

AVIS DE RÉUNION ☒

PROCÈS-VERBAL ☐

<b>Titre de la réunion :</b>	Conseil d'administration	<b>Date et heure :</b>	Le 5 décembre 2017 à 13 heures		
<b>But de la réunion :</b>	Réunion publique	<b>Endroit :</b>	Four Points by Sheraton à Edmundston Salle République		
<b>Présidente :</b>	Michelyne Paulin				
<b>Secrétaire :</b>	Sonia Haché-Lanteigne				
<b>Participants</b>					
<b>Membres</b>					
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	
<b>Membres d'office</b>					
Gilles Lanteigne		Dre Nicole LeBlanc		Janie Levesque	
<b>Équipe de leadership</b>					
Gisèle Beaulieu		Jacques Duclos		Johanne Roy	
Dre France Desrosiers		Stéphane Legacy		Réjean Bédard (pour remplacer Pierre Verret)	
<b>ORDRE DU JOUR</b>				Pour	Documents
					NC NI AD
<b>1. Ouverture de la réunion</b>					
<b>2. Constatation de la régularité de la réunion</b>					
<b>3. Adoption de l'ordre du jour</b>				D	✓
<b>4. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels</b>					
<b>5. Adoption du procès-verbal de la réunion du 17 octobre 2017</b>				D	✓
<b>6. Questions découlant du procès-verbal et suivis</b>				I	✓ ✓
6.1 Privatisation des services					
<b>7. Rapport du président-directeur général</b>				I	✓ ✓
<b>8. Rapports des comités</b>					
8.1 Comité exécutif					✓
8.2 Comité de gouvernance et de mise en candidature (14 novembre 2017)				D	✓ ✓
8.3 Comité des finances et de vérification (21 novembre 2017)				D	✓ ✓
8.4 Comité du service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité (21 novembre 2017)				D	✓ ✓
8.5 Comité stratégique de la recherche et de la formation (20 novembre 2017)				D	✓ ✓
8.6 Comité médical consultatif (aucune réunion)				D	✓ ✓
8.7 Comité professionnel consultatif (rapport –15 novembre 2017)				D	✓ ✓
<b>9. Privilèges temporaires des médecins</b>				D	✓ ✓
<b>10. Correspondance</b>				I	✓ ✓

Légende : Pour : D = Décision I = Information C = Consultation Documents : NC = Note couverture NI = Note d'information AD = Autres documents

<b>11. Documentation pour les membres</b>	I	✓		✓
11.1 An organizational model for Excellence in Healthcare Delivery (Janie Lévesque)				
11.2 Governance practices in an era of Healthcare transformation (Michelyne Paulin)				
11.3 Strategic Clinical Networks in Alberta (Dre France Desrosiers)				
<b>12. Histoire d'une expérience d'un patient</b>				
12.1 L'importance de la présence de la famille	I	✓		✓
<b>13. Relations avec la communauté/services offerts</b>	I	✓		
<b>14. Autres points</b>				
14.1 Processus de priorisation et de financement des projets capitaux	I		✓	✓
<b>15. Levée de la réunion</b>	D			
<b>16. Évaluation de la réunion</b>	C	✓		✓
<b>17. Dialogue avec le public</b>				

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL  Point 3

<b>Titre de la réunion :</b>	Conseil d'administration	<b>Date et heure :</b>	Le 17 octobre 2017 à 13 heures		
<b>But de la réunion :</b>	Réunion publique	<b>Endroit :</b> Four Points by Sheraton à Moncton Salle Rendez-vous			
<b>Présidente :</b>	Michelyne Paulin				
<b>Secrétaire :</b>	Sonia Haché-Lanteigne				
<b>Participants</b>					
<b>Membres</b>					
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	√
Emeril Haché	√	Jean-Marie Nadeau	√	Anne C. Soucie (vice-présidente)	√
<b>Membres d'office</b>					
Gilles Lanteigne	√	Dre Nicole LeBlanc	√	Janie Levesque	√
<b>Équipe de leadership</b>					
Gisèle Beaulieu	√	Jacques Duclos	√	Johanne Roy	√
Dre France Desrosiers	√	Stéphane Legacy	√	Réjean Bédard (remplace Pierre Verret)	√
<b>PROCÈS-VERBAL</b>					
<b>1. Ouverture de la réunion</b> La présidente du Conseil d'administration souhaite la bienvenue aux participants et elle déclare la réunion ouverte à 13 heures.					
<b>2. Constatation de la régularité de la réunion</b> La réunion a été dûment convoquée et le quorum est atteint.					
<b>3. Adoption de l'avis de réunion</b> L'avis de réunion est présenté pour approbation.  <b><u>MOTION 2017-10-17 / 01P</u></b> Proposé par Sonia A. Roy Appuyé par Lucille Auffrey Et résolu que le Conseil d'administration adopte l'avis de réunion. <b>Adopté à l'unanimité.</b>					
<b>4. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels</b> Aucun conflit d'intérêts n'est signalé.					
<b>5. Adoption du procès-verbal de la réunion du 19 juin 2017</b> Le procès-verbal de la réunion du 19 juin 2017 est présenté pour approbation.  <b><u>MOTION 2017-10-17 / 02P</u></b> Proposé par Wes Knight Appuyé par Emeril Haché Et résolu que le Conseil d'administration adopte le procès-verbal de la réunion du 19 juin 2017. <b>Adopté à l'unanimité.</b>					
<b>6. Questions découlant du procès-verbal et suivis</b> <b>6.1 Position du Conseil d'administration sur la gestion des services alimentaires et des services de l'environnement</b> Le ministre Victor Boudreau a annoncé que le projet du transfert du Programme de l'extra-mural allait 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. 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 a eu lieu le 13 octobre dernier et qu'ils ont rencontré le ministre Bourque.

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 à huis clos (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 reçues.

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.

Il y a confusion dans la population et au sein Conseil d'administration suite à la décision maintenue du ministre de la Santé. Le Conseil d'administration maintient leur même position au nom des communautés qu'ils desservent. Le corps médical s'est prononcé de façon unanime afin d'être en faveur avec la position du Conseil d'administration.

**MOTION 2017-10-17 / 03P**

Proposé par Norma McGraw

Appuyé par Lucille Auffrey

Et résolu que le Conseil d'administration poursuit sa démarche à faire valoir son objection point au premier ministre de la province du N.-B.

**Adopté à l'unanimité.**

**MOTION 2017-10-17 / 04P**

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Denis Pelletier

Et résolu que le Conseil d'administration maintienne sa position ferme et unanime contre la privatisation de la gestion du Programme extra-mural et des services alimentaires et des services environnementaux à une compagnie privée.

**Adopté à l'unanimité.**

**MOTION 2017-10-17 / 05P**

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le Conseil d'administration communique clairement et sans équivoque, avec le ministère de la Santé, que la participation à ses rencontres de coordinations ne changent aucunement sa position sur les dossiers de privatisation et que la présence de son personnel médical et professionnel est à titre informatif seulement.

**Adopté à l'unanimité.**

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

Le rapport couvre la période du 12 juin au 6 octobre 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
  - Un an depuis la légalisation de l'aide médicale à mourir
- Gestion des ressources financières et matérielles
  - Service Internet sans fil pour les patients et les visiteurs
- Gestion des ressources humaines
  - Nomination d'un nouveau médecin-chef de la zone Nord-Ouest
  - Nomination d'un vice-président aux Ressources humaines par intérim
  - Profil des ressources humaines
  - Défis en matière de ressources humaines
  - Relations de travail à l'Hôpital régional Chaleur
- Relations avec nos partenaires et groupes communautaires
  - Adhésion du Réseau à la Secrétariat internationale des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF)
  - Meilleur accès aux services pour les membres des Premières nations
- Gestion stratégique / Communication
  - Accent sur la famille à titre de « partenaire de soin »
  - Symposium en soin des plaies
  - Séance de planification annuelle du Comité stratégique des opérations
- Mise en œuvre d'une culture de la qualité et de la sécurité des patients
  - Résultats positifs de la visite d'agrément de juin 2017
  - Processus d'agrément des services de laboratoire en cours
  - Campagne de vaccination contre l'influenza à l'intention du personnel
- 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 25 septembre 2017. Voici les sujets qui ont été soulignés :

- Plan de travail 2017-2018 (Motion 2017-09-25 / 03GMC)
- Plan de formation 2017-2018 (Motion 2017-09-25 / 04GMC)
- Groupe de travail pour la retraite du Conseil d'administration (Motion 2017-09-25 / 05GMC)

#### **MOTION 2017-10-17 / 06P**

Proposé par Norma McGraw

Appuyé par Gabriel Godin

Et résolu que le Conseil d'administration entérine le plan de travail 2017-18 tel que présenté.

**Adopté à l'unanimité.**

#### **MOTION 2017-10-17 / 07P**

Proposé par Gabriel Godin

Appuyé par Sonia A. Roy

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

**Adopté à l'unanimité.**

#### **MOTION 2017-10-17 / 08P**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Claire Savoie

Et résolu que le Conseil d'administration entérine la mise sur pied du groupe de travail ad hoc relevant du Comité de gouvernance et de mise en candidature 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 (Stratégie de la recherche et de la formation)

**Adopté à l'unanimité.**

**MOTION 2017-10-17 / 09P**

Proposé par Lucille Auffrey

Appuyé par Rita Godbout

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.

**Adopté à l'unanimité.**

**MOTION 2017-10-17 / 10P**

Proposé par Jean-Marie Nadeau

Appuyé par Norma McGraw

Et résolu que le Conseil d'administration adopte que la Régie soit impliquée à toutes les démarches suite à la révision de la *loi sur la santé*.

**Adopté à l'unanimité.**

Un suivi sera effectué avec le ministre à ce sujet.

**8.3 Comité des finances et de vérification**

Rita Godbout, présidente du comité, présente le rapport de la réunion du 26 septembre 2017. Voici les sujets qui ont été soulignés :

- Plan de travail 2017-2018 (MOTION 2017-09-26 / 03FV)
- États financiers au 31 juillet 2017 (MOTION 2017-09-26 / 04FV)
- Modifications budgétaires (MOTION 2017-09-26 / 05FV)
- Recommandation du vérificateur externe 2016-2017 et suivis 2016-2016 (MOTION 2017-09-26 / 06FV)

**MOTION 2017-10-17 / 11P**

Proposé par Rita Godbout

Appuyé par Denis Pelletier

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

**Adopté à l'unanimité.**

**MOTION 2017-10-17 / 12P**

Proposé par Norma McGraw

Appuyé par Emeril Haché

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.

**Adopté à l'unanimité.**

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

Norma McGraw, présidente du comité, présente le rapport de la réunion du 26 septembre 2017. Voici les sujets qui ont été soulignés :

- Plan de transformation au Centre hospitalier Restigouche (CHR) (MOTION 2017-09-26 / 03SCGQS)
- Plan de travail 2017-2018 (MOTION 2017-09-26 / 04SCGQS)
- Résultats – Visite d'Agrément 2017 (MOTION 2017-09-26 / 05SCGQS)

**MOTION 2017-10-17 / 13P**

Proposé par Norma McGraw

Appuyé par Jean-Marie Nadeau

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.

**Adopté à l'unanimité.**

**MOTION 2017-10-17 / 14P**

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Gaitan Michaud

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.

**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 18 septembre 2017. Voici les sujets qui ont été soulignés :

- Plan d'action pour le développement de la mission universitaire (MOTION 2017/09/18-03-CSRF)
- Plan de communication pour le développement de la mission universitaire
- Contrat d'affiliation avec l'Université de Moncton (MOTION 2017/09/18-04-CSRF)
- Entente de collaboration avec l'Institut atlantique de recherche sur le cancer (IARC)

#### **MOTION 2017-10-17 / 15P**

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Jean-Marie Nadeau

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

**Adopté à l'unanimité.**

#### **MOTION 2017-10-17 / 16P**

Proposé par Gaitan Michaud

Appuyé par Claire Savoie

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.

**Adopté à l'unanimité.**

#### **8.6 Comité médical consultatif**

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

- 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.

Dre LeBlanc présente également, en tant que présidente du comité, le rapport de la réunion du 19 septembre 2017. Voici les sujets qui ont été soulignés :

- Rapports présentés aux membres du CMC
  - Rapports présentés aux membres du CMC
  - Programme de gestion des maladies pulmonaires chroniques (MPOC)
  - Politique RES.3.20.10 Ventilation mécanique non-invasive (MOTION 2017-09-19 / 02CMC)
  - Formulaire d'ordonnance médicale – Bilan pré-greffe rénale (MOTION 2017-09-19 / 03CMC)
  - Formulaire d'ordonnance médicale – Initiation à l'hémodialyse (MOTION 2017-09-19 / 04CMC)
  - Formulaire d'ordonnance médicale – Solution de potassium (MOTION 2017-09-19 / 05CMC)
- Demandes de nominations et de changements de nominations (MOTION 2017-09-19 / 08CMC)
- Nominations de chefs de départements (MOTION 2017-09-19 / 09CMC)
  - Privatisation PEM et des services d'alimentation et d'environnement (MOTION 2017-09-19 / 10CMC) et (MOTION 2017-09-19 / 11CMC)

#### **MOTION 2017-10-17 / 17P**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Lucille Auffrey

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.

**Adopté à l'unanimité.**

**MOTION 2017-10-17 / 18P**

Proposé par Norma McGraw

Appuyé par Wes Knight

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.

**Adopté à l'unanimité.**

**8.7 Comité professionnel consultatif**

Janie Lévesque, présidente du comité, présente le rapport de la réunion du 19 septembre 2017. Voici les sujets qui ont été soulignés :

- Nouveaux membres
- Dossier de la Pratique professionnelle
  - Rapport audit de dossier soins infirmiers
  - Abréviation
  - Normes de documentation
- 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

**MOTION 2017-10-17 / 19P**

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Wes Knight

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport de la réunion du Comité professionnel consultatif de la rencontre du 19 septembre 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 10 juin au 6 octobre 2017). La liste est présentée pour ratification.

**MOTION 2017-10-17 / 20P**

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le Conseil d'administration entérine tel quel la liste des privilèges temporaires du 10 juin au 6 octobre 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**

Quatre articles sont distribués aux membres :

- 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)

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

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

**12.1 Parent et partenaire engagé**

M. Albert Cyr est un 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. M. Cyr est un partenaire engagé et très sensible aux besoins dans le domaine conformément à son expérience professionnelle et personnelle. Il offre une présentation comme parent et partenaire engagé en santé mentale et traitement des dépendances.

### **13. Relations avec la communauté/services offerts**

#### **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 et Madame Roxanne Paquet font une mise à jour sur les activités du centre et l'engagement du Réseau.

#### **MOTION 2017-10-17 / 21P**

Proposé par Norma McGraw

Appuyé par Jean-Marie Nadeau

Et résolu que le Conseil d'administration appui l'initiative et le programme en place avec l'aide d'un agent de liaison du Réseau de santé Vitalité.

**Adopté à l'unanimité.**

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

L'Association francophone des aînées du N.-B. représenté par sa présidente, Madame Solange Haché et le directeur Monsieur Jean-Luc Bélanger, présente le rôle et les dossiers importants de l'Association francophone des aînées du N.-B.

### **14. Autre sujet**

#### **14.1 Mission universitaire**

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. Brigitte Sonier-Ferguson, directrice des affaires académiques et recherche, offre une présentation à ce sujet.

#### **MOTION 2017-10-17 / 22P**

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Jean-Marie Nadeau

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.

**Adopté à l'unanimité.**

#### **14.2 Surveillance cardiaque Bluetooth**

Le Dr Luc Cormier, ainsi que le Dr Martin Robichaud, offre une 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.

#### **14.3 Centre Hospitalier Restigouche (CHR) - Modèle de soins**

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. 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. 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.

**MOTION 2017-10-17 / 23P**

Proposé par Lucille Auffrey

Appuyé par Emeril Haché

Et résolu que le Conseil d'administration approuve que le modèle de soins soit adopté tel que présenté afin de poursuivre la modernisation du Centre Hospitalier Restigouche vers une vision d'excellence en soins de psychiatrie légale et tertiaire.

**Adopté à l'unanimité.**

**14.4 Initiative de réorganisation des services de laboratoire**

Monsieur Stéphane Legacy, vice-président des services de consultation externe et professionnels, Dre Louise Thibault, directrice médicale du laboratoire - Zone Beauséjour, et Dr Gabriel Girouard, microbiologiste, présentent les deux 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. Elles se déroulent en parallèle. Bien que les deux démarches visent certains objectifs communs en matière d'efficience 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. Ce dossier se veut un dossier prioritaire.

**MOTION 2017-10-17 / 24P**

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Denis Pelletier

Et résolu que le Conseil d'administration appui fortement l'initiative de conserver et optimiser la réorganisation des services de laboratoire au sein du Réseau de santé Vitalité.

**Adopté à l'unanimité.**

**15. Levée de la réunion**

Emeril Haché propose la levée de la réunion à 16 h 55.

**16. Évaluation de la réunion**

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

**17. Dialogue avec le public**

Le dialogue avec le public a lieu.

## Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 5 décembre 2017

Objet : **Questions découlant du procès-verbal et suivis du procès-verbal du 17 octobre 2017**

6.1 Privatisation des services

Depuis la dernière rencontre, les appuis et la mobilisation citoyenne contre le transfert des services du PEM se sont généralisés. Plusieurs autres groupes, associations et citoyens ont signifié leur inquiétude. Quotidiennement, les journaux sont inondés de lettre au lecteur et articles dont la quasi-majorité est favorable au maintien des services.

Sous le leadership de l'Association francophone des aînés du N.-B. et de Senior Coalition avec, respectivement M. Jean-Luc Bélanger et Cecile Cassista, de nombreuses rencontres dans plusieurs communautés ont été tenues. La participation à ces sessions d'information a été très importante. Des représentants du Réseau de santé Vitalité ont participé activement à ces rencontres en contribuant aux présentations. Il en a été de même de plusieurs associations. Plusieurs membres du Conseil d'administration ont aussi été très actifs dans les rencontres qui se tenaient dans leur communauté.

Sous l'initiative de la Présidente et avec le support de plusieurs membres, nous avons émis un communiqué de presse le 22 novembre exprimant des inquiétudes sur le projet de Loi 5 et suite au refus du premier ministre de rencontrer le Conseil d'administration.

En plus des rapports de presse quotidienne qui sont transmis aux membres du Conseil d'administration, nous joignons, à l'annexe 6.1 A, les autres correspondances pertinentes au PEM.

Soumis le 24 novembre 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.



Coalition for Seniors and Nursing Home Residents' Rights

« Standing up for You »

Coalition pour les droits des aînés et des résidents des foyers de soins

« Sommes là pour vous »

133 Canusa Drive, Phone: 506 860 7682 Fax: 506 387 5194, Riverview, NB E1B  
2W6 [coalitionnb@gmail.com](mailto:coalitionnb@gmail.com)

---

September 13, 2017

Mr. Benoît Bourque  
Minister of Health  
HSBC Place  
P. O. Box 5100  
Fredericton, NB  
E3B 5G8

Dear Sir:

I write on behalf of the Coalition for Seniors and Nursing Homes Residents' Rights to express disappointment to you as Minister responsible for the Department of Health for not being part of the meeting held yesterday with staff of the department and members of the Coalition to communicate the move to privatize the Extra-Mural and Tele-Care programs.

Splitting the provincial health system into several components will make it increasingly difficult to achieve expected results, namely, quality of service, continuity of care, effectiveness and efficiency. It is New Brunswickers who will be losing out with such an irrational move and decision.

We do not believe accountability and transparency will be a priority for Medavie, since they are a private company and not accountable to the public.

Performance-based incentives will impact the service required from medical professionals in doing their work. And to top it all, let's remind ourselves the words of former Minister Victor Boudreau who stated last week that the same service in the private sector will be costing more than if it were kept in the public domain. This is most hard to understand.

Systematically eroding, dismantling and privatizing a major sector of the health care system goes against one of the five principles on which the Canada Health Act is based which is "Public Administration".

This has not been a well thought out move. Establishing another board of Directors to oversee the business of a private company, in our view, is a move towards dismantling of the current Regional Health Authorities. If the system needs to be twigged, let's look at the department of Social

Development which has backlogs of assessments for seniors in hospital settings and who continue to languish in acute hospital beds.

The Extra-Mural program has served the public well for 36 years. I have reached out too many to discuss this file, namely Ken McGeorge a renowned supporter of the health file and well-experienced in the field, he is not accepting the decision to privatize, he states this could have been avoided if they government officials) had read the fine print of the Advisory Council on Aging's Report.

Former Health Minister, Ted Fleming, also strongly advocates that the Extra-Mural program should remain in government and we agree. If it's not broken, why fix it?

Expert professor of Public Health and Social Policy at the University of Victoria, Trevor Hancock, a senior editor for the Canadian Journal of Public Health, calls our government's move "crazy", adding: "You don't improve performance by breaking it up and sending it to various parts of the government. It makes about as much sense as sending doctors to one ministry, nurses to another and dieticians to a third to improve the performance of a hospital». Is that what we want?

I agree with Dr. Donald Savoie, the Research Chair in public administration from the University of Moncton, who says in this respect: This argument is ***"one heck of a damning comment on the ability of government to deliver services"***.

I would strongly urge you to become involved in this file and reverse the decision to privatize Extra Mural and Tele Care programs.

Yours truly,

Cecile Cassista

Cecile Cassista,  
Executive Director for the Coalition for Seniors and Nursing Homes Residents' Rights

**Subject:** This is what happens

Have a look at this- we sent an RTI request for details on dynamic deployment of ambulance-we are told it is the “Intellectual Property” of New Brunswick EMS-so, I guess that Extra Mural details are about to become the “ intellectual property” of Medavie.....

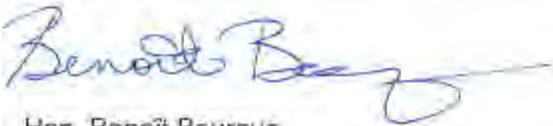
The Department of Health has reviewed and processed your request, received on August 22, 2017, under the *Right to Information and Protection of Privacy Act* (the Act) for “All documentation, however recorded, stored or archived, by electronic means or otherwise, in the custody of or under the control of Ambulance NB, the Department of Health and the Department of Public Safety, relating to the Dynamic Deployment System for the North Region from May 1, 2017 to the present date.

The information you have requested is the intellectual property of New Brunswick Emergency Medical Services who are identified as a third party under the Act. Therefore, certain documents have been withheld in part or in their entirety pursuant to:

- Subsection 21(1) The head of a public body shall refuse to disclose personal information to an applicant if the disclosure would be an unreasonable invasion of a third party's privacy; and
- Subparagraph 22(1)(c)(ii) The head of the public body shall refuse to disclose to an applicant information that would reveal commercial, financial, labour relations, scientific or technical information the disclosure of which could reasonably be expected to interfere with contractual or other negotiations of a third party.

Please do not hesitate to contact Nancy Wilkins Keetch, Policy Advisor at (506) 457-6494 or [Nancy.Wilkins-Keetch@gnb.ca](mailto:Nancy.Wilkins-Keetch@gnb.ca) who can answer any questions you might have.

Sincerely,



Hon. Benoît Bourque  
Minister

---

La privatisation de l'Hôpital Extra-Mural est-elle la meilleure décision pour les citoyens du N.-B.

Je veux d'abord féliciter Mme Gemma Caron , infirmière retraitée de 95 ans pour son article pertinent concernant les services de l'Hôpital Extra-Mural.

J'aimerais faire un résumé de la mission de ce programme de santé qui fut établi en 1981 à travers la province du N.-B. A l'époque, l'Hôpital Extra-Mural était complètement indépendant des hôpitaux et le siège social était à Fredericton sous la direction du Dr. Gordon Ferguson appuyé par la ministre de Santé Mme Brenda Robertson. Ils ont adopté le système de l'hôpital hors les Murs suite à une visite qu'ils ont fait en Nouvelle - Zélande. Le programme a fait ses débuts à Woodstock qui fut la première unité de soins, ensuite, à Moncton avec une unité francophone et une unité anglophone. A chaque année, une à deux unités ouvraient des bureaux satellites à différents endroits de la province. L'objectif était d'avoir :

- Une alternative aux admissions à l'hôpital ou foyers de soins
- Départs plus hâtifs de l'hôpital pour les patients opérés ou autres cas chroniques
- Soins à long terme
- Services de réhabilitation
- Soins palliatifs
- Coordination des services de soutien à domicile 24hre/7

L'Hôpital Extra-Mural a ensuite été sous la responsabilité des hôpitaux régionaux mais la mission première restait toujours la même.

Je peux vous dire qu'après avoir travaillé sept ans comme coordinatrice d'unité que l'Hôpital Extra-Mural est le milieu de travail le plus valorisant que j'ai jamais expérimenté comme infirmière. Le travail d'équipe était notre priorité. D'abord, il y avait des infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, inhalo-thérapeutes, travailleurs-es sociaux. Les patients recevaient les mêmes services des professionnels de la santé dans chaque unité. De plus, il y avait une belle coopération avec les autres services tels que les hôpitaux, les médecins, les Centre Médicaux, les services de la Croix Rouge (équipements), aides à domicile, bénévoles de l'Hospice pour les soins palliatifs.

Je peux également vous dire que les médecins de Shediac ont été les premiers à faire des visites à domicile, ceci était très apprécié des patients et du personnel de l'H.E.M. Ce système fonctionne encore très bien aujourd'hui et je ne vois pas comment un service privé peut en dire autant avec 97% de satisfaction de la part des citoyens du N.-B.

Je ne comprends pas le nouveau Ministre de la Santé quand il dit que les ambulanciers pourraient aller faire des évaluations à domicile. Je crois qu'il mêle les pommes avec les oranges et le service sera-t-il bilingue puisque les services d'ambulances N.-B. laissent à désirer présentement.

Le Premier Ministre Gallant nous dit : « le N.-B. est l'endroit idéal comme projet pilote pour les soins de la santé ». « Trouver des solutions novatrices pour surmonter nos défis financiers associés à notre population vieillissante ». « Ce projet pilote permettrait à nos aînés de demeurer en santé tout en demeurant dans leur maison ». Pourquoi ne pas se servir du 4 millions de dollars qui sera versé à Médavie chaque année pour ce projet pilote de soins à domicile et s'en servir pour : a) améliorer les conditions de travail des aides- soignants à domicile en payant leurs kilométrages et leurs jours de maladie, b) organiser un système de transport pour visites aux médecins et autres sorties, c) avoir une meilleure utilisation de la technologie?

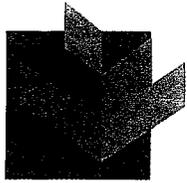
Il y a beaucoup de services à domicile qui pourraient bénéficier de cet argent pour améliorer la qualité de vie de tous les citoyens du N.-B.

Comment se fait-il que la province du N.-B. peut privatiser certains services de santé, alors qu'une partie de ces fonds est un transfert du gouvernement fédérale?

S'il vous plaît ne privatiser pas les services de l'Hôpital Extra-Mural car les raisons de cette décision ne sont pas valables et acceptables par la population du N.-B.

Une infirmière à la retraite après 33 ans de soins de santé au N.-B.





# Commission de services régionaux

Péninsule acadienne

RESU  
13/10/2017

Le 4 octobre 2017

L'honorable Benoit Bourque  
Ministre de la Santé  
Place HSBC  
C.P. 5100  
Fredericton, N.-B. E3B 5G8

## **Objet : Privatisation des soins de santé primaires et non-médicaux**

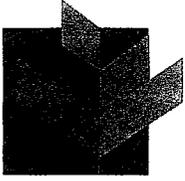
Monsieur le Ministre,

Le 3 mai dernier, les membres de la Commission de services régionaux Péninsule acadienne (CSRPA) avaient fait part au ministre de la Santé de l'époque de sa vive préoccupation à l'égard de l'intention de votre ministère de confier la gestion des soins de santé primaires et non-médicaux à une entreprise privée.

Une réponse de sa part s'ensuivi quelques semaines plus tard précisant que la province du N.-B. était confrontée à des problèmes financiers sérieux et des opportunités étaient recherchées, telles que le partenariat avec des compagnies privées, afin d'améliorer le rendement de notre système de santé (*voir en pièce jointe la lettre du ministre de la Santé de l'époque datée du 16 juin 2017*).

Quelle ne fut pas notre surprise de constater lors de l'annonce du 1<sup>er</sup> septembre dernier, qu'en plus de démanteler un programme qui fait l'unanimité, la privatisation du Programme extra-mural coutera encore plus cher à administrer que le système actuel.

Nous sommes conscients que la province doit préparer son système de santé afin de faire face aux défis qu'engendrent le vieillissement de la population. Toutefois, il est faux de prétendre que le secteur privé puisse mieux répondre à cette nouvelle réalité, et ce, en promettant, entre autres, des soins plus axés sur le client. J'aimerais vous rappeler que la mission première du secteur privé est d'assurer la rentabilité de ses activités, logique qui concorde difficilement avec les objectifs d'un système de santé public. Il est d'autant plus ironique de prétendre que ce changement va renforcer la coordination et la collaboration entre les professionnels de la santé lorsque dans la réalité, on morcèle le système actuel en différentes entités. Notre compréhension des changements apportés nous laisse croire que les intervenants des trois programmes sous la gestion de Medavie suivront toujours les mêmes règles de pratique professionnelle et nécessiteront encore l'encadrement médical d'un médecin.



# Commission de services régionaux

Péninsule acadienne

De plus, nous continuons à affirmer que les services dits non-médicaux sont considérés comme étant une **composante essentielle** de notre système de santé. Contrairement à certaines déclarations faites à ce sujet, les impacts d'une saine alimentation ou encore d'une pratique d'hygiène et de salubrité rigoureuse sont considérables et peuvent jouer un rôle primordial sur le rétablissement d'un patient. Une diminution de la qualité de ces services signifie assurément une hausse dans la durée des hospitalisations.

La Commissaire aux langues officielles, appuyée par bon nombre d'organismes francophones, s'est dit par ailleurs très préoccupée quant au transfert de la gestion du Programme extra-mural et de Télé-Soins vers Medavie compte tenu des nombreux défis qu'Ambulance NB continue d'éprouver en matière de services bilingues, et ce, depuis plus de dix ans après sa création. Ces préoccupations sont loin d'être que des simples accrochages puisque le non-respect actuel de la Loi sur les langues officielles laisse présager un comportement similaire de la part de Medavie pour l'ensemble des services qu'elle offrira aux citoyens francophones et acadiens du Nouveau-Brunswick.

En définitive, nous considérons que les structures de réseaux de santé comme étant plus adéquates pour répondre aux différents éléments que nous avons soulevés puisque les soins primaires et non-médicaux font partie intégrante de leur mission. Puisque ce n'est clairement plus une question financière, les raisons évoquées par le gouvernement afin de justifier la décision de privatiser ces services nous semblent dorénavant peu pertinentes.

Espérant que vous pourrez donner suite favorable à notre demande, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma considération distinguée.

Georges R. Savoie  
Président

c.c. ✓ M. Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité  
L'Honorable Denis Landry, député de la circonscription de Bathurst-Est-Nepisiguit-St-Isidore  
L'Honorable Serge Rousselle, député de la circonscription de Tracadie-Sheila  
M. Wilfred Roussel, député de la circonscription de Shippagan-Lamèque-Miscou  
M. Hédard Albert, député de la circonscription de Caraquet  
Mme Lisa Harris, députée de la circonscription de Baie-de-Miramichi-Neguac  
Communautés membres de la CSRPA

Le 16 juin 2017

M. Georges R. Savoie  
220, boul. St-Pierre Ouest  
Local 134, Porte 5  
Caraquet (N.-B.) E1W 1A5

Monsieur :

Je vous remercie de votre lettre exprimant vos préoccupations face à la privatisation de la gestion des services alimentaires, environnementaux et du programme extra-mural, ainsi que votre demande de maintenir le statu quo.

Je comprends tous les points que vous soulevez. Nous avons tenu compte de ces derniers en examinant l'option proposée par le réseau de santé Vitalité ainsi que celles des compagnies privées. Je demeure confiant que ces partenariats amélioreront le séjour du patient ainsi que l'environnement de travail.

Nous confrontons des problèmes financiers sérieux et nous cherchons des opportunités pour améliorer le rendement de notre système de santé. Un partenariat avec le secteur privé nous permettra d'introduire de nouvelles technologies et des pratiques de gestion novatrices au sein du réseau hospitalier et des soins à domicile de la province en uniformisant les services et en coordonnant la planification.

Je vous prie d'agréer, Monsieur Savoie, mes salutations distinguées.

Le Ministre,



L'hon. Victor Boudreau



Bonjour à tous,

Voici une nouvelle publiée hier sur le site de La Société Médicale du NB,

### **Déclaration sur le regroupement des ressources de soins de santé primaires**

10/18/2017

« La Société médicale du Nouveau-Brunswick appuie l'objectif général qu'a le gouvernement du Nouveau-Brunswick de renforcer le système de soins de santé primaires dans la communauté. Toutefois, il est trop tôt pour que la Société médicale se prononce formellement sur le projet de regroupement des ressources de soins de santé primaires sous la gestion de Services de santé Medavie Nouveau-Brunswick, annoncé par le ministre de la Santé le 1er septembre dernier. Trop peu de détails ont été communiqués sur le projet, notamment les coûts, les mesures de rendement et l'impact possible sur les services existants et sur les patients. »

**Dr Dharm Singh, M.D., FACS**

**Président, Société médicale du Nouveau-Brunswick**



**Communiqué de presse**

**POUR PUBLICATION IMMÉDIATE  
Notre dossier 2017-13**

## **Le Nouveau-Brunswick, une démocratie en péril?**

Dieppe, le 19 octobre 2017-- Égalité Santé en Français s'insurge contre les déclarations du ministre de la Santé, Benoît Bourque, reportées dans l'Acadie Nouvelle du 19 octobre dernier. « Ce genre de déclarations de renvoi et de mise en tutelle n'a pas de place dans notre démocratie » affirme Dr Hubert Dupuis, président d'Égalité Santé.

Ce n'est pas parce qu'un Conseil d'administration majoritairement élu démocratiquement par la communauté francophone et qui agit dans le cadre de la Loi qui le régit, se dit contre une proposition du ministre qu'il doit le menacer de le mettre en tutelle. Les agissements du ministre sont clairement de l'intimidation.

Le Conseil d'administration du réseau Vitalité a analysé les propositions de privatisation du ministre de la Santé et a conclu qu'elles étaient au désavantage du réseau de santé et surtout de la population francophone. Selon le réseau Vitalité, dont le rôle et le mandat est de fournir des soins de qualité, les patientes et patients seront perdants!

Le ministre Bourque doit se rendre compte que c'est non seulement le Conseil d'administration du réseau Vitalité mais la population en général et bon nombre d'organismes francophones qui s'opposent aux projets de privatisation. Le ministre a affirmé le 18 octobre qu'il n'y avait aucune étude faite sur la privatisation du Programme Extra-Mural et aucun appel d'offres pour la privatisation de ce programme. « Sur quoi se base-t-il pour dire que ce modèle de soins de santé sera un meilleur service et de qualité » ajoute Dr Dupuis.

Le gouvernement n'a pas le mandat de faire cette privatisation et le faire serait à l'encontre de la Loi sur les régies régionales de la santé. Ce serait illégal de le faire! Le gouvernement a été élu pour gouverner au nom de la population. C'est cela la démocratie : à la place du peuple. « Et bien, le peuple n'en veut pas de la privatisation », ajoute Dr Dupuis.

Le Premier ministre doit agir et mettre fin à ces projets de privatisation. Ne pas intervenir signifierait qu'il endosse les déclarations du ministre Bourque et qu'il n'écoute pas la population qui a clairement dit Non à ces projets de privatisation : Non à Sodexo et non à Medavie.

-30-

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

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



## *Les femmes acadiennes et francophones de Campbellton*

C. P. 575 Campbellton, NB E3N 3G9

---

Le 19 octobre 2017

Madame Katherine d'Entremont, Commissaire aux langues officielles  
King Tower - 440, rue King, Suite 646  
Fredericton, NB E3B 5H8

Sujet : emplois bilingues

Madame d'Entremont,

Nous, les femmes acadiennes et francophones de Campbellton, sommes très soucieuses des propos dans les journaux au sujet de la qualité des services de santé. Nous sommes devenus une province bilingue en 1969 avec la Loi sur les langues officielles qui est le statut égal pour tous dans toutes les institutions du gouvernement.

Dans ces quarante-huit (48) ans nous avons fait de grands pas. Nous bénéficions d'un statut et droit. Maintenant ce que l'on lit dans les journaux que les services médicaux ne sont pas nécessairement fournis dans la langue du patient. Que ce soit un francophone ou un anglophone. Nous avons le sentiment de perdre des gains que nous avons cru être acquis.

Comme vous le savez, quand nous sommes malade, en détresse et/ou anxieux nous voulons recevoir ces services, surtout d'urgence, dans notre langue. Pouvez-vous vous imaginer ayant du mal, appelant le 911 et l'ambulancier ne comprends rien ce que vous dites, ni vous comprenez ce que cette personne vous dit – quel traumatisme!

Madame la Commissaire, nous vous demandons de faire cette problématique l'une de vos priorités, d'assurer le bilinguisme dans tous les emplois nécessitant une intervention médicale. La qualité de vie est primordiale entourant les soins médicaux. Cette qualité ne doit pas diminuer au détriment des emplois non conforme au bilinguisme. Cela fait partie de votre mandat de faire appliquer la loi,

Nous espérons que vous prendrez en considération notre demande et que la population du NB sera desservie dans la manière et avec la qualité qu'elle doit recevoir.

Veillez agréer, madame d'Entremont, de notre engagement à voir au bien-être et la qualité de vie de tous les gens de notre région.

Bien à vous,

Denise Caron, présidente

Diane Selesse, secrétaire de correspondance

Cc Hon. Brian Gallant

Hon. Gilles LePage

Hon. Benoît Bourque



## *Les femmes acadiennes et francophones de Campbellton*

C. P. 575 Campbellton, NB E3N 3G9

---

Le 19 octobre 2017

Honorable Benoît Bourque, Ministre de la santé  
114-30, rue Évangéline  
Bouctouche, NB E4S 3E4

Sujet : Sodexo

Monsieur le Ministre,

Par la présente, les femmes acadiennes et francophones de Campbellton (FAFC) viennent donner leur appui au conseil d'administration du réseau de santé Vitalité du NB. Nous aussi, nous nous opposons et dénonçons la privatisation et aux licenciements à venir dans nos hôpitaux. Tout ceci en remplaçant la nourriture par des repas surgelés, qui seront fournis par l'entreprise européenne Sodexo.

Il semble que près de deux-cent quatre-vingt (280) emplois seront supprimés, incluant les services alimentaires et d'entretien ménager. De plus, il fut question de fermer six (6) cafétérias dont celles de St-Quentin et Campbellton. Si ces précieux services ferment, vous pourriez perdre les services de plusieurs bénévoles, qui comptent sur ces cafétérias, ainsi que plusieurs employés et visiteurs qui s'en servent. Toutes ces décisions causent, avec certitude un appauvrissement de la qualité de vie économique de la région.

D'après l'étude faite par la Régie de la santé francophone Vitalité, il n'en coûterait pas plus cher de laisser tomber les services de Sodexo et sa privatisation. On pourrait donc garder ces services et nos emplois dans la région.

Nous avons un service de Nutrition pour servir les besoins spécifiques de certains patients et comment ces professionnels pourront-ils valoriser les repas surgelés à un goût inférieur, ce qui ne conforte ni l'appétit, ni la santé.

Quant à l'entretien ménager, on risque, sans doute, des surcharges de travail, qui peut ainsi entraîner plus de cas de C-difficile. D'autres infections peuvent aussi causer une plus longue hospitalisation.

Pour toutes ces raisons, nous vous prions de considérer plus à fond, les conseils de la Régie de santé Vitalité, même si vous deviez revenir sur votre décision; ce qui, sans doute, démontrerait aux citoyens votre respect et un souci de bien les servir. Vous devez avoir la qualité de vie de tous à cœur.

Veillez agréer, Monsieur le ministre, de notre engagement à voir au bien être de la population de notre région.

Denise Caron, Présidente

Diane Selesse – secrétaire de correspondance

Cc      Honorable Brian Gallant, Premier Ministre      Honorable Gilles Lepage, Ministre du travail, de l'emploi et  
des croissances démographiques

**Expéditeur:** Fernande Cantin <[robefern@nb.sympatico.ca](mailto:robefern@nb.sympatico.ca)>

**Date:** 19 octobre 2017 à 18:44:28 HAE

**Destinataire:** <[gilles.lanteigne@vitalitenb.ca](mailto:gilles.lanteigne@vitalitenb.ca)>

**Cc:** Fernande Cantin <[robefern@nb.sympatico.ca](mailto:robefern@nb.sympatico.ca)>

**Objet:** MERCI

M. Gilles Lanteigne,  
Président-Directeur général  
Réseau de santé Vitalité  
Nouveau-Brunswick

M. Gilles Lanteigne, juste un mot pour vous dire que je vous appuie dans votre position concernant le plan de changement du Ministre de la santé dans la gouvernance de notre Réseau de Santé Vitalité .  
Sachez que mardi soir , le 17 octobre 2017, à la séance d'information sur les soins primaires , du gouvernement du N.-B. , le Ministre de la Santé et du président- directeur général des Services de santé Médavie , nous étions une foule de personnes qui a assisté à cette réunion.  
De nombreuses personnes , hommes et femmes , ont pris la parole , haut et fort, en s'adressant au Ministre de la Santé . Ces personnes qui sont allées au micro avaient des excellents arguments pour maintenir le Réseau de Santé Vitalité tel qu'il fonctionne maintenant.  
Merci pour votre engagement envers la santé de la population francophone du Nouveau-Brunswick.

Fernande Cantin,  
Présidente du Comité des femmes survivantes du cancer du sein et ami.e.s.,  
Dieppe, N.-B.

Envoyé de mon iPad



## Avis aux médias

▲ Référence : 2017-04

▲ Date : 20 octobre 2017

▲ Cote : 1070-02

▲ Pour diffusion immédiate

### **L'AEFNB procèdera à une importante annonce concernant la poursuite juridique d'Égalité Santé en Français**

(Service de nouvelles de l'AEFNB – Fredericton) – L'Association des enseignantes et des enseignants francophones du Nouveau-Brunswick (AEFNB) invite les médias à une conférence de presse qui aura lieu à la salle Shédiac C du Delta Beauséjour à Moncton, le **lundi 23 octobre à 10 h.**

La présidente de l'AEFNB, Lucie Martin, fera cette annonce en présence du docteur Hubert Dupuis, président d'Égalité Santé en Français.

Ils seront disponibles pour répondre aux questions de la presse sur le sujet après la déclaration de la présidente de l'AEFNB.

*L'AEFNB a pour mission de favoriser l'avancement de l'éducation en français, de représenter les intérêts de la profession enseignante et de valoriser la langue et la culture françaises. Elle représente quelque 3 000 enseignantes et enseignants œuvrant dans les écoles publiques de la maternelle à la douzième année ainsi que les enseignantes et enseignants suppléants.*

– 30 –

#### *Relations avec les médias*

Sylvain Lavoie, directeur des communications stratégiques et des affaires publiques  
[sylvain.lavoie@aefnb.ca](mailto:sylvain.lavoie@aefnb.ca), 506 452-1743, cell. 506 478-8891

**From:** Nicole Brideau [<mailto:nicoleinf@hotmail.ca>]

**Sent:** October-20-17 11:19 AM

**To:** Info (VitaliteNB)

**Subject:** BRAVO!!!

SVP TRANSMETTRE LE MESSAGE SUIVANT A MADAME MICHELYNE PAULIN ET MONSIEUR GILLES LANTEIGNE.

BRAVO ET MERCI au conseil d'administration de Vitalite et au PDG monsieur Gilles Lanteigne pour leurs interventions concernant les changements au système de santé. Ma famille et moi même avons bénéficié à plusieurs reprises des services du PEM pour des maladies graves dans ma famille. À travers ces expériences et sans doute aussi parce que je suis infirmière praticienne, je ne vois pas comment un modèle de prestation avec Medavie sera meilleure. Il y a toujours des améliorations à faire mais je ne vois pas pourquoi ils ne peuvent être faits à travers Vitalité. Il est aussi bon de voir que le réseau de sante pour lequel vous travaillez défend les

services offerts aux patients et l'intégrité du système de santé dont la symbiose entre les différents départements est essentiel pour donner des soins optimaux et intégrés.

Encore Bravo et Merci et continuez votre lutte en donnant de bons arguments comme vous le faites depuis les derniers jours.

Envoyé depuis mon téléphone intelligent Samsung Galaxy.

From: Claude Snow [<mailto:csnow@nb.sympatico.ca>]

Sent: October-23-17 11:01 AM

To: Info (VitaliteNB)

Subject: Lettre à l'opinion du lecteur

Le 23 octobre 2017

M. Lanteigne,

Voici une lettre que je viens d'envoyer à l'Acadie Nouvelle.

Veillez en faire part à M. Duclos. Il fait un excellent boulot.

Félicitations aussi pour votre position face à la privatisation de l'Extra-mural.

Claude Snow

---

TITRE SUGGÉRÉ: CHAPEAU AU RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt l'article de Jean-François Boisvert rapportant le projet du Réseau de santé Vitalité en matière de soins de santé mentale.

Tout ce qu'explique Jacques Duclos, vice-président aux services communautaires et à la santé mentale, est de la musique à mes oreilles. Je suis plus que favorable au virage qui s'amorce et au nouveau modèle de soins que le Réseau envisage.

J'ajouterais un bémol cependant. La nouvelle programmation du Centre hospitalier Restigouche devrait s'incarner dans une vision plus globale comprenant aussi celle des unités psychiatriques et des centres de santé mentale communautaires.

Tout ce qui vaut pour le CHR vaut aussi pour les deux autres composantes du système. Il faudrait revenir à l'orientation qu'envisageait anciennement la Commission de la santé mentale qui mettait l'accent, elle aussi, sur le traitement et le retour dans la collectivité.

Hélas, chaque fois qu'une telle approche est mise de l'avant, elle se fait au détriment du système dans son ensemble puisque les ressources ne suivent pas. L'interdisciplinarité est une bonne approche, mais elle se heurte de plein front au modèle de services axé sur le médico-nursing. Les professionnels des autres disciplines ne font pas le poids et se trouvent toujours asservis au modèle clinique, plutôt que communautaire.

Je sais qu'il est difficile de rejoindre et de traiter ceux dont les besoins sont complexes, mais je sais aussi à quel point la culture des établissements est dure à changer.

Cela dit, je lève mon chapeau à quiconque désire mettre de l'avant une meilleure approche visant à mieux outiller ceux qui sont atteints de problèmes de santé mentale, et sur ce plan, je ne peux que louer les efforts du Réseau de santé Vitalité.

Claude Snow

Caraquet

**De :** Association des enseignantes et des enseignants francophones du Nouveau-Brunswick  
[<mailto:aefnb=aefnb.ca@mail202.atl171.mcdlv.net>] **De la part de** Association des enseignantes et des enseignants francophones du Nouveau-Brunswick

**Envoyé :** lundi 23 octobre 2017 10:15

**À :** [jacques.verge@gmail.com](mailto:jacques.verge@gmail.com)

**Objet :** Communiqué : L'AEFNB appuie concrètement l'action juridique d'Égalité Santé en Français

Si ce courriel n'est pas visible,  
[cliquez ici pour le visualiser dans un navigateur.](#)

Pour éviter que ce courriel soit considéré  
comme indésirable, ajoutez [aefnb@aefnb.ca](mailto:aefnb@aefnb.ca) à votre  
liste de contacts.



Association des enseignantes  
et des enseignants  
francophones du  
Nouveau-Brunswick



Communiqué de presse



RÉFÉRENCE: 2017-04 • DATE: LE 23 OCTOBRE 2017 • COTE : 1070-02

## L'AEFNB appuie concrètement l'action juridique d'Égalité Santé en Français

(Service de nouvelles de l'AEFNB – Fredericton) – La présidente de l'Association des enseignantes et des enseignants francophones du Nouveau-Brunswick (AEFNB) a annoncé l'octroi d'une somme de 30 000 \$ en signe d'appui à l'action juridique qu'a entrepris Égalité Santé en Français. Cette somme représente 1 \$ pour chacun de nos élèves et démontre l'importance que nous accordons à recevoir des soins de santé de qualité en français et à la vitalité linguistique de l'ensemble de nos collectivités de la province.

« Les enseignantes et les enseignants francophones du Nouveau-Brunswick estiment qu'il est temps que le gouvernement cesse de couper et de privatiser les services publics et de mettre en péril les services en français dans la province. Ce sont nos enfants, nos familles, nos parents, nos grands-parents et nos communautés qui en subissent les conséquences. » de déclarer madame Martin.

L'AEFNB estime que la communauté francophone mérite la pleine gestion de son système public de santé comme celui de l'éducation et ce, afin de soutenir le mieux-être de nos élèves, leurs familles et nos communautés francophones.

« Tout comme la lutte menée pour le financement de l'école francophone, nous jugeons que la situation actuelle est alarmante et brime les droits des francophones. Si nous n'agissons pas, la situation risque de s'aggraver. » de conclure madame Martin.

*L'AEFNB a pour mission de favoriser l'avancement de l'éducation en français, de représenter les intérêts de la profession enseignante et de valoriser la langue et la culture françaises. Elle représente quelque 3 000 enseignantes et enseignants œuvrant dans les écoles publiques de la maternelle à la douzième année ainsi que les enseignantes et enseignants suppléants.*

-30-



[Téléchargez ce communiqué en PDF](#)

---

### Relations avec les médias

**Sylvain Lavoie**

**Directeur des communications stratégiques et des affaires publiques**

[sylvain.lavoie@aefnb.ca](mailto:sylvain.lavoie@aefnb.ca)

T. 506 452-1743 C. 506 478-8891

---

**Suivez nous!**



**ASSOCIATION DES ENSEIGNANTES ET DES  
ENSEIGNANTS FRANCOPHONES DU NOUVEAU-  
BRUNSWICK**

**650, rue Montgomery, Fredericton, N.-B. E3B 5B4**

**T. 506 452-8921 F. 506 452-1838**

[www.aefnb.ca](http://www.aefnb.ca)

Voulez-vous changer la façon dont vous recevez ces courriels?

[Mettre à jour vos préférences](#)

[Désinscrire de cette liste](#)

*Copyright © 2017 AEFNB, tous droits réservés.*



Garanti sans virus. [www.avast.com](http://www.avast.com)

Received  
Oct 23/17

October 13, 2017

Ms. Cecile Cassista  
Executive Director  
Coalition for Seniors and Nursing Home Resident's Rights  
133 Canusa Drive  
Riverview, NB E1B 2W6

Dear Ms. Cassista:

This is in response to your letter dated September 13, 2017, where by you express your disappointment with me not participating in your meeting on September 12, 2017, and concerns regarding the Extra-Mural Program (EMP).

New Brunswick is facing significant challenges as it relates to health care. By 2026, it is estimated that 26 percent of the population will be 65 years old and over. More seniors in New Brunswick have high blood pressure, diabetes, lung and heart disease than in other parts of Canada, and we are one of the leading provinces in terms of hospital beds utilization.

New Brunswick needs to find innovative ways to help people stay at home as long as possible while receiving the appropriate care at the appropriate time and by the appropriate provider.

That is why the Government of New Brunswick and Medavie Health Services New Brunswick have entered in an agreement to combine the EMP and Ambulance New Brunswick, under a single Part III, not-for-profit organization managed by Medavie Health Services New Brunswick, named EM/ANB. In addition, EM/ANB will work closely with Tele-Care 811 to enhance services further. Tele-Care 811 services will continue to be provided by Sykes Assistance Services on behalf of the Department of Health.

The amalgamation of these services under a single umbrella can promote innovation in the delivery of primary health care in the province and can enhance access to health care services, reduce hospital admissions and Emergency Room visits. It can also enable patients to stay in their homes and communities as long as possible leading to both an enhanced patient and provider experience.



Mrs. Cecile Cassista  
October 13, 2017  
Page 2

EMP functions will continue and will remain as a publicly funded service, overseen and monitored by the Department of Health. The management of the EM/ANB will rest with Medavie Health Services New Brunswick through a contractual agreement with the Department of Health.

The Department of Health has established Key Performance Indicators, linked to the agreement with Medavie Health Services New Brunswick, that outline the requirements with regards to timely access to care, quality of care and patient satisfaction. These Key Performance Indicators will be monitored, at a minimum, on a quarterly basis. For Medavie to be able to achieve the targets of these Key Performance Indicators, current EMP services must be delivered as per today's practices and, where appropriate, further enhanced.

The EMP will be overseen by a Board of Directors with representatives from the Regional Health Authorities and the Department of Health. In addition, EM/ANB will be part of the current governance structure that has been established for health system partners (Department of Health, Regional Health Authorities and New Brunswick Health Council) to ensure linkages between all health system partners are in place to provide the care and services New Brunswick citizens require.

We believe this is an exciting opportunity for New Brunswick, to ensure health care remains accessible, sustainable, innovative and universal for future generations.

Sincerely,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Benoît Bourque", with a long horizontal flourish extending to the right.

Hon. Benoît Bourque  
Minister

NR/tm





Pour diffusion immédiate

## COMMUNIQUÉ

### **La privatisation des soins de santé brime les francophones**

Fredericton, le 30 octobre 2017– La Fédération des conseils d'éducation du Nouveau-Brunswick (FCÉNB) se prononce contre la privatisation des soins de santé au Nouveau-Brunswick. Les soins de santé offerts à la population doivent l'être en tout temps et partout dans la province dans les 2 langues officielles. « Les organismes gouvernementaux doivent offrir leurs services en français et en anglais, une obligation à laquelle les compagnies privées ne sont pas assujetties, ce qui rend la privatisation des soins de santé inadmissible affirme Willy Wilondja, président de la FCÉNB. Les francophones doivent pouvoir recevoir tous leurs services de santé en français, peu importe où ils se trouvent dans la province, ajoute-t-il. »

Le gouvernement morcelle la gestion des services qu'il offre aux gens de la province en privatisant les services de santé. Il est inquiétant de savoir que certains de ces services de gestion, tel que Mediavie, ont leur siège social dans d'autres provinces. « Dans ce cas, on doit se demander ce qu'il adviendra de l'obligation légale qu'a le gouvernement envers les francophones avec la Loi reconnaissant l'égalité des deux communautés linguistiques officielles au Nouveau-Brunswick », indique Willy Wilondja.

De plus, les recommandations fournies par les élus qui gouvernent les Régies de la santé, qui n'étaient pas en faveur de cette privatisation n'ont pas été prises en considération, ce qui suscite des questionnements quant à la valeur qu'apporte le gouvernement aux Régies de la santé. Les articles 16(2) et 16.1(1) de la Charte canadienne des droits et libertés indiquent que les communautés linguistiques en milieu minoritaire ont droit à des institutions de soins santé distinctes, autonomes et représentatives. Il apparaît que ces droits ne sont pas respectés.

Ainsi, la FCÉNB apporte son appui à Égalité santé en français qui revendique le droit à la gestion et le contrôle exclusif et autonome de la communauté francophone en matière de santé ainsi que le respect du principe de l'égalité réelle des deux communautés linguistiques.

-30-



15, av. Pine Ridge  
New Maryland NB  
E3C 1C6

Tél.: 506 453-3037  
Télééc.: 506 462-2275  
www.fcenb.ca

*La Fédération des conseils d'éducation du Nouveau-Brunswick est une organisation non partisane et à but non lucratif, regroupe les conseils d'éducation de district (CÉD) du secteur francophone. La FCÉNB représente les conseils d'éducation de district, voit à leur rayonnement et agit comme leur porte-parole dans les dossiers d'ordre provincial. La FCÉNB voit à la concertation de ses membres et traite les dossiers que ceux-ci jugent utiles et pertinents dans l'avancement de la cause de l'éducation.*

Pour plus de renseignements, veuillez contacter Willy Wilondja, président, au (506) 453-3037 ou par courriel : [info@fcenb.ca](mailto:info@fcenb.ca)

**De :** Ken McGeorge [<mailto:kenmc1@bellaliant.net>]

**Envoyé :** October-24-17 10:22 PM

**À :** Lanteigne, Gilles (VitaliteNB)

**Objet :** Medavie et al

Saw the article in the press; keep on pushing; you may get axed in the process but it is a hill worth dying on! This decision was made 3 years ago. We had the Aging Council at which we thought we were presenting a plan for the orderly development and improvement of health and social services for the aging population. One of the main issues was Home First and finally getting services organized to support people in their homes, thus preventing ALC admissions.

After our report was published we heard about this dumb decision that introduces yet another set of silos into a system that is already paralyzed with silos; we talked long and hard at Council about the silos that lead to poor service.

I honestly believe that the issues are such that the staff in health and social development do not know what to do. In neither department do they have people who have ever managed in the health and social system. So in desperation they do things like contract out to Medavie for services that can best be managed internally.

When you get to meet with them you can tell them that the co-chairs of the Aging Council are distressed and frustrated!

Regards.....

Ken McGeorge, BS,DHA,CHE

Health Administration Consultant

226 Beulah Road

Browns Flat, NB E5M 2R4

506-468-2975 home; 506-447-7947 cellular



**From:** Nelly Dennene [<mailto:nelly.dennene@rfnb.ca>]

**Sent:** October-27-17 5:28 PM

**To:** [magikjlb@bellaliant.net](mailto:magikjlb@bellaliant.net); Jacques Verge ÉSF; Ali Chiasson; Benoît Duguay; Cecile Cassista; Claire Gay; Frédérick Dion; Info (VitaliteNB); Jacques Verges; Leonard LeBlanc; Roger Doiron; Solange Haché

**Subject:** Re: NON à la Privatisation de L'Extra-Mural

Bonjour Jean-Luc, Jacques et les autres partenaires,

Comme discuté, cette semaine, le Conseil d'administration du Regroupement féministe du Nouveau-Brunswick a voté à l'unanimité la position suivante :

**Que le RFNB appui les démarches du Réseau de Santé Vitalité pour changer les plans du Gouvernement Gallant en ce qui concerne la privatisation de la gestion de l'Extra-Mural.**

J'ajoute à ce courriel ma présidente Maryse Nadeau.

Solidairement,

**Nelly Dennene**

Directrice générale

**REGROUPEMENT FÉMINISTE DU NOUVEAU-BRUNSWICK**

Tél. : (506) 381-2255

Cell.: (506) 381-9603

[rfnb.ca](http://rfnb.ca)



236, rue St. George, bureau 416

Moncton (Nouveau-Brunswick)

E1C 1W1



**RFNB** Regroupement féministe  
du Nouveau-Brunswick



Pour diffusion immédiate

## COMMUNIQUÉ

### **La privatisation des soins de santé brime les francophones**

Fredericton, le 30 octobre 2017– La Fédération des conseils d'éducation du Nouveau-Brunswick (FCÉNB) se prononce contre la privatisation des soins de santé au Nouveau-Brunswick. Les soins de santé offerts à la population doivent l'être en tout temps et partout dans la province dans les 2 langues officielles. « Les organismes gouvernementaux doivent offrir leurs services en français et en anglais, une obligation à laquelle les compagnies privées ne sont pas assujetties, ce qui rend la privatisation des soins de santé inadmissible affirme Willy Wilondja, président de la FCÉNB. Les francophones doivent pouvoir recevoir tous leurs services de santé en français, peu importe où ils se trouvent dans la province, ajoute-t-il. »

Le gouvernement morcelle la gestion des services qu'il offre aux gens de la province en privatisant les services de santé. Il est inquiétant de savoir que certains de ces services de gestion, tel que Mediavie, ont leur siège social dans d'autres provinces. « Dans ce cas, on doit se demander ce qu'il adviendra de l'obligation légale qu'a le gouvernement envers les francophones avec la Loi reconnaissant l'égalité des deux communautés linguistiques officielles au Nouveau-Brunswick », indique Willy Wilondja.

De plus, les recommandations fournies par les élus qui gouvernent les Régies de la santé, qui n'étaient pas en faveur de cette privatisation n'ont pas été prises en considération, ce qui suscite des questionnements quant à la valeur qu'apporte le gouvernement aux Régies de la santé. Les articles 16(2) et 16.1(1) de la Charte canadienne des droits et libertés indiquent que les communautés linguistiques en milieu minoritaire ont droit à des institutions de soins santé distinctes, autonomes et représentatives. Il apparaît que ces droits ne sont pas respectés.

Ainsi, la FCÉNB apporte son appui à Égalité santé en français qui revendique le droit à la gestion et le contrôle exclusif et autonome de la communauté francophone en matière de santé ainsi que le respect du principe de l'égalité réelle des deux communautés linguistiques.

-30-



15, av. Pine Ridge  
New Maryland NB  
E3C 1C6

Tél.: 506 453-3037  
Télééc.: 506 462-2275  
www.fcenb.ca

*La Fédération des conseils d'éducation du Nouveau-Brunswick est une organisation non partisane et à but non lucratif, regroupe les conseils d'éducation de district (CÉD) du secteur francophone. La FCÉNB représente les conseils d'éducation de district, voit à leur rayonnement et agit comme leur porte-parole dans les dossiers d'ordre provincial. La FCÉNB voit à la concertation de ses membres et traite les dossiers que ceux-ci jugent utiles et pertinents dans l'avancement de la cause de l'éducation.*

Pour plus de renseignements, veuillez contacter Willy Wilondja, président, au (506) 453-3037 ou par courriel : [info@fcenb.ca](mailto:info@fcenb.ca)

Communiqué de presse  
Pour diffusion immédiate

## **Rencontres publiques d'information – Mouvement d'opposition à la privatisation de l'Extra-Mural et de Télé-Soins**

---

Le 1<sup>er</sup> novembre 2017 – Les organismes néo-brunswickois s'opposant à la privatisation de l'Extra-Mural et de Télé-Soins convient la population à une série de rencontres publiques d'information qui se dérouleront en novembre dans 12 communautés de la province.

L'Association francophone des aînés du N.-B., l'Association des universités du troisième âge du N.-B., la Coalition pour les droits des aînés et des résidents des foyers de soins, Égalité en santé, la Fédération des citoyen(ne)s aîné(e)s du N.-B., le réseau de santé Vitalité, la Société de l'Acadie du N.-B. et la Société des enseignant(e)s retraité(e)s francophones du N.-B. désirent notamment présenter les raisons et arguments à l'origine du mouvement d'opposition à la privatisation et espèrent, par la même occasion, sensibiliser la population à la problématique qui pourrait notamment toucher la qualité des soins, des droits des communautés le langues officielles de la province et le pouvoir de gestion et d'action des réseaux de santé Vitalité et Horizon, organes essentiels au maintien de la dualité en santé.

Les 12 rencontres se dérouleront aux heures et lieux suivants :

- 6 novembre - Centre de l'Amitié, Campbellton (18 h 30);
- 7 novembre – CCNB de Dieppe (18 h 30);
- 9 novembre – Centre multifonctionnel de Shédiac (18 h 30);
- 10 novembre – Club du Bel Âge de Caraquet (18 h 30);
- 16 novembre – Édifice municipal de Richibucto (18 h 30);
- 19 novembre – Club d'âge d'or de Petit-Rocher (18 h 30);
- 21 novembre – Club des 50+ de Saint-Basile (18 h 30);
- 21 novembre – Marché du Centre-Ville de Tracadie (18 h 30);
- 22 novembre – Club d'âge d'or de Grand-Sault (19 h 00);
- 23 novembre – Centre universitaire de Shippagan (18 h 30);
- 27 novembre – Salle Beauséjour de Saint-Quentin (14 h 00); et
- 27 novembre – Salle du citoyen de Kedgwick (18 h 30).

Les organismes espèrent que les médias et la population assisteront en grand nombre à ces rencontres.

- 30 -

Pour information :

Jean-Luc Bélanger, directeur général  
Association francophone des aînés du N.-B.  
Téléphone : (506) 850-9500 / [magicjlb@bellaliant.net](mailto:magicjlb@bellaliant.net)

## COALITION FOR SENIORS AND NURSING HOME RESIDENTS' RIGHTS

Government officials stated at a meeting held with leaders of the Coalition for Seniors and Nursing Homes Residents' Rights on September 12, 2017 that they had the support of the medical professions and the Horizon Health Authority in their quest to privatize the Extra-Mural Program. The Coalition has researched the matter and contacted the organizations in question. See the following:

### Coalition for Seniors Communication

### Response and reference

#### September 26, 2017 Letter sent to Horizon Health Network

Dear Karen McGrath,

I write on behalf of the Coalition for Seniors and Nursing Home Residents' Rights with respect to the Horizon Board position to privatize public services such as, Extra-Mural and Tele-Care to Medavie Blue Cross.

We are given to understand that the Horizon Board supports the move to privatize such services. Could you please confirm as to whether this is a true statement and if so what is the rationale for such a move.

I look forward to your earliest response.

Best Regards,  
Cecile Cassista

#### October 22, 2017 Letter to the Nurses Association New Brunswick

Dear Ms. Frenette,

I write on behalf of the Coalition for Seniors' and Nursing Home Residents' Rights with regards to a recent media announcement of the Nurses Association of New Brunswick supporting the move to privatize the Extra-Mural Program to Medavie. We note that the Nurses Union of NB has stated in the media an opposition to privatization of the Extra-Mural program.

Does your Association have a policy or position from an annual meeting or board of direction on privatizing health care services such as the Extra-Mural Program? If so what would the rationale be to privatize? I look forward to your earliest response.

Cecile Cassista

#### September 28, 2017 Response from Horizon Health Network's CEO Karen McGrath

Dear Ms. Cassista,

The decision to transfer the Extra-Mural Program of Horizon Health Network to Medavie Blue Cross was a Government of New Brunswick decision that we were advised of and directed to implement. The Board of Horizon does not have a position on this matter.

Karen McGrath  
President and CEO

#### October 26, 2017 Response from Nurses Association New Brunswick

(...) *"Finally*, in response to your query about privatization, please note that the Nurses Association for New Brunswick has not taken a position regarding privatization of health services.

As a regulatory organization, NANB is not included in discussions regarding **operation models** for health services. Our mandate is regulating the practice of nursing in New Brunswick?"

Karen Frenette, President

**November 1, 2017 Letter to Dr. Chris Simpson**

Dear Dr. Chris Simpson,  
I write on behalf of the Coalition for Seniors and Nursing Home Residents' Rights with regards to a recent media announcement of the Canadian Medical Association suggesting the move to privatize the Extra-Mural Program to Medavie.

In New Brunswick we have a unique program referred to as "the hospital without the four walls known as the Extra-Mural Program", that has served New Brunswick well for more than thirty-six years. This program falls within the jurisdiction of the Regional Health Authorities, which are publicly funded. The government has publicly stated that by privatizing the Extra Mural program it will **cost more.**

Your reference below, relative to integration would allow New Brunswick to deliver primary health care" more efficiently, more cost-effectively, and with greater patient outcomes."

"Dr. Chris Simpson, past president of the Canadian Medical Association, said the integration will allow New Brunswick to deliver primary health care "more efficiently, more cost-effectively, and with greater patient outcomes"

<http://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/extra-mural-tele-care-medavie-privatize-1.4271568>

Would this be a personal opinion or the policy or directive of the Canadian Medical Association that health care services be integrated? Are you suggesting that the services would be better managed through privatization or under a public health authority?

The Nurses Union of New Brunswick has stated in the media their opposition to privatization of the Extra-Mural program. The Nurses Association of New Brunswick has confirmed their mandate is to assure the public of safe, competent nursing care. As a regulatory

**November 2, 2017 Response from Dr. Chris Simpson**

Dear Ms. Cassista,  
Thank you for your email.

In answer to your questions, I took part in the September 1st announcement on the integration of primary health-care resources in New Brunswick, **not as a Canadian Medical Association representative** but as a Canadian physician with roots in New Brunswick who cares deeply about senior care and primary care access issues in Canada.

I believe that with New Brunswick's aging population, we need to look at all prospects to enhance the provision of primary care. I see this integration project as an opportunity worth exploring. I support the government's efforts to integrate these services because I believe such an approach will provide better outcomes for patients, seniors in particular. Government's role should be to find solutions that allow seniors to stay in their homes longer as well as avoid unnecessary emergency room visits and hospitalization. I believe that the integration project aims at doing just that. I also believe that greater program coordination can bring about health system efficiencies.

Sincerely,  
Dr. Chris Simpson



organization, they have confirmed they are not included in discussions regarding operation models for health services with government.

Does the Canadian Medical Association have a policy or position on the matter from an annual meeting or board of directors on supporting privatizing health care services such as the Extra-Mural Program? If so what would be the rational to privatize since the government has stated it will **cost more?**

I look forward to your earliest response.

Cecile Cassista

**November 1, 2017 Letter to the New Brunswick Medical Society**

Dear Dr. Dharm Singh,

I write on behalf of the Coalition for Seniors and Nursing Home Residents' Rights with regards to a recent media announcement of the Medical Society of New Brunswick supporting the move to privatize the Extra-Mural services to Medavie.

We note that the Nurses Union of New Brunswick has stated in the media an opposition to privatization of the Extra-Mural program. The Nurses Association of New Brunswick has confirmed their mandate is to assure the public of safe, competent nursing care. As a regulatory organization, they are not included in discussions regarding operation models for health services with government.

Does the New Brunswick Medical Society have a policy or position from an annual meeting or board direction on supporting privatizing health care services such as the Extra-Mural Program? If so what would be the rational to privatize?

I look forward to your earliest response.

Best Regards,  
Cecile Cassista

**November 5, 2017 Response New Brunswick Medical Society**

Dear Ms. Cassista

Thank you for your letter of November 1, 2017 sent on behalf of the Coalition for Seniors' and Nursing Home Residents' Rights in which you seek information on the position of the New Brunswick Medical Society (NBMS) with respect to the recent announcement of government respecting the administration of health programs by Medavie Health Services.

New Brunswick doctors support the government's overall goal of strengthening the primary health care system in the community. With the province facing an aging population and significant challenges in providing quality care to its elder population, we believe that innovation in our approach to the delivery of health services is essential.

However, I want to make it clear that the NBMS has yet to take a formal position on the project of grouping primary health care resources under the management of Medavie Health Services. We need to examine the details of the project closely, including the costs, the performance indicators and the possible impact on existing services and on patients before we take a formal position as an organization.

**November 5, 2017 Letter to R. Laurent Marcoux  
Canadian Medical Association**

Dear Dr. Laurent Marcoux

Re: Health Care privatization

I write on behalf of the Coalition for Seniors' and Nursing Home Residents' Rights with regards to the Canadian Medical Association position or policy that relates to health care privatization.

In New Brunswick we have a unique program referred to as "the hospital without the four walls known as the Extra Mural Program", publicly funded under the jurisdiction of the health care authorities. The program has served New Brunswick well for more than thirty-six years. It provides home care service not just for seniors but for everyone who requires the service. It is one of its kind in Canada.

**Referrals can only be made by doctors.**

The government has publicly stated that by privatizing the Extra Mural program it will cost more. The government has advised that the Canadian Medical Association were supportive of the initiative to privatize the health care component namely the Extra Mural services.

We understand the Canadian Medical Association mandate has a key function to advocate for health promotion and disease/injury prevention policies and strategies, advocating for access to quality health care, facilitating change within the medical profession, and providing leadership and guidance to physicians to help them influence, manage and adapt to changes in health care delivery.

We believe doctors will have little say if the deal is put in private

We expect to further discuss this initiative and its implications at an upcoming meeting of the Board of Directors of the NBMS.

Thank you once again for writing to us to seek our views on the matter.

Sincerely Dr. Sharma Singh, MD, FACS

President, New Brunswick Medical Society

**November 7, 2017 Response from Laurent Marcoux,  
MD, MSc President**

Dear Ms. Cassista:

**Thank you for your letter of November 5, 2017. I would first note that the Canadian Medical Association (CMA) has not issued any public comment with regard to the New Brunswick government's announced plan to integrate primary health-care resources. As a general rule the CMA recognizes that commenting on specific matters pertaining to the funding, organization and delivery of health services at the provincial level falls under the purview of the provincial and territorial medical associations, and I note that the New Brunswick Medical Society did issue a public statement on October 18, 2017.**

**With regard to your question about the CMA's position on privatization, it is important to distinguish between funding and delivery. The CMA's position is that public funding must be sufficient to cover insured hospital and medical services.**

**With respect to delivery the CMA has a comprehensive policy statement on the public private interface that is on our public website <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD07-03.pdf> and I append it for your convenience.**

**The intent of the statement is to ensure that publicly and privately delivered services are held to the same standards of quality and accountability.**

**On closing, I trust that the foregoing clarifies your concerns. I**

hands. Doctors are now masters of the service they provide and are at liberty to negotiate their terms with the government who is accountable to the public. With a private entity it will not be the same for the medical professions.

Does the Canadian Medical Association have a policy or position on the matter from an annual meeting or board directive on supporting privatizing health care services?

We look forward to your earliest response.

Sincerely,  
Cecile Cassista

Contact: [Coalitionnb@gmail.com](mailto:Coalitionnb@gmail.com) Cell : 506 850 8286

Notes:

**congratulate you and your coalition for your advocacy on behalf of New Brunswick's seniors and nursing home residents.**

**Sincerely, Laurent Marcoux, MD, MSc President**

**c.c.: Dr. Dharm Singh, President, New Brunswick Medical Society**

-----Message d'origine-----

De : Fernande Cantin [<mailto:roberfer@nb.sympatico.ca>] Envoyé : November-05-17 7:44 PM À : Francis Sonier  
Cc : [restigouche@acadienouvelle.com](mailto:restigouche@acadienouvelle.com) Objet : Lettre au Ministre de la santé

Monsieur Francis Sonier  
Editeur-Directeur Général  
Acadie Nouvelle

Voici une courte lettre pour l'Opinion du lecteur, Acadie Nouvelle.

Merci  
Fernande Cantin  
Dieppe, N.-B.  
506-383-5141  
-----

Monsieur Benoit Bourque ,  
Ministre de la santé ,  
Gouvernement du Nouveau-Brunswick

Monsieur le Ministre de la santé,  
Je vous supplie d'accepter immédiatement la proposition que le Réseau santé Vitalité vous a soumise jeudi le 2 novembre 2017, l'embauche d'une autre infirmière immatriculée et compétente dans les soins infirmiers ontologiques. Cette infirmière pourra se déplacer dans les régions de Saint-Quentin et de Grand-Sault. Vous répondez au Réseau de santé Vitalité < que leur proposition est viable mais qu'il y a d'autres options qui pourraient être viables >. Arrêtez de tergiverser et de faire de la petite politique dans ce dossier. Le Réseau de santé Vitalité vous a fait une proposition tellement excellente pour les familles et les infirmières. Je ne comprends pas que vous retardez à accepter cette proposition.

Fernande Cantin  
Dieppe, N.-B.  
383-5141

Envoyé de mon iPad



Communiqué de presse

POUR PUBLICATION IMMÉDIATE  
Notre dossier 2017-15

## ÉGALITÉ SANTÉ CONTESTE LA DÉCISION DU MINISTRE DE PRIVATISER LA GESTION DU PROGRAMME EXTRA-MURAL

Dieppe, le 6 novembre 2017-- Égalité Santé en Français a déposé, le 2 novembre 2017, en Cour du banc de la Reine une demande de révision judiciaire de la décision du ministre de la Santé de privatiser la gestion du Programme Extra-Mural et d'en donner la gestion à Medavie.

Selon le Dr Hubert Dupuis, président d'Égalité Santé, le ministre de la Santé n'a pas, selon la **Loi sur les régies régionales de la santé**, le pouvoir de privatiser des services qui sont sous la gestion et la gouvernance de la régie. Le pouvoir de privatiser les services ou non appartient à la régie de santé. Il est clair que la régie de santé Vitalité s'oppose à cette privatisation du programme Extra-Mural. La population en général s'oppose à cette décision du ministre, ajoute Dr Dupuis.

Non seulement le ministre n'a pas ce pouvoir, mais aucune étude n'a été faite sur ce programme. Le ministre a aussi avoué qu'aucun appel d'offres n'a été fait et qu'aucun modèle de livraison n'existe ailleurs. Selon le ministre, « il faut faire des changements quand ça va bien ». Le gouvernement libéral nous dit que tout va bien dans la province. Comme cela, il faudrait aussi changer le gouvernement! L'argument du ministre ne tient pas la route de conclure, Dr Dupuis.

Égalité Santé demande au Premier ministre Gallant de mettre ce projet de privatisation à la poubelle dans les plus brefs délais et de ne pas toucher à la santé et à l'éducation comme il nous l'avait promis en janvier 2016.

-30-

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

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

Le 9 novembre 2017

Monsieur Jean-Luc Bélanger  
Directeur général  
Association francophone des aînés du Nouveau-Brunswick (AFANB)  
C. P. 27100  
Dieppe (Nouveau-Brunswick) E1A 6V3

**Objet : Séances d'information publique**

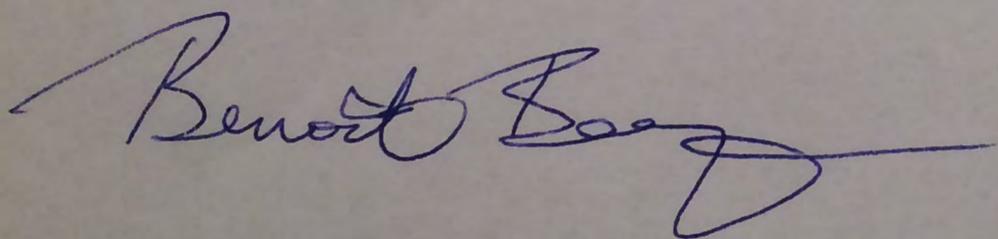
Monsieur,

Nous voulons, par la présente, profiter de la tournée d'information publique qui a débutée récemment pour vous demander officiellement d'être représentés lors de vos prochaines rencontres publiques d'information au sujet du dossier Medavie. Selon nous, il serait avantageux que toutes les parties soient représentées lors de vos séances publiques afin de pouvoir présenter tous les faits pertinents entourant cette question importante.

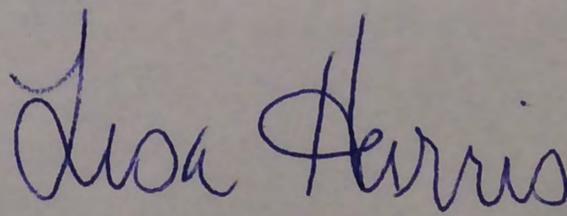
Dans l'attente d'une réponse positive de votre part, nous vous prions d'agréer, Monsieur, l'expression de nos sentiments respectueux.

Le ministre de la Santé,

La ministre des Aînés et des Soins de  
longue durée,



L'hon. Benoît Bourque



L'hon. Lisa Harris

**De** : Coalition for Seniors [<mailto:coalitionnb@gmail.com>]

**Envoyé** : November-12-17 10:25 AM

**Cc** : Coalition NB

**Objet** : Tom Maston Communication with Coalition for Seniors

Good Morning

Not sure who are the representatives of the government committee relative to the Extra Mural Program. I thought I would forward the emails to which the Coalition exchanged with the Deputy Minister Tom Maston on relevant questions to the Extra Mural Program.

You will note of late he has chosen not to respond to my queries. I have also attached the Medical organizations that I followed up with that clarifies their positions, including Horizon Health.

We were told by Tom Maston at a meeting of September 12, 2017 that all of these organizations' supported the move to privatize with the exception of Vitalities Health Network.

At the Miramichi government meeting November 7, 2017, Minister Bourque when I questioned him about the organization's, as we were told supported the move to privatise to Medavie, he responded that they were in the photo opt and therefore supported the move to privatize.

Use this information as you wish.

Regards,

Cecile Cassista

Executive Director

Coalition for Seniors and Nursing Home Residents' Rights

133 Canusa Drive

Riverview NB

E1B 2W6

Cell: 506 850 8286

-----Message d'origine-----

De : Fernande Cantin [<mailto:robefern@nb.sympatico.ca>] Envoyé : November-14-17 1:02 PM À : Lanteigne, Gilles (VitaliteNB) Objet : Fwd: Une attitude indigne du ministre Bourque - Acadie Nouvelle

Bonjour M. Gilles Lanteigne,

Voici , pour vous , pour votre équipe de direction , pour votre Conseil d'administration, pour tous vos employés et s'il vous plaît le transmettre aux infirmières du Programme Extra -Mural Merci pour votre engagement envers la santé de la population francophone du NB.

Je l'apprécie grandement .

Fernande Cantin

Dieppe, NB.

>>>>

>>>> <https://www.acadienouvelle.com/mon-opinion/2017/11/13/attitude-indi>

>>>> gne-ministre-bourque/

>>>>

>>>>

>>>> Envoyé de mon iPad

>>>



**De :** Cecile Cassista [<mailto:cassista@bellaliant.net>]

**Envoyé :** November-14-17 7:52 AM

**À :** Cecile Cassista

**Objet :** letter to Editor Bugle paper

Published Bugle November 4, 2017

## **Letter to the editor**

### **Go tell it to the Premier**

Health Minister Benoît Bourque has held nine public meetings across the province peddling the idea of privatization of the Extra-Mural Program.

Senior Minister Lisa Harris has attended four of the town hall meetings I held and where I give a different point of view. There are full houses everywhere. Both have had to face hostile crowds. No one in the province wants to hear about privatization of the Extra-Mural Program. Same unfriendly atmosphere at meetings held by l' Association francophone des aînés du Nouveau-Brunswick (Francophone seniors).

Those who attend witness anger and outrage at a government that stubbornly wants to proceed with privatization thus disregarding the will of the citizens. People do not want the government to trample with a service that is considered the crown jewel of the health care system. Furthermore they can't understand why a government would want to go ahead while it would cost more to operate in the private sector. These are the words of former Minister of Health Victor Boudreau not mine. If Medavie meets certain criteria such as diminishing Emergency Rooms visits and others, they will be getting an extra 4.4 million a year for the next 10 years. Flush with cash, isn't it?

In a signed letter by both ministers, they are asking to be represented at the public events held by the Francophone Seniors' Association. These meetings, they know very well, are opened to the public.

Bourque and Harris would better serve the general public if they informed caucus, cabinet and the Premier that New Brunswickers will have nothing to do with the privatization of the Extra-Mural Program.

I have written both ministers suggesting they do just that. Will they hear the voices of the citizens and will they tell the truth to the Premier and the government: It's time to back off.

**CECILE CASSISTA**

Riverview, NB

COALITION FOR SENIORS AND NURSING HOME RESIDENTS' RIGHTS

Communication to Deputy Minister Tom Maston

Response from Tom Maston

**To:** Maston, Tom (DH/MS)  
**Cc:** Coalition NB  
**Subject:** Extra Mural  
**Importance:** High

Hello Tom

On behalf of the Coalition for Seniors I am seeking clarification on the Regional Health Authority Position to transfer Extra Mural to Medavie. At our meeting on September 12, 2017, we understood that Vitalite Health were strongly oppose to the transfer to Medavie, however Horizon Health supported the move. Can you clarify if this is correct?

I look forward to your earliest response

Best Regards,  
Cecile Cassista

**From:** Coalition for Seniors [<mailto:coalitionnb@gmail.com>]  
**Sent:** October-02-17 8:18 AM  
**To:** Maston, Tom (DH/MS)  
**Subject:** RE: Extra Mural

Good Morning Tom

Thank you for your email of this morning in connection with Vitalite Health position as noted in the link provided. My query was in connection with the **Horizon Health Authority position**, which we understood from you at the meeting of September 12, that Horizon Health was in support of the move to Extra Mural to Medavie. The question of Vitalite has nothing to do with my query, **I was asking clarification on HORIZON position.**

**I look forward to your earliest response.**

**Cecile Cassista**

**From:** Maston, Tom (DH/MS) [<mailto:Tom.Maston@gnb.ca>]  
**Sent:** October 2, 2017 7:20 AM  
**To:** 'Coalition for Seniors' <[coalitionnb@gmail.com](mailto:coalitionnb@gmail.com)>  
**Subject:** RE: Extra Mural

Cecile

I have attached the Vitalite statement. I don't think Horizon issued a press release, so I suggest that contact them. I prefer not to speak for them.

<http://www.vitalitenb.ca/en/news/privatization-patient-care-government-extra-mural-program-should-remain-within-public-system>

Tom

**From:** Coalition For Seniors [<mailto:coalitionnb@gmail.com>]  
**Sent:** October 2, 2017 8:03 PM  
**To:** 'Maston, Tom (DH/MS)' <[Tom.Maston@gnb.ca](mailto:Tom.Maston@gnb.ca)>  
**Cc:** Coalition NB <[coalitionnb@gmail.com](mailto:coalitionnb@gmail.com)>  
**Subject:** Horizon Directed to Privatize to Medavie Communication  
**Importance:** High

Hello Tom  
Please note the response received from Horizon Health in connection with Extra Mural Program.

Best Regards,  
Cecile Cassista

**From:** McGrath, Karen (HorizonNB)  
[<mailto:Karen.McGrath@HorizonNB.ca>]

**Sent:** September 28, 2017 10:58 AM

**To:** [coalitionnb@gmail.com](mailto:coalitionnb@gmail.com)

**Subject:** response to your e mail

Dear Ms. Cassista.

The decision to transfer the Extra Mural Program of Horizon Health Network to Medavie Blue Cross was a Government of New Brunswick decision that we were advised of and directed to implement. The Board of Horizon does not have a position on this matter.

Karen McGrath  
President and CEO

**Sent:** October 10, 2017 4:42 PM

**To:** 'Maston, Tom (DH/MS)' <[Tom.Maston@gnb.ca](mailto:Tom.Maston@gnb.ca)>  
**Cc:** Coalition NB <[coalitionnb@gmail.com](mailto:coalitionnb@gmail.com)>  
**Subject:** RE: Horizon Directed to Privatize to Medavie Communication Tom

Thanks for responding. If the move to Medavie is going to be so much better, why doesn't the government tell us what is not working with the Extra-Mural Program when it decides to transfer and privatize health care services?

**From:** Maston, Tom (DH/MS) [<mailto:Tom.Maston@gnb.ca>]  
**Sent:** October 10, 2017 1:46 PM  
**To:** 'Coalition for Seniors' <[coalitionnb@gmail.com](mailto:coalitionnb@gmail.com)>  
**Subject:** RE: Horizon Directed to Privatize to Medavie Communication

Cecile  
Wed 2017-10-18 8:45 AM

Minister Bourque

Please note communication below from your office. (Tom Maston Deputy Minister) As discussed last night I would share the communication.

It is extremely vital that the question of Privatization of Extra Mural must be stopped. You heard it last night from many and there will be more. Comparing nurse to Paramedics is like comparing oranges and apples. Nurses spend 4 years plus getting degrees and NB paramedics spend 10 months.

Last night you might have seen where the individual from Medavie was speaking to me, who claims he is the architect of this move to privatized .... way out of his league, when he was trying to explain Nova Scotia situation in comparison with NB. NS does not have an Extra Mural program. They used VON, no comparison to New Brunswick at all. Its great to sit and visualized how the shift would

Mon 2017-10-02 8:32 AM

**From:** Maston, Tom (DH/MS) [<mailto:Tom.Maston@gnb.ca>]

Cecile

Primary Care Integration is viewed as a new initiative. Therefore, the Minister of Health provides written direction so that the RHAs can incorporate the initiative in their business plans.

The Minister of Health, and by extension the Department of Health, believe that this partnership between the provincial government and Medavie Health Services will build on the strong foundation of our health-care system and will position us to better meet the needs of our aging population.

Patients will have easier access to the care they require and the system will be easier for them to navigate, resulting in better outcomes and patient experiences. Examples include:

- Home visits by paramedics to check patient vitals and monitor chronic disease management.
- Better coordination of community-based health services by empowering the Extra-Mural Program and Tele-Care 811 nurses to preform new tasks, like scheduling follow-up family doctor visits and referring patients to other health professionals, like respiratory therapists.
- Better information sharing between health professionals and improved follow-up care between community care providers and more coordinated service delivery.

This coordinated approach will keep patients at the heart of the health-care model. More communication and information sharing will ensure the right care, at the right time and place, by the right provider.

work, you must seriously consider the aging population and NB being unique. The reality is.....privatizing the health care system is not acceptable and New Brunswickers will fight back.

Why not listen to the Vitality Regional Health Authority? Forming another board will not be transparent and accountable to the public. We have elected board members on both Regional Health Authorities elected by New Brunswickers, they too must be listen to by government. Please do not confuse Nurses Union with the Nurses Association.

Mr. Lord last night explanation of Medavie being non-for profit which occurred January 18, 2017 that they did not have to answer to a Board of Directors, however have set up a Foundation.

The fact that Medavie became non-profit this year is questionable when many were asking Victor Boudreau way back in February what was going on with the Extra Mural program and he had no answers at the time but dropped the bomb much to many surprise, just before the long weekend September 2017.

**I urge you Mr. Minister to reset the button on this file, New Brunswickers do not want privatization of the health Care System.**

**From:** Coalition for Seniors [<mailto:coalitionnb@gmail.com>]  
**Sent:** October-22-17 11:19 AM  
**To:** Maston, Tom (DH/MS)  
**Subject:** Question 811

Tom

I would like to request clarification on the 811 - Tele -Care where it operates in New Brunswick? Is it a New Brunswick company?

Best Regards,  
Cecile Cassista

**From:** Coalition for Seniors [<mailto:coalitionnb@gmail.com>]

Having more care delivered in homes and communities in New Brunswick is good news for patients and their families. This approach decreases hospitalization and re-admittance, and lessens the strain on our emergency rooms.

Tom

**From:** Maston, Tom (DH/MS) [<mailto:Tom.Maston@gnb.ca>]  
Sun 2017-10-22 11:19 AM

I am out of the office Monday October 23. If you have an urgent matter please call 506-453-2542. Thank you.

\*\*\*\*\*

Je suis absent du bureau jusqu'au lundi 23 octobre. Pour toutes questions urgentes, veuillez signaler le 506-453-2542. Merci.

**From:** Maston, Tom (DH/MS) [<mailto:Tom.Maston@gnb.ca>]  
**Sent:** October 23, 2017 4:35 PM  
**To:** 'Coalition for Seniors' <[coalitionnb@gmail.com](mailto:coalitionnb@gmail.com)>  
**Subject:** RE: Question 811

Cecile

Sykes is an Ontario based company with an office in Moncton. The 811 service is available in both official languages, province wide. Some of the nurses' work from the office in Moncton and others work from their homes.

**Sent:** October-23-17 4:39 PM  
**To:** Maston, Tom (DH/MS)  
**Subject:** RE: Question 811

Tom

We were told by Minister Harris on Saturday that the government will no longer use the Tele-Care service that is in place it will go to Medavie. If that is the case what is the cost to get out of the contract.

**From:** Coalition for Seniors [<mailto:coalitionnb@gmail.com>]  
**Sent:** October-25-17 10:48 AM  
**To:** Maston, Tom (DH/MS)  
**Subject:** RE: Question 811

Tom

Thanks for this information. When will the Tele- Care contract expire?

Cecile Cassista

**From:** Coalition for Seniors [<mailto:coalitionnb@gmail.com>]

**From:** Maston, Tom (DH/MS) [<mailto:Tom.Maston@gnb.ca>]

**Sent:** October 23, 2017 4:35 PM

**To:** 'Coalition for Seniors' <[coalitionnb@gmail.com](mailto:coalitionnb@gmail.com)>

**Subject:** RE: Question 811

Cecile

Sykes is an Ontario based company with an office in Moncton. The 811 service is available in both official languages, province wide. Some of the nurse's work from the office in Moncton and others work from their homes.

Tom

**From:** Maston, Tom (DH/MS) [<mailto:Tom.Maston@gnb.ca>]

**Sent:** October 25, 2017 10:46 AM

**To:** 'Coalition for Seniors' <[coalitionnb@gmail.com](mailto:coalitionnb@gmail.com)>

**Subject:** RE: Question 811

Cecile

The existing contract for Tele-Care 811 will remain in place for its remaining term. There will not be any extra costs incurred to this contract as a result of the Primary Care Integration Initiative.

Tom

Wed 2017-10-25 10:50 AM

**From:** Maston, Tom (DH/MS) [<mailto:Tom.Maston@gnb.ca>]

March 2019

Tom

Sent: Wed 2017-11-01 11:03 PM

Hi Tom

Could you point me to the section that gives the government the right to transfer the Extra Mural Program to Medavie a private company. I have reviewed the Act and have not found the section that would apply.

Regional Health Authorities Act

<http://laws.gnb.ca/en/showpdf/cs/2011-c.217.pdf>

I look forward to hearing from you.

Best Regards,

Cecile Cassista

From: Coalition for Seniors [<mailto:coalitionnb@gmail.com>]

Sent: Wed 2017-11-08 8:44 AM

Good Morning Tom

At the Miramichi government meeting last night Eric Sande President of Medavie was asked the question what would be the time frame to opt out of the contract with Medavie. His response was 6 months with additional cost for transferring everything back to government.

Can you confirm what the details are on the matter?

The Minister was asked if the contract was signed, he responded by saying its being worked on and will be signed soon. Can you also confirm this status?

I look forward to your earliest response.

Cecile Cassista

From: Coalition for Seniors [<mailto:coalitionnb@gmail.com>]

Sent: Wed 2017-11-08 9:00 AM

Good Morning Tom

I am doing a follow up to my query as noted below with respect to the Regional Health Authority Act. I was wondering when I can expect a response?

<http://laws.gnb.ca/en/showpdf/cs/2011-c.217.pdf>

Cecile Cassista

From: Coalition for Seniors [<mailto:coalitionnb@gmail.com>]

Sent: Wed 2017-11-08 1:44 PM



Medical  
Organizations rese:



Good Afternoon Tom

At the Miramichi government meeting on November 7, 2017, I asked Minister Bourque if he had done a follow up with respect to my query of the October 17, 2017 government meeting at the Delta Beauséjour Hotel in Moncton, where it was stated that the New Brunswick Medical Society had not endorsed the government move to privatize Extra Mural to Medavie.

Minister Bourque, stated he would do a follow up. I asked Minister Bourque at the Miramichi meeting of November 7, 2017, if a follow up had been done on his behalf. He was not sure.

I did share with him that the Coalition contacted the medical professions and Horizon Health Network. I offered to share the



medical organizations response to which we received. They are noted below.

1. Horizon Health Authority, Karen McGrath, President & CEO
2. NB Nurses Association, Karen Frenette, President
3. Canadian Medical Association, Dr. Chris Simpson Past President
4. NB Medical Society, Dr. Dharm Singh, President
5. Canadian Medical Association, Dr. Laurent Marcoux,

At our meeting of September 12, 2017, it was stated that the medical professions were on side with the government to privatize the Extra Mural services to Medavie. That Horizon Health was supportive with the exception of Vitalite Health Network who were not supportive of the move. I pointed that out to the Minister and he confirmed that those that participated in the photo opt, supported the change by being in the photo opt. It is quite the contrary as you will note in the attached response received AND NOTED BELOW the oral questions in Legislature of November 7, 2017.

**L'hon. M. Bourque** : Je remercie le député pour sa question. Ce que je peux vous dire, c'est que, lorsque le partenariat avec Medavie a été annoncé, le 1er septembre ou le jour suivant, la présidente de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick était présente et elle l'appuyait. Il y avait aussi des représentants de la Société médicale du Nouveau-Brunswick. Le chef du troisième parti peut vérifier et il verra que c'était bel

et bien le cas.

**The Hon. Mr. Bourque:** I thank the member for his question. What I can tell you, is that, when we announced the partnership with Medavie, on the first of September or the next day, the President of the Association of Nurses of Brunswick was present and she supported it. There were also representatives of the medical society of New Brunswick. The leader of the third party can verify and he will see that it was indeed the case.

We wish to point out that the NB Nurses Association, Brenda Kinney, in the photo opt was no longer the President of the Association. Dr. Chris Simpson who provided a personal comment to CBC and not the President of the Canadian Medical Association as mentioned in his communication attached.

For your reference please find attached a photo of the event.

I look forward to your response in this regard.  
Cecile Cassista

## Le premier ministre Gallant doit retirer le projet de loi 5

Dieppe, le 16 novembre 2017--Égalité Santé demande au premier ministre Brian Gallant de retirer le projet de loi 5 **Loi concernant les services extra-muraux** et de suspendre toutes les démarches entourant la gestion du Programme Extra-Mural. Égalité Santé soutient qu'il y a trop d'inexactitudes et d'inconnus dans le projet d'entente avec Medavie. De plus, selon le Dr Hubert Dupuis, président d'Égalité Santé, la population doit se prononcer sur ce projet.

Égalité Santé ne comprend pas pourquoi la **Loi sur les régies régionales de la santé** doit être modifiée pour donner le pouvoir au ministre de conclure des ententes avec une entreprise privée. Les ministres Boudreau et Bourque ont pourtant soutenu depuis le début du projet que le ministre de la Santé avait le pouvoir de conclure de telles ententes. Pourquoi le gouvernement doit-il modifier la Loi, ajoute Dr Dupuis. Les ministres de la Santé auraient-ils affirmé des inexactitudes?

Le ministre Bourque soutient que la Société médicale du N.-B. appuie le projet avec Medavie, ce qui est inexact. Comment pouvons-nous faire confiance au ministre Bourque, comme il nous le demande, alors qu'il soutient ces deux inexactitudes ? Devons-nous lui faire confiance et nous réveiller dans quelques mois avec un désastre économique et des soins de santé en péril? La santé est primordiale et doit prévaloir. Le contrat avec Medavie peut être mis de côté puisqu'il n'est pas encore signé, toujours selon le ministre Bourque.

Selon Égalité Santé, le gouvernement de Brian Gallant est en train de déshabiller la régie de ses services hospitaliers, un service à la fois. Ce projet de loi no 5 enlève à la communauté francophone la gestion et la gouvernance de services essentiels à sa survie, à son développement et à son épanouissement pour les donner à une entreprise privée non redevable à la population.

Avons-nous les moyens de mettre en péril notre système de santé de conclure Dr Dupuis.

-30-

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

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



Le 16 novembre, 2017

Honorable Benoît Bourque  
Ministre de la Santé  
Objet : Privatisation du Programme extra-mural

Monsieur le ministre,

Par la présente, le Groupe de développement durable du Pays de Cocagne (GDDPC) vous demande de ne pas aller de l'avant avec le projet de privatisation du Programme extra-mural.

La mission du GDDPC est de faciliter l'engagement citoyen pour assurer la viabilité des communautés du bassin versant de Cocagne. Le territoire d'action prioritaire du GDDPC comprend les communautés suivantes : Cocagne, Notre-Dame, Irishtown, Saint-Antoine et Grande-Digue.

La vision du GDDPC veut que le Pays de Cocagne soit une communauté viable et durable où l'on jouit d'une bonne qualité de vie et où on peut grandir et s'épanouir paisiblement et en sécurité. Dans cette optique, les objectifs visent à promouvoir une compréhension du développement durable incluant la nature, l'alimentation, la culture, l'économie, et la justice sociale. Ils visent aussi à récolter des informations en vue d'établir un plan d'aménagement holistique et partager ces données avec les décideurs politiques.

Dans ce contexte, les communautés du bassin versant de Cocagne veulent avoir une voix dans tout ce qui concerne les services de santé. Elles n'acceptent pas que la gestion du Programme extra-mural soit confiée à une entreprise privée qui n'est pas redevable à la population.

Nos inquiétudes sont renforcées par le fait qu'Ambulance N-B, géré par Médavie, offre des services médiocres quant à la langue et à l'accessibilité des services ambulanciers. Il est inacceptable que l'on confie un service aussi complexe que le Programme extra-mural à une entreprise qui ne réussit pas à gérer efficacement un service beaucoup plus simple.

M. le ministre, pour toutes ces raisons, le GDDPC vous demande de ne pas aller de l'avant avec le projet de privatisation du Programme extra-mural.

Nous vous remercions à l'avance de l'attention que vous porterez à notre demande.

Respectueusement,

Bernadette Goguen, Co-présidente  
Pour le Conseil d'Administration du GDDPC



Le 16 novembre, 2017

Honorable Benoît Bourque  
Ministre de la Santé  
Objet : Privatisation du Programme extra-mural

Monsieur le ministre,

Par la présente, le Groupe de développement durable du Pays de Cocagne (GDDPC) vous demande de ne pas aller de l'avant avec le projet de privatisation du Programme extra-mural.

La mission du GDDPC est de faciliter l'engagement citoyen pour assurer la viabilité des communautés du bassin versant de Cocagne. Le territoire d'action prioritaire du GDDPC comprend les communautés suivantes : Cocagne, Notre-Dame, Irishtown, Saint-Antoine et Grande-Digue.

La vision du GDDPC veut que le Pays de Cocagne soit une communauté viable et durable où l'on jouit d'une bonne qualité de vie et où on peut grandir et s'épanouir paisiblement et en sécurité. Dans cette optique, les objectifs visent à promouvoir une compréhension du développement durable incluant la nature, l'alimentation, la culture, l'économie, et la justice sociale. Ils visent aussi à récolter des informations en vue d'établir un plan d'aménagement holistique et partager ces données avec les décideurs politiques.

Dans ce contexte, les communautés du bassin versant de Cocagne veulent avoir une voix dans tout ce qui concerne les services de santé. Elles n'acceptent pas que la gestion du Programme extra-mural soit confiée à une entreprise privée qui n'est pas redevable à la population.

Nos inquiétudes sont renforcées par le fait qu'Ambulance N-B, géré par Médavie, offre des services médiocres quant à la langue et à l'accessibilité des services ambulanciers. Il est inacceptable que l'on confie un service aussi complexe que le Programme extra-mural à une entreprise qui ne réussit pas à gérer efficacement un service beaucoup plus simple.

M. le ministre, pour toutes ces raisons, le GDDPC vous demande de ne pas aller de l'avant avec le projet de privatisation du Programme extra-mural.

Nous vous remercions à l'avance de l'attention que vous porterez à notre demande.

Respectueusement,

Bernadette Goguen, Co-présidente  
Pour le Conseil d'Administration du GDDPC

Cher élu,

Pendant que vous délibérez sur le dossier Extra-Mural en tant qu'élu à l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick, je vous écris pour vous rappeler que vous êtes responsable et que vous devez guider votre conscience attentivement afin que les valeurs des cinq principes de la Loi canadienne sur la Santé soient respectés et maintenus.

Pour votre référence, ils sont les suivants:

1) L'universalité, 2) La gestion publique, 3) L'accessibilité, 4) L'intégralité et (5) La transférabilité.

L'administration publique est une responsabilité du gouvernement pour déterminer les politiques, les programmes et pour servir les gens qui vous ont élus. Plus précisément, il s'agit de la planification, de l'organisation, de la direction, de la coordination et du contrôle des opérations gouvernementales, et non d'une entreprise privée qui n'est pas responsable devant le public.

Je recommande que vous favorisiez l'administration publique dans votre délibération pour le principe fort et légal qui doit être réalisé dans l'intérêt du public.

Cordialement,

---

**From/De:** Cecile Cassista [mailto:cassista@bellaliant.net]

**Sent/Envoyé:** November 19, 2017 10:21 AM

**To/À:** 'Victor.Boudreau@gnb.ca' <Victor.Boudreau@gnb.ca>

**Cc:** Coalition NB <coalitionnb@gmail.com>

**Subject/Objet:** RE: Extra Mural remain Publicly Administered/L'Extra-Mural doit être géré par l'administration publique

Cher monsieur Boudreau,

Merci pour votre réponse rapide. Monsieur Boudreau, il n'y a pas de propos alarmistes.

Les Néo-Brunswickois et les Néo-Brunswickoises qui sont venus à nos assemblées publiques étaient déjà outragés. Aussi, ils étaient tous en colère lors des séances publiques tenues par le ministre Bourque. La ministre Harris a assisté à trois de mes rassemblements et elle sait très bien que les citoyens n'achètent pas son colportage de la privatisation. J'ai assisté à la réunion française à Shédiac. Là, les gens sont tous aussi mécontents.

**Permettez-moi de vous rappeler ce qui suit:** Parlee Beach, M. Boudreau? Atcon? Saisie des Avoirs 2015? Le congédiement de la Dre Eilish Cleary, médecin hygiéniste en chef, a coûté 720 000 \$ en compensation?

Qu'en est-il de Reno Volpé? À qui la province a dû verser 525 000 \$ de l'argent des contribuables en compensation? Tu as de la chance, personne ne t'a goudronné et couvert de plumes jusqu'à maintenant. Qu'y a-t-il pour vous cette fois-ci? Allez-vous diriger une partie de Medavie? Les gestionnaires ne vont-ils plus à Medavie maintenant? L'indemnité de départ est-elle trop élevée?

Vous avez oublié d'élaborer sur **le principe de l'administration publique** dans la référence ci-dessous. C'est l'un des 5 principes très importants. Medavie n'est pas admissible. C'est une entreprise privée. Pas une personne achète votre idée d'une corporation privée. Nous ne pouvons pas interroger Ambulance NB sans passer par la Loi sur le droit à l'information, et même là, il est pratiquement impossible d'obtenir des renseignements. Le ministre Bourque dit que les demandes de renseignements relèvent des **«droits de propriété intellectuelle»**.

Vous avez déclaré qu'il n'y aura pas de réduction des services, pas de frais d'utilisation et que tous les services continueront d'être financés par les fonds publics. **Alors, pourquoi privatisez-vous le programme Extra-Mural?** Vous avez admis que cela coûterait plus cher d'opérer dans le secteur privé. Avez-vous oublié que c'est de l'argent des contribuables? Les Réseaux, Vitalité et Horizon, s'adaptaient bien au vieillissement de la population. Nous le savons depuis des années.

Le sous-ministre Tom Maston et le ministre Bourque ont déclaré que la Société médicale et Horizon Health étaient d'accord, mais pas le Réseau de santé Vitalité.

Nous l'avons vérifié. Ce n'est pas ainsi. Voir en pièce jointe ce que la Société médicale et le Réseau de Santé Horizon ont à dire. En tant que ministre de la Santé, n'avez-vous pas ordonné à Horizon de mettre en œuvre la décision de privatiser? Où est la consultation? Lors de la séance publique de Moncton, le ministre Bourque a déclaré qu'il n'y avait pas de rapport d'experts. Affaires sérieuses!

Le gouvernement Brian Gallant dont vous êtes membre ne se fait pas entendre pour la démocratie. Toute la question de la privatisation du programme Extra-Mural débuta dans le secret et, maintenant, on essaie de le faire avaler aux Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises. Personne ne l'avale: pas l'Opposition, pas les anglophones, pas les francophones, pas les infirmiers, pas les infirmières, pas les médecins, pas la Régie de la santé Vitalité, ni les municipalités francophones, ni le monde des associations francophones, et tant d'autres. Il faut regarder longtemps dans tous les coins et recoins pour trouver quelqu'un qui favorise le déplacement.

Vous utilisez le même jargon que votre ami Bernard Lord. Ceux, qui qualifient le déménagement de privatisation, ce qui est le cas, sont considérés comme des alarmistes. Bernard Lord l'a utilisé le 1er septembre 2017; lorsque en tant que ministre de la Santé, vous avez fait l'annonce de la privatisation du programme Extra-Mural, communément appelé «le joyau de la couronne» du système de santé. Vous ne donnez jamais la véritable raison du transfert du service des autorités régionales de santé, où il fonctionne bien, au secteur privé.

Vous et vos amis politiques ne voulez pas qu'on parle de la privatisation du programme Extra-Mural à Medavie. Dire le contraire reviendrait à admettre que le gouvernement nage dans les eaux troubles de l'illégalité. La Loi canadienne sur la Santé stipule clairement que le système de soins de santé doit être géré par **l'administration publique**. Même si le gouvernement nomme des membres pour siéger au conseil d'administration d'une société nouvellement créée, le public n'aura aucune possibilité de remettre en question ses décisions parce qu'il dirigera une société privée. Nous pouvons interroger les gouvernements et les mettre en minorité, mais ce n'est pas le cas pour les sociétés privées. C'est pourquoi Tommy Douglas et ses contemporains voulaient que les soins de santé soient **administrés publiquement** et hors de l'atteinte du secteur privé.

Vous choisissez très soigneusement ce que vous dites. Vous admettez rarement que le programme Extra-Mural fonctionne très bien et qu'il en coûtera plus cher de fonctionner dans des mains privées. De plus, la province traitera Medavie avec des gants de chevreau pour les dix prochaines années, en leur offrant 4,4 millions de dollars par année si elles répondent à certains critères, comme la réduction des visites aux salles d'urgence des hôpitaux. Pas mal pour une province avec un déficit et une dette importante!

La Coalition pour les droits des aînés et des résidents des foyers de soins, ainsi que l'Association des aînés francophones du Nouveau-Brunswick et la Fédération des citoyens et citoyennes aînés du Nouveau-Brunswick organisent des assemblées



publiques aux quatre coins de la province. Ce qu'ils entendent est un beau gâchis totalement différent. Les Néo-Brunswickois de tout âge sont en colère et outragés par le fait que le gouvernement veut avancer sans prendre en considération leurs désirs. Nous sommes toujours en train de trouver quelqu'un qui favorise le changement.

Vous terminez vos commentaires par des mots très gentils: **«Encore une fois, arrêtez de faire peur aux aînés en leur faisant croire que leurs services seront réduits, car ce n'est pas vrai!»** Êtes-vous en train de dire que ces groupes ne devraient pas exprimer leur point de vue? Que les citoyens mécontents devraient se calmer? J'ai des nouvelles pour vous. Vous devriez consulter les ministres Bourque et Harris. S'ils sont vraiment honnêtes, ils devront admettre que partout où ils sont allés, ils ont dû faire face à des «foules hostiles». Ce ne sont pas mes mots, mais ceux d'un journaliste du Telegraph Journal pour décrire l'atmosphère de ces rassemblements.

Et, en passant, où dans mon message ai-je mentionné que les services seront réduits lors de la privatisation?

Un autre commentaire que je dois ajouter est celle-ci : le ministre Bourque a déclaré à la fin de son entrevue avec CBC, le 17 novembre 2017, à savoir que la Loi canadienne sur la Santé ne couvre pas les soins à domicile. Il a raison.

Les services de soutien à domicile offrent des services tels que les soins personnels (ex: se laver, s'apprêter, se nourrir), l'entretien ménager léger et la préparation des repas. Les services sont fournis par des agences de soutien à domicile ou par un particulier. J'ajouterais que les agences ont un contrat avec le département du Développement social.

Le programme Extra-Mural est un hôpital sans les quatre murs qui fournit un service médical alternatif sans admission à l'hôpital, qui retarde l'entrée à un foyer de soins infirmiers à long terme et qui permet la sortie précoce de l'hôpital pour les gens de tous les âges afin qu'ils puissent demeurer dans leurs maisons et communautés. Ce service est référé par un médecin. Les services sont financés par les deniers publics et fournis par les Réseaux régionaux de la Santé.

J'ai confiance que le contenu de cette communication met tout en perspective.

Cecile Cassista  
Executive Director/ Directrice exécutive  
Coalition for Seniors and Nursing Home Residents' Rights/  
Coalition pour les droits des aînés et des résidents des foyers de soins  
133 Canusa Drive  
Riverview NB  
E1B 2W6  
Cell: 506 850 8286

**From/De:** [Victor.Boudreau@gnb.ca](mailto:Victor.Boudreau@gnb.ca) [<mailto:Victor.Boudreau@gnb.ca>]

**Sent/Envoyé:** November 18, 2017 1:44 PM

**To/À:** [cassista@bellaliant.net](mailto:cassista@bellaliant.net)

**Subject/Objet:** Re: Extra Mural remain Publicly Administered

Cecile,

Je vous écris pour vous rappeler que vous devriez arrêter de faire peur au sujet de ce dossier.

Le programme Extra-Mural n'est pas en cours de privatisation. Il incombera à une société d'État de la Partie III de se conformer à la structure actuelle des Réseaux régionaux de Santé et d'Ambulance NB. Le conseil d'administration de cette société d'État sera composé de représentants du ministère de la Santé et des deux Réseaux de Santé, Horizon et Vitalité.

Cette société d'État confiera ensuite la gestion du service à Medavie, une société à but non lucratif dont le siège social est au Nouveau-Brunswick, qui emploie des centaines de Néo-Brunswickois, n'a pas d'actionnaires et réinvestit ses profits dans sa Fondation Medavie pour la santé.

Tous les employés de première ligne de cette société d'État continueront d'être les mêmes que ceux qui sont en place aujourd'hui, avec le même salaire, les mêmes avantages sociaux, la même pension et la même convention collective. Il n'y aura pas de réduction des services, pas de frais d'utilisation et tous les services continueront d'être financés par l'État. En travaillant en collaboration avec Ambulance NB et Télé-Soins 811, nous améliorerons l'ensemble des services offerts aux Néo-Brunswickois et leur permettrons de rester chez eux plus longtemps.

Je crois que cela répond aux 5 principes de la Loi canadienne sur la santé dont vous parlez ci-dessous.

Encore une fois, arrêtez de faire peur aux aînés en leur faisant croire que leurs services seront réduits, car ce n'est pas vrai!

Salutations,

Victor

Envoyé depuis mon iPad

Le 18 nov. 2017, à 13h25, Cecile Cassista <[cassista@bellaliant.net](mailto:cassista@bellaliant.net)> a écrit:

Le 18 novembre 2017

Cher Victor Boudreau,

Je vous écris pour vous rappeler pendant que vous délibérez sur le dossier Extra-Mural en tant qu' élu à l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick, que vous êtes responsable et que vous devez guider votre conscience attentivement afin que les valeurs des cinq principes de la Loi canadienne sur la Santé soient respectés et maintenus.

Pour votre référence, ils sont les suivants:

1) L'universalité, 2) La gestion publique, 3) L'accessibilité, 4) L'intégralité et (5) La transférabilité.

L'administration publique est une responsabilité du gouvernement pour déterminer les politiques, les programmes et pour servir les gens qui vous ont élus. Plus précisément, il s'agit de la planification, de l'organisation, de la direction, de la coordination et du contrôle des opérations gouvernementales, et non d'une entreprise privée qui n'est pas responsable devant le public.

Je recommande que vous favorisiez l'administration publique dans votre délibération pour le principe fort et légal qui doit être réalisé dans l'intérêt du public.

Meilleures salutations,

Cecile Cassista

**From:** Gérard Snow [<mailto:gerard.snow@umoncton.ca>]

**Sent:** November-23-17 10:09 AM

**To:** Gallant, Premier Brian (PO/CPM)

**Cc:** Bourque, Hon. Benoit (DH/MS)

**Subject:** Réseau de santé Vitalité

Monsieur le Premier Ministre,

Je suis extrêmement déçu et choqué de ce que vous êtes en train de faire dans les soins de santé au Nouveau-Brunswick, par rapport notamment à la mission du Réseau de santé Vitalité. Vous avez beau soutenir qu'il n'y aura pas privatisation, personne n'est dupe : Les dispositions que vous allez prendre, peu importe comment vous les qualifiez, vont à l'encontre de la mission publique et sociale qui a été confiée au Réseau de santé Vitalité, dans le respect de l'égalité des communautés linguistiques du Nouveau-Brunswick.

Le fait que l'arrangement est conclu avec un organisme sans but lucratif (Medavie) n'a aucune pertinence. Là n'est pas la question; vous êtes en train de confier des responsabilités publiques à un organisme privé, sur lequel (comme on a pu amplement le constater dans l'affaire des ambulances) le gouvernement a très peu de contrôle.

Il est clair que votre gouvernement a sous-estimé l'importance du respect et de l'attachement de la communauté francophone à l'endroit de son réseau de santé.

Gérard Snow, C.M., L.Ph., LL.B.

Moncton

L'information contenue dans ce courriel (y compris les pièces jointes) est confidentielle et vise uniquement son destinataire ou ses destinataires. Toute autre distribution, copie ou divulgation est interdite. Si vous avez reçu ce courriel par erreur, veuillez nous en aviser et éliminer ce courriel, ainsi que les pièces jointes, de votre système informatique et de vos dossiers.

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 5 décembre 2017

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

Le rapport du président-directeur général ici-bas couvre la période du 10 octobre au 17 novembre 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 24 novembre 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 5 décembre 2017 Edmundston, Nouveau-Brunswick**

Chers membres du Conseil d'administration,

Le rapport qui suit couvre la période du 10 octobre au 17 novembre 2017. Il vise à vous informer au sujet 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.

Bien que peu de temps se soit écoulé depuis notre dernière réunion, plusieurs grands dossiers ont continué d'évoluer cet automne. L'équipe du secteur de la planification a travaillé assidûment à préparer le terrain en vue de nos délibérations lors des séances de travail des 4 et 5 décembre 2017. Les résultats qui ont ressortis de la rencontre du Comité stratégique des opérations du mois d'octobre ont été des éléments clés qui serviront au Conseil d'administration dans ses discussions visant à actualiser le Plan stratégique 2017-2020 et le plan opérationnel 2018-2019 qui en découle.

Par ailleurs, le dossier de la privatisation du Programme extra-mural continue d'être un élément de grande préoccupation pour le Conseil d'administration et l'ensemble du Réseau. Il en sera question lors des suivis à l'ordre du jour de notre réunion.

Je vous souhaite une bonne lecture!

## **1. Engagement du personnel et du corps médical**

---

### **1.1 Engagement en matière de langues officielles**

Durant les derniers mois, le Réseau a été proactif afin de s'assurer de respecter ses obligations en matière de prestation des services à la population dans les deux langues officielles de la province. Par exemple, afin de mieux apprécier la conformité de notre personnel à l'obligation d'effectuer une offre active, des vérifications aléatoires ont été faites dans les différents établissements du Réseau. Des secteurs où des améliorations sont requises ont été identifiés en collaboration avec les gestionnaires intéressés. Le Réseau mise également sur la formation en matière de langues officielles qui est disponible en ligne et obligatoire annuellement pour tous les employés.

## **2. Gestion des ressources financières et matérielles**

---

### **2.1 Projets majeurs d'infrastructure**

Comme c'est l'habitude à ce temps-ci de l'année, un exposé détaillé de l'état d'avancement de nos grands projets d'infrastructure sera présenté au Conseil d'administration lors de notre réunion par Madame Gisèle Beaulieu, vice-présidente à la Performance, Qualité et Services généraux. Par ailleurs, je souligne que le premier ministre Brian Gallant était de passage à l'Hôpital régional d'Edmundston le 20 novembre afin de procéder à l'annonce d'un financement de l'ordre de 2 millions de dollars envers le projet de création d'un service mère-enfant dans l'établissement.

## **3. Gestion des ressources humaines**

---

### **3.1 Nominations pour les Prix de mérite**

La campagne des Prix de mérite du Réseau de santé Vitalité est de retour et offre aux employés l'occasion de reconnaître le travail exceptionnel d'un collègue qui les inspire. Les employés peuvent soumettre des candidatures d'ici au 19 janvier 2018 dans quatre différentes catégories, soit Prix « Vitalité », Prix « Excellence en gestion et leadership », Prix « Créativité et innovation » et Prix « Sécurité ». Les récipiendaires seront annoncés lors de la Semaine des employés, en juin 2018.

## **4. Relations avec nos partenaires et groupes communautaires**

---

### **4.1 Services de chimiothérapie à Grand-Sault et à Saint-Quentin**

Depuis notre dernière réunion, le dossier des traitements de chimiothérapie à l'Hôpital général de Grand-Sault et l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin a fait couler beaucoup d'encre. Je sais que vous êtes au courant des détails, mais je tiens à réaffirmer que la

qualité et la sécurité des soins offerts aux patients ont toujours été au centre de nos décisions dans toute cette affaire, malgré ce que certains intervenants ont pu affirmer.

Le nouveau modèle de prestation des soins que nous avons proposé permet de continuer à offrir des traitements de chimiothérapie aux populations de Grand-Sault et de Saint-Quentin, et ce, dans leur collectivité. Ainsi, nous serons en mesure de respecter les normes canadiennes en matière de qualité des soins, de sécurité des patients, de maintien des compétences et de la certification du personnel infirmier ainsi que de transport sécuritaire et en temps opportun des médicaments de chimiothérapie. Il faut réaliser qu'il s'agit d'un domaine spécialisé très complexe qui a beaucoup évolué ces dernières années. Les pratiques qui étaient acceptables il y a 10 ou 20 ans ne le sont plus aujourd'hui.

Notre proposition a été élaborée à l'aide de nos professionnels de la santé et de nos médecins, et a reçu l'appui du ministère de la Santé. Nous avons confiance qu'il s'agit d'une solution viable qui répondra aux besoins de la population. Nous comptons poursuivre le travail de collaboration déjà engagé avec nos partenaires communautaires pourvu que les échanges puissent se faire de manière courtoise et dans le respect des champs de compétences et de responsabilités de chacun.

#### **4.2 Relations avec les membres des Premières nations**

Le 14 novembre dernier, une cérémonie s'est déroulée aux Services de traitement des dépendances de Campbellton afin de célébrer l'aboutissement d'un projet visant à mieux intégrer les réalités culturelles des Premières nations dans nos pratiques. En présence de plusieurs intervenants du domaine et de membres des communautés d'Eel River Bar et de Listuguj, on a procédé à l'inauguration d'une pièce spécialement aménagée lors d'une brève cérémonie comprenant une prière et des chants traditionnels en langue micmaque. Une murale a été peinte par l'artiste autochtone Robert Pictou et la pièce est décorée d'objets ayant une importance symbolique dans la spiritualité des Premières nations.

#### **4.3 Partenariats avec les fondations de l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent et de l'Hôpital de Tracadie-Sheila**

Au cours des derniers jours, de beaux exemples de partenariats se sont concrétisés avec deux de nos fondations. Le 30 octobre, les nouveaux aménagements du service de phlébotomie de l'Hôpital de Tracadie-Sheila ont été inaugurés au cours d'une cérémonie officielle. Ce projet, au coût total de 401 850\$, a pu être réalisé grâce à un partenariat entre le Réseau (170 650 \$), la Coopérative régionale de la Baie (200 000 \$) et la Fondation Les Amis de l'Hôpital de Tracadie (31 200 \$). Les améliorations comprennent l'ajout de nouveaux équipements et d'espace de travail adapté ainsi que le réaménagement des espaces existants, dont la salle d'attente.



Le Réseau a annoncé que des services ambulatoires de cardiologie sont offerts trois jours par semaine à l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent, à Sainte Anne, depuis le 1er novembre dernier. Des investissements de près de 550 000 \$, partagés entre le Réseau et la fondation Les Ami.e.s de l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent, ont permis de faire des travaux de rénovation, l'achat d'équipement spécialisé ainsi que l'embauche de personnel supplémentaire.

## 5. Gestion stratégique / Communication

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

Le Cadre de transparence et d'ouverture en matière de communication et de publication des résultats (« le cadre »), adopté par le Conseil d'administration en mars 2016, prévoit que la direction du Réseau doit faire régulièrement un rapport au sujet de ses progrès relatifs à la mise en œuvre des initiatives qu'il contient. Il me fait plaisir d'informer le Conseil d'administration que cinq des six initiatives prévues à la feuille de route 2017-2018 du cadre ont déjà été mises en œuvre. Il s'agit : (1) des relevés des frais de déplacement et de représentation de l'équipe de leadership, (2) des honoraires, relevés des frais de déplacement et de représentation des membres du Conseil d'administration, (3) des rapports de la visite d'agrément, (4) des procès-verbaux des comités du Conseil d'administration et documents de travail, et (5) du contrat de travail du P.D.G. Depuis la mise en œuvre du cadre, c'est un peu plus de 2 700 pages de documents qui ont été mises à la disposition des citoyens et des citoyennes de la province du Nouveau-Brunswick.

**NOTE :** La liste des communiqués de presse publiés pendant la période couverte par ce rapport est présentée en annexe 2 et les activités sur les médias sociaux en annexe 3.

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

### 6.1 Semaine nationale de la sécurité des patients

Le Réseau a souligné la Semaine nationale de la sécurité des patients qui s'est déroulée du 30 octobre au 3 novembre 2017. En participant à cette initiative nationale, le Réseau réitère son engagement à l'égard de la sécurité des patients. Suivant le cadre de **Questionnez. Écoutez. Parlez-en.**, le thème de cette année était « À prendre avec les questions » et était axé sur la gestion sécuritaire des médicaments. Toute une série d'activités à l'intention du personnel et des visiteurs a eu lieu dans nos établissements. Nos professionnels de la santé ont accordé des entrevues médiatiques afin de sensibiliser le grand public à nos efforts et la semaine s'est avérée être un franc succès.

## 6.2 Semaine mondiale pour un bon usage des antibiotiques

La Semaine mondiale pour un bon usage des antibiotiques s'est déroulée du 13 au 19 novembre 2017. Dans le cadre de cette initiative, le Comité de gérance des antimicrobiens a mené plusieurs activités de sensibilisation auprès du personnel afin de promouvoir une utilisation judicieuse des antibiotiques. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la résistance aux antibiotiques est une menace grave pesant sur la santé mondiale et atteint désormais des niveaux dangereusement élevés dans toutes les régions du monde. Une récente étude démontre que 20 % des patients s'étant fait prescrire des antibiotiques, alors qu'ils n'en avaient pas besoin, ont subi des effets indésirables.

## 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 près d'une vingtaine de rencontres et discussions avec nos partenaires et plusieurs parties prenantes. Au nombre des dossiers qui ont retenu l'attention, je souligne notamment celui des traitements de chimiothérapie, la privatisation du Programme extra-mural de même que la tenue de plusieurs événements de nos fondations et événements d'organisations sur les scènes provinciales et nationales.

### 7.2 Vœux à l'occasion de la période des Fêtes

Je m'en voudrais de terminer mon rapport sans prendre cette occasion afin de souhaiter à tous les membres du Conseil d'administration, ainsi qu'à mon équipe de leadership, mes meilleurs vœux de bonheur et de santé à l'occasion de la période des Fêtes. Que ce temps propice aux célébrations et au temps passé en famille soit aussi une occasion pour vous ressourcer et prendre du repos. Bonne et heureuse année 2017 et au plaisir de poursuivre notre travail de collaboration.

**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 10 octobre au 17 novembre 2017.

Le président-directeur général,



Gilles Lanteigne

## ANNEXE 1 – Liste des rencontres et représentations du PDG (10 octobre au 17 novembre 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.

Le 10 octobre 2017 : Participation à la conférence de presse de la Fondation de l'Hôpital régional Chaleur – Petit-Rocher

Le 12 octobre 2017 : Réunion du Comité de vérification et finances de Service N.-B. – Moncton

Le 13 octobre 2017 : Rencontre bilatérale avec le Réseau de santé Vitalité et Rencontre du Comité conjoint ministériel du système de santé - Moncton

Le 16 et 17 octobre 2017 : Réunions du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité – Moncton

Le 19 octobre 2017 : Signature officielle du Contrat d'affiliation de l'Université de Moncton et du Réseau de santé Vitalité – Moncton

Le 20 octobre 2017 : Participation au Conseil d'administration de l'Institut atlantique de la recherche sur le cancer (IARC) – Moncton

Le 23 et 24 octobre 2017 : Participation à la rencontre du Conseil d'administration SoinsSantéCAN – Ottawa et à la journée de rencontres avec les députés et ministres fédéraux dans le cadre de la Journée sur la colline parlementaire.

Le 30 octobre 2017 : Participation à l'inauguration des nouveaux aménagements du service de phlébotomie de l'Hôpital de Tracadie-Sheila

Le 31 octobre 2017 : Rencontre des présidents et directeurs des Fondations du Réseau de santé Vitalité – Bathurst

Le 1 novembre 2017 : Participation à la 9<sup>e</sup> réunion annuelle de la Fondation de la recherche de la santé du N.-B. – Fredericton

Le 6 novembre 2017 : Participation à la rencontre avec les membres de la ville de Grand-Sault et le regroupement des soins de santé de la région de Saint-Quentin

Le 6 novembre 2017 : Participation à la rencontre d'information de l'Association des aînées francophone du NB à Campbellton.

Le 8 novembre 2017 : Participation à la table ronde provinciale sur le vieillissement en santé – Fredericton

Le 15 novembre 2017 : Participation à une rencontre des réseaux apprenants – Fredericton

Le 16 novembre 2017 : Participation à la réunion du Conseil d'administration de Service N.-B. - Fredericton

## ANNEXE 2 – Activités de communication - Liste des communiqués de presse publiés (du 10 octobre au 17 novembre 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 17 octobre 2017	Réunion publique ordinaire du Conseil d'administration – faits saillants
Le 19 octobre 2017	Signature d'une entente d'affiliation entre l'Université de Moncton et le Réseau de santé Vitalité
Le 23 octobre 2017	Un moniteur cardiaque « Bluetooth » implanté chez un patient pour la première fois en Atlantique
Le 30 octobre 2017	Inauguration des nouveaux aménagements du service de phlébotomie de l'Hôpital de Tracadie-Sheila
Le 1 <sup>er</sup> novembre 2017	Traitements de chimiothérapie à Grand-Sault et à Saint-Quentin : le Réseau prêt à collaborer afin de trouver des solutions viables pour maintenir les services
Le 2 novembre 2017	Traitements de chimiothérapie à Grand-Sault et Saint-Quentin : un ajout de ressources permettrait de maintenir les services dans les collectivités
Le 6 novembre 2017	Traitements de chimiothérapie à Grand-Sault et à Saint-Quentin : les services seront maintenus
Le 16 novembre 2017	Des services ambulatoires de cardiologie maintenant offerts à l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent

### Annexe 3 - Activités de communication – Médias sociaux (du 10 octobre au 22 novembre 2017)

FACEBOOK	
Nombre d'adeptes :	Nombre d'adeptes le 22 novembre 2017 : 1272 (augmentation de 78 adeptes depuis le 2 octobre 2017)
Nombre de messages publiés (du 1 <sup>er</sup> juillet au 2 octobre 2017) :	121 messages ont été publiés ou partagés sur la page FB du Réseau du 3 octobre au 21 novembre 2017
Portée des activités:	9 de ces messages ont atteints 1500 utilisateurs ou plus : Au total, ces 9 message ont atteint 38 460 utilisateurs et ont suscité 1477 commentaires, réactions et partages.

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 5 décembre 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 24 novembre 2017 par Michelyne Paulin, présidente du Conseil d'administration.

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 5 décembre 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 14 novembre 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 d'une motion contenue 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 14 novembre 2017.

2) Proposition de motion :

Proposé  
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte la motion suivante : Motion 2017-11-14 / 03GMC du Comité de gouvernance et de mise en candidature de la rencontre du 14 novembre 2017.

Soumis le 24 novembre 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  
5 décembre 2017



# Réunion régulière : 14 novembre 2017

## Sujets discutés :

### Dialogue avec le public :

La politique CA-225 « Communications et relations publiques » a été révisée dans le but d'assurer le bon déroulement des échanges, de permettre la diversité des groupes et d'offrir à tous les intervenants un temps de parole équitable.

### Motion 2017-11-14 / 03GMC

Proposé par Wesley Knight

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que la politique CA-225 « Communications et relations publiques » soit acceptée avec les modifications proposées.

**Adopté à l'unanimité.**

# Réunion régulière : 14 nov. 2017 (suite)

## Plan de travail – Règlements administratifs – Section médicale :

La révision des règlements administratifs de la section médicale est amorcée, puis sera complétée d'ici le 17 avril 2018.

# Réunion régulière : 14 nov. 2017 (suite)

## Gabarit – Note d'information :

La note d'information a été révisée pour tenir compte des impacts politiques, de la réputation et de la communication dans la prise de décision.

Le nouveau gabarit sera utilisé pour les réunions subséquentes du Conseil d'administration et des comités, ainsi que pour les comités relevant de la direction générale.

# Réunion régulière : 14 nov. 2017 (suite)

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité de gouvernance et de mise en candidature pour la réunion tenue le 14 novembre 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

<b>Titre de la réunion :</b>	Comité de gouvernance et de mise en candidature	<b>Date et heure :</b>	<b>Le 14 novembre 2017 à 09:00</b>
		<b>Endroit :</b>	<b>Vidéoconférence</b>
<b>But de la réunion :</b>	Réunion régulière	Bathurst (siège social)	(Gilles)
		Moncton : salle du conseil	(Michelyne)
		Edmundston : salle 2281	(Gisèle, Lucie)
<b>Présidente</b>	Lucille Auffrey	Campbellton : salle 4002	(Sonia)
<b>Secrétaire</b>	Lucie Francoeur	Téléconférence :	(Lucille)
<b>Participants</b>			
Lucille Auffrey	✓	Michelyne Paulin	✓
Gilles Lanteigne	✓	Sonia A. Roy	✓
Gabriel Godin	✓		
		Wesley Knight	✓
		Gisèle Beaulieu	✓
<b>PROCÈS-VERBAL</b>			

**1. Ouverture de la réunion**

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

**2. Déclaration de conflits d'intérêts**

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

**3. Adoption de l'ordre du jour****MOTION 2017-11-14 / 01GMC**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Michelyne Paulin

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

**Adopté à l'unanimité.**

**4. Adoption du procès-verbal du 25 septembre 2017****MOTION 2017-11-14 / 02GMC**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Michelyne Paulin

Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 25 septembre 2017 soit adopté tel que présenté.

**Adopté à l'unanimité.**

**5. Suivis de la dernière réunion tenue le 25 septembre 2017****5.1 Dialogue avec le public**

De façon à rendre la période de dialogue avec le public plus constructif, positif et respectueux, nous avons procédé à certains ajustements. La politique et procédure CA-225 « Communications et relations publiques » a été révisée dans le but d'assurer le bon déroulement des échanges, de permettre la diversité des groupes et d'offrir à tous les intervenants un temps de parole équitable.

Les personnes qui désirent s'adresser au Conseil lors d'une réunion du Conseil doivent soumettre un avis écrit de la question spécifique à traiter au secrétaire du Conseil, au moins 10 jours ouvrables, avant la réunion. Les demandes adressées au Conseil seront examinées par la présidente du Conseil dans l'ordre de réception des demandes. Les personnes qui demandent la possibilité de s'adresser au Conseil seront avisées de la décision du président au moins trois jours ouvrables avant la réunion du Conseil.

Au tout début de la prochaine réunion du Conseil, la présidente annoncera que les personnes qui ne sont pas membres du Conseil peuvent être invitées à quitter la réunion du Conseil si leur conduite est jugée inappropriée et s'ils dérangent le déroulement de la réunion.

Le sujet sera discuté à la prochaine réunion du Conseil.

**MOTION 2017-11-14 / 03GMC**

Proposé par Wesley Knight

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que la politique et procédure CA-225 « Communications et relations publiques » soit acceptée avec les modifications proposées.

**Adopté à l'unanimité.**

**6. Affaires nouvelles**

**6.1 Plan de travail – Règlements administratifs – Section médicale**

Le plan de travail de la révision des règlements administratifs de la section médicale est présenté à titre d'information. Le travail est déjà amorcé. La révision sera complétée d'ici le 17 avril 2018. Le document final sera soumis au Conseil d'administration et au ministère de la Santé pour approbation.

**6.2 Rapport verbal – Groupe de travail ad hoc pour la planification de la retraite du CA**

Les membres du groupe de travail ad hoc se sont rencontrés le 27 octobre dernier pour regarder et commenter l'ébauche de la programmation proposée en lien avec la planification stratégique.

Les principaux éléments proposés pour cette session sont :

- le bilan des accomplissements en lien avec le plan stratégique jusqu'à maintenant ;
- le rôle et responsabilité du CA (animateur expert) ;
- les grandes lignes du cycle de planification ;
- l'état d'avancement du plan opérationnel 2017-2018 ;
- les enjeux et nouveautés de la dernière année et à venir ;
- la séance de travail en groupe (déterminer les alignements du Réseau face à certains enjeux actuels (PEM, transfert des services à Sodexo, etc.).

Les membres du groupe de travail se rencontrent de nouveau cette semaine pour finaliser la programmation.

**6.3 Gabarit – Note d'information**

Les récents événements sur la livraison des services dans les petits établissements du Nord-Ouest ont soulevé l'importance d'avoir des outils de prise de décisions qui tiennent compte des impacts politiques, de la réputation et de la communication dans la prise de décision. À cet effet, la note d'information actuelle a été révisée pour tenir compte de ces considérations pertinentes.

Le nouveau gabarit sera utilisé pour les réunions subséquentes du Conseil d'administration et des comités, ainsi que pour les comités relevant de la direction générale.

**6.4 Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration**

Les résultats de l'évaluation de la dernière réunion du Conseil sont soumis pour discussion et information. De façon générale, les évaluations des deux réunions sont positives. Le taux de participation est à 100 %, ce qui est excellent.

À la séance huis clos, les membres semblent avoir été satisfaits des échanges et des présentations, entre autres celle sur le Centre hospitalier Restigouche ainsi que les discussions sur les divers enjeux auxquels fait face le Conseil.

Quant à la séance publique, les membres sont plus à l'aise avec la présentation des rapports sommaires des comités. Toutefois, nous semblons trouver qu'il y a encore trop de sujets et de matériel à l'ordre du jour de cette rencontre. Nous tenterons d'explorer une façon d'équilibrer ceci, soit en optant pour un ordre du jour de consentement. Cette façon de faire nous permettra de récupérer du temps, puisque tous les éléments rassemblés dans l'ordre du jour de consentement sont adoptés d'une seule voix.

**7. Date de la prochaine réunion : le 22 janvier 2018.**

**8. Levée de la réunion**

La levée de la réunion est proposée par Wesley Knight à 10:00.

---

Lucille Auffrey  
Présidente du comité

---

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

ÉBAUCHE

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 5 décembre 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 21 novembre 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 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 des finances et de vérification de la rencontre du 21 novembre 2017.

2) Proposition de motion :

Proposé  
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : MOTION 2017-11-21 / 03FV, MOTION 2017-11-21 / 04FV et MOTION 2017-11-21 / 05FV du Comité des finances et de vérification de la rencontre du 21 novembre 2017.

Soumis le 24 novembre 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.



# Comité des finances et de vérification

Rapport au Conseil d'administration  
5 décembre 2017

# Réunion régulière : 21 novembre 2017

## Sujets discutés :

### Stratégies mises en place pour réduire les coûts – TSNB:

Une augmentation de 49.7 % des dépenses en réclamation TSNB pour des accidents de travail est notée comparativement à la même période l'an passé. Une des raisons principales de l'augmentation des coûts depuis 2016 est la durée des réclamations.

Un conseiller régional de programme de santé et sécurité au travail est nouvellement en place. Il travaille présentement à coordonner le nouveau programme de prévention de la violence en milieu de travail, le programme de colonne en forme ainsi que les suivis de vérification de la facture TSNB.

# Réunion régulière : 21 novembre 2017

## Stratégies mises en place pour réduire les coûts – TSNB (suite):

Plusieurs échanges sont en cours sur certains dossiers au niveau provincial qui sont indirectement liés au Réseau de santé Vitalité. De plus, le Conseil du Trésor travaille actuellement sur une entente de service avec TSNB.

# Réunion régulière : 21 nov. 2017 (suite)

## Budgets capitaux 2018-2019:

Le premier ministre du N.-B. a annoncé le 19 novembre dernier, la création d'une unité de soins mère-enfant à l'Hôpital régional d'Edmundston au coût de 2 M \$.

### **MOTION 2017-11-21 / 03FV**

Proposé par Denis Pelletier

Appuyé par Émeril Haché

Et résolu que les budgets capitaux 2018-2019 soient adoptés avec l'ajout de la création d'une unité de soins mère-enfant à l'Hôpital régional d'Edmundston au coût de 2 M \$.

**Adopté à l'unanimité.**

# Réunion régulière : 21 nov. 2017 (suite)

## Fonds non partageables:

Des fonds non partageables ont été créés plusieurs années passées dans la zone 1 et 5. Suite à un avis du ministère, cette pratique a été cessée le 1<sup>er</sup> avril 2012. Pour cette raison, le ministère a demandé d'écouler les investissements des surplus accumulés des fonds non partageables. Une mise à jour des dépenses à date a été effectuée.

# Réunion régulière : 21 nov. 2017 (suite)

## États financiers pour l'exercice se terminant le 30 septembre 2017:

Pour les six premiers mois d'opération, du 1<sup>er</sup> avril au 30 septembre 2017, le Réseau termine avec un surplus d'opérations de 1,512,407 \$, soit une augmentation dans les revenus de 979,162 \$ et un excédant dans les dépenses de 441,867 \$.

Cependant, certaines modifications budgétaires de l'ordre de 7,378,062 \$ sont considérées dans les états des résultats.

# Réunion régulière : 21 nov. 2017 (suite)

## MOTION 2017-11-21 / 04FV

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Denis Pelletier

Et résolu que les états financiers pour l'exercice se terminant le 30 septembre 2017 soient adoptés tels que présentés.

**Adopté à l'unanimité.**

## MOTION 2017-11-21 / 05FV

Proposé par Denis Pelletier

Appuyé par Émeril Haché

Et résolu que les modifications budgétaires de l'ordre de 7,378,062 \$ soient adoptées pour tenir compte des changements financiers depuis le début d'exercice financier 2017-2018.

**Adopté à l'unanimité.**

# Réunion régulière : 21 nov. 2017 (suite)

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité des finances et de vérification pour la réunion tenue le 21 novembre 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

<b>Titre de la réunion :</b>	Comité des finances et de vérification	<b>Date et heure :</b>	<b>Le 21 novembre 2017 à 10:00</b>
		<b>Endroit :</b>	<b>Vidéoconférence</b>
<b>But de la réunion :</b>	Réunion régulière	Bathurst (siège social)	(Gilles)
		Edmundston : salle 2281	(Gisèle, Richard)
		Grand-Sault : salle 0252	(Rita)
<b>Présidente :</b>	Rita Godbout	Lamèque : salle multi	(Émeril)
<b>Secrétaire :</b>	Lucie Francoeur	Jabber:	(Denis)
		Téléconférence:	(Michelyne)
<b>Participants</b>			
Rita Godbout	✓	Michelyne Paulin	✓
Gilles Lanteigne	✓	Brenda Martin	A
Gisèle Beaulieu	✓	Émeril Haché	✓
		Denis Pelletier	✓
		Richard Pelletier	✓
<b>PROCÈS-VERBAL</b>			

### 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 (septembre 2017)

Invité : Rino Lang

Les membres passent en revue l'ensemble des indicateurs du tableau de bord stratégique et opérationnel. Afin de faciliter la compréhension des indicateurs et des résultats, nous présenterons une analyse approfondie des indicateurs liés au plan stratégique. Aujourd'hui, les indicateurs touchant la santé mentale seront discutés plus en détail par M. Rino Lang, mais avant de passer à cette étape, Gisèle Beaulieu cite quelques indicateurs dont la performance est inférieure à la cible :

- le taux d'hospitalisation – MPOC, insuffisance cardiaque et diabète ;
- le taux d'hospitalisation pour démence par 100,000 habitants ;
- le pourcentage de patients traités dans les 40 jours dans les Centres de santé mentale communautaire priorité modérée ;
- le pourcentage de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires ;
- les chirurgies en attente de plus de 12 mois ;
- le pourcentage de lits occupés par des cas de soins de longue durée ;
- le pourcentage d'heures de maladie ;
- le pourcentage d'heures de surtemps ;
- etc.

Au niveau financier, les indicateurs opérationnels demeurent tous autour ou meilleurs que la cible. Le taux de césariennes à faible risque est inférieur à la cible pour la première fois, depuis qu'il est suivi de façon systématique. Nous poursuivons les efforts pour atteindre les cibles pour chacun des indicateurs.

Rino Lang, directeur des Services de santé mentale aux adultes et Traitement des dépendances présente par le biais d'une présentation électronique une analyse détaillée des indicateurs stratégiques de la Santé mentale et traitement des dépendances et des initiatives en cours pour améliorer le rendement. Les principaux éléments de la présentation sont :

- les indicateurs ;
- le pourcentage de patients traités dans les 40 jours CSMC – Priorité modérée Q1 2017-2018 ;
- les mesures actuelles prises et les mesures prévues pour améliorer la performance ;
- l'évolution de la population par région ;
- le pourcentage de réadmission à l'intérieur de 30 jours suite à un congé santé mentale ;
- le taux d'occupation des Centres de traitement des dépendances;

- les mesures prises pour améliorer la performance ;
  - o lignes directrices opérationnelles.
  - o lignes directrices d'accès et d'admission.
  - o adapter l'offre de services aux besoins de la clientèle desservie.
  - o amélioration de la performance des processus.
  - o continuité de soins entre les trois services (CSM, STD et unité psychiatrique) 65 % patients avec troubles concomitants.
  - o optimisation des services de traitement des dépendances (plan d'action sur la santé mentale phase 2, 2018-2021).

Les membres remercient Rino Lang pour cette présentation.

## 2. Ouverture de la réunion

La réunion est ouverte par Rita Godbout à 10:35.

## 3. Déclaration de conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

## 4. Adoption de l'ordre du jour

### **MOTION 2017-11-21 / 01FV**

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Denis Pelletier

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

**Adopté à l'unanimité.**

## 5. Adoption du procès-verbal du 26 septembre 2017

### **MOTION 2017-11-21 / 02FV**

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Denis Pelletier

Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 26 septembre 2017 soit adopté tel que présenté.

**Adopté à l'unanimité.**

## 6. Suivis de la dernière réunion du 26 septembre 2017

### 6.1 Stratégies mises en place pour réduire les coûts - TSNB

Le Réseau de santé Vitalité utilise les services de Travail sécuritaire NB (TSNB) pour la gestion des indemnités des accidents de travail tout comme d'autres organismes dans la province. TSNB gère nos cas d'accident de travail et nous facture les coûts réels, plus un frais administratif de 94 \$/transaction. Ceci représente une augmentation de 4 \$ comparativement à 2016 et de 9 \$ comparativement à 2014. Le frais d'administration est le même pour une transaction de 5 \$ ou une de 15,000 \$.

Nous notons une augmentation des dépenses en réclamation TSNB pour des accidents de travail de l'ordre de 2,659,326 \$ (49.7 %) comparativement à la même période l'an passé. Cette année, nous prévoyons dépasser le budget alloué.

La raison principale de l'augmentation des coûts depuis 2016 est la durée des réclamations. Aussi, le Tribunal d'appel est différent au Nouveau-Brunswick comparativement aux autres provinces. Au N.-B., le tribunal d'appel a une influence directe sur les polices de TSNB.

Un conseiller régional de programme de santé et sécurité au travail a commencé ses nouvelles fonctions le 14 novembre dernier. Son mandat principal consiste à coordonner le nouveau programme de prévention de la violence en milieu de travail, le programme de colonne en forme ainsi que les suivis de vérification de la facture TSNB.

Une rencontre a eu lieu à Saint-Jean au début novembre avec le président de TSNB, Vitalité et Horizon, afin de discuter des frais d'administration et d'autres initiatives pour réduire le coût des réclamations. Il y a plusieurs enquêtes en cours dans la province avec le Bureau du Contrôleur, le Conseil du Trésor et le Bureau du vérificateur général. Aussi, le Conseil du Trésor travaille actuellement sur une entente de service avec TSNB.

#### 6.2 Plan d'action – Recommandations des vérificateurs externes 2016-2017

Une mise à jour du plan d'action des recommandations du vérificateur externe 2016-2017, ainsi que le plan d'atténuation des risques seront présentés à la prochaine réunion prévue le 23 janvier 2018.

### 7. Affaires nouvelles

#### 7.1 Budgets capitaux 2018-2019

Cette année, le ministère de la Santé a demandé la liste de priorités pour le budget d'immobilisations 2018-2019 au début septembre. Celles-ci ont été acheminées sous réserve d'approbation officielle par le Comité des finances et de vérification.

Le premier ministre du N.-B. a annoncé le 19 novembre dernier, la création d'une unité de soins mère-enfant à l'Hôpital régional d'Edmundston au coût de 2 M\$.

Un processus interne est en place pour identifier les besoins en lien avec nos priorités organisationnelles et l'évaluation des demandes. Des critères de priorisation ont été utilisés par les membres du Comité régional d'équipements et l'équipe multidisciplinaire des projets de construction, afin d'établir les priorités et recommander l'approbation à l'Équipe de leadership.

À la fin octobre, une rencontre s'est tenue avec les Fondations, dans le but d'harmoniser nos façons de faire pour satisfaire nos besoins d'équipements. Aussi, nous leur avons suggéré d'arrimer leur campagne de financement avec le cycle de planification du Réseau. Les échanges lors de la rencontre furent positifs.

#### **MOTION 2017-11-21 / 03FV**

Proposé par Denis Pelletier

Appuyé par Émeril Haché

Et résolu que les budgets capitaux 2018-2019 soient adoptés avec l'ajout de la création d'une unité de soins mère-enfant à l'Hôpital régional d'Edmundston au coût de 2 M\$.

**Adopté à l'unanimité.**

#### 7.2 Fonds non partageables

Des fonds non partageables ont été créés plusieurs années passées dans la zone 1 et 5. Ces fonds provenaient principalement des revenus des stationnements (zone 1) et du transfert de fonds fédéral pour le Centre hospitalier Restigouche (zone 5). Les surplus étaient utilisés pour des achats futurs d'équipements ou autres. Suite à un avis du ministère, cette pratique a été cessée le 1<sup>er</sup> avril 2012. Pour cette raison, le ministère a demandé d'écouler les investissements des surplus accumulés des fonds non partageables. Aussi, il doit approuver toutes demandes d'utilisation de ces fonds. Un rapport est présenté aux membres des dépenses effectuées à date et du montant total en réserve dans la zone 1 et 5.

### 8. Rapports

#### 8.1 États financiers pour l'exercice se terminant le 30 septembre 2017

Les états financiers au 30 septembre 2017 sont présentés. Pour les six mois d'opération, du 1<sup>er</sup> avril au 30 septembre 2017, le Réseau termine avec un surplus d'opérations de 1,512,407 \$, soit une augmentation dans les revenus de 979,162 \$ et un excédant dans les dépenses de 441,867 \$.

Cependant, certaines modifications budgétaires de l'ordre de 7,378,062 \$ sont considérées dans les états des résultats pour tenir compte des changements financiers depuis le début de l'exercice financier 2017-2018. Ces demandes sont entre autres :

- l'allocation de retraite ;
- les services de crise mobile après les heures ;
- l'équité salariale ;
- l'ajout de deux infirmières – projet VON « Vermont Oxford Network » ;
- le projet FACT « Flexible Assertive Community Treatments » ;
- l'infirmière praticienne en remplacement d'un médecin.

Les montants des demandes de modifications budgétaires ont été soumis au ministère pour approbation et paiement.

Un surplus budgétaire de 93,892 \$ est noté dans la section autres recouvrements et ventes. La variance majeure dans cette section est due au budget pour les prêts de services qui sera résolu dans les prochains mois.

Des postes vacants sont notés dans certaines catégories de personnel où les coûts sont contrebalancés. Advenant que les postes soient tous pourvus, le surplus budgétaire serait très minime. De prime abord, nous ne voulons pas générer trop de surplus et nous prévoyons un budget équilibré.

Pour la période se terminant le 30 septembre 2017, les résultats financiers sont positifs. Selon les tendances observées au cours des dernières années, les mois à venir sont ceux où il y a une plus grande variation au niveau des activités organisationnelles. Des mesures de contrôles et de vérification sont en révision, afin de mitiger ces risques.

**MOTION 2017-11-21 / 04FV**

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Denis Pelletier

Et résolu que les états financiers pour l'exercice se terminant le 30 septembre 2017 soient adoptés tels que présentés.

**Adopté à l'unanimité.**

**MOTION 2017-11-21 / 05FV**

Proposé par Denis Pelletier

Appuyé par Émeril Haché

Et résolu que les modifications budgétaires de l'ordre de 7,378,062 \$ soient adoptées pour tenir compte des changements financiers depuis le début d'exercice financier 2017-2018.

**Adopté à l'unanimité.**

**9. Date de la prochaine réunion :** 23 janvier 2018 à 10:00.

**10. Levée de la réunion**

La levée de la réunion est proposée par Émeril Haché à 11:30.

---

Rita Godbout  
Présidente du comité

---

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

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 5 décembre 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 21 novembre 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 d'une motion contenue 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 21 novembre 2017.

2) Proposition de motion :

Proposé  
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte la motion suivante : MOTION 2017-11-21 / 03SCGQS du Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité de la rencontre du 21 novembre 2017.

Soumis le 24 novembre 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 5 décembre 2017

# Réunion régulière : 21 novembre 2017

## Sujets discutés :

Nominations – Membres cliniques réguliers au Comité d'éthique de la recherche:

### MOTION 2017-11-21 / 03SCGQS

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Claire Savoie

Et résolu que Karelle Guignard, Anne Pelletier et Marie-Andrée J. Mallet siègent au Comité d'éthique de la recherche à titre de membre clinique régulier pour un mandat initial d'une durée de 3 ans.

**Adopté.**

# Réunion régulière : 21 nov. 2017 (suite)

## Rapports:

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

Des sondages ponctuels seront effectués dans chacune des zones sur le service alimentaire, afin de cibler davantage les problématiques et les pistes d'amélioration.

Un projet de qualité régional sera initié sur la réduction du bruit.



# Réunion régulière : 21 nov. 2017 (suite)

Un groupe de travail régional sera mis sur pied pour développer une politique et une campagne de sensibilisation spécifique à un environnement peu parfumé ou sans produit.

Un rappel sera effectué auprès du personnel quant à la politique sur la tenue vestimentaire, afin de respecter les règles minimales, prévenir et contrôler les infections (les cheveux, les ongles, les bijoux, etc.).

Une équipe de travail regarde actuellement à des pistes d'amélioration possible en ce qui a trait au stationnement au CHUDGLD.

# Réunion régulière : 21 nov. 2017 (suite)

## Tableau de bord stratégique et opérationnel (septembre 2017):

Il y a quelques indicateurs avec performance inférieure à la cible, entre autres le taux d'hospitalisation MPOC, insuffisance cardiaque et diabète, le pourcentage de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires, les chirurgies en attente de plus de 12 mois.

Le taux de césariennes à faible risque est inférieur à la cible pour la première fois, depuis qu'il est suivi de façon systématique.

Les taux de chutes et d'erreurs de médicaments sont à la hausse comparativement aux données antérieures. Des initiatives sont en cours pour améliorer le rendement.

# Réunion régulière : 21 nov. 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 21 novembre 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

<b>Titre de la réunion :</b>	Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité	<b>Date et heure :</b> <b>Endroit :</b>	<b>Le 21 novembre 2017 à 08:30</b> <b>Vidéoconférence</b>
<b>But de la réunion :</b>	Réunion régulière	Bathurst (siège social) : grande salle Edmundston : salle 2281 Moncton : salle de l'Auberge Tracadie : salle du conseil Téléconférence : Jabber :	(Gilles, Claire, Nicole) (Gisèle, Lucie) (Janie) (Norma) (Anne) (Dre LeBlanc)
<b>Présidente :</b> <b>Secrétaire :</b>	Norma McGraw Lucie Francoeur		
<b>Participants</b>			
Norma McGraw ✓	Anne Soucie ✓	Claire Savoie ✓	
Gilles Lanteigne ✓	Janie Levesque ✓	Nicole Frigault ✓	
Gisèle Beaulieu ✓	Dre Nicole LeBlanc ✓	Michelyne Paulin A	
<b>PROCÈS-VERBAL</b>			

**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 2017-11-21 / 01SCGQS**

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Claire Savoie

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

**Adopté à l'unanimité.**

**4. Adoption du procès-verbal du 26 septembre 2017****MOTION 2017-11-21 / 02SCGQS**

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Janie Levesque

Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 26 septembre 2017 soit adopté tel que présenté.

**Adopté à l'unanimité.**

**5. Suivis de la dernière réunion du 26 septembre 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 Nominations – Membres cliniques réguliers au Comité d'éthique de la recherche**

Le 28 septembre dernier, Karelle Guignard, Anne Pelletier et Marie-Andrée J. Mallet ont été nommées membres cliniques réguliers au Comité d'éthique de la recherche pour un mandat initial d'une durée de 3 ans.

**MOTION 2017-11-21 / 03SCGQS**

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Claire Savoie

Et résolu que Karelle Guignard, Anne Pelletier et Marie-Andrée J. Mallet siègent au Comité d'éthique de la recherche à titre de membre clinique régulier pour un mandat initial d'une durée de 3 ans.

**Adopté**

## 7. Rapports

### 7.1 Expérience des patients hospitalisés Q2

En mars dernier, l'équipe qualité a standardisé le questionnaire d'expérience des patients hospitalisés en collaboration avec le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB), afin d'avoir recours à des résultats comparatifs, et ce, à l'échelle nationale.

Le taux régional de participation au sondage était 17 %, comparativement à 19 % pour le premier quart. Seule la zone 4 a rencontré la cible visée de 20 %. Les questions avec le plus faible taux de satisfaction (< 70 %) sont en lien avec : la participation aux décisions concernant les soins, la gestion de la douleur, le respect des valeurs culturelles, la tranquillité, la nourriture, l'hygiène des mains et l'information sur les médicaments au congé. Les questions avec le plus haut taux de satisfaction (> 85 %) sont en lien avec : la courtoisie, la préoccupation pour la sécurité, la vérification de l'identité, la langue de service et l'expérience globale.

Un membre demande si l'intervalle de temps entre chaque repas est un aspect questionné dans le sondage. Cet élément sera tenu compte lors du prochain sondage ponctuel sur les repas dans chaque zone.

En ce qui concerne les valeurs culturelles, cette question est une nouvelle question et on semble avoir de la difficulté à comprendre le sens. Nous travaillerons avec l'équipe des bénévoles qui distribuent les sondages, afin d'obtenir plus d'information sur la compréhension ou non des patients. Aussi, il est suggéré de discuter avec le Conseil de la Santé sur l'interprétation qu'il en fait.

Pour ce qui est de l'hygiène des mains, l'équipe de la qualité s'assure que les audits sur l'hygiène des mains soient effectués et les résultats communiqués auprès du personnel.

Un membre soulève qu'il arrive à l'occasion de recevoir des plaintes provenant de gens de la communauté. Gisèle Beaulieu commente que nous avons déjà en place un processus clair et précis sur la gestion des plaintes. Les gens peuvent porter plainte ou faire part de leur préoccupation sur le site Web du Réseau de santé Vitalité sous la section de la « qualité et sécurité ». Aussi, ils peuvent communiquer directement avec le Service de la qualité et de la sécurité des patients ou la secrétaire au Siège social. Les personnes plaignantes sont appelées pour un suivi dans la même journée. Nous sommes conscients qu'il y a encore du travail à faire pour accentuer les communications à l'interne et à l'externe.

Nous avons également un pamphlet expliquant les étapes à suivre lors d'une plainte/préoccupation qui pourra être remis aux membres du Conseil d'administration à titre d'information. Aussi, l'explication du rôle et responsabilité des membres du Conseil d'administration sera discutée lors de la retraite prévue les 4 et 5 décembre 2017. M. Lanteigne mentionne que les membres du Conseil qui sont interpellés pour des plaintes peuvent aussi communiquer avec lui directement. Un suivi est toujours fait dans les meilleurs délais.

Il est suggéré d'ajouter sur le sondage la question suivante : « Est-ce que vous connaissez le processus de gestion des plaintes ? »

### 7.2 Plaintes Q2

Une légère diminution dans le nombre de plaintes (Q1 et Q2) est notée au niveau régional et dans chaque zone, sauf dans la zone 1B. En moyenne, nous recevons 49 plaintes par mois. En général, le délai de résolution de plaintes est 30 jours ou moins.

Les plaintes au niveau de l'environnement sont en majeure partie liées au stationnement au CHUDGLD. Pour ce qui est des plaintes au niveau des politiques, elles sont liées au non-respect de la politique et procédure sur le port de produits peu parfumés, les heures de visites et les frais de service.

Une augmentation est notée au niveau de plaintes liées à la confidentialité. La majorité de ces plaintes sont en lien avec le partage d'information confidentiel/potentiel bris de confidentialité.

Les pistes d'amélioration suggérées sont :

- de mettre sur pied un groupe de travail régional pour développer une politique et une campagne de

sensibilisation spécifique à un environnement peu parfumé ou sans produit.

- de renforcer la politique sur la tenue vestimentaire, afin de respecter les règles minimales, prévenir et contrôler les infections (les cheveux, les ongles, les bijoux, etc.).
- d'augmenter la communication/sensibilisation en ce qui concerne la politique de la présence de la famille ou du partenaire de soins, faire des présentations au personnel, ainsi que des capsules et questions/réponses pour le public et d'en faire la promotion par le site Web du Réseau.

Gisèle Beaulieu rappelle que le nombre de personnes au chevet du patient est déterminé en collaboration avec le patient, la famille et l'équipe de soins selon l'espace disponible dans la chambre et la condition du patient. Il peut être nécessaire de demander à la famille de quitter le chevet du patient pour maintenir la sécurité, respecter les particularités cliniques ou la volonté du patient.

Un groupe de travail regarde actuellement à des pistes d'amélioration possible en ce qui a trait au stationnement au CHUDGLD, entre autres la possibilité de construire un stationnement étagé. Les discussions se poursuivent avec le ministère de la Santé.

### 7.3 Incidents Q2

Une légère diminution des incidents rapportés de 7.8 % est notée au Q2 comparativement au Q1. Nous continuons de rehausser le signalement des incidents en réitérant l'importance de le faire par une culture juste et non punitive. Bien qu'il y a beaucoup d'incidents de rapportés, il n'y a pas beaucoup d'incidents majeurs. D'ailleurs, une diminution de 57.1 % des incidents grave est notée depuis le dernier trimestre. Tous les incidents ont fait l'objet d'un suivi et des pistes d'amélioration ont été identifiées et mises en place ou sont en voie de l'être.

### 7.4 Litiges et réclamations en cours

Le rapport des litiges et réclamations est présenté à titre d'information. Tous les sinistres impliquant des préjudices personnels de même que tous les sinistres impliquant des dommages matériels dont la valeur est supérieure à 6,000 \$ doivent être rapportés et gérés par le gestionnaire du programme de protection de responsabilité civile qui est HIROC pour l'ensemble de la province du N.-B. Il y a actuellement 23 dossiers actifs au Réseau de santé Vitalité. Les dossiers ouverts ne sont pas tous des cas actifs. Ce sont en majorité des signalements qui sont surveillés par HIROC. La majorité des litiges et réclamations sont reliés à des incidents de chutes et à des incidents dans la catégorie traitement/analyse/procédé.

Notre assureur HIROC est toujours avisé peu importe la source et c'est ce dernier qui assigne un avocat. Ensuite, le travail de préparation est entrepris avec la firme légale pour ce qui est de l'envoi de documents, discussions et coordination d'entrevues des personnes impliquées.

\*\*Anne Soucie quitte à 09h50.

### 7.5 Recommandations des Comités de revue

Les incidents préjudiciables sont analysés par un Comité de revue de sorte à trouver les causes profondes et à mettre en œuvre des mesures correctives pour prévenir le même genre de situation dans l'avenir. Le Comité de revue est composé du personnel impliqué dans l'incident, du gestionnaire et du directeur du service. Il formule toutes les recommandations appropriées et assigne un responsable pour chaque recommandation.

Dans la période de mai à septembre 2017, un total de 23 revues ont été effectuées dans l'ensemble du Réseau (8 incidents préjudiciables, 14 suicides en communauté et 1 incident évité de justesse) et un total de 58 recommandations ont été émises. Un rapport sur l'état d'avancement de la mise en œuvre des recommandations sera présenté à la prochaine réunion.

### 7.6 Expérience des patients à l'urgence

En mars 2017, un sondage ponctuel « blitz » a été effectué pour l'expérience des patients à l'urgence. Les questions avec le plus haut taux de satisfaction (> 85 %) sont en lien avec : le niveau de confidentialité au triage, le respect de l'intimité et de la dignité, la langue de service et l'expérience globale.

Les questions avec le plus faible taux de satisfaction (< 70 %) sont en lien avec : la présentation du personnel, l'obtention d'aide, l'information sur les résultats de tests et les médicaments donnés, la gestion de la douleur, la propreté des locaux, l'hygiène des mains, la vérification de l'identité, les décisions concernant les soins, l'information sur les médicaments au congé, les signes à surveiller à la maison et qui contacter au besoin et l'expérience globale.

Plusieurs pistes d'amélioration ont été identifiées, entre autres faire un rappel aux gestionnaires, afin d'assurer la distribution des sondages au prochain « blitz », faire une campagne de sensibilisation sur l'importance de se présenter, effectuer des audits sur l'identification du patient et sur l'hygiène des mains.

## **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 (septembre 2017)**

Invité : Rino Lang

Les membres passent en revue l'ensemble des indicateurs du tableau de bord stratégique et opérationnel. Afin de faciliter la compréhension des indicateurs et des résultats, nous présenterons une analyse approfondie des indicateurs liés au plan stratégique. Aujourd'hui, les indicateurs touchant la santé mentale seront discutés plus en détail par M. Rino Lang, mais avant de passer à cette étape, Gisèle Beaulieu cite quelques indicateurs dont la performance est inférieure à la cible :

- le taux d'hospitalisation – MPOC, insuffisance cardiaque et diabète ;
- le taux d'hospitalisation pour démence par 100,000 habitants ;
- le pourcentage de patients traités dans les 40 jours dans les Centres de santé mentale communautaire priorité modérée ;
- le pourcentage de congés pour des conditions propices aux soins ambulatoires ;
- les chirurgies en attente de plus de 12 mois ;
- le pourcentage de lits occupés par des cas de soins de longue durée ;
- le pourcentage d'heures de maladie ;
- le pourcentage d'heures de surtemps ;
- etc.

Au niveau financier, les indicateurs opérationnels demeurent tous autour ou meilleurs que la cible. Le taux de césariennes à faible risque est inférieur à la cible pour la première fois, depuis qu'il est suivi de façon systématique. Nous poursuivons les efforts pour atteindre les cibles pour chacun des indicateurs.

Rino Lang, directeur des Services de santé mentale aux adultes et Traitement des dépendances présente par le biais d'une présentation électronique une analyse détaillée des indicateurs stratégiques de la Santé mentale et traitement des dépendances et des initiatives en cours pour améliorer le rendement. Les principaux éléments de la présentation sont :

- les indicateurs ;
- le pourcentage de patients traités dans les 40 jours CSMC – Priorité modérée Q1 2017-2018 ;
- les mesures actuelles prises et les mesures prévues pour améliorer la performance ;
- l'évolution de la population par région ;
- le pourcentage de réadmission à l'intérieur de 30 jours suite à un congé santé mentale ;  
le taux d'occupation des Centres de traitement des dépendances;
  - les mesures prises pour améliorer la performance ;
    - lignes directrices opérationnelles.
    - lignes directrices d'accès et d'admission.
    - adapter l'offre de services aux besoins de la clientèle desservie.
    - amélioration de la performance des processus.
    - continuité de soins entre les trois services (CSM, STD et unité psychiatrique) 65 % patients avec troubles concomitants.
    - optimisation des services de traitement des dépendances (plan d'action sur la santé mentale phase 2, 2018-2021).

Les membres remercient Rino Lang pour cette présentation.

**9. Date de la prochaine réunion :** 23 janvier 2018

**10. Levée de la réunion**

La levée de la réunion est proposée par Claire Savoie à 10:35.

---

Norma McGraw  
Présidente du comité

---

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

ÉBAUCHE



Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 5 décembre 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 20 novembre 2017. Ce rapport sera présenté par Pauline Bourque, présidente du comité. De ce rapport, découlent une proposition, de recevoir le rapport. Aucune motion n'est contenue 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 20 novembre 2017.

Soumis le 24 novembre 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  
5 décembre 2017

# Réunion régulière : 20 novembre 2017

Sujets discutés :

- Intégration des échéanciers pour le plan d'action de la mission universitaire : le plan d'action de la mission universitaire a été mis sous un format semblable à celui du plan d'action opérationnel global pour commencer à lui donner des échéanciers et des directions plus concrètes. Puisque le plan global arrivera à échéance en 2018, l'idée est d'intégrer le plan d'action de la mission universitaire dans le nouveau plan d'action global pour les opérations en recherche et en formation.

# Réunion régulière : 20 novembre 2017

- Centre académique de santé : Le Centre académique de santé est un projet qui est proposé pour adresser différents objectifs dont ceux du développement de la résidence en psychiatrie mais également le besoin de relocaliser le Centre de santé mentale et l'Unité de médecine familiale de Dieppe et constitue également une possibilité innovatrice de joindre les trois secteurs ensemble pour augmenter la synergie et les possibilités en enseignement et recherche.

# Réunion régulière : 20 novembre 2017

- Plan de communication du développement de la mission universitaire : L'ébauche du plan de communication du développement de la mission universitaire a été circulée aux membres et la révision a suscité plusieurs commentaires et questionnement portant majoritairement sur le financement et les messages-clés.

Ce sujet est à l'ordre du jour de la réunion du Conseil d'administration.

# Réunion régulière : 20 novembre 2017

- Réseaux apprenants :

La stratégie des réseaux cliniques apprenants a pour objectif de compléter la réforme du système de santé qui est en cours à travers le Canada. Cette stratégie répondra aux enjeux générés par les écarts de pratiques et les trajectoires de patients sous-optimales et visera, entre autres, à soutenir les patients avec maladies chroniques complexes dans un continuum de soins. Les réseaux cliniques apprenants font partie de la stratégie choisie pour le plan d'action de la mission universitaire du Réseau de santé Vitalité.

# Réunion régulière : 20 novembre 2017

La première province ayant implanté cette approche est l'Alberta et les résultats sur la santé de la population sont déjà encourageant.

Des discussions sont actuellement en cours avec les ministères de la Santé de l'Ontario et du Québec pour l'implantation de cette initiative. Le Nouveau-Brunswick serait la 4e province à s'impliquer dans cette initiative importante, qui pourrait mener à l'obtention de fonds fédéraux pour l'innovation.

Un article sur le sujet est partagé avec les membres du Conseil d'administration et Dre France Desrosiers parlera des réseaux apprenants lors de la retraite du CA.

# Réunion régulière : 20 novembre 2017

- 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 novembre 2017

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité stratégique de la recherche et de la formation pour la réunion tenue le 20 novembre 2017 et je 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

<b>Titre de la réunion :</b>	Comité stratégique de la recherche et de la formation	<b>Date et heure :</b>	Le lundi 20 novembre 2018 à 10 heures
		<b>Endroit :</b>	Vidéoconférence
<b>But de la réunion :</b>	Réunion régulière	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Moncton</u> - Salle du conseil : Pauline Bourque, Jean-Marie Nadeau, Dr Michel H. Landry, Brigitte Sonier-Ferguson</li> <li>• <u>Grand-Sault</u> – Local 0217 : Gaitan Michaud</li> <li>• <u>Bathurst</u> – Siège social : Gilles Lanteigne, Dre France Desrosiers, Gabriel Godin, Manon Frenette</li> </ul>	
<b>Présidente :</b>	Pauline Bourque		
<b>Secrétaire :</b>	Manon Frenette		

**Participants**

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

**PROCÈS-VERBAL****1. Ouverture de la séance et déclaration de conflit d'intérêts**

La présidente ouvre la séance à 10 heures et informe que Michelyne Paulin s'est excusée de la réunion. On note qu'aucun conflit d'intérêts n'est déclaré.

**2. Adoption de l'ordre du jour**

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

**MOTION 2017/11/20-01-CSRF**

Proposé par Gaitan Michaud

Appuyé par Jean-Marie Nadeau

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

**ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ**

**3. Adoption du procès-verbal du 18 septembre 2017**

Le procès-verbal de la réunion du 18 septembre 2017 est adopté tel que circulé.

**MOTION 2017/11/20-02-CSRF**

Proposé par Gabriel Godin

Appuyé par Jean-Marie Nadeau

Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 18 septembre 2017 soit adopté tel que circulé

**ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ**

**4. Suivis de la réunion du 18 septembre 2017****4.1. Note d'information et mise à jour du plan d'action Recherche 2016-2018****4.1.1 Intégration des échéanciers pour le plan d'action de la mission universitaire :**

On explique que le plan d'action de la mission universitaire a été mis sous un format semblable à celui du plan d'action opérationnel global pour commencer à lui donner des échéanciers et des directions plus concrètes. Puisque le plan global arrivera à échéance en 2018, l'idée est d'intégrer le plan d'action de la mission universitaire dans le nouveau plan d'action global pour les opérations en recherche et en formation.

On informe également qu'il y a des retards à propos de certains échéanciers du plan d'action global qui s'expliquent par l'ajout d'employés dans le secteur qui n'est pas tout à fait complété. Pour cette raison, quelques initiatives ont pris un peu de retard et ont été repoussées en mars 2018.

#### 4.1.2 Note d'information – Centre académique de santé (CAS):

Le Centre académique de santé est un projet qui est proposé pour adresser différents objectifs dont ceux du développement de la résidence en psychiatrie mais également le besoin de relocaliser le Centre de santé mentale et l'Unité de médecine familiale de Dieppe. Docteur Landry et son équipe voient une possibilité innovatrice de joindre les trois secteurs ensemble pour augmenter la synergie et les possibilités en enseignement et recherche qui tournent autour de la santé mentale, de la médecine familiale et de la psychiatrie. En résumé, l'équipe de leadership appuie la proposition du Dr Landry et a inclus le projet dans son plan d'affaire, ses pressions budgétaires et ses projets immobiliers. Ce projet va demeurer dans les priorités pour Vitalité afin de permettre de créer un milieu innovateur et attirant pour les étudiants dans ces trois domaines. Pour créer un milieu de base de niveau universitaire, Vitalité a tout de même du rattrapage à faire au niveau des ressources en santé mentale et des ressources médicales (postes en psychiatrie).

Un autre aspect du projet est de présenter ce projet innovateur, en collaboration avec l'Université de Moncton, à une deuxième ronde de programme d'infrastructure qui pourrait être annoncée par le gouvernement fédéral. Le projet deviendra encore plus innovateur en s'associant avec l'Université et permettra encore plus de développement.

#### 4.2 Liste à jour des projets de recherche

Une mise à jour de la liste des projets de recherche est déposée pour information.

On se rappelle que la vulgarisation de cette information doit se faire. Cet objectif fait partie de notre plan d'action. Il s'agira en fait d'avoir un plan de communication de base qui permettra d'informer, à l'interne comme à l'externe, des différents types d'activités en recherche, leur volume, le budget, etc. sous un format simple et accessible.

### **5. Affaires nouvelles**

#### 5.1 Plan de communication du plan de développement de la mission universitaire

L'ébauche du plan de communication du développement de la mission universitaire a été circulé aux membres pour approbation. La révision de ce document suscite plusieurs commentaires et on note les éléments de questionnement suivants :

- Préoccupations par rapport au délai à déposer ce plan en novembre pour assurer qu'il fasse partie du budget pour le prochain exercice financier de la province.
- Préoccupations avec notre capacité d'atteindre notre objectif stratégique au sujet du financement du développement de notre mission universitaire, avec la place occupée par les dossiers de privatisation auxquels le Réseau fait face.
- Absence de la ministre fédérale de la santé à la liste des partenaires, tant pour le plan de communication que le plan de financement.

En réponse à ces questionnements, on indique que le plan de communication présenté aujourd'hui pourra être partagé avec nos partenaires, nos gens à l'interne et le ministère. Il faudra aussi développer un plan de communication stratégique avec les décideurs politiques. Ce sujet est un point à l'ordre du jour de la rencontre à huis clos du Conseil d'administration de décembre pour assurer de faire avancer le dossier le plus rapidement possible et obtenir le financement.

On partage également que le Réseau fait partie de l'association SoinsSantéCAN, qui est une organisation qui représente presque tous les centres académiques ainsi que les anciens établissements qui faisaient partie de l'Association canadienne de santé. Une journée de lobbying a eu lieu sur la Colline parlementaire le 24 octobre dernier, où étaient réunis tous les responsables de la recherche et des pdg, et lors de laquelle une cinquantaine d'entrevues individuelles ont été tenues avec des membres du parlement, sur les trois programmes suivants :

- Élargir les critères du programme d'infrastructure stratégique du gouvernement fédéral
- Le rapport Naylor qui recommande l'investissement de 485 millions de dollars dans les IRSC en raison d'investissements au niveau des fonds de recherche.
- La stratégie nationale des opioïdes.

Si ces programmes sont financés, il y aura possibilité d'aller chercher des fonds pour les infrastructures et la recherche. On mentionne également la Chambre de commerce, pour les communautés d'affaires, qui a beaucoup de gains secondaires à avoir avec le développement de la recherche pour la communauté. On souligne l'importance d'expliquer, dans notre plan de communication, la façon d'aller chercher « l'engagement » des deux communautés linguistiques.

On mentionne également l'importance de développer des messages-clés et l'on note ce qui suit :

- Qui va faire les messages et quand
- L'importance du contenu puisque ce sont des messages qui passeront un peu partout
- La façon d'aborder les gens pour en parler
- Opportunités de rencontrer tous les partis politiques pour leur parler de la mission universitaire
- Beaucoup d'intervenants et beaucoup de messages à passer
- Message clair en tenant compte de la segmentation de la population et des groupes

En réponse à ce questionnement, on partage que le secteur des communications est à regarder à sa capacité à l'interne versus des ressources externes.

## 5.2 Note d'information – Réseaux apprenants

On présente la note d'information en soulignant que le réseau apprenant faisait partie de la stratégie choisie pour notre plan d'action de la mission universitaire. On explique que les réseaux apprenants sont une initiative d'envergure nationale, mais qui est fortement inspirée de l'organisation du système de santé de l'Alberta qui, en 2008, est passée à un réseau provincial et a vécu un peu les mêmes défis que les autres réseaux de santé au pays. La création de réseaux d'apprenants dans un contexte de réseau provincial a été pour eux la solution pour contrer au manque d'intégration de leurs régions en identifiant où il y avait un écart clinique/problème/enjeu dans le système. Chaque stratégie a son leader médical, son leader administratif et son leader scientifique à travers de laquelle sont intégrées pleinement la recherche et la formation.

Un mouvement est en place en Ontario pour établir des mouvements similaires au pays; un travail est présentement en cours au Québec avec le ministère de la Santé du Québec et cette province est sur le point de vouloir faire un plan d'affaire pour proposer une structure similaire, et Dr Hébert, consultant de Vitalité, aimerait que le N.-B. se joigne à ce mouvement. Le Réseau a donc adopté cette philosophie et a développé l'idée d'apporter la suggestion des réseaux cliniques apprenants provinciaux au ministère et une première discussion a été tenue la semaine dernière sur le sujet entre les réseaux Vitalité et Horizon et certains membres du ministère de la Santé. Une rencontre est maintenant à prévoir entre les deux réseaux pour travailler sur un projet d'affaires commun pour dépôt au ministère

Les membres du comité soulignent la préoccupation de travailler avec les collègues anglophones et des possibilités d'avoir des structures bilingues un peu partout au Nouveau-Brunswick. On souligne également le besoin de littérature additionnelle pour comprendre davantage le concept de réseaux cliniques apprenants.

Docteure Desrosiers précise que le patient est prioritaire dans un réseau clinique apprenant. Elle explique qu'on pose toujours une question clinique au départ – quel résultat veut-on avoir pour cette population ou ce groupe de patients et pourquoi n'atteignons-nous pas ce résultat avec tous les sous et l'énergie qu'on y met. Par la suite, on recrute les experts naturels dans notre système pour siéger sur le comité principal, soit notre vrai leader médical qui existe dans notre province par rapport à la spécialité, notre leader scientifique dans la province et le leader administrateur et ensemble ils étudient la question clinique et ils sont accompagnés du patient pour y répondre. Il est nécessaire d'avoir à la table les vrais leaders naturels et reconnus de la province pour arriver aux résultats visés et non une autre personne pour des raisons politiques ou de langue; il n'est pas question ici d'assimilation. Par après, la livraison des services demeure en français, en anglais ou bilingue, selon les zones.

Monsieur Lanteigne renchérit en précisant que le tout est pour assurer qu'au niveau clinique, la recherche se fasse en fonction des besoins cliniques et des médecins/autres professionnels traitants, et qu'il y ait une synergie qui se crée entre les deux pour que le patient, peu importe son lieu de résidence, reçoive à peu près les mêmes interventions qui sont basées sur les meilleures pratiques et les nouvelles innovations, et par ricochet, éliminer les écarts de traitement pour des cas similaires.

On propose de fournir de la documentation d'information additionnelle aux membres du CA pour la réunion de décembre. Dr Desrosiers fera également une présentation.

## **6. Autres**

Aucun autre point n'est traité.

## **7. Date de la prochaine réunion**

La prochaine réunion est prévue le lundi 8 janvier 2018.

**8. Levée de la séance**

La séance est levée à 11 heures sur une proposition de Jean-Marie Nadeau.

---

Pauline Bourque  
Présidente  
Comité stratégique de la recherche et de la formation

---

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

Ébrouche

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 5 décembre 2017

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

Vous trouverez ci-joint le rapport de la médecin-chef régional. Il n'y a pas eu de réunion du Comité médical consultatif. Par contre, une motion a été adoptée par consentement électronique. Ce rapport sera présenté 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 la motion tenue 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.

2) Proposition de motion :

Proposé  
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte la motion suivante : MOTION 2017/11/22-01-CMC du Comité médical consultatif.

Soumis le 24 novembre 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  
5 décembre 2017



# Rapport de la médecin-chef régionale

Dre LeBlanc partage les dossiers en cours tels que :

- l'implantation de la structure médicale du Réseau de santé Vitalité; la nomination des nouveaux chefs de départements, de divisions et de services;
- le processus de révision des exigences pour le processus d'octroi des privilèges.

# Rapport du Comité médical consultatif

## Rapport de la présidente du Comité médical consultatif

- Pas de réunion du CMCR depuis le dernier CA - réunion du 7 novembre annulée.
- Par contre, un vote électronique a eu lieu le 22 novembre pour nomination des nouveaux chefs de départements / divisions / services.
- **MOTION** : Que le Comité médical consultatif adopte en bloc les nouvelles nominations des chefs de départements, de divisions et de services régionaux et locaux telles qu'indiquées dans le tableau présenté (en annexe); **motion adoptée par courriel à la majorité.**

# Rapport du Comité médical consultatif

## NOMINATIONS DES CHEFS DE DÉPARTEMENTS LOCAUX ET DIVISIONS LOCALES

### Zone 1B

#### DÉPARTEMENTS LOCAUX – Zone 1B

Département local	Chef du département
Anesthésie	Dr Julien LeBlanc
Chirurgie	Dr Michel Bourgoïn
Gynéco-Obstétrique	Dre Nathalie McLaughlin
Imagerie diagnostique	Dr Martin Finnegan
Médecine familiale	Dr Ghislain Lavoie
Médecine d'urgence	Dr Martin Robichaud
Médecine interne	Dre Maryse Williston
Pédiatrie	Dre Nicole LeBlanc
Psychiatrie	Dr Louis Thériault

#### SERVICE LOCAUX- Zone 1B



Services locaux	Chef de service
Médecins de famille accoucheurs	Dre Anik Savoie

# Rapport du Comité médical consultatif

## DIVISIONS LOCALES– Zone 1B

Divisions locales	Chef de la division
Chirurgie générale	Dr Michel Bourgoin
Chirurgie buccale/maxillo-faciale	À confirmer
Dentisterie	Dre Jennifer T. Tower
Ophtalmologie	Dre Isabelle Aucoin-Savoie
ORL	Dr David LeMaire
Orthopédie	Dr German Blando
Plastie	À confirmer
Urologie	Dr Marc Savoie
Gynécologie	Dre Nathalie McLaughlin
OBS/Mère-enfant	Dre Elaine Deschênes
Médecine familiale CHUDGLD	Dr Ghislain Lavoie
Médecine Familiale SMK	Dr Pierre LeBlanc
Cardiologie	Dr Jean-François Baril
Dermatologie	Dre Evelyn Hayes
Endocrinologie	Dr Ali Menasria
Gastro-entérologie	Dr Pierre Verger
Médecine interne générale	Dr Rémi Leblanc
Néphrologie	Dre Kathy Ferguson
Pneumologie	Dr Marcel Mallet
Soins intensifs	Dr Rémi Leblanc
Géronto-psychiatrie	Dr André-Denis Basque
Pédo-psychiatrie	Dr André-Denis Basque
Psychiatrie adulte	Dre Mylène Poirier

# Rapport du Comité médical consultatif

## DÉPARTEMENTS LOCAUX- Zone 4



Département local	Chef du département
Anesthésie	Dr Charles Zhang
Chirurgie	Dr François Guinard
Gynéco-Obstétrique	Dr Ahmed Rahbaoui
Imagerie diagnostique	Dre Olga Leclerc (conditionnel à l'approbation du département le 23 nov. 2017)
Médecine familiale	Dr John Tobin
Médecine d'urgence	Dr Jean-Philippe Roy et Dre Marie-Pier Côté
Médecine interne	Dre Anik Lang (conditionnel à l'approbation du département le 23 nov. 2017)
Pédiatrie	Dre Nadine Kabwé (conditionnel à l'approbation du département le 23 nov. 2017)
Psychiatrie	Dr Pierre Nguimfack (conditionnel à l'approbation du département le 23 nov. 2017)

# Rapport du Comité médical consultatif

## DIVISIONS LOCALES- Zone 4



Divisions locales	Chef de la division
Chirurgie générale	Dr André Aucoin
Dentisterie	Dr Daniel Violette
Ophtalmologie	Dre Nadia Lihimdi
ORL conjointe (zones 4-5-6)	Vacant
Orthopédie	Dr Philippe Perkins
Urologie	Dr Viorel Rusu
Gynécologie	Dr Yves Samson
OBS/Mère-enfant	Dre Maryse Lavoie
Médecine familiale – Edm	Dr John Tobin
Médecine familiale – GS	Dre Maryse Morin et Dre Claude Richard
Médecine familiale – SQ	Dre Hélène Faucher
Médecine interne générale	Dre Anik Lang (conditionnel à l'approbation du département le 23 nov. 2017)

# Rapport du Comité médical consultatif

## DÉPARTEMENTS LOCAUX- Zone 5

Département local	Chef du département
Anesthésie	Vacant
Chirurgie	Dr Bahram Groohi
Gynéco-Obstétrique	Dr Grant Oyeye
Imagerie diagnostique	Dr Martin Robichaud
Médecine familiale	Dr Christian Dufour
Médecine d'urgence	Dr Dariu Calugaroiu
Médecine interne	Dr Mark Whalen
Pédiatrie	Dr Mohamed Rizk
Psychiatrie	Vacant

## DIVISIONS LOCALES- Zone 5

Divisions locales	Chef de la division
Chirurgie générale	Dr Marc Lagacé
Dentisterie	Dr Jean-François Séguin
Ophtalmologie	Dr Paul Cortin
ORL conjointe (zones 4-5-6)	Dr Pradeep Shenoy
Orthopédie	Dr Gilles Verret
Urologie	Dr Dharm Singh
Gynécologie	Dr Grant Oyeye
OBS/Mère-enfant	Dr Grant Oyeye
Médecine interne générale	Dr Mark Whalen

# Rapport du Comité médical consultatif

## DÉPARTEMENTS LOCAUX-Zone 6



Département local	Chef du département
Anesthésie	Dre Natalie Banville
Chirurgie	Dr Marc Savoie
Gynéco-Obstétrique	Dre Anne Lebouthillier
Imagerie diagnostique	Dr John LeBlanc
Médecine familiale	À confirmer
Médecine d'urgence	À confirmer
Médecine interne	Dr Claude Violette
Pédiatrie	Dr Roger Kamba
Psychiatrie	Vacant



# Rapport du Comité médical consultatif

## DIVISIONS LOCALES-Zone 6

Divisions locales	Chef de la division
Chirurgie générale	Dr Marc Savoie
Chirurgie buccale/maxillo-faciale	À confirmer
Dentisterie	À confirmer
Ophthalmologie	Dr Robert Javidi
ORL conjointe (zones 4-5-6)	Vacant
Orthopédie	Dr Rémi Frenette
Plastie	Dr Marc-André Collin
Urologie	Dr Sébastien Daigle
Gynécologie	Dre Anne Lebouthillier
OBS/Mère-enfant	Dre Dominique Godin
Médecine familiale – Chaleur	Dr Marc-André Doucet
Médecine familiale – Péninsule	Dre Anick Pelletier
Urgence – Bathurst	Dr Mathieu Morrison
Urgence- Tracadie	Dr Simon Pierre Savoie
Dermatologie	Dre France Lepage
Gastro-entérologie	Dr Rejat Memiche et Dr Nejat Memiche
Médecine interne générale	Dr Claude Violette
Néphrologie	Dre Sylvie Robichaud

# Rapport du Comité médical consultatif

## NOMINATIONS DES CHEFS DE DÉPARTEMENTS RÉGIONAUX, DIVISIONS RÉGIONALES ET GROUPES CLINIQUES RÉGIONAUX

### DÉPARTEMENTS RÉGIONAUX

Département régional	Chef du département
Douleur	Dr Richard Dumais – zone 1B
Bariatrie	Dr Sylvain Beausoleil – zone 1B
Thoracique	Dr André Aucoin – zone 4
Vasculaire	Dr Michel Bourgoïn – zone 1B
Microbiologie et maladies infectieuses	Dre Louise Thibault – zone 1B
Pathologie et autres médecines de laboratoire	Dre Marie-Andrée Quirion - zone 1b
Oncologie	Dr Ali Benjelloun- zone 1B
Gériatrie	Dre Monia Ghedira – zone 1B
Neurologie	Dr Martin Robichaud (intérim) – zone 1 B
Rhumatologie	À confirmer

### DIVISIONS RÉGIONALES – à confirmer

Division régionale	Chef de la division
Biochimie	
Génétique	
Pathologie	
Gynéco-oncologie	
Hémato-oncologie	
Oncologie médicale	
Radio-oncologie	

# Rapport du Comité médical consultatif

## GROUPES CLINIQUES REGIONAUX à confirmer



Groupe clinique régional	Chef du groupe clinique
Anesthésie	
Chirurgie générale	
Ophthalmologie	
ORL	
Orthopédie	
Plastie	
Urologie	
Gynécologie	
Obstétrique	
Radiologie diagnostique	
Médecine nucléaire	
Médecine familiale	
Médecine d'urgence	
Cardiologie	
Dermatologie	
Gastro-entérologie	
Médecine interne générale	
Néphrologie	
Pneumologie	
Pédiatrie	
Pédo-psychiatrie	
Psychiatrie adulte	

# Rapport du Comité médical consultatif

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

Dre Nicole LeBlanc  
Médecin-chef régionale

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 5 décembre 2017

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

Vous trouverez ci-joint le rapport du Comité professionnel consultatif de la rencontre du 15 novembre 2017. Ce rapport sera présenté par Janie Levesque, présidente du comité. De ce rapport découlent deux propositions qui sont de recevoir le rapport et la deuxième, l'adoption de 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 professionnel consultatif de la rencontre du 15 novembre 2017.

2) Proposition de motion :

Proposé  
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : MOTION 2017/11/15 03CPC et MOTION 2017/11/15 04CPC du Comité professionnel consultatif du 15 novembre 2017.

Soumis le 24 novembre 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

# Comité professionnel consultatif

Rapport au Conseil d'administration  
5 décembre 2017

# Réunion régulière : 15 novembre 2017

## Sujets discutés :

- **Nouveau membre**

La nomination de Mme Nicole Robichaud, psychologue, à titre de membre du CPC est présentée.

### **MOTION 2017/11/15 03CPC**

Proposé par Janie Levesque

Appuyé par Justin Morris

Et résolu que la nomination de Mme Nicole Robichaud à titre de membre du CPC pour un mandat de 3 ans soit adopté tel quelle.

**Adopté à l'unanimité**

# Réunion régulière : 15 nov. 2017 (suite)

- **Rapport sur la prévention des infections – liste des infrastructures qui demandent rénovations**

La présidente a fait un suivi auprès de Mme Kellie McLean, gestionnaire de la prévention et contrôle des infections. Les problèmes d'infrastructure sont surtout reliés à des cliniques qui sont surchargées, par exemple : l'oncologie et l'hémodialyse au CHUGLD ainsi que le manque de portes au CHUGLD pour séparer les salles d'utilités souillés et propres.



# Réunion régulière : 15 nov. 2017 (suite)

## Politique – Communication par texte et courriel (Julie Plourde)

- En absence de Mme Julie Plourde, la présidente présente la politique Communication par texte et courriel. La politique est révisée par les membres. Suite aux discussions, la proposition suivante est apportée :

### **MOTION 2017/11/15 04CPC**

Proposé par Justin Morris

Appuyé par Danielle McLellan

*Que les politiques régionales qu'existent à ce sujet soient regardées et qu'une politique régionale soit développée qui va encadrer l'utilisation des moyens de communication.*

**Appuyé à l'unanimité**

# Réunion régulière : 15 nov. 2017 (suite)

- **Audit de dossier patient (Mariette Savoie)**

Mme Mariette Savoie présente le document d'audit de dossier patient (SAM) à titre d'information. Cette outil permettra une surveillance automatisée 24/7 des accès dans le système Meditech et aura pour but d'améliorer l'efficacité de la surveillance et la sensibilisation à l'importance du respect de la vie privée.

# Réunion régulière : 15 nov. 2017 (suite)

- **Politique GEN.3.40.65 Médicaments de niveau à alerte élevé (Mario R.-Levesque)**

La présidente présente la politique GEN.3.40.65 à titre d'information.

Un membre souligne que concernant l'imagerie médicale, il semble que dans le tableau de la liste de médicaments de niveau d'alerte élevé nécessitant une « double vérification indépendante » de la P&P GEN.3.40.66, ce n'est pas la même définition du côté français que le côté anglais pour les agents diagnostics / agents de contraste. La présidente fera le suivi avec M. Mario R.-Levesque.

# Réunion régulière : 15 nov. 2017 (suite)

- **Présentation des rapports suivants :**
  - Satisfaction des patients hospitalisés
  - Satisfaction des patients à l'urgence
  - Tableau comparatif des plaintes
  - Agrément Canada
  - Gestion intégrée des risques (Données sur les incidents rapportés)

# Réunion régulière : 15 nov. 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 5 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 7 octobre au 17 novembre 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 7 octobre au 17 novembre 2017.

Soumis le 24 novembre 2017 par Dre France Desrosiers, vice-présidente des Services médicaux, Formation et Recherche.

**TABLEAU DES PRIVILÈGES TEMPORAIRES – 22 novembre 2017**
**Point 9**

Médecins	Spécialité	Catégorie	Date de privilèges		Zones
			Du	Au	
BEN AMOR, Dre Ibtihel Mouna	Génétique médicale	Associé	18 septembre 2017	8 décembre 2017	1B
BRADY, Dre Jolene	Radiologie	Consultant	10 novembre 2017	2 février 2018	1B
BROWN, Dr Douglas	Radiologie	Consultant	10 novembre 2017	2 février 2018	1B
BUYUKDERE, Dr Hakan	Hémato-pathologie	Consultant	25 septembre 2017	15 décembre 2017	1B
ELLIS, Dr Ralph G.	Radiologie	Consultant	13 octobre 2017	5 janvier 2018	1B
FOWLIE, Dr Frank E.	Radiologie	Consultant	23 octobre 2017	12 janvier 2018	1B
ISA, Dre Ahaoiza Diana	Orthopédie	Consultant	15 novembre 2017	2 février 2018	1B
KYDD, Dr David	Radiologie	Consultant	13 octobre 2017	5 janvier 2018	1B
LÉGER, Dre Mélanie Pauline	Médecine générale-urgence	Suppléant	15 septembre 2017	8 décembre 2017	1B, 4, 5, 6
MAILHOT, Dr Sylvain	Hémato-pathologie	Consultant	25 septembre 2017	15 décembre 2017	1B
MOWAT, Dr Jeffrey John	Radiologie	Consultant	13 octobre 2017	5 janvier 2018	1B
PRASAD, Dr Vikash	Radiologie	Consultant	10 novembre 2017	2 février 2018	1B
PUNNA, Dr Satish	Radiologie	Consultant	10 novembre 2017	2 février 2018	1B
TANG, Dr Ying	Radiologie	Consultant	13 octobre 2018	5 janvier 2018	1B
<b>Section 4</b>					
BELL, Dr David	Médecine familiale	Consultant	23 septembre 2017	15 décembre 2017	4
BUTLER, Dr Jonathan	Radiologie	Suppléant	15 novembre 2017	9 février 2018	4
MOREAU, Dr Vincent	Médecine familiale-urgence	Suppléant	13 octobre 2017	5 janvier 2018	4
PETITCLERC, Dre Sophie	Radiologie	Suppléant	25 novembre 2017	9 février 2018	4
<b>Section 5</b>					
AIT YAHIA, Dr Chabane	Médecine familiale	Associé	6 novembre 2017	26 janvier 2018	5
AL HABASH, Dr Muhanad Y.	Médecine interne	Associé	25 septembre 2017	15 décembre 2017	5
BERLE, Dre Muriel	Médecine familiale	Associé	11 novembre 2017	2 février 2018	5
DIAZ NORIEGA, Dr Oscar	Médecine interne	Associé	21 octobre 2017	12 janvier 2018	5
TAIWO, Dr Adedayo Adeinale	Obstétrique/gynécologie	Suppléant	20 novembre 2017	9 février 2018	5
<b>Section 6</b>					
CHALIFOUX, Dr Frédéric	Anesthésie	Associé	13 octobre 2017	5 janvier 2018	6
LÉGARÉ, Dr Jean-François	Chirurgie	Consultant	13 octobre 2017	5 janvier 2018	6

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 5 décembre 2017

Objet : **Correspondance**

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

Cette documentation est pour information.

Soumis le 24 novembre 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)**

	<b>Date</b>	<b>Destinataire</b>	<b>Expéditeur</b>	<b>Objet</b>	<b>Réponse</b>
No. 1	5 octobre 2017	Michelyne Paulin	Jacques Verge, Égalité Santé en Français inc.	Demande de rencontre avec Égalité Santé en Français inc.	Pour information seulement
No. 2	20 octobre 2017	Honorable Brian Gallant, Premier ministre	Michelyne Paulin	Demande de rencontre avec le Premier Ministre Gallant	Le 17 novembre 2017
No. 3	24 octobre 2017	Gilles Lanteigne et Dre Desrosiers	Emily Yorke, Conseillère politique - Ministère des Finances	Examen de soutien fédéral à la science fondamentale intitulée : Investir dans l'avenir du Canada - Budget supplémentaire annuel de 95 millions de dollars aux conseils subventionnaires fédéraux.	Pour information seulement
No. 4	26 octobre 2017	Michelyne Paulin et Gilles Lanteigne	Marc Powers, Chambre de commerce de la Vallée	Services de chimiothérapies à Grand-Sault et Saint-Quentin	Le 16 novembr 2017
No. 5	31 octobre 2017	Michelyne Paulin et Gilles Lanteigne	France Roussel, maire de Drummond	Services de chimiothérapies à Grand-Sault et Saint-Quentin	Le 16 novembre 2017
No. 6	31 octobre 2017	Honorable Benoit Bourque	Michelyne Paulin	Services de chimiothérapies à Grand-Sault et Saint-Quentin	Le 2 novembre 2017
No. 7	2 novembre 2017	Michelyne Paulin	Jacques Verge, Égalité Santé en Français inc.	Services de chimiothérapies à Grand-Sault et Saint-Quentin	En cours
No. 8	14 novembre 2017	Gilles Lanteigne	Comité communautaire de la santé - HGGS	Traitement en oncologie à Grand-Sault et Saint-Quentin	Le 21 novembre 2017



2017 10 05

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](mailto:michelyne.paulin@vitalitenb.ca)

Objet : Rencontre avec notre Conseil d'administration

Madame la présidente

Le Conseil d'administration d'Égalité Santé en Français se réunit samedi le 14 octobre 2017. Nous aimerions avoir votre présence pour discuter de la poursuite d'Égalité et de la privatisation de services hospitaliers avec notre Conseil d'administration.

Si vous désirez être accompagnée, nous tenons à ce que ce soit par un ou une membre de plein droit de votre Conseil d'administration et non par un membre d'office de celui-ci.

Veuillez agréer, madame la présidente, nos sincères salutations.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Hubert Dupuis', written in a cursive style.

Dr Hubert Dupuis  
Président

Siège social · Head Office

275, rue Main Street, Bureau · Suite 600

Bathurst NB E2A 1A9

506-544-2133

www.vitalitenb.ca

Le vendredi 20 octobre 2017

Monsieur Brian Gallant, premier ministre  
Place Chancery  
C. P. 6000  
Fredericton, NB  
E3B 5H1

Monsieur le premier ministre,

Au nom du Réseau de santé Vitalité, nous sollicitons respectueusement une rencontre avec vous dans le but de discuter du dossier de la privatisation du Programme extra-mural. Cette requête découle d'une proposition appuyée unanimement par le Conseil d'administration lors de sa réunion publique ordinaire du 17 octobre dernier, à Moncton.

Comme vous le savez, le Réseau a annoncé depuis la fin de l'année 2015 sa vision quant à la modernisation et à la transformation du système de santé afin d'améliorer la qualité, la justesse et l'accessibilité des services et faire face aux défis reliés à l'émergence des maladies chroniques et au vieillissement de la population. À la suite d'un vaste processus de consultation publique, cette vision a été davantage définie dans notre Plan stratégique 2017-2020 qui comprend sept grandes priorités, dont une visant à offrir des services de santé primaires en continu le plus près possible du milieu de vie de la personne. Dans cette optique, l'optimisation du Programme extra-mural s'avère être la pierre angulaire qui nous permettra d'effectuer le virage souhaité vers les services de santé primaires, avec un accent marqué sur les soins ambulatoires et communautaires, de même que sur les soins et les services à domicile.

Nous croyons qu'une rencontre avec vous nous permettra d'engager un dialogue ouvert et constructif, basé sur des faits ainsi que des modèles d'organisation des services performants et qui ont fait leurs preuves ailleurs au Canada. Ce sera l'occasion de vous présenter en détail notre vision et les raisons pour lesquelles nous croyons qu'il serait mieux pour la population du Nouveau-Brunswick de conserver la gestion du Programme extra-mural sous la responsabilité du Réseau. Soyez assuré que nos préoccupations sont nombreuses et légitimes, notamment en ce qui a trait à la continuité des soins entre les secteurs communautaire et hospitalier, au rôle important que nous jouons dans la prestation des soins de santé primaires et à la nature clinique des services que votre gouvernement compte privatiser.

Par ailleurs, la privatisation du Programme extra-mural soulève également des questions fondamentales liées aux responsabilités de base dévolues aux régies régionales de la santé selon la loi et à la gouvernance de notre institution francophone par le Conseil d'administration.

Nous aimerions avoir la chance de vous rencontrer dans les meilleurs délais. Le personnel de votre bureau peut communiquer avec Madame Sonia Haché-Lanteigne par courriel ([sonia.hache-lanteigne@vitalitenb.ca](mailto:sonia.hache-lanteigne@vitalitenb.ca)) ou par téléphone (506-544-2188) afin de convenir de la date et de l'heure qui vous conviennent le mieux.

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



Michelyne Paulin, CPA, CGA  
Présidente du Conseil d'administration



Gilles Lanteigne, Ph. D.  
Président-directeur général

Page 2 de 2  
Monsieur Brian Gallant, premier ministre  
Le 20 octobre 2017

c.c. : Membres du Conseil d'administration  
M. Benoît Bourque, ministre de la Santé  
M. Tom Maston, sous-ministre de la Santé



Ottawa, Canada K1A 0G5

OCT 24 2017

2017FIN461184

Monsieur Gilles Lanteigne, Président-directeur général  
Docteure France Desrosiers, Vice-présidente des Services médicaux, Formation et Recherche  
Sonia.HacheLanteigne@vitalitenb.ca

Monsieur,  
Docteure,

Au nom du ministre des Finances, l'honorable Bill Morneau, nous vous remercions de votre correspondance du 5 septembre 2017 concernant le rapport final du Comité consultatif sur l'examen du soutien fédéral à la science fondamentale, intitulé *Investir dans l'avenir du Canada*.

Le fait de veiller au soutien efficace de l'écosystème de recherche canadien contribue à la croissance économique et aux avantages liés à l'environnement, à la santé et à la société pour tous les Canadiens.

Dans cette optique, le budget de 2016 a affecté un montant supplémentaire annuel de 95 millions de dollars aux conseils subventionnaires fédéraux. Il s'agit du nouveau financement le plus important depuis une décennie pour la recherche axée sur la découverte. Le budget de 2016 a également annoncé l'examen exhaustif du soutien fédéral à la science fondamentale afin d'évaluer l'efficacité des mesures de soutien actuelles pour les scientifiques et la recherche scientifique.

Un écosystème sain axé sur les sciences, les technologies et la recherche représente aussi un élément essentiel du Plan pour l'innovation et les compétences présenté dans le budget de 2017, une initiative ambitieuse visant à faire du Canada un centre de l'innovation de classe mondiale, à créer un plus grand nombre d'emplois solides et rémunérateurs ainsi qu'à renforcer et à développer la classe moyenne.

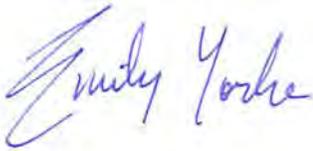
Le rapport final du Comité consultatif, qui a été présenté le 10 avril 2017 à la ministre des Sciences, l'honorable Kirsty Duncan, contient 35 recommandations visant à renforcer les programmes de recherche, la coordination et le soutien financier. À l'heure actuelle, le gouvernement du Canada examine les constatations du Comité consultatif.

Dorénavant, le gouvernement aidera à maintenir et à renforcer la position internationale du Canada sur le plan de la science fondamentale ainsi qu'à s'assurer que nos scientifiques aient les outils, la formation et le soutien nécessaires pour exceller à l'échelle mondiale.

Étant donné que la ministre Duncan est responsable de la question que vous avez soulevée, nous avons acheminé une copie de votre correspondance à son cabinet.

Nous vous remercions d'avoir écrit.

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



Emily Yorke  
Conseillère en politiques  
Le cabinet de l'honorable Bill Morneau – ministre des Finances

c. Le cabinet de l'honorable Kirsty Duncan, C.P., députée



Le 26 octobre 2017

Madame Michelyne Paulin, présidente du Conseil d'administration  
Monsieur Gilles Lanteigne, président-directeur général  
Réseau de santé Vitalité  
275, rue Main  
Bureau 600  
Bathurst NB E2A 1A9

Madame, Monsieur,

Au nom du Conseil d'administration et des membres de la Chambre de commerce de la Vallée, je vous adresse cette lettre afin d'exprimer, encore une fois, notre profonde inquiétude quant à l'annonce faite par la Régie de la Santé Vitalité voulant que les services d'oncologie ne seraient plus offerts aux hôpitaux de Grand-Sault et de Saint-Quentin et que les nouveaux patients devront se rendre à l'hôpital d'Edmundston pour recevoir ces services.

Depuis la publication de cette nouvelle, de nombreux citoyens ainsi que plusieurs de nos membres se disent très perturbés à l'idée de perdre ces services hospitaliers. Le fait que cette décision fut prise sans consultation et que certaines raisons évoquées peuvent être questionnées font preuve, à notre avis, que le Réseau ne place pas la santé des patients de la région de Grand-Sault en priorité. Cette dernière annonce s'ajoute aux autres qui ont été faites dans les dernières années, sans consultation, et plaçant ainsi l'Hôpital Général de Grand-Sault dans une situation précaire.

Il faut également tenir en ligne de compte le fardeau financier qui s'imposera sur le dos des patients et leurs proches qui devront se déplacer vers Edmundston et ce, pour certains, plusieurs fois par semaine. Pour nos membres, ceci peut représenter une perte financière très importante à long terme lorsqu'ils devront permettre à leur employé ou un membre de sa famille de prendre du temps additionnel pour ses déplacements afin de recevoir des soins nécessaires à leur survie.

L'accès à des services est essentiel dans la promotion du développement économique d'une région, en plus d'assurer la rétention des entreprises existantes. Il sera très difficile pour nos entrepreneurs de faire du recrutement d'employés si nous ne pouvons pas offrir un service d'hôpital adéquat dans notre région. La viabilité à long terme de nos communautés dépend en grande partie de l'Hôpital et nous ne pouvons pas nous permettre de perdre ou encore faire d'autres coupures de services.

Notre établissement a déjà subis sa part de réductions budgétaires avec une réorganisation complète de ses services en 2007 et 2010 dans le but de rentabiliser ses opérations et d'améliorer son efficacité. Depuis ce temps, notre hôpital opère à 95% de sa capacité, nous sommes devenus un établissement très efficace avec du personnel parfaitement bilingue qui peut servir les communautés environnantes.

Nous partageons l'inquiétude du gouvernement à présenter un budget équilibré et d'éliminer la dette à long terme. La solution de rationaliser les services de santé dans de centres plus grands, est, à première vue la solution envisageable. Mais même les plus grands centres hospitaliers ne pourront nous accommoder sans investir des sommes substantielles.

Encore une fois, Madame, Monsieur le secteur des affaires de la région de Grand-Sault ne peut pas se permettre de perdre ses services hospitaliers. Nous sommes par contre très ouverts à travailler avec vous afin de trouver des solutions possibles.

Je vous prie de recevoir l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Le président,



Marc Powers

- cc. Comité communautaire de la santé/HGGS  
Madame Rita Godbout, représentante de Grand-Sault, Réseau de santé Vitalité  
Monsieur Chuck Chiasson, député Victoria La Vallée  
Monsieur Marcel Deschênes, maire de Grand-Sault  
Monsieur France Roussel, maire de Drummond  
Monsieur Carmel St-Amand, maire de Saint-Léonard  
Monsieur Marcel Levesque, maire de Saint-André





1413, chemin Tobique Road, Drummond, NB E3Y 2P6  
Tél. : (506) 475-4000 Téléc. / Fax : (506) 475-4010

Le 31 octobre 2017

Madame Michelyne Paulin, présidente du Conseil d'administration  
Monsieur Gilles Lanteigne, président-directeur général  
Réseau de santé Vitalité  
275, rue Main  
Bureau 600  
Bathurst NB E2A 1A9

Madame, Monsieur,

Au nom du Conseil municipal du Village de Drummond, je vous adresse cette lettre afin d'exprimer notre profonde inquiétude quant à l'annonce faite par la Régie de la Santé Vitalité voulant que les services d'oncologie ne seraient plus offerts dans les hôpitaux de Grand-Sault et de Saint-Quentin et que les nouveaux patients devront se rendre à l'hôpital d'Edmundston pour recevoir ces services.

Depuis la publication de cette nouvelle, un grand nombre de nos citoyens se disent très perturbés à l'idée de perdre ces services hospitaliers. Le fait que cette décision fut prise sans consultation et que certaines raisons évoquées peuvent être questionnées font preuve, à notre avis, que le Réseau ne place pas la santé des patients de la région de Grand-Sault en priorité. Cette dernière annonce s'ajoute aux autres qui ont été faites dans les dernières années, sans consultation, et plaçant ainsi l'Hôpital Général de Grand-Sault dans une situation précaire.

Il faut également tenir en ligne de compte le fardeau financier qui s'imposera sur le dos des patients et leurs proches qui devront se déplacer vers Edmundston et ce, pour certains, plusieurs fois par semaine. L'accès aux services est essentiel dans l'épanouissement de notre communauté et de nos citoyens. La viabilité à long terme de notre communauté dépend en grande partie de l'Hôpital et nous ne pouvons pas nous permettre de perdre, ou encore, de subir d'autres coupures dans nos services.

Notre établissement a déjà subi sa part de réductions budgétaires avec une réorganisation complète de ses services en 2007 et 2010 dans le but de rentabiliser ses opérations et d'améliorer son efficacité. Depuis ce temps, notre hôpital opère à 95% de sa capacité, nous sommes devenus un établissement très efficace avec du personnel parfaitement bilingue qui peut servir les communautés environnantes.



1413, chemin Tobique Road, Drummond, NB E3Y 2P6  
Tél. : (506) 475-4000 Téléc. / Fax : (506) 475-4010

Nous partageons l'inquiétude du gouvernement à présenter un budget équilibré et d'éliminer la dette à long terme. La solution de rationaliser les services de santé en les transférant vers des plus grands centres, semble, à première vue une solution envisageable. Mais même les plus grands centres hospitaliers ne pourront nous accommoder sans l'investissement de sommes substantielles.

Encore une fois, Madame, Monsieur les citoyens de Drummond ne peuvent pas se permettre de perdre leurs services hospitaliers. Nous sommes, par contre, très ouverts à travailler avec vous afin de trouver des solutions possibles.

Je vous prie de recevoir l'expression de mes sentiments les plus distingués.

  
\_\_\_\_\_  
France Roussel, Maire de Drummond

cc. Monsieur Chuck Chiasson, député Victoria La Vallée  
L'honorable Benoît Bourque, ministre de la Santé  
L'honorable Brian Gallant, premier-ministre

Le 31 octobre 2017

Madame Michelyne Paulin  
Présidente du conseil d'administration  
Réseau de santé Vitalité  
[Michelyne.paulin@vitalitenb.ca](mailto:Michelyne.paulin@vitalitenb.ca)

Madame,

Je vous écris à propos de la récente décision prise par le Réseau de santé Vitalité de cesser la prestation de services de traitement oncologique à Grand-Sault et à Saint-Quentin. Comme vous le savez, la position du gouvernement du Nouveau-Brunswick est de garder les services le plus près possibles du patient. Plus particulièrement, nous sommes résolus à protéger les services dans les régions rurales. J'espère certes que la direction de Vitalité souscrit aux mêmes valeurs que le gouvernement.

Nous appuyons entièrement la prestation de services de santé d'une manière qui garantit que la qualité des soins et la sécurité des patients soient maintenues en tout temps. À cette fin, j'ai donné instruction à mes fonctionnaires de communiquer avec vos cadres supérieurs afin d'examiner des solutions qui permettraient de maintenir les services de traitement oncologique dans ces deux collectivités. Je m'attends à ce que ce travail soit effectué le plus rapidement possible.

Je suis persuadé que je peux compter sur votre appui et celui du personnel de Vitalité dans ces efforts.

Je vous remercie à l'avance de votre collaboration.

Le ministre,



L'hon. Benoît Bourque

c.c. M. Gilles Lanteigne, Président-directeur général, Réseau de santé Vitalité



Le niveau de soin dans ces sous-satellites n'est donc pas le même que dans les autres cliniques d'oncologie du réseau.

### **Logistique pharmacie- pas de pharmacien sur place**

Les médicaments sont préparés à partir d'Edmundston et sont transportés par navette / taxi vers les sous-satellites. Les jours où il y a des traitements dans ces centres, la préparation prend préséance sur la préparation des médicaments pour la clinique d'oncologie d'Edmundston (car doivent être prêts pour la navette) ce qui occasionne des délais dans l'administration des traitements pour Edmundston. Les bonnes pratiques reconnues du « just in time » ne peuvent donc être mise en place. De plus, il est arrivé que les médicaments gèlent ce qui occasionne pertes et coûts supplémentaires.

L'absence de pharmacien sur place prive aussi les patients d'un contact clinique avec ce professionnel de la santé. L'enseignement au patient au sujet de son traitement de chimiothérapie est une partie importante d'un soin de qualité.

### **Considération budgétaire**

Les coûts par visite pour l'oncologie ne sont pas comptabilisés pour ces deux centres. Cependant les services offerts là où un faible nombre de traitements sont offerts sont peu efficaces en terme budgétaire. Il faut se rappeler que les services d'oncologie paye un ETP à Grand-Sault alors que le nombre de traitement est inférieur à 1 par jour.

### **Conclusion et Recommandations**

Le volume de traitements de chimiothérapie dans les hôpitaux de Grand-Sault et Saint-Quentin est trop faible pour assurer la viabilité et la sécurité dans ces cliniques et ne permet pas à un nombre suffisant d'infirmière de conserver leur certification.

Il est donc recommandé de cesser d'administrer des traitements de chimiothérapie dans ces deux hôpitaux.

Cependant, certains services liés à l'oncologie peuvent continuer d'être offerts dans ces centres:

- test de laboratoires
- administration de produits sanguins
- soins de cathéters centraux
- changements de pansements

À : Tom Maston, Sous-ministre et Dan Coulombe, Directeur général, soins aigus ministère de la Santé  
Le 2 novembre 2017

---

### Décision recherchée

---

Accord et autorisation de procéder avec le maintien des services d'oncologie (traitements de chimiothérapie) à Saint-Quentin et Grand-Sault selon un modèle de soins qui nécessite des ajouts budgétaires récurrents annuels estimés à 119,650 \$ récurrent et 10,000 \$ non récurrent.

---

### Contexte / Problématique

---

Avec la complexification des traitements en oncologie et de développement de normes canadiennes (Cancer Care Ontario, BC Cancer Care – Agrément Canada), l'analyse du modèle de livraison des services à l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin et Grand-Sault démontre des lacunes au niveau de la sécurité et de la qualité des services aux patients.

Les éléments les plus importants sont reliés au non-respect des normes et le maintien des compétences du personnel clinique et médical. Il y a aussi des manquements reliés au transport des médicaments et au service de pharmacie dû au faible volume d'activités.

Le rapatriement des services à l'Hôpital régional d'Edmundston, site satellite régional du Centre d'oncologie Dr Léon Richard, a soulevé des inquiétudes importantes au niveau des patients et des communautés. Bien que tous s'accordent pour reconnaître que la décision de rapatrier ces services à Edmundston était celle qui permettait d'être conforme aux normes de façon efficace, il faut reconnaître la grande inquiétude des patients et des communautés. C'est pourquoi un nouveau modèle de soins est présenté en gardant comme impératif la qualité et la sécurité des services offerts aux patients.

---

### Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

---

Le nouveau modèle de livraison des services propose de maintenir les services à Saint-Quentin et Grand-Sault en ajoutant du personnel supplémentaire à l'équipe déjà en place à Edmundston. Ce personnel supplémentaire permettrait d'assurer la continuité des services dans les deux établissements. Ce personnel pourrait aussi transporter les médicaments lors de leurs voyageements. Le coût estimé consiste en l'ajout 1.2 infirmière ETP. Le coût total est estimé à 1.2 ETP 102,650 \$ incluant le salaire, les bénéfices et le remplacement.

Le coût du transport quant à lui est de 12,000 \$ (50 voyages à St-Quentin et 150 voyages à Grand-Sault annuellement).

Le système Mosaïq devra être installé dans ces deux centres, les coûts associés aux éléments suivants : ordinateurs, licence d'utilisation de Citrix et soutien / formation de grands utilisateurs sont estimés à 5,000 \$ récurrent et 10,000 \$ non récurrent pour installation et formation.

Le coût de formation du personnel infirmier a été calculé à même le temps prévu dans l'ajout du personnel infirmier. Pour ce qui est du coût de formation du personnel médical, il sera assumé par le Réseau de santé Vitalité.

L'ajout total est donc de 119,650 \$ annuel/récurrent et 10,000 \$ non récurrent.

### Considérations importantes

Les considérations les plus importantes sont :

- 1) le modèle proposé assure le respect des normes en matière de qualité et de sécurité sauf pour ce qui est d'avoir un pharmacien sur place. Ce risque est gérable puisque les médicaments seront préparés à Edmundston par des pharmaciens compétents et selon les normes établies,
- 2) le modèle de livraison des services ajoute des coûts annuels récurrents et non récurrents.
- 3) il permet aussi au Réseau de santé Vitalité et au ministère de la Santé de garantir le maintien de l'accès à Saint-Quentin et Grand-Sault,
- 4) il permet aussi un répit aux tensions actuelles, ce qui donner l'occasion de revoir à plus long terme comment ce service devrait être offert sur l'ensemble du territoire,
- 5) le recrutement du personnel infirmier est un défi considérable. Déjà plusieurs postes sont vacants dans les hôpitaux régionaux et communautaires.

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique	x			Voir documents ci-joints et note d'information
Qualité et sécurité			x	
Partenariats			x	
Gestion des risques			x	
Allocation des ressources		x		
Réputation et communication			x	

### Suivi à la décision

Dès l'autorisation du financement, la Régie procédera au rétablissement des services en recrutant et en formant le personnel infirmier et médical. La situation devrait se normaliser très rapidement et elle pourrait être communiquée lors des rencontres avec les deux communautés prévues pour le 6 novembre 2017.

Aussi, dans les prochaines semaines nous évaluerons la possibilité d'établir des services de télémédecine dans les 2 hôpitaux. Des discussions préliminaires avec une fondation permettent de penser que le coût de l'équipement et installation pourrait être obtenu sans trop de difficulté. Advenant qu'un service de télémédecine en oncologie puisse être développé, ceci aurait aussi un impact favorable sur le nombre de déplacements des patients.

**Soumis le 2 novembre 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général**

Pièces jointes :

1. Note d'information acheminée au sous-ministre le 26 octobre 2017
2. Nombre de traitements par années

## NOTE D'INFORMATION

### SUJET : SERVICES DE CHIMIOTHÉRAPIE À L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE GRAND-SAULT ET À L'HÔTEL-DIEU SAINT-JOSEPH DE SAINT-QUENTIN

#### 1. Contexte

À compter du 13 octobre 2017, l'Hôpital général de Grand-Sault et l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin n'offriront plus de traitements de chimiothérapie aux nouveaux patients. Par contre, afin d'assurer une meilleure continuité des soins, les patients qui reçoivent des traitements en ce moment pourront tout de même terminer leur série actuelle de traitements à Grand-Sault et à Saint-Quentin, et ce, au-delà de la date du 13 octobre 2017.

Cette décision a été prise afin d'assurer des soins de qualité et la sécurité des patients selon les normes présentement en usage au Canada. Le volume de traitements de chimiothérapie dans les établissements de Grand-Sault et de Saint-Quentin est trop faible pour respecter les normes de sécurité et ne permet pas à un nombre suffisant d'infirmières de conserver leur certification pour assurer la viabilité du service.

Après la date du 13 octobre 2017, les nouveaux patients de Grand-Sault et de Saint-Quentin qui requièrent des traitements de chimiothérapie seront dirigés à l'Hôpital régional d'Edmundston ou à l'Hôpital Régional de Campbellton.

#### 2. Maintien des compétences du personnel infirmier

##### **Norme reconnue**

Une infirmière doit administrer au moins 50 traitements de chimiothérapie par année afin de maintenir un niveau acceptable de compétence et être en mesure de prodiguer des soins sécuritaires pour les patients.

##### **Problématique**

En 2016-2017, un total de 43 traitements de chimiothérapie ont été administrés à l'établissement de Saint-Quentin, soit bien en deçà de la norme minimale requise pour le maintien des compétences. À l'établissement de Grand-Sault, ce nombre était de 165 pour la même période. Il est important de noter qu'il faut former entre trois et quatre infirmières dans chaque site afin d'assurer la viabilité des services en cas d'absence ou de non-disponibilité du personnel attiré.

Ainsi donc, il s'avère impossible pour toutes les personnes formées de maintenir leurs compétences en raison du petit nombre de traitements.

L'option de demander au personnel infirmier situé à Edmundston de se déplacer à Grand-Sault et à Saint-Quentin a également été examinée par le Réseau mais ne s'est pas avéré être une solution viable et efficiente en raison de la complexité de l'horaire de traitement des patients. À titre d'exemple, il est impossible de coordonner dans une journée les activités de tous les patients d'une localité afin qu'ils reçoivent leurs traitements le même jour. Par ailleurs, la dispersion des ressources aurait également diminué les capacités d'offrir des services efficaces et en temps opportun à l'Hôpital régional d'Edmundston où la masse critique de patients permet de maximiser l'utilisation du personnel et de maintenir les compétences d'une équipe complète.

### **3. Gestion des médicaments**

#### **Normes reconnues – transport et livraison des médicaments**

Les médicaments de chimiothérapie doivent être transportés de façon sûre, sécuritaire et en temps opportun.

Les médicaments doivent être livrés de façon sécuritaire de la pharmacie aux unités de soins. Le mécanisme de livraison des médicaments peut reposer sur le recours à des membres de l'équipe formés à cet effet ou sur la livraison automatisée.

Des mesures doivent être prises pour protéger la santé et la sécurité des membres de l'équipe qui transportent, administrent et éliminent les médicaments chimiothérapeutiques.

Une trousse pour déversements de produits dangereux doit se trouver à portée de la main dans tous les endroits où des médicaments de chimiothérapie sont délivrés et administrés.

#### **Norme reconnue – administration des médicaments**

Les médicaments à niveau d'alerte élevé doivent faire l'objet d'une double vérification indépendante par le personnel infirmier avant l'administration aux patients. Le personnel qui effectue ces vérifications doit être en mesure de maintenir ses compétences. En plus des normes d'Agrément Canada, le Réseau de santé Vitalité possède également sa propre politique interne en la matière, basée sur les pratiques exemplaires.



## **Problématique**

Les médicaments de chimiothérapie sont transportés le matin d'Edmundston jusqu'à Grand-Sault et à Saint-Quentin par un transporteur privé (service de navette). Si des médicaments doivent être acheminés en après-midi, des services de taxi sont alors utilisés. Les normes précitées en matière de transport et de livraison ne peuvent donc être respectées.

Le petit nombre de traitements administrés à Grand-Sault et à Saint-Quentin ne permet pas au personnel infirmier de maintenir ses compétences pour assurer la double vérification indépendante des médicaments à niveau d'alerte élevé.

### **4. Présence de médecins formés en oncologie**

Dans tous les sites satellites du Réseau offrant des traitements de chimiothérapie (Campbellton, Edmundston, Bathurst et Caraquet), des médecins généralistes ont été formés au Centre d'oncologie Dr-Léon-Richard de Moncton et assurent un suivi médical et une présence dans les cliniques d'oncologie. Ce n'est pas le cas dans les établissements de Grand-Sault et de Saint-Quentin où par ailleurs le petit nombre de traitements administrés ne permettrait pas au personnel médical de maintenir un niveau adéquat de compétence.

Le suivi médical est assuré par les médecins formés d'Edmundston, mais ils ne peuvent assurer une présence lors de complications durant l'administration des traitements. Le niveau de soin dans ces « sous-satellites » n'est donc pas le même que dans les autres cliniques d'oncologie du Réseau.

### **5. Mise en œuvre des nouvelles mesures**

Le personnel de l'Hôpital général de Grand-Sault a été informé des nouvelles mesures en juin et celui de l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin en octobre 2017.

Entre les 11 et 13 octobre 2017, tous les patients recevant actuellement des traitements de chimiothérapie aux établissements de Grand-Sault et de Saint-Quentin ont été informés des changements que le Réseau compte mettre en œuvre. Lors d'une deuxième communication, ils ont été recontactés afin de préciser qu'ils pourront continuer leur série actuelle de traitements à Grand-Sault et à Saint-Quentin, et ce, afin d'assurer une meilleure continuité des soins.



M. Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau, a communiqué avec les personnes suivantes :

- Monsieur Gilles LePage, ministre du Travail, de l'Emploi et de la Croissance démographique et député de Restigouche-Ouest, le mercredi 18 octobre 2017;
- Madame Nicole Somers, maire de Saint-Quentin, le jeudi 19 octobre 2017;
- Monsieur Chuck Chiasson, député de Victoria-La Vallée, le jeudi 26 octobre 2017;

Une réunion avec le Comité de santé communautaire de Grand-Sault est prévue le 6 novembre prochain.

## **6. Services toujours offerts et possibilités de développement**

Certains services liés à l'oncologie continueront d'être offerts dans les établissements de Grand-Sault et de Saint-Quentin, soit : (1) les tests de laboratoire, (2) l'administration de produits sanguins, (3) les soins de cathéters centraux, et (4) les changements de pansements.

Par ailleurs, le Réseau étudie présentement la possibilité d'augmenter les services en oncologie par l'utilisation de la télé-médecine.

## **RÉFÉRENCES**

Agrément Canada  
BC Cancer Care Agency

Le 26 octobre 2017

### Nombre de traitements par année :

Hôpital de Grand-Sault  
Avril 2016- mars 2017

# TRAIT ANTICANCEREUX	16	13	11	15	18	9	11	9	12	12	16	21	1 6 3
--------------------------	----	----	----	----	----	---	----	---	----	----	----	----	-------------

Hôpital de Saint-Quentin  
Avril 2016- mars 2017

# TRAIT ANTICANCEREUX	6	8	3	2	0	3	3	6	6	2	2	2	4 3
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------

Hôpital de Caraquet (à titre comparatif)  
Avril 2016- mars 2017

# TRAIT ANTICANCEREUX	92	105	104	94	93	106	92	107	97	84	77	92	1 1 4 3
--------------------------	----	-----	-----	----	----	-----	----	-----	----	----	----	----	------------------

### Enjeux

#### Sécurité et maintien des compétences

Un des enjeux est le maintien des compétences du personnel et la viabilité des sous-satellites de Grand-Sault et Saint-Quentin étant donné le petit nombre de traitements administrés à chaque jour. Un nombre minimale de 3 à 4 infirmières certifiées est nécessaire afin d'assurer un fonctionnement sécuritaires. En effet on ne peut se fier qu'à une ou deux infirmières car le fonctionnement est rapidement mis à risque lors d'absence pour vacances, maladie sans compter qu'il devient quasi impossible de libérer du personnel pour de la formation. Ce qui implique que la supervision lors des absences de l'infirmière formée est assurée par une infirmière qui n'a pas sa certification dans l'administration de la chimiothérapie. C'est une situation qui comporte trop de risques.

#### Médecin formé en oncologie non présent

Dans tous les sites satellites des médecins généralistes ont été formés au centre d'oncologie et assurent un suivi médical et une présence dans les cliniques d'oncologie. Ce n'est pas le cas dans les hôpitaux de Grand-Sault et de Saint-Quentin. Le suivi médical est assuré par les médecins formés d'Edmundston, mais ils ne peuvent assurer une présence lors de complications durant l'administration des traitements.



2017 11 02

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](mailto:michelyne.paulin@vitalitenb.ca)

Objet: Traitements de chimiothérapie à Grand-Sault et St-Quentin

Madame la présidente

Lors de la dernière réunion du Conseil d'administration du réseau de santé Vitalité, Égalité Santé a fait trois interventions. Lors de la première, notre président a souligné des incidents qui ont fait en sorte que les décisions du réseau étaient contrecarrées par des actions effectuées au niveau de l'équipe de « leadership ».

Quelques heures après cette réunion, la population francophone de notre province a eu une preuve probante des affirmations qui ont été faites le 17 octobre lors de la session « Dialogue avec le public », affirmations qualifiées de « niaiseries » par la direction générale, monsieur Gilles Lanteigne ».

La population de Grand-Sault et de Saint-Quentin et des environs n'a guère apprécié la coupure des traitements d'oncologie dans les hôpitaux de Grand-Sault et de St-Quentin. Les personnes atteintes de cancer ne considèrent pas cette action comme une niaiserie.

Au contraire, ils et elles ont perdu confiance dans leur réseau qui abandonne ainsi des personnes alors qu'elles sont souffrantes et des plus vulnérables. Ces personnes n'avaient pas et n'ont pas besoin d'un stress supplémentaire.

Il est inconcevable qu'une telle décision ait été prise à l'interne et je dirais même en cachette du Conseil d'administration. Vous avez affirmé à plusieurs reprises que la **Loi sur les régies régionales de la santé** était votre bible. Nous avons entendu trop souvent l'argument que les activités opérationnelles relevaient de la direction générale. Nous n'avons rien trouvé dans la Loi à cet effet. Même si on considérait cette décision comme

opérationnelle, il revenait quand même au Conseil d'administration de prendre la décision finale puisque le Conseil doit exercer son rôle de gestion et de gouvernance.

La **Loi sur les régies régionales de la santé** est claire. Le Conseil d'administration devait prendre position sur cette décision puisque les affaires internes relèvent du Conseil d'administration. Les articles suivants sont très clairs :

**20(1)** *Les activités et les affaires internes d'une régie régionale de la santé sont dirigées et gérées par un conseil formé des personnes suivantes :*

*a) quinze membres ayant droit de vote, dont :*

- (i) sept membres que nomme le ministre,*
- (ii) huit membres élus;*

*b) trois membres sans droit de vote, dont :*

- (i) le directeur général nommé en vertu de l'article 26,*
- ii) le président du comité professionnel consultatif,*
- iii) le président du comité médical consultatif.*

**29(1)** *Une régie régionale de la santé assure la prestation des services de santé et les administre dans la région pour laquelle elle est établie.*

**30** *Une régie régionale de la santé :*

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

Il est donc évident que le rôle du Conseil d'administration est beaucoup plus grand que celui d'entériner des décisions ou des rapports de comité. Quant au rôle de la direction générale, la Loi est tout aussi claire :

**26** *Le ministre nomme un directeur général, lequel occupe son poste au gré du ministre et rend compte au conseil de la gestion générale et de la conduite des affaires internes de la régie régionale de la santé dans le cadre des politiques et des directives du conseil.*

La direction générale ne peut pas s'attribuer les pouvoirs de gestion et de gouvernance qui appartiennent au Conseil d'administration en vertu de l'article 20. Il est vrai qu'il doit administrer la régie entre les réunions du Conseil d'administration mais il ne peut s'approprier les pouvoirs du Conseil d'administration comme ce fut le cas lors de la décision de mettre fin aux traitements pour les patients atteints de cancer aux hôpitaux de Grand-Sault et de St-Quentin. Ce n'est pas la première fois que la direction générale s'arroge les pouvoirs du Conseil d'administration.

Encore pire que cela, la direction générale a clairement manqué à ses devoirs dans le cas de cette dernière décision puisqu'il n'a pas informé le Conseil d'administration tel que prévu à l'article 26. C'est ce que le législateur a voulu dire par « *rend compte au conseil de la gestion générale et de la conduite des affaires internes de la régie régionale de la santé* ».

La direction générale et son équipe tenteront probablement de vous faire croire que la situation était urgente et qu'ils n'ont pas eu le temps d'informer le Conseil d'administration. Les documents que nous possédons nous prouvent hors de tout doute que la décision de mettre fin aux traitements de chimiothérapie à ces deux hôpitaux était prise depuis fort longtemps. Je vous suggère qu'elle a été prise au plus tard le 22 juin 2017 soit trois jours après l'Assemblée annuelle du réseau et le premier Conseil qui a suivi l'Assemblée annuelle ce jour-là. Le Conseil d'administration aurait dû être informé de la situation dès juin 2017 et non l'apprendre dans les médias.

Les mêmes documents démontrent sans l'ombre d'un doute qu'il y avait un plan d'implantation de cette décision puisqu'il ne devait plus avoir de nouveaux cas dans ces deux institutions au moins quatre (4) jours avant la dernière réunion du Conseil d'administration. Tout était planifié pour que le tout se déroule **en catimini** du Conseil d'administration.

Nous n'avons pas besoin de vous rappeler que toute la crédibilité du réseau et de son Conseil d'administration a été grandement ébranlée par cette décision inhumaine de mettre fin aux traitements pour les patients atteints de cancer aux hôpitaux de Grand-Sault et de Saint-Quentin.

Je me souviens d'avoir dit lors d'une de vos réunions qu'un Plan stratégique ou un cadre de transparence, **ce n'était qu'un paquet de beaux mots. Ce qui importe dans la vie quotidienne**, ce sont les actions et, dans ce cas, les actions ne suivent pas les mots !

Veuillez agréer, madame la présidente, mes sincères salutations.



Jacques Verge  
Secrétaire

CC : Conseil d'administration Vitalité

## Comite communautaire de la sante / HGGS

Le 14 novembre 2017

Monsieur Gilles Lanteigne, président-directeur général,  
275 rue Main, Bureau 600  
Bathurst, NB E2A 1A9

Envoi par courriel : [gilles.lanteigne@vitalitenb.ca](mailto:gilles.lanteigne@vitalitenb.ca)

OBJET : Traitement en oncologie à l'Hôpital Général de Grand-Sault et Saint-Quentin

Monsieur Lanteigne,

Lors de la dernière rencontre entre notre comité et le Réseau de santé Vitalité tenue le 6 novembre dernier vous avez proposé un modèle de gestion des services en oncologie qui, à nos yeux, est inacceptable. La solution proposée de l'embauche d'une infirmière immatriculée supplémentaire à Edmundston et l'adoption d'un nouveau modèle de fonctionnement soit par un personnel infirmier qui se déplace d'Edmundston vers les régions de Grand-Sault et de Saint-Quentin afin d'offrir les services d'oncologie aux patients n'est pas une solution réaliste. Nous qualifions celle-ci d'inhumaine et constitue de surcroit un affront aux compétences du personnel déjà en place à l'Hôpital général de Grand-Sault. Une telle attitude de votre part ainsi que de votre équipe de leadership nous porte à mettre en doute votre intégrité et votre transparence. Nous ne décelons aucune volonté de votre part pour maintenir en place le personnel actuel chargé d'administrer les services et nous en sommes très déçus. En deuxième lieu, des documents en notre possession nous indiquent que cette décision fut prise le 22 juin 2017, mais que le plan de communication de la cessation des services serait seulement débuté le 11 octobre 2017. Comment une équipe de leadership qui se dit le leader francophone au service des collectivités puisse pour 112 jours ne pas informer ni son conseil d'administration, ni son personnel, ni sa communauté?

Votre solution proposée soit le déplacement du personnel d'Edmundston vers Grand-Sault ou Saint-Quentin ne nous inspire guère confiance que cette solution sera maintenue à long-terme. Une solution similaire fut proposée par votre réseau afin que Grand-Sault soit desservie par un radiologiste en provenance d'Edmundston trois jours par semaine. À notre connaissance cette solution ne fut maintenue pendant quelque mois pour ensuite disparaître. Ceci n'est seulement qu'un exemple parmi tant d'autres qui démontre assez clairement que les actions ne suivent pas toujours les paroles. De plus, les conditions routières hivernales, les congés de maladie et autres congés du personnel ainsi que la variation dans l'horaire des traitements ne sont que quelques autres exemples de points soulevés par le Comité pour rejeter ce modèle de gestion. Le comité est catégorique que les services d'oncologie doivent être maintenus à Grand-Sault et ils doivent être administrés par un personnel permanent à l'HGGS.

Même le ministre de la Santé, monsieur Benoit Bourque, affirmait récemment que «la solution proposée par Vitalité nous permet de maintenir nos services en oncologie, mais qu'il y en a une ou deux autres solutions à étudier qui pourraient être davantage viables ».

Pour ces raisons, le comité demande donc par l'entremise de cette lettre qu'un moratoire soit décrété immédiatement et ce jusqu'à ce que les parties s'entendent sur la façon de dispenser les services d'oncologie aux patients de Grand-Sault et Saint-Quentin, par conséquent nous voulons que ces derniers poursuivent leurs traitements à l'Hôpital général de Grand-Sault et de Saint-Quentin.

Monsieur Lanteigne notre comité est prêt à revoir une solution acceptable pour tous, solution qui prendra en ligne de compte le maintien du personnel infirmier qui dispense diligemment les services d'oncologie à l'HGGG depuis plus de 25 années. Nous demandons aussi à ce que ce personnel soit formé et soutenu afin de maintenir ses compétences et répondre aux normes alléguées. Il sera donc inutile d'embaucher et de former du nouveau personnel infirmier qui serait basé à Edmundston pour desservir les régions de Grand-Sault et Saint-Quentin. Pour ces raisons, dès que vous, votre équipe et le Conseil d'Administration auront trouvé une solution viable et qui tient compte des conditions élaborées, nous sollicitons une rencontre avec vous et tout autre membre de votre équipe afin de mettre un terme à ce problème. Inutile de vous rappeler l'urgence de la situation justifiant que cette rencontre soit tenue dans les plus brefs délais.

Dans l'attente d'un suivi à cette demande, veuillez agréer, monsieur Lanteigne, mes sincères salutations,

Guido Godbout  
Président,  
Comité Communautaire de la Santé Hôpital Général de Grand-Sault

CC : Michelyne Paulin, présidente, conseil d'administration Réseau Santé Vitalité

Benoit Bourque, ministre de la santé,

Chuck Chiasson, député Victoria-La-Vallée



Siège social · Head Office

275, rue Main Street, Bureau · Suite 600

Bathurst NB E2A 1A9

506-544-2133

www.santevitalitehealth.ca

Le 16 novembre 2017

Monsieur Marc Powers  
Président de la Chambre de commerce de la Vallée  
131, rue Pleasant – Suite 200  
Grand-Sault, N.-B. E3Z 1G6  
Envoi par courriel : gfcocgs@nbnet.nb.ca

Objet : Services de chimiothérapie à l'Hôpital général de Grand-Sault et à l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin

Monsieur Powers,

J'accuse réception de votre lettre en date du 26 octobre 2017 au sujet des services de chimiothérapie à l'Hôpital général de Grand-Sault et à l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin

Depuis la rédaction de votre lettre, le ministère de la Santé nous a octroyé un financement additionnel et récurrent pour nous permettre de continuer l'administration des traitements à Grand-Sault et à Saint-Quentin. Ceci est déjà en marche.

Soyez assuré, Monsieur Powers, que les décisions du Réseau de santé Vitalité sont toujours prises avec, comme première valeur, la sécurité des patients et comme deuxième valeur, la sécurité du personnel soignant avec nos patients au centre de nos préoccupations.

Ayant moi-même œuvré en développement économique pendant plusieurs années, je comprends pleinement le lien entre l'accessibilité des services de santé comme atout économique; je veux vous assurer que le Réseau de santé Vitalité est engagé à maintenir l'accessibilité des soins sur tout le territoire que nous desservons.

Soyez également assuré que vos inquiétudes seront étudiées et prises en considération par le Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité afin d'assurer des services de qualité et sécuritaires aux citoyens de Grand-Sault et Saint-Quentin.

Veuillez agréer, Monsieur Powers, mes sentiments les meilleurs.



Michelyne Paulin, CPA, CGA  
Présidente du Conseil d'administration

Siège social · Head Office

275, rue Main Street, Bureau · Suite 600

Bathurst NB E2A 1A9

506-544-2133

[www.santevitalitehealth.ca](http://www.santevitalitehealth.ca)

Le 16 novembre 2017

Monsieur France Roussel  
Maire de Drummond  
Envoi par courriel : [info@drummondnb.ca](mailto:info@drummondnb.ca)

Objet : Services de chimiothérapie à l'Hôpital général de Grand-Sault et à l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin

Monsieur Roussel,

J'accuse réception de votre lettre au sujet des services de chimiothérapie à l'Hôpital général de Grand-Sault et à l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin.

Depuis la rédaction de votre lettre, le ministère de la Santé nous a octroyé un financement additionnel et récurrent pour nous permettre de continuer l'administration des traitements à Grand-Sault et à Saint-Quentin. Ceci est déjà en marche.

Soyez assuré, Monsieur le Maire, que les décisions du Réseau de santé Vitalité sont toujours prises avec, comme première valeur, la sécurité des patients et comme deuxième valeur, la sécurité du personnel soignant avec nos patients au centre de nos préoccupations.

Soyez également assuré que vos inquiétudes seront étudiées et prises en considération par le Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité afin d'assurer des services de qualité et sécuritaires aux citoyens de Drummond.

Veuillez agréer, Monsieur Roussel, mes sentiments les meilleurs.



Michelyne Paulin, CPA, CGA  
Présidente du Conseil d'administration

You replied to this message on 17/11/2017 3:47 PM.

From: Martin, Justine (PO/CPM)  
To: Hache Lanteigne, Sonia (VitaliteNB)  
Cc: MacDonald, Rita (DH/MS)  
Subject: RE: Lettre - Rencontre - Premier ministre Brian Gallant

Sent: Fri 17/11/2017 3:33 PM

Message: Lettre\_rencontre\_premier\_ministre\_Gallant\_20 octobre 2017.pdf (173 KB)

Madame Paulin et Monsieur Lanteigne,

Au nom du premier ministre Brian Gallant, j'aimerais vous remercier pour votre demande de rencontre.

Afin de pouvoir répondre à votre demande dans les meilleurs délais possible, nous avons demandé à L'Honorable Benoît Bourque, ministre de la Santé, de vous rencontrer au nom du premier ministre. La secrétaire de direction respective communiquera avec vous pour fixer une date pour cette rencontre.

Cordialement,

Justine

**Justine Martin**  
*Office of the Premier/Cabinet du premier ministre*  
*Scheduling Assistant / Assistante de l'agenda*



Siège social · Head Office

275, rue Main Street, Bureau · Suite 600

Bathurst NB E2A 1A9

506-544-2133

www.santevitalitehealth.ca

Le 21 novembre 2017

Monsieur Gildo Godbout  
Président du Comité communautaire de la Santé  
Hôpital Général de Grand-Sault  
Envoi par courriel : gil@lpgodbout.com

Objet : Traitements en oncologie à l'Hôpital général de Grand-Sault et Saint-Quentin

Monsieur Godbout,

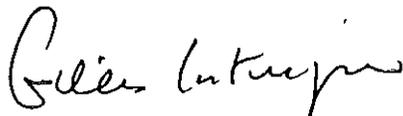
Comme je vous l'ai expliqué lors de notre conversation téléphonique du 15 novembre dernier, le Réseau de santé Vitalité n'a pas l'intention de revoir le modèle de prestation des services mis en place à l'Hôpital général de Grand-Sault et à l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin. Ce nouveau modèle assure la pérennité des services ainsi que le respect des normes de sécurité et de qualité en ce qui a trait aux traitements de chimiothérapie.

Je réitère le fait que les traitements en oncologie ont beaucoup évolué au cours des dernières années. Les pratiques qui étaient acceptables il y a 10 ou 20 ans ne le sont plus maintenant. Le modèle que nous proposons reçoit l'appui de notre personnel clinique et médical de même que du ministère de la Santé. Il permettra la continuité des services tout en étant efficace malgré le niveau élevé de complexité en matière de chimiothérapie.

Je tiens aussi à souligner que j'ai la plus haute estime possible pour tout notre personnel. Contrairement à ce que vous affirmez, les changements que nous avons proposés ne sont en rien un jugement négatif envers notre personnel en place qui est compétent, dévoué et qui bénéficie de toute ma confiance. Par ailleurs, je note avec déception que plusieurs autres éléments de votre lettre sont carrément faux et même vexatoires à mon égard et envers le Réseau. Par courtoisie élémentaire je m'abstiendrai donc de les commenter, du moins pour l'instant.

Je termine en vous offrant encore une fois mon entière collaboration. Je me suis engagé avec mon équipe de rencontrer votre comité sur une base régulière pour que nous puissions poursuivre nos échanges et travailler ensemble à améliorer les services à vos communautés.

Veuillez agréer, Monsieur Godbout, mes sentiments les meilleurs.



Gilles Lanteigne, Ph. D.  
Président-directeur général

c.c. Michelyne Paulin, présidente du Conseil d'administration Réseau de santé Vitalité  
Benoit Bourque, ministre de la Santé  
Chuck Chiasson, député de Victoria-La-Vallée

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 5 décembre 2017

Objet : **Documentation pour information aux membres**

Deux articles pertinents sont partagés aux membres pour leur réflexion :

- An organizational model for Excellence in Healthcare Delivery (Janie Lévesque)
- Governance practices in an era of Healthcare transformation (Michelyne Paulin)
- Strategic Clinical Networks in Alberta (Dre Desrosiers)

Les membres associés à chacune des présentations feront un bref résumé des articles et faciliteront les échanges s'il y a des questions ou commentaires des membres au sujet des articles.

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.

Bonne lecture!

Soumis le 24 novembre 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

---

# An Organizational Model for Excellence in Healthcare Delivery: Evidence From Winners of the Baldrige Quality Award

*John R. Griffith, LFACHE, professor emeritus, University of Michigan Department of Health Management and Policy, Ann Arbor.*

---

## EXECUTIVE SUMMARY

Winners of the Baldrige National Quality Award in healthcare have documented top quartile clinical outcomes and patient satisfaction across a variety of American communities and a full spectrum of care. Their results also show high levels of satisfaction among physicians, nurses, and other workers, as well as effective financial performance. The managerial methods they use—collectively, the Baldrige model—are consistent with organizational theory literature and are found across all winners. The winners have sustained excellence after winning and expanded it by acquisition of other healthcare organizations.

The model differs substantially from traditional management approaches in healthcare delivery. It is a comprehensive program that emphasizes a shared focus on excellence, systematically responsive management, evidence-based medicine, multidimensional measures and negotiated goals, improvement of work processes, thorough training, and extensive rewards. The model could be expanded on a much larger scale. Doing so successfully would substantially improve the quality and cost of healthcare, as well as the satisfaction and commitment of care providers and other staff. The opportunity deserves further study and trial by large healthcare delivery systems, insurers, and consulting companies.

For more information about the concepts in this article, contact Mr. Griffith at [jrg@umich.edu](mailto:jrg@umich.edu).

The author declares no conflict of interest.

© 2017 Foundation of the American College of Healthcare Executives

DOI: 10.1097/JHM-D-16-00011

## INTRODUCTION

As the Institute of Medicine (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000; Fernandopulle et al., 2003; Institute of Medicine & Committee on Quality of Health Care in America, 2001; Smith, Saunders, Stuckhardt, & McGinnis, 2012) and others (Chassin & Loeb, 2013; Chassin, 2013) have repeatedly noted, excellence in American healthcare is elusive. Although progress has been made in mortality, safety, and patient satisfaction (Radley, McCarthy, & Hayes, 2016; Truven Health Analytics, 2017), the range of performance remains unacceptably wide (Rosenberg et al., 2016). Changing healthcare organizations (HCOs) is a serious technical challenge. Excellence requires that each patient receive prompt, correct, and complete diagnosis and care planning, and timely care from several specialized caregiving teams. High performance requires individual caregiver excellence, sound work processes, team coordination, and integration of multiple teams.

## LITERATURE ON CHANGE IN HCOs

Burns, Bradley, Weiner, and Shortell (2012) noted that the complexity of the healthcare process is compounded by the conflicting needs of multiple stakeholders. Any new process in an HCO must be acceptable not only to physicians, nurses, workers, and patients but also to regulators and insurers representing collective interests. They conclude: "finally, efforts to change...using business procedures imported from outside have repeatedly come up short" (p. 12). Subsequent literature reviews expand on, but do not contradict, that conclusion. As Rangachari, Rissing, and Rethemeyer (2013) reported,

Many hospitals have difficulty consistently implementing [evidence-based practices] at the unit level.... The health services research literature has emphasized the role of several organizational variables (e.g., leadership, safety culture, organizational learning, teamwork and communication, and physician/staff engagement) in successful change implementation. While these broad change frameworks have been successfully applied by some facilities to change practice, they are not incrementally actionable. (p. 117)

In a later field trial, Rangachari et al. (2015) claimed that "periodic QI interventions [a 68% increase in communications to frontline workers] were effective in reframing interprofessional communication dynamics and enabling practice change" (p. 65).

Gremyr and Raharjo (2013, p. 135), working in Europe, identified four "potentials" (better understanding customers' needs, identifying opportunities for process improvement, developing effective systems thinking, and better communication and more transparent process) and three "antecedents" (understanding the customer, understanding the customer's needs, and prioritizing and translating those needs) that underpin process improvement programs such as Lean or Six Sigma in healthcare.

Oborn, Barrett, and Racko (2013) noted that their review "highlights the need to consider [knowledge transfer] processes at multiple levels, including individual, organisational and strategic levels" (p. 412).

Lemire, Demers-Payette, and Jefferson-Falardeau (2013) concluded:

Results showed that dissemination in itself is not enough to produce improvement initiatives. Successful dissemination depends on various factors, which influence the way collective actors react to performance information such as the clarity of objectives, the relationships between stakeholders, the system's governance and the available incentives. (p. 470)

Perla, Bradbury, and Gunther-Murphy (2013) identified four primary drivers that inform large-scale change initiatives in healthcare: (1) planning and infrastructure; (2) individual, group, organizational, and system factors; (3) the process of change; and (4) performance measures and evaluation. Because each driver has multiple subfactors, the authors created a checklist of 14 elements addressing cultural, technical, and strategic considerations.

Tsai et al. (2015) documented that

Hospitals with boards that paid greater attention to clinical quality had management that better monitored quality performance.... [B]oards that used clinical quality metrics more effectively had higher performance by hospital management staff on target setting and operations. (p. 1304)

Sutcliffe, Paine, and Pronovost (2017) attribute continued failure to "institutionalise high reliability habits of thought and action" (p. 248).

In summary, change in HCOs is possible, but multifactorial. An extensive list of technical, cultural, economic, and

political factors must be integrated to sustain substantial changes.

### Understanding the Baldrige Contribution

Many HCOs work hard at solving these issues. Winners of the Malcolm Baldrige National Quality Award (Baldrige Performance Excellence Program, n.d.) are of special interest because

1. they repeatedly demonstrate top quartile performance in clinical outcomes and patient satisfaction, in meeting professional and other worker needs, and in business strategy and finance;
2. they provide descriptions of their work processes in the public domain, following a rigorous, detailed outline; and
3. their descriptions are systematically and independently evaluated by several dozen trained experts and extensively audited on-site by senior experts.

There is no similar group of documented and audited high-performing organizations. Twenty-one HCOs have won the award since 2000. They operate more than 60 facilities in 15 states, totaling more than \$30 billion of service annually. They provide the full range of clinical services in varied socioeconomic settings across a representative spectrum of America. They serve several sites with unique challenges in Tupelo, Mississippi; Detroit, Michigan; Atlantic City, New Jersey; San Diego, California; Charleston, West Virginia; and the Native American population of the Aleutian Islands. Review of publicly available records suggests that they sustain top quartile performance after the award year and are able to extend it to HCOs that they acquire (Chenoweth,



2014; Foster & Chenoweth, 2011; Griffith, 2015; Schulingkamp & Latham, 2015).

To put the sample in perspective: If a similar group of institutions reported an innovative protocol for a single disease and with a similar improvement from median to top quartile outcomes, the achievement would receive widespread attention. The operating model that these HCOs have developed deserves similar attention. If there are unique conditions creating this excellence, they should be identified; if there are not, the model should be standard practice in every American HCO.

The first Baldrige Criteria—now Baldrige Framework—were assembled in the late 1980s by panels of practitioners and academics. The criteria were, and the current framework remains, unforgivingly holistic in approach, insisting that any effective organization, in any field, must concentrate first on cultural issues, then on strategic goals, and only then on the resources, tools, processes, and people that create the organization's results. The Baldrige conceptualization is shown in Figure 1. As the framework states, "The word 'integration' at the center of the figure shows that all the elements of the system are interrelated" (National Institute of Standards and Technology [NIST], 2017, p. 1). To reinforce the holistic emphasis, a preamble to the application proper—the organizational profile—forces a review of environment; relationships with patients, other customers, and stakeholders; and "your organization's strategic situation" (pp. 2–6). Integration is reinforced in the scoring, which ranks results four times as important as anything else.

Arguably, Baldrige winners have succeeded because the framework requires

the holistic approach documented in the scientific literature on change.

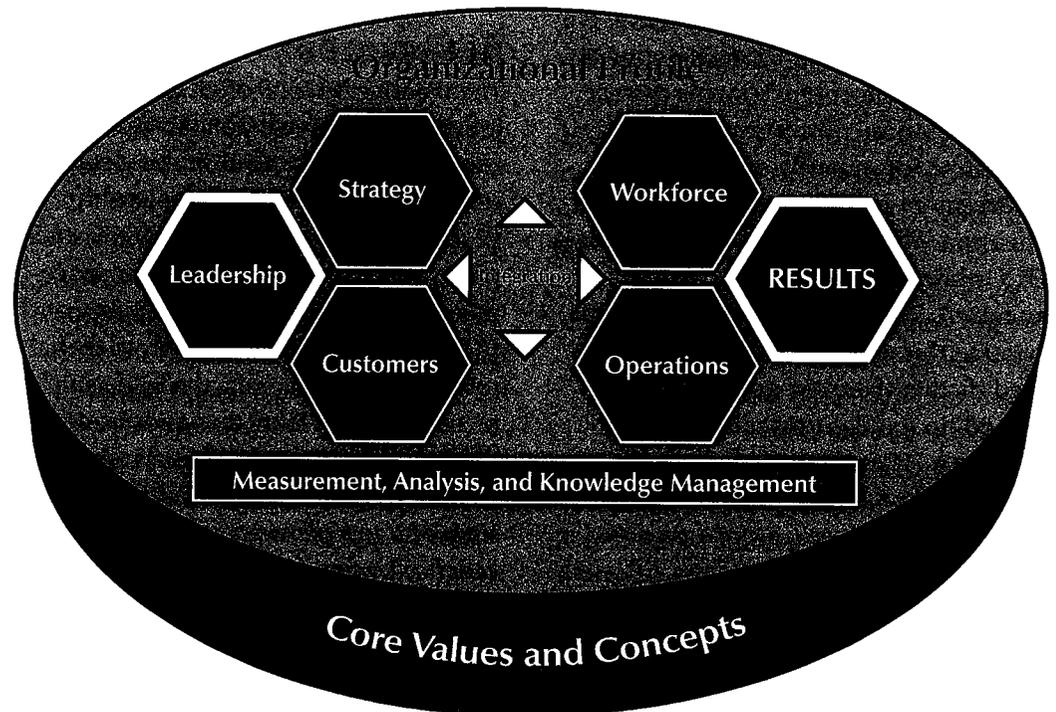
## METHODOLOGY

The Baldrige process, often called "the journey," requires an annual application responding to questions probing each of seven major elements: (1) leadership; (2) strategy; (3) customers; (4) measurement, analysis, and knowledge management; (5) workforce; (6) operations; and (7) results. Questions move from global to specific. For example, the leadership section begins, "How do senior leaders deploy the vision and values through your leadership system; to the workforce; to key suppliers and partners; and to patients, other customers, and other stakeholders, as appropriate?" and moves to "What are your key compliance processes, measures, and goals for meeting and surpassing regulatory, legal, and accreditation requirements, as appropriate?" The section, which includes governance, has a total of about 35 questions, several of which are multi-part. It establishes a solid commitment to communitarian values: "How do you promote and ensure ethical behavior in all interactions?" and "How do you consider societal well-being and benefit as part of your strategy and daily operations?" (NIST, 2017, pp. 7–9). It is consistent with the Charter on Professionalism for Health Care Organizations, which focuses on the need to integrate the activities of all professions with the explicit support and commitment of management (Egener et al., 2017).

HCOs on the Baldrige journey must document aggressive implementation of best practice in every area. Each application is evaluated by six or more trained examiners who focus on the responses to each question, identify opportunities

FIGURE 1

Healthcare Criteria for Performance Excellence Overview: A Systems Perspective



From Baldrige Performance Excellence Program. 2017. *2017–2018 Baldrige Excellence Framework: A Systems Approach to Improving Your Organization's Performance (Health Care)*. Gaithersburg, MD: U.S. Department of Commerce, National Institute of Standards and Technology. <https://www.nist.gov/baldrige>.

Source: Reprinted with permission from NIST (2017).

for improvement (OFIs), and score by section. The search for best practice means that the healthcare winners have systematically studied their predecessors, adopting and improving successful processes. Section 7 (results) documents measured and benchmarked achievements. It represents 45% of the scoring and is developed at proportionate length in the applications. In 2015, CAMC Health System in Charleston, West Virginia, reported results for more than 200 performance measures, including 70 that addressed clinical outcomes and quality. The practices CAMC described were largely copied from previous winners and tested in multiple sites.

The author reviewed the published applications of all Baldrige winners

through 2015, identifying the shared work practices that have evolved and endeavoring to create a parsimonious description (see Findings). Many practices are designed to be universal throughout the HCO; the sections noted in parentheses are those where the practice is most clearly defined. The model that emerges does not replace the detail and precision of the applications. It is intended to provide a useful synopsis of where the journeys have led and show how winners' practices can be compared to traditional concepts of managing HCOs.

The winners' applications are the only available sources of information about their journeys. The Baldrige process zealously protects identities and all other information about nonwinners. It

does not release the winners' scores, but experienced examiners say they are around 60%. Thus, the claim is not that the model produces perfection but that it produces top quartile or better results when carefully applied in a wide range of U.S. locations, across the spectrum of healthcare from prevention to acute, chronic, and palliative.

### FINDINGS: THE BALDRIGE MODEL, WINNERS' SHARED PRACTICES

The Baldrige process emphasizes seeking and copying best practices. Study of the winners' applications reveals eight practices that are consistently applied:

1. *An explicit consensus committing to mission and values.* The winners summarize their missions as either "healthy community" or "excellent care" (White & Griffith, 2015, p. 22). They achieve stakeholder consensus by widespread discussion and sustain it through regular use and by requiring new associates to review and accept both mission and values. The universal commitment to a common mission provides a foundation for discussion and decision making that supports the other practices (Section 1).
2. *A culture of empowerment that encourages associates to raise any work-related concern and of servant leadership that obligates managers at all levels to deal constructively with those concerns.* The concepts of empowerment and servant leadership implement service excellence, a management philosophy that meeting worker needs supports worker satisfaction, retention, commitment, and

effectiveness in meeting patient needs (White & Griffith, 2015). These organizations report very high worker satisfaction, including physician satisfaction. Turnover is less than 10% per year (Sections 1 and 5).

3. *A system of multidimensional measures of performance and external benchmarks, creating balanced scorecards that are reported regularly for every permanent work unit.* The measures are rigorously defined to focus on elements within the work group's control. "Benchmarks" are the best-known performance; there is proof that each benchmark has been and can be achieved. The unit scorecards provide regular reports of performance and easy identification of goal achievement or unanticipated difficulty. The strategic scorecard for the governing board reports organization-wide aggregates on about 30 outcome-oriented measures of quality, patient satisfaction, associate satisfaction, and finance. It is aggregated from unit scorecards and reviewed at each board meeting. Many winners use color flags to indicate goal achievement. (Measurements are identified in Sections 1 through 6, knowledge management is the focus of Section 4, and results are reported in Section 7.)
4. *A top-down/bottom-up negotiation process where strategic goals are established by the governing board from benchmarks and an environmental review, and unit goals are identified by study of OFIs.* Any measure less than benchmark is an OFI; even Baldrige winners have several hundred or thousand OFIs at any given time. The

strategic and unit perspectives are reconciled in a 3- to 5-month negotiation process, leading to improvement commitments for the coming year. The final goals are realistic progress toward benchmark. Ninety-day plans are used where goal achievement is failing; thus, almost 100% of goals are achieved (Section 2).

5. *Continuous improvement, the systematic pursuit of OFIs.* The most promising OFIs are pursued through multidisciplined performance improvement teams (PITs). PITs use analytic tools such as Lean and Six Sigma to seek root causes and design improved work processes. The changes they recommend are tested and provide a basis for realistic improvement goals. The PITs are given the resources needed to support their investigations and to implement the recommendations. The careful use of PITs not only generates process improvements but also identifies and resolves stakeholder concerns so that changes are more easily accepted (Sections 1, 2, and 6).
6. *Evidence-based medicine, with protocols to guide the care of common conditions and to standardize tasks from handwashing to neurosurgery.* Patient management protocols identify the expected needs and progress for common diagnoses. They are often adapted from publicly available guidelines (e.g., from the Agency for Healthcare Research and Quality National Guideline Clearinghouse, [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)). Task protocols, sometimes called checklists (e.g., Pucher, Johnston, Aggarwal, Arora, & Darzi, 2015; Pugel, Simianu, Flum, & Patchen Dellinger, 2015), support uniform best practice. They are adapted from published documentation and managed by the clinical profession most often involved. Protocols promote uniformly safe, prompt, and effective actions; discourage unnecessary care; and reduce delays and rework. They facilitate training of associates and supervised delegation of tasks to lower-cost providers. Nursing diagnoses, daily rounds, consults, and case management programs identify and meet individual patient needs (Section 6).
7. *Expanded training.* Baldrige winners typically provide 10 days of training per full-time equivalent worker per year, several times the traditional level. The training includes applying protocols and other work processes, learning servant leadership, understanding performance measures and statistical interpretation, serving on and leading PITs, and negotiating improvement goals. It is supplemented with individual development plans and support for formal education (Section 5).
8. *Extensive use of rewards for achievement and for exceptional effort.* Baldrige winners emphasize rewards ranging from personal thanks and encouragement to public recognition and celebration, cash prizes, and annual bonuses. Most Baldrige winners pay substantial bonuses to employees and managers who achieve their unit goals and to senior executives who contribute to strategic goal achievement. (The amounts are not publicly released but are likely equivalent to several weeks' pay.) Many winners also use service recovery systems

where service failures such as excessive delays or lost personal property lead to small gifts to patients and families (Section 5).

Three chief executives have provided qualitative reflections on the changes involved in building winning HCOs (Forgey & Dye, 2015; Pope, Padula, & Wallace-Dooley, 2015; Wagner, 2015). Their observations affirm that the model's eight practices require widespread changes from tradition, not only in work processes but also in attitudes and daily behavior. Goonan (2015) has summarized the winners' distinctive characteristics and the extensive transitions that are required.

## DISCUSSION

### Limitations

The model summarizes a documented, audited platform for success that has been applied to a wide range of American healthcare. There are serious limitations in the data:

1. *The sample is self-selected and self-motivated.* We cannot assess the relative importance of motivation or of the eight components individually. Perhaps more important, we have no evidence showing why the winners diligently pursued a demanding path of change lasting several years and involving many basic work habits. The source documents do not address a critical question: Why did these HCOs achieve winning performance, whereas others have done less, or not started? Goonan (2015), an experienced Baldrige examiner, quotes the Institute of Medicine: "Health care can lag behind many other sectors [of the economy] with respect to its ability to...adapt, to improve—in short, to learn." She adds, "As Harvard Business School's Clay Christensen concluded, 'It's not that managers in big companies can't see disruptive changes coming. Usually they can.... What managers lack is a habit of thinking about their organization's capabilities as carefully as they think about individual people's capabilities'" (Christensen, Baumann, Ruggles, & Sadtler, 2006 [cited in Goonan, 2015, p. 38]). The winners clearly overcame that lack. They worked hard to do it. In the long run, the question of why they did it may have an answer as simple or as complex as Sir Edmund Hillary's explanation for climbing Everest: "Because it is there." The more relevant question is, how can we convince more HCOs to finish the journey?
2. *We understand little about the winners' competitive environments.* We know only that they reflect a relatively broad share of American life, including all but the largest metropolitan areas.
3. *The winners are not-for-profit, nongovernmental organizations.* There are no governmentally owned or for-profit winners, no safety-net HCOs, and no degree-granting academic medical centers (although, in its application, not-for-profit St. David's HealthCare notes its "innovative joint venture with for-profit Hospital Corporation of America" [Baldrige Performance Excellence Program, 2014, p. P-1]).

4. *We cannot assess the individual importance of the model's eight components.* We know only that the package is successful in total and that the research consensus endorses comprehensiveness.
5. *We have no information on partial successes or failures.* Reports from other respected HCOs, such as Intermountain Healthcare (Ashdown & Jasuta, 2015; Bowes, 2014) and Kaiser Permanente (Chow et al., 2015; Lin, Heisler, Fahey, McGinnis, & Whiffen, 2015; Maeda et al., 2015), suggest consistent rather than conflicting or alternative behavior.

Accepting those limitations, the model can safely be recommended as best practice appropriate for study in most HCOs. The question we should address is, how can we enhance the spread of this approach?

#### *Enhancing Spread of the Model Barriers*

Several issues that limit the spread of the Baldrige model can be identified:

1. *Understanding the vision.* The service excellence approach—supporting workers to satisfy patients' needs using evidence-based medicine—leads to fewer errors and delays, less waste, and faster recovery. It is a challenging departure from conventional thinking. The traditional budget exercise, where costs must be reduced to projected revenue, is replaced by a far more complex and sophisticated approach that identifies realistic goals first for patient outcomes, then for staff satisfaction, and finally for cost and

efficiency. Interestingly, CAMC Health System's planning model does not include the words "finance" or "cost" (Baldrige Performance Excellence Program, 2015).

Setting up the Baldrige model requires (1) a shared vision of excellence; (2) valid, reliable metrics for patient outcomes and critical processes; (3) extensive training; (4) rewards and incentives for effort; and (5) ongoing monitoring and maintenance by committed senior management. It is safe to say that few HCOs have these prerequisites in place. The leaders of the HCO, from trustees to frontline managers, must understand the model and commit to it. Substantial investments must be made in information management, human resources, auditing, rewards, and senior management activities.

2. *Difficulty and risk.* Traditional HCOs often maintain fragile equilibriums between stakeholders with competing interests. Caregivers with conflicting needs, differing perspectives, and adversarial histories coordinate around patients whose needs differ, both among individuals and over time. Disrupting the status quo is only prudent if a safe transition to a superior solution is assured. Baldrige winners learned by trials that began with limited changes and expanded, usually over 5 years or more. Annual reviews of applications and suggestions of specific OFIs allowed them to progress in stages.

The Baldrige application review process is highly labor intensive. About a dozen trained, volunteer examiners each spend about 25 hours meticulously comparing the application to the framework,

scoring, and identifying OFIs. Spreading the model will require support that is effective, reassuring, and efficient. Each HCO in transition must be supported by knowledgeable specialists who can work directly with HCO personnel in identifying OFIs, teaching solution processes, and demonstrating servant leadership.

### 3. *Unrecognized financial opportunity.*

From the outside, Baldrige looks expensive. Aggressive process improvement, added training, and bonuses will clearly cost. The winners' evidence indicates the opposite. Publicly available bond ratings suggest that Baldrige winners are financially successful, even when performing in challenging markets. Their journeys also reveal that the transition funds itself as it goes. Large upfront capital is not required; savings are found and celebrated in the early years to fund rewards and further improvements.

The business model works because it generates better recovery faster. It shortens patient recovery time (length of stay, time per visit, or visits per year) and eliminates unnecessary care. The change of Medicare and other insurance payment methods from volume to value (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2015; Miller, 2009) and the movement to limited panel health insurance strengthen incentives to adopt the Baldrige model. An HCO can expect its profit margins to rise as it implements the model. Improved practices eliminate the costs of personnel turnover and develop a more loyal workforce, including physicians, that is more effective as the years go by.

Increased market share is also a source of financial success. High levels of

caregiver satisfaction promote loyalty in admissions and referrals, and they make it easier to recruit colleagues who share a commitment to patient care. The fact that the model generates very high patient satisfaction, usually in the top decile, adds to its attractiveness. It also facilitates acquisition of additional facilities, as several winners have shown.

4. *Trustee understanding.* One serious barrier to widespread adoption is the limited knowledge of HCO trustees. Several tens of thousands of local leaders govern the nation's not-for-profit HCOs. They have limited access to information. They rely heavily on their local senior management, who can easily suppress not only improvement alternatives but even serious shortfalls. The stasis of CMS quality data suggests that few trustees understand the opportunity. A campaign to increase application of the Baldrige model should include substantial communication directly to them. "Your HCO can move to top quartile performance on patient quality and patient satisfaction" makes a powerful message; adding "Your physicians, nurses, and other caregivers will be happier, too" makes the case even more compelling. Certainly, the case needs to be widely promoted.

## **CONCLUSION: OPPORTUNITIES FOR SPREADING SUCCESS**

Finding and convincing HCOs to adopt the Baldrige model will require promotional skills, managerial skills, and financial resources. Much of the infrastructure of the model—clinical protocols, performance measures, training programs—can be adapted from standard

templates. That infrastructure must be implemented in ways that create and reinforce the transformational culture. Implementation will require a cadre of knowledgeable consultants who possess a deep understanding of the model. A demonstration site also would be valuable. At the scale that is needed, both promotion and implementation will require financial capital. Several potential vendors could support broad-scale implementation:

1. *Large multistate healthcare systems such as Ascension, Trinity Health, or Kaiser Permanente.* Several winners are regional systems. SSM Health is a smaller, multistate system. Trinity Health has publicly committed to a Health Care Transformation Task Force ([www.hcttf.org](http://www.hcttf.org)). Implementing the Baldrige model would be a major step toward the task force's goals.
2. *Healthcare consulting companies.* A number of small firms provide assistance with the Baldrige journey. Their principals often serve as volunteer examiners and judges. These firms may not have the capital that more widespread adoption would entail. Larger firms or coalitions could provide investment capital and promote broader adoption.
3. *Health insurers.* The model reduces per capita costs of care and increases patient satisfaction, two attributes that are central to health insurance success. The growth of limited practice plans has allowed insurers to identify promising candidates for the model. Insurers' capital and specific payment incentives might drive large-scale conversions. Insurers would need credible sites with

knowledgeable consultants. Coalitions such as the Transformation Task Force might be a valid path to build the necessary resources.

4. *Expanded efforts by organizations committed to improvement.* Programs like the Institute for Healthcare Improvement's collaboratives could assist committed HCOs with benchmarks and best practices. The National Committee for Quality Assurance and The Leapfrog Group have made important contributions, and their endorsement, possibly backed by capital, could substantially expand the spread of the model.
5. *Contract management companies.* The number of HCOs managed by contract has been small and stable for several years (American Hospital Association, 2010, 2015) but a new entrant or a revised strategy might provide central guidance to many small HCOs.

In short, there are several potential ways to advertise the efficacy of the Baldrige model, assemble the necessary knowledge and demonstration sites, and expand application to a much larger fraction of HCOs, with substantial gains for patients, caregivers, and health insurance buyers. Combinations from this list could make substantial progress, moving the model from hundreds to thousands within a few years.

#### NOTE

For general background, see 2017–2018 *Framework for Performance Excellence. A systems approach to improving your organization's performance*. Gaithersburg, MD: U.S. Department of Commerce, NIST. Obtain a copy of the full framework at [www.nist.gov/baldrige/publications/Framework.cfm](http://www.nist.gov/baldrige/publications/Framework.cfm).



## REFERENCES

- American Hospital Association. (2010). *AHA hospital statistics: 2010 edition*. Chicago, IL: American Hospital Association.
- American Hospital Association. (2015). *AHA hospital statistics: 2015 edition*. Chicago, IL: American Hospital Association.
- Ashdown, C., & Jasuta, L. (2015). Infusing the capital review process with rigor and discipline. *Healthcare Financial Management: Journal of the Healthcare Financial Management Association*, 69(5), 56–62.
- Baldrige Performance Excellence Program. (n.d.). Baldrige Award recipient information. Retrieved from [http://patapsco.nist.gov/Award\\_Recipients/](http://patapsco.nist.gov/Award_Recipients/)
- Baldrige Performance Excellence Program. (2014). St. David's HealthCare Malcolm Baldrige National Quality Award application. Retrieved from [http://patapsco.nist.gov/Award\\_Recipients/PDF\\_Files/2014\\_St\\_Davids\\_HealthCare\\_Award\\_Application\\_Summary.pdf](http://patapsco.nist.gov/Award_Recipients/PDF_Files/2014_St_Davids_HealthCare_Award_Application_Summary.pdf)
- Baldrige Performance Excellence Program. (2015). CAMC Health System Malcolm Baldrige National Quality Award application. Retrieved from [http://patapsco.nist.gov/Award\\_Recipients/PDF\\_Files/CAMC%20Health%20System%20Application%20Summary.pdf](http://patapsco.nist.gov/Award_Recipients/PDF_Files/CAMC%20Health%20System%20Application%20Summary.pdf)
- Bowes, W. A. III. (2014, November). Impacts of EHR certification and meaningful use implementation on an integrated delivery network. *American Medical Informatics Association Annual Symposium Proceedings*, 325–332. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4419911>
- Burns, L. R., Bradley, E. H., Weiner, B. J., & Shortell, S. M. (2012). The management challenge of delivering value in health care. *Shortell and Kaluzny's health care management organization, design, and behavior*. Clifton Park, NY: Delmar Learning.
- Centers for Medicare & Medicaid Services. (2015, January 26). Better care. Smarter spending. Healthier people: Paying providers for value, not volume. Retrieved from <https://www.cms.gov/Newsroom/MediaReleaseDatabase/Fact-sheets/2015-Fact-sheets-items/2015-01-26-3.html>
- Chassin, M. R. (2013). Improving the quality of health care: What's taking so long? *Health Affairs (Millwood)*, 32(10), 1761–1765. <http://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.0809>
- Chassin, M. R., & Loeb, J. M. (2013). High-reliability health care: Getting there from here. *Milbank Quarterly*, 91(3), 459–490. <http://doi.org/10.1111/1468-0009.12023>
- Chenoweth, J. (2014). Correlation between Baldrige Award recipients and 100 top hospitals winners. *The Truven Health Blog*. Retrieved from <http://truvenhealth.com/blog/>
- Chow, M., Beene, M., O'Brien, A., Greim, P., Cromwell, T., DuLong, D., & Bedecarré, D. (2015). A nursing information model process for interoperability. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 22(3), 608–614.
- Christensen, C. M., Baumann, H., Ruggles, R., & Sadtler, T. M. (2006). Disruptive innovation for social change. *Harvard Business Review*, 84(12), 94–101, 163. Retrieved from <http://www.hbs.edu/faculty/Pages/item.aspx?num=23104>
- Egener, B. E., Mason, D. J., McDonald, W. J., Okun, S., Gaines, M. E., Fleming, D. A., ... Andresen, M.-L. (2017). The charter on professionalism for health care organizations. *Academic Medicine*, 92(8), 1091–1099. doi: 10.1097/ACM.0000000000001561
- Fernandopulle, R., Ferris, T., Epstein, A., McNeil, B., Newhouse, J., Pisano, G., & Blumenthal, D. (2003). A research agenda for bridging the "quality chasm." *Health Affairs*, 22(2), 178–190.
- Forgey, W. L., & Dye, T. (2015). Small-town touch, big-city innovation, world-class aspirations. *Frontiers of Health Services Management*, 32(1), 17–29.
- Foster, D. A., & Chenoweth, J. (2011). *Comparison of Baldrige Award applicants and recipients with peer hospitals on a national balanced scorecard*. National Institute of Standards and Technology, U.S. Department of Commerce. Retrieved from <http://www.nist.gov/baldrige/upload/baldrige-hospital-research-paper.pdf>
- Goonan, K. J. (2015). Can Baldrige build learning organizations? *Frontiers of Health Services Management*, 32(1), 30–39.
- Gremyr, I., & Raharjo, H. (2013). Quality function deployment in healthcare: A literature review and case study. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(2), 135–146. Retrieved from <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/09526861311297343>
- Griffith, J. R. (2015). Understanding high reliability organizations: Are Baldrige recipients models? *Journal of Healthcare Management*, 60(1), 44–61.
- Institute of Medicine & Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the*

- 21st century. *BMJ*, 323, 1192. Retrieved from <http://www.bmj.com/content/323/7322/1192.1>
- Kohn, L. T., Corrigan, J., & Donaldson, M. S. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: National Academies Press.
- Lemire, M., Demers-Payette, O., & Jefferson-Falardeau, J. (2013). Dissemination of performance information and continuous improvement: A narrative systematic review. *Journal of Health Organization and Management*, 27(4), 449–478.
- Lin, M., Heisler, S., Fahey, L., McGinnis, J., & Whiffen, T. L. (2015). Nurse Knowledge Exchange Plus: Human-centered implementation for spread and sustainability. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety/Joint Commission Resources*, 41(7), 303–312.
- Maeda, J. L., Bradley, J. J., Eissler, S. R., Lobrano, M., Rubin, M. R., Gay, M., ... Loftus, B. C. (2015). Expanding access to care and improving quality in the Mid-Atlantic states safety-net clinics: Kaiser Permanente's Community Ambassador Program. *The Permanente Journal*, 19(2), 22–27.
- Miller, H. D. (2009). From volume to value: Better ways to pay for health care. *Health Affairs*, 28(5), 1418–1428. doi:10.1377/hlthaff.28.5.1418
- National Institute of Standards and Technology (NIST). (2017). *Baldrige excellence framework: A systems approach to improving your organization's performance*. Gaithersburg, MD: NIST.
- Oborn, E., Barrett, M., & Racko, G. (2013). Knowledge translation in healthcare: Incorporating theories of learning and knowledge from the management literature. *Journal of Health Organization and Management*, 27(4), 412–431.
- Perla, R. J., Bradbury, E., & Gunther-Murphy, C. (2013). Large-scale improvement initiatives in healthcare: A scan of the literature. *Journal for Healthcare Quality*, 35(1), 30–40.
- Pope, J. E., Padula, E., & Wallace-Dooley, D. (2015). Improving ourselves for the sake of others: Our Baldrige journey. *Frontiers of Health Services Management*, 32(1), 3–16.
- Pucher, P. H., Johnston, M. J., Aggarwal, R., Arora, S., & Darzi, A. (2015). Effectiveness of interventions to improve patient handover in surgery: A systematic review. *Surgery*, 158(1), 85–95. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2015.02.017>
- Pugel, A. E., Simianu, V. V., Flum, D. R., & Patchen Dellinger, E. (2015). Use of the surgical safety checklist to improve communication and reduce complications. *Journal of Infection and Public Health*, 8(3), 219–225. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jiph.2015.01.001>
- Radley, D. C., McCarthy, D., & Hayes, S. L. (2016). *Rising to the challenge: The Commonwealth Fund report on local health system performance*. The Commonwealth Fund. Retrieved from [http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2016/jul/1885\\_radley\\_rising\\_to\\_the\\_challenge\\_local\\_scorecard\\_2016.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2016/jul/1885_radley_rising_to_the_challenge_local_scorecard_2016.pdf)
- Rangachari, P., Madaio, M., Rethemeyer, R. K., Wagner, P., Hall, L., Roy, S., & Rissing, P. (2015). The evolution of knowledge exchanges enabling successful practice change in two intensive care units. *Health Care Management Review*, 40(1), 65–78.
- Rangachari, P., Rissing, P., & Rethemeyer, K. (2013). Awareness of evidence-based practices alone does not translate to implementation: Insights from implementation research. *Quality Management in Health Care*, 22(2), 117–125.
- Rosenberg, B. L., Kellar, J. A., Labno, A., Matheson, D. H., Ringel, M., VonAchen, P., ... Moses, H., III. (2016). Quantifying geographic variation in health care outcomes in the United States before and after risk-adjustment. *PLoS ONE*, 11(12), e0166762. Retrieved from <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0166762&type=printable>
- Schulinkamp, R. C., & Latham, J. R. (2015). Healthcare performance excellence: A comparison of Baldrige Award recipients and competitors. *Quality Management Journal*, 22(3), 17.
- Smith, M., Saunders, R., Stuckhardt, L., & McGinnis, J. M. (Eds.). (2012). *Best care at lower cost: The path to continuously learning health care in America*. Institute of Medicine Committee on the Learning Health Care System in America. Washington, DC: National Academies Press. Retrieved from <https://www.nap.edu/read/13444/chapter/1>
- Sutcliffe, K. M., Paine, L., & Pronovost, P. J. (2017). Re-examining high reliability: Actively organising for safety. *BMJ Quality & Safety*, 26(3), 248–251.
- Truven Health Analytics. (2017, March 6). Truven Health Analytics, IBM Watson Health, announces 100 top hospitals award winners.

EVIDENCE FROM WINNERS OF THE BALDRIGE QUALITY AWARD

---

Retrieved from <http://truvenhealth.com/news-and-events/press-releases/detail/prid/205/truven-health-analytics-ibm-watson-health-announces-100-top-hospitals-award-winners>

Tsai, T. C., Jha, A. K., Gawande, A. A., Huckman, R. S., Bloom, N., & Sadun, R. (2015). Hospital board and management practices are strongly related to hospital performance on

clinical quality metrics. *Health Affairs*, 34(8), 1304–1311. Retrieved from <http://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.1282>

Wagner, J. (2015). Sharing leadership insights on our Baldrige journey to excellence. *Frontiers of Health Services Management*, 32(1), 40–44.

White, K. R., & Griffith, J. R. (2015). *The well-managed healthcare organization* (8th ed.). Chicago, IL: Health Administration Press.

# Governance Practices in an Era of Healthcare Transformation: Achieving a Successful Turnaround

*Samuel E. Sondheim, Frank H. Netter MD School of Medicine and Department of Healthcare Management, School of Business, Quinnipiac University, North Haven, Connecticut; Dipesh M. Patel, Frank H. Netter MD School of Medicine, Quinnipiac University; Nicole Chin, Department of Healthcare Management, School of Business, Quinnipiac University; Kurt Barwis, FACHE, president and CEO, Bristol Hospital, Bristol, Connecticut; Julie Werner, Department of Healthcare Management, School of Business, Quinnipiac University; Alexis Barclay, Department of Healthcare Management, School of Business, Quinnipiac University; and Angela Mattie, JD, professor and chair, Health Care Management & Organizational Leadership, School of Business, and professor, Frank H. Netter MD School of Medicine, Quinnipiac University*

---

## EXECUTIVE SUMMARY

This article illustrates the successful application of principles established by the American Hospital Association (AHA) to foster hospital transformations (AHA Center for Healthcare Governance, 2012). We examined a small community hospital's successful transition from one emergency care center (ECC) physician group to another and the methods by which significant improvements in outcomes were achieved. The foundation of this transformation included a generative governance style at the board level, a shared governance model at the employee level, a renewed sense of employee and physician engagement, and a sense of individual accountability. Outcomes included improved communication, a more unified vision throughout the ECC (which led to improved efficiency and accountability among staff), improved metrics, and a positive impact on the community's perception of care. Press Ganey scores and ECC operational metrics demonstrated significant increases in patient satisfaction and decreases in wait times for seven operational metrics. These data serve as a proxy for the transformation's success. Structured interviews revealed an increase in employee satisfaction associated with the transition. The positive outcomes demonstrate the importance of the AHA-articulated governance principles. The AHA recommendations for a superior value-based care model closely align with the methods illustrated through Bristol Hospital's successful transformation. Other institutions can apply the lessons from this case study to drive positive change and improve patient care.

For more information about the concepts in this article, contact Mr. Sondheim at [samuel.sondheim@quinnipiac.edu](mailto:samuel.sondheim@quinnipiac.edu).

The authors declare no conflicts of interest.

© 2017 Foundation of the American College of Healthcare Executives

DOI: 10.1097/JHM-D-15-00036

## INTRODUCTION

In this case study, we examine how Bristol Hospital in Bristol, Connecticut, achieved a successful transition of its well-established, but poorly performing, emergency care center (ECC) physician group and achieved significant improvements in operational metrics and patient satisfaction scores. Bristol Hospital used the principles of a generative governance style at its board of directors' level, a shared governance model at the employee level, employee and physician engagement, and accountability. These principles were later published in the American Hospital Association (AHA) monograph, *Governance Practices in an Era of Health Care Transformation* (AHA Center for Healthcare Governance, 2012). The case of Bristol Hospital's ECC transition illustrates the turnaround and success achieved with a structured and thoughtful plan, beginning at the executive level. Other institutions can apply the lessons learned to achieve successful transformations through the implementation of these governance principles.

The AHA recommendations contrast an inferior volume-based patient care model to a superior one that supports value-based care (AHA Center for Healthcare Governance, 2012). This model is founded on several principles, including continual physician engagement, a focus on continual quality improvement, a generative governance model for boards of directors, and a sense of accountability for all stakeholders (AHA Center for Healthcare Governance, 2012). By applying the AHA recommendations, Bristol Hospital successfully transitioned to a new emergency medicine physician group, repaired relations between the

ECC and hospital administration, and improved overall service to the community. To accomplish these objectives, Bristol Hospital emphasized empowerment and engagement of the hospital staff and physicians to create a more efficient and collaborative work environment (N. Brault and M. O'Brien, personal communication, March 8, 2016). Proxy data were also used to highlight the model's success at this small community hospital. Other hospitals and healthcare organizations can use these lessons to improve relations among hospital administration, hospital staff, and independent physician groups, leading to improved patient satisfaction scores and operational metrics.

## CASE STUDY

Bristol Hospital is a 134-bed community hospital in Bristol, Connecticut, a city of approximately 60,000 residents (Barwis & Kempf, 2011). In 2006, the hospital appointed Kurt Barwis president and CEO (Bordonaro, 2012; K. Barwis, personal communication, July 22, 2015). One of his first challenges was addressing an ECC with a dysfunctional culture that lacked a shared vision and accountability in caring for the community hospital's patients (K. Barwis, personal communication, July 22, 2015). Staff members described the department's culture as one of pointing fingers, blaming other departments or people, and lacking infrastructure. Staff did not hold themselves accountable (J. Wayne, personal communication, August 4, 2015). Patient satisfaction rates were low, as the hospital's bottom line continued to suffer and staff turnover remained high (Bordonaro, 2012; K. Barwis, personal communication, July 22, 2015). Tensions grew between the ECC physician group

and the hospital staff and administration, which contributed to year-after-year financial losses and left Bristol Hospital seeking a new direction.

From 2006 to 2010, the CEO made several attempts to improve the ECC. Several hires were made and patient satisfaction scores slowly trended upward, but the improvements were never sustained (K. Barwis, personal communication, July 22, 2015). In November 2010, after several attempts were made to improve patient care metrics and reduce the communication barriers between employee groups, the CEO and newly appointed chief nursing officer (CNO) discussed the continued troubling trend of poor patient satisfaction scores and operational metrics in the ECC (S. Kempf, personal communication, August 5, 2015). They agreed that a change of strategy was needed that included a focus on developing common goals to improve quality and outcome metrics. According to the CEO, "at the time we made this decision, Bristol had the second lowest scores of any hospital in Connecticut" (K. Barwis, personal communication, July 22, 2015).

The hospital's board of directors, especially those on the Patient Quality Committee, were well versed in the issues regarding the ECC (N. Brault and M. O'Brien, personal communication, March 8, 2016). In response to the lack of sustained improvement and communication barriers, the CEO placed the ECC situation at the top of a board meeting agenda. Seeking change, Mr. Barwis turned to the generative governance model as he challenged the board to rethink ways to improve the ECC (N. Brault and M. O'Brien, personal communication, March 8, 2016). According to the generative governance model, the board is fully engaged, with an

understanding of the problem presented, the impact it poses for the organization, and the opportunity for change. Participants in the process are invited to suggest innovative ideas, which are received with respect and confidentiality (Chait, Ryan, & Taylor, 2005).

By fostering a collaborative approach, Mr. Barwis instilled a sense of trust among the board of directors, allowing honest and productive discussions to achieve the organization's long-term goal of delivering high-quality and reliable care (N. Brault and M. O'Brien, personal communication, March 8, 2016). The CEO's initial recommendation to the board included a search for an ECC physician group that would partner with the hospital to improve quality and safety metrics, as well as improve community relations and trust. The incumbent ECC physician group was a well-respected, long-term member of the Bristol Hospital community. As such, the CEO understood that an executive-level decision to replace the group was a no-win situation that could potentially lead to damaged relationships and mistrust between administration and hospital staff (K. Barwis, personal communication, July 22, 2015).

Because of the trust instilled in the board, members respected the CEO's recommendation and discussed potential options for improvement. Although the bylaws gave the CEO full autonomy to make these decisions, he recognized the inherent challenges in doing so and placed his full vote of confidence in the board to choose the best course of action (N. Brault and M. O'Brien, personal communication, March 8, 2016). The board formed a five-member committee to investigate the current ECC situation via interviews with physicians (from the

ECC and other departments, as well as local outpatient physicians), interviews with staff (managers, nurses, technicians, ancillary staff, and others), and reviews of operational metrics. The committee's charge was to return to the board with a recommendation regarding whether to support the CEO's decision to consider alternate ECC physician groups (N. Brault and M. O'Brien, personal communication, March 8, 2016). The committee was composed of two hospital physicians and three well-regarded trustees, several of whom were initially skeptical of Mr. Barwis's recommendation. After conducting interviews and reviewing data for several months, the committee returned to the board with a unanimous decision to support the CEO's recommendation.

Armed with this support, the hospital opted for a formal, open, and transparent process with respect to hiring a new ECC physician group (Bristol Hospital, 2011). The hospital embraced the shared governance model, which is based on the principles of autonomy, accountability, empowerment, participation, and collaboration (Burnhope & Edmonstone, 2003). On January 25, 2011, the hospital assembled members of the board who had been appointed by the board chair to participate in this group along with the CNO to discuss an approach to hiring a new ECC physician group (Kempf & Barwis, 2011). The group decided to use a request for proposal (RFP) to vet potential candidates (S. Kempf, personal communication, August 5, 2015). The RFP was a comprehensive document that detailed the mission and vision of Bristol Hospital, provided demographic data, and described services provided. In addition, the RFP included a detailed list of

qualifications and requirements for the physician group (Barwis & Kempf, 2011).

Bristol Hospital leadership also formed a hiring committee composed of administrators, hospital and community physicians, ECC nurses, and the CNO, who served as the chair. Engaging employees in every step of the hiring process was important (Kempf & Barwis, 2011). Every member of the hiring committee was asked to review the RFP draft before it was released to potential candidates. Although the CEO was not a member of the hiring committee, he was apprised of progress and met with all physician groups that were interviewed. Twelve physician groups expressed interest in reviewing the Bristol Hospital RFP, and nine submitted RFP responses (Bristol Hospital, 2011). We should note that the CEO, board members, and the committee overseeing the RFP process all encouraged the current ECC physician group to apply to the RFP call.

After the hiring committee reduced the nine proposals to five, on-site presentations were organized and conducted (Kempf & Barwis, 2011). The CEO and CNO expanded employee engagement during this step of the process by inviting the entire hospital staff, including community physicians, to attend and evaluate the presentations. The committee was aware that a crucial function of interviewing is to provide personnel with an opportunity to play a meaningful role in charting the organization's path (Gunderman, 2008). Even if it were possible to derive an equally accurate prediction of work performance based strictly on aptitude test results and work performance reports, a selection system that did not provide employees with any opportunity for face-to-face contact with

candidates could rapidly lead to a sense of disengagement and even irrelevance (Gunderman, 2008). According to one member of the hiring committee, a registered nurse who worked in the ECC, "The presentations were well attended by hospital staff and community physicians. People were happy to have a chance to help with the decision" (J. Wayne, personal communication, August 4, 2015).

The incumbent ECC physician group submitted an RFP response, which was accepted for presentation by the hiring committee. This decision to include the existing physician group revealed itself to be worthwhile, as many staff members viewed the issues in the ECC to be multifactorial and were skeptical of placing fault with the physician group. For example, a staff nurse who is the current ECC clinical coordinator stated, "I loved the old physician group. I'll admit, they didn't seem to be working toward a common goal, but our issues were bigger. We had no nurse manager leading us, and we [had] just implemented a new electronic medical record that was causing a lot of problems" (M. McCormack, personal communication, August 4, 2015). Attending the incumbent physician group's presentation along with the presentations of the other applicants allowed employees to compare standards, metrics, and innovations between groups (N. Brault and M. O'Brien, personal communication, March 8, 2016).

The five physician groups presented their approaches to patient care and quality-monitoring processes and provided their qualifications to the committee and hospital staff in attendance. Through Bristol Hospital's participative hiring process, the administration empowered frontline staff to share responsibility for

changing the culture of the hospital to one that is "patient-first," starting with the ECC (K. Barwis, personal communication, July 22, 2015). The administration was open in its communication with staff and set the urgent tone for change by divulging the specifics of poor patient satisfaction scores in the ECC. In fact, one ECC nurse admitted, "Prior to the search for a new physician group, I had no idea what performance metrics were used in the ECC. I didn't realize we had some of the worst patient satisfaction scores in Connecticut" (M. McCormack, personal communication, August 4, 2015).

After factoring in the results of a five-question survey completed by noncommittee hospital staff, the hiring committee reduced the five finalists to two and invited the two groups back to Bristol to spend the day with key stakeholders (S. Kempf, personal communication, August 5, 2015). The physician groups spent 2 days with emergency medical services, community physicians, hospital physicians, and ECC nurses, all of whom were encouraged to return more extensive evaluations and recommendations to the hiring committee. We should point out that the hospital staff, key stakeholders, the chaplain, and housekeepers who participated gave the highest scores to the same physician group, as did the hiring committee (S. Kempf, personal communication, August 5, 2015).

## METHODS

This case study is a retrospective review of how a successful transition of an emergency care physician group resulted in improved care quality, safety, and patient satisfaction. The assessment of this change management process began with a detailed, structured interview with Kurt



Barwis, CEO of Bristol Hospital, in July 2015. On the basis of the interview with the CEO, structured questions related to the ECC before and after the transition were posed by the authors to a selected group of interviewees. The group included the CNO who chaired the ECC hiring committee, an ECC physician hired before the new physician group came on board, the chair and vice-chair of the board at the time of the transition, and staff nurses (one of whom was on the hiring committee and worked in the ECC before and after the transition). The interviewees were selected as a convenience sample, with care taken to ensure a diverse representation of all stakeholders affected by the change, including board members, executives, administrators, physicians, and nurses. In addition, seven ECC operational metrics of patient throughput and Press Ganey mean scores were gathered for postintervention analysis.

**RESULTS**

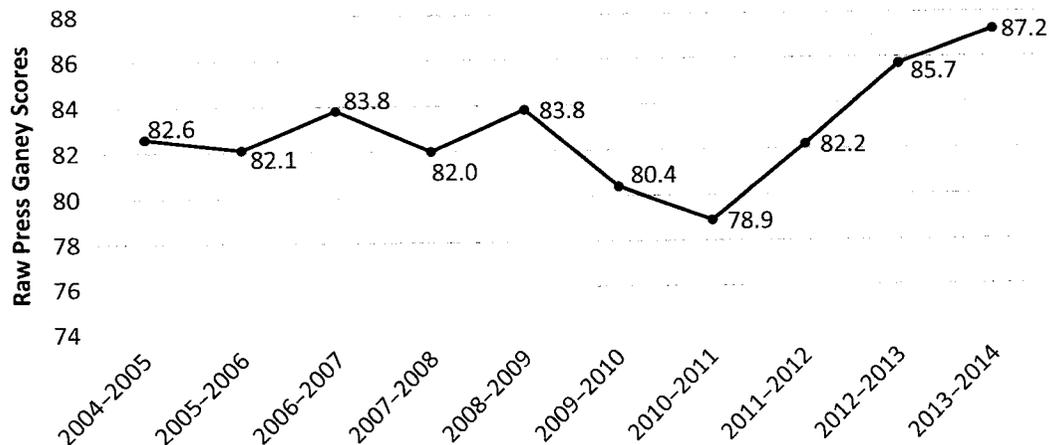
We used the following data as proxy to demonstrate the success of the new

physician group through the hospital's transformation: Press Ganey ECC patient satisfaction scores, metrics of patient flow, and data gathered through structured interviews. We obtained all data from the executive office, human resources, and the operations manager of the ECC. These data serve as proxy, given that a preintervention versus postintervention study was not conducted at the time of the intervention.

Press Ganey (2015) scores are widely accepted as the standard for reporting patient satisfaction. Since the transition of the ECC physician group in 2012, Bristol Hospital's Press Ganey ECC scores have continually improved, as shown in Figure 1. Hence, the 2011–2012 fiscal year (which runs from October through September) begins to represent the up-trend and turning point.

During the physician group transition, the hospital simultaneously implemented the Meditech electronic health record system, which allowed hospital managers and administrators to consistently monitor operational metrics. Aside

**FIGURE 1**  
**Mean Press Ganey Scores From Patients in the Emergency Department**



Note: Fiscal year runs from October through September.  
 Source: Bristol Hospital.

from monitoring the sheer number of patients presenting to the ECC, they could now easily track the times for door to triage, door to room, door to physician, triage to room, room to physician, room to nurse, and disposition to departure. Although significant improvements in these metrics were achieved, we must note that, before December 2011, these metrics were not recorded.

Electronic health record implementation began in January 2012. Comparable metrics were collected during December 2011, leading up to the transition. From December 2011 through June 2015, 140,137 patients were treated in the Bristol Hospital ECC and were included in our analysis. Upon analyzing the data, we noted significant improvements through the transition period and beyond. For example, in December 2011, an average of 38.9 minutes elapsed from the time a patient was brought to a room until the time a physician evaluated the patient. During the first quarter (Q1) of 2012, the average time for the same metric with the new physician group was 22.7 minutes, an improvement of 41.6%. Year over year, this metric improved, and by Q1 2013, the average time was 16.9 minutes, a 25.6% improvement. Throughout this period, the number of monthly patient visits remained constant.

We observed similar improvements among the following metrics: room to nurse (the time from when a patient is brought to a room until a nurse sees the patient), disposition to departure (the time from when the physician determines that a patient can be discharged until the patient leaves), door to triage (the time from when a patient enters the ECC until he or she is triaged), door to room (the time from when a patient

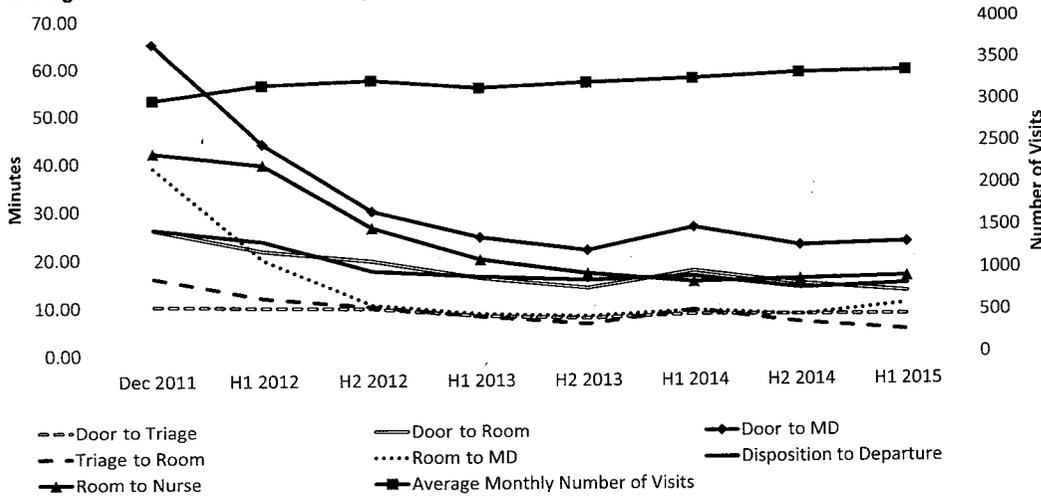
enters the ECC until he or she is brought to a room), triage to room (the time from when a patient is triaged until he or she is brought to a room), and door to physician (the time from when a patient enters the ECC until he or she is evaluated by a physician). Trends for these metrics are illustrated in Figure 2. We used the monthly data from December 2011 to December 2013 to calculate correlations for the seven operational metrics analyzed; correlations ranged between  $-0.79$  and  $-0.93$  (Table 1). These results indicate strong correlations, demonstrating the significant decreases in time.

In addition, all participants in the structured interviews noted improved job satisfaction after the transition period, given the new sense of employee engagement and accountability. Similarly, all interviewees commented about the set of common goals set forth by the board and administration in conjunction with the new physician group that took hold beginning in January 2012 (K. Barwis, personal communication, July 22, 2015; S. Kempf, personal communication, August 5, 2015; M. McCormack, personal communication, August 4, 2015; C. Mittleman, personal communication, July 29, 2015; J. Wayne, personal communication, August 4, 2015). A stronger sense of individual accountability and renewed employee engagement became evident, leading to improved medical care and increases in patient satisfaction scores.

## DISCUSSION

For Bristol Hospital, senior leadership played a pivotal role in developing a renewed culture and maintaining balance for the organization. Bristol Hospital's successful change embodies the AHA's

**FIGURE 2**  
Average Patient Times for Seven Operational Metrics Analyzed



Notes: Includes data points from December 2011 as well as half-year intervals from January 2012 through June 2015 (primary vertical axis). Average number of monthly patient visits is shown on the secondary vertical axis. H1 = January through June; H2 = July through December.

value-based model for effective transformation (AHA Center for Healthcare Governance, 2012). This model embodies the principles of generative governance at the board level, shared governance at the employee level, physician and employee engagement and empowerment, and accountability. Implementation of this model led to Bristol Hospital's achievement of unprecedented results. The reviewed data and structured interviews revealed that the transformation succeeded in improving the patient experience and restructuring a challenged community healthcare system. Improved performance and better clinical outcomes followed.

**Generative Governance Model**

Use of the generative governance model with board member engagement provided the organization with a direction and redefined goals (reducing operational metric times, principles of accountability, improved communication, etc.). The model allowed board members to suggest unconventional ideas without fear of

rebuke. A sense of collaboration, innovation, trust, and confidentiality among board members enabled them to brainstorm ideas that led to successful change (N. Brault and M. O'Brien, personal communication, March 8, 2016).

**Shared Governance Model**

The shared governance model implemented during the RFP process engaged physicians and employees alike and

**TABLE 1**  
Correlations Between Operations Metrics and Calendar Months

Metric	Correlation
Door to triage	-.8086
Door to room	-.8328
Door to MD	-.8611
Triage to room	-.8058
Room to MD	-.7853
Disposition to departure	-.8738
Room to nurse	-.9340

Note. Correlations among the values for the seven operational metrics analyzed monthly from December 2011 to December 2013. The negative values indicate decreases in the amount of time.

created a sense of ownership and buy in, ultimately improving relationships and communication. Strong relationships and teamwork are important when attempting to implement change in healthcare (Kaczmarek, 2015). In this case study, the shared governance model and renewed sense of engagement resulted in buy-in regarding the improvement process, as team members collaborated to produce an error-free system. This model contributed to Bristol Hospital's improved patient satisfaction scores and an overall cultural change embraced by staff (Barwis, 2011).

The structured interview comments revealed that this model also created an effective decision-making process led by senior leadership and supplemented with insight from the nursing and physician communities (Bristol Hospital and Healthcare Group, 2014). The hospital's objective was not only to repair its organizational structure and culture but also to create an atmosphere for the betterment of the community. An emergency medicine physician commented, "People leading the change needed to be involved and willing to learn with staff while care processes are going on" (C. Mittleman, personal communication, July 29, 2015). As a result, open discussion in the community among care providers helped to shape Bristol Hospital's development plan to benefit the community and the organization.

### **Accountability**

The principle of accountability also contributed to Bristol Hospital's successful transformation. Communication breakdown under the previous ECC physician group led the administration to emphasize accountability by means of a unified and shared set of goals that were tracked regularly through operational metrics.

Operational metrics for each nurse and physician were calculated and displayed on a metrics board (K. Barwis, personal communication, July 22, 2015). Physicians and nurses cited the metrics board as a supportive effort to challenge clinicians to continually improve. This initiative held employee groups and individuals accountable.

Figure 3 summarizes the hospital's challenges that resulted in compromised care. An intervention plan along with the actions of a tenacious leadership team and support from the board led to an effective approach in promoting positive change. Incorporating recommendations from the AHA's tiered model promoted a transparent RFP process with substantial staff and physician integration. Positive changes in outcome data and feedback from structured interviews lend further support to the conclusion that this model led to departmental and hospital-wide improvements.

Healthcare organizations are challenged daily to meet patients' expectations. Often, certain quality care methods are not upheld, resulting in misalignment in goal setting, unsatisfactory outcomes, and, unfortunately, acceptance of subpar results by individuals in the organization (K. Barwis, personal communication, July 22, 2015; S. Kempf, personal communication, August 5, 2015; M. McCormack, personal communication, August 4, 2015; J. Wayne, personal communication, August 4, 2015). By implementing a team-based approach initiated and supported by leadership, Bristol Hospital achieved improved healthcare delivery, as documented by above-average patient care metrics.

### **Study Limitations**

We conducted a retrospective study with no original data. As such, confounding

**FIGURE 3**  
**Challenges, Intervention, and Outcomes**

Challenges*	Intervention	Outcomes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lack of leadership</li> <li>• Lack of trust</li> <li>• Low Press Ganey patient satisfaction scores</li> <li>• Poor communication</li> <li>• Lack of unified goals</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RFP</li> <li>• Shared governance model</li> <li>• Employee engagement</li> <li>• Common goals instituted</li> <li>• Improved communication</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Improved Press Ganey patient satisfaction scores</li> <li>• Improved patient wait times</li> <li>• More timely and efficient medical care</li> <li>• Improved job satisfaction</li> <li>• Stronger teamwork</li> <li>• Individualized accountability</li> </ul>

\*Challenges before introduction of the shared governance model and the resulting outcomes.

factors could not be identified. We used prechange and postchange data as proxies to illustrate the success of the transformation. We did not administer a global employee survey to obtain empirical data on job satisfaction because no such survey existed before the studied change. We conducted structured interviews to obtain this information and selected interviewees as a convenience sample rather than interviewing all personnel or conducting interviews by means of random sampling. Therefore, the study may have involved selection bias.

**CONCLUSION**

Value-based patient care is the future of care in the United States. In its monograph, *Governance Practices in an Era of Health Care Transformation* (AHA Center for Healthcare Governance, 2012), the AHA outlines the key principles needed as hospital transition from the former volume-based to the new value-based model. This case study illustrated the successful application of those principles in a community hospital's ECC, resulting in improved communication, efficiency, and accountability among staff,

as well as improved patient satisfaction and decreased wait times. Success was attributed to employing a shared governance model at the employee level, a generative governance style at the board level, continual physician engagement, and a sense of individual accountability for all stakeholders including community members. The result was a smooth transition to a new independent physician group. This case study may be instructive to hospital CEOs and boards as they face similar circumstances.

**ACKNOWLEDGMENTS**

The authors thank Sheila Kempf, RN, PhD, chief nursing officer and senior vice president, patient care services, Bristol Hospital, Bristol, Connecticut; Nancy Brault, past chair, board of directors, Bristol Hospital; Marie O'Brien, past chair, board of directors, Bristol Hospital; Craig Mittleman, MD, chairman/director and emergency department physician, MEP Health; Daniel Hartmann, RN, operations manager, emergency care center, Bristol Hospital; Amber Plourde, assistant to the president, Bristol Hospital; Jake Wayne, RN, Bristol Hospital; Meagan McCormack, RN, Bristol Hospital; Douglas McHugh, PhD, Frank H. Netter MD School of Medicine, Quinnipiac University, North Haven, Connecticut; Cindy White, assistant to the president, Bristol Hospital; and Carol Posa, assistant to the chief nursing officer/senior vice president, Bristol Hospital.

This case was developed as part of Dr. Mattie's Human Resource Management in Health Care Administration course at the Quinnipiac University School of Business.

## REFERENCES

- American Hospital Association (AHA) Center for Healthcare Governance. (2012). *Governance practices in an era of health care transformation*. Chicago, IL: AHA Center for Healthcare Governance.
- Barwis, K. (2011). *Emergency medicine presentation*. Unpublished manuscript. Bristol Hospital and Healthcare Group.
- Barwis, K., & Kempf, S. (2011). *Request for proposal emergency medicine services*. Bristol, CT: Bristol Hospital.
- Bordonaro, G. (2012, June 1). Out of the red: Bristol Hospital stages turnaround but its future remains unclear. *Hartford Business.com*. Retrieved from <http://www.hartfordbusiness.com/article/20110711/PRINTEDITION/307119993/>
- Bristol Hospital. (2011). Bristol Hospital announces new initiatives for patient service excellence [Press release].
- Bristol Hospital and Healthcare Group. (2014). Vision/mission statement. *Bristol Hospital annual report*. Retrieved from <https://www.bristolhospital.org/getattachment/Newsroom/2014-Annual-Report/FINALANNUALREPORT2015.pdf.aspx>
- Burnhope, C., & Edmonstone, J. (2003). "Feel the fear and do it anyway": The hard business of developing shared governance. *Journal of Nursing Management*, 11(3), 147-157.
- Chait, R. P., Ryan, W. P., & Taylor, B. E. (2005). *Governance as leadership: Reframing the work of nonprofit boards*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Gunderman, R. B. (2008). The interview. *Journal of the American College of Radiology*, 5(7), 847-849.
- Kaczmarek, D. S. (2015). With best practices, don't forget the basics. *Healthcare Purchasing News*, 39(4), 48. Retrieved from <http://www.hponline.com/inside/2015-04/1504-BackTalk.html>
- Kempf, S., & Barwis, K. (2011). *Selection process. Internal report*. Bristol, CT: Bristol Hospital.
- Press Ganey. (2015). Who we serve. Retrieved from <https://helpandtraining.pressganey.com/ourSolutions/who-we-serve.aspx>

---

## PRACTITIONER APPLICATION: A Method for a Successful Turnaround: Using Governance Practices in an Era of Healthcare Transformation

*Donald R. Gintzig, FACHE, president and CEO, WakeMed Health  
& Hospitals, Raleigh, North Carolina*

I applaud Bristol Hospital for its transparent process and comprehensive efforts to implement change, improve patient care, and take the value-based approach to healthcare described by Sondheim et al.

Hospitals and health systems must continue to adapt to their changing role in healthcare; Bristol Hospital demonstrated that we can drive positive change, create greater

The author declares no conflicts of interest.

© 2017 Foundation of the American College of Healthcare Executives

DOI: 10.1097/JHM-D-17-00110

value, and improve quality and outcomes through better coordination and collaboration at all levels.

The article cites the American Hospital Association monograph *Governance Practices in an Era of Health Care Transformation* and its recommendations for change. It provides the guiding principles for Bristol Hospital's successful transformation; it focuses on methods to improve outcomes, support effective governance, and ultimately shift toward an integrated, value-driven health system. These themes should resonate with all hospitals, health systems, and their governance and leadership.

At WakeMed Health & Hospitals, a Raleigh, North Carolina-based health system serving the community since 1961, we continue our transition to value-based care. In fact, the lessons and findings from the study of Bristol Hospital could be applied to our own journey.

I believe the future of effective value-based healthcare delivery lies in collaboration among providers in building the care systems of the future. We must foster collaboration and an atmosphere based on mutual respect where all voices are heard, and we must recognize the opportunity that transformational change offers.

The Bristol Hospital case study emphasizes empowerment and engagement of hospital staff and physicians to create a more efficient and collaborative work environment. In these transitional times and beyond, everyone—each employee, physician, executive, and board member—has a meaningful role and the responsibility to be more focused, efficient, accountable, and strategic, with the common goal of providing the best patient care possible.

Bristol Hospital's transformation illustrates the power of collaboration, innovation, and accountability. It is time to challenge ourselves to drive transformational change. Change is never easy, but it is necessary for all hospitals, health systems, and their boards if they are to evolve and adopt a shift in culture to strengthen both the care we deliver and our relationships with one another, all for the greater good of those we serve.

# Strategic clinical networks in Alberta: Structures, processes, and early outcomes

Tom Noseworthy, C.M., M.D., M.Sc., MPH, FRCPC, FACP<sup>1</sup>;  
Tracy Wasylak, B.N., M.Sc.<sup>2</sup>; and Blair O'Neill, M.D., FRCPC<sup>3</sup>

Healthcare Management Forum  
1-3

© 2015 The Canadian College of  
Health Leaders. All rights reserved.  
Reprints and permission:  
sagepub.com/journalsPermissions.nav  
DOI: 10.1177/0840470415600130  
hmf.sagepub.com



## Abstract

In June 2012, Alberta Health Services introduced Strategic Clinical Networks (SCNs) as engines of innovation. The SCNs are collaborative clinical teams, with a provincial strategic mandate and with goals of achieving best outcomes, seeking greatest value for money and engaging clinicians in all aspects of the work. The SCNs are led by clinicians, driven by clinical needs, based on measurement and best evidence, and supported by research expertise, infrastructure, quality improvement, and analytic resources. Eleven SCNs are operational, with five others planned. Early measurable value is demonstrable in each. Examples include improving care and outcomes following stroke, reducing use of anti-psychotics in Long-Term Care (LTC), and improving surgical safety through effective implementation of the Safe Surgery Checklist.

## Background

Alberta Health Services (AHS) was established as the province-wide health service delivery organization in May 2008. Given its position, AHS has the unique ability to create innovative scalable approaches to sustainable healthcare delivery, prevention, and wellness for every Albertan. In 2012, AHS strengthened local decision-making ability through the creation of five geographic zones in the province. Each zone addresses the important and special needs of its population, as those needs are known to vary across the province.

Alberta requires evidence-informed provincial structures and processes to add balance to local priorities, to eliminate potential clinical care gaps, and to ensure equitable, seamless, and sustainable access to high-quality care for everyone. To achieve this, Strategic Clinical Networks (SCNs) were developed. The SCNs are also responsible for designing care and prevention strategies across the healthcare system. Currently, there are 11 SCNs operational, with 5 in planning stages (Table 1).

In order to create a high-performing health system, it is recognized that clinicians, and in particular physicians, must be positioned in key strategic roles within the service delivery

system, not only leading on the frontline but also leading the development of strategies to achieve integrated prevention and care across the province. The SCNs are the structures that enable this. The intent is to use integrated multidisciplinary teamwork, and evidence-informed pathways spanning the continuum of both acute and chronic care, to enable the successful implementation of improvement strategies, with a measurement framework to support and manage them. In short, SCNs are about improving the outcomes and value of the health system.

## Structures

Supported by many working groups, each SCN has a non-hierarchical guiding coalition—a core committee of approximately 30, including the perspectives of patients, clinicians, clinical operations, research, and policy-making. In this way, the SCNs offer novel approaches to change initiatives. They are not “top-down” structures that try to implement programs and projects designed by others. To the contrary, SCNs have proactively engaged interested and knowledgeable individuals within AHS, and its partners, to become SCN members who lead and own “bottom-up” innovation and improvement in health and healthcare, based on evidence.

All operational groups and provincial clinical services participate actively in the network, and each network functions within all zones and provincial clinical services. Each SCN is developing a broad membership base, in which frontline staff from across care settings, facilities, and community services contribute as members, sit on program committees, and/or

**Table 1.** List of current SCNs

- Additions and mental health
- Bone and joint health
- Cancer
- Cardiovascular health and stroke
- Critical care
- Diabetes, obesity, and nutrition
- Emergency
- Maternal, newborn, child, and youth
- Respiratory health
- Seniors health
- Surgery

Proposed SCNs: primary healthcare, kidney care, gastrointestinal health, neuroscience, and public population and Aboriginal health

Abbreviation: SCN, Strategic Clinical Network

<sup>1</sup> University of Calgary, Calgary, Alberta, Canada.

<sup>2</sup> Alberta Health Services, Calgary, Alberta, Canada.

<sup>3</sup> Alberta Health Services, Edmonton, Alberta, Canada.

## Corresponding author:

Tom Noseworthy, Sidney, British Columbia, Canada.

Email: [tnosewor@ucalgary.ca](mailto:tnosewor@ucalgary.ca)



participate in working groups. Members provide input to help generate best practice and actively participate in the implementation and spread of quality improvements. Hence, the SCNs improve the ability to scale up innovation to provincial levels.

A dyad, or partnership, comprised of a Senior Provincial Director and a Senior Medical Director, leads each SCN. Each SCN also has a Scientific Director whose role it is to ensure research connections and the development of partnerships with the academic communities for knowledge production and action. The leadership team is strengthened by the core membership, with a province-wide team of carefully chosen clinicians, strategy and administrative leads, communities, government, patients, and academic partners. The core membership sets priorities, directs plans, and stimulates activities of the network and actively works with identified members in operations and on the frontlines across the province. Patients and communities are engaged in each SCN as experts and equal SCN members. This provides grassroots input to SCN priorities and plans and provides feedback on progress against objectives.

## Processes

Through a programmatic model in each zone and provincial clinical service, SCNs work collaboratively. They integrate with relevant clinical departments and sections, and with senior and facility medical directors, to ensure the essential engagement of physicians and other AHS clinicians and to put provincial strategies into local context. They actively work with their partners to understand care gaps, clinical variation, and disparities in care across the province.

There are several strategies and processes used to ensure effective SCN collaboration and collective efficiency. The 13 key functions of SCNs are shown in Table 2. All SCNs are represented by their dyad leaders on the SCN Leadership Committee, where they are able to share their challenges, their lessons learned, and their plans to collaborate and work with other SCNs. In addition, to avoid traditional medical silos, SCN leaders meet in subgroups to identify common needs and interests in treatment or prevention strategies or specific clinical care pathway development. The SCNs identify and build shared resources and infrastructure wherever possible and, where common needs dictate, shared solutions. A small number of high priority and high value cross-cutting provincial projects of SCNs are in progress and a few are described. The goal of each is to improve the clinical outcomes for patients across the care continuum.

Several important processes are in place to support or evaluate the SCNs.

- **Business case development:** The emphasis is on building a robust case for the innovation, showing clinical benefits and value for money. Return on investment is emphasized and included in measurement of the actual versus expected results.
- **Dragon's Den-like process:** It is used to sharpen the quality and relevance of the business cases. Using a three-person distinguished group of reviewers, the

**Table 2.** Functions of SCNs

Improve value for money in AHS by improving quality and sustainability (invest/disinvest) with evidence
Define appropriate allocation of available resources
Develop evidence-informed, best practice-based care models and pathways (and implement)
Develop and disseminate measures and performance across all six quality dimensions
Assess and reassess technologies and enable evidence development
Prioritize outcomes and interventions for improvement across care continuums
Undertake a long-term view of needs and service developments
Support and—where applicable—lead population and public health
Engage clinical experts, users, researchers, patients, and members of the public in achieving SCN goals
Implement, evaluate, and optimize innovative service delivery models
Within the Academic Health Network, proactively develop and use research to solve clinical problems of importance
Identify innovations and, with AHN and government partners, initiate commercialization
Develop outcome improvement agreements in accordance with AHS and zone strategic and planning processes (resources and change management)

Abbreviations: AHS, Alberta Health Services; AHN, Academic Health Network

process improves the case and may be used as one means of priority-setting.

- **Patient advisers and community-engaged researchers:** They have been used for providing the patient voice to SCN deliberations and actions. The community-engaged researchers are provided with a 1-year curriculum that increases their understanding and ability to participate in research. Thirty such trainees have now completed their studies and are engaged in a variety of work in which SCNs need an informed patient voice, willing, and able to participate in and strengthen patient-oriented research, practice, and policy.
- **Maturity framework:** It is used for internal evaluation and benchmarking, measuring the expected maturation and development of an SCN, with comparability to other SCNs. Key characteristics are measures, such as stakeholder engagement and relationship management, planning and priority-setting, and performance measurement and management.
- **External evaluation:** It is being externally funded by a peer-reviewed grant and conducted by independent university faculty. It is multi-dimensional in nature, longitudinal, and comprehensive in scope.

## Early outcomes

The SCNs are only as successful as the quality of their collaboration with personnel in clinical operations. Each SCN

has advanced a body of work generated from the ideas of clinicians and approved for implementation by management and decision-makers. Examples of clinical projects in selected SCNs follow.

### **Cardiovascular and stroke health SCN:**

#### ***Stroke action plan***

The goal of the stroke action plan is to ensure patients, having strokes anywhere in Alberta, receive stroke unit equivalent care, usually only available in larger centres. This is combined with early supportive discharge in regional, rural, and remote parts of the province, bringing rehabilitation teams into the homes of stroke survivors. The goal is to reduce morbidity and 30-day mortality, reduce acute care length of stay, accelerate access to stroke rehabilitation, and achieve better outcomes for patients. Thus far, 14 small centres across Alberta have implemented the new model of care, reaching over 1,300 patients province-wide. Early results show reductions in average length of hospital stay by half, improved access to rehab, and better stroke outcomes. This work won the coveted co-chairs award at the 2014 Canadian Stroke Congress for most innovative patient care program.

### **Seniors health and addictions/mental health SCNs:**

#### ***Appropriate use of antipsychotics in LTC***

The goal of Appropriate Use of Antipsychotics (AUA) is to reduce the use of antipsychotic medication within LTC facilities. The utilization of these medications to manage the challenging behaviours of patients with cognitive and behavioural disorders, and delirium and dementia, has been rising in the recent decades. However, antipsychotics increase the risk of adverse events, sudden death, agitation, confusion, and falls as well as reduce the ability to communicate. The AUA project helps staff find alternative treatments such as music, exercise, and art. It also ensures residents, families, physicians, and staff work together to investigate and trial innovative approaches to help reduce agitation and anxiety. Eleven early adopter sites have implemented, and the program has reduced inappropriate antipsychotic use by 20%. This means that of the 657 beds in which there has been impact, one-third of all residents have been removed from antipsychotics without negative consequences. The network is now spreading and scaling the program to all 14,000 LTC beds across Alberta. The team is also supporting work nationally with the Canadian Foundation for Healthcare Improvement by sharing tools and techniques with other sites in Canada.

### **Surgery SCN: Safe Surgery Checklist**

The goal of the Safe Surgery Checklist (SSC) project is improvement in surgical safety, through implementation and sustained use of the SSC across the 59 surgical sites in Alberta. The SSC consists of 3 segments—brief, timeout, and debrief (modeled after World Health Organization standard), including

participation of all team members (surgeon, anesthesiologist, and nurse). The SSC was previously approved by AHS and reported as being implemented in Alberta in 2011. However, with the introduction of observational audits, the data revealed a compliance rate of only 47%. Working with a wide array of partners, and with the support of the SCN, a plan to achieve 100% compliance was implemented. The province is now reporting 94% compliance across all zones within Alberta and is targeting 100%. The network created tools for training, auditing, and monitoring, including materials for patients and families. There has been a reduction in “never” events and the number of “good catches” (as a result of using the checklist) ranging from 2% to 6% per quarter. In the last provincial report, there was a 3.5% reduction in errors across the province. A unique teaching tool—Muppet Surgery Podcast—has been developed for patients, family, staff, and students and is available on iTunes for download.

These outcomes are promising but early. Several other SCN projects are well underway and currently being evaluated. While the results are not yet finalized, signals suggest significant improvements in the six dimensions of quality.

## **Conclusions**

The novel aspect of this work is the multi-stakeholder structures and processes, with the potential for provincial-level scale and outcomes. Moreover, the addition of research and analytic personnel and infrastructure is having impact on improved measurement and evidence-based decision-making.

However, implementing and sustaining SCNs has not been, and will not be, without challenge. This is particularly true, given the recent and worsening fiscal environment in Alberta. This may lead to progressive underinvestment in SCNs and inability to get the work done. The Primary Health Care SCN has been delayed. Yet, it is fundamental to improving the interface and integration of the health facilities to the primary healthcare sector in the Alberta health system. At the same time, the breadth of expectations will need to be managed, given the need to focus on and finish work on agreed priorities. Finally, sustained efforts are required to give a voice to patients and clinicians. In the former case, we are continuously learning how best to do this. In the latter, clinicians are central to the SCNs. Yet, the political context in Alberta, and prolonged and controversial fee negotiations 2 years ago between government and doctors, has influenced trust and engagement.

Viewed from the perspective of structure, process, and outcome, the SCNs have illustrated the ability to create province-wide, clinically driven change and innovation within Alberta. Despite structuring SCNs to focus on a defined population, multiple means are in place to maintain broad system and integrative perspectives by encouraging pan-SCN initiatives. The ability to action evidence-based improvements, and to scale/spread these across the system, points to the opportunity available for leveraging change at a provincial level.

**Note couverture**

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 5 décembre 2017

**Objet : Expérience d'un patient – L'importance de la présence de la famille**

Monsieur Pierre Paillard a nécessité des soins de santé à l'Hôpital régional d'Edmundston en mars 2016. Il partagera son expérience comme patient et l'importance de la présence de sa famille durant son hospitalisation, qui fut d'une durée de 6 semaines.

De plus, il a participé comme patient partenaire à la cybercollaboration « Meilleurs ensemble : Main dans la main avec la famille » offert par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. Le but de cette collaboration était de mettre en place l'approche de la présence de la famille ou du partenaire de soins au sein du Réseau de santé Vitalité. Il a également participé au groupe de discussion sur l'expérience patient lors de la visite d'Agrément Canada de juin 2017.

De cette initiative a découlé la mise en place de la politique sur la présence de la famille / partenaire de soins. Cette nouvelle politique encourage la présence familiale 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 décision ainsi que de demeurer au chevet du patient à toute heure du jour ou de la nuit afin d'offrir le soutien émotionnel et physique dont le patient a besoin.

Pour la rencontre, nous avons un témoignage direct de M. Paillard avec l'appui de Mme Mélanie Morin, conseillère à l'expérience patient. Une présentation est jointe à la documentation.

Soumis le 24 novembre 2017 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité et Services généraux

# **L'importance de la présence de la famille**

## **Histoire d'un patient**

**Présentation au Conseil d'administration**

**Le 5 décembre 2017**

# Présentation du patient

- M. Pierre Paillard
- Contexte
- Patient partenaire:
  - Cybercollaboration main dans la main
  - Visite d'Agrément Canada 2017

# Expérience vécue par M. Paillard

- Mon histoire
- L'expérience vécue lors de mon hospitalisation
- Ce que la présence de ma famille m'a apporté

# Présence de la famille ou du partenaire de soins



**Visites et  
présence  
au chevet  
du patient**

# La raison d'être du changement

- Favoriser le rétablissement du patient dans un environnement qui respecte son droit à la vie privée.
- Favoriser une approche de soins centrée sur le patient et la famille en encourageant la présence et la participation de la famille afin de répondre aux besoins du patient et de respecter ses préférences.





# En quoi consiste cette approche?

- Le Réseau de santé Vitalité reconnaît que la famille ou le partenaire de soins fait partie intégrante du processus de guérison du patient.
- Le membre de la famille/partenaire de soins = membre essentiel de l'équipe de soins de santé.
- Soutien et du réconfort au patient.
- Sécurité du personnel et des patients et du respect de la confidentialité et la vie privée.



# En quoi consiste cette approche (suite...)

- Le personnel s'assure de la tranquillité (heures de repos) qui favorise un environnement propice à la guérison.
- Nombre de personnes au chevet du patient.
- La présence des enfants au chevet du patient.
- Accès durant la nuit.
- Bruits et comportements perturbateurs.



# Les avantages

- ✓ Amélioration de la qualité des soins
- ✓ Meilleure expérience patient
- ✓ Diminution des risques
- ✓ Meilleure coordination des soins
- ✓ ↓ La durée de l'hospitalisation
- ✓ ↓ Les réadmissions à l'hôpital
- ✓ ↓ Les coûts

**Merci!**



Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 5 décembre 2017

Objet : **Relations avec la communauté/services offerts**

Il n'y aura pas de présentation des relations avec la communauté ou des services offerts à cette réunion.  
Ce sujet est remis à la prochaine réunion.

Soumis le 24 novembre 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

## Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 5 décembre 2017

Objet : **Processus de priorisation et de financement des projets capitaux**

Vous trouverez ci-joint une présentation sur le processus de priorisation et de financement des projets capitaux pour l'année **2017-2018** conformément au budget annoncé par le ministère de la Santé soit :

**Budget d'immobilisation à long terme (projets majeurs)**

Total : 62,868,000 \$ dont :

- 21,2 M \$ (Services chirurgicaux au CHU Dr-Georges-L.-Dumont)
- 13,8 M \$ (Centre provincial d'excellence pour jeunes à Campbellton)
- 27,4 M \$ (Agrandissement et rénovations à l'Hôpital régional Chaleur)
- 468,000 \$ (Agrandissement et rénovation au Centre de santé de Paquetville)

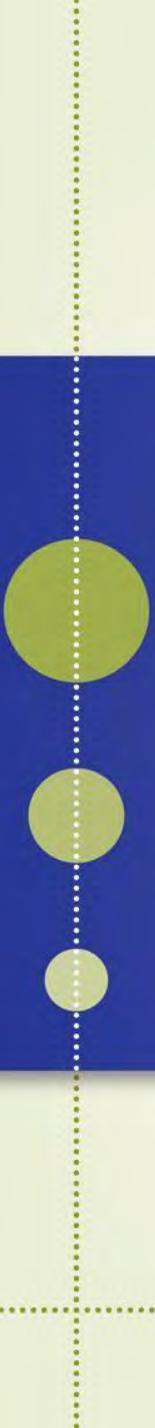
**Budget d'amélioration des immobilisations (CIPR)**

Total : 2,890,000 \$ dont :

- 500,000 \$ (remplacement des systèmes de contrôle pour les ascenseurs à l'Hôpital régional de Campbellton)
- 250,000 \$ (remplacement d'une partie des disjoncteurs du système électrique d'urgence au CHU Dr-Georges-L.-Dumont)
- 500,000 \$ (remplacement des systèmes de contrôle pour les ascenseurs à l'Hôpital régional d'Edmundston)
- 180,000 \$ (remplacement d'une partie des disjoncteurs du système électrique d'urgence à l'Hôpital régional de Campbellton)
- 400,000 \$ (remplacement des systèmes de cloches d'appel des niveaux 2 et 3 à l'Hôpital régional d'Edmundston)
- 100,000 \$ (remplacement du système d'interphone désuet au CHU Dr-Georges-L.-Dumont) – Plans et devis complétés
- 250,000 \$ (mise à niveau des contrôles du système de tube pneumatique au CHU Dr-Georges-L.-Dumont)
- 200,000 \$ (mise à niveau des contrôles du système de tube pneumatique à l'Hôpital régional d'Edmundston)
- 260,000 \$ (remplacement du réservoir pour le mazout à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus Caraquet)
- 250,000 \$ (mise à niveau du système électrique du Service dialyse à l'Hôpital de Tracadie-Sheila)

Monsieur Martin Pelletier, directeur principal des Services de soutien fera une présentation de ces projets pendant la rencontre et répondra aux questions des membres. La présentation est jointe à cette note couverture.

Soumis le 24 novembre 2017 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance, Qualité et Services généraux



# Processus de priorisation et de financement des projets capitaux

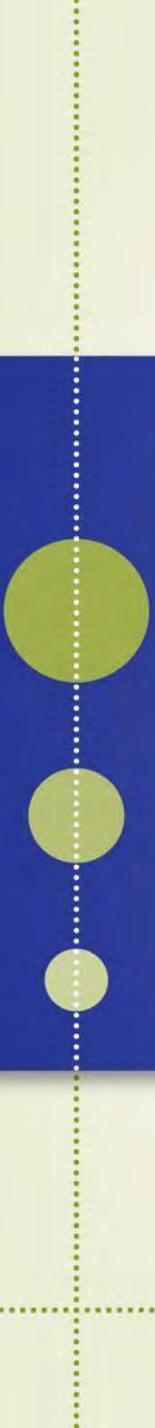
# Processus de priorisation et de financement

- La Régie de la santé Vitalité tient à jour un plan quinquennal des besoins en projets capitaux.
- Un processus interne est en place pour identifier les besoins en lien avec nos priorités organisationnelles (plan stratégique, désuétude des lieux, programmes fonctionnels et directeurs, etc.) et l'évaluation des demandes.
- Des critères de priorisation sont utilisés par le Comité régional d'équipement et l'équipe multidisciplinaire des projets de construction afin d'établir les priorités et recommander l'approbation à l'Équipe de leadership et ensuite au Comité des finances et de vérification du Conseil d'administration.

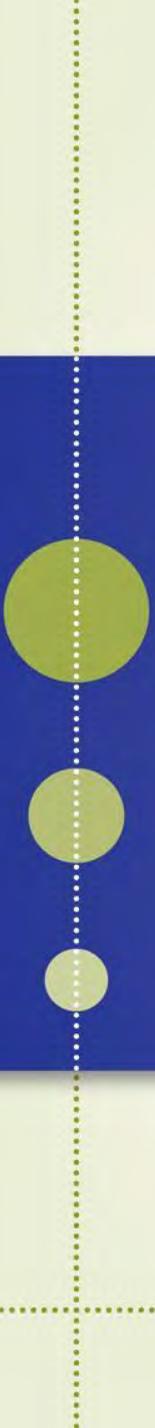


# Processus de priorisation des projets capitaux et financement

- Les priorités annuelles doivent être soumises au ministère de la Santé à chaque année selon un cycle de planification intégré entre la Régie et le Ministère. *Cette année, le Ministère a demandé le dépôt des priorités au début septembre* contrairement à la mi-novembre habituellement.
- Le Ministère approuve les projets capitaux et le financement pour l'année suivante lors de la présentation du budget capital. (habituellement annoncé publiquement en décembre ou début janvier).



# Mise à jour des projets majeurs de construction 2017-2018



# Région Beauséjour

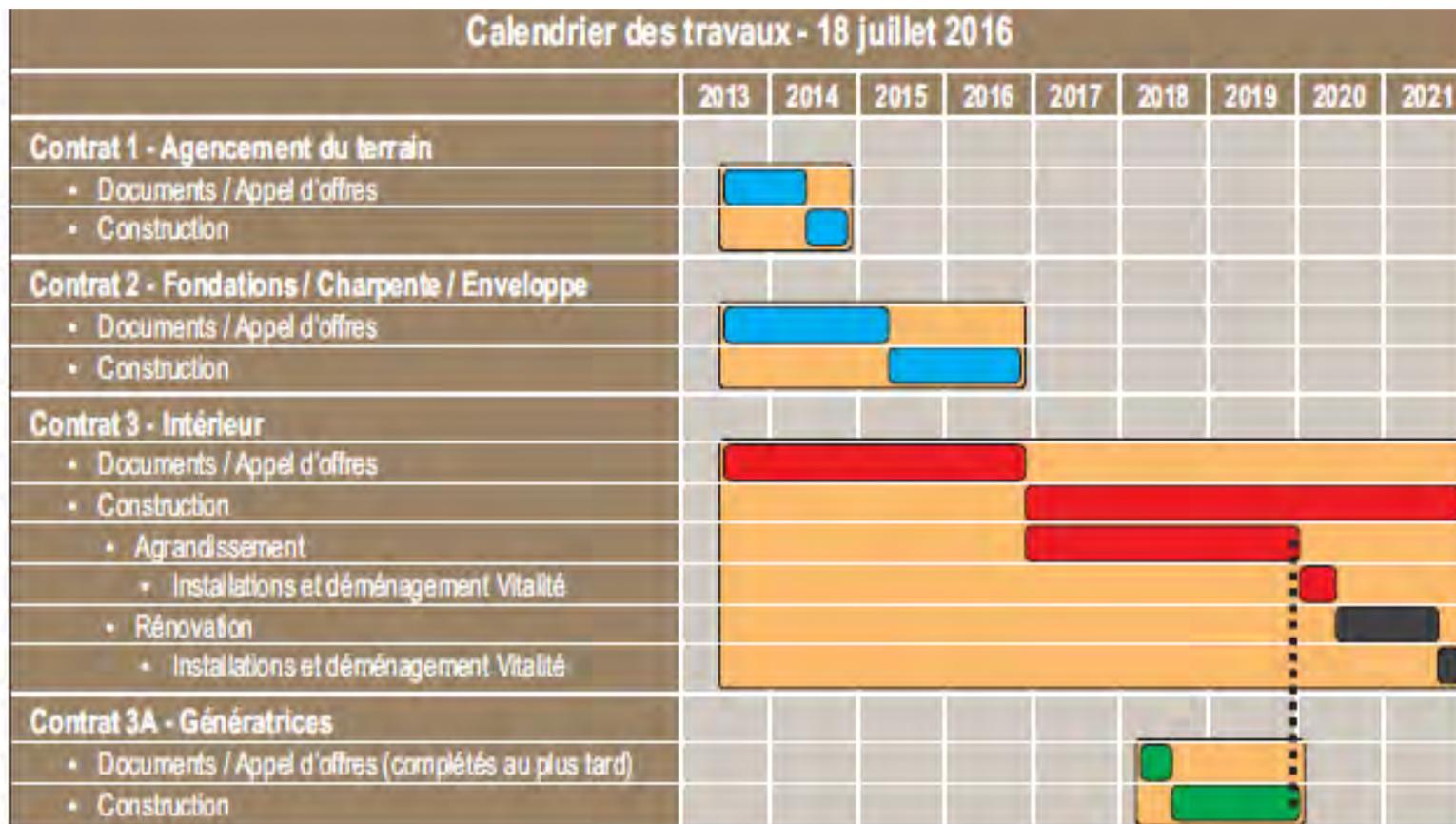
# Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L-Dumont



# Services chirurgicaux et soins intermédiaires

- Budget total prévu du projet – 101 M \$
- Budget annoncé 2017-2018 par le ministère de la Santé : 21,2 M \$
- Budget total pour les équipements: 9,72 M \$ (2018-2021)
- Situation actuelle :
- Construction enveloppe extérieure complétée
- Construction des aménagements intérieurs 56 M \$ par Pormerleau débutée depuis avril 2017
- Mise en service du bloc opératoire prévue en juillet 2020
- Mise en service des soins intermédiaires prévue en novembre 2021

# Services chirurgicaux et soins intermédiaires

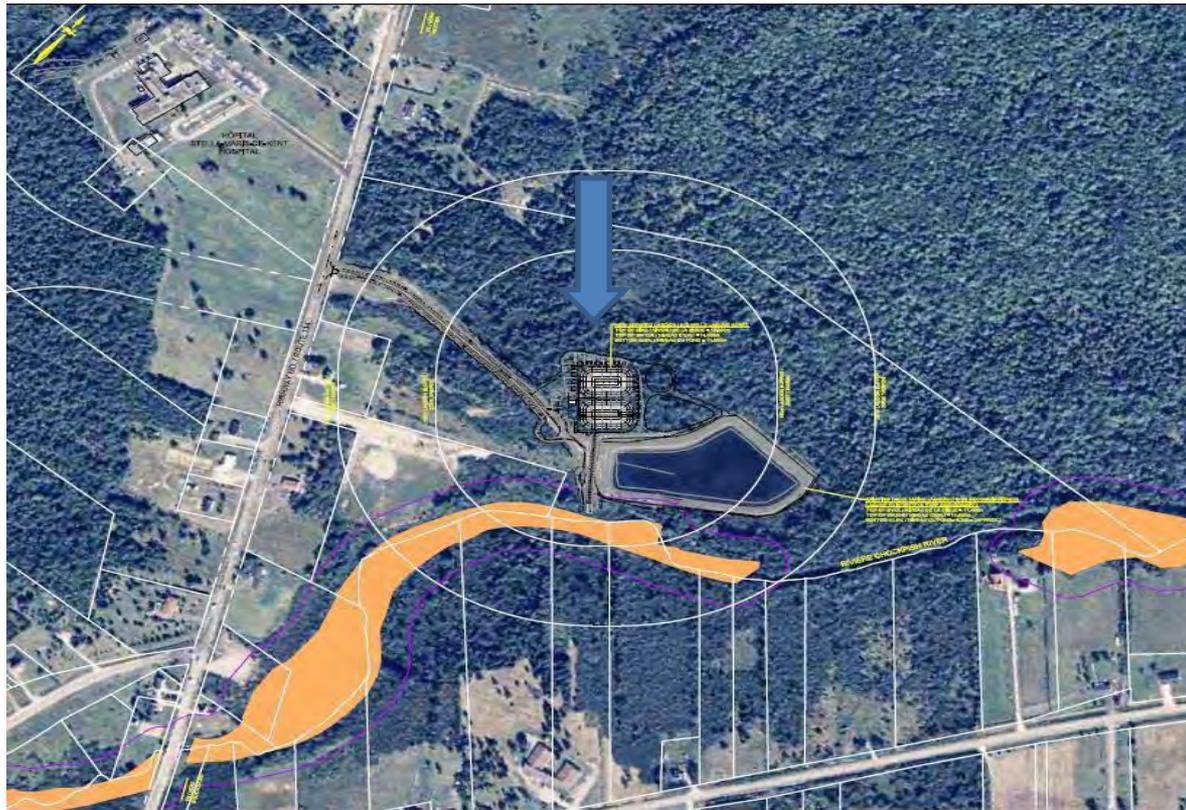


## Bassins traitement des eaux usées

- Budget total prévu du projet – 1,65 M \$
- Budget annoncé par le ministère de la Santé (2016-2017): 800 000 \$
- Phase 1 : exécutée de septembre 2015 à novembre 2015 - Construction du chemin d'accès et des deux bassins
- Phase 2: Construction de l'usine d'aération débutée en 2016 et terminée à l'été 2017

# Hôpital Stella-Maris-de-Kent

## Bassins traitement des eaux usées

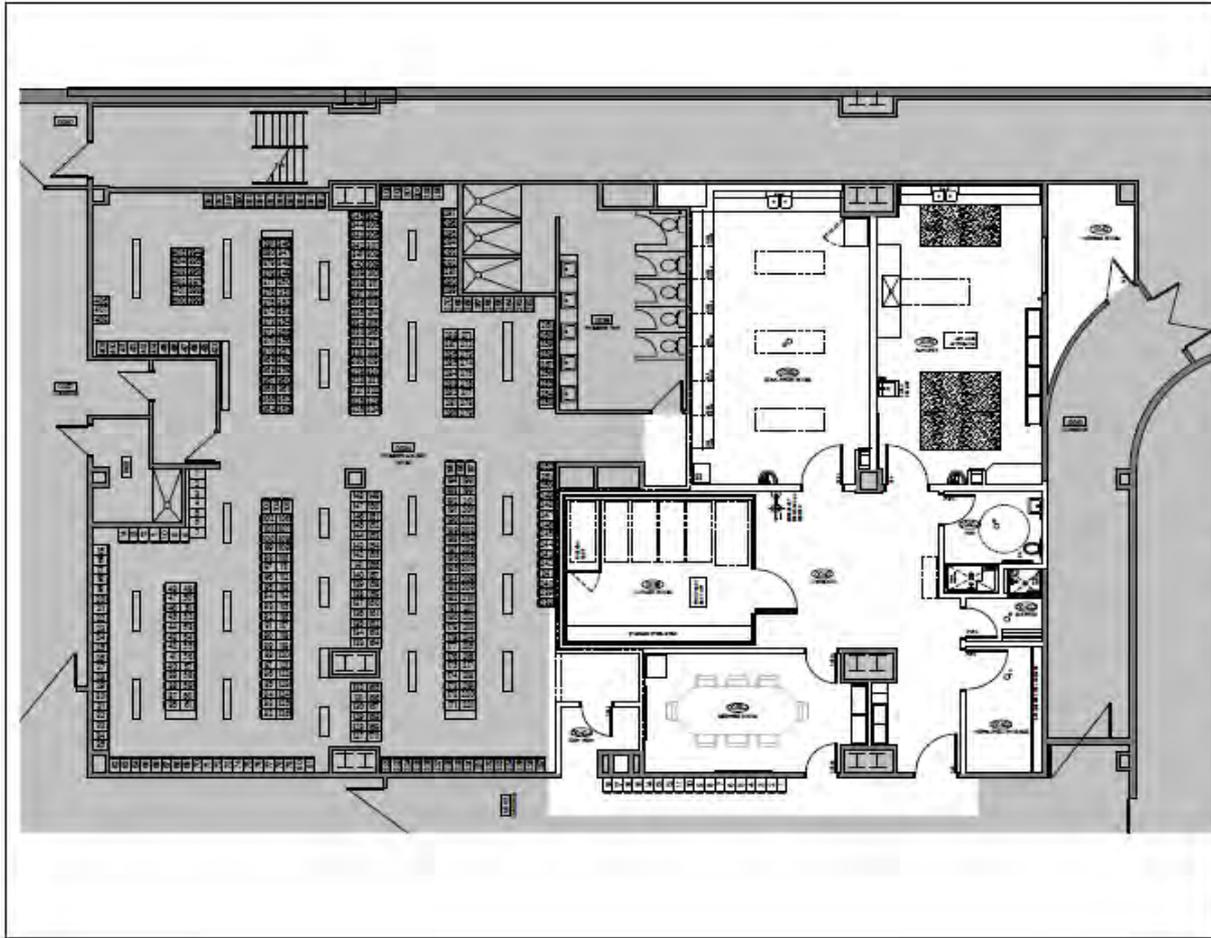




# Relocalisation du Laboratoire d'anatomie et de la Morgue au CHU Dr-Georges-L.-Dumont

- Budget : 2,1 M \$, coûts partagés entre le Réseau et le Centre de formation médicale (CFM).
- Nouvel espace de 2,500 pi<sup>2</sup> remplacera de l'espace présent de 650 pi<sup>2</sup> et qui inclus :
  - salle de réunion
  - salle d'éducation
  - espace de visionnement en plus d'une salle d'autopsie
  - un réfrigérateur adapté
- Début de la construction: juin 2017
- Fin des travaux : début décembre 2017

# Nouvelle morgue au CHU Dr-Georges-L.-Dumont

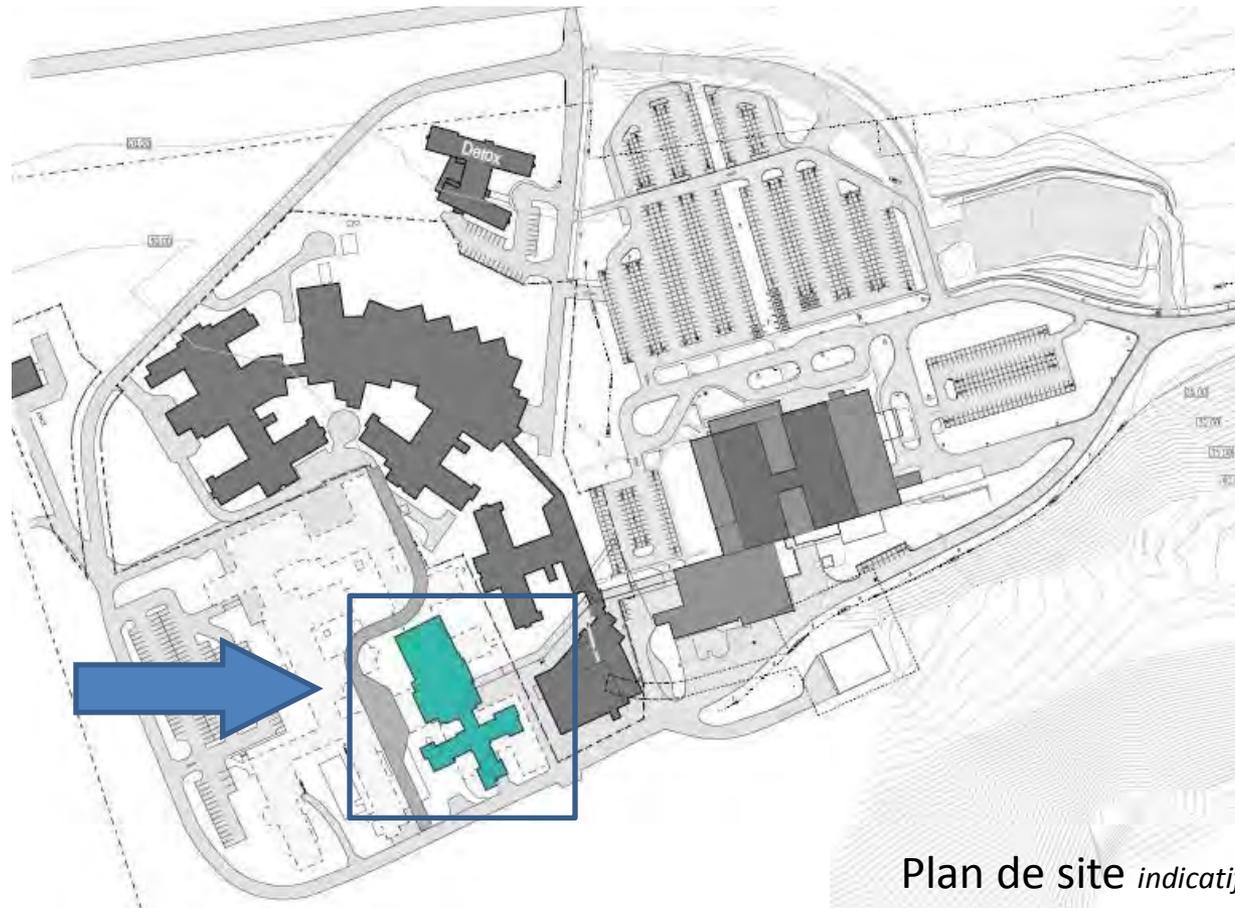


# Région Restigouche

# Centre provincial d'excellence pour jeunes

- Budget annoncé pour 2017-2018 : 13,8 M \$
- Résultat de l'appel d'offres du 11 sept. 2017 phase 1 : 15,43 M \$, par Foulem Construction.
- Signature du contrat par le MTI à venir , demande d'ajustement de budget en cours par le Ministère qui inclura également des montants pour un nouveau stationnement de 200 places dédiés aux employés.
- Nouvel édifice : 28 000 pi<sup>2</sup> , un niveau raccordé au circuit de passerelles internes existantes (avec le CHR et l'HRC).
- Construction de la phase 1 prévue pour le début de 2018.
- Construction de la phase 2 (travaux d'aménagements extérieurs) prévue début 2019
- Date de mise en service : mi-octobre 2019.

# Centre Hospitalier Restigouche



Plan de site *indicatif seulement*

# Région Acadie-Bathurst

# Agrandissement et rénovations Hôpital régional Chaleur



Agrandissement de  
7 étages = 22 000m<sup>2</sup>  
total de nouvelle  
superficie.

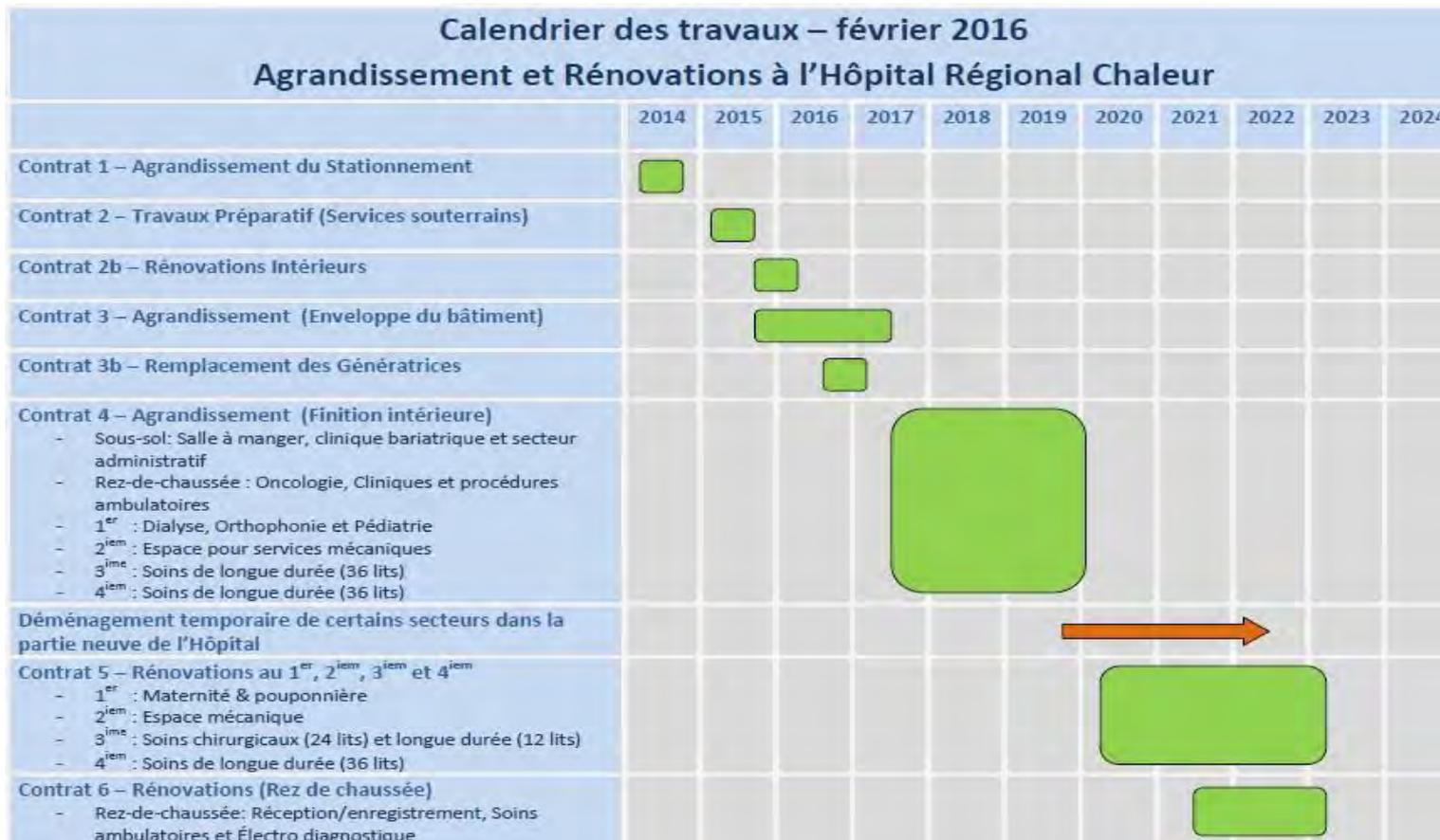
Rénovation de 6  
étages = 11 500m<sup>2</sup>  
total de superficie  
existante affectée.

# Agrandissement et rénovations Hôpital régional Chaleur

- Budget total prévu du projet : 217 M \$ (dont 144 M \$ en budget de construction)
- Budget annoncé par le ministère de la Santé (2017-2018) : 27,4 M \$
- Budget total pour les équipements (en révision): 10,5 M \$
- Situation actuelle :
- L'enveloppe du bâtiment complétée octobre 2017 par Foulem construction.
- Contrat n° 4 (intérieur et rénovations) octroyé en juillet 2017 à Pomerleau construction.
- Ouverture unités de soins de longues durées (72 lits des 144) prévue au début 2020 en plus de la dialyse, orthophonie et pédiatrie, secteur administratif, etc.
- Contrat n° 5/6, rénovations des autres unités de soins (72 lits des 144) : 2020 à 2024



# Agrandissement et rénovations Hôpital régional Chaleur

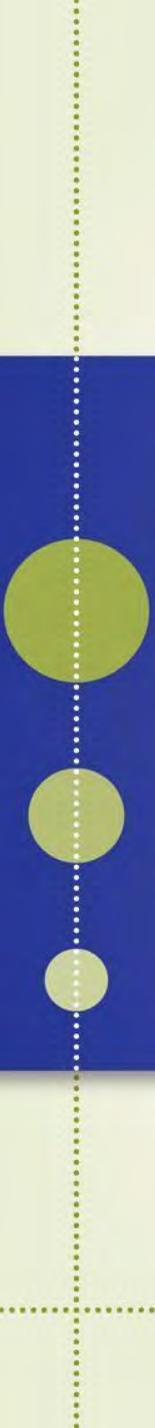


# Centre de santé de Paquetville



# Centre de santé de Paquetville

- Budget annoncé par le ministère de la Santé (2017-2018) : 468 000 \$
- Agrandissement (1000 pi.ca.) et rénovation (1 600 pi.ca.) du centre actuel
- Ajout d'un service de phlébotomie et d'espaces pour l'équipe multidisciplinaire, services de télé santé, etc.)
- Construction débutée en octobre 2017 et mise en opération prévue en mars 2018



# Région Nord-Ouest

# Unité de soins mère-enfant Hôpital régional d'Edmundston

- Budget: 2 M \$ annoncé en 2017
- Regroupement de l'unité de pédiatrie et d'obstétrique au 2<sup>ème</sup> étage, avec les chambres d'accouchement et les salles de césariennes existantes
- Permet d'apporter des améliorations au 2<sup>ème</sup> étage
- Projet prévu débuter année 2018-2019

# Projets capitaux d'amélioration des immobilisations pour 2017-2018

Zone	Établissement	Titre du projet	Montant
5	Hôpital régional de Campbellton	Remplacement des systèmes de contrôle pour les ascenseurs	500,000 \$
1B	CHU Dr-Georges-L.-Dumont	Remplacement d'une partie des disjoncteurs du système électrique d'urgence	250,000 \$
4	Hôpital régional d'Edmundston	Remplacement des systèmes de contrôle pour les ascenseurs	500,000 \$
5	Hôpital régional de Campbellton	Remplacement d'une partie des disjoncteurs du système électrique d'urgence	180,000 \$
4	Hôpital régional d'Edmundston	Remplacement des systèmes de cloches d'appel des niveaux 2 et 3	400,000 \$
1B	CHU Dr-Georges-L.-Dumont	Remplacement du système d'interphone désuet	100,000 \$
1B	CHU Dr-Georges-L.-Dumont	Mise à niveau des contrôles du système de tube pneumatique	250,000 \$
4	Hôpital régional d'Edmundston	Mise à niveau des contrôles du système de tube pneumatique	200,000 \$
6	Hôpital de l'Enfant-Jésus Caraquet	Remplacement du réservoir pour le mazout	260,000 \$
6	Hôpital de Tracadie-Sheila	Mise à niveau du système électrique du Service dialyse	250,000 \$
<b>TOTAL :</b>			<b>2,890,000 \$</b>

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 5 décembre 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 24 novembre 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!