/3854/3855/3856/3857/3858/3859/3860/3861/3862/3863/3864/3865/3866/3867/3868/3869/3870/3871/3872/3873/3874/3875/3876/3877/3878/3879/3880/3881/3882/3883/3884/3885/3886/3887/3888/3889/3890/3891/3892/3893/3894/3895/3896/3897/3898/3899/3900/3901/3902/3903/3904/3905/3906/3907/3908/3909/3910/3911/3912/3913/3914/3915/3916/3917/3918/3919/3920/3921/3922/3923/3924/3925/3926/3927/3928/3929/3930/3931/3932/3933/3934/3935/3936/3937/3938/3939/3940/3941/3942/3943/3944/3945/3946/3947/3948/3949/3950/3951/3952/3953/3954/3955/3956/3957/3958/3959/3960/3961/3962/3963/3964/3965/3966/3967/3968/3969/3970/3971/3972/3973/3974/3975/3976/3977/3978/3979/3980/3981/3982/3983/3984/3985/3986/3987/3988/3989/3990/3991/3992/3993/3994/3995/3996/3997/3998/3999/4000/4001/4002/4003/4004/4005/4006/4007/4008/4009/4010/4011/4012/4013/4014/4015/4016/4017/4018/4019/4020/4021/4022/4023/4024/4025/4026/4027/4028/4029/4030/4031/4032/4033/4034/4035/4036/4037/4038/4039/4040/4041/4042/4043/4044/4045/4046/4047/4048/4049/4050/4051/4052/4053/4054/4055/4056/4057/4058/4059/4060/4061/4062/4063/4064/4065/4066/4067/4068/4069/4070/4071/4072/4073/4074/4075/4076/4077/4078/4079/4080/4081/4082/4083/4084/4085/4086/4087/4088/4089/4090/4091/4092/4093/4094/4095/4096/4097/4098/4099/4100/4101/4102/4103/4104/4105/4106/4107/4108/4109/4110/4111/4112/4113/4114/4115/4116/4117/4118/4119/4120/4121/4122/4123/4124/4125/4126/4127/4128/4129/4130/4131/4132/4133/4134/4135/4136/4137/4138/4139/4140/4141/4142/4143/4144/4145/4146/4147/4148/4149/4150/4151/4152/4153/4154/4155/4156/4157/4158/4159/4160/4161/4162/4163/4164/4165/4166/4167/4168/4169/4170/4171/4172/4173/4174/4175/4176/4177/4178/4179/4180/4181/4182/4183/4184/4185/4186/4187/4188/4189/4190/4191/4192/4193/4194/4195/4196/4197/4198/4199/4200/4201/4202/4203/4204/4205/4206/4207/4208/4209/4210/4211/4212/4213/4214/4215/4216/4217/4218/4219/4220/4221/4222/4223/4224/4225/4226/4227/4228/4229/4230/4231/4232/4233/4234/4235/4236/4237/4238/4239/4240/4241/4242/4243/4244/4245/4246/4247/4248/4249/4250/4251/4252/4253/4254/4255/4256/4257/4258/4259/4260/4261/4262/4263/4264/4265/4266/4267/4268/4269/4270/4271/4272/4273/4274/4275/4276/4277/4278/4279/4280/4281/4282/4283/4284/4285/4286/4287/4288/4289/4290/4291/4292/4293/4294/4295/4296/4297/4298/4299/4300/4301/4302/4303/4304/4305/4306/4307/4308/4309/4310/4311/4312/4313/4314/4315/4316/4317/4318/4319/4320/4321/4322/4323/4324/4325/4326/4327/4328/4329/4330/4331/4332/4333/4334/4335/4336/4337/4338/4339/4340/4341/4342/4343/4344/4345/4346/4347/4348/4349/4350/4351/4352/4353/4354/4355/4356/4357/4358/4359/4360/4361/4362/4363/4364/4365/4366/4367/4368/4369/4370/4371/4372/4373/4374/4375/4376/4377/4378/4379/4380/4381/4382/4383/4384/4385/4386/4387/4388/438

Plan de transformation au CHR

Présenté au
conseil d'administration
le 17 octobre 2017



• Révision du mandat

- Centre d'excellence en évaluation, traitement et réhabilitation psychosociale
- services spécialisés et ultra-spécialisés
- psychiatrie
- développement des connaissances
- intégration et participation sociale des personnes
- engagement médical et professionnel
- recherche

• Programmation

- Troubles psychotiques
- Troubles de l'humeur
- Transition psychiatrique
- Troubles graves de comportement
- Troubles sévères de personnalité
- Consolidation des soins

NICE (2014)...

• Philosophie de soins

Multidimensionnel

Risque, bien-être et réactivité



• Modèle de soins

Modèle de soins en laboratoire

- Interdisciplinarité
- Leadership du client



• Révision du mandat

- Centre d'excellence en évaluation, traitement et réadaptation psychosociale
- services spécialisés et ultraspécialisés
 - psycholégal
 - développement des connaissances
 - intégration et participation sociale des personnes
 - enseignement médical et professionnel
 - recherche

• Programmation

- Troubles psychotiques
- Transition psycholégale
- Troubles sévères de personnalité
- Trouble du spectre de l'autisme
- Trouble grave du comportement
- Consolidation des acquis

NICE (2017) (1)

• Philosophie de soins

Rétablissement



Risques, besoins et réceptivité



• Modèle de soins

Modèle de soins collaboratifs

- Interdisciplinarité
- Leadership du client



• Vision qualité

- En cohérence avec la mission du Réseau de santé Vitalité
- Équipe qualité
 - Recommandations expertise externe et agrément
 - Normes de pratiques professionnelles
 - Standards de qualité clinique
 - Standards d'amélioration continue

Révision du mandat

Centre d'excellence en évaluation, traitement et réadaptation psychosociale

- services spécialisés et ultraspécialisés
- psycholégal
- développement des connaissances
- intégration et participation sociale des personnes
- enseignement médical et professionnel
- recherche

Philosophie de soins

Rétablissement



Risques, besoins et réceptivité



Modèle de soins

Modèle de soins collaboratifs

- Interdisciplinarité
- Leadership du client

AIMS CENTER

Advancing Integrated
Mental Health Solutions

 UNIVERSITY OF WASHINGTON, PSYCHIATRY & BEHAVIORAL SCIENCES
DIVISION OF POPULATION HEALTH

Vision qualité

En cohérence avec la mission du Réseau de santé Vitalité

- Équipe qualité
- Recommandations expertise externe et agrément
- Normes de pratiques professionnelles
- Standards de qualité clinique
- Standards d'amélioration continue

• Révision du mandat

Centre d'excellence en évaluation, traitement et réadaptation psychosociale

- services spécialisés et ultraspécialisés
- psycholégal
- développement des connaissances
- Intégration et participation sociale des personnes
- enseignement médical et professionnel
- recherche

• Programmation

- Troubles psychotiques
- Trouble du spectre de l'autisme
- Transition psycholégale
- Trouble grave du comportement
- Troubles sévères de personnalité
- Consolidation des acquis

NICE International Case Conference

• Philosophie de soins

Rétablissement



Risques, besoins et réceptivité



• Modèle de soins

Modèle de soins collaboratifs

- Interdisciplinarité
- Leadership du client

AIMS CENTER
Alliance for Integrated
Mental Health Solutions

• Vision qualité

En cohérence avec la mission du Réseau de santé Vitalité

- Équipe qualité
- Recommandations expertise externe et agrément
- Normes de pratiques professionnelles
- Standards de qualité clinique
- Standards d'amélioration continue

Programmation

- Troubles psychotiques
- Transition psycholégale
- Troubles sévères de personnalité
- Trouble du spectre de l'autisme
- Trouble grave du comportement
- Consolidation des acquis

Plan de transformation au CHR

Présenté au
conseil d'administration
le 17 octobre 2017



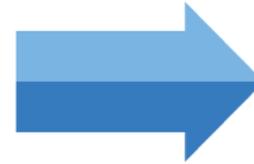
Fondation



Plan clinique



Formation



Lancement



Suivi

• Révision du mandat

Centre d'excellence en évaluation, traitement et réhabilitation psychosociale
- services spécialisés et interdisciplinaires
- psychiatrie
- développement des connaissances
- évaluation et participation sociale des personnes
- enseignement médical et professionnel
- recherche

• Programmation

- Troubles psychotiques
- Troubles du spectre de l'autisme
- Troubles psychiatriques
- Troubles graves du comportement
- Troubles sociaux de personnes âgées
- Spécialisation des soins
NICE 2017/2018/2019

• Philosophie de soins

Hiérarchiquement
Récupération, besoins et récupération

• Modèle de soins

Modèle de soins centrés sur le patient
- Interdisciplinarité
- Leadership du client

• Vision qualité

En conformité avec la mission de Réseau de santé Vitalité
- Culture qualité
- Respect des valeurs essentielles de sécurité et d'équité
- Pratiques de soins innovantes et personnalisées
- Standards de qualité clinique
- Standards d'ambiances confortables

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 17 octobre 2017

Objet : Initiative de réorganisation des services de laboratoire

Dre Louise Thibeault, directrice médicale du laboratoire - Zone 1B, Messieurs Stéphane Legacy, vice-président des services de consultation externe et professionnels et Yves Gaudreau, directeur des services de laboratoire, présenteront les 2 initiatives présentement en cours pour la réorganisation des services de laboratoires. Ces initiatives, une provinciale et l'autre du Réseau de santé Vitalité, ont débuté récemment. Elle se déroule en parallèle. Bien que les 2 démarches visent certains objectifs communs en matière d'efficacité et de pertinence, l'une suppose que le Réseau de la santé Vitalité demeure le maître d'œuvre tandis que l'autre vise ultimement une approche provinciale en matière d'organisation de ces services.

Les membres auront l'occasion de poser des questions aux présentateurs. La présentation est attachée. Nous avons prévu environ 15 minutes pour la présentation et la période de questions.

Soumis le 6 octobre 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Évaluation des laboratoires - Vitalité

Stéphane Legacy, Vice-président des services de consultation externe et professionnels

Yves Goudreau, Directeur des services de laboratoire

Dre Louise Thibault, Directrice médicale du laboratoire, Zone 1B



Mise en contexte

- 11 laboratoires dans Vitalité
- 3 niveaux de laboratoires
 - Communautaires (6) offrent des analyses en biochimie, hématologie et banque de sang
 - Régionaux (3) offrent des analyses de pathologie, histologie, cytologie et microbiologie
 - Supra régional (CHUDGLD) service sur spécialisé en microbiologie (centre provincial de virologie) et génétique moléculaire
- 350 employés (temps plein, partiel et occasionnel)
- Parc d'équipement ultra performant
- Plusieurs études aux cours des dernières décennies sur les opportunités d'efficacité (1997, 2013)
- Alignement avec autres provinces (Québec, Manitoba)

Étude des laboratoires

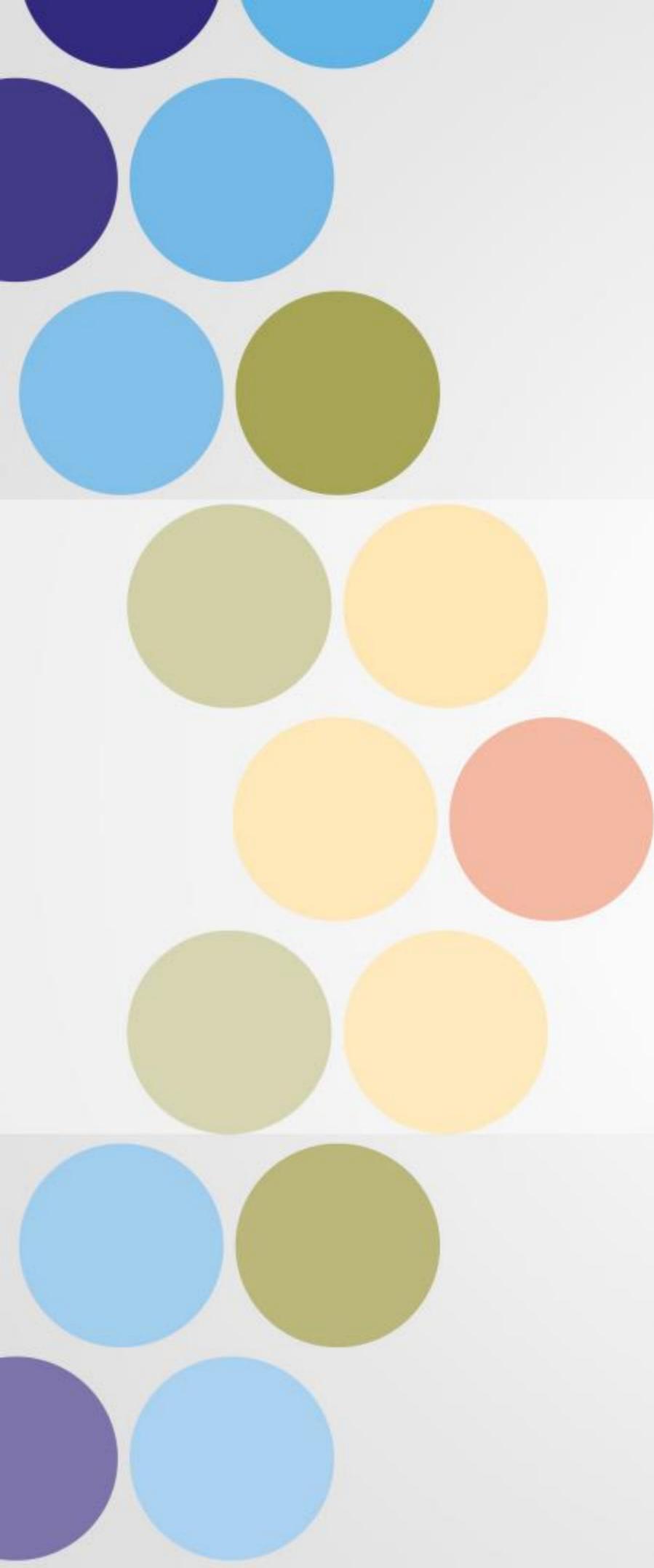
- But: évaluer les capacités de nos laboratoires à répondre à la pénurie de la main-d'œuvre avec le but ultime de s'assurer le maintien des services de qualité dans un environnement sécuritaire et motivant pour nos employés
- 2 études sont en cours:
 - Initiative Vitalité avec un consultant externe
 - évaluer les efficiences et opportunités à court et moyen terme basé sur des modèles déjà établis
 - Initiative provinciale qui regroupe 3 partenaires
 - Vitalité, Horizon, Ministère avec l'appui d'un consultant externe

Pourquoi ces démarches?

- Importante pénurie de la main d'œuvre (technologistes, pathologistes, assistants aux laboratoires)
- Difficulté de remplir les sièges au niveau de nos collèges communautaires
- Durabilité et longévité des infrastructures et les technologies
- Assurer l'équité dans l'accès des soins et des services
- Établir un environnement qui vise l'attraction de l'expertise, le maintien et le développement des compétences
- Accroître l'efficacité et la pertinence des services

Nos particularités

- Ruralité
 - Maintenir l'accès au service de prélèvement pour nos patients
- Assurer les résultats dans les délais acceptables
- Gouvernance
- Distance éloignée entre établissements dans le nord et ceux du nord et CHUGLD
- Des systèmes informatiques de laboratoire indépendants
- Maintenir notre rôle d'excellence et d'expertise
- Centre hospitalier universitaire
 - Recherche et formation médicale
- Équité dans l'offre de service



Merci!

Questions?



Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 17 octobre 2017

Objet : **Évaluation de la séance**

Une évaluation doit être complétée par les membres du Conseil d'administration après chaque réunion. Le but consiste à évaluer l'efficacité globale de la réunion du Conseil d'administration.

Cette évaluation sera partagée au Comité de gouvernance et de mise en candidature lors de leur prochaine rencontre afin de déterminer si des changements peuvent être effectués dans le but d'accroître le fonctionnement du Conseil d'administration.

Vous trouverez ci-joint le formulaire d'évaluation de la séance que vous devez compléter et remettre à Sonia avant de quitter.

Soumis le 6 octobre 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Formulaire d'évaluation

Réunion publique du Conseil d'administration

Le but de ce formulaire est d'évaluer l'efficacité globale du processus de la réunion publique du Conseil d'administration. Veuillez s.v.p. classer les éléments suivants sur une échelle de 1-5, où un "1" ne répond pas à vos attentes et un "5" dépasse vos attentes. Cette évaluation nous guidera afin de savoir où les changements peuvent être effectués dans le but d'accroître notre productivité.

	Dépasse vos attentes		Rencontre vos attentes		Ne réponds pas à vos attentes		Sans objet
	5	4	3	2	1		
1) Les documents ont été fournis suffisamment à l'avance pour se préparer aux réunions.	5	4	3	2	1		
2) La durée de temps était appropriée pour chaque sujet à l'ordre du jour.	5	4	3	2	1		
3) La mise à jour et le rapport du P.-D.G. étaient pertinents.	5	4	3	2	1		
4) La documentation permettait de comprendre les enjeux et d'appuyer la prise de décision.	5	4	3	2	1		
5) La direction était préparée et impliquée.	5	4	3	2	1		
6) Les membres du conseil étaient préparés.	5	4	3	2	1		
7) Les membres du conseil ont participé aux discussions.	5	4	3	2	1		
8) Le conseil était axé sur les questions de stratégie et de politique.	5	4	3	2	1		
9) Les discussions étaient pertinentes.	5	4	3	2	1		
10) La prise de décisions était guidée par les valeurs et des données probantes.	5	4	3	2	1		
11) Les suivis identifiés étaient clairs.	5	4	3	2	1		
12) Les discussions/divergences d'opinions ont été gérées de façon efficace.	5	4	3	2	1		
13) Les conflits d'intérêts ont été identifiés et gérés.	5	4	3	2	1		
14) Les sujets identifiés à la réunion publique étaient-ils appropriés ?	5	4	3	2	1		

Veuillez s.v.p. utiliser cet espace pour plus amples commentaires :

Veuillez nous fournir des idées au niveau de l'éducation ou des discussions génératives pour des sujets de discussion futurs :

Remettre le formulaire complété à l'adjointe administrative du P.-D.G. Merci!