

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL 

Point 3

<b>Titre de la réunion :</b>	Conseil d'administration	<b>Date et heure :</b>	Le 17 avril 2018 à 13 heures		
<b>But de la réunion :</b>	Réunion publique	<b>Endroit :</b>	Centre Hospitalier Restigouche Gymnase		
<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			
<b>Invités</b>					
Bruno Battistini		Dre Ben Amor		Brigitte Sonier-Ferguson	
Dr Michel Landry		Dre Witkowski		Yves Goudreau	
<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 13 février 2018</b>				D	✓
<b>6. Questions découlant du procès-verbal et suivis</b>					
<b>7. Rapport du président-directeur général</b>				I	✓ ✓
<b>8. Rapports des comités</b>					
8.1 Comité exécutif (aucune réunion)					✓
8.2 Comité de gouvernance et de mise en candidature (26 mars 2018)				D	✓ ✓
8.3 Comité des finances et de vérification (27 mars 2018)				D	✓ ✓
8.4 Comité du service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité (27 mars 2018)				D	✓ ✓
8.5 Comité stratégique de la recherche et de la formation (12 mars 2018)				D	✓ ✓
8.6 Comité médical consultatif (rapport – 20 mars 2018)				D	✓ ✓
8.7 Comité professionnel consultatif (rapport – 28 mars 2018)				D	✓ ✓

Légende :

Pour :

Documents :

D = Décision

I = Information

C = Consultation

NC = Note couverture NI = Note d'information

AD = Autres documents

<b>9. Privilèges temporaires des médecins</b>	D	✓		✓
<b>10. Correspondance</b>	I	✓		✓
<b>11. Documentation pour les membres</b>	I	✓		✓
11.1 Why some patients who do not need hospitalization cannot leave (Sonia A. Roy)				
11.2 Collectif pour le vieillissement en santé et soins (Claire Savoie)				
<b>12. Histoire d'une expérience d'un patient</b>				
12.1 Clinique d'anticoagulothérapie - Présentation	I	✓		✓
<b>13. Relations avec la communauté/services offerts</b>				
<b>14. Autres</b>				
14.1 Annonce : cliniciennes-chercheuses	I	✓		
14.2 Étude des laboratoires	D		✓	✓
14.3 Cyber sécurité	D	✓		✓
14.4 Plan régional de santé et d'affaires 2018-2019	D	✓		✓
<b>15. Levée de la réunion</b>	D			
<b>16. Évaluation de la réunion</b>	C	✓		✓
<b>17. Dialogue avec le public</b>				

Légende :

Pour :

Documents :

D = Décision

I = Information

C = Consultation

NC = Note couverture

NI = Note d'information

AD = Autres documents

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL 

Point 5

<b>Titre de la réunion :</b>	Conseil d'administration	<b>Date et heure :</b>	Le 13 février 2018 à 13 heures		
<b>But de la réunion :</b>	Réunion publique	<b>Endroit :</b>	Best Western Plus - Bathurst Salle Tetagouche		
<b>Présidente :</b> <b>Secrétaire :</b>	Michelyne Paulin 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	x
<b>Membres d'office</b>					
Gilles Lanteigne	√	Dre Nicole LeBlanc	√	Janie Levesque	√
<b>Équipe de leadership</b>					
Gisèle Beaulieu	√	Dre France Desrosiers	√	Stéphane Legacy	√
Réjean Bédard (remplace Pierre Verret)	√	Jacques Duclos	√	Johanne Roy	√
<b>PROCÈS-VERBAL</b>					
<b>1. Ouverture de la réunion</b> L'ouverture de la réunion a lieu à 13 h 05.					
<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'ordre du jour</b> L'ordre du jour est présenté pour approbation.  <b><u>MOTION 2018-02-13 / 01P</u></b> Proposé par Denis M. Pelletier Appuyé par Emeril Haché Et résolu que le Conseil d'administration adopte l'ordre du jour. <b>Adoptée à l'unanimité.</b>					
<b>4. Déclaration de conflit d'intérêts</b> Aucun conflit d'intérêts n'est déclaré.					
<b>5. Adoption du procès-verbal de la réunion du 5 décembre 2017</b> Le procès-verbal de la réunion publique du Conseil d'administration du 5 décembre 2017 est présenté pour approbation.  <b><u>MOTION 2018-02-13 / 02P</u></b> Proposé par Sonia A. Roy Appuyé par Wes Knight Et résolu que le Conseil d'administration adopte le procès-verbal de la réunion publique du Conseil d'administration du 5 décembre 2017. <b>Adoptée à l'unanimité.</b>					
<b>6. Questions découlant du procès-verbal et suivis</b>					
<b>6.1 Privatisation de services</b> La gestion du Programme extra-mural vers Medavie a été transférée le 1er janvier 2018. À la demande du ministère de la Santé, les deux réseaux de santé ont accepté de collaborer afin d'assurer la transition de certains services de soutien. Ce support ne devrait pas s'étendre au-delà du 30 juin 2018 et pour l'instant rien ne laisse présager que cette collaboration sera requise plus longuement. Toujours tel que convenu, les					

services de réadaptation scolaire ont été maintenus avec les réseaux de santé.

Pour ce qui est des services d'entretien ménager, alimentaire et de brancardiers, on se souviendra que la dernière mise à jour faisait état de la création de plusieurs chantiers de travail sous la gouverne des ministres Gilles LePage, Roger Melanson, Cathy Rogers, Benoît Bourque et Bill Fraser de leaders syndicaux Patrick Colford, Daniel Légère, Lana Payne et Paula Doucet. Le comité directeur supervisera cinq groupes de travail qui échangeront des idées et formuleront des recommandations au gouvernement lorsqu'il y aura un consensus. Un de ces chantiers se concentre spécifiquement sur l'impartition de services publics au secteur privé. Madame Gisèle Beaulieu fait partie de ce comité de travail. À ce jour, il y a eu quelques rencontres. Les travaux progressent normalement et ils devraient aboutir sur des recommandations au comité de gouvernance qui par la suite serait acheminée au gouvernement. Entre-temps, le premier ministre a annoncé qu'il pourrait possiblement ne pas donner suite au projet de privatisation des services de l'entretien ménager, alimentaires et de brancardiers.

## 7. Rapport du président-directeur général

Le rapport du président-directeur général ici-bas couvre la période du 18 novembre 2017 au 2 février 2018. Il vise à vous informer des principaux accomplissements envers l'atteinte de nos objectifs du Plan régional de santé et d'affaires 2017-2020 et des autres dossiers prioritaires pour le Réseau.

- Engagement du personnel et du corps médical
  - Le Réseau est résolument engagé dans la lutte contre le tabagisme
- Gestion des ressources financières et matérielles
  - Nouvel appareil de tomodensitométrie à l'Hôpital régional Chaleur
- Relations avec nos partenaires et groupes communautaires
  - Services de chimiothérapie à Grand-Sault et à Saint-Quentin
  - Journée portes ouvertes au Centre de santé communautaire St.Joseph
  - Programmes offerts dans les collectivités
- Gestion stratégique / Communication
  - Utilisation accrue des médias sociaux
  - Le Réseau de santé Vitalité est le 5<sup>e</sup> meilleur employeur au Canada selon Forbes!

### **MOTION 2018-02-13 / 03P**

Proposé par Jean-Marie Nadeau

Appuyé par Denis M. Pelletier

Et résolu que le Conseil d'administration remercie l'ensemble des employés du Réseau de santé Vitalité, ainsi que les médecins et les bénévoles, qui ont su faire connaître en haut lieu, dans la revue Forbes, l'appréciation de leur milieu de travail et que le Conseil d'administration félicite tous ceux qui ont contribué à ce sujet. Une lettre de remerciement sera acheminée à toi et elle sera publiée également dans les quotidiens.

**Adoptée à l'unanimité.**

- Mise en œuvre d'une culture de la qualité et de la sécurité des patients
  - Slogan pour promouvoir l'amélioration continue de la qualité
- Relations avec le Conseil d'administration
  - Rencontres et démarches de représentation

## 8. Rapports des comités

### 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 22 janvier 2018. Voici les sujets qui ont été soulignés :

- Politique et procédure CA-225 « Communications et relations publiques » (Motion 2018-01-22 / 03GMC)
- Politique et procédure CA-210 « Orientation des nouveaux membres » (Motion 2018-01-22 / 04GMC)
- Code de conduite et morale à l'intention des membres (Motion 2018-01-22 / 05GMC)
- Participation des membres aux comités



**MOTION 2018-02-13 / 04P**

Proposé par Lucille Auffrey

Appuyé par Jean-Marie Nadeau

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité de gouvernance et de mise en candidature de la rencontre du 22 janvier 2018.

**Adopté à l'unanimité.****MOTION 2018-02-13 / 05P**

Proposé par Denis M. Pelletier

Appuyé par Emeril Haché

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : Motion 2018-01-22 / 03GMC, Motion 2018-01-22 / 04GMC et Motion 2018-01-22 / 05GMC du Comité de gouvernance et de mise en candidature de la rencontre du 22 janvier 2018.

**Adopté à l'unanimité.**

On exprime que la politique du Code de conduite et morale à l'intention des membres semble très détaillée et on demande que le Comité de gouvernance et de mise en candidature se repenche sur cette politique. Le Code de conduite et morale fera l'objet d'une discussion lors d'une prochaine séance de travail en avril prochain.

**8.3 Comité des finances et de vérification**

Rita Godbout, présidente du comité, présente le rapport de la réunion du 23 janvier 2018. Voici les sujets qui ont été soulignés :

- Plan d'action – Recommandations des vérificateurs externes 2016-2017
- Plan d'atténuation des risques
- Politique et procédure « Recouvrement et radiation des mauvaises créances (MOTION 2018-01-23 / 03FV)
- Politique et procédure « Limite d'autorisation de dépenses (MOTION 2018-01-23 / 04FV)
- États financiers pour l'exercice se terminant le 30 novembre 2017 (MOTION 2018-01-23 / 05FV et MOTION 2018-01-23 / 06FV)

**MOTION 2018-02-13 / 06P**

Proposé par Rita Godbout

Appuyé par Pauline Bourque

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité des finances et de vérification de la rencontre du 23 janvier 2018.

**Adopté à l'unanimité.**

Un membre du Conseil mentionne que les patients qui sont hospitalisés à long terme; soit au-delà de leur période de soins actifs, est une problématique et est très coûteux. On explique que des démarches et de belles initiatives ont déjà été débutées avec l'équipe des Services cliniques, le ministère de la Santé et le développement social à ce niveau. Un article à ce sujet sera partagé par Madame Sonia A. Roy lors de la prochaine réunion du Conseil d'administration et le Conseil d'administration pourra avoir une discussion. On explique la complexité de la responsabilité du médecin qui veut s'assurer que les soins et services soient adaptés à leurs patients à l'extérieur de l'hôpital, au-delà de la signature du congé.

**MOTION 2018-02-13 / 07P**

Proposé par Emeril Haché

Appuyé par Denis M. Pelletier

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : MOTION 2018-01-23 / 03FV, MOTION 2018-01-23 / 04FV, MOTION 2018-01-23 / 05FV et MOTION 2018-01-23 / 06FV du Comité des finances et de vérification de la rencontre du 23 janvier 2018.

**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 23 janvier 2018. Voici les sujets qui ont été soulignés :

- État d'avancement des recommandations des Comités de revue
- Mise à jour – Agrément
- Visite d'agrément IQMH-2017 des laboratoires du Réseau de santé Vitalité (MOTION 2018-01-23 /

03SCGQS)

- Stratégie – Soins centrés sur le patient et la famille
- Tableau de bord stratégique et opérationnel (novembre 2017)

**MOTION 2018-02-13 / 08P**

Proposé par Norma McGraw

Appuyé par Brenda Martin

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 23 janvier 2018.

**Adopté à l'unanimité.**

**MOTION 2018-02-13 / 09P**

Proposé par Norma McGraw

Appuyé par Brenda Martin

Et résolu que le Conseil d'administration adopte la motion suivante : MOTION 2018-01-23 / 03SCGQS du Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité de la rencontre du 23 janvier 2018.

**8.5 Comité stratégique de la recherche et de la formation**

Il n'y a pas eu de réunion du Comité stratégique de la recherche et de la formation depuis la dernière réunion du Conseil d'administration.

**8.6 Comité médical consultatif**

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

- le nouveau processus d'octrois de privilèges avec échéanciers pour nominations 2018-2020
- l'élaboration d'un plan d'optimisation des services médicaux
- la révision des processus de certifications et d'octrois de privilèges
- un plan d'implantation de la nouvelle structure médicale et l'impact sur la structure organisationnelle de la chefferie médicale
- le développement d'un plan d'action pour le développement de la mission universitaire
- la révision du processus de plaintes

Dre LeBlanc présente également, en tant que présidente du comité, le rapport de la réunion du 16 janvier 2018. Voici les sujets qui ont été soulignés :

- Validation des indicateurs actuels du tableau de bord du CMC
- Rapports du CPC et CMPT
- Rapport régional des plaintes médicales
- Formulaire d'évaluation du médecin envers les exigences pour obtention de privilèges de pratique 2018-2020
- Calendrier des échéances en prévision des privilèges 2018
- Présentation : Vers l'établissement d'un Réseau universitaire : Plan d'action pour le développement de la mission universitaire
- Politique GEN.3.80.85 : Exacerbation aiguë-maladie pulmonaire obstructive chronique (MOTION 2018-01-16 / 02CMC)
- Politique pharmacie : Prescription de médicaments (MOTION 2018-01-16 / 03CMC)
- Politique pharmacie : Tests cliniques (MOTION 2018-01-16 / 04CMC)
- Dossier privatisation du programme extra-mural (MOTION 2018-01-16 / 06CMC)
- Demandes de nominations et de changements de nominations (MOTION 2018-01-16 / 08CMC)
- Nomination de chefs de départements (MOTION 2018-01-16 / 10CMC)

**MOTION 2018-02-13 / 10P**

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Sonia A. Roy

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 16 janvier 2018.

**Adopté à l'unanimité.**

**MOTION 2018-02-13 / 11P**

Proposé par Emeril Haché

Appuyé par Wes Knight

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : MOTION 2018-01-16 / 02CMC, MOTION 2018-01-16 / 03CMC, MOTION 2018-01-16 / 04CMC, MOTION 2018-01-16 / 06CMC, MOTION 2018-01-16 / 08CMC et MOTION 2018-01-16 / 10CMC du Comité médical consultatif de la rencontre du 16 janvier 2018.

**Adopté à l'unanimité.****8.7 Comité professionnel consultatif**

Janie Lévesque, présidente du comité, présente le rapport de la réunion du 9 janvier 2018. Voici les sujets qui ont été soulignés :

- Présentation du nouveau modèle de soins au Centre Hospitalier Restigouche (CHR)
- Révision du Code d'éthique
- Politique (ébauche) – Prescription de médicaments (MOTION 2018/01/09 03CPC)
- Comité d'abréviations (MOTION 2018/01/09 04CPC)
- Présentation du rapport suivant :
  - Rapport sur la satisfaction relativement aux soins de santé primaires

**MOTION 2018-02-13 / 12P**

Proposé par Lucille Auffrey

Appuyé par Rita Godbout

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité professionnel consultatif de la rencontre du 9 janvier 2018.

**Adopté à l'unanimité.****MOTION 2018-02-13 / 13P**

Proposé par Claire Savoie

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : MOTION 2018/01/09 03CPC et MOTION 2018/01/09 04CPC du Comité professionnel consultatif du 9 janvier 2018.

**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 18 novembre 2017 au 29 janvier 2018). La liste est présentée pour ratification.

**MOTION 2018-02-13 / 14P**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Emeril Haché

Et résolu que le Conseil d'administration entérine tel quel la liste des privilèges temporaires du 18 novembre 2017 au 29 janvier 2018.

**Adopté à l'unanimité.****10. Correspondance**

Une liste de la correspondance reçue ou expédiée par le Conseil d'administration est présentée aux membres. Suite à la présentation de cette liste, un membre suggère d'inviter l'Honorable Ginette Petitpas-Taylor, à l'une des prochaines réunions du Conseil d'administration afin de développer avec elle des liens plus étroits et de mieux comprendre comment collaborer avec son ministère.

**11. Documentation pour les membres**

Un article est distribué aux membres :

- Sustaining and growing a winning culture (Claire Savoie)

**12. Histoire d'une expérience d'un patient****12.1 Vivre avec une douleur chronique – Présentation**

Dans le cadre de la stratégie des soins centrés sur le patient et sa famille, Monsieur Guy Imbault, qui vit au quotidien avec une douleur chronique, est invité afin de partager son expérience patient. Il présente son

histoire, l'impact que cette condition a eu sur sa vie et les difficultés encourues en naviguant à travers le système de santé. Il partage comment la clinique de la douleur de la région Acadie-Bathurst lui a permis d'améliorer sa condition et mieux vivre avec sa douleur.

Dans les années antérieures, les patients vivant avec une douleur chronique étaient desservis par la clinique de la douleur au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont. Le temps d'attente pour obtenir des services était long et les fréquents déplacements à Moncton pour recevoir des traitements étaient pénibles pour les patients souffrant de douleurs chroniques.

La clinique de la douleur de la région Acadie-Bathurst a ouvert ses portes en 2016. L'ajout de cette clinique a permis de réduire l'attente pour des traitements et les nombreux déplacements effectués par les patients. Mamade Lucie Aubé McIntyre, infirmière coordonnatrice de la clinique, offre également un survol des services offerts à la Clinique de la douleur.

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

#### 13.1 Transformation réussie vers un modèle de services communautaires – Présentation

Dans le cadre des relations avec la communauté et les services offerts, Madame Shelley Robichaud, directrice régionale des soins de santé primaire du Réseau de santé Vitalité et membres de ce comité, présentent la petite histoire du Comité aviseur communautaire de l'Hôpital et Centre de santé communautaire de Lamèque. Deux membres du Comité aviseur communautaire de l'Hôpital et CSC de Lamèque sont aussi présents. Cette présentation démontre tout le travail accompli par ce comité et l'implication de la communauté dans le cheminement d'une transformation réussie vers un modèle de services communautaires.

### 14. Autres points

#### 14.1 Horaire des réunions du Conseil d'administration de septembre 2018 à juin 2019

L'horaire des réunions du Conseil d'administration (septembre 2018 à juin 2019) est présenté pour approbation.

#### **MOTION 2018-02-13 / 15P**

Proposé par Lucille Auffrey

Appuyé par Gaitan Michaud

Et résolu que le Conseil d'administration adopte l'horaire des réunions du Conseil d'administration de septembre 2018 à juin 2019.

**Adopté à l'unanimité.**

### 15. Levée de réunion

Emeril Haché propose la levée de la réunion à 15 h 10.

### 16. Évaluation de la réunion

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

### 17. Dialogue avec le public

Le dialogue avec le public a lieu.

Michelyne Paulin,  
Présidente du Conseil d'administration

Gilles Lanteigne,  
Secrétaire du Conseil d'administration

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 17 avril 2018

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

Le rapport du président-directeur général ici-bas couvre la période du 5 février au 6 avril 2018. Il vise à vous informer des principaux accomplissements envers l'atteinte de nos objectifs du Plan régional de santé et d'affaires 2017-2020 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.

# Rapport du PDG

## Rapport du président-directeur général au Conseil d'administration

Réunion du 17 avril 2018

Campbellton, Nouveau-Brunswick

Chers membres du Conseil d'administration,

Le rapport qui suit couvre la période du 5 février au 6 avril 2018. 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 2018-2019 et des autres dossiers prioritaires pour le Réseau.

Il me semble que peu de temps s'est écoulé depuis notre dernière réunion du mois de février 2018, mais plusieurs dossiers ont progressé de façon appréciable. Je souligne notamment l'actualisation du Plan stratégique 2017-2020 et du plan opérationnel 2018-2019, surtout dans le contexte du transfert des activités du Programme extra-mural à Medavie depuis le 1<sup>er</sup> janvier dernier.

La question des défis en matière de ressources humaines pour assurer la pérennité de nos services de laboratoire demeure une source de préoccupation pour le Réseau. C'est la raison pour laquelle le Conseil d'administration est appelé à appuyer tout un train de mesures et un plan d'action pour y faire face. Par ailleurs, nous sommes très heureux des plus récents progrès vers la mise en œuvre d'une structure administrative médicale régionale pour le Réseau, dont le plus récent développement est la nomination de quatre nouveaux directeurs médicaux.

L'importance du dossier de la mission universitaire du Réseau n'est pas en reste non plus, avec l'arrivée de nos deux premiers cliniciens-chercheurs. Une première pour notre organisation!

Je vous souhaite une bonne lecture!

## 1. Engagement du personnel et du corps médical

---

### 1.1 Programme de développement à l'intention des gestionnaires

Au cours de la dernière année, la Direction des ressources humaines, et plus particulièrement le secteur du Perfectionnement du personnel, s'est penchée sur l'élaboration d'un programme de développement du leadership organisationnel afin de répondre aux besoins actuels et de bien préparer la relève du Réseau. L'accès au perfectionnement professionnel pour les gestionnaires était l'un des besoins ciblés dans le cadre du sondage Pulse (Agrément Canada) en 2015. Ce besoin est devenu une priorité stratégique du Réseau lors de la publication du Plan stratégique 2017-2020.

La solution retenue est un programme hybride où le participant développera son savoir et ses habiletés via des modules en ligne abordant une variété de compétences nécessaires dans le rôle de gestion. Seront aussi au programme des séances d'intégration des apprentissages ainsi que des séances de formation complémentaires sur des sujets propres à la réalité de notre organisation. Ce programme de développement du leadership sera offert au cours des 3 prochaines années. Nous prévoyons deux cohortes par année et les participants devraient terminer le programme en 12 mois. La première cohorte du programme doit commencer le 1<sup>er</sup> mai 2018 et la sélection des participants (nouveaux gestionnaires, gestionnaires actuels et futurs) se fera en consultation avec chacun des secteurs.

## 2. Gestion des ressources financières et matérielles

---

### 2.1 Saine gestion financière

Au chapitre de la gestion des ressources financières et matérielles, il convient de souligner l'excellente gestion des finances du Réseau. En effet, nous prévoyons encore une fois terminer l'exercice financier 2017-2018 avec un léger excédent d'exploitation. Les détails seront présentés lors de l'assemblée générale annuelle de juin.

## 3. Gestion des ressources humaines

---

### 3.1 Nomination des nouveaux directeurs médicaux régionaux

Le 19 mars dernier, la Dre France Desrosiers, vice-présidente aux Services médicaux, à la Formation et à la Recherche, a annoncé la nomination de quatre nouveaux directeurs médicaux régionaux pour le Réseau. Il s'agit de :

- **Dr Martin Robichaud**, médecin de famille d'urgence, Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont;
- **Dr Denis Pelletier**, médecin de famille, Hôpital régional d'Edmundston;

- **Dre Natalie Banville**, anesthésiste, Hôpital régional Chaleur;
- **Dre Anick Pelletier**, médecin de famille, Hôpital de l'Enfant-Jésus RHSJ† de Caraquet.

Ces annonces découlent de la mise en place de la structure administrative médicale régionale pour le Réseau qui a été développée durant la dernière année à la suite de consultations avec le personnel médical et approuvée par le Conseil d'administration en avril 2017. On y définit les départements, les divisions et les services tout en mettant l'accent sur l'intégration de la mission universitaire du Réseau. D'ailleurs, des éléments de cette structure avaient déjà été mis en œuvre progressivement depuis ce temps.

Les nouveaux directeurs médicaux régionaux entreront en fonction au cours des prochaines semaines. D'ici là, il reste encore un peu de travail afin de préciser le mode de fonctionnement de la nouvelle direction.

### 3.2 Changements à la structure organisationnelle de l'équipe de leadership

Compte-tenu de l'absence prolongée de M. Pierre Verret, vice-président aux Ressources humaines, des changements ont été apportés à la structure organisationnelle de l'équipe de leadership. En tout, cinq grands secteurs changent de vice-présidence. Dans certains cas, le changement n'est que provisoire, alors que pour d'autres il est de nature permanente.

Changements permanents :

- Les **Services d'urgence**, sous la direction d'Allison White, relèvent dorénavant de la vice-présidente aux Services cliniques, Johanne Roy.
- Les **Services pour les aînés**, sous la direction d'Anne-Marie Lavigne, relèvent dorénavant du vice-président aux Services communautaires et Santé mentale, Jacques Duclos.

Changements provisoires :

- Les **Services de soutien**, sous la direction de Martin Pelletier, les **Équipements**, sous la direction de Daniel Thériault, et les **Projets d'infrastructure** relèveront du vice-président aux Services de consultation externe et Services professionnels, Stéphane Legacy.

Cette réorganisation des responsabilités au sein de l'équipe de leadership permet à Gisèle Beaulieu, vice-présidente à la Performance, Qualité et Services généraux, d'ajouter temporairement les Ressources humaines à son portfolio.

Je veux remercier Réjean Bédard d'avoir assumé avec brio l'intérim à la vice-présidence aux Ressources humaines au cours des derniers mois. Il reprend son rôle de directeur des Ressources humaines – Relations de travail et Santé et sécurité au travail.



### 3.3 Recrutement d’infirmières immatriculées

Les défis en matière de recrutement d’infirmières immatriculées sont nombreux, mais le Réseau déploie de grands efforts afin de les relever. En 2016, la Direction des ressources humaines et la Direction des soins infirmiers ont travaillé de concert dans le but d’élaborer de grandes stratégies et de s’attaquer au problème. Parallèlement, nous avons également travaillé avec nos partenaires du Réseau de santé Horizon et du ministère de la Santé au sein d’un Comité directeur provincial. Dès 2017, le Réseau a formé une équipe régionale de recrutement qui a mené une série d’initiatives, dont voici les principales :

- Visites des écoles secondaires afin de promouvoir la profession infirmière;
- Visite des programmes de soins infirmiers au Nouveau-Brunswick, dans les universités et les Cégeps québécois;
- Collaboration avec l’Université de Moncton afin de rencontrer des étudiants du secondaire;
- Collaboration avec OpportunitésNB et les employeurs de la province;
- Améliorations à l’affichage de nos postes et à notre processus d’entrevue;
- Mise à jour de notre matériel de promotion (brochures, bannières, etc.) et utilisation accrue des médias sociaux en matière de recrutement;
- Participation à des foires d’emploi partout au Nouveau-Brunswick, au Québec et même en Ontario;
- Démarches auprès des ordres professionnels au Nouveau-Brunswick et au Québec.

Pour les employés en place, le Réseau travaille également à améliorer la rétention du personnel, notamment en ce qui a trait aux conditions de travail (stabilité des postes, horaires de travail, etc.). Des mesures sont prises afin d’appuyer les futures infirmières à réussir l’examen national d’admission à la pratique (appelé NCLEX-RN).

En date du 22 mars 2018, 52 candidates ont accepté une offre d’emploi, nous attendons la réponse de 7 autres et 16 candidates d’expérience sont en processus d’entrevue. Ainsi donc, si tout se concrétise, nous pourrions embaucher 75 nouvelles infirmières dans les prochains mois.

## 4. Relations avec nos partenaires et groupes communautaires

---

### 4.1 Sondage sur l’Initiative Ami des bébés (IAB)

Les secteurs Mère-enfant et de la Santé publique ont effectué des sondages à l’intention des patientes ayant accouché récemment ou dans les dernières années afin de mesurer le succès du Réseau par rapport à l’Initiative des amis des bébés (IAB) et de déterminer les secteurs susceptibles d’amélioration. L’IAB a pour but d’assurer à chaque enfant le meilleur départ

possible dans la vie au moyen de la protection, de l'encouragement et du soutien de l'allaitement. Trois différents sondages ont également été développés pour les employés. Les sondages se sont déroulés tout le mois de février et la participation a été excellente.

#### **4.2 À la recherche de partenaires de l'expérience patient**

Comme vous le savez, le Réseau a lancé une nouvelle initiative qui vise à soutenir l'excellence et l'amélioration des soins et des services qu'il offre. Cet important projet vise à recruter des patients ou des membres de la famille à titre de « partenaire de l'expérience patient ».

Ces personnes contribueront au développement des services grâce à leur expertise et à leur compréhension du système de santé au moyen d'expériences vécues au sein même du Réseau. Elles collaboreront avec les membres de la direction et du personnel afin de créer un milieu de soins axés sur le patient et la famille. Pour ce faire, les partenaires peuvent raconter leurs histoires, participer à des équipes de travail, collaborer à différents projets à court terme, examiner du matériel d'information ainsi que participer aux différentes réunions du Comité consultatif des patients et des familles.

Une campagne de promotion afin de recruter des partenaires de l'expérience patient a été lancée le 13 février dernier et de plus amples détails sur ce projet d'envergure sont disponibles sur le site Internet du Réseau.

#### **4.3 Services d'ophtalmologie dans la région Restigouche**

Ces dernières semaines, quelques intervenants du Restigouche ont exprimé publiquement leurs préoccupations au sujet des services d'ophtalmologie dans leur région. Le Réseau est conscient de la problématique causée par le fait que le seul ophtalmologiste de la région a graduellement diminué ses activités cliniques durant les dernières années et est maintenant parti à la retraite. Je tiens à assurer au Conseil d'administration, ainsi qu'à toute la population concernée, que le Réseau n'a pas été inactif dans ce dossier et que nous déployons de grands efforts, et ce depuis plusieurs années, afin de recruter un nouveau spécialiste qui accepterait de venir s'établir dans la région. Toutefois, les défis sont nombreux compte tenu de la rareté de la ressource partout au Canada dans cette spécialité.

Notre objectif est toujours de pouvoir le poste à Campbellton afin d'assurer la continuité des services. À l'heure actuelle, un nouveau spécialiste travaille à Bathurst sous la supervision clinique du Dr Javidi, ophtalmologiste de l'Hôpital régional Chaleur, dans le but d'offrir un service de suppléance dans la zone Restigouche. Le Réseau requiert cette étape de supervision dans la première année de pratique et encore plus dans le cas des médecins formés à l'étranger et qui ne sont pas certifiés par le Collège royal des médecins et

chirurgiens du Canada. Par ailleurs, j'aimerais souligner que le Dr Javidi continue d'offrir des services médicaux et chirurgicaux aux patients de la zone Restigouche, comme il le fait depuis les deux dernières années lors des périodes d'absence prolongées du spécialiste de Campbellton et puisque ce dernier ne faisait plus de chirurgies depuis déjà quelques années.

## 5. Gestion stratégique / Communication

### 5.1 **Bilan de la mise en œuvre de notre politique des environnements alimentaires sains**

Le Réseau a profité du Mois de la nutrition qui s'est tenu en mars pour faire un bilan des initiatives mises en place durant la dernière année dans le cadre de sa politique pour des environnements alimentaires sains, adoptée en mars 2015.

Beaucoup de travail a été réalisé afin d'améliorer les menus réguliers des patients dans l'ensemble de nos établissements. Notre but est d'offrir aux patients une saine alimentation en donnant priorité aux aliments de valeur nutritive élevée. Voici quelques-unes des initiatives :

- Offrir plus de choix de fruits, de légumes et de produits céréaliers contenant plus de fibres.
- Ajouter des mets de poissons et de légumineuses.
- Privilégier les modes de cuisson grillé ou au four en éliminant les fritures et les panures.
- Limiter la quantité de gras ajoutée aux recettes.

Les menus des cafétérias ont également été modifiés, toujours dans le but d'améliorer l'offre alimentaire pour les employés et les visiteurs. Certains établissements ont éliminé les aliments frits et offrent des choix de desserts plus santé. Il reste encore du travail à faire afin de pleinement mettre en œuvre tous les éléments de notre vision d'une culture alimentaire saine. Durant la prochaine année, les professionnels de la santé ont comme objectif de s'attarder à la question des boissons sucrées et aux mesures nécessaires afin de favoriser une hydratation appropriée des patients.

Notre campagne de communication a été un franc succès puisque plusieurs articles de journaux et reportages à la télévision ont été diffusés par les médias provinciaux.

### 5.2 **Projet communautaire en prévention du suicide**

Le gouvernement provincial s'est associé avec la Commission de la santé mentale du Canada et le Réseau pour lancer un projet communautaire sur la prévention du suicide dans le nord-ouest du Nouveau-Brunswick. L'annonce a eu lieu le mardi 20 mars dernier, à Edmundston, en présence du ministre de la Santé et de plusieurs dignitaires.

Le gouvernement provincial investit 400 000 \$ dans ce projet de cinq ans qui vise à s'appuyer sur l'expertise communautaire, en suivant les conseils d'experts en matière de santé mentale provenant de la province et de partout au pays, afin de mettre en œuvre et de faire l'essai d'interventions en prévention du suicide dans la région d'Edmundston, de Grand-Sault et de Saint-Quentin.

Ce projet tente d'établir des stratégies qui visent à briser les barrières du silence, afin de tendre la main et donner espoir à tous ceux et celles qui vivent les moments les plus difficiles de leur vie, qu'il s'agisse de pensées suicidaires ou de moments de crise personnelle. Afin de faciliter la pleine participation des communautés, nous avons nommé comme coordonnatrice de projet communautaire de la zone Nord-Ouest, Céline Fortin, ancienne intervenante communautaire du Centre de santé mentale de Kedgwick. Elle est responsable de tous les aspects du fonctionnement du projet, à la planification et la mise en œuvre d'une stratégie de prévention du suicide.

**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 Gestion des articles dans les salles d'attente des établissements**

Les articles laissés dans les salles d'attente qui ne sont pas nettoyés régulièrement peuvent être une source de transmission des infections. En vue de réduire les risques pour les patients, le secteur de la Prévention et du contrôle des infections a émis des recommandations. Les articles tels que les jouets et les casse-tête sont permis dans les salles d'attente des cliniques où on offre des services pédiatriques, mais sous certaines conditions. Les dépliants d'information qui se trouvent dans des présentoirs sur les murs sont permis, mais tout dépliant, magazine, livre ou journal laissé sur une table dans une salle d'attente sera jeté par le personnel du Service de l'environnement.

### **6.2 L'Hôpital Régional de Campbellton offre maintenant le programme AMPRO<sup>OB</sup>**

L'Hôpital Régional de Campbellton a lancé le 8 février dernier un programme de formation visant la sécurité des patientes et le perfectionnement du personnel de l'unité d'obstétrique-gynécologie de l'établissement. AMPRO<sup>OB</sup> (Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux) est un programme qui vise aussi l'amélioration du rendement des professionnels de la santé et des gestionnaires des unités obstétricales en milieu hospitalier.

Il s'agit d'une excellente nouvelle pour les soins de santé et les futures mamans de la région du Restigouche. La mise en place de ce programme permettra de mieux outiller le personnel d'obstétrique pour offrir des soins sécuritaires aux patientes et à leur bébé.

## 7. Relations avec le Conseil d'administration

---

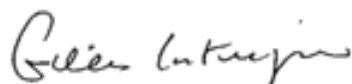
### 7.1 Rencontres et démarches de représentation

Pendant la période visée par ce rapport, j'ai participé à près de 20 rencontres et discussions avec nos partenaires et plusieurs parties prenantes. Au nombre des dossiers qui ont retenu l'attention, je souligne notamment plusieurs activités de nos diverses fondations ainsi que des démarches avec des partenaires et organismes sur la scène nationale.

**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 5 février au 6 avril 2018.

Le président-directeur général,



Gilles Lanteigne

## **ANNEXE 1 – Liste des rencontres et représentations du PDG (du 5 février au 6 avril 2018)**

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 5 février 2018 : Participation à la conférence de presse de la Fondation Les Amis de l'Hôpital de Tracadie – Tracadie

Le 6 février 2018 : Rencontre du Comité communautaire de la région de Grand-Sault, Saint-Léonard et Drummond – Grand-Sault

Le 6 février 2018 : Rencontre du Comité communautaire de la région de Saint-Quentin, Kedgwick et Grimmer – Saint-Quentin

Le 8 février 2018 : Réunion du Conseil d'administration de Service Nouveau-Brunswick – vidéoconférence

Le 10 février 2018 : Participation au gala de la Saint-Valentin de la Fondation CHU Dumont – Moncton

Le 12 et 13 février 2018 : Réunions du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité – Bathurst

Le 14 février 2018 : Participation au lancement de la Fondation Hôpital de l'Enfant-Jésus – Caraquet

Le 14 février 2018 : Réunion du Comité des finances et de la vérification de l'ICIS – vidéoconférence

Le 16 février 2018 : Rencontre avec le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick – Moncton

Le 16 février 2018 : Réunion du service des finances de Soins Santé CAN – vidéoconférence

Le 22 et 23 février 2018 : Réunions du Conseil d'administration de Soins Santé CAN – Toronto

Le 28 février 2018 : Participation au lancement de la Fondation de l'Hôpital de Lamèque – Lamèque

Le 8 mars 2018 : Réunion du Conseil d'administration de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) – Ottawa

Le 12 mars 2018 : Réunion du Comité des finances et de vérification de Service Nouveau-Brunswick – vidéoconférence

Le 13 mars 2018 : Participation à la conférence de presse du Radiothon des roses - Bathurst

Le 23 mars 2018 : Rencontre du Comité conjoint ministériel du système de santé – Fredericton

Le 28 mars 2018 : Visite de l'Institut Universitaire en Santé mentale - Douglas de Verdun

Le 29 mars 2018 : Visite de l'Hôpital Le Royal - Santé mentale - Soins et recherche à Ottawa

## ANNEXE 2 – Activités de communication - Liste des communiqués de presse publiés (du 5 février au 6 avril 2018)

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 8 février 2018	L'Hôpital Régional de Campbellton offre maintenant le programme AMPRO <sup>OB</sup>
Le 8 février 2018	Le Réseau de santé Vitalité au 5 <sup>e</sup> rang des meilleurs employeurs du Canada selon Forbes
Le 13 février 2018	Réunion publique ordinaire du Conseil d'administration – faits saillants
Le 26 février 2018	Ensemble vers une culture alimentaire saine au Réseau de santé Vitalité
Le 3 mars 2018	Visites interdites à l'unité de médecine de l'Hôpital et Centre de santé communautaire de Lamèque
Le 7 mars 2018	Reprise des visites à l'unité de médecine de l'Hôpital et Centre de santé communautaire de Lamèque
Le 13 mars 2018	Le Réseau fait le point sur les services offerts à l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin
Le 31 mars 2018	Visites interdites à l'Unité des soins prolongés de l'Hôpital régional Chaleur
Le 1 <sup>er</sup> avril 2018	Reprise des visites à l'Unité des soins prolongés de l'Hôpital régional Chaleur

### Annexe 3 - Activités de communication – Médias sociaux (du 1<sup>er</sup> février au 23 mars 2018)

#### FACEBOOK

<b>Nombre d'adeptes :</b>	Nombre d'adeptes le 23 mars 2018 : 1650 (augmentation de 120 adeptes depuis le 31 janvier 2018)
<b>Nombre de messages publiés (durant la période) :</b>	97 messages ont été publiés sur la page Facebook du Réseau du 1 <sup>er</sup> février au 23 mars 2018.
<b>Portée des activités:</b>	16 de ces messages ont atteint 1500 utilisateurs ou plus : Au total, ces 16 messages ont atteint 69 601 utilisateurs et ont suscité 1558 commentaires, réactions et partages.



Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 17 avril 2018

Objet : **Comité exécutif**

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

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 17 avril 2018

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 26 mars 2018. Ce rapport sera présenté par Lucille Auffrey, présidente du comité. De ce rapport, découlent deux propositions, la première, de recevoir le rapport et la deuxième, l'adoption de trois motions contenues dans le rapport de la présidente.

1) Proposition de motion :

Proposé

Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité de gouvernance et de mise en candidature de la rencontre du 26 mars 2018.

2) Proposition de motion :

Proposé

Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : Motion 2018-03-26 / 03GMC, Motion 2018-03-26 / 04GMC, et Motion 2018-03-26 / 05GMC, du Comité de gouvernance et de mise en candidature de la rencontre du 26 mars 2018.

# Comité de gouvernance et de mise en candidature

Rapport au Conseil d'administration  
17 avril 2018

# Réunion régulière : 26 mars 2018

## Sujets discutés :

Politique et procédure CA-135 « Code de conduite et morale à l'intention des membres du Conseil d'administration » :

Une session de formation sera offerte aux membres du Conseil, afin de permettre des échanges quant aux rôles et responsabilités de ceux-ci et des normes attendues.

La politique et procédure existante qui se rattache au code de conduite sera approuvée lors de la prochaine réunion.

# Réunion régulière : 26 mars 2018 (suite)

Assemblée générale annuelle (AGA) du Conseil d'administration :

Cette année, l'AGA se déroulera le 26 juin 2018 à Tracadie-Sheila.

Les gens de la communauté et les employés seront invités à participer en grand nombre.

# Réunion régulière : 26 mars 2018 (suite)

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

Le projet de recherche piloté par Stéphanie Collin, professeur au département d'administration publique de l'Université de Moncton a obtenu les autorisations nécessaires des comités d'éthiques de la recherche des établissements concernés et des Conseils d'administration.

L'équipe de chercheurs est prête à commencer le projet et les diverses entrevues se dérouleront à compter de cet été. À la fin de la recherche, les résultats seront partagés aux membres du Conseil d'administration.

# Réunion régulière : 26 mars 2018 (suite)

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

Afin de tenir les membres du Conseil d'administration informés et par souci de transparence, toute la documentation incluant les ordres du jour sont disponibles à tous les membres du Conseil. Un élément sera aussi étudié, soit l'utilisation d'un agenda par consentement.

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

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Michelyne Paulin

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

**Adopté à l'unanimité.**

# Réunion régulière : 26 mars 2018 (suite)

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

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

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

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Michelyne Paulin

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

**Adopté à l'unanimité.**



# Réunion régulière : 26 mars 2018 (suite)

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

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

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Michelyne Paulin

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

**Adopté à l'unanimité.**

# Réunion régulière : 26 mars 2018 (suite)

## Règlements administratifs – Section médicale :

La révision des règlements administratifs, plus spécifiquement la section médicale sera complétée d'ici les prochaines semaines.

Le document révisé sera soumis pour approbation lors de la prochaine réunion, ensuite il sera acheminé au ministre de la Santé pour approbation finale.

# Réunion régulière : 26 mars 2018 (suite)

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

**1. Ouverture de la réunion**

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

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

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

**3. Adoption de l'ordre du jour****MOTION 2018-03-26 / 01GMC**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Michelyne Paulin

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

**Adopté à l'unanimité.**

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

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Michelyne Paulin

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

**Adopté à l'unanimité.**

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

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

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

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

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

## 6. Affaires nouvelles

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

Invité : Jean-René Noël

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Michelyne Paulin

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

**Adopté à l'unanimité.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Michelyne Paulin

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

**Adopté à l'unanimité.**

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

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

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

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

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

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Michelyne Paulin

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

**Adopté à l'unanimité.**

6.6 Règlements administratifs – Section médicale

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

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

6.7 Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration

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

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

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

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

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

**8. Levée de la réunion**

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

---

Lucille Auffrey  
Présidente du comité

---

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



Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 17 avril 2018

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

Vous trouverez ci-joint le rapport du Comité des finances et de vérification de la rencontre du 27 mars 2018. 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 cinq 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 27 mars 2018.

2) Proposition de motion :

Proposé

Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : MOTION 2018-03-27 / 03FV, MOTION 2018-03-27 / 04FV, MOTION 2018-03-27 / 05FV, MOTION 2018-03-27 / 06FV et MOTION 2018-03-27 / 07FV du Comité des finances et de vérification de la rencontre du 27 mars 2018.

# Comité des finances et de vérification

Rapport au Conseil d'administration  
17 avril 2018

# Réunion régulière : 27 mars 2018

## Sujets discutés :

Plan de vérification 2017-2018:

### MOTION 2018-03-27 / 03FV

Proposé par Emeril Haché

Appuyé par Brenda Martin

Et résolu que le plan de vérification 2017-2018 soit accepté tel que présenté par la directrice principale de la firme Raymond Chabot Grant Thornton.

**Adopté à l'unanimité.**

# Réunion régulière : 27 mars 2018 (suite)

Politique et procédure CA-330 « Comité des finances et de vérification » :

## MOTION 2018-03-27 / 04FV

Proposé par Brenda Martin

Appuyé par Emeril Haché

Et résolu que la politique et procédure CA-330 « Comité des finances et de vérification » soit approuvée telle que présentée.

**Adopté à l'unanimité.**

# Réunion régulière : 27 mars 2018 (suite)

## Budget 2018-2019 :

Le ministère de la Santé a confirmé le budget de la Régie pour l'année 2018-2019. Ce budget comprend des revenus et des dépenses de l'ordre de 684,414,969 \$ et une croissance de 2.5 %.

### **MOTION 2018-03-27 / 05FV**

Proposé par Denis Pelletier

Appuyé par Emeril Haché

Et résolu que le budget équilibré pour l'exercice 2018-2019 avec des revenus et des dépenses de 684,414,969 \$ soit approuvé tel que présenté.

**Adopté à l'unanimité.**

# Réunion régulière : 27 mars 2018 (suite)

## Budgets capitaux 2018-2019 :

Le ministère de la Santé a confirmé en février dernier un budget annuel de 4,666,840 \$ pour l'achat d'équipements pendant l'exercice financier 2018-2019 et un budget annuel de 1,800,000 \$ pour les projets d'amélioration immobilière.

# Réunion régulière : 27 mars 2018 (suite)

## États financiers pour l'exercice se terminant le 28 février 2018 :

Pour les onze mois d'opération, du 1<sup>er</sup> avril au 28 février 2018, le Réseau termine avec un surplus d'opérations de 3,753,600 \$, soit une augmentation dans les revenus de 3,444,010 \$ et un excédant dans les dépenses de 123,096 \$.

Cependant, certaines modifications budgétaires de l'ordre de 2,485,963 \$ sont considérées dans les états des résultats.

# Réunion régulière : 27 mars 2018 (suite)

## **MOTION 2018-01-23 / 06FV**

Proposé par Denis Pelletier

Appuyé par Emeril Haché

Et résolu que les états financiers pour l'exercice se terminant le 28 février 2018 soient adoptés tels que présentés.

**Adopté à l'unanimité.**

## **MOTION 2018-01-23 / 07FV**

Proposé par Brenda Martin

Appuyé par Emeril Haché

Et résolu que les modifications budgétaires de l'ordre de 2,485,963 \$ soient adoptées pour tenir compte des changements financiers depuis le début d'exercice financier 2017-2018.

**Adopté à l'unanimité.**



# Réunion régulière : 27 mars 2018 (suite)

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité des finances et de vérification pour la réunion tenue le 27 mars 2018 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 27 mars 2018 à 10:00</b>
		<b>Endroit :</b>	<b>Vidéoconférence</b>
<b>But de la réunion :</b>	Réunion régulière	Bathurst : (siège social)	(Gilles, Gisèle)
		Moncton : salle à l'Auberge	(Michelyne)
		Edmundston : salle 2281	(Lucie, Richard)
<b>Présidente :</b>	Rita Godbout	Grand-Sault : salle 0252	(Rita)
<b>Secrétaire :</b>	Lucie Francoeur	Campbellton : salle 4002	(Brenda)
		Lamèque : salle multi	(Émeril)
		Jabber:	(Denis)
<b>Participants</b>			
Rita Godbout	✓	Michelyne Paulin	✓
Gilles Lanteigne	✓	Brenda Martin	✓
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 (janvier 2018)

Aujourd'hui, les indicateurs reliés aux secteurs ambulatoires seront discutés en détail par Stéphane Legacy, mais avant de passer à cette étape, Gisèle Beaulieu cite quelques indicateurs avec performance atteignant la cible ou au-delà de la cible :

- le taux de conformité aux audits de documentation ;
- le nombre moyen de jours d'hospitalisation en soins aigus chez les 65 ans et plus ;
- le pourcentage de réduction des visites à l'urgence chez les patients à grands besoins qui reçoivent des services adaptés (HRE seulement) ;
- le nombre moyen de jours de maladie payés par employé ;
- le taux pour les accidents de travail ;
- le taux de réadmission dans les trente jours ;
- le nombre de nouveaux griefs ;
- le taux d'erreurs de médicaments ;
- le pourcentage de dépenses administratives ;
- etc.

Au niveau financier, les indicateurs opérationnels demeurent tous autour ou meilleurs que la cible à l'exception des coûts d'opération des laboratoires par unité de charge de travail.

Le recrutement des membres du Comité consultatif des patients et des familles est en cours. La première réunion est prévue en avril 2018.

L'amélioration de l'accès en chirurgie continue sa progression dans les trois indicateurs ciblés.

Le recrutement des infirmières praticiennes est ralenti cette année, faute de financement du ministère de la Santé.

La période de vaccination pour la grippe saisonnière est terminée et les résultats sont inférieurs de 5 % comparativement à ceux de l'an dernier. Le faible taux d'efficacité du vaccin cette année a probablement nui à la campagne.

Stéphane Legacy, vp Services de consultation externe et Services professionnels présente par le biais d'une présentation électronique une analyse détaillée des indicateurs liés aux initiatives en cours dans les secteurs ambulatoires. Les principaux éléments de la présentation sont :

- les audits des dossiers interdisciplinaires ;
- les critères d'évaluation en soins infirmiers ;
- le taux de conformité aux audits de documentation ;
- l'analyse et le plan d'action ;
- les visites dans les cliniques itinérantes ;
- le nombre de consultations cliniques – télésanté ;
- les défis et le plan d'action ;
- la gestion personnalisée des services ;
- le cadre : modèle de Kaiser permanent ;
- la description du projet ;

Les prochaines étapes consistent à implanter le modèle de soins de gestion personnalisée des services dans les hôpitaux communautaires du Réseau, ainsi que publiciser et promouvoir le service.

Quelques défis d'implantation ont eu lieu dans les zones 1, 5 et 6 qui étaient en grande partie reliés au roulement du personnel, mais l'équipe est dans le processus de stabilisation et nous devrions être en mesure d'avoir des données des trois autres zones d'ici l'automne 2018.

Les membres remercient Stéphane Legacy pour cette présentation.

## 2. Ouverture de la réunion

La réunion est ouverte par Rita Godbout à 10:30.

## 3. Déclaration de conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

## 4. Adoption de l'ordre du jour

### **MOTION 2018-03-27 / 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 23 janvier 2018

### **MOTION 2018-03-27 / 02FV**

Proposé par Denis Pelletier

Appuyé par Émeril Haché

Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 23 janvier 2018 soit adopté tel que présenté.

**Adopté à l'unanimité.**

## 6. Suivis de la dernière réunion du 21 novembre 2017

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

## 7. Affaires nouvelles

### 7.1 Plan de vérification 2017-2018

Invitée : Lise Robichaud McGrath

Madame Lise Robichaud McGrath, directrice principale de la firme Raymond Chabot Grant Thornton passe en révision le plan de vérification pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2018. Les rôles et responsabilités du Comité des finances et de vérification du Conseil d'administration, de la direction ainsi que ceux des auditeurs sont passés en revue. Le calendrier de réalisation est présenté, de même que les honoraires pour les services à rendre aux fins de la présente mission. Le seuil de signification est expliqué plus en détail pour s'assurer d'une bonne compréhension.

**MOTION 2018-03-27 / 03FV**

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Brenda Martin

Et résolu que le plan de vérification 2017-2018 soit accepté tel que présenté par la directrice principale de la firme Raymond Chabot Grant Thornton.

**Adopté à l'unanimité.**

7.2 Politique et procédure CA-330 « Comité des finances et de vérification »

Le mandat du Comité des finances et de vérification est déposé annuellement pour consultation et approbation. Nous n'avons aucune modification à apporter au contenu de cette politique.

**MOTION 2018-03-27 / 04FV**

Proposé par Brenda Martin

Appuyé par Émeril Haché

Et résolu que la politique et procédure CA-330 « Comité des finances et de vérification » soit approuvée telle que présentée.

**Adopté à l'unanimité.**

7.3 Budget 2018-2019

La lettre budgétaire provenant du ministère de la Santé confirmant le budget de la Régie pour l'année 2018-2019 au montant de 577,415,220 \$ a été reçue en février 2018. Le budget comprend une augmentation de 14,431,745 \$ qui représente une croissance de 2.5 %. Cet accroissement inclut les augmentations salariales et les inflations. Le ministère a ajouté un financement permanent de 4,077,741 \$ pour l'amélioration de certains programmes qui furent accordés les années antérieures et 4,348,560 \$ pour de nouvelles initiatives. Le budget sera également réduit de 194,335 \$ dû au transfert de budget entre le Réseau de santé Vitalité et Service Nouveau-Brunswick pour des équipements informatiques, de 30,203,210 \$ pour le transfert du Programme extramural à EM/ANB et de 170,000 \$ pour des consultants en amélioration de processus. Subséquent à la lettre, le ministère confirme par courriel le financement de 170,000 \$ par amendement budgétaire pour 2018-2019 pour ces deux postes de consultants.

Un budget équilibré est prévu pour l'année 2018-2019. Ce budget comprend des revenus et des dépenses de l'ordre de 684,414,969 \$. Le Réseau soumettra au ministère la répartition interne de la limite des dépenses approuvée, ainsi que les fonds anticipés pour l'année financière 2018-2019 d'ici le 30 juin 2018.

Le ministère de la Santé continue d'imposer des pénalités auprès des services qui ne soumettent pas les renseignements exigés et ne respectent pas les dates d'échéance. La pénalité pour le Réseau de santé Vitalité est de 100,000 \$ pour chaque incident. Cette consigne est la même depuis des années pour les deux Régies régionales de la santé. Des discussions ont lieu sur le ton de la lettre et l'inexistence d'un partenariat réel entre le ministère de la Santé et la Régie.

Les discussions se poursuivent avec le sous-ministre sur la possibilité de conserver les surplus budgétaires réalisés et d'avoir la possibilité de réaffecter ceux-ci dans la mise en œuvre du plan de transformation et de modernisation du Réseau.

**MOTION 2018-03-27 / 05FV**

Proposé par Denis Pelletier

Appuyé par Émeril Haché

Et résolu que le budget équilibré pour l'exercice 2018-2019 avec des revenus et des dépenses de 684,414,969 \$ soit approuvé tel que présenté.

**Adopté à l'unanimité.**

7.4 Budgets capitaux 2018-2019

Le 21 novembre 2017, le Comité des finances et de vérification a approuvé la liste des priorités annuelles 2018-2019 en équipements et projets capitaux et celle-ci a été soumise au ministère de la Santé pour approbation et financement.

Le 12 février dernier, une lettre du ministère de la Santé confirmant un budget annuel de 4,666,840 \$

pour l'achat d'équipements pendant l'exercice financier 2018-2019 a été reçue. Aussi, le 28 février dernier une lettre confirmant les projets d'amélioration immobilière totalisant 1,800,000 \$ a également été reçue.

Gisèle Beaulieu présente la distribution du budget proposé selon les priorités du Réseau pour l'année 2018-2019 :

• Équipements de 100,000 \$ et plus	3,245,000 \$
• Équipements de 5,000 \$ à 100,000 \$	1,021,840 \$
• Réserve	400,000 \$

Le Réseau doit resoumettre au plus tard à la fin mars 2018, la distribution du budget d'équipements. Comme chaque année, une balance de 400,000 \$ sera mise en réserve pour traiter les urgences de bris d'équipements. Cette réserve sera distribuée à l'automne 2018 si aucun bris majeur n'est encouru.

Le Réseau entretient des discussions régulières avec les différentes Fondations, afin d'obtenir leur appui dans l'acquisition de pièces d'équipements prioritaires, selon la liste établie.

À partir du plan quinquennal de projets capitaux, une liste d'équipements cliniques et non cliniques sera développée durant les prochains mois, incluant le financement et les niveaux de risque identifiés, afin de présenter au ministère de la Santé les points de pression et tenter d'aller chercher des fonds additionnels pour les équipements critiques.

## 8. Rapports

### 8.1 États financiers pour l'exercice se terminant le 28 février 2018

Les états financiers au 28 février sont présentés. Pour les onze mois d'opération, soit du 1<sup>er</sup> avril au 28 février 2018, le Réseau termine avec un surplus d'opérations de 3,753,600 \$, soit une augmentation dans les revenus de 3,444,010 \$ et un excédant dans les dépenses de 123,096 \$. Cependant, certaines modifications budgétaires de l'ordre de 2,485,963 \$ sont considérées dans les états des résultats. Pour la période se terminant le 28 février 2018, les résultats financiers sont positifs.

Les membres passent en revue les explications des variances budgétaires au niveau du financement, par catégories de dépenses et par programmes. Le surplus budgétaire est surtout relié à plusieurs postes vacants au sein du Réseau et à la mise en œuvre de certaines initiatives liées au plan de transformation et de modernisation.

Le plan de modernisation approuvé au printemps dernier avec une marge de manœuvre de 3 M\$ est commencé et progresse plus lentement que prévu, entre autres l'implantation de certaines stratégies au Centre Hospitalier Restigouche et au niveau de la gestion personnalisée des services. Les initiatives se poursuivent.

#### **MOTION 2018-03-27 / 06FV**

Proposé par Denis Pelletier

Appuyé par Émeril Haché

Et résolu que les états financiers pour l'exercice se terminant le 28 février 2018 soient adoptés tels que présentés.

**Adopté à l'unanimité.**

#### **MOTION 2018-03-27 / 07FV**

Proposé par Brenda Martin

Appuyé par Émeril Haché

Et résolu que les modifications budgétaires de l'ordre de 2,485,963 \$ soient adoptées pour tenir compte des changements financiers depuis le début d'exercice financier 2017-2018.

**Adopté à l'unanimité.**

Depuis le transfert du Programme extramural vers Médavie, Jacques Duclos assure l'interface entre les deux et le dossier va relativement bien.

Suite à l'annonce publiée dans le journal reliée au manque de personnel infirmier à l'urgence de l'Hôpital de Moncton, un membre se demande s'il y a lieu de s'inquiéter pour les services du Réseau. Effectivement, le manque de personnel est un problème constant, mais il y a beaucoup d'efforts et de stratégies de recrutement mises en place en ce moment. Johanne Roy est à l'affût du dossier.

**9. Date de la prochaine réunion :** 12 juin 2018 à 10:00.

**10. Levée de la réunion**

La levée de la réunion est proposée par Émeril Haché à 12:10.

---

Rita Godbout  
Présidente du comité

---

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

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 17 avril 2018

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 27 mars 2018. 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 27 mars 2018.

2) Proposition de motion :

Proposé

Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte la motion suivante : MOTION 2018-03-27 / 03SCGQS du Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité de la rencontre du 27 mars 2018.

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

Rapport au Conseil d'administration  
17 avril 2018



# Réunion régulière : 27 mars 2018

## Sujets discutés :

### Agrément - suivis :

Les équipes multidisciplinaires poursuivent leurs suivis et la mise en œuvre des mesures pour rencontrer les normes. L'échéancier pour compléter les suivis est le 25 mai 2018 et le dépôt des preuves dans le portail d'Agrément Canada est le 6 juin 2018.

Certaines normes demandent des rénovations qui ne seront pas complétées d'ici juin 2018, mais des mesures d'atténuation des risques seront mises en place.

# Réunion régulière : 27 mars 2018 (suite)

## Rapports :

Les différents rapports ont été présentés à titre d'information :

- Expérience des patients hospitalisés Q3 ;
- Plaintes Q3
- Incidents Q3
- Recommandations des Comités de revues
- Sondage sur la santé primaire

La mise en œuvre des sondages sur les services alimentaires se poursuit, afin de cibler davantage les problématiques et les pistes d'amélioration.

Un groupe de travail sera mis sur pied pour réviser la politique et procédure en lien avec un environnement peu parfumé ou sans produit, dont l'échéancier visé est juin 2018.

# Réunion régulière : 27 mars 2018 (suite)

Politique et procédure CA-350 « Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité » :

## MOTION 2018-03-27 / 03SCGQS

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Janie Levesque

Et résolu que la politique et procédure CA-350 « Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité » soit acceptée avec les modifications proposées.

**Adopté à l'unanimité.**

# Réunion régulière : 27 mars 2018 (suite)

## Tableau de bord stratégique et opérationnel (janvier 2018) :

Le recrutement des membres du Comité consultatif des patients et des familles est en cours. La première réunion est prévue en avril 2018.

L'amélioration de l'accès en chirurgie continue sa progression dans les trois indicateurs ciblés.

Le recrutement des infirmières praticiennes est ralenti cette année, faute de financement du ministère de la Santé.

Au niveau financier, les indicateurs opérationnels demeurent tous autour ou meilleurs que la cible à l'exception des coûts d'opération des laboratoires par unité de charge de travail.

# Réunion régulière : 27 mars 2018 (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 27 mars 2018 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 27 mars 2018 à 08:30</b> <b>Vidéoconférence</b>
<b>But de la réunion :</b>	Réunion régulière	Bathurst (siège social) : grande salle	(Gilles, Gisèle, Claire)
<b>Présidente :</b>	Norma McGraw	Edmundston : salle 2281	(Lucie)
<b>Secrétaire :</b>	Lucie Francoeur	Moncton : salle de l'Auberge	(Janie, Michelyne)
		Tracadie : salle à manger	(Norma)
		Campbellton : salle 4002	(Diane)
		Téléconférence :	(Anne)
<b>Participants</b>			
Norma McGraw	✓	Anne Soucie	✓
Gilles Lanteigne	✓	Janie Levesque	✓
Gisèle Beaulieu	✓	Dre Nicole LeBlanc	A
		Claire Savoie	✓
		Diane Mignault	✓
		Michelyne Paulin	✓
<b>PROCÈS-VERBAL</b>			

**1. Ouverture de la réunion**

La réunion est ouverte par Norma McGraw à 08:30.

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

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

**3. Adoption de l'ordre du jour****MOTION 2018-03-27 / 01SCGQS**

Proposé par Claire Savoie

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 23 janvier 2018****MOTION 2018-03-27 / 02SCGQS**

Proposé par Janie Levesque

Appuyé par Claire Savoie

Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 23 janvier 2018 soit adopté tel que présenté.

**Adopté à l'unanimité.**

**5. Suivis de la dernière réunion du 23 janvier 2018**

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 Agrément - suivis**

Les équipes multidisciplinaires poursuivent leurs suivis et la mise en œuvre des mesures pour rencontrer les normes. L'échéancier pour compléter les suivis est le 25 mai 2018, afin de donner le temps aux conseillères à la qualité et sécurité des patients de déposer les preuves dans le portail d'Agrément Canada par le 6 juin 2018.

Dans les discussions avec Agrément Canada, il y a eu une suggestion de développer un plan d'amélioration continue de la qualité spécifiquement sur la santé mentale. Le Comité de décision d'agrément a souligné que nous sommes les bienvenus à soumettre le plan détaillé même si celui-ci n'est pas requis pour le maintien du statut d'Agrément. Les preuves reliées à la santé mentale doivent tout de même être déposées dans le portail comme les autres équipes.

Sur les 68 critères (normes et pratiques organisationnelles requises), 24 suivis sont terminés, 43 suivis sont en voie d'être terminés et 1 suivi est en attente. Certaines pratiques organisationnelles requises

(POR) progressent moins vite, en raison de la complexité de différentes démarches. Quelques normes demandent des rénovations qui ne seront pas complétées d'ici juin 2018, mais des mesures d'atténuation des risques seront mises en place.

## 7. Affaires nouvelles

### 7.1 Expérience des patients hospitalisés Q3

Le taux régional de participation au sondage est 16 % comparativement à 17 % pour le deuxième quart. Seule la zone 4 a atteint la cible visée de 20 %. Les taux sont à la baisse depuis les trois derniers mois malgré les rappels faits auprès des gestionnaires pour assurer la distribution des sondages au congé. Un rapport régional sera produit pour chaque directeur avec les taux de retour de leur secteur, afin de les sensibiliser à la problématique et les inciter à faire des suivis avec les gestionnaires.

Le Service des bénévoles de chaque zone sera demandé d'assigner un bénévole spécifiquement à la distribution des sondages, afin d'aider les gens qui ont de la difficulté à remplir le questionnaire.

Des sondages sporadiques sont effectués régulièrement pour l'urgence, les services alimentaires, l'externe, etc., mais pour les patients hospitalisés c'est un procédé continu. Une suggestion a ressortie la semaine dernière à la réunion du Comité régional des services à la clientèle, soit de cibler la clientèle hospitalisée en mettant l'accent sur une unité spécifique à tour de rôle. L'équipe de la qualité examinera cette piste d'amélioration, afin de maximiser le taux de participation.

Les deux éléments qui obtiennent de façon régulière de faibles taux de satisfaction sont l'obtention d'aide et la gestion de la douleur. Les tournées proactives aux unités seront réévaluées, puis nous travaillerons en collaboration avec l'équipe des soins infirmiers, afin de sensibiliser le personnel sur l'importance de les faire.

La mise en œuvre des sondages sur les services alimentaires se poursuit, afin de cibler davantage les problématiques et les pistes d'amélioration. Les sondages seront remis de façon continue à un échantillon de patient et compilés trimestriellement.

La vérification du bracelet d'identité est une pratique organisationnelle requise et doit être faite avant d'entreprendre tout soin et service. Un blitz d'audits sera effectué en lien avec cette application, puis les résultats seront partagés au personnel concerné.

### 7.2 Plaintes Q3

Une légère diminution est notée dans le nombre total de plaintes (Q1 à Q3) au niveau régional et dans chaque zone, sauf dans la zone 1B. Il y a également une diminution dans le nombre total de plaintes liées au comportement (Q1 à Q3) dans toutes les catégories et plus particulièrement au niveau du corps médical de 50 %. Ceci s'explique par les suivis étroits faits par l'équipe des Services médicaux.

Les améliorations qui découlent des plaintes sont :

- de mettre sur pied un groupe de travail pour réviser la politique et procédure en lien avec un environnement peu parfumé ou sans produit, afin de favoriser la santé et le mieux-être des clients, du personnel et des visiteurs. Cette politique tiendra compte d'un éventail de produits parfumés à restreindre. L'odeur de la cigarette sera aussi citée dans cette politique. Échéancier visé : juin 2018.
- de poursuivre le travail avec le Service des communications pour sensibiliser les gens en ce qui concerne la politique et procédure des heures de visites et de la présence de la famille. Échéancier visé : juillet 2018.
- de développer une session de formation pour les employés de première ligne sur la gestion des préoccupations/plaintes aux points de service et sur la méthode de communication « Cœur – Tête-Cœur ». Échéancier visé : septembre 2018.

En ce qui concerne les Services d'alimentation, la mise en œuvre du plan d'amélioration de la performance se poursuit. Une politique d'alimentation saine est en place et les aliments et les boissons ayant une faible teneur en sodium sont favorisés. Au niveau de la technologie, l'achat d'un logiciel pour la gestion des menus a été effectué. Toutefois, il reste beaucoup d'investissements majeurs à faire pour améliorer les processus de travail. En ce qui concerne l'avenir de certaines cafétérias, le dossier sera étudié en profondeur, de même que l'augmentation des machines distributrices dans quelques établissements. L'équipe poursuit son travail.

En décembre, le gouvernant a mis sur pied un groupe d'étude sur les services alimentaires, d'environnement et de transport des patients pour regarder la sous-traitance des services non cliniques. Une tournée se prépare bientôt dans certains établissements du Réseau où il y a aura des entrevues avec les employés concernés, afin d'obtenir leur rétroaction quant aux enjeux et défis qu'ils vivent actuellement.

Un membre demande si l'intervalle de temps entre chaque repas est un aspect qui sera tenu compte lors du prochain sondage ponctuel sur les repas. Janie Levesque a effectué un inventaire dans l'ensemble du Réseau, puis effectivement il n'y a pas assez d'intervalles entre les repas dans la Péninsule. Cet aspect sera regardé avec l'équipe des services cliniques.

### 7.3 Incidents Q3

Une hausse considérable d'incidents Q3 est remarquée ce qui peut être attribuable en partie par l'utilisation d'une nouvelle version électronique facilitant le signalement des incidents par les employés de la zone 6. Aussi, la sensibilisation effectuée auprès des employés sur l'importance de la culture de sécurité des patients lors de la semaine nationale de sécurité des patients, redonne à chaque fois un élan au niveau du signalement des incidents.

Diverses pistes d'amélioration ont été identifiées et partagées aux gestionnaires concernés ainsi qu'à la direction, afin qu'elles soient appliquées entre autres :

- des sessions éducatives sur les plaies de pression ont été offertes au personnel concerné à l'HSMK ;
- un système de menus informatisés sera acheté à la zone 1B, afin d'éviter les incidents rapportés au Service alimentaire où les besoins particuliers de certains patients n'étaient pas toujours identifiés sur le menu ;
- une infirmière auxiliaire est ajoutée pour le relais de soir à l'unité des Soins prolongés à l'HRE, afin d'éviter les incidents reliés aux médicaments.
- une vérification des vaccins qui sont dans le réfrigérateur est effectuée chaque mois en guise de mesure préventive, suite à plusieurs incidents rapportés par la Santé publique d'Edmundston.

Tous les incidents font l'objet d'un suivi, ensuite des pistes d'améliorations sont identifiées et mises en place. Cette façon de faire est régionale, ce qui veut dire que l'équipe de la qualité examine la pratique à améliorer dans chacune des zones et l'harmonise simultanément.

### 7.4 Recommandations des Comités de revues

Le comité de revue de la zone est responsable de la revue du cas présenté et de l'analyse des causes profondes; il s'assure d'émettre toutes les recommandations appropriées et d'en faire le suivi.

Le rapport présente les recommandations des comités de revues qui ont eu lieu d'octobre 2017 à février 2018. Durant cette période, 9 revues ont été effectuées dans les quatre zones et un total de 55 recommandations ont été émises. Plusieurs recommandations progressent bien et seront complétées dans les mois qui suivent, entre autres l'implantation du module d'allergie, le développement de formations sur les services de santé mentale, les facteurs de risque et de protection et l'intervention non violente en situation de crise. L'équipe du secteur de la qualité suit de près les dossiers et poursuit les suivis requis.

La Loi sur la qualité des soins de santé et de la sécurité des patients a été sanctionnée le 28 juin 2016 et les règlements sont en voie d'approbation. Plusieurs volets sont inclus dans cette Loi, entre autres la divulgation d'un incident préjudiciable et la revue des incidents évités de justesse, d'ailleurs le Réseau a instauré cette pratique courante depuis un certain temps. Aussitôt les règlements approuvés, une note sera présentée aux membres à titre d'information.

### 7.5 Sondage sur la santé primaire

Le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick a publié le troisième rapport du sondage sur la santé primaire qui donne un portrait sur la qualité et l'expérience vécue par le client à l'égard des services de santé primaire.

Voici quelques éléments qui ressortent de l'analyse du rapport 2017 pour les quatre zones sont :

- l'absence de médecin de famille est présente pour 1 citoyen sur 10 ;



- l'accessibilité au médecin de famille et à l'infirmière praticienne est encore à améliorer ;
- la qualité des interactions avec le médecin de famille et l'infirmière praticienne demeure un défi ;
- le besoin de soins sur la santé émotionnel par un professionnel est fréquent ;
- etc.

Les indicateurs pour lesquels nous notons une amélioration significative comparativement aux résultats de 2014 sont :

- l'infirmière praticienne
  - heures de bureau prolongées;
  - rendez-vous le jour même ou le jour suivant;
  - satisfaction générale.
- médecin de famille
  - visites à domicile;
  - arrangements après les heures.
- citoyens
  - utilisation d'une clinique après les heures (clinique sans rendez-vous);
  - connaissance des effets des médicaments prescrits (maladies chroniques).

Plusieurs initiatives sont en cours suite à l'approbation du Plan des services cliniques et du Plan stratégique du Réseau de santé Vitalité, entre autres :

- intensifier les solutions de rechange à l'hospitalisation ;
- uniformiser les pratiques exemplaires en gestion continue des maladies chroniques ;
- optimiser les services de santé mentale ;
- développer une approche de codécision avec les patients et leur famille dans la planification des soins et des services.

Un membre questionne le processus de recrutement de médecins dans les communautés rurales et éloignées, puisque dans la zone 4 il y a de nombreux médecins qui partent à la retraite cette année et certains d'entre eux ne pourront transférer leur cabinet à un autre collègue, faute de généralistes. En fait, beaucoup de gens se retrouveront sans médecin de famille. Aussi, il y a la pénurie de personnel en soins infirmiers. Il faut des stratégies pour contrer à cette pénurie qui est sans cesse en accroissement.

L'équipe des Services médicaux est consciente que le recrutement et la rétention des médecins sont problématiques dans les communautés rurales. Par ailleurs, l'équipe a développé un plan régional de ressources médicales, puis des stratégies sont mises en place en ce moment pour améliorer le recrutement. Il y a également une planification régionale, mais délocalisée dans chacune des zones.

Les secteurs des ressources humaines et des services cliniques ont développé et mis en œuvre une approche régionale en matière de recrutement pour le personnel en soins infirmiers au sein du Réseau, afin de rapidement répondre aux défis actuels et futurs d'attraction et de rétention du personnel. Plusieurs événements ont lieu entourant les stratégies de recrutement, comme les journées carrières aux universités, les foires d'emplois, etc.

#### 7.6 Politique et procédure CA-350 « Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité »

Le mandat du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité est présenté annuellement pour consultation et approbation. Quelques modifications sont proposées, entre autres en ce qui concerne les sondages de satisfaction des médecins et des employés, ils seront effectués au moins tous les deux ans pour être en lien avec le cycle d'Accréditation Canada.

#### **MOTION 2018-03-27 / 03SCGQS**

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Janie Levesque

Et résolu que la politique et procédure CA-350 « Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité » soit acceptée avec les modifications proposées.

**Adopté à l'unanimité.**

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

### 8. Affaires permanentes

#### 8.1 Tableau de bord stratégique et opérationnel (janvier 2018)

Invité : Stéphane Legacy

Aujourd'hui, les indicateurs reliés aux secteurs ambulatoires seront discutés en détail par Stéphane Legacy, mais avant de passer à cette étape, Gisèle Beaulieu cite quelques indicateurs avec performance atteignant la cible ou au-delà de la cible :

- le taux de conformité aux audits de documentation ;
- le nombre moyen de jours d'hospitalisation en soins aigus chez les 65 ans et plus ;
- le pourcentage de réduction des visites à l'urgence chez les patients à grands besoins qui reçoivent des services adaptés (HRE seulement) ;
- le nombre moyen de jours de maladie payés par employé ;
- le taux pour les accidents de travail ;
- le taux de réadmission dans les trente jours ;
- le nombre de nouveaux griefs ;
- le taux d'erreurs de médicaments ;
- le pourcentage de dépenses administratives ;
- etc.

Au niveau financier, les indicateurs opérationnels demeurent tous autour ou meilleurs que la cible à l'exception des coûts d'opération des laboratoires par unité de charge de travail.

Le recrutement des membres du Comité consultatif des patients et des familles est en cours. La première réunion est prévue en avril 2018.

L'amélioration de l'accès en chirurgie continue sa progression dans les trois indicateurs ciblés.

Le recrutement des infirmières praticiennes est ralenti cette année, faute de financement du ministère de la Santé.

La période de vaccination pour la grippe saisonnière est terminée et les résultats sont inférieurs de 5 % comparativement à ceux de l'an dernier. Le faible taux d'efficacité du vaccin cette année a probablement nui à la campagne.

Stéphane Legacy, vp Services de consultation externe et Services professionnels présente par le biais d'une présentation électronique une analyse détaillée des indicateurs liés aux initiatives en cours dans les secteurs ambulatoires. Les principaux éléments de la présentation sont :

- les audits des dossiers interdisciplinaires ;
- les critères d'évaluation en soins infirmiers ;
- le taux de conformité aux audits de documentation ;
- l'analyse et le plan d'action ;
- les visites dans les cliniques itinérantes ;
- le nombre de consultations cliniques – télésanté ;
- les défis et le plan d'action ;
- la gestion personnalisée des services ;
- le cadre : modèle de Kaiser permanent ;
- la description du projet ;

Les prochaines étapes consistent à implanter le modèle de soins de gestion personnalisée des services dans les hôpitaux communautaires du Réseau, ainsi que publiciser et promouvoir le service.

Quelques défis d'implantation ont eu lieu dans les zones 1, 5 et 6 qui étaient en grande partie reliés au roulement du personnel, mais l'équipe est dans le processus de stabilisation et nous devrions être en mesure d'avoir des données des trois autres zones d'ici l'automne 2018.

Les membres remercient Stéphane Legacy pour cette présentation.

**9. Date de la prochaine réunion** : le 12 juin 2018

**10. Levée de la réunion**

La levée de la réunion est proposée par Michelyne Paulin à 10:30.

---

Norma McGraw  
Présidente du comité

---

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

ÉBAUCHE

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 17 avril 2018

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 12 mars 2018. Ce rapport sera présenté par Pauline Bourque, présidente du comité. De ce rapport, découlent deux propositions, la première, de recevoir le rapport et la deuxième, l'adoption 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 stratégique de la recherche et de la formation de la rencontre du 12 mars 2018.

2) Proposition de motion :

Proposé

Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte la motion suivante : Motion 2018-03-18 / 03CSRF du Comité stratégique de la recherche et de la formation du 12 mars 2018.

# Comité stratégique de la recherche et de la formation

Rapport au Conseil d'administration  
17 avril 2018

# Réunion régulière : 12 mars 2018

## Sujets discutés :

- Mise à jour du Plan opérationnel du développement de la mission universitaire 2018-2020 : La mise à jour du Plan opérationnel inclut un nouvel objectif spécifique dans le cadre de l'objectif stratégique 1 afin d'adresser de façon plus explicite l'élaboration et la mise en œuvre du Plan de communication de la mission universitaire. De plus, certains éléments du Plan opérationnel 2016-2018, qui n'ont pu être complétés à cause d'un manque de ressource humaine, ont été incorporés dans le nouveau plan opérationnel. Le Réseau vise compléter ces derniers dans les premiers six (6) mois du plan 2018-2019.

# Réunion régulière : 12 mars 2018

- Liste à jour des projets de recherche : La liste à jour des projets de recherche a été modifiée selon les recommandations émises par le Comité stratégique de la recherche et de la formation lors de sa dernière rencontre. Les projets de recherches cliniques « maison » (les projets menés par des chercheurs de Vitalité) et les projets d'évaluation en santé ont été présentés avec une brève description pour donner une meilleure idée des thématiques des projets en cours.

# Réunion régulière : 12 mars 2018

- Plan de communication : Un suivi a été donné sur la mise en œuvre et l'actualisation du Plan de communication pour imbriquer les objectifs du développement de la mission universitaire. Un membre de l'équipe des communications a été assigné de façon spécifique au dossier du développement de la mission universitaire. Une série de messages principaux, en lien avec le Plan de communication, ont été développés, lesquels pourront servir de matériel de base afin d'élaborer des outils de communication pour les différents publics ciblés.



# Réunion régulière : 12 mars 2018

- Révision du mandat du Comité stratégique de la recherche et de la formation : Le mandat du Comité stratégique de la recherche et de la formation a fait l'objet d'une révision, laquelle est prévue dans le cadre de la révision annuelle des mandats des comités du Conseil d'administration. Puisque le mandat est à jour, le Comité n'a aucun changement à apporter et propose que le mandat soit reconduit jusqu'à la prochaine révision.

# Réunion régulière : 12 mars 2018

## **MOTION 2018/03/12-03-CSR**

Proposé par Gabriel Godin

Appuyé par Michelyne Paulin

Et résolu que le mandat du Comité stratégique de la recherche et de la formation soit reconduit jusqu'à la prochaine révision.

**ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ**

# Réunion régulière : 12 mars 2018

- Proposition conjointe au ministère (plan d'affaire) pour les réseaux cliniques apprenants : Une proposition de mise en place de réseaux cliniques apprenants au N.-B. sera faite pour mettre à profit les initiatives existantes dans la province et prendre en charge les défis persistants du système de santé. L'objectif principal de ces réseaux est d'assurer l'optimisation et l'amélioration continue des services de santé grâce au partage et à l'analyse systématique de données pertinentes tout au long de la trajectoire des soins du patient. Les deux régies régionales de la santé ont déjà exprimé leur intérêt pour la création de tels réseaux et elles s'engagent à travailler ensemble pour mettre ces structures en place avec succès dans la province.

# Réunion régulière : 12 mars 2018

- Fonds Duo : le Centre de formation médicale, conjointement avec l'Université de Moncton, a mis en place l'initiative des « Fonds Duo », envers le développement de programmes de formation et de recherche. L'offre, qui visait tout médecin clinicien étant professeur et ayant fait de l'enseignement, en collaboration avec un professeur de l'Université de Moncton, permettait de recevoir un montant allant jusqu'à 25 000 \$ échelonné sur deux ans. Quatre offres de financement ont été annoncées et six demandes ont été reçues. Puisqu'il s'agit de six bons projets de recherche, les deux organismes tentent de trouver les fonds additionnels pour financer les six projets au complet.

# Réunion régulière : 12 mars 2018

- Cliniciennes-chercheuses : Deux cliniciennes de Vitalité ont été proposées du financement pendant quatre ans comme cliniciennes-chercheuses dans les secteurs de la neurologie et de la génétique. Elles ont débuté leurs fonctions au début avril. 75% du financement provient du Centre de formation médicale et 25% provient de la Fondation de recherche en santé du N.-B. Des discussions ont été entamées avec la vice-doyenne de la recherche de la Faculté des Sciences de la santé de médecine de l'Université de Sherbrooke pour établir un programme de mentorat via les chercheurs-cliniciens de Sherbrooke pour appuyer ces nouvelles cliniciennes-chercheuses.

# Réunion régulière : 12 mars 2018

- Laboratoire d'anatomie : Un projet pour avoir un laboratoire d'anatomie au CHU Dumont avait débuté quelques années passées. Ce projet visait à trouver un espace adéquat pour permettre aux étudiants en formation médicale de pouvoir faire des laboratoires d'anatomie ailleurs qu'à la morgue, d'où l'espace est très restreint, et également pouvoir rendre ce nouvel espace disponible pour de la formation continue ou autre. Une contribution de 50% du financement nécessaire, de la part du Centre de formation médicale, via l'éducation post-secondaire formation au travail, a fait en sorte que le CHUDGLD a maintenant un laboratoire d'anatomie, lequel servira également à la formation continue des cliniciens-chercheurs à l'intérieur du Réseau. L'ouverture officielle du laboratoire est à venir.

# Réunion régulière : 12 mars 2018

## Documents soumis à titre d'information:

- Mise à jour du plan opérationnel pour le développement de la mission universitaire 2018-2020
- Bilan des activités de recherche en cours – mars 2018
- Liste à jour des projets de recherche
- Suivi au Plan de communication pour le développement de la mission universitaire
- Initiative conjointe – Réseaux cliniques apprenants

# Réunion régulière : 12 mars 2018

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité stratégique de la recherche et de la formation pour la réunion tenue le 12 mars 2018 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 12 mars 2018 à 10 heures		
		<b>Endroit :</b>	Vidéoconférence		
<b>But de la réunion :</b>	Réunion régulière	<u>CHUDGLD</u> :	Michelyne Paulin, Dr Michel H. Landry, Brigitte Sonier-Ferguson		
<b>Présidente :</b>	Pauline Bourque	<u>Hôpital de Tracadie-Sheila</u> :	Pauline Bourque, Dre France Desrosiers		
<b>Secrétaire :</b>	Manon Frenette	<u>Siège social</u> :	Gilles Lanteigne, Gabriel Godin		
<b>Participants</b>					
Pauline Bourque	√	Gaitan Michaud	A	Gilles Lanteigne	√
Jean-Marie Nadeau	A	Dr Michel H. Landry	√	Brigitte Sonier Ferguson	√
Gabriel Godin	√	Michelyne Paulin	√	Dre France Desrosiers	√
Invité : Jean-René Noël, directeur des communications et de l'engagement communautaire					
<b>PROCÈS-VERBAL</b>					
<p><b>1. Ouverture de la séance, déclaration de conflit d'intérêts</b></p> <p>La présidente ouvre la séance à 10 heures et souhaite la bienvenue à tous. On informe les membres que Gaitan Michaud s'est excusé de la réunion. On souligne la présence de Jean-René Noël, directeur des communications et de l'engagement communautaire, pour traiter le point 4.3.</p> <p>On note qu'aucun conflit d'intérêts n'est déclaré.</p> <p><b>2. Adoption de l'ordre du jour</b></p> <p>On présente l'ordre du jour et l'ajout des points suivants est proposé par Dr Michel H. Landry :</p> <p>6.1 Fonds Duo 6.2 Cliniciennes chercheuses 6.3 Laboratoire d'anatomie</p> <p><b><u>MOTION 2018/03/12-01-CSR</u></b> Proposé par Gabriel Godin Appuyé par Michelyne Paulin Et résolu que l'ordre du jour soit adopté avec les ajouts proposés <b>ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ</b></p> <p><b>3. Adoption du procès-verbal du 20 novembre 2017</b></p> <p>Le procès-verbal de la réunion du 20 novembre 2017 est adopté tel que circulé.</p> <p><b><u>MOTION 2018/03/12-02-CSR</u></b> Proposé par Michelyne Paulin Appuyé par Gabriel Godin Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 20 novembre 2017 soit adopté tel que circulé <b>ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ</b></p>					

#### 4. Suivis de la réunion du 20 novembre 2017

##### 4.1 Mise à jour du Plan opérationnel du développement de la mission universitaire 2018-2020

La version mise à jour du plan opérationnel pour le développement de la mission universitaire 2018-2020 est soumise au Comité pour information. Ce plan opérationnel inclut un nouvel objectif spécifique dans le cadre de l'objectif stratégique 1 afin d'adresser de façon plus explicite l'élaboration et la mise en œuvre du Plan de communication de la mission universitaire. De plus, certains éléments du Plan opérationnel 2016-2018, qui n'ont pu être complétés à cause d'un manque de ressource humaine, ont été incorporés dans le nouveau plan opérationnel. Le Réseau vise compléter ces derniers dans les premiers six (6) mois du plan 2018-2019. Tous les nouveaux items sont identifiés par du texte rouge.

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

La liste à jour des projets de recherche est présentée au Comité à titre d'information, laquelle a été modifiée selon les recommandations émises par le Comité lors de la dernière rencontre. Les projets de recherches cliniques « maison » (c'est-à-dire, les projets menés par des chercheurs de Vitalité) et les projets d'évaluation en santé sont présentés avec une brève description pour donner une meilleure idée des thématiques des projets en cours. Les essais cliniques commandités sont présentés sous forme de tableaux et graphiques qui décrivent les départements cliniques impliqués et les pathologies étudiées.

On demande si le volume des demandes de projets de recherche externes est comparable au nombre de projets de recherche à l'interne.

On répond en expliquant que la liste des projets de recherche vise principalement les projets cliniques « maison », lesquels sont vraiment montés à l'intérieur de Vitalité par des cliniciens-chercheurs ou des professionnels de la santé. La liste n'inclut pas les projets qui viennent de l'externe pour lesquels le Réseau fait seulement une évaluation de convenance administrative scientifique en s'assurant du bon déroulement du projet. Si ces projets étaient considérés, ils seraient plus nombreux que les essais cliniques commandités. Même si le Réseau a plus d'essais cliniques commandités en cours, si on regarde aux projets « maison » à l'heure actuelle, le nombre a plus que doublé, voire même triplé depuis 2010 et il continue d'augmenter. Malgré l'importance de maintenir un volume important des essais cliniques commandités, le volume des deux catégories de demande devrait se balancer rapidement.

Michelyne Paulin fait mention d'une rencontre prochainement avec le ministère et elle aimerait pouvoir apporter ce sujet à la table et parler des progrès qui ont été faits au cours des années et des projets futurs. On répond qu'en terme d'unités cliniques apprenantes, qui sont en soi des projets de recherche, les plus réalistes de prévoir dans les deux prochaines années, sont en santé mentale, en oncologie, en pédiatrie, en neurologie, en cardiologie et en santé primaire. On souligne également l'importance de conscientiser le ministère à reconnaître le besoin de fournir les ressources nécessaires pour faire le temps clinique des médecins qui sont libérés de leurs responsabilités régulières pour faire de la recherche. On recommande également de se référer au document d'introduction du Plan de développement de la mission universitaire au sujet des progrès antérieurs et des projets futurs.

##### 4.3 Plan de communication

Jean-René Noël donne un suivi sur la mise en œuvre et l'actualisation du Plan de communication pour imbriquer les objectifs du développement de la mission universitaire. La note d'information remise aux membres et le document d'annexe présentent les grandes lignes de ce qui a été accompli durant les dernières semaines. Essentiellement, un membre de l'équipe des communications a été assigné de façon spécifique au dossier du développement de la mission universitaire. Une série de messages principaux, en lien avec le Plan de communication, ont été développés, lesquels pourront servir de matériel de base afin d'élaborer des outils de communication pour les différents publics ciblés.

Le Réseau compte profiter de la prochaine réunion publique du Conseil d'administration du 17 avril 2018 pour annoncer l'arrivée de deux premiers cliniciens-chercheurs au sein de l'équipe du Réseau de santé Vitalité. Cette première initiative sera en quelque sorte un tremplin pour lancer ses activités promotionnelles, éducatives et de mise en œuvre d'optimisation de sa vocation universitaire et de recherche.

## 5. Affaires nouvelles

### 5.1 Révision du mandat du Comité stratégique de la recherche et de la formation

Dans le cadre de la révision annuelle des mandats des comités du Conseil d'administration, le mandat du Comité stratégique de la recherche et de la formation est soumis pour approbation du Comité. Puisque le mandat avait fait l'objet d'une révision l'année dernière et qu'il est toujours à jour, le Comité n'a aucun changement à apporter et propose que le mandat soit reconduit jusqu'à la prochaine révision.

#### **MOTION 2018/03/12-03-CSR**

Proposé par Gabriel Godin

Appuyé par Michelyne Paulin

Et résolu que le mandat du Comité stratégique de la recherche et de la formation soit reconduit jusqu'à la prochaine révision.

**ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ**

### 5.2 Proposition conjointe au ministère (plan d'affaire) pour les réseaux cliniques apprenants

Une proposition de mise en place de réseaux cliniques apprenants au N.-B. sera faite pour mettre à profit les initiatives existantes dans la province et prendre en charge les défis persistants du système de santé. L'objectif principal de ces réseaux est d'assurer l'optimisation et l'amélioration continue des services de santé grâce au partage et à l'analyse systématique de données pertinentes tout au long de la trajectoire des soins du patient. Les deux régions régionales de la santé ont déjà exprimé leur intérêt pour la création de tels réseaux et elles s'engagent à travailler ensemble pour mettre ces structures en place avec succès dans la province.

Voici les objectifs de la proposition :

- o Obtenir l'appui du ministère de la Santé relativement à l'initiative des réseaux cliniques apprenants;
- o Établir un groupe de travail composé de patients et de représentants communautaires, de partenaires et de membres clés du Réseau de santé Vitalité et du Réseau de santé Horizon (gens du milieu clinique et administratif), de représentants du milieu universitaire, du gouvernement et d'organismes de financement;
- o Concevoir un plan d'affaires et de mise en œuvre pour l'établissement de réseaux cliniques apprenants au Nouveau-Brunswick.

On souligne la question du réseau clinique apprenant et la préservation de notre réseau de santé francophone.

On répond que cette question demeurera toujours sensible mais on souligne l'importance de ramener les choses à la base quand on parle du concept du réseau clinique apprenant dont les composantes sont :

- d'identifier les plus grands besoins de nos patients
- d'identifier les plus grands spécialistes et les plus grands experts pour adresser le besoin de celui qui est dans le plus grand besoin, et à ce niveau il n'y a plus de langue ni de code postal.

Pour préserver les services en français, il faut s'assurer que lorsqu'on a l'expertise au niveau de Vitalité, et que c'est la meilleure expertise, c'est celle qui doit être utilisée pour adresser le problème en question. En d'autres mots, il faut conserver le leadership où sont les réels spécialistes et Vitalité a dans son réseau les spécialistes dans certains domaines.

L'élément-clé est de centrer sur le patient. Dès lors, on centre automatiquement sur la réalité du patient, et ses besoins, ce qui comprend aussi sa langue de fonctionnement. Nous devons véhiculer le message que les réseaux cliniques apprenants renforceront même notre capacité de servir notre clientèle/nos patients dans la langue de leur choix, parce que c'est centré sur le patient. La question de la langue sera toujours un sujet sensible, de là la nécessité de maintenir un leadership fort et d'assurer que les équipes qui vont composer ces réseaux cliniques apprenants soient équitables et bien représentées.

## 6. Autres

### 6.1 Fonds Duo

Docteur Landry fait part d'une initiative qui a été mise en place pour tenter de développer davantage la recherche. Il s'agit des « Fonds Duo », mis en place par le Centre de formation médicale conjointement avec l'Université de Moncton. Des fonds ont été mis disponibles pour du développement au niveau de programmes de formation et de recherche. L'offre, qui visait tout médecin clinicien étant professeur et ayant fait de l'enseignement, en collaboration avec un professeur de l'Université de Moncton, pouvait recevoir jusqu'à 25 000 \$ échelonné sur deux ans. Quatre offres de financement ont été annoncées et six demandes ont été reçues. Puisqu'il s'agit de six bons projets de recherche, les deux organismes tentent de trouver les fonds additionnels pour financer les six projets. On souligne que le financement n'est pas envers la rémunération du médecin ou le professeur universitaire, mais bien pour l'embauche d'assistants pour faire le travail, le matériel, etc.

### 6.2 Cliniciennes-chercheuses

Deux cliniciennes de Vitalité ont été proposées du financement pendant quatre ans comme cliniciennes-chercheuses dans les secteurs de la neurologie et de la génétique. Elles débiteront leurs fonctions au début avril. 75% du financement provient du Centre de formation médicale et 25% provient de la Fondation de recherche en santé du N.-B. Des discussions ont été entamées avec la vice-doyenne de la recherche de la Faculté des Sciences de la santé de médecine de l'Université de Sherbrooke pour établir un programme de mentorat via les chercheurs-cliniciens de Sherbrooke pour appuyer ces nouvelles cliniciennes-chercheuses.

### 6.3 Laboratoire d'anatomie

À titre d'information, un projet pour avoir un laboratoire d'anatomie au CHU Dumont avait débuté quelques années passées. Ce projet visait à trouver un espace adéquat pour permettre aux étudiants en formation médicale de pouvoir faire des laboratoires d'anatomie ailleurs qu'à la morgue, d'où l'espace est très restreint, et également pouvoir rendre ce nouvel espace disponible pour de la formation continue ou autre. Une contribution de 50% du financement nécessaire, de la part du Centre de formation médicale, via l'éducation post-secondaire formation au travail, a fait en sorte que le CHUDGLD a maintenant un laboratoire d'anatomie, lequel servira également à la formation continue des cliniciens-chercheurs à l'intérieur du Réseau. L'ouverture officielle du laboratoire est à venir.

## 7. Date de la prochaine réunion

La prochaine réunion est prévue le lundi 14 mai 2018.

## 8. Levée de la séance

La séance est levée à 11 h 30 sur une proposition de Gabriel Godin

---

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

---

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

## Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 17 avril 2018

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

Vous trouverez ci-joint le rapport de la médecin-chef régional qui comporte deux volets 1) Médecin-chef régional; 2) Comité médical consultatif de la rencontre du 20 mars 2018. Ce rapport et les motions seront présentés par Monsieur Gilles Lanteigne en l'absence du Dre 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 neuf motions contenues dans le rapport de la présidente.

## 1) Proposition de motion :

Proposé

Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport de la Médecin-chef régional et de la présidente du Comité médical consultatif de la rencontre du 20 mars 2018.

## 2) Proposition de motion :

Proposé

Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : MOTION 2018-03-20 / 02CMC, MOTION 2018-03-20 / 03CMC, MOTION 2018-03-20 / 04CMC, MOTION 2018-03-20 / 05CMC, MOTION 2018-01-20 / 06CMC, MOTION 2018-03-20 / 07CMC, MOTION 2018-03-20 / 10CMC, MOTION 2018-01-20 / 11CMC et MOTION 2018-01-20 / 12CMC du Comité médical consultatif de la rencontre du 20 mars 2018.

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

Rapport au Conseil d'administration  
17 avril 2018

# Rapport de la médecin-chef régionale

Dre LeBlanc partage les dossiers en cours tels que :

- Nouveau processus d'octrois de privilèges pour nominations 2018-2020
  - Objectif accompli de standardiser le processus de privilèges et de lancer un processus « en ligne ». Simplification du processus.
- Plan d'implantation de la nouvelle structure médicale
  - Retraite des médecins chefs a eu lieu. Décision de fonctionner par zones. Les processus seront régionalisés et les mandats du CMCR et des CMCL seront révisés;
  - Rencontre conjointe entre la chefferie médicale et les directeurs médicaux le 6 avril afin d'opérationnaliser la nouvelle structure.
- Processus de révision de la certification médicale
  - Liens avec le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick, le Collège des médecins du Québec et le Conseil médical du Canada;
  - Développement en cours d'une boîte à outils pour l'accueil, encadrement, supervision, évaluation des nouveaux médecins.

# Réunion régulière : 20 mars 2018

Rapport de la présidente du Comité médical consultatif

- Rapports présentés aux membres du CMC:
  - Rapport de progrès du nouveau tableau de bord
  - Rapport de l'audit d'insuffisance cardiaque (terminé)
  - Rapport du Comité professionnel consultatif (CPC)



# Réunion régulière : 20 mars 2018 (suite)

Rapport de la présidente du Comité médical consultatif

- Présentations:
  - Intégration à la pratique des diplômés internationaux en médecine sans certification canadienne
  - Révision des règlements administratifs

# Réunion régulière : 20 mars 2018 (suite)

- Politiques
  - GEN.3.40.08 : Ordonnances verbales/ téléphoniques

## **MOTION 2018-03-20 / 02CMC**

Proposé par Dr Ronald Robichaud

Appuyé par Dre Louise Thibault

Et résolu que le Comité médical consultatif recommande l'approbation de la politique GEN.3.40.08 : Ordonnances verbales/ téléphoniques;

**Adoptée à l'unanimité.**

# Réunion régulière : 20 mars 2018 (suite)

- Politiques
  - USI.3.10.25 : Analgésie, sédation, soins au patient en ventilation mécanique

## **MOTION 2018-03-20 / 04CMC**

Proposé par Dr Mohamed Benlamlih

Appuyé par Dre Louise Thibault

Et résolu que le Comité médical consultatif recommande l'approbation de la politique USI.3.10.25 : Analgésie, sédation, soins au patient en ventilation mécanique;

**Adoptée à l'unanimité.**

# Réunion régulière : 20 mars 2018 (suite)

- Politiques
  - BOP.2.10.05 : Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire

## **MOTION 2018-03-20 / 05CMC**

Proposé par Dr Eric Basque

Appuyé par Dr Marc Lagacé

Et résolu que le Comité médical consultatif recommande l'approbation de la politique BOP.2.10.05 : Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire;

**Adoptée à l'unanimité.**

# Réunion régulière : 20 mars 2018 (suite)

- Politiques
  - GEN.3.80.33 : Politique Aide médicale à mourir

## **MOTION 2018-03-20 / 06CMC**

Proposé par Dr Eric Basque

Appuyé par Dre Anik Savoie

Et résolu que le Comité médical consultatif recommande l'approbation de la politique GEN.3.80.33 : Politique Aide médicale à mourir;

**Adoptée à l'unanimité.**

# Réunion régulière : 20 mars 2018 (suite)

- Politiques
  - INF.4.30.10 : Vaccin antipneumococcique

## **MOTION 2018-03-20 / 07CMC**

Proposé par Dre Louise Thibault

Appuyé par Dr Simon Racine

Et résolu que le Comité médical consultatif recommande l'approbation de la politique INF.4.30.10 : Vaccin antipneumococcique;

**Adoptée à l'unanimité.**

# Réunion régulière : 20 mars 2018 (suite)

- Formulaires
  - Ordonnances médicales – Insuline IV Patients adultes (exclusion : acidocétose)

## **MOTION 2018-03-20 / 03CMC**

Proposé par Dr Michel D'astous

Appuyé par Dr Gaetan Gibbs

Et résolu que le Comité médical consultatif recommande l'approbation du formulaire d'ordonnances médicales – Insuline IV Patients adultes (exclusion : acidocétose);

**Adoptée à l'unanimité.**

# Réunion régulière : 20 mars 2018 (suite)

- Renouvellement des membres du CMC

## **MOTION 2018-03-20 / 12CMC**

Proposé par Dr Eric Levasseur

Appuyé par Dre Louise Thibault

Et résolu que le Comité médical consultatif recommande la nomination du Dre Hélène Faucher en tant que nouveau membre du CMCR, secteur médecine de famille en milieu rural, pour un mandat de 3 ans soit pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2018 jusqu'au 30 juin 2021;

**Adoptée à l'unanimité.**



# Réunion régulière : 20 mars 2018 (suite)

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

# Réunion régulière : 20 mars 2018 (suite)

## Zone 4- Demande de nominations pour les privilèges

Privilèges adoptés par le Comité d'examen des titres le 7 février 2018

Adoptés par le Comité médical consultatif local le 7 février 2018

Adoptés par le Comité médical consultatif régional le 20 mars 2018

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

Médecins	Statut	Zone	Spécialité	Privilèges
Dr Rami Baz	Suppléant	4	Pédiatrie	Pédiatrie
Dre Jumana Ezzat	Suppléant	4	Imagerie diagnostique	Radiologie
Dre Heba Hussein	Suppléant	4	Imagerie diagnostique	Radiologie
Dr Sergey Podznyakov	Suppléant	4	Médecine de laboratoire	Pathologie

# Réunion régulière : 20 mars 2018 (suite)

## Zone 1B- Demande de changement de nomination pour les privilèges

Privilèges adoptés par le Comité d'examen des titres le 11 janvier 2018

Adoptés par le Comité médical consultatif local le 15 janvier 2018

Adoptés par le Comité médical consultatif régional le 20 mars 2018

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

Médecins	Statut présent	Statut demandé	Zone	Spécialité	Privilèges
Darwich, Chadi Dr	Associé	Actif	1B	Médecine interne	Neurologue
Katsafourou, Polytimi Anna Dre	Suppléant	Associé	1B	Obstétrique/gynécologie	Obstétricienne-gynécologue

\* Le rapport a été présenté au CMCL et au CMCR avec la date de juin 2020. Après vérification auprès de la zone, on devrait lire juin 2018.

# Réunion régulière : 20 mars 2018 (suite)

## **MOTION 2018-03-20 / 10CMC**

Proposé par Dr Louise Thibault

Appuyé par Dre Anik Savoie

Et résolu que le Comité médical consultatif adopte en bloc les demandes suivantes :

demande de nominations pour les privilèges de la zone 4 adoptées au CMCL du 7 février 2018;

demande de changement de nomination pour les privilèges de la zone 1B adoptées au CMCL du 15 janvier 2018;

**Adoptée à l'unanimité.**

# Réunion régulière : 20 mars 2018 (suite)

- Nomination de chefs de départements

## **MOTION 2018-03-20 / 11CMC**

Proposé par Dre Louise Thibault

Appuyé par Dr Simon Racine

Et résolu que le Comité médical consultatif adopter en bloc les nouvelles nominations suivantes :

Dr Danny Godin et Dre Isabelle-Anne Girouard en tant que co-chefs du département local de médecine d'urgence, zone Beauséjour

Dr Prabhat Sinha, chef du département local d'anesthésie, zone Restigouche

Dre Christelle Thériault, chef de la division locale de la chirurgie générale, zone Beauséjour

Dre Céline Finn, chef du département local de psychiatrie, zone Restigouche;

**Adoptée à l'unanimité.**

# Réunion régulière : 20 mars 2018 (suite)

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité médical consultatif et de la médecin-chef régionale.

Dre Nicole LeBlanc  
Médecin-chef régionale

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 17 avril 2018

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

Vous trouverez ci-joint le rapport du Comité professionnel consultatif de la rencontre du 28 mars 2018. 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 quatre motions contenues dans le rapport de la présidente.

1) Proposition de motion :

Proposé

Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité professionnel consultatif de la rencontre du 28 mars 2018.

2) Proposition de motion :

Proposé

Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : MOTION 2018/03/28 03CPC, MOTION 2018/03/28 04CPC, MOTION 2018/03/28 05CPC et MOTION 2018/03/28 06CPC du Comité professionnel consultatif du 28 mars 2018.

# Comité professionnel consultatif

Rapport au Conseil d'administration  
(17 avril 2018)



# Réunion régulière : 28 mars 2018

## Sujets discutés :

### Compétences avancées

- La définition/l'interprétation des compétences avancées des infirmières par rapport aux compétences avancées/les compétences de bases d'autres professionnels de la santé (physiothérapeutes, ergothérapeutes, etc.) peuvent différencier selon la définition que leurs associations/collège ou ordre. Le vocabulaire porte à confusion.
- La politique sur les compétences avancées, adoptée en 2015, est due à être révisée en 2018 et les ambiguïtés seront adressées lors de la révision.

# Réunion régulière : 28 mars 2018

## Sujets discutés :

### Mise à jour du Mandat du Comité professionnel consultatif (CPC)

- Une mise à jour sera acheminée par courriel aux membres pour un vote. Les changements seront ensuite présentés à la prochaine rencontre du CPC pour adoption finale à la rencontre du CA.

# Réunion régulière : 28 mars 2018

## Sujets discutés :

### Renouvellement des membres du CPC

Le mandat pour la représentation des professions ci-dessous arrive à échéance :

- Médecine
  - Soins infirmiers
  - Services diagnostiques
  - Archives cliniques
- Un communiqué leur sera envoyé pour le recrutement des nouveaux membres représentatifs.
  - Un comité ad hoc, composé de quatre membres du CPC sera mis en place afin d'examiner les candidatures.
  - Les candidats retenus seront recommandés au CA à la rencontre annuelle prévue en juin 2018.

# Réunion régulière : 28 mars 2018

**Politique (ébauche)**

**BOP.2.10.05 Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire**

**MOTION 2018/03/28 03CPC**

Proposé par Annie Carré

Appuyé par Lise Gauthier

Et résolu que le CPC appuie telle quelle la politique BOP.2.10.05  
Liste de contrôle d'une chirurgie sécuritaire.

**Adopté à l'unanimité**

# Réunion régulière : 28 mars 2018

**Politique (ébauche)**

**GEN.3.80.33 Aide médicale à mourir**

**MOTION 2018/03/28 04CPC**

Proposé par Annie Boudreau

Appuyé par Melissa Deschênes

Et résolu que le CPC appuie telle quelle la politique GEN.3.80.33  
Aide médicale à mourir.

**Adopté à l'unanimité**

# Réunion régulière : 28 mars 2018

## Mandat du comité régional d'abréviations

### MOTION 2018/03/28 05CPC

Proposé par Justin Morris

Appuyé par Annie Carré

Et résolu que le CPC appuie la politique du Mandat du comité régional d'abréviations avec les modifications suivantes:

- Composition: pour les services diagnostiques, privilégier l'imagerie médicale et le laboratoire.
- Nomination: Le président et les membres du comité sont nommés par le CPC et présentés une fois par année.
- Durée: Changer la durée des mandats de deux à trois ans.

**Adopté à l'unanimité**

# Réunion régulière : 28 mars 2018

## Ordonnances verbales/téléphoniques

### **MOTION 2018/03/28 06CPC**

Proposé par Melanie Desjardins-Bard

Appuyé par Claudine Godbout-Lavoie

Et résolu que le CPC appuie telle quelle la politique GEN.3.40.08  
Ordonnances verbales/téléphoniques.

**Adopté à l'unanimité**

# Réunion régulière : 28 mars 2018

## Présentation des rapports suivants :

- **Rapport exécutif – Audits des dossiers cliniques – Soins infirmiers**
- **Rapport sur l'expérience des patients hospitalisés**
- **Rapport sur les plaintes : Q3 2017-18**

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

Janie Levesque

Présidente du Comité professionnel consultatif



Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 17 avril 2018

Objet : **Privilèges temporaires des médecins**

Cette note a pour but de présenter le tableau des privilèges temporaires des médecins du Réseau de santé Vitalité pour approbation en date du 5 février au 6 avril 2018. Docteur Desrosiers le soumet à l'attention du Conseil d'administration pour adoption. Monsieur Gilles Lanteigne, en l'absence du Docteur Desrosiers, sera présent pour répondre aux questions des membres et offrir les explications selon le cas.

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 5 février au 6 avril 2018.

## TABLEAU DES PRIVILÈGES TEMPORAIRES – 4 avril 2018

Médecins	Spécialité	Catégorie	Date de privilèges		Zones
			Du	Au	
BEN AMOR, Dre Ibtihel Mouna	Génétique médicale	Associé	5 mars 2018	1er juin 2018	1B
BRADY, Dre Jolene	Radiologie	Conseiller	28 avril 2018	29 juin 2018	1B
BROWN, Dr Douglas	Radiologie	Conseiller	29 avril 2018	29 juin 2018	1B
BUYUKDERE, Dr Hakan	Hémato-pathologie	Conseiller	12 mars 2018	8 juin 2018	1B
COURSIMAUULT, Dr Benoit	Orthopédie	Invité	1er février 2018	27 avril 2018	1B
ELLIS, Dr Ralph G.	Radiologie	Conseiller	1er avril 2018	29 juin 2018	1B
FOWLIE, Dr Frank E.	Radiologie	Conseiller	8 avril 2018	29 juin 2018	1B
DOUGLAS, Dr Stephen C.	Neurologie	Conseiller	1er avril 2018	29 juin 2018	1B
ISA, Dre Ahaoiza Diana	Orthopédie	Conseiller	29 avril 2018	29 juin 2018	1B
KYDD, Dr David	Radiologie	Conseiller	1er avril 2018	29 juin 2018	1B
LÉGARÉ, Dr Jean-François	Cardiologie	Conseiller	21 février 2018	18 mai 2018	1B
LÉGER, Dre Mélanie Pauline	Médecine familiale-urgence	Suppléant	5 mars 2018	1er juin 2018	1B, 4, 5, 6
MacINTOSH, Dr Jason	Médecine familiale-urgence	Suppléant	6 février 2018	4 mai 2018	1B
MAILHOT, Dr Sylvain	Hémato-pathologie	Conseiller	12 mars 2018	8 juin 2018	1B
MARION, Dr Alain	Anatomo-pathologie	Conseiller	30 mars 2018	26 juin 2018	1B
MOHANDAS, Dr Rajender	Ophtalmologie	Suppléant	29 avril 2018	29 juin 2018	1B
MOWAT, Dr Jeffrey John	Radiologie	Conseiller	1er avril 2018	29 juin 2018	1B
POIRIER, Dr André	Chirurgie vasculaire	Conseiller	14 avril 2018	29 juin 2018	1B
PRASAD, Dr Vikash	Radiologie	Conseiller	29 avril 2018	29 juin 2018	1B
PUNNA, Dr Satish	Radiologie	Conseiller	29 avril 2018	29 juin 2018	1B
TANG, Dr Ying	Radiologie	Conseiller	1er avril 2018	29 juin 2018	1B
TESSIER, Dr Patrice	Pathologie	Conseiller	23 février 2018	18 mai 2018	1B
TRIDER, Dre Carrie-Lee	Pédiatrie	Suppléant	7 avril 2018	29 juin 2018	1B
BUTLER, Dr Jonathan	Radiologie	Suppléant	10 février 2018	4 mai 2018	4
EZZAT, Dr Jumana	Radiologie	Suppléant	3 avril 2018	26 juin 2018	4
GUEYE, Dr Ameth	Médecine familiale-urgence	Suppléant	19 mars 2018	8 juin 2018	4
LAPORTE, Dre Jennifer	Médecine familiale-urgence	Suppléant	2 mars 2018	25 mai 2018	4
PETITCLERC, Dre Sophie	Radiologie	Suppléant	10 février 2018	4 mai 2018	4
POZDNYAKOV, Dr Sergey	Pathologie	Suppléant	12 mars 2018	1er juin 2018	4

Médecins	Spécialité	Catégorie	Date de privilèges		Zones
			Du	Au	
AIT YAHIA, Dr Chabane	Médecine familiale	Associé	27 janvier 2018	20 avril 2018	5
AL HABASH, Dr Muhanad Y.	Médecine interne	Associé	9 mars 2018	1er juin 2018	5
BERLE, Dre Muriel	Médecine familiale	Associé	2 février 2018	27 avril 2018	5
BRYNIAK, Dr Christopher	Psychiatrie	Associé	3 avril 2018	26 juin 2018	5
DIAZ NORIEGA, Dr Oscar	Médecine interne	Associé	7 avril 2018	26 juin 2018	5
DURAIRAJ, Dre Priya	Ophthalmologie	Suppléant	3 mars 2018	25 mai 2018	5 et 6
FINN, Dre Céline	Psychiatrie	Actif	31 mars 2018	26 juin 2018	5
THATTAS, Dr Maged	Médecine familiale	Suppléant	26 février 2018	18 avril 2018	5
MELNYK, Dr Olena	Médecine familiale	Suppléant	5 février 2018	27 avril 2018	5
OSMAN, Dr Houssein Sabeh	Médecine familiale	Suppléant	20 janvier 2018	13 avril 2018	5
BOISVERT, Dre Catherine	Anesthésie	Suppléant	7 avril 2018	26 juin 2018	6
DUMOUCHEL, Dr Vincent	Médecine familiale	Suppléant	1er mars 2018	24 mai 2018	6
IMBAULT, Dre Gabrielle	Médecine familiale	Suppléant	18 avril 2018	26 juin 2018	6
KHEREBA, Dr Mohamed	Chirurgie générale	Suppléant	5 avril 2018	26 juin 2018	6
LAFERRIERE-LANGLOIS, Dr Pascal	Anesthésie	Suppléant	2 avril 2018	26 juin 2018	6
LÉGARÉ, Dr Jean-François	Chirurgie cardiaque	Conseiller	1er avril 2018	26 juin 2018	6
POZEG, Dr Zlato I.	Chirurgie	Conseiller	1er avril 2018	26 juin 2018	6
SANDERSON, Dre Susan	Pédiatrie-endocrinologie	Conseiller	1er avril 2018	26 juin 2018	6
SANDHU, Dr Neelam	Pathologie	Suppléant	3 avril 2018	19 juin 2018	6
TOOMA, Dr Georges	Chirurgie	Suppléant	15 mars 2018	1er juin 2018	6

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 17 avril 2018

Objet : **Correspondance**

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

Cette documentation est pour information.

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

	<b>Date</b>	<b>Destinataire</b>	<b>Expéditeur</b>	<b>Objet</b>	<b>Réception</b>	<b>Réponse</b>
No. 1	16 janvier 2018	Uggi'ganjig Health Center - Eel River Bar First Nation	Ministre Bourque	Programme Extra-Mural pour les communautés des Premières nations	√	
No. 2	6 février 2018	Michelyne Paulin	Égalité Santé en Français	Plan d'action vers une répartition équitable des services de santé	√	√
No. 3	14 février 2018	Gilles Lanteigne	Nadine LeClerc	Remerciement - participation à la réunion publique du Conseil d'administration - Dialyse dans la région de Tracadie - 13 février 2018	√	
No. 4	22 février 2018	Société médicale du N.-B.	Dre Nicole Leblanc	Accord du transfert du PEM sans consultation des membres du Comité médical consultatif	√	√
No. 5	2 mars 2018	Norma McGraw	Gilles Lanteigne	Lettre de félicitations - pionnière de l'université du troisième âge de Tracadie	√	
No. 6	8 mars 2018	Ministre de la Santé - Ginette Petitpas Taylor	Gilles Lanteigne	Invitation à l'assemblée générale annuelle du Conseil d'administration	√	
No. 7	15 mars 2018	Hon. Benoit Bourque	Maurice Maillet, Commission de services régionaux de Kent	Offre des services à l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent	√	



January 16, 2017

Mr. Dean Vicaire  
Director of Health  
Ugpi'ganjig Health Center  
Eel River Bar First Nation  
9A Main Street  
Eel River Bar, NB E8C 1A1

Dear Mr. Vicaire:

This is in response to your letter dated November 30, 2017, wherein you express concerns regarding the Extra-Mural Program for First Nation Communities.

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 when compared to other provinces, we do not perform well in terms of hospital bed 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 has created a public entity, EM/ANB Inc., which combines the EMP and Ambulance New Brunswick (ANB) under a single organization managed by Medavie Health Services New Brunswick. In addition, EM/ANB will work closely with Tele-Care 811 to enhance services further.

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. The collaboration between Extra-Mural professionals and paramedics will be introduced over time.

Minister/Ministre  
Health/Santé

P.O. Box/C.P. 5100 Fredericton New Brunswick/Nouveau-Brunswick E3B 5G8 Canada

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

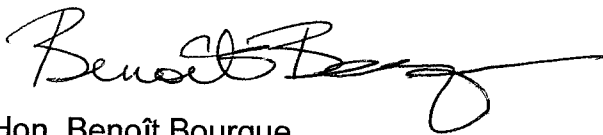


Mr. Dean Vicaire  
January 16, 2018  
Page 2

EMP functions will continue and will remain as a publicly funded service, overseen and monitored by and held accountable to the Department of Health. Therefore, there will be no change in the services your First Nation Community currently receives from EMP - no fees, no limit on access and/or coverage and continuation of care that has been provided to date.

We believe this is an exciting opportunity for New Brunswick, to ensure health care remains accessible, sustainable, innovative and universal for future generations, so New Brunswickers, including First Nation Communities, may continue to benefit from EMP.

Sincerely,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Benoît Bourque". The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke extending to the right.

Hon. Benoît Bourque  
Minister



2018 02 06

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 : **Plan d'action vers une répartition équitable des services de santé**

Madame la présidente

Lors de l'entente hors cour de 2010, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a reconnu l'inégalité de services de soins de santé entre les deux régies de santé de notre province et s'est engagé à établir une égalité de services cliniques entre la régie A et la régie B.

En novembre 2013, le gouvernement de notre province a annoncé en Chambre son « PLAN QUINQUENNAL POUR LA RÉPARTITION ÉQUITABLE DES SERVICES DE SANTÉ ». Le ministre de la santé de l'époque avait déclaré le 30 novembre 2013 et je le cite « Ce plan d'action est une étape importante pour assurer davantage d'équité au sein du système de santé. »

Il était et est encore évident que le plan 2013-2018 n'assurerait pas l'équité de services de soins de santé entre la régie Vitalité et la régie Horizon. Ce qui est aussi clair, c'est que ce plan n'était que la première étape vers l'égalité de services de soins de santé entre les deux régies.





Comme vous pourrez le constater dans le tableau en annexe que nous avons publié à la fin de l'année 2017, nous sommes encore loin de cette égalité.

C'est pourquoi nous insistons sur la nécessité pour le réseau francophone de demander officiellement le renouvellement du PLAN QUINQUENNAL POUR LA RÉPARTITION ÉQUITABLE DES SERVICES DE SANTÉ pour la période 2018-2023. Ceci n'est pas un caprice mais une obligation pour la province de tenir son engagement pris lors de l'entente hors cour avec Égalité Santé en Français.

Le Conseil d'administration de Vitalité doit demander ce renouvellement dans le cadre de son obligation de fournir les services de soins de santé pour répondre aux besoins de la communauté linguistique francophone.

Comme leader francophone en santé, le Conseil d'administration a comme responsabilité fondamentale d'assurer aux francophones des soins de qualité égale à celle de la communauté anglophone et de s'assurer que les francophones aient la même gamme de services de soins de santé que celle qui est disponible à la communauté anglophone par le réseau Horizon.

Notre seul réseau de santé francophone se doit d'offrir dans ses institutions les mêmes services de soins de santé qui sont offerts dans les institutions anglophones.

Veuillez agréer, madame la présidente, mes sincères salutations.

Dr Hubert Dupuis  
Président

CC : CA Vitalité  
PJ

# Égalité Santé en Français N.-B. inc. 2017

Services tertiaires au N.B.	Vitalité (FR)	Horizon (EN)
Centre de réadaptation	0	1
Laboratoire référence en microbiologie	1	1
Laboratoire électrophysiologique cardiaque	0	1
Laboratoire cardiaque	0	3
Chirurgie cardiaque	0	1
Centre de neurochirurgie	0	2
Unité de pédopsychiatrie	0	1
Centre de traumatologie	0	2
TEP (Pet scan)	1	1
Centre de grands brûlés	0	2
Unité néonatale tertiaire	0	3
Centre d'hémodialyse	3	1
Centre de radio-oncologie	1	1
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>20</b>

Services secondaires spécialisés au N.B.	Vitalité (FR)	Horizon (EN)
Laboratoire de sommeil	1	1
Neurologie	1	3
Gynéco-oncologie	1	0
Chirurgie colorectale	0	Incomplet
Chirurgie avec salle d'opération hybride	Incomplet	3
Chirurgie de Mohs	0	Incomplet
Soins intensifs pédiatriques	0	2
Chirurgie plastique	Incomplet	3
Salle d'endoscopie ERCP	0	1
Centre intégré du sein	1	2
Services de gériatrie spécialisés	Incomplet	2
Rhumatologie	Incomplet	2
Physiatrie	Incomplet	2
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>21</b>

## Où est l'égalité?

Siège social · Head Office

275, rue Main Street, Bureau · Suite 600

Bathurst NB E2A 1A9

506-544-2133

www.santevitalitehealth.ca

Le 23 février 2018

Docteur Hubert Dupuis  
Égalité Santé en Français inc.  
449, chemin Chartersville  
Dieppe, N.-B. E1A 5H1  
Envoi par courriel : [info@egalitesante.com](mailto:info@egalitesante.com)

Objet : Plan d'action vers une répartition équitable des services de santé

Cher Docteur Dupuis,

J'ai bien reçu votre correspondance du 6 février 2018 ayant pour objet cité en rubrique et je vous en remercie.

J'ai aussi bien apprécié le tableau d'Égalité Santé en Français daté de 2017 qui compare les services tertiaires et secondaires spécialisés au Nouveau-Brunswick entre les régions de santé. Je reconnais, avec vous, que le plan 2013-2018 n'assurera pas l'équité des services de soins de santé entre les deux régions.

Cependant, comme je l'ai expliqué à plusieurs reprises, le Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité ne demandera pas officiellement le renouvellement du plan quinquennal pour la répartition des services de santé. Le Réseau de santé Vitalité a décidé, suite à des discussions avec le ministre et les hauts fonctionnaires, de poursuivre une autre stratégie de financement que nous pensons plus propice dans le contexte actuel.

Puisque le plan de rattrapage 2013-2018 est le résultat de pressions faites par votre organisme auprès du gouvernement provincial, il serait peut-être approprié que vous auriez des échanges directement avec leurs représentants.

Je vous remercie encore une fois, Docteur Dupuis, et veuillez agréer mes sentiments les meilleurs.



Michelyne Paulin, CPA, CGA  
Présidente du Conseil d'administration

c.c. Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité  
Membres du Conseil d'administration

14 février 2018

No. 3

Bonjour M. Lanteigne,

Je tiens personnellement à vous remercier d'avoir accepté ma présence à votre réunion du 13 février, 2018 à Bathurst.

Sachez que je fus très impressionnée du déroulement et du contenu de votre réunion.

Merci de m'avoir permise de présenter mes préoccupations sur la condition de santé de mon père, Alexandre LeBreton, âgé de 84 ans qui doit recevoir des soins de dialyse à Bathurst.

Sachez que les soins reçus en dialyse à Bathurst pour mon paternel sont excellents, j'aurai peut-être dû le mentionner hier.

J'ose espérer que la décision à court ou à moyen terme pour recevoir un service de dialyse plus près de leur point de résidence sera prise de façon positive afin de favoriser leur rétablissement et leur récupération.

Le fait de minimiser leurs déplacements de voyage contribuerait à une meilleure qualité de vie surtout qu'ils doivent recevoir le traitement pendant plusieurs heures et ce pour la plupart à 3 jours semaines.

Bien à vous,

Nadine LeClerc  
Tracadie

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

Le 22 février 2018

Dr Dharm Singh  
Président  
Société médicale du Nouveau-Brunswick  
21 boulevard Alison  
Fredericton N-B E3C 2N5  
PAR COURRIEL : [nbms@nb.aibn.com](mailto:nbms@nb.aibn.com)

Docteur Singh,

À la dernière réunion du Comité médical consultatif régional (CMCR) du Réseau de santé Vitalité tenue le 16 janvier, nos membres ont, encore une fois, discutés de la décision de la province de confier la gestion du Programme extra-mural PEM à l'organisme privé Croix Bleue Medavie.

Les membres ont exprimé leur déception face à la décision de la Société médicale du Nouveau-Brunswick d'avoir appuyé la proposition du gouvernement sans avoir consulté le Comité médical consultatif régional ou les représentants médicaux du Réseau de santé Vitalité. À notre avis, l'ampleur de ce dossier méritait un processus de consultation plus approfondie des leaders médicaux des deux réseaux.

Nous avons tous comme objectif la santé de notre population. En souhaitant d'une meilleure collaboration entre nos deux organismes à l'avenir afin d'atteindre cet objectif commun, veuillez agréer, Docteur Singh, mes meilleures salutations.



Dre Nicole LeBlanc  
Médecin-chef régionale

NL/td

C.C. Monsieur Gilles Lanteigne, président directeur-général  
Dre France Desrosiers, V.-P. – Services médicaux, Formation et Recherche

*Dedicated to your health • Dévouée à votre santé*

Le 28 février 2018

Réf #E20

Dre Nicole LeBlanc  
Médecin-chef régionale  
Réseau de santé Vitalité  
PAR COURRIEL : [Nicole.Leblanc@vitalitenb.ca](mailto:Nicole.Leblanc@vitalitenb.ca)

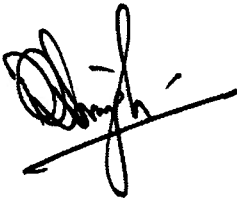
Docteure LeBlanc,

Je vous remercie de votre lettre datée du 22 février dernier dans laquelle vous partagez la déception des membres du Comité médical consultatif régional du Réseau de santé Vitalité vis-à-vis la position de la Société médicale du Nouveau-Brunswick (SMNB) dans le dossier de l'initiative d'intégration des soins primaires.

Nous avons bien noté votre affirmation que l'ampleur du dossier de la gestion du Programme extra-mural aurait mérité un processus de consultation plus approfondie et je suis certainement prêt à partager vos observations avec le Conseil d'administration de la SMNB. Je partage également votre souhait pour une meilleure collaboration entre nos deux organismes.

En terminant, même s'il semble exister une divergence d'opinion sur le dossier en question, je tiens à vous assurer que nous partageons le même objectif, c'est-à-dire l'optimisation de la santé de notre population.

Je vous prie d'agréer, Docteure LeBlanc, l'expression de mes salutations distinguées.



Dr. Dharm Singh  
Président

c.c. Monsieur Gilles Lanteigne, président directeur-général  
Dre France Desrosiers, V.-P. – Services médicaux, Formation et Recherche

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

Le 2 mars 2018

Norma McGraw  
107, chemin Léo  
Petit-Tracadie, N.-B. E1X 3P9  
Envoi par courriel : [norma.mcgraw@vitalitenb.ca](mailto:norma.mcgraw@vitalitenb.ca)

Chère Norma,

C'est avec le plus grand plaisir que nous avons appris par le journal l'Acadie Nouvelle, que tu as été honoré pour ta contribution comme vaillantes pionnière de l'université du troisième âge de Tracadie (UTAT).

Au nom du Réseau de santé Vitalité, nous désirons te transmettre nos plus sincères félicitations.

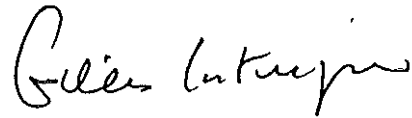
Veuille agréer, chère Norma, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

La présidente du Conseil d'administration,

Le président-directeur général,



Michelyne Paulin, CPA, CGA



Gilles Lanteigne, Ph. D.

c.c. Membres du Conseil d'administration et Équipe de leadership



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

Le 8 mars 2018

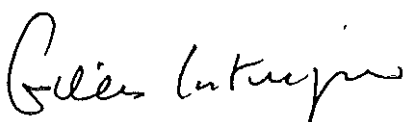
Madame Ginette Petitpas Taylor  
Ministre de la Santé  
272, rue St-George, suite 110  
Moncton, N.-B. E1C 1W6  
Envoi par courriel : [hcmister.ministresc@canada.ca](mailto:hcmister.ministresc@canada.ca)

*Objet: Invitation à l'assemblée générale annuelle du Réseau de santé Vitalité*

Honorable ministre de la Santé – Mme Petitpas Taylor,

Le Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité tiendra son assemblée générale annuelle le 26 juin prochain à Tracadie (Nouveau-Brunswick). Le Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité désire vous inviter à cette assemblée à titre d'invitée d'honneur. Il aimerait que vous partagiez votre vision et vos priorités à titre de ministre de la Santé, suivi d'une courte période d'échanges. Le tout devrait durer environ 30 minutes. Des arrangements peuvent être prévus si vous souhaitez participer par vidéoconférence.

Je vous prie d'accepter, Honorable ministre de la Santé – Madame Petitpas Taylor, mes salutations distinguées.



Gilles Lanteigne, Ph. D.  
Président-directeur général et  
secrétaire du Conseil d'administration



## Commission de services régionaux de Kent

25, boul. Cartier Blvd, Unit(é) 145  
Richibucto, NB E4W 3W7  
Tel: (506) 523-1820  
Fax: (506) 523-1821



## Kent Regional Service Commission

104 Boulevard Irving, Suite 1  
Bouctouche, NB E4S 3L5  
Tel : (506) 743-1490  
Fax : (506) 743-1491

15 mars 2018

Hon. Benoit Bourque  
Ministre de la Santé  
Place HSBC  
C. P. 5100  
Fredericton, NB  
E3B 5G8

M. Bourque,

En janvier 2017, la CSR de Kent a adopté son plan stratégique. Nous avons partagé ce document avec vous suite à son adoption. Dans ce plan, il y a 9 axes stratégiques et l'une d'entre elles est le renforcement du poids politique des élus de Kent à l'échelle régionale. Les élus de la CSR représentent au-delà de 30,000 personnes et nous reconnaissons que collectivement nous sommes plus forts. Afin de bien nous positionner comme région, nous avons pris la décision de mettre l'emphase sur 5 enjeux qui touchent les citoyens de la région de Kent. Parmi ces cinq enjeux, nous avons l'offre des services à l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent.

L'Hôpital Stella-Maris-de Kent est notre hôpital régional. En plus d'être un des grands employeurs de la région avec 125 employés, les soins qui sont offerts par le personnel médical, infirmier et professionnel sont de très grandes qualités et grandement appréciés de la population de la région de Kent. Grâce à sa localisation géographique, le territoire que l'hôpital sert rejoint plus de 30,000 personnes et ceci ne prend pas en compte les gens de la région de Shediac qui souhaitent recevoir leurs soins à Sainte-Anne plutôt qu'à Moncton en raison de l'efficacité dans la livraison des services et la qualité des soins offerts. L'Hôpital de Sainte-Anne est parmi ceux qui couvrent une très grande population et celui qui couvre plus grand territoire à l'extérieur des hôpitaux régionaux.

Le maintien des services à l'hôpital est nécessaire et ces services ne doivent pas être menacés de coupures ou de réductions. En gardant les services à cet hôpital, nous enlevons une charge additionnelle aux centres hospitaliers régionaux qui sont déjà très débordés. Il est donc nécessaire d'examiner l'ajout de services à cet hôpital afin de la rendre plus accessible à un plus grand nombre de résidents et patients. Avec des services ajoutés, non seulement nous sommes en mesure de servir nos citoyens dans la région de Kent, mais il y a des possibilités de désengorger les hôpitaux régionaux en recommandant des patients d'autres régions chez nous. Il faut reconnaître qu'il est beaucoup plus facile de faire

déplacer quelques médecins de Moncton à l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent que de faire déplacer des centaines et même des milliers de citoyens de la région de Kent à Moncton pour les mêmes services. Plusieurs de ces citoyens, particulièrement âgés n'ont pas accès à des moyens de transport qui leur permettent de se rendre à Moncton sur une base régulière.

L'ajout d'une unité de cardiologie à l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent est un exemple parfait de l'ajout de services qui peut bénéficier à la région de Kent et d'ailleurs. Nous croyons d'ailleurs que l'ajout de services additionnels pourrait se faire en aménageant l'extramural dans d'autres locaux ici dans la région de Kent, ce qui permettrait l'ajout de services aux citoyens de la région à l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent. Grâce à l'engagement des experts dans le domaine de la santé et une région qui souhaite d'autres services à sa population, nous serons en mesure de déterminer quels services additionnels bénéficieraient à la région. Nous souhaitons d'être appuyés par le réseau de santé et particulièrement le ministère de la Santé dans toutes propositions qui seront présentées par la région de Kent.

Nous sommes conscients que les soins de santé ne sont pas seulement offerts dans un hôpital. L'ajout de services tels que la dialyse ou d'autres services qui nécessitent des infrastructures municipales adéquates peuvent être localisés à l'intérieur de nos municipalités. L'ajout de ces services aurait un impact sur une base quotidienne dans la vie des résidents de Kent, mais créés également de l'emploi, encourage les déplacements locaux plutôt que sur des grandes distances et contribue même à diminuer l'émission de gaz à effets de serre puisque les gens n'ont pas à se déplacer si loin. Toutes ces raisons contribuent de quelque façon à rendre de milieu de vie plus vivable et attrayant pour les gens d'ici et d'ailleurs.

Nous aimerions avoir un dialogue avec vous, M. Bourque, non seulement comme ministre de la Santé, mais également comme député de notre région. Nous sommes ouverts à te rencontrer à ta disponibilité ici dans la région ou à Fredericton.

N'hésitez pas, M. Bourque, de communiquer avec nous si vous souhaitez recevoir plus d'information sur notre démarche.

Veuillez agréer, M. Bourque, mes sentiments les meilleurs.



Maurice Maillet  
Président

- cc. Hon. Brian Gallant, premier ministre du Nouveau-Brunswick et Député de Baie-de-Shediac-Dieppe  
M. Gilles Lanteigne, Président-directeur général, Réseau de santé Vitalité  
M. Bertrand LeBlanc, Député de Kent-Nord  
M. Adélard Cormier, Président de la Fondation Hôpital Stella-Maris-de-Kent

## Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 17 avril 2018

Objet : **Documentation pour information aux membres**

Deux articles pertinents sont partagés aux membres pour leur réflexion :

- Why some patients who do not need hospitalization cannot leave (Sonia A. Roy)
- Collectif pour le vieillissement en santé et soins (Claire Savoie)

Madame Sonia A. Roy fera un bref résumé de l'article : **Why some patients who do not need hospitalization cannot leave** et facilitera les échanges s'il y a des questions ou commentaires des membres au sujet des articles. Il est important que les membres soient préparés pour discuter en ayant lu et réfléchi sur le document. Madame Claire Savoie, fera un bref résumé de l'article : **Collectif pour le vieillissement en santé et soins : Explorons notre vécu et façonnons notre avenir.**

Rappel; nous invitons tous les membres à suggérer des articles pour nos prochaines rencontres.

Bonne lecture!

# Why some patients who do not need hospitalization cannot leave: A case study of reviews in 6 Canadian hospitals

Danielle Bender, MA, CPXP<sup>1</sup> and Paul Holyoke, PhD<sup>1</sup>

Healthcare Management Forum  
1-5

© 2018 The Canadian College of  
Health Leaders. All rights reserved.  
Reprints and permission:  
sagepub.com/journalsPermissions.nav  
DOI: 10.1177/0840470418755408  
journals.sagepub.com/home/hmf

 SAGE



## Abstract

In an optimal healthcare system, patients receive care in the most appropriate, least expensive setting. In Canada, too many patients remain in hospital well after they no longer require hospital-based care. This study examines the observations on this problem by a team with a home and community lens in six cases. The underlying issues across the six are the insufficiency of home and community supports before hospitalization, the routine underestimation of these patients' potential for independence, the deconditioning of patients while in hospital, and hospital staff's lack of understanding of home care. Addressing these issues would help many of these patients transition from hospital to less costly, more fitting settings.

## Introduction

In an optimal healthcare system, patients receive care in the most appropriate, least expensive setting. In Canada, however, a significant number of hospital patients remain in hospital, even after recovering to a level for which care could most appropriately be provided outside the hospital. These patients require an "Alternate Level of Care" (ALC) in another setting, such as a Long-Term Care (LTC) home. Estimates suggest that up to 14% of inpatient beds in Ontario are occupied by patients who could benefit from an ALC, for example.<sup>1</sup> When people are in hospital unnecessarily, they are at an increased risk of mortality, functional decline, and contracting an infectious disease, and they are more socially isolated.<sup>2</sup> Patients needing an ALC and their families can also experience anxiety and depression.<sup>2,3</sup> Hospital staff are under intense pressure to discharge patients who need an ALC, creating a stressful, frustrating situation.<sup>2</sup> Most of the patients needing an ALC are waiting for LTC placements,<sup>1,4-6</sup> even though most lived at home prior to hospitalization.<sup>7,8</sup>

Over time, a range of recommendations have been made to address ALC issues at the healthcare system and organizational levels. These have included improving the flow from hospital to LTC,<sup>9-12</sup> increasing the capacity of LTC and Complex Continuing Care (CCC) settings to meet the needs of patients requiring ALC,<sup>12-14</sup> and increasing community supports so people can remain at home<sup>7,10,13-15</sup> or wait there for a LTC placement.<sup>9,10,14</sup> However, progress has been inadequate and inconsistent to date: the rates of patients needing an ALC have remained relatively stable over several years.<sup>1,16</sup>

Between 2011 and 2017, six hospitals invited a team from Saint Elizabeth Health Care, a large Canadian home and community care provider, to conduct in-depth reviews of their patients who needed an ALC but for whom this was the most difficult to achieve. The reviewers were invited to bring a new perspective—a home and community, rather than hospital, lens—to recommend ways to decrease the number and length of stay of patients who remained unnecessarily and inappropriately

in hospital. To understand the affected patients and context of each organization, the reviewers used a multi-faceted approach, including assessing patients using the RAI-HC tool,<sup>17</sup> participating in rounds, conducting focus groups with hospital direct care and management staff, interviewing patients and families, and scanning available community support resources.

## Methods

An instrumental, collective case study approach was used.<sup>18</sup> Six cases were examined, each representing an acute care organization in which a review took place. This enabled a focus primarily on the ALC issues and the generalizable aspects across the cases rather than the specific cases or situations.<sup>18</sup>

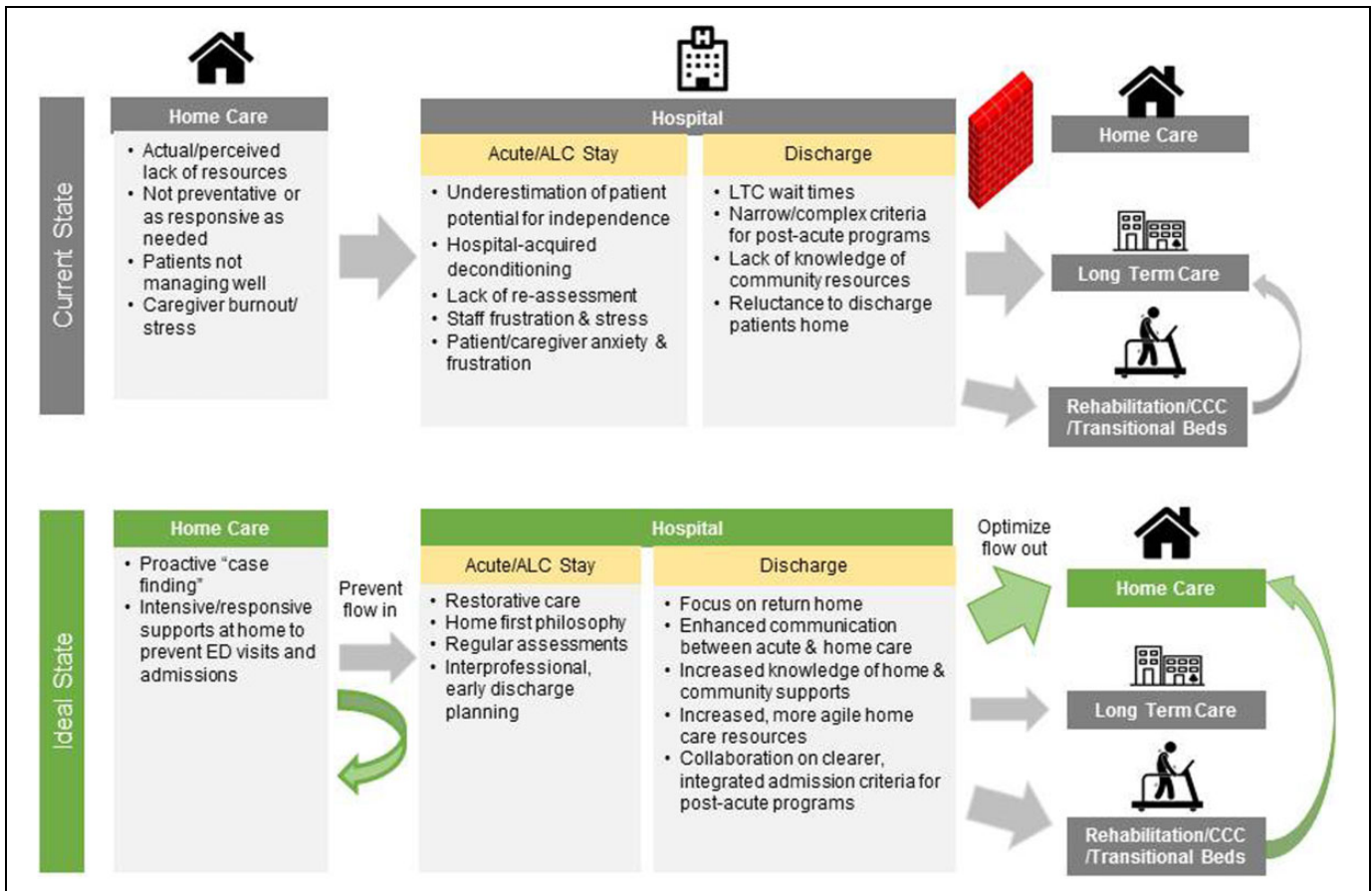
The case study had three phases:

1. Document review: All six final review reports were analyzed to identify the reviewers' approach, the context, and the issues in each case. These data were used to refine the interview questions for phase 2 and to validate, corroborate, and contextualize the data from the interviews.<sup>19</sup>
2. Key informant interviews: Interviews were conducted with four experts involved in the six reviews to elicit their perspectives and insights. The interviews were recorded and transcribed verbatim, and analysis and interpretation was undertaken throughout the study, using the constant comparison method.
3. Triangulation of data: Data from phases 1 and 2 were analyzed to identify commonalities and differences across the cases and generate general strategies for reducing the incidence of patients requiring an ALC.

<sup>1</sup> Saint Elizabeth Research Centre, Saint Elizabeth Health Care, Markham, Ontario, Canada.

## Corresponding author:

Paul Holyoke, Saint Elizabeth Research Centre, Markham, Ontario, Canada.  
E-mail: paulholyoke@saintelizabeth.com



**Figure 1.** Current versus ideal state for patient flow through healthcare system.

The Southlake Regional Health Centre Research Ethics Board reviewed and approved the study.

## Results and discussion

Across the six cases, 393 patients needing an ALC were assessed, most of whom were over age 70. The document review and interviews with the reviewers led to four general observations about the underlying causes for the ALC issues, which are summarized in the "current state" of Figure 1.

### *Home and community supports are insufficient before hospitalization*

Consistent with findings from a previous study,<sup>16</sup> the majority of patients needing an ALC first arrived at the hospital through the Emergency Department (ED). The reviewers found that the trigger for the ED visit was both the patient's acute healthcare need and the patients and their caregivers not managing well at home. Often these patients were older adults with preexisting indicators of frailty.

"Patients who often progress to an ALC present themselves to the emergency department in some sort of a crisis... but there's often predecessor circumstances that led to that crisis... They come with

informal caregivers who are...stressed, anxious, concerned, exhausted with having to either provide care [or] worry about their loved ones... Those situations don't just happen, they happen over time."

Therefore, one key observation across all sites was that additional formal supports and resources at home were lacking for many patients who eventually needed an ALC when in hospital. Proactive efforts to support people in their homes as they age could prevent many of the incidents that prompt people to go to EDs, get admitted, and then, because of the unresolved lack of support at home, have unnecessarily extended stays in hospital.

Across all six cases, the reviewers observed that simply providing these patients with more hours of the most commonly available home care services would not suffice. Often, a thorough assessment of clinical and non-clinical needs could have opened up opportunities for creative thinking about different supports to meet those needs. For example, the reviewers identified that other kinds of supports might be appropriate, such as more flexible interprofessional community teams, including physicians, supported by tele-homecare, home visits, remote patient monitoring, and ongoing reassessments to allow for anticipatory planning and care adjustments to meet evolving needs at home. As one reviewer

commented, “. . . even if people did truly want to live in their home, there’s not enough upstream support, monitoring, watching. . . Why don’t we actually think through modifying someone’s home earlier?” Providing respite has also been shown to be effective in preventing ED visits and hospital admissions.<sup>20-22</sup>

Like Walker (2014) and Lavergne (2016), the reviewers suggested that primary care providers might have screened patients to identify support needs that would allow them to prevent crises that led to ED visits. The reviewers also saw opportunities for hospitals to play a role in assessing people who present in an ED for additional supports they need to live safely in their homes. The reviewers characterized a more formal approach to screening as an admission avoidance program, in which a hospital representative situated in the ED could facilitate immediate access to primary and community care services, including case management, for 1 or 2 days, for example, rather than admitting the patient. This would enable the patient to return home with a home and community support plan suitable to their home environment.

### *Routine underestimation of patients’ potential for independence*

The reviewers found the majority of patients assessed in the various reviews had planned discharge destinations of LTC. This acute care → LTC trajectory typically encounters lengthy waits for LTC placements so that the time a person is waiting in hospital for an ALC is extended significantly. The reviewers found that about half the patients with this acute care → LTC trajectory could have been cared for at home, either as an alternative to LTC or as an interim measure. This is consistent with a recent report, which found that up to 30% of those entering LTC could have been cared for at home with supports.<sup>15</sup> The report also found that those assessed for placement while in hospital were 6.4 times more likely to enter LTC than if they were assessed in the community. A “Home First” philosophy has been shown to significantly reduce the number of patients waiting for an ALC in hospital.<sup>11,14,23,24</sup>

The reviewers also noted that narrow and complicated admission criteria for other post-acute programs, such as rehabilitation and CCC, reduced the flow of patients to these potentially more appropriate care settings. Patients are therefore excluded from resources that would help to restore function, which can lead to further decline and a need for institutionalized rather than home care.

Transitional beds were discussed in several of the cases as an option to address ALC issues. However one of the reviewers cautioned:

“. . . There is a risk of it just becoming an ALC unit in a different spot. . . It should be staffed by community staff who understand. . . the concept of what the home is like and what skills do you need to go back home. So I think that’s really important for [transitional beds] not to be at the hospital.”

### *General deconditioning of patients while in hospital*

The reviewers found that patients routinely deconditioned during their hospital stays and this affected the possible options for leaving the hospital. Deconditioning is a consequence of inactivity and bed rest, and it affects mental status, continence, activities of daily living, and mobility.<sup>25,26</sup> In all six cases, the reviewers observed many people not able to return home because of their diminished capacity, even though the issue that precipitated their hospital stay had been resolved.

“As soon as [they’re] designated as [needing] ALC, they’re institutionalized. . . The food arrives for them [and is] taken away. They don’t do any dishes, they don’t do any laundry. . . Nothing normal happens in their time at the ALC beds. . . The hospitals inadvertently institutionalize people very quickly, and so that’s where people lose a lot of function and ability. . . and all that’s preventable.”

“If you’re a little bit weak, then you’re not allowed to get out of bed. . . If you really have to go to the washroom and you’re pressing a call bell and you have to wait for somebody to come and you don’t have great bladder control, you could then lose control. . . and then you’re also incontinent and you’re put into. . . [incontinence products]. As time goes on, you just become that sick person. . . So then there’s a decision that they can’t go back home anymore. . . They go into this thing called ALC where the amount of resources that are allocated to them starts to drop. . . You have less physio, sometimes no OT [Occupational Therapy], and so it’s even more difficult to regain anything that you had before.”

Rashidi et al.,<sup>27</sup> in a recent review of an Ontario hospital, observed instances in which a “sequential single systems approach or narrow differential diagnosis” resulted in patients’ needs being ignored and being held in hospital longer than necessary. Here, the reviewers observed a focus on the issue that gave rise to admission rather than also addressing patient’s potential functional and mental decline.

The reviewers noticed that hospital staff tend to be highly risk averse on behalf of their patients. This manifested in hospital staff responding to patient needs with institutionalized care, first while they are in the hospital, and then by discharging them to LTC. These were considered to be “safe” options without an assessment of the risks associated with hospital stays.<sup>11</sup> If, instead, the first consideration was what patients need to allow them to return home, there would be a greater focus on rehabilitation and restorative care in hospitals, as there is in programs such as Acute Care for Elders (ACE).<sup>28</sup>

Restorative care, which might include increasing physical activity, promoting independence for activities of daily living, and addressing motivational issues,<sup>29</sup> has been found to be a safe and effective way to improve patients’ functioning across care settings.<sup>29-32</sup> The reviewers felt it should be a responsibility of hospitals, given the significant decline that can occur in a brief time span.<sup>29</sup> One noted that a focus on restorative care could also reduce unnecessarily long stays in hospital for those who are typically harder to transition to LTC homes:

“... If you [need] a two-[person] transfer or you need a lift chair, you sit on that waiting list [for LTC] a lot longer. If you can improve their nutrition and improve their cognitive state a bit, get rid of the delirium and help them move a little bit easier, [LTC] homes are more open to taking them. Who knows? Maybe they can even go to retirement homes.”

Restorative care requires an interprofessional team approach with geriatric training,<sup>28</sup> including physio-, occupational, and recreation therapists; dietitians; social workers; personal support workers; nurses; and physicians.<sup>30</sup>

The reviewers observed that across all sites, reassessments of patients in need of an ALC were infrequent; however, they suggested reassessments would allow status changes and new support needs to be identified. At times, an early patient assessment might have concluded the most appropriate post-hospital setting as LTC, but a reassessment during efforts to restore and maintain function might conclude that a return to the patient's pre-hospital setting—usually home—would be possible. This observation aligns with an “assess and restore” philosophy.<sup>14,28</sup>

### *Home care is not widely understood in hospitals*

Across the six cases, the reviewers observed that hospital staff thought patients were safer in the hospital because the staff did not know about home and community care resources, or they believed that more home supports were needed than could be made available under current rules. Further, they rarely know whether the recommendations they make to patients upon discharge are actually implemented as part of their home care plan. These factors contributed to a reluctance to discharge patients to their homes.<sup>11,23</sup> The reviewers noted from their experience that many patients with several comorbidities and complex needs are safely cared for in the community with the currently available services.<sup>4,15</sup>

### *Summary*

These four observations are linked by overlapping beliefs, attitudes, processes, and structures that often militate against patients being in the most appropriate and least costly care setting. This overlapping opens the possibility that the observations might best be addressed simultaneously to realize more appropriate, less costly care for patients. To move from the “current” to “ideal” state, as outlined in Figure 1, the case study results lead to the following recommendations:

1. Reinforce the need for primary care, home and community care, and EDs proactively to identify and provide supports for people, including frail older adults, to enable them to remain in their homes and avoid hospital admissions.
2. Reorient hospital staff to focus on helping patients maintain and restore function while in hospital so that they are not prevented from returning home as a result of hospital-acquired deconditioning.<sup>28</sup>
3. Bring together hospital and community providers to collaborate on clearer, more integrated admission

criteria for post-acute programs that can help transitions to home, such as rehabilitation, transitional beds, and CCC, so that more patients would benefit.

4. Increase hospital staff knowledge and experience of the potential of home and community care to accommodate a wide variety of care needs, and make reassessments of patients' status part of the care process so that changes and resulting support needs are identified as early as possible. This might include hospital and home care providers transcending the boundaries between their settings, and feedback to hospital-based providers on how their patients have managed at home.

### **Conclusion**

These case study findings echo those from earlier reports,<sup>13,14</sup> indicating inconsistent progress has been made by the health-care system to ensure patients are able to be cared for in the most appropriate, less expensive settings. This and previous studies have revealed that a large number of patients destined for LTC could have been cared for at home with appropriate supports, potentially freeing up thousands of days of occupancy of acute and LTC beds and of funds that could be re-directed to other sectors.<sup>1,12,15</sup> It has been estimated that, in Ontario, each 10% shift of patients (300) in acute care waiting for an ALC (ie, LTC) to home care, would result in a \$35 million saving.<sup>33</sup> In 2015/2016, there were about 4000 beds per day occupied by patients in need of an ALC in Ontario.<sup>1</sup> If 50% of those could have been cared for at home with appropriate supports, as we found, this could equate over \$230 million in savings, which could be re-allocated to reduce hospital overcrowding, while increasing satisfaction and meeting the reasonable expectations of patients and caregivers about receiving care in the most appropriate place. Although some elements of the recommendations emerging from this case study have been implemented in specific settings (eg, ACE), further evaluation of the impact of a more comprehensive, cross-sector approach is needed to continue to build the evidence base to address the needs of patients and the healthcare system.

### **Acknowledgments**

The authors would like to thank those who devoted their time and expertise to this article, including those who participated in key informant interviews, and Lee-Anne Beckett, for assisting with the literature search and interviews.

### **References**

1. Health Quality Ontario. *Measuring up*; 2017. <http://www.hqon.tario.ca/System-Performance/Yearly-Reports/Measuring-Up-2017>. Accessed January 23, 2018.
2. Rojas-García A, Turner S, Pizzo E, Hudson E, Thomas J, Raine R. Impact and experiences of delayed discharge: a mixed-studies systematic review. *Health Expect*. 2018;21(1):41-56.
3. Cressman G, Ploeg J, Kirkpatrick H, Kaasalainen S, Mcainey C. Uncertainty and alternate level of care: a narrative study of the

- older patient and family caregiver experience. *Can J Nurs Res*. 2013;45(4):12-29.
4. Canadian Institute for Health Information. *Seniors and alternative level of care: Building on our knowledge*; 2012. Available at: [https://secure.cihi.ca/free\\_products/ALC\\_AIB\\_EN.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/ALC_AIB_EN.pdf). Accessed January 23, 2018.
  5. Costa AP, Poss JW, Peirce T, Hirdes JP. Acute care inpatients with long-term delayed-discharge: evidence from a Canadian health region. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:172.
  6. Wilson DM, Vihos J, Hewitt JA, Barnes N, Peterson K, Magnus R. Examining waiting placement in hospital: Utilization and the lived experience. *Glob J Health Sci*. 2014;6(2):12-22.
  7. Costa AP, Hirdes JP. Clinical characteristics and service needs of alternate-level-of-care patients waiting for long-term care in Ontario hospitals. *Healthc Policy*. 2010;6(1):32-46.
  8. McCloskey R, Jarrett P, Stewart C. The untold story of being designated an alternate level of care patient. *Healthc Policy*. 2015;11(1):76-89.
  9. Ontario Hospital Association. Alternate level of care (ALC) capacity challenges and long-term care placement. A roundtable discussion: key messages and suggested actions; 2012. Available at: [https://www.oha.com/Documents/Alternate%20Level%20of%20Care%20\(ALC\)%20Capacity%20Challenges%20A%20Round%20Table%20Discussion.pdf](https://www.oha.com/Documents/Alternate%20Level%20of%20Care%20(ALC)%20Capacity%20Challenges%20A%20Round%20Table%20Discussion.pdf). Accessed January 23, 2018.
  10. Central East LHIN ALC Task Group. *Alternate Level of care Systems Issues and Recommendations*; 2008. Available at: [http://www.centraleastlhin.on.ca/~media/sites/ce/uploadedfiles/Home\\_Page/Be\\_Informed/ALC\\_Report\\_FINAL\\_June%202008.pdf](http://www.centraleastlhin.on.ca/~media/sites/ce/uploadedfiles/Home_Page/Be_Informed/ALC_Report_FINAL_June%202008.pdf). Accessed January 23, 2018.
  11. Ricottone M. Reducing alternate level of care days at Winchester District Memorial Hospital. *Healthc Manage Forum*. 2015;28(5):190-194.
  12. Sutherland JM, Crump RT. Alternative level of care: Canada's hospital beds, the evidence and options. *Healthc Policy*. 2013;9(1):26-34.
  13. Expert Panel on Alternative Level of Care. *Appropriate Level Of Care: A Patient Flow, System Integration And Capacity Solution*; 2006. Available at: [https://www.advantageontario.ca/oanhssdocs/Issue\\_Positions/External\\_Resources/ALC\\_Report\\_December\\_2006.pdf](https://www.advantageontario.ca/oanhssdocs/Issue_Positions/External_Resources/ALC_Report_December_2006.pdf). Accessed January 23, 2018.
  14. Walker D. *Caring for our aging population and addressing Alternate Level Of Care*; 2014. Available at: <http://www.ontla.on.ca/library/repository/mon/25009/312292.pdf>. Accessed January 23, 2018.
  15. Canadian Institute for Health Information. *Seniors in transition: Exploring pathways across the care continuum*; 2017. Available at: <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/seniors-in-transition-report-2017-en.pdf>. Accessed January 23, 2018.
  16. Lavergne M. Regional variation in alternate level of care (ALC) service use in British Columbia hospitals: An opportunity for intervention?; 2016. Available at: <http://ihsts.ca/wp-content/uploads/2016/06/BC-ALC-Report-Lavergne-2015.pdf>. Accessed January 23, 2018.
  17. interRAI. interRAI Home Care (HC). 2017. Available at: <http://www.interrai.org/home-care.html>. Accessed January 23, 2018.
  18. Stake RE. *The Art Of Case Study Research*. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 1995.
  19. Bowen G. Document analysis as a qualitative research method. *Qualit Res J*. 2009;9(2):27-40.
  20. Heyland M, Johnson M. Evaluating an alternative to the emergency department for adults in mental health crisis. *Issues Ment Health Nurs*. 2017;38(7):557-561.
  21. Carey TA, Arundell M, Schouten K, et al. Reducing hospital admissions in remote Australia through the establishment of a palliative and chronic disease respite facility. *BMC Palliat Care*. 2017;16(1):54.
  22. Ledgerd R, Hoe J, Hoare Z, et al. Identifying the causes, prevention and management of crises in dementia. An on-line survey of stakeholders. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016;31(6):638-647.
  23. Chidwick P, Oliver J, Ball D, et al. Caring for our aging population and addressing alternate level of care. *Healthc Q*. 2017;20(2):37-43.
  24. Burr E, Dickau S. Leading practices in Alternate Level of Care (ALC) avoidance: a standardized approach. *Healthc Q*. 2017;20(2):44-47.
  25. Gillis A, MacDonald B. Deconditioning in the hospitalized elderly. *Can Nurse*. 2005;101(6):16-20.
  26. Graf C. Functional decline in hospitalized older adults. *Am J Nurs*. 2006;106(1):58-67.
  27. Rashidi B, Kobewka DM, Campbell DJ, et al. Clinical factors contributing to high cost hospitalizations in a Canadian tertiary care centre. *BMC Health Services Research*. 2017;17(1):777.
  28. Fox MT, Sidani S, Persaud M, et al. Acute care for elders components of acute geriatric unit care: systematic descriptive review. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(6):939-946.
  29. Resnick B, Galik E, Boltz M. Function focused care approaches: literature review of progress and future possibilities. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(5):313-318.
  30. O'Brien K, Welsh D, Barnable A, Wiseman G, Colbourne A. The impact of introducing restorative care on client outcomes and health system effectiveness in an integrated health authority. *Home Healthcare Manage Pract*. 2017;29(1):13-19.
  31. Sims-Gould J, Tong CE, Wallis-Mayer L, Ashe MC. Reablement, reactivation, rehabilitation and restorative interventions with older adults in receipt of home care: a systematic review. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18(8):653-663.
  32. Bachmann S, Finger C, Huss A, Egger M, Stuck AE, Clough-Gorr KM. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2010;340:c1718.
  33. The Ontario Association of Community Care Access Centres, The Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction Programs, The Ontario Hospital Association. *Ideas and opportunities for bending the health care cost curve*; 2010. Available at: [http://hssontario.ca/Policy/Documents/papers%20and%20reports/Bending%20the%20Health%20Care%20Cost%20Curve%20\(Final%20Report%20-%20April%2013,%202010\).pdf](http://hssontario.ca/Policy/Documents/papers%20and%20reports/Bending%20the%20Health%20Care%20Cost%20Curve%20(Final%20Report%20-%20April%2013,%202010).pdf). Accessed January 23, 2018.





Collectif pour le  
vieillessement en santé  
et soins



Explorons notre vécu et  
façonnons notre avenir  
2<sup>ÈME</sup> ÉVÉNEMENT DU SOMMET

**SOMMET 2017**

14-15 Novembre • Fredericton, N-B

**Rapport sommaire  
préparé par Charles Holmes**



**CE HOLMES**  
CONSULTING INC.

[www.ceholmesconsulting.com](http://www.ceholmesconsulting.com)

*Engage, connect and mobilize teams and communities to create desired futures*

## Table des matières

Sommaire	3
Sommaire des perceptions clés	6
I: Importance de ce dialogue	7
II: Soins narratifs avec Bill Randall	14
III: Développement communautaire axé sur les actifs avec Dre Deborah Puntenney	25
IV: Démystification de l'âgisme : relions les générations avec Jeanne Brideau	34
V: La technologie vous fait-elle peur avec Don Hemmings	41
VI: Présentation en panel : Soins informels et vieillissement sur place	44
VII: Initiative collectivité amie des aînés de Moncton avec Flora Dell	50

## Sommaire

Ce rapport sommaire comprend des perceptions clés recueillies lors du Sommet de 2017 du Collectif pour les vieillissements en santé et les soins tenus à Fredericton, N.-B., les 14 et 15 novembre.

Un total de 250 participants représentant un échantillon de la population touchée par les notions de vieillissement de soins au Nouveau-Brunswick, des étudiants en travail social aux employés de foyers de soins et aux adultes plus âgés, se sont réunis pour écouter divers orateurs et prendre part à des discussions.

Les participants ont été regroupés à différentes tables et leurs discussions ont été transcrites par des preneurs de notes étudiants. Les dialogues ont porté sur des questions basées sur les présentations des orateurs et sur la discussion en panel.



Des discussions animées ont eu lieu et les participants se sont pleinement engagés, partageant leurs expériences personnelles, leurs idées et leurs suggestions. Les commentaires recueillis lors du Sommet ont été énormément positifs et 100 % des personnes ayant fait des commentaires ont indiqué avoir été inspirées à agir.

« C'est l'un des événements les plus inspirants auxquels j'ai participé. C'est bien d'entendre des gens provenant de divers organismes et ayant vécu différentes expériences. Superbe collaboration! »  
*(This is one of the most inspiring events I have attended. It is good to hear people in different organizations and walks of life share experiences. Wonderful collaboration!)*

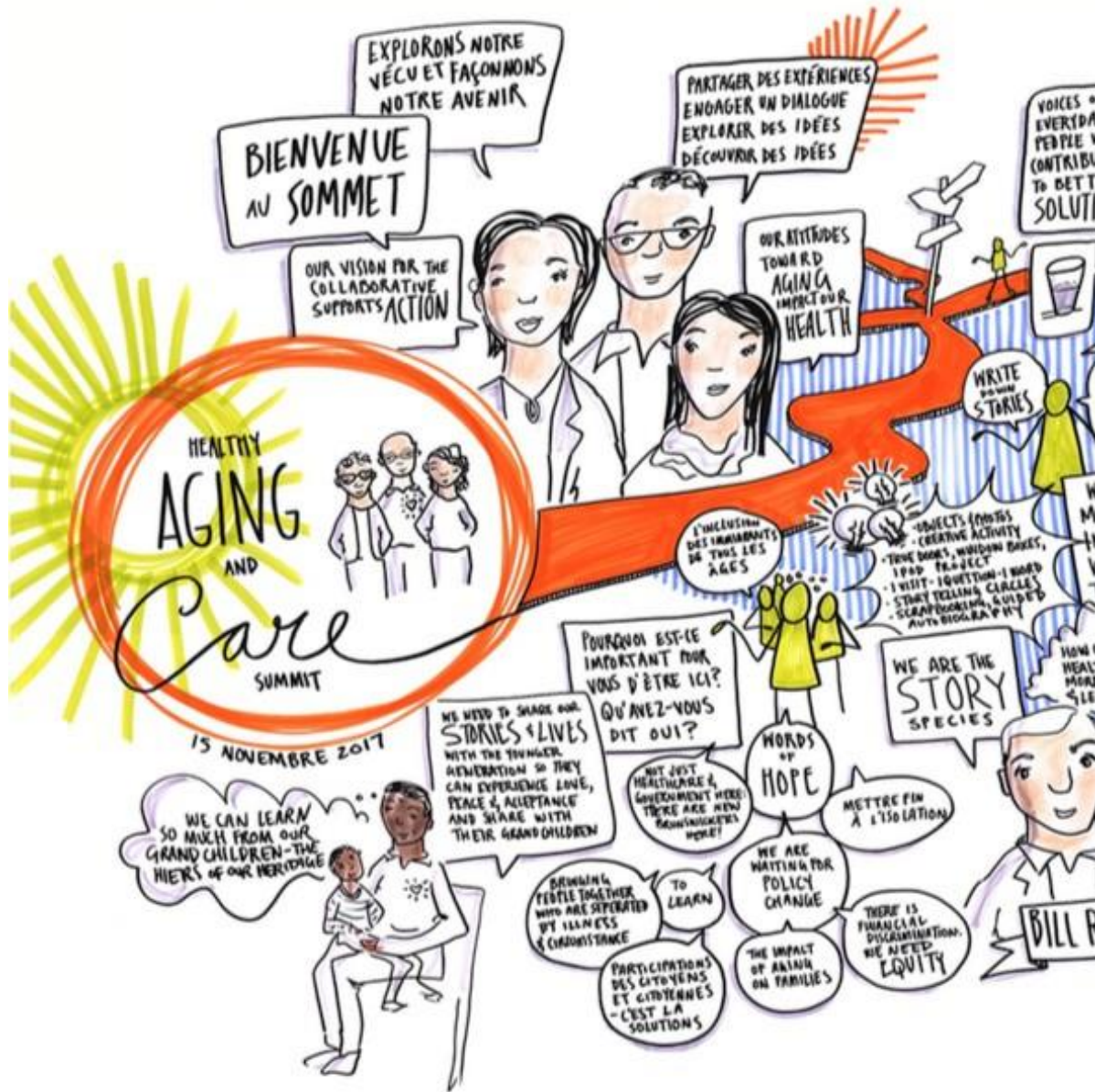
« Des orateurs et des discussions très engageants. Je me sens inspiré à apporter des changements. »  
*(Very engaging speakers and discussion. Feeling inspired to make a change.)*

« J'ai adoré les discussions en table ronde et j'ai été en mesure de faire des liens avec diverses personnes. »  
*(I loved the table discussions and have been able to connect with many new people.)*

« Félicitations pour l'organisation et le programme! Événement interactif et instructif. »



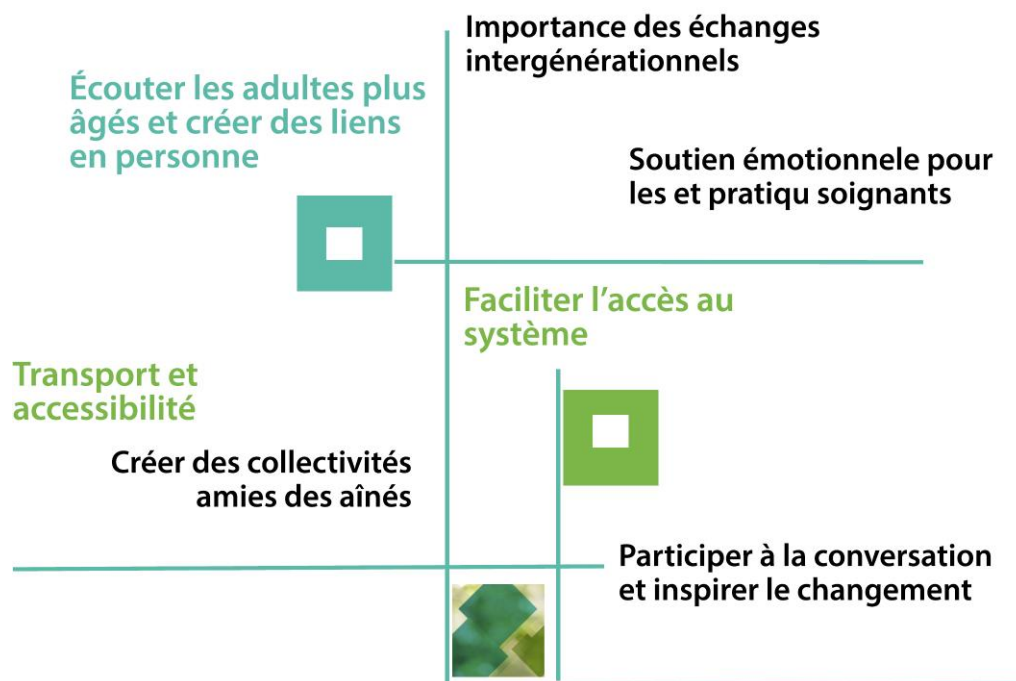




Les perceptions clés qui sont ressorties des discussions sont résumées dans les pages qui suivent. Pour chaque Conversation, les commentaires sont catégorisés par thèmes et ils sont présentés en ordre d'importance, des thèmes ou notions les plus fréquemment invoqués à ceux ayant été le moins souvent cités. On définit ici un thème comme une idée ou une perception mentionnée par au moins deux participants. Les citations textuelles sont utilisées pour illustrer les éléments clés.

En général, **certains thèmes et idées clés** ressortent comme étant pertinentes à toutes les discussions sur le vieillissement en santé et les soins :

- Écouter les adultes plus âgés et créer des liens en personne
- Transport et accessibilité – créer des collectivités amies des aînés
- Importance des échanges intergénérationnels
- Soutien affectif et pratique pour les soignants
- Faciliter la navigation du système
- Faire partie de la conversation et devenir une inspiration pour le changement





### Question de Dialogue :

#### Pourquoi est-il important pour les gens d'être ici aujourd'hui?

On a invité les participants à discuter des raisons pourquoi il est important pour eux de prendre part à ce Sommet et des éléments auxquels ils ont répondu « oui » dans le cadre de leur participation. Plusieurs des commentaires entendus se rapportaient directement au travail ou aux circonstances particulières d'un participant. Les étudiants en travail social, par exemple, participent au Sommet dans le cadre du travail effectué en vue d'obtenir leur diplôme et afin de mieux comprendre les soins aux adultes plus âgés alors que les adultes plus âgés sont ici pour en apprendre davantage sur les options qui leur sont offertes alors qu'ils vieillissent.

Les commentaires ci-dessous ont été résumés et organisés par thèmes en ordre de fréquence. Pendant les discussions, un participant a noté l'importance de faire la différence entre les mots « aînés » et « personnes âgées », comme l'a indiqué un conférencier. On utilise dans le rapport « adultes plus âgés » à des fins descriptives et « aînés » ou « personnes âgées » dans le cadre de citations directes ou en paraphrasant les commentaires d'un participant afin de respecter son choix de mots.

### Participez au dialogue

La raison la plus fréquemment invoquée pour avoir pris part à cet événement était pour faire partie du dialogue et échanger avec d'autres gens qui partagent les mêmes points de vue dans le but de trouver de solutions ou demeurer sur la bonne voie et aller de l'avant ensemble. Il est important pour les gens de se faire entendre et d'écouter le point de vue des autres tout en créant des liens.

« Ce qui est bien d'une participation au Sommet est qu'on voit différents points de vue et ce que les autres font. Nous pouvons ensuite l'appliquer à notre situation ». (*Good thing about coming here is that you get all kinds of ideas and see what other people are doing and are able to apply it to our situation.*)

« Pour partager avec tout le monde de la province et voir si on partage les mêmes idées. » (*To share with everyone in the province and see if we share the same ideas.*)

Ils viennent dans le but de prendre connaissance des problèmes partout dans la province, d'être des citoyens engagés et de rencontrer de nouvelles personnes. Plusieurs ont indiqué aimer « l'idée collective » et les possibilités qui naissent lorsque les gens sont prêts à travailler ensemble même lorsqu'ils doivent s'occuper de leurs propres programmes. Ils sont inspirés en écoutant les autres et c'est ainsi qu'un changement se produit – plusieurs personnes ont utilisé le mot « collaboration » d'une manière très positive. Pour plusieurs, c'est une manière de changer de perspective et de voir les possibilités plutôt que les obstacles. Ils espèrent que ces conversations leur permettront de créer de nouveaux liens et de profiter de nouvelles informations et idées pour améliorer la qualité des soins en matière de vieillissement et de faire une véritable différence dans la vie des adultes plus âgés.

« Trouver des solutions afin de travailler ensemble efficacement. »

(*Find solutions of coming together more effectively.*)



« Nous voulons un changement, avancer ensemble. »

*(Want change to happen, move forward together.)*

« Nous voulons être optimistes face à l'avenir! Nous voulons faire partie du nouveau système!  
*(We want to be optimistic about our future! We want to be part of the new system*

### Les conversations permettront d'élaborer des solutions axées sur les collectivités

En ce qui a trait au thème susmentionné, certains participants ont parlé directement de l'importance du dialogue et des conversations dans l'élaboration de solutions. Ils croient que c'est ainsi qu'un changement réalisable se produira et ils souhaitent trouver une façon de changer les conversations et la mentalité en ce qui a trait au vieillissement au Nouveau-Brunswick.

« Il est important d'avoir des conversations provinciales par rapport aux problèmes complexes qui surgissent. Les conversations permettront d'élaborer des solutions. »  
*(It's important to have provincial conversations around complex issues that are happening. This is the model to create solutions – having conversations.)*

« Un élément important, question de la participation de la citoyenneté; la solution est parmi la collectivité; ceci est un rôle essentiel et important. La perception est que le gouvernement arrive avec les décisions déjà prises lors des consultations. »  
*(An important aspect is citizen participation – the solution is within the community; it's an essential and important role. There's a perception that the government arrives to consultations with its decisions already made.)*

### Apprentissage dans la vraie vie comparativement aux manuels

Plusieurs participants ont affirmé être ici pour apprendre et pour obtenir de l'information sur les problèmes qui affectent les adultes plus âgés. Plusieurs ont indiqué que le Sommet présente la possibilité de « faire des apprentissages dans la vraie vie » plutôt que d'utiliser des manuels ou d'autres formes de recherches. Certains des participants sont des étudiants qui sont ici pour rencontrer la population vieillissante en personne alors que d'autres veulent de l'information générale pour aider des membres de la famille qui vieillissent à prendre des décisions. Certains travaillent avec des personnes âgées et souhaitent en apprendre davantage sur les soins aux adultes âgés alors que d'autres sont des adultes plus âgés qui souhaitent en apprendre davantage sur ce qui se passe dans la province. Pour la plupart des gens, il était important d'en apprendre davantage sur le vieillissement et sur les soins spécifiques au Nouveau-Brunswick.

« En apprendre plus que ce qui se retrouve dans la salle de classe. » / « Meilleures perceptions non seulement des manuels, mais des expériences dans la vraie vie. » / « À l'université, on discute principalement de sujets trouvés dans les manuels et je suis curieux et impatient de voir ce qui se passe dans la réalité et en apprendre sur ce qui existe. »  
*(Know more beyond what is in the class room. / Better perspectives not only from textbooks but from real life experiences. / In University we discuss textbook topics for the most part and I'm*

*curious and looking forward to seeing what's happening in the 'right now' and learn what else is out there.)*

« Élargir mes connaissances à titre de membre du conseil. »  
*(Expand knowledge as a board member.)*

« Je suis venu ici pour apprendre. »  
*(I came here to learn.)*

« Je suis venu ici pour mieux comprendre. »  
*(Came here to help own understanding.)*

« Je deviens une personne âgée et je veux voir ce qui se passe et je veux voir ce qui existe. »  
*(I'm becoming a senior and I want to see what's going and I want to see what's out there.)*

« En apprendre davantage sur les personnes âgées qui ont immigré ici et sur ce qui leur est offert. »  
*(Learn more about the seniors who immigrate here and what is offered for them.)*

### **Changement culturel au niveau des perspectives face au vieillissement et aux foyers de soins**

Il existe plusieurs images négatives des foyers de soins et du processus de vieillissement en général que les participants aimeraient voir changer. On souhaite voir un meilleur lien entre le foyer de soins et la collectivité et on aimerait que les « barrières artificielles » soient éliminées afin de permettre une plus grande interaction entre les personnes qui sont dans les foyers de soins et la collectivité élargie.

On a également noté qu'il y a eu un changement culturel de mentalité en ce qui à trait à l'idée des foyers de soins qui sont maintenant considérés par plusieurs comme un dernier recours plutôt que comme l'endroit qui s'occupera de vous quand vous serez plus âgé. En même temps, le vieillissement en santé est devenu un thème courant chez les gens et la collectivité est considérée comme étant plus ouverte à l'idée du vieillissement et de la population vieillissante. Les attentes en matière de soins ont également changé puisque les gens n'acceptent plus « le Jell-O nucléaire et le bingo ». Ils veulent maintenant des soins de qualité.

« La collectivité est plus ouverte au vieillissement. On est en train de voir un changement de culture, tout est une question de perspective. » *(The community is more open to the idea of aging. We're seeing a change in culture – everything is a question of perspective.)*

« Avant, les gens disaient : 'Quand je serai vieux, le foyer va prendre soin de moi!' Maintenant le discours des gens a changé : 'On veut rester à la maison le plus longtemps possible et le foyer est le dernier recours.' » *(In the past, people would say: "When I'm old, the nursing home will take care of me." Now, the way people think has changed: "We want to stay at home as long as possible and the care home is the last resort.")*

## Écouter les personnes âgées et veiller à ce que leur voix soit entendue

Certains participants ont indiqué qu'ils croient important d'écouter les adultes plus âgés et de veiller à ce que leur voix soit entendue. La narration a été citée comme une façon d'y arriver. Un participant a parlé de baladodiffusions (« the gray wave ») sur lesquels il travaille. Ceux-ci sont axés sur les adultes plus âgés au Nouveau-Brunswick et on y discute de leurs problèmes et des difficultés auxquelles ils font face.

« Heureux d'être présent parce que le thème du vieillissement et de la santé, et l'idée du partage de vécu sont très intéressants pour moi. Il est très important d'entendre les récits des personnes âgées. »

*(Excited to be present because the theme of aging and health and the idea of story-sharing is very exciting to me. Hearing seniors' stories is so important.)*

« Étudiant au Ph. D. – recherche – je me déplace dans la province et je recueille des récits sur ce qui se passe dans ce domaine – ici pour entendre des récits. »

*(PhD student – research – travelling around province and collecting narratives about what happens in this field – here to hear stories.)*

## Participants ayant pris part au premier Sommet – témoins de l'impact du premier Sommet

Plusieurs participants ont affirmé avoir pris part au premier Sommet, il y a 5 ans, et plusieurs ont vu l'impact positif de celui-ci. Ils ont tellement aimé l'expérience qu'ils ont décidé de revenir et ils sont heureux de rencontrer des gens qu'ils n'ont pas vus depuis quelque temps. Ils sont également curieux de savoir ce qui s'est passé depuis le premier Sommet.

« J'étais ici en 2012 et c'était la première fois que j'étais ici pour participer à quelque chose de gros. Heureux de revenir parce que je vois le changement qui s'est produit depuis le dernier Sommet – ravi de continuer à faire ma part. »

*(I was here in 2012 and it was the first time I was here to participate in something big. Happy to come again because I see the change that happened since the last Summit – excited to continue doing my part.)*

« Pour voir quelles sont les choses qui ont changé en 5 ans depuis le dernier Sommet. »

*(To see what has changed since the last Summit 5 years ago.)*

## Vieillesse sur place : défis et possibilités

Le vieillissement sur place était un sujet important pour plusieurs participants. Diverses perspectives ont été représentées incluant celles d'agences de soins à domicile qui font des efforts dans le but de permettre les personnes âgées de demeurer dans leur maison et celles des gens qui essaient de régler les problèmes communautaires associés aux adultes plus âgés qui vieillissent sur place. Les participants souhaitent explorer des solutions afin de créer une collectivité amie des aînés et pour aider les adultes plus âgés par l'entremise de soins collectifs

« Je suis président d'une organisation francophone qui souhaite aider les adultes plus âgés francophones des petites collectivités et aider les adultes de la région de Fredericton à vieillir sur place, à Fredericton, plutôt que de déménager. »

*(I am the president of a French organization that hopes to help French older adults in small communities, and helping adults in the Fredericton area be able to stay and age in Fredericton, instead of moving home.)*

« Les gens qui aiment rester chez eux, mais la famille veut qu'ils sortent, est-ce qu'on les entend? Même avec la démence, est-ce qu'on fait tout pour que les gens choisissent leur demeure de choix. »

*(Those who want to stay at home but their family wants them to leave, do we listen to them? Even with dementia, are we doing everything we can so that people can choose where they live?)*

### Solutions pratiques et ciblées, et défis

Certains participants sont venus au Sommet pour des raisons ou des intérêts particuliers comme, par exemple :

- Mise en place d'un bureau de défense des droits des personnes âgées
- Soins dentaires pour adultes plus âgés
- Petites entreprises et entreprises de démarrage travaillant avec des adultes plus âgés (« Vieillir en toute confiance » ; navigateur en matière de soins)
- Programmes pour les 65 à 75 ans
- Aider les personnes des collectivités rurales à bien vieillir
- Transport et repas à domicile
- Immobilier
- Comment les arts peuvent aider à mieux vieillir
- Défendre les droits des femmes travaillant dans le domaine des soins
- Zoothérapie
- Ergothérapie
- Démence

Question de dialogue :

**À quoi avez-vous dit oui?**

Environ 25 % des participants ont discuté de cette question en particulier.

### Faire des liens avec les autres et prendre connaissance des autres points de vue

La réponse la plus fréquente était de faire des liens avec les autres et prendre connaissance de leurs points de vue et perspectives. De cette manière, ils peuvent partager leur opinion et devenir porte-parole des adultes plus âgés tout en puisant de l'énergie chez les gens qu'ils rencontrent et en apprenant d'eux.

« Pour entendre d'autres personnes et se rassembler  
pour discuter. »

*(To hear from others and come together to discuss.)*

« Pour être inclus à [cette] importante conversation. »

*(To be included in [this] important conversation.)*

« Une chance de rajeunir encore – Rajeunir l'esprit!  
*(An opportunity to be rejuvenated again – Rejuvenate the soul!)*

« Pour mieux comprendre les services d'autres organisations. »  
*(To better understand the services offered by different organizations.)*

### **Partager des récits**

Étroitement lié au thème susmentionné, le partage de récits et d'expériences était très important pour certains participants.

« Ont dit oui pour être ici et partager leurs histoires, leurs connaissances. »  
*(Said yes to being here and sharing their stories, their knowledge.)*

### **Nouvelles possibilités**

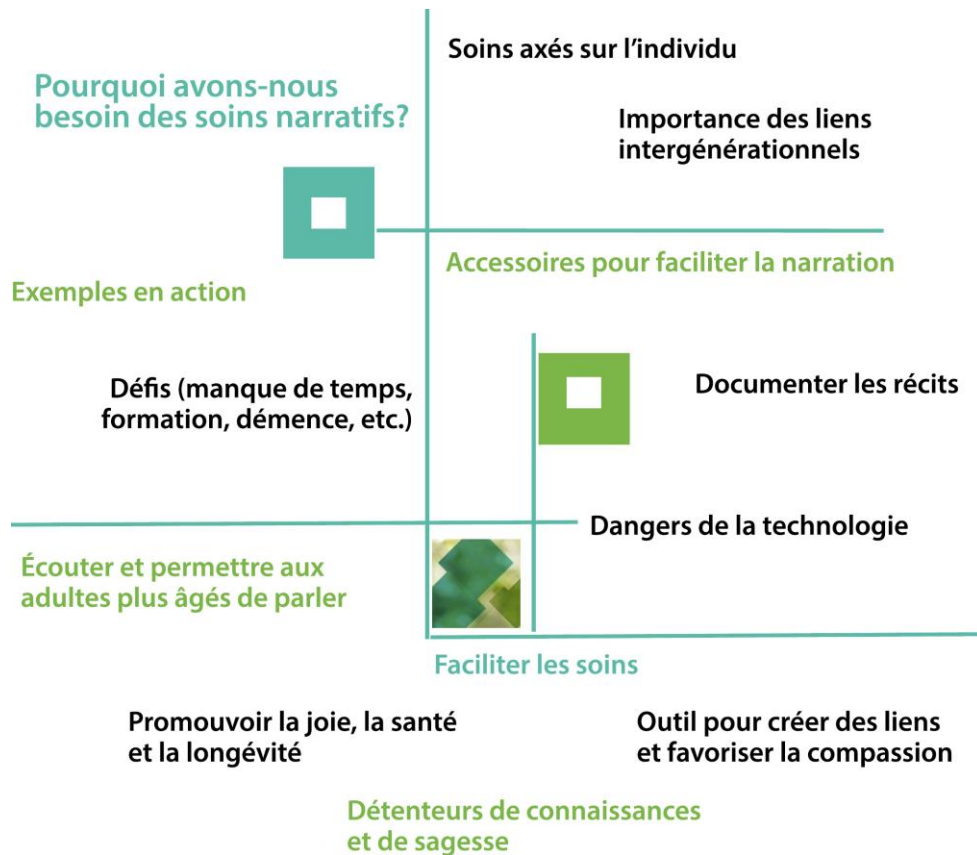
Plusieurs participants ont dit oui à un changement réalisable et à de nouvelles possibilités, à la transformation de « problèmes » en possibilités et à tenir la cadence avec une société en changement.

« Nous avons besoin de changement, nous avons besoin d'un virage. »  
*(We need change, we need a shift.)*



## Conversation 2

### Soins narratifs avec Bill Randall



## Questions de Dialogue :

### Que pouvez-vous faire? Où sont ces possibilités pour aider les autres, raconter/partager leurs récits?

Cette conversation a inspiré tout un éventail de réactions. Les participants semblaient enthousiastes et très optimistes face à la notion de soins narratifs. En général, on a discuté des avantages de la narration et de devenir le « héros » de son propre récit plutôt que la « victime ». On a également parlé du concept de soins axés sur la personne. Plusieurs participants ont discuté du concept de soins narratifs d'une manière générale en se concentrant sur sa valeur alors que d'autres ont utilisé des exemples précis de possibilités pour aider les autres à raconter leurs récits. Les défis associés à l'utilisation de soins narratifs dans les foyers de soins et chez les gens qui vieillissent sur place ont également fait partie des discussions.

« Soyons des capteurs de récits. »

*(Let's be story catchers.)*

### Pourquoi nous avons besoin de soins narratifs

Le thème dont il a été le plus question pendant cette discussion portait sur les besoins en soins narratifs et sur les multiples avantages qui y sont associés. Les participants ont convenu que les soins narratifs sont extrêmement importants pour les adultes plus âgés et pour la société dans son ensemble. Voici certaines des raisons données pour souligner l'importance des soins narratifs :

- Les soins narratifs permettent aux gens de sentir que quelqu'un s'intéresse à eux, ils permettent de donner aux gens le contrôle de certaines situations à un moment de leur vie pendant lequel ils estiment avoir peu de contrôle.
- Ils garantissent sagesse, connaissances et patrimoine pour les générations futures
- Par l'entremise de récits, la génération plus jeune peut également avoir de l'espoir face à l'avenir et apprendre des leçons de vie essentielles des aînés.
- Ils motivent les liens personnels et favorisent les relations saines sur le plan affectif.
- Ils aident les soignants à comprendre d'où viennent les gens et qui ils sont, facilitant ainsi les soins.
- Ils aident les soignants, les membres de la famille et les autres à voir plus loin que les fractures de la hanche et les autres troubles physiques pour profiter de la richesse des récits.
- Ils aident les gens à se sentir moins seuls et moins isolés.
- Ils renforcent la confiance.
- Ils nous aident à comprendre le monde changeant et ils nous fournissent un précieux point de vue.
- Ils nous aident à comprendre l'importance de se concentrer sur l'individu plutôt que sur le groupe, stimulant ainsi la confiance en soi et l'auto-administration des soins.
- Ils permettent de se concentrer sur les besoins émotionnels plutôt que sur les besoins physiques uniquement.

« Il y a quelques années, j'ai reçu un appel d'une dame pour visiter son mari qui avait la sclérose en plaques et elle avait besoin d'une pause. Il a découvert que l'homme venait du même coin de pays qu'où il avait grandi. Il a ensuite continué à lui raconter des histoires et ils ont finalement développé une amitié et ils ont dit que leur amitié avait commencé à partir de récits. »

*(A few years ago got a call from a lady to visit her husband who has MS and she needed a break. He discovered that the man came from the same part of the country that he grew up in. Then he continued to tell him stories and they ended up developing a friendship and said their friendship started from stories.)*

« Ma famille sont des narrateurs et j'ai toujours admiré le fait qu'ils sont si fiers de leur vie individuelle – ils m'ont légué la valeur d'importance individuelle. »

*(My family are story tellers and I've always admired the fact that they take such pride in their individual lives – they've instilled the value in me of individual importance.)*

« Des petites choses dans la vie de tous les jours qui préparent des récits et si nous prenons le temps d'écouter, nous pouvons apprendre des choses très intéressantes. »

*(Little things in everyday life that cue stories and if we take the time to listen we can learn some really interesting things.)*

« Une dame plus âgée et le récit de sa grand-mère et comment elle disait aux enfants qu'ils ne pouvaient rester que jusqu'à ce que le sac de sucre soit vide. Devenu une histoire personnelle entre une infirmière et elle-même. Une phrase qu'elles utilisent couramment est comment va le sac de sucre. »

*(One older lady and her story of her grandmother and how she would tell the kids they could only stay until the sugar bag was empty. Became a personal story between a nurse and herself. Common phrase between them is how is that sugar bag holding up.)*

### Exemples en action

Plusieurs participants ont participé des exemples de soins narratifs en action de même que des idées de ce qu'ils aimeraient voir :

- Livret de la Société Alzheimer : À propos de moi.
- En personnalisant les chambres/portes des foyers de soins, il est plus facile pour les gens de puiser dans les conversations à propos du passé ou des intérêts d'une personne.
- Le programme de narration au York Care Centre – on peut honorer et expliquer les récits de vie d'une personne pour un article nécrologique, pourquoi ne pas le faire lorsqu'ils sont en vie? L'idée spéciale de la journée : organiser une journée spécialement pour le résident et partager le récit de sa vie avec un groupe (le groupe a adoré cette idée).
- Anniversaires liés à une bio, comme ils font dans les foyers de soins.
- Ils ont choisi une histoire, une histoire heureuse, et tout le monde a ajouté à l'histoire, c'était leur manière de trouver une façon dans la collectivité de partager leurs récits.
- Nous faisons toujours des tournées en autobus, il y avait seulement 50 résidents dans le foyer et lorsqu'ils allaient en autobus, les résidents disaient toujours « Je vivais là », « J'allais toujours là », et ils avaient des récits qui allaient avec tous ces endroits.
- Quand je travaillais dans le foyer de soins, la plus petite des choses rendait [les résidents] très heureux, même quelque chose comme peler des pommes de terre.



- On choisissait un résident du mois, c'était super, info sur leur vie à partager.
- La famille peut grandement aider, obtenir une image plus générale de la personne.
- Programmes iPod, musicothérapie favorise la narration de récits.
- Encourager une étagère en bois, des bric-à-brac que les résidents peuvent ajouter à leur étagère, encourager toutes ces choses. Elles sont importantes pour eux, personnelles.
- Un programme de réminiscence.
- Le projet « True doors » est un projet merveilleux.
- Projet « Eden ».
- Plus de bénévoles pour venir passer du temps avec les résidents.
- Créer un programme de jardinage.
- Essayer d'aller davantage dans la collectivité lors des sorties.
- Partager et créer de nouveaux modèles pédagogiques.
- Enregistrer les récits, possiblement les appeler « le récit de Fredericton ».
- Pourquoi ne pas collaborer avec les musées et permettre aux personnes âgées de parler de leur expérience? Le public et les personnes âgées pourraient en bénéficier.
- Il y a un programme qui est en discussion pour que les jeunes mamans amènent leurs bébés aux résidents.
- Des visites d'animaux de compagnie. La zoothérapie. Les foyers de soins ne sont pas des hôpitaux, ce sont des maisons pour les résidents.
- Avoir les étudiants visiter les aînés dans leur collectivité – ceci ferait partie de leur cours. Sa petite fille joue le violon pour sa mère au foyer.
- Impliquer la collectivité, pas toujours le rôle du gouvernement.
- «Roots of Empathy » avec aînés
- Des choses comme organiser des tournois de cartes et des activités où les liens entre différents âges sont un objectif commun.
- « Roots of empathy » (avec un bébé), mais les écoles peuvent le faire avec des personnes âgées. Faire partie du programme.
- Programme novateur de l'Europe pour faire des appels aux personnes âgées tous les matins et leur demander comment ils vont et discuter de leurs activités et de leur vie au quotidien
- Des boîtes de souvenirs à l'extérieur de la chambre des résidents sont très importantes parce qu'elles vous permettent de connaître plus que la personne qui est dans le lit et elles vous permettent de faire un lien avec qui ils étaient dans leur vie. Les « True doors » sont incroyables et les résidents sont si heureux de raconter leurs récits.
- Les couples qui ont perdu leur partenaire peuvent se souvenir d'eux en partageant leurs récits
- Souvenirs de récits de guerre/difficultés partagés
- Repas à domicile : même une petite interaction avec une personne âgée peut devenir des récits. Moment important de leur journée (personne âgée) lorsque quelqu'un vient leur apporter leur nourriture, moment d'interaction.

### **Défis (manque de temps, formation, démence, etc.)**

Plusieurs défis sont associés à la mise en place de soins narratifs. Les avantages des soins narratifs sont clairs, mais les participants estiment qu'ils ne font toujours pas partie de la culture et qu'ils ne sont pas utilisés assez souvent. Certaines suggestions visant à changer la culture

comprenaient la conception d'espaces qui encouragent les conversations et les interactions lorsque vient le temps de construire un nouveau foyer de soins ou de réorganiser un établissement existant. En ce qui a trait aux soins narratifs, en plus du besoin de changement de culture, les éléments suivants sont perçus comme des défis importants :

### **Temps**

- Personnel – les employés estiment qu'ils n'ont pas le temps
- Les employés trouvent qu'ils n'ont pas le temps
- Parlé à quelqu'un qui a été critiqué par les membres du personnel pour avoir pris trop de temps avec une conversation. Parfois, les clients sont surpris quand les gens utilisent des soins narratifs parce que ça n'arrive pas souvent.
- Frustrée de ne pas pouvoir changer les opinions des employés, trop sont orientés sur les tâches, elle a du mal avec les gens qui ne sont pas capables de « donner ce petit extra », ils sont des humains et mérite l'interaction.
- Pourrait être un problème de personnel. Les tâches doivent être effectuées et il n'y a pas assez de personnes pour le faire. Doit être un effort d'équipe.
- Les médecins et les infirmières estiment ne pas avoir le temps pour poser des questions personnelles – ça doit changer!
- Temps. Surtout pour les travailleurs des foyers de soins et les gens qui travaillent dans les hôpitaux – même prendre une minute pour prêter attention peut faire toute une différence.
- Les ressources et le temps surgissent, je ne peux pas faire plus de temps, mais comment puis-je optimiser le temps que j'ai?

### **Savoir comment interagir avec les gens souffrant de démence et d'Alzheimer**

- Plusieurs personnes difficiles qui jureraient.
- Nous pouvons soigner beaucoup à la maison maintenant alors les gens dans les foyers sont habituellement plus malades, cognitivement et physiquement.
- Si une personne a la démence, vous ne pouvez pas vraiment faire de récits
- Alzheimer – difficile de tenir des conversations – ne parle pas beaucoup – apprendre à les connaître par l'entremise de la famille – son récit se poursuit sans qu'elle le raconte
- À propos de l'Alzheimer – les gens ne racontent pas les récits de la manière que nous comprenons, mais il y a quand même un message – nous devons seulement écouter.
- Beaucoup de foyers sont des foyers multigénérationaux – complexe si vous avez la démence.

### **Isolation et ennui**

- Famille – économie – les gens partage ou partageaient des récits, mais maintenant, les personnes âgées deviennent isolées lorsque leurs enfants déménagent.
- Parents – idée de saisie – ne pas avoir de nouvelles expériences passionnantes qu'ils aimeraient raconter à quelqu'un – aimeraient avoir plus d'expériences et plus de récits à raconter
- Tellement d'énergie pour faire sortir quelqu'un en fauteuil roulant de sa maison – vaut la peine, mais beaucoup de travail. Comment encourager une personne à vouloir expérimenter davantage et avoir la possibilité de partager plus de récits?
- Gens à l'extérieur des foyers de soins – passe pour membres de la famille – pas le même lien avec le monde – isolation – s'ils vont dans un foyer, c'est un établissement et parfois ils deviennent isolés là aussi.

- Collectivités rurales, francophones – beaucoup de personnes âgées isolées au nord de la province.
- Il n’y a plus de soupers partagés (potlucks) – moins de conversations.
- Pas toujours un environnement qui favorise les possibilités de soins narratifs.
- Barrières linguistiques, famille de réfugiés syriens capable de partager leur histoire puisque leur anglais s’est amélioré, créé une façon de comprendre le(s) récit(s) de leur vie.

#### **Formation et connaissances du personnel**

- ANS – les personnes âgées attendent leur placement – nous n’avons pas d’employés ayant la formation ou les connaissances nécessaires
- Les infirmières en soins actifs n’ont pas de formation pour ce type d’environnement – guérison et sortie

#### **Argent**

- Shannex – soins idéaux. Les gens qui ont de l’argent peuvent aller dans de bons établissements, soins de haute qualité – peut-être plus de dialogue dans ces endroits pour les résidents et les employés – ils ont les capacités.

#### **Technologie et interaction**

- Les gens vont pour des visites et sont sur leur téléphone. Manque d’interaction en général.

### **Écouter et permettre aux adultes plus âgés de parler**

D’après plusieurs participants, l’un des aspects les plus importants des soins narratifs est la capacité à simplement écouter les adultes plus âgés et leur donner le temps et l’espace pour parler. Comme on l’a vu dans la section des Défis, le temps est un obstacle majeur aux soins narratifs et plusieurs croient qu’il doit y avoir un changement dans la culture des foyers de soins et pour ceux qui vieillissent sur place. L’accent doit être placé sur le temps passé à écouter les adultes plus âgés. L’écoute fait partie des soins émotionnels nécessités par les adultes plus âgés et ces soins sont aussi importants que les soins physiques.

On a également noté que parfois, on parle des adultes plus âgés plutôt que de leur parler. Ils sont alors exclus des conversations et il peut leur sembler que « personne ne fait attention ». Plusieurs participants ont considéré que la notion de WAIT – why am I talking? (Pourquoi suis-je en train de parler?) est une bonne façon de changer cette habitude. Pour procéder à un changement de culture, tout le monde doit se souvenir de se concentrer sur la personne et écouter est un élément simple, mais essentiel de ce concept. On peut également encourager le personnel soignant à prendre des notes et à la revoir avant un rendez-vous pour aider les résidents à se sentir valorisés et écoutés. Le personnel peut également faire attention au langage utilisé. Plutôt que de dire « Comment a été votre journée? », ils pourraient dire « Quelle a été la meilleure partie de votre journée? »

« Parfois, même lorsqu’il y a beaucoup d’activités, la journée peut être longue. Une dame m’a demandé de m’asseoir avec elle et lui parler et j’ai dit certainement. Ce n’est pas comme une ligne d’assemblage; c’est plutôt d’être simplement une personne. [La table] a discuté de la tristesse associée au fait que la dame ait dû le demander. »

*(Sometimes even when there are lots of activities the days can be long. One lady asked me to sit with her and talk to her and I said sure. It's not about an assembly line; it's more about being just a person. [The table] discussed how it was sad that the lady even had to ask.)*

« À Pine Grove, chaque 4<sup>e</sup> trimestre, lorsqu'ils ont une réunion, ils invitent un résident et sa famille. Cela aide à déterminer ce qui est nécessaire et cela leur permet d'être reconnus dans le foyer de soins. »

*(At Pine Grove, every 4 quarters when they have a meeting, they bring in a resident and their family. This helps to establish what is needed, and helps to let them be recognized within the nursing home.)*

### Soins axés sur la personne

Pendant ces discussions, plusieurs ont considéré que la notion de soins axés sur la personne ou sur le patient est étroitement liée aux soins narratifs. Les soignants formés pour se concentrer sur la personne plutôt que sur les tâches utiliseront les soins narratifs dans le cadre de leur travail – malheureusement, dans plusieurs cas, la tâche est considérée comme étant plus importante que la personne. On a demandé que les soins narratifs soient inclus aux programmes de travail social et de médecine universitaires dans le but d'inculquer aux étudiants l'importance de se concentrer sur la personne et de comprendre que celle-ci est plus importante que les maladies dont elle souffre. Les soins axés sur la personne peuvent aider à réduire le stress et l'anxiété et à améliorer l'estime de soi et la santé en général.

« Les soins axés sur le patient sont essentiels. »  
*(Patient centered care is a must.)*

« Soins axés sur la personne : nouvelle terminologie. Assis avec un homme qui avait subi une intervention et il a commencé à poser des questions. Laissé parler. Une semaine plus tard, une lettre est arrivée par la poste, l'homme avait écrit une lettre intuitive pour poursuivre son parcours. Cela a aidé à définir les soins axés sur la personne. »  
*(Person Centered Care: new terminology. Sat with a man who had a procedure and he started asking questions. Allowing him talk. A week later a letter arrived in the mail, the man had written an insight letter to continue his journey. This helped define person centered care.)*

Le soutien à la famille est un autre aspect essentiel des soins axés sur la personne puisque la famille connaît mieux le résident que les fournisseurs de soins de santé.

### Importance des liens intergénérationnels

Les collectivités multigénérationnelles sont avantageuses pour l'enseignement et le transfert de la sagesse et elles sont considérées comme importantes pour la mise en place des soins narratifs. Comprendre ce qu'était le monde avant la révolution numérique est essentiel pour les gens plus jeunes alors que les adultes plus âgés profitent de l'interaction et de la possibilité de créer des liens avec la génération plus jeune. Plusieurs souhaitent avoir plus d'interactions entre les générations puisque celles-ci permettent d'enseigner des compétences importantes

tout en offrant à la génération plus jeune de l'espoir alors qu'ils prennent connaissance de ce qu'ont vécu leurs aînés et de la résilience dont ils ont fait preuve.

On a proposé plusieurs exemples de liens entre les générations plus âgées et plus jeunes :

- Des étudiants du secondaire qui visitent/travaillent avec des individus dans les foyers de soins pour les aider à revoir leur vie (par exemple, faire un film ou un livre de bilan de vie)
- Une école de Saint John a eu la possibilité de parler à des personnes âgées par l'entremise d'un « clavardage rapide » (*speed chatting*).
- La nièce [d'un participant] a décidé d'occuper un emploi d'été dans un foyer de soins pour discuter avec les personnes âgées. Les personnes âgées lui ont raconté des histoires à propos de leur enfance. Un des clients était « rayonnant », c'était comme une bouffée d'air frais.
- J'ai dirigé un camp d'été pour enfants dans le foyer de soins où je travaille (Kingsway Care Centre, Quispamsis) et j'ai demandé à chaque enfant de passer 45 minutes par jour avec un résident pour apprendre et écouter leurs récits. C'est important pour permettre aux générations plus jeunes d'apprendre comment être moins égoïstes et plus axés sur ce qu'ils peuvent apprendre de leurs aînés. Cela leur permet d'apprendre la patience, la compassion, le respect et l'écoute.
- Écoles – les soins narratifs doivent faire partie des études.
- Une professeure d'histoire avait un projet pour les étudiants pour « interviewer vos grands-parents ». Des belles choses sont sorties...

### Accessoires pour encourager la narration de récits

Parfois, des accessoires peuvent encourager la narration de récits. Des photos, des journaux intimes, des albums de « scrapbooking » ou même demander à un adulte plus âgé d'enseigner une compétence peuvent inspirer la narration de récits et encourager les gens à parler. Des artistes de la scène ou d'autres professionnels en narration de récits peuvent aussi se rendre dans un foyer de soins pour apporter « joie et bonheur » aux résidents. Parfois, un accessoire lié au passé d'un adulte plus âgé atteint de démence peut l'aider à se sentir plus calme et à avoir un sentiment d'appartenance :

« Les patients souffrant de démence tendent à revenir à qui ils « étaient ». Si vous écoutez qui ils étaient ou observez leurs activités quotidiennes, vous verrez les pièces de leur casse-tête qui expliquent pourquoi ils sont tristes ou des façons de les rendre heureux. Comme un aide-comptable atteint de démence qui veut un journal de bord à partir duquel travailler. Leur acheter leur propre journal de bord. »

*(Dementia patients tend to revert back to who they 'were.' If you listen to who they were or watch their daily activities, you will see their puzzle pieces that tell why they are upset or ways to make them happy. Such as a bookkeeper with dementia wanting a log book to work from. Buying them their own log book.)*

## Documenter les récits

L'importance de documenter les récits en les écrivant ou en créant un autre type d'objet-souvenir a été soulignée par plusieurs participants. C'est une étape qui est souvent oubliée puisqu'elle peut être une activité gruge-temps et il peut parfois être difficile de s'en occuper. Toutefois, sans traces écrites ou vidéo des récits, ils peuvent facilement être perdus et oubliés. On a également noté que parfois, la narration de récits peut nous permettre de découvrir un bagage émotionnel difficile à gérer pour le narrateur et l'auditeur. C'est pourquoi il peut être important, de temps en temps, de demander à un rédacteur formé ou un travailleur social de faciliter la narration de récits.

« Il est important d'écrire ces récits parce qu'ils sont perdus une fois que la personne est perdue. »  
*(It is important to write these stories down because they become lost once the person is lost.)*

« Je crois que lorsque vous êtes dans un environnement familial je n'ai pas pensé à documenter les récits, je ne pense pas que, wow, un jour je vais oublier ces récits. »  
*(I think that when you're in a family setting I haven't thought about documenting the stories, I do not think that, wow, one day I am going to forget these stories.)*

## Dangers de la technologie

Plusieurs participants se demandaient si la technologie avait un impact négatif sur la narration de récits et sur la création de relations significatives. Dans un monde changeant où la génération plus jeune, en particulier, est plus dépendante que jamais des téléphones intelligents ou de toute autre forme de nouvelle technologie, il est essentiel que les gens continuent d'être sympathiques et d'élargir leurs relations sociales.

« Elle se sent comme si elle manque l'occasion d'avoir une relation plus approfondie. »  
*(Feels like she is missing out on a deeper relationship.)*

## Comment les récits – narrations – ont-ils fait une différence dans votre vie ou dans la vie d'autres personnes qui comptent pour vous?

Même si plusieurs participants ont abordé cette question dans leur discussion sur les possibilités de narration de récits, certains ont partagé des exemples précis démontrant comment les récits et les narrations ont fait une différence dans leur vie.

## Faciliter les soins

Un gros avantage de l'approche narrative des soins est à quel point le travail des soignants est plus facile. Des hygiénistes dentaires au personnel des foyers des soins en passant par les membres de la famille, l'utilisation de récits a permis aux gens de créer des liens avec la personne avec laquelle ils travaillaient, ce qui facilitait les choses. Les patients et les adultes plus âgés étaient plus positifs dans leurs interactions avec les soignants qui étaient prêts à prendre le temps et de créer des liens personnels par l'entremise de récits.

« En connaissant leur récit, leur approche est meilleure et moins agressive. »  
(*By knowing their story their approach is better and less aggressive.*)

« Les soins narratifs sont une partie très importante de mon emploi (travaille dans des activités dans un foyer de soins de la mémoire). Je crois que je suis responsable de trouver de nouvelles façons d'écouter les récits que les résidents avec qui je travaille me racontent dans la journée. Avoir ces conversations – assis sur le sofa près de quelqu'un et leur demander de se souvenir et de réfléchir à leurs récits. »

(*Narrative care is a huge part of my job (working in activities in a memory care home). I feel it is my responsibility to find new ways to listen to the stories that I am told throughout my day by the residents that I work with. Having those conversations – sitting on the couch beside someone and asking them to reminisce and reflect on their stories.*)

### **Accroître le bonheur, améliorer la santé et favoriser la longévité**

Un participant a cité des études démontrant que les gens qui sont les héros de leurs récits vivent plus longtemps que ceux qui se voient comme des victimes dans leurs récits. Ce concept a été renforcé par d'autres participants alors qu'ils partageaient leurs propres récits de comment les soins narratifs redonnent un certain contrôle aux adultes plus âgés tout en leur permettant de se concentrer sur le positif. Les récits peuvent donner aux gens un but bien précis et ils peuvent également les aider dans des moments difficiles comme la perte d'une personne chère.

Autour de la table, on s'entendait pour dire que les soins narratifs ont un impact très positif sur la vie des personnes âgées dans les foyers de soins. Ils soulagent la solitude et inspirent le bonheur et la joie chez les résidents et les adultes plus âgés, ce qui a un effet positif sur leur santé physique et générale.

### **Outil permettant de faire des liens et de promouvoir l'empathie**

La narration fait également une différence dans la vie des gens en faisant la promotion de l'empathie et en permettant aux humains de reconnaître les liens qui existent entre eux. Il est très enrichissant de faire des liens véritables avec une autre personne et de comprendre qui cette personne est vraiment. Plusieurs ont mentionné à quel point il est simple d'utiliser la narration et à quel point les avantages sont importants. Elle offre une perspective élargie et répond à notre besoin d'être entendu. On a noté que les collectivités des Premières nations ont appris à bien raconter et conserver leurs récits, transmettant ainsi sagesse et traditions. Comme susmentionné, et comme discuté, nous sommes très occupés et il est important de prendre en considération et de prioriser les besoins en matière de narration de récits.

« Vous vous sentez si spécial quand quelqu'un vous demande [quelque chose à propos de vous] et cela ne change pas avec l'âge. »  
(*You feel so special when someone asks [about you] and that doesn't go away with age.*)

« Dès que vous trouvez quelque chose qui vous intéresse tous les deux, il n'y a rien pour vous arrêter et ce lien existe pour toujours. »

*(As soon as you find something of interest to the both of you, there is no stopping and that connection is forever made.)*

« Je crois que les récits sont tout, tout le monde a un récit et parfois on doit vous le rappeler. »  
*(I think stories are everything, everyone has a story and sometimes you have to reminded [of] that.)*

« Remarqué qu'en vieillissant les gens commencent à nous traiter différemment alors nous remarquons l'importance d'être définis par notre propre récit que par notre âge. »  
*(Noticed as you grow older yourself that people start treating you differently so you notice the importance of having your own story define you rather than your age.)*

### **Détenteurs de connaissances et de sagesse**

La narration fait une différence à plusieurs niveaux, surtout en ce qui a trait à la transmission de connaissances et de sagesse. Les adultes plus âgés sont les détenteurs de cette sagesse et c'est par l'entremise des récits que la génération plus jeune pourra comprendre les aspects de notre passé commun que les manuels ou l'Internet n'explorent pas. Un groupe de participants a fait une analogie avec l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, discutant de l'importance du rôle de la narration pour les individus et les familles engagés dans le processus.

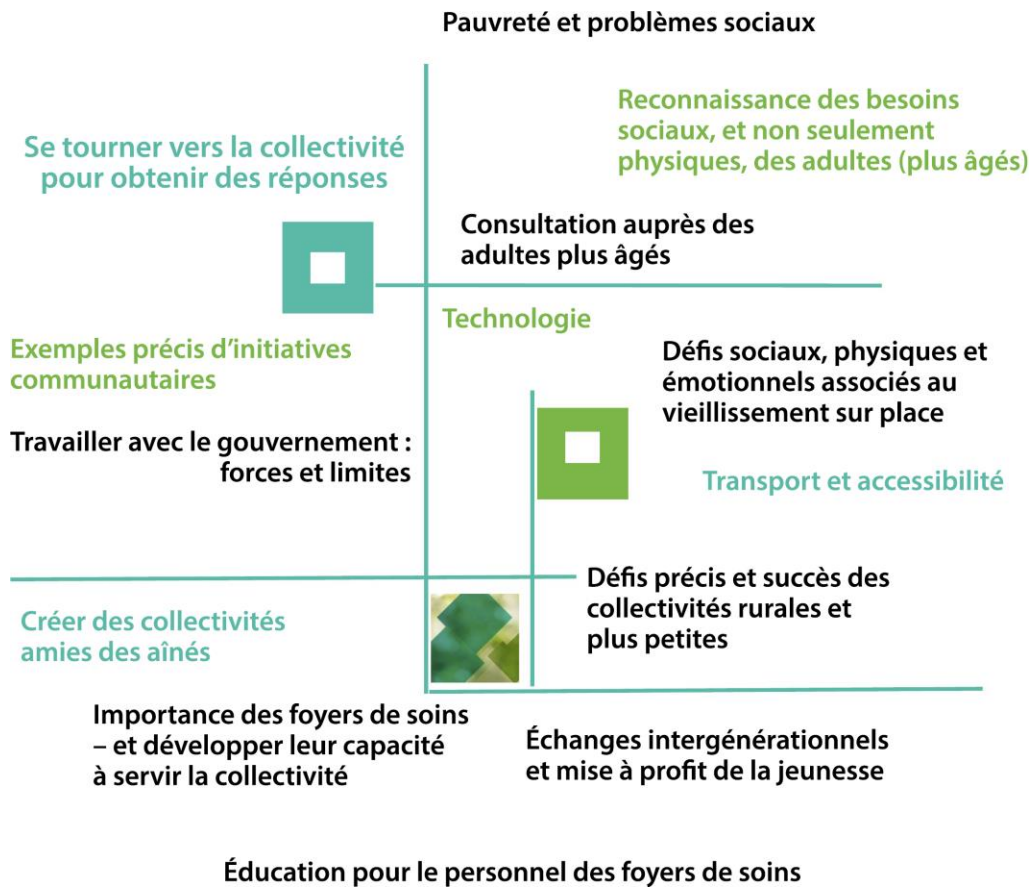
Il est tout aussi important de ne pas oublier de demander aux membres de la famille des informations sur les événements et les connaissances qu'eux seuls possèdent puisqu'un jour, il pourrait être trop tard : « Je devrais demander à ma tante puisqu'elle seule sait certaines choses avec certitude. »





### Conversation 3

## Développement de collectivités basées sur les actifs avec Dre Deborah Puntenney



Questions de dialogue :

**Quels exemples, dans votre collectivité, reflètent les idées partagées par Deborah? Quelles propositions d'action sont stimulées par ce que vous avez entendu?**

La plupart des participants ont discuté de ces deux questions en même temps et les commentaires ci-dessous reflètent les réponses à l'une des questions ou encore aux deux. Une bonne partie de la conversation associée à ce dialogue était axée sur le besoin de regarder à l'extérieur de la collectivité plutôt qu'à l'intérieur lorsqu'on pense aux actifs.

Il avait beaucoup d'intérêt et d'enthousiasme en ce qui a trait aux questions et le ton est demeuré très positif. On peut voir dans la synthèse thématique qui suit que certaines idées et perspectives se chevauchent – la question du transport, par exemple, se retrouve à plusieurs endroits différents.

### Regarder dans la collectivité pour des réponses

L'idée la plus fréquemment rencontrée dans ces discussions était que des actifs peuvent être trouvés dans les collectivités, auprès des gens, des établissements et des services. Des exemples précis sont indiqués ci-dessous. En général, les programmes communautaires étaient considérés comme positifs et connaissaient habituellement beaucoup de succès surtout lorsque des personnes âgées locales y participent, identifiant un besoin dans leur collectivité. De petites actions peuvent faire une grosse différence, et l'un des éléments clés est d'être structuré et de faire votre recherche avant de faire appel au public pour de l'aide. Les églises locales et les groupes à but non lucratif peuvent mettre en place ou diriger des projets surtout lorsqu'ils se concentrent sur des solutions plutôt que sur des barrières.

Vu le changement démographique, il est particulièrement important aujourd'hui de se tourner vers la collectivité et une approche intergénérationnelle est souvent nécessaire dans le cadre de projets. Il est important de savoir comment profiter des ressources, faire des liens entre les bonnes personnes et les bonnes initiatives et informer les gens sur les possibilités et sur ce qui se passe dans leur collectivité. C'est ainsi qu'on encouragera l'engagement et que nous obtiendrons la participation de bénévoles. Plusieurs participants ont cité « A Day for the Ages » comme étant une excellente initiative qui est ancrée dans la collectivité.

On a noté qu'il existe maintenant un esprit de communauté dans les collectivités de retraités francophones de la région de Fredericton et on parle de la possibilité d'y aménager un foyer de soins expressément pour la population francophone. On considère cela comme un pas dans la bonne direction.

« À un moment donné, il faut arrêter de s'attendre à 'prendre prendre prendre' et il faut commencer à se demander ce qu'on peut faire pour s'aider soi-même. »  
*(There is a point where you have to stop expecting to 'take take take', and we have to start wondering what we can do to help ourselves.)*

« Un groupe de personnes se réunit et décide que c'est à nous de trouver ce qu'il faut faire pour s'aider soi-même et commence à évaluer les avoirs qu'ils ont en elles-mêmes. Après, ils avaient

la force d'aller à l'extérieur pour discuter de ce qu'ils étaient prêts à faire et ensuite demander ce qu'ils étaient prêts à faire pour nous soutenir. »

*(A group of people gathering and deciding that it's up to us to figure out what we can do to help ourselves and start looking at the assets that they had within themselves. Once they put this together, then they had the strength to go outside of it to discuss what they were willing to do, and then ask what they were willing to do to support us.)*

« N'exigeons pas du gouvernement qu'il fasse quelque chose, soyons des partenaires, prenez action. »

*(Let's not demand government to do something, let's be partners make it happen.)*

« Le développement communautaire basé sur les actifs est un superbe projet parce qu'il exige l'engagement communautaire. »

*(Asset-Based Community Development is a great project because it requires community engagement.)*

« L'élément fondamental est que les populations s'engagent, qu'ils ne restent pas tous les détails aux gouvernements. Il ne faut pas attendre après le gouvernement pour faire les choses, ont est capable de les faire. »

### Exemples précis d'initiatives communautaires

- Travailler avec des jardins communautaires et partager des connaissances sur le jardinage. Résultat de la relation : lancement d'un programme de partage de la nourriture parce que l'épicerie la plus près est à 30 minutes, les résidents aident à remplir les sacs d'épicerie, la communauté et le personnel en soins achètent les aliments pour 15 \$, utilisent notre établissement et les résidents aident
- Programmes de garderie et programmes pédagogiques pour enfants
- Lecture et artisanat avec les adultes plus âgés
- Narration
- Inviter les membres de la collectivité à venir prendre un café et à discuter avec les résidents
- Partenariats avec une cuisine communautaire et résidents qui font du bénévolat à la cuisine communautaire en aidant à servir, à faire la cuisson, à préparer des repas pour les enfants
- Aide avec le jardinage – pommes de terre et ils les plaçaient dans des sacs et les donnaient au service de repas à domicile
- Harvest jazz and blues
- Service de repas à domicile (ce serait bien si le service était offert plus souvent que trois jours par semaine)
- Jardins communautaires pour adultes plus âgés à qui le jardinage manquera s'ils doivent déménager – jardins dans les foyers de soins que les résidents aident à entretenir
- Services pour aider les adultes plus âgés à se rendre à leur rendez-vous chez le médecin, à l'épicerie, etc.
- Formation sur le massage des mains offerte aux résidents pour le confort et la relaxation des personnes âgées
- La marche pour les soins palliatifs
- Repas à domicile, café-mémoire, Elderdog Fredericton

- Apporter du Tim Horton's dans les établissements de soins de longue durée et demander aux gens de s'asseoir, de boire un café et de jaser
- Apporter les soins dentaires aux personnes âgées – les rendre accessibles par l'entremise d'une clinique mobile (hygiénistes dentaires)
- Comité sur les communautés amies des aînés – passerelles vers les affaires
- Tantramar Seniors College
- On voit plusieurs. Pense que les événements à Fredericton aux Jeux de L'Acadie ont récupéré toutes les générations. Mais plutôt pour tous et non pour juste une génération.
- Des programmes de mieux-être sont organisés dans la collectivité, comme les jardins et des raisons de sortir des maisons.

### Travailler avec le gouvernement : forces et faiblesses

Même s'il y avait un consensus quasi total en ce qui a trait aux éléments d'actif provenant de la collectivité, comme mentionné ci-dessus, on a également reconnu que le gouvernement a un rôle essentiel à jouer dans le financement et dans la réalisation d'initiatives. On a discuté ici des forces et des faiblesses associées à une collaboration avec le gouvernement.

On a noté qu'il est parfois difficile de faire avancer les choses quand on travaille avec le gouvernement puisqu'ils ne font pas assez pour passer de l'idée à l'acte et il peut également être difficile de trouver quelqu'un pour mener les projets. Il peut être difficile pour les collectivités de s'organiser lorsque le financement est imprécis ou indisponible et lorsque les collectivités ont d'autres priorités. La fermeture de centres communautaires a été citée comme faisant partie des décisions gouvernementales qui ne tiennent pas compte des besoins des adultes plus âgés ou de l'ensemble de la collectivité.

On a également donné plusieurs exemples de situations dans le cadre desquelles un financement et une collaboration du gouvernement ont été efficaces (par exemple, des politiciens de Dieppe qui ont trouvé des façons interactives de communiquer avec les adultes plus âgés). Certains députés et maires sont considérés comme étant très ouverts à écouter et à sensibiliser les gens face aux problèmes touchant les adultes plus âgés. À Moncton et dans d'autres collectivités, plusieurs initiatives sont en cours et du financement fédéral est en place.

Il est donc important de transférer quelque peu le pouvoir et se tourner vers les éléments d'actif communautaires avant – ou plutôt – de faire appel au gouvernement. On peut parfois penser que pour faire avancer les choses, il faut se tourner vers le gouvernement. En persévérant et en travaillant avec le gouvernement de façon proactive et positive, un changement peut se produire :

« Perth-Andover pour sauver de l'argent a décidé de mettre en place une piste de marche intérieure. Récemment les personnes âgées ont dit qu'ils en avaient besoin pour marcher en sécurité à l'intérieur l'hiver. Au cours de l'été on a fait une liste de 60 personnes qui en avaient besoin, organisé une réunion – invité le maire adjoint – qui est allé voir le directeur des loisirs – trouvé un espace sous les gradins – la piste de marche intérieure a été faite! »

*(Perth-Andover to save money decided not to put in indoor walking track. Recently seniors said they need it to walk safely inside in the winter. Over the summer compiled a list of 60 people who needed it, called a meeting – invited deputy mayor – who went to the recreation director – found a space under the bleachers – indoor walking track has been made!)*

### Créer des collectivités amies des aînés

Le terme « collectivité amie des aînés » a été souvent utilisé par les participants dans le cadre de ces discussions et on a noté que certaines initiatives adaptées aux personnes âgées sont basées sur l'ABCD. On a parlé ici de l'état de ville amie des aînés de Moncton (et on en discutera davantage dans la Conversation 7). Les participants étaient impressionnés par les initiatives prises à cet endroit. En plus des considérations pratiques associées à une collectivité amie des aînés (éclairage, aucune marche dans les magasins, formation du personnel, etc.), on a noté qu'il est également important de changer les attitudes et le langage utilisés : « De 'gruger les actifs' à 'basé sur les actifs' (respect, écoute, etc.) ». Les Participants souhaitaient découvrir si d'autres collectivités ont des comités consultatifs du maire et des moyens pour permettre aux adultes plus âgés de se faire entendre au niveau municipal.

### Importance des foyers de soins – et élargir leur façon de servir la collectivité

Le foyer de soins lui-même est considéré comme un actif important et comme une partie de la collectivité qui pourrait être davantage mise à profit pour aider les adultes plus âgés qui choisissent de vieillir sur place et ceux qui choisissent de demeurer au foyer. Le concept de foyer de soins change, la qualité des soins s'améliore et le tout doit demeurer pertinent et continuer de faire partie de la collectivité :

« Je ne veux pas manger du jello en lavasse; je veux boire du vin. »  
*(I don't want to be eating squishy jello; I want to be drinking wine.)*

« Lentement, petit à petit, on voit un changement. Il y a des opportunités de mieux comprendre et connaître le milieu. Pas de stigma. Tout le monde devrait y aller visiter le foyer de soins. Le foyer est le 'hub' de notre collectivité. »

Plusieurs suggestions ont été offertes pour exploiter pleinement nos foyers de soins :

- Ouvrir les établissements pour l'extérieur (par exemple, programmes de jour)
- Guichets uniques pour tout ce dont vous pouvez avoir besoin (tous dans le même bâtiment) et qui favoriseraient les interactions multigénérationnelles (endroits pour les infirmières praticiennes, centres commerciaux, aire de restauration, etc.)
- Partenariat avec l'entreprise Fredericton North pour présenter une fois par mois un concert au centre de soins pour rapprocher la collectivité et le foyer de soins
- Faire entrer la collectivité – spécialiste en soins des pieds, coiffeuses, étudiants pour aider lors de cérémonies comme le jour du Souvenir
- Utiliser le foyer pour réduire l'ennui et offrir de la relève

- Services pourraient être développés à partir du foyer pour aider les gens à demeurer à la maison le plus longtemps possible – mais comment ceci sera-t-il possible avec l'entreprise privée?
- On peut ouvrir le foyer à la collectivité (plus qu'on le fait déjà) – Ex. : Chez moi, il y a un groupe de danse de la collectivité et on leur prête la salle qui est non utilisée les soirs et fins de semaine. Nous l'ouvrons au public.
- Salle conférence pas utilisée les soirs et les fins de semaine. Venez l'utiliser! Les portes sont ouvertes À TOUS!
- La messe de l'église de la semaine est faite au foyer dans plusieurs établissements au lieu qu'à l'église. Aussi, on filme la messe à l'église, et autre événement à l'église pour que nos résidents sentent le sentiment d'appartenance à notre collectivité puisque c'est ce qu'ils faisaient avant d'être au foyer.

### Éducation pour le personnel des foyers de soins

Un sous-thème de ce qui précède, certains participants ont suggéré qu'il est important pour les soignants d'avoir un accès à de la formation. La formation et l'éducation en ligne peuvent être une manière accessible et abordable d'y arriver.

### Échanges intergénérationnels et mise à profit de la jeunesse

On a donné de nombreux exemples de moyens par lesquels les programmes intergénérationnels favorisent à la fois la génération plus âgée et la génération plus jeune. On retrouve parmi ces exemples :

- À Terre-Neuve, adolescents qui organisent des tournées en autobus pour les adultes plus âgés
- Bibliothèque du côté nord où les adultes plus âgés montrent aux enfants comment tricoter
- Demander à de jeunes étudiants à Hampton de travailler avec des résidents plus jeunes des foyers de soins pour organiser des événements pour les résidents plus âgés et ainsi leur donner un sentiment d'inclusion
- Travailler avec les universités et les étudiants en stage pour des centres de jour comme la thérapie par l'art ou par la musique, la recherche
- Offrir du financement afin de rassembler tout le monde et favoriser l'innovation
- Petit-fils à l'école intermédiaire Devon. L'enseignant de l'orchestre a invité des personnes âgées à venir aider. Ils créent des liens florissants avec les étudiants. Programme de musique enrichi et participation, maintenant l'orchestre va très bien
- Personnes âgées qui avaient des compétences en musique se rendant dans des écoles pour leur enseigner bénévolement de la musique, ils risquaient de perdre leur programme de musique en raison du financement
- Activisme dans la collectivité en utilisant les écoles pour inviter les enfants au foyer de soins pour interviewer les gens et identifier leurs récits et leur histoire
- Permettre aux personnes âgées d'avoir accès aux remises de diplômes des enfants – étudiants du secondaire se rendant au domicile de la personne âgée pour redonner
- Planification collaborative entre étudiants et personnes âgées

- On approche les jeunes à l'école secondaire pour conduire les repas « meals on wheels »

On a toutefois noté qu'il peut être difficile de trouver des bénévoles de la génération plus jeune puisque le bénévolat ne fait pas partie de leur culture. Certains avaient l'impression que les jeunes peuvent être des atouts importants pour faire avancer les choses alors que d'autres pensaient que les jeunes ne sont pas aussi motivés pour favoriser le changement.

### Défis et succès spécifiques aux collectivités rurales, plus petites

Les collectivités rurales font face à leurs propres défis. Trouver des bénévoles peut être plus difficile dans des régions plus petites que dans des centres urbains. On y manque aussi souvent de financement et de ressources. Certaines villes et certains villages ruraux voient aussi un déclin de la population (beaucoup de jeunes vont travailler dans l'Ouest). On a soulevé des questions se rapportant au renforcement de collectivités en déclin et aux manières de redonner aux villages et aux villes un sentiment de collectivité. Le transport est aussi un problème clé dans les régions rurales puisque plusieurs adultes plus âgés auront besoin de se déplacer vers un centre urbain plus important pour obtenir des soins de santé ou des services.

« Je vais simplement me rendre à Fredericton en train, mais ça n'arrive pas. Nous avons une province rurale, mais nous n'avons pas de lien approprié pour la plupart des gens qui vivent dans la province.

*(I'll just whip up to Fredericton on a train, but that does not happen. We have a rural province but don't have proper connections for most of the people living in the province.)*

Il existe toutefois des avantages pour les adultes plus âgés qui vivent dans des collectivités plus petites. Il peut y avoir plusieurs atouts dans un village de même qu'une détermination pour faire avancer les choses et financer des projets. On a également donné l'exemple d'un programme avec une équipe d'infirmières et de travailleurs sociaux qui font des vérifications hebdomadaires auprès des adultes plus âgés.

### Transport et accessibilité

Le transport se retrouve à plusieurs reprises dans ces discussions et est considéré par plusieurs comme un problème précis. Le transport et l'accessibilité sont identifiés comme très importants et plusieurs ont fait valoir que nous avons besoin d'un meilleur système de transport pour répondre aux besoins des adultes plus âgés (faire des courses, se rendre aux rendez-vous, sortir de la maison, etc.).

« L'accessibilité en fauteuil roulant s'améliore, mais elle n'est pas où elle devrait être. »

*(Wheel chair access is getting better but it is not where it should be.)*

« Le transport est un besoin immense. »



*(Transportation is a huge need.)*

On a partagé des histoires à succès se rapportant au transport et des façons d'améliorer l'accès au transport pour les adultes plus âgés. Comme mentionné précédemment, le financement représente un problème. Des exemples comprennent le partage d'un autobus entre les foyers de soins et un autre établissement, des gens qui visent des adultes plus âgés n'ayant pas accès au transport, l'utilisation de fourgonnettes privées appartenues par des établissements de santé pour le public, l'utilisation des fourgonnettes de la collectivité pour les villes plus petites, covoiturage, transfert des résidents en utilisant un autobus adapté plutôt qu'une ambulance lorsque cette dernière n'est pas médicalement nécessaire.

### **Défis sociaux, physiques et émotionnels associés au vieillissement sur place**

Les défis associés au vieillissement sur place ont été soulignés par plusieurs participants en faisant une référence particulière à l'isolement. Certains estimaient que le fait de quitter sa collectivité ou son domicile quand on a besoin des soins supplémentaires d'un foyer de soins peut être une source d'isolement. D'autres ont suggéré qu'on peut également se sentir isolé dans sa maison quand il est difficile d'en sortir et de rencontrer d'autres personnes. On a également suggéré des façons pour atténuer l'isolement comme des visites de bénévoles au foyer d'adultes plus âgés pour partager des récits et les aider avec leurs problèmes ménagers. Lorsqu'on parle du vieillissement sur place, il est également important d'empêcher les tensions sur les soignants en leur fournissant des services de relief.

« Nous essayons toujours d'intégrer les gens qui sont dans leur maison et les intégrer dans la collectivité. »

*(We always try and look at integrating people who are in their homes and integrate them into the community.)*

### **Consultation auprès d'adultes plus âgés – soins narratifs, dialogue et conversations intergénérationnelles**

Selon plusieurs participants, inclure les adultes plus âgés dans la conversation est essentiel ici et il est tout aussi important de donner une voix à ceux qui n'en ont pas. Voici des exemples de façons d'y arriver :

- Conseil multigénérationnel
- Entretenir des conversations sur le vieillissement et inviter les personnes âgées
- Inviter plus de personnes âgées pour prendre part aux comités/groupes de la collectivité – et pour les personnes âgées de faire des efforts pour en faire partie
- Demander aux adultes plus âgés quelles erreurs nous faisons et comment nous pouvons nous améliorer
- Sondages
- Groupes de soins narratifs

« Les gens sont notre collectivité. Réunir des gens de tous les âges et de toutes les cultures pour discuter de problèmes et en faire des possibilités. »



*(The people are our community. Bring different people of all ages and cultures together to discuss problems and turn them into possibilities.)*

### **Technologie**

Quelques participants ont noté que les innovations technologiques peuvent être utilisées pour aider les adultes plus âgés. Skype, par exemple, peut être utilisé pour veiller à ce que la voix d'une personne soit entendue même si celle-ci ne peut pas être physiquement présente à une réunion.

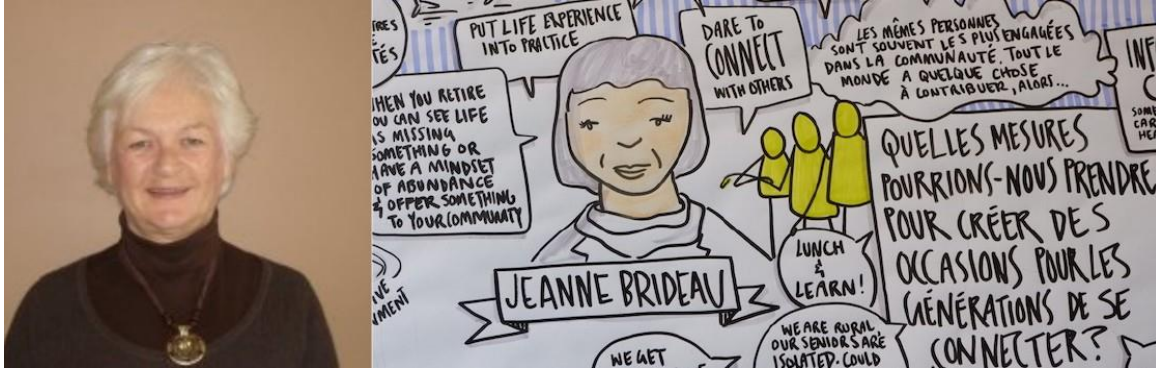
### **Reconnaissance des besoins sociaux des adultes plus âgés, non seulement physiques**

Il est important de reconnaître que les adultes plus âgés ont des besoins sociaux en plus de besoins purement physiques en matière de santé. Des événements supplémentaires comme la participation à des concerts ou des programmes visant à garder les gens actifs socialement et physiquement ont été donnés à titre d'exemple.

### **Pauvreté et enjeux sociaux**

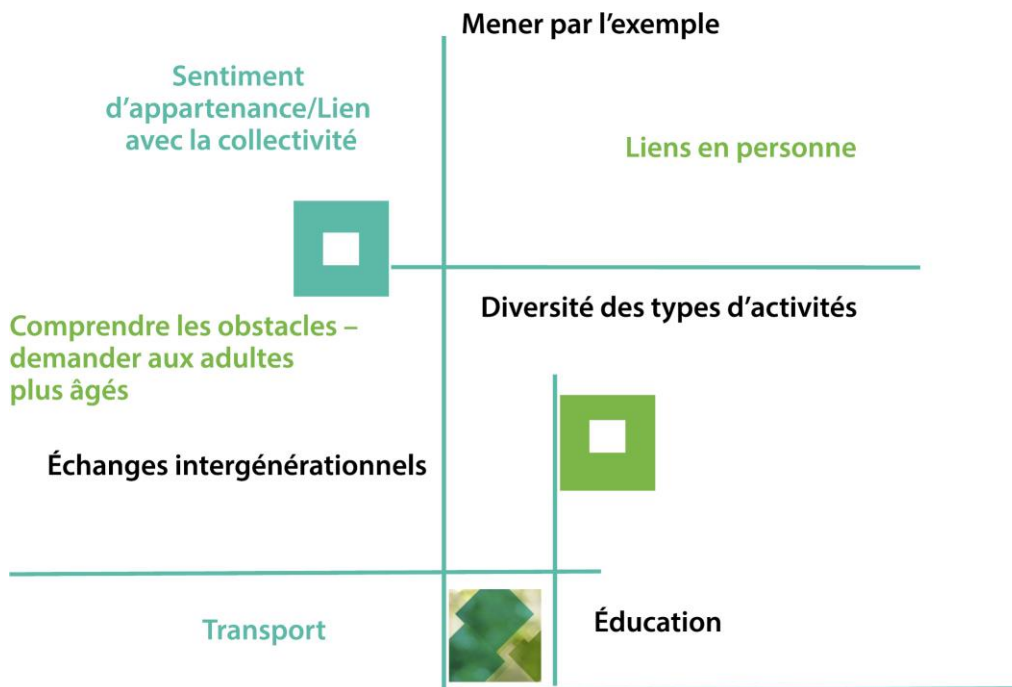
Certains participants ont parlé à des groupes qui ciblent tout particulièrement la pauvreté dans certaines régions de Saint John. On a donné comme exemple des résidents qui remplissent des sacs à dos de nourriture pour les distribuer, et on a noté qu'il existe de bons partenariats avec différentes parties de la collectivité.

« Pas besoin de beaucoup, ça peut être petit et changer la vie des gens. »  
*(It doesn't take a lot, it can be small and it changes lives for people.)*



## Conversation 4

### Démystification de l'âgisme : relier les générations avec Jeanne Brideau



### Question de dialogue

**Les mêmes personnes sont souvent les plus engagées dans la collectivité. On a tous quelque chose à contribuer alors comment engager ceux qui ne sont pas habituellement engagés dans la collectivité?**

Cette question a soulevé plusieurs autres questions de même que des suggestions des participants. Certaines tables ont eu de la difficulté à trouver des réponses. La notion d'engagement a été remise en question et certains participants ont demandé « Que veut dire engagé? Que vous donnez votre opinion? Aux événements? Pouvez-vous être engagé en restant à la maison? » On a noté que depuis le dernier Sommet, le niveau d'engagement est plus important et on participe davantage aux conversations se rapportant à ce qui se passe et à la façon d'augmenter encore davantage le niveau d'engagement. En plus des questions soulevées, plusieurs suggestions et commentaires perspicaces ont été offerts pendant le dialogue.

### Liens en face à face

La façon la plus souvent citée pour renforcer l'engagement était d'établir un contact en face à face. Mettre de côté la peur du rejet est important ici puisque plusieurs personnes diront non lorsqu'on leur demandera de participer. Certains diront toutefois oui. Les participants ont partagé des moyens qu'ils ont déjà utilisés pour faire appel à des gens qui n'étaient pas encore actifs dans la collectivité. Ils les ont invités à un repas ou à avoir une conversation sur les façons de s'impliquer. Certaines personnes ont approché des personnes importantes de la collectivité alors que d'autres ont fait du porte-à-porte ou encore du bouche-à-oreille pendant des événements.

Les participants ont largement convenu que si nous continuons à demander aux mêmes groupes de gens de participer, ceux-ci s'épuiseront. Il est donc très important d'élargir nos réseaux et de continuer à créer des liens.

« Apportez-les au restaurant – de la 'nourriture' gratuite attirera les gens. Même s'ils n'étaient peut-être pas intéressés au début, si vous leur donnez une motivation pour vous écouter, ils entendront peut-être ce que vous avez à dire et ils aimeront peut-être ça et se joindront à vous, ou il se peut que vous soyez rejeté, c'est un risque que vous devez prendre. »

*(Take them out for dinner – 'free food' will bring people. Even though they may not have been originally interested, if you give an incentive to just listen to you, they may hear what you have to say and like it and join, or you may be rejected, it's the risk you must take.)*

« La clé est de demander. »

*(The key is to ask.)*

Il est également important de ne pas oublier que plusieurs adultes plus âgés ne sont pas habitués aux conversations en ligne et qu'ils n'ont peut-être pas accès aux médias sociaux. Les conversations en face à face sont donc plus familières et plus efficaces. Les conversations nous aident également à en apprendre davantage sur les gens qui pourraient devenir actifs et les liens personnels sont essentiels au processus d'engagement.

« Il faut aller les chercher en allant les chercher à la maison, ça leur permet de nous connaître. »

## Une variété d'activités

Plusieurs participants ont discuté du besoin d'une variété d'activités pour tous les types de personnalités (introvertis et extravertis), tous les goûts (passe-temps, passions) et tous les engagements en temps. Trouver des activités auxquelles les gens aimeraient participer et qui semblent appropriées pour eux était important : « Soyez ouverts à des activités autres que le bingo hebdomadaire ou la messe qui cibleraient d'autres populations. »

On a également noté que certaines personnes ont peut-être peur de participer ou ne savent peut-être pas comment aider. On a suggéré d'assigner aux gens des tâches précises ou de les inviter à observer d'autres bénévoles afin de les intéresser à participer.

Puisque plusieurs sont préoccupés par le temps et par la conciliation travail-vie personnelle, il est également important de veiller à ce que des activités et des formes d'engagement conviennent aux différents niveaux d'engagement en matière de temps.

Voici des exemples précis d'activités et de façons d'encourager la participation :

- Présence de chiens (thérapie animale)
- Déjeuners de financement, activités qui attirent involontairement les gens et qui les laissent prendre une décision
- Fixer une date de clôture avant de fixer une date de lancement
- Faire participer les gens par l'entremise d'associations – même s'ils ne sont pas des professionnels; association locale d'entrepreneurs, association de pompiers, etc. Cela permettra une perspective plus diversifiée que si nous utilisons toujours le même groupe de personnes
- Démontrer une tâche ou une compétence serait utile pour permettre aux gens de savoir quoi faire dans la collectivité; même fabriquer une courteline, préparer un moteur, construire une cabane pour oiseaux... Les gens aiment partager leurs propres cadeaux sans inclure un plan de leçon, mais plutôt en se sentant protégés par leur propre talent
- Donner aux gens des options, l'introverti ne voudra pas effectuer la tâche d'un extraverti ou bien la faire
- Repas partagé (s'il y a de la nourriture, ils viendront) transport pour les personnes âgées
- Organiser des rencontres pour les gens dans des endroits dirigés par la collectivité (patinoires, caserne de pompiers, église, etc.) plutôt que dans des bâtiments gouvernementaux (hôpital, école, etc.)
- Étudiants en économie domestique/femmes incarcérées faisant don de leurs projets de matelassage, de crochet ou de pâtisserie aux foyers de soins spéciaux
- Groupes d'écriture et groupes de narration
- Participer ne signifie pas que les gens doivent s'exprimer verbalement et se faire remarquer; de petits groupes comme les groupes de tricot, les groupes d'écriture, les groupes de marche peuvent aider à améliorer l'estime et la confiance en soi
- Groupes de marche en nature, repas et groupes de narration
- Ramener les gens à leur endroit de travail afin de partager des récits et découvrir comment le travail a changé depuis leur départ à la retraite. Ceci pourrait aider le personnel actuel à apprendre des adultes plus âgés et permettre aux adultes plus âgés d'échanger avec de jeunes professionnels

- Club d'âge d'or

### Échanges intergénérationnels

Plusieurs des commentaires de ce dialogue pointaient vers le besoin d'échanges intergénérationnels par l'entremise de divers formats. On a noté que le bénévolat est une exigence de certains programmes universitaires et que plus de programmes comme ceux-ci pourraient être mis en place dans le but d'encourager la participation. Les programmes intergénérationnels permettent de transférer d'importantes connaissances et expériences de vie d'une génération à l'autre. Le courage et l'innovation sont parfois nécessaires pour établir de tels programmes puisqu'il faut respecter certains règlements. Les effets valent toutefois la peine. Il est important de trouver des intérêts communs qui permettront d'assurer le succès d'un programme plutôt que de forcer une génération ou l'autre à se présenter. Les médias sociaux pourraient être utilisés pour promouvoir ces types de programmes auprès de la génération plus jeune et des présentations pourraient être faites dans les écoles pour faire connaître les différentes opportunités d'engagement.

Voici certaines idées précises et certains exemples de programmes :

- Montrer les différences entre les métiers/emplois d'il y a 20 ans à aujourd'hui et montrer comment le tout a changé (partager des récits et créer des liens par l'entremise de passions et de récits)
- Enfants se rendant dans des foyers de soins pour pratiquer des chants de Noël, faire des pâtisseries, programmes de lecture
- Bénévolat dans le cadre d'un cours/programme dans les universités, écoles secondaires
- Journée « Redonnez » au collège communautaire
- Période de cercle avec des adultes plus âgés, dans une bibliothèque locale avec des enfants. Faire participer des parents, des grands-parents et leurs enfants. Partage de récits
- « The ville » de Marysville est un endroit que la collectivité a acheté et qu'elle utilise pour faire des liens entre différentes générations de gens de différents habitats naturels
- Hommes plus âgés travaillant dans des ateliers de charpenterie avec des garçons et des filles plus jeunes
- Attirer les enfants dans l'environnement naturel des personnes âgées – se rendre au quai, ferme – les apporter dans l'habitat naturel des personnes âgées
- Demander aux étudiants d'une école d'enseigner à des adultes plus âgés comment utiliser la technologie actuelle afin de leur permettre de faire des liens avec ceux qui les entourent, membres plus jeunes de la famille et la collectivité
- Même quelque chose comme ratisser les feuilles et faire une sortie amusante – dans ce scénario ils redonnent aux personnes âgées et passent du temps ensemble
- Les établissements d'enseignement devraient inviter des adultes plus âgés dans leurs salles de classe pour éduquer les enfants sur l'âgisme. En faisant cela les adultes plus âgés peuvent partager des récits
- Plus d'étudiants coop dans les écoles secondaires. Incertain à propos du bénévolat au début dans les foyers de soins, mais après qu'ils sont là ils veulent revenir

- « Lutin de l’alphabétisation » – personnes âgées qui aident les enfants à lire
- Programme Grand frère/grande sœur – mais avec les résidents. Non seulement au foyer, mais aussi pour les gens qui sont à la maison (intergénérationnel)
- Jardinage intergénérationnel
- Pour faire un réseau des guides français pour la galerie Beaverbrook à Fredericton
- Programme en Hollande ou dans un autre pays pour des étudiants qui vivent gratuitement dans des foyers avec des adultes plus âgés, mais qui doivent être de bons voisins (nous sommes simplement trop préoccupés par les normes en matière de réglementation qui nous empêchent de faire ces activités)

On a également noté que même si les programmes intergénérationnels ont beaucoup de mérite, il est important pour les personnes âgées d’interagir avec leur propre groupe de pairs.

### Mener par l’exemple

Mener par l’exemple est considéré comme un moyen excellent pour promouvoir l’engagement puisque les gens suivront lorsqu’ils auront vu un ami ou un collègue participer. Demander de manière intentionnelle aux gens d’apporter un ami peut ainsi être bénéfique pour inspirer les autres à faire un pas en avant. Puisque certaines personnes ont peur d’essayer de nouvelles choses ou de faire des choses seules, mener par l’exemple est une façon de permettre aux autres de se sentir suffisamment confortables pour tenter de s’impliquer.

« Fixer une structure pour permettre aux bénévoles qui veulent s’impliquer de parler aux amis et à la famille et il peut ensuite y avoir un effet d’entraînement. »

*(Set up structure so that volunteers who want to be involved can talk to friends and family and it can trickle down from there.)*

« Nous devons nous exprimer et demander. Même si nous supposons que quelqu’un ne veut pas participer, il n’y a pas de mal à dire quelque chose comme... Hey, je vais là pour faire ceci, pourquoi ne viendrais-tu pas, ça pourrait être plaisant! Ils ont peut-être simplement besoin de stimulation pour se lancer. »

*(We have to speak out and ask. Even if we assume someone does not want to get involved, it never hurts to say something like... Hey, I am going here to do this, why don’t you join me, it will be fun! They may just need a boost to get them started.)*

« Cibler les champions dans la collectivité, cibler les leaders pour influencer les gens moins engagés puisque, souvent, les gens ont peur ou sont gênés. Ça ne prend qu’une fois qu’ils s’engagent et ensuite ils seront peut-être plus engagés. [...] Être l’exemple pour le bénévolat toi-même. »

*(Target the champions and leaders in the community so that they will influence those who are less engaged as, often, people are afraid or hesitant. It only takes them one instance of getting involved and that might be enough to encourage future engagement. [...] Be the example for others of volunteering.)*

## Sentiment d'appartenance/liens avec la collectivité

Lorsque les gens ont un sentiment d'appartenance et un lien avec la collectivité, ils sont plus enclins à s'engager et à faire du bénévolat. On s'est demandé s'il était plus facile ou plus difficile d'avoir un sentiment d'appartenance dans les régions rurales comparativement aux régions urbaines. L'engagement communautaire a également été suggéré comme moyen pour permettre aux nouvelles personnes de rencontrer des gens de la collectivité et se sentir chez soi. L'engagement social peut être valorisant et peut donner un but précis tout en aidant les gens à se sentir bien accueillis, acceptés et appréciés.

« Peu importe l'initiative à laquelle vous participez, si une personne se sent engagée elle sera plus apte à travailler dans la collectivité. »

*(No matter what endeavour you're in, if a person feels involved they're more apt to work within the community.)*

« Ces gens n'ont peut-être pas un sentiment d'appartenance – s'ils avaient un sentiment d'appartenance à la collectivité, ils seraient peut-être plus enclins à participer aux activités de la collectivité. Alors commencez des activités auxquelles ces gens aimeraient participer et cela leur permettra de créer des liens, 'amis' et ensuite ils feront plus de choses ensemble. »

*(Maybe these people have a lack of sense of belonging – if they felt they belonged to their community, they might be more inclined to participate in community activities. So, start events that these people would like to go to and this would allow them to foster connections, 'friends' and then they would start going to more things together.)*

« Trouver des façons pour que tout le monde se sente accepté. »

*(Find ways to help everyone feel accepted.)*

## Comprendre les obstacles – demander aux adultes plus âgés

Il doit y avoir plus de recherche afin de comprendre pourquoi certaines personnes participent et d'autres pas.

« Nous devons identifier les obstacles qui font qu'ils ne veulent pas participer. »

*(We need to find out what the barriers are that make them not want to get involved.)*

Même si parfois il faut accepter que tout le monde ne souhaite pas participer, d'autres fois il faut peut-être poser les questions différemment pour veiller à ce que tout le monde soit à l'aise de s'exprimer. Une meilleure compréhension des problèmes peut être obtenue en demandant aux gens. On a donné l'exemple d'une réunion dans le cadre de laquelle on a utilisé des « Post-it » pour exprimer des idées – tout le monde pouvait écrire leurs idées sur une feuille. Ceux qui ne voulaient pas habituellement exprimer leur opinion avaient alors la chance de le faire. Des idées novatrices comme celle-ci peuvent encourager la participation.

« Lors de la mise en place de plans pour les personnes âgées, ne pas oublier de les inclure comme des Partenaires de soins. »

*(When developing plans for Seniors, don't forget to involve them as Care Partners.)*

## Transport

Quelques commentaires suggéraient que les problèmes au niveau du transport peuvent empêcher les gens de devenir engagés dans leur collectivité et de participer à des événements. Les adultes plus âgés peuvent devenir isolés, surtout dans les mois d'hiver et dans les régions rurales. D'autres besoins pratiques comme le transport des personnes qui souffrent de démence peuvent faire obstacle à leur engagement.

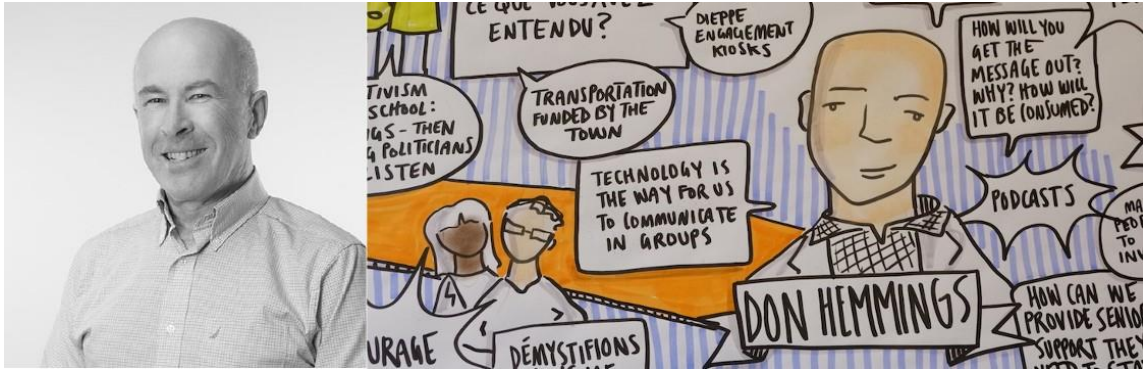
« Le transport est un gros problème. »  
(*Transportation is a big issue.*)

« Il y a des personnes âgées qui sont isolées et qui ne sortent pas autant. Ils ne peuvent pas embarquer dans un autobus et il n'y a plus de magasins généraux, à moins que quelqu'un ne les apporte. »  
(*We have seniors that are isolated and don't get out as much. They can't hop on a bus and there are no general stores anymore, unless someone takes them out.*)

## Éducation

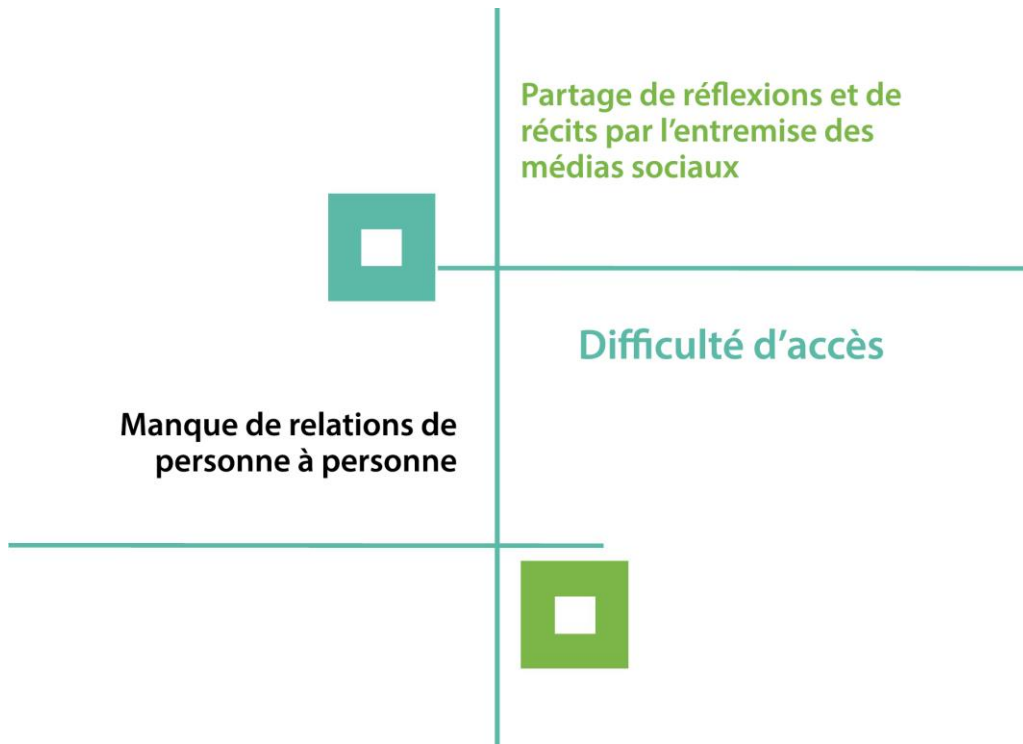
Certains participants ont indiqué qu'il est important d'éduquer les gens sur les types de possibilités offertes afin de régler le problème de manque d'engagement. Séances d'information, crieur municipal, applications (comme « V-Harmony), diffusion de vidéos en continu en direct au bureau du médecin ou à l'épicerie, annonces à l'église, photos et représentations visuelles sont des exemples de manières citées par les participants pour partager l'information et sensibiliser les gens face aux possibilités d'engagement.





## Conversation 5

### La technologie vous fait-elle peur avec Don Hemmings



Question de dialogue :

**Lorsque vous utilisez votre technologie, qu'est-ce qui vous donne le plus de difficulté?**

Très peu de participants ont répondu à cette question en raison de contraintes de temps.

### Difficile à naviguer

Les participants ont exprimé que l'Internet, et la technologie en général, semble être une excellente ressource, mais elle est difficile à naviguer et à comprendre, ce qui occasionne une frustration pour les adultes plus âgés. Il peut également être difficile de savoir où aller pour obtenir du soutien dans ce domaine. On a suggéré de donner aux adultes plus âgés la possibilité de prendre part à des cours afin de mieux comprendre la technologie, ce qui les aiderait à se sentir plus « branchés » et à prendre confiance. La technologie a aussi été liée à la narration de récits :

« Un besoin humain de base autre que la nourriture et l'eau est... se faire entendre! C'est pourquoi la narration de récits est aussi importante. »

*(Basic human need other than food/water is.... Being heard! This is where storytelling is so important.)*

### Manque de relations de personne à personne

On a noté que « nous ne pouvons pas ressentir ou voir les émotions » lorsque nous communiquons par l'entremise des médias sociaux ou d'autres types de nouvelle technologie. Les occasions d'interactions et de relations de personne à personne font donc défaut. Dans le même ordre d'idées, comme un participant l'a noté, en « aimant » les organisations et les initiatives sur les médias sociaux, il est facile de ne pas s'engager dans la collectivité puisqu'on peut rester à la maison et utiliser les médias sociaux plutôt que de sortir et d'engager une conversation avec les gens.

Question de dialogue :

**Comment avez-vous utilisé la technologie pour**

**partager vos récits?**

### Partage d'idées et de récits par l'entremise des médias

#### sociaux

Les participants ont indiqué avoir utilisé les médias sociaux pour partager des moments familiaux avec des personnes chères qui sont au loin, pour partager des récits et pour accroître la sensibilisation face à des questions importantes.

« L'un des besoins de base de l'humain est d'être entendu. Partager vos réflexions sur les médias sociaux peut aider à renforcer la confiance si on fait l'éloge de ce que vous dites. »

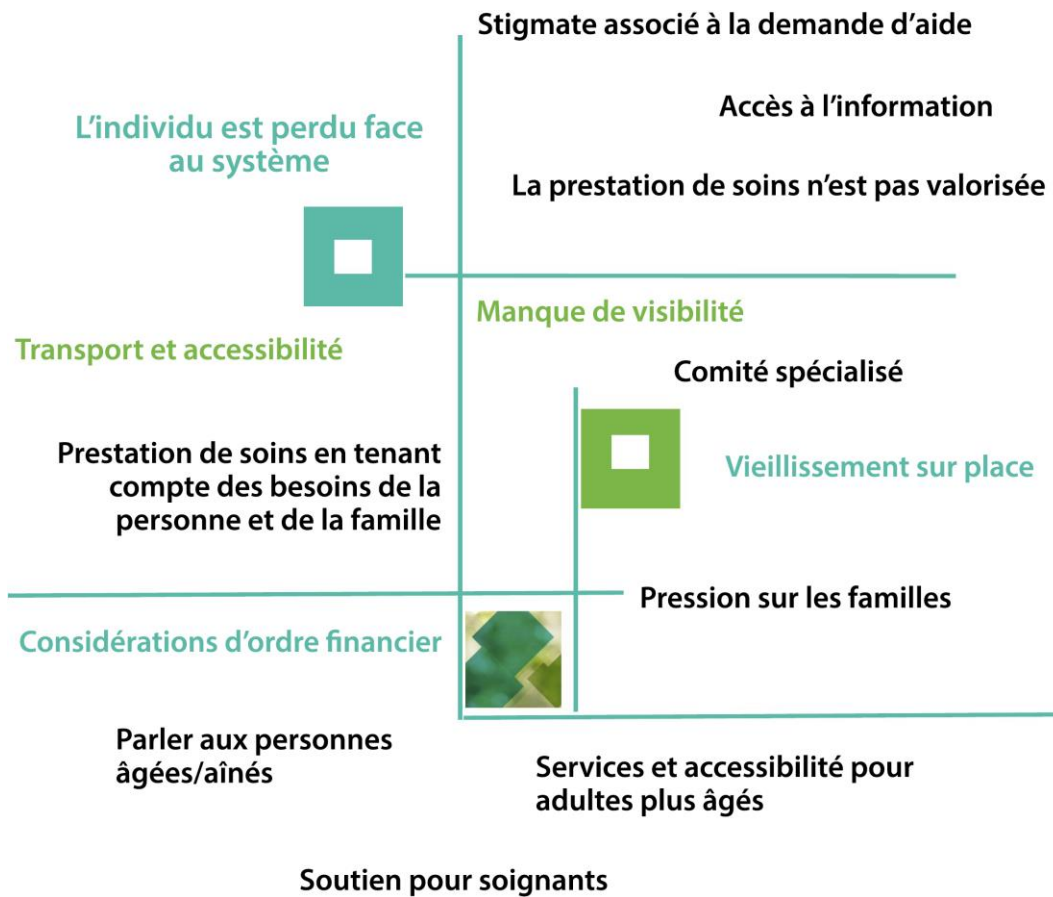
*(One of the most basic human needs is to be heard. Sharing your thoughts on social media could help build confidence if what you are saying receives praise.)*

On a également noté que la technologie peut être utilisée pour améliorer la prise de conscience et la compréhension des problèmes touchant les adultes plus âgés et que la création de médias sociaux peut les aider à ressentir un lien avec leur collectivité et leur permettre de prévoir des occasions. Remarquez ici que dans la question susmentionnée, les médias sociaux sont également vus comme un obstacle aux interactions personnelles puisqu'en « aimant » des choses à partir de son salon, il n'est pas nécessaire de quitter la maison.



## Conversation 6

### Présentation en panel : Soins informels et vieillissement sur place



Question de dialogue :

### Qu'apprenez-vous à propos des soins informels et du vieillissement sur place?

Le dialogue associé à cette question était moins enjoué et positif que pour les autres questions de dialogue. Plusieurs participants ont exprimé des frustrations face au système et ils ont partagé des problèmes observés au niveau de la prestation de soins informels et du vieillissement sur place.

### L'individu est perdu face au système

Les commentaires les plus fréquemment cités se rapportent au fait que l'individu se perd souvent dans un système où il est difficile de naviguer. On a indiqué que si on ne correspond pas à un modèle précis, on devient invisible et il est très difficile d'obtenir l'aide nécessaire. On a souvent mentionné les travailleurs sociaux à cet égard. Deux problèmes précis ont été notés – les individus sont souvent désignés comme des « cas » plutôt que comme des gens et les évaluations de 15 minutes ne sont pas suffisamment précises pour comprendre la situation d'une personne. On a de plus noté que les travailleurs sociaux sont souvent surchargés de travail, ce qui contribue à ces problèmes.

« Travailleur social qui parle de 'cas', mais que fait-on de l'individu? »  
(*Social worker talking about 'cases' but what about the individual?*)

« Comment est-il possible de faire une évaluation après avoir connu quelqu'un pendant 15 minutes et si cette personne n'a pas une bonne journée, personne ne parle pour eux, comment peut-il y avoir une évaluation précise s'ils ne connaissent pas vraiment la personne? »  
(*How can you make an assessment off of knowing someone for 15 minutes and what if that person is having an off day, no one to speak up for them, how can there be an accurate assessment if they don't really know the person?*)

Puisque nos besoins sont tous différents, on a mentionné qu'un ensemble de règles n'est peut-être pas une bonne manière de répondre aux besoins et de régler les problèmes. Il semble actuellement y avoir un manque de reconnaissance face à la fragilité et à la vulnérabilité des gens.

« L'emploi de Karen [aider ceux qui cherchent des services] ne devrait pas être nécessaire. C'est parce que le système est brisé. »  
(*Karen's job [helping those navigate services] should not be needed. It is because the system is broken.*)

« Si quelqu'un est perdu dans le système, le système est le problème. »  
(*If someone is lost in the system, the system is the problem.*)

« Le système est fait pour les gestionnaires de systèmes et non pour les personnes qui l'utilisent. »  
(*The system is built for the system managers not the people using it.*)

Les participants ont indiqué qu'il semble y avoir des obstacles à chaque coin de rue et que si un soignant a besoin d'une fin de semaine de congé, il est extrêmement difficile de savoir qui

appeler ou vers qui se tourner pour avoir de l'aide. Il est donc important de comprendre de quoi ont besoin les soignants et de mettre en place un système sur lequel il est moins difficile de naviguer tant dans les régions urbaines que dans les régions rurales.

### Fournir des soins qui prennent en considération les besoins de la personne et de la famille

En lien avec le thème susmentionné, on a également indiqué que lorsqu'on fournit des soins, il est important de ne pas oublier les soins physiques et émotionnels de la personne et de la famille. Par exemple, lorsqu'un couple est séparé en raison d'un besoin de soins, cela peut être très difficile pour eux. De même, parfois, on s'attend à ce que les membres de la famille et les aidants naturels effectuent des tâches pour lesquelles les professionnels sont formés (on a donné comme exemple le changement d'une sonde d'alimentation).

### Manque de visibilité

Un manque de visibilité était apparent dans deux domaines connexes. Premièrement, même s'il semble y avoir des projets et des initiatives, il est difficile de voir exactement ce qui se passe et si les changements seront durables. On a noté que des changements peuvent prendre du temps et que lorsque les politiciens changent, « nous sommes de retour au point de départ ».

Deuxièmement, plusieurs soignants ne savent pas à quel type de soutien ils ont accès puisque l'information n'est pas partagée de la bonne manière ou, comme on l'a vu précédemment, le système est difficile d'accès. Plusieurs renseignements sont découverts par inadvertance plutôt qu'accédés facilement et les participants croient qu'il doit exister une manière plus efficace de partager l'information avec les soignants naturels.

On a suggéré un carrefour provincial en ligne qui serait économique et d'une grande portée.

« Les gens doivent connaître les services pour les utiliser, mais ils ne peuvent pas utiliser les services s'il n'y a pas d'information. »

*(People need to know about the services in order to use them but can't use services if there is no information.)*

« Les soignants ne savent pas ce qui est disponible parce que le système est si difficile à naviguer. »

*(Caregivers don't know what is available because the system is so hard to navigate.)*

« Les soignants luttent considérablement en raison d'un manque de soutien et parce qu'ils ne savent pas quoi faire et où commencer. »

*(Caregivers are struggling significantly due to a lack of support and not knowing what to do or where to start.)*

« Aucun soutien, aucune alphabétisation, trop de paperasse, etc. »

*(No support, no literacy, too much paperwork, etc.)*

« Peu de gens savent que des lits pour soins de relève sont disponibles dans certains hôpitaux. Il faut passer le message pour le faire savoir aux gens, en faisant un service durable. »

*(Not many people know of the relief care beds available at some hospitals. Need to get the word out so people know, making it a sustainable service.)*

## La prestation de soins n'est pas valorisée

Le rôle de soignant est souvent assigné aux femmes et le travail n'est pas valorisé. De nombreuses conséquences de même que ces causes ont été mentionnées pendant les dialogues. D'un côté, les soignants naturels ne sont pas considérés comme des « soignants » parce qu'ils ne sont pas reconnus par le système de santé comme étant des professionnels; toutefois, de l'autre côté, les soignants naturels sont essentiels – ils sont « l'épine dorsale de la prestation de soins dans notre province ». Le rôle est considéré comme très exigeant. Il peut devenir accablant et avoir des conséquences néfastes sur les soignants : stress, anxiété, dépression, difficultés financières, etc.

Il est donc très important que la province reconnaisse les soignants et qu'elle puisse déterminer quand un soignant a besoin d'aide. L'aide et le soutien doivent alors être facile à trouver et à accéder.

« Qui appelez-vous pour de l'aide?? »  
(*Who do you call for help??*)

## Vieillesse sur place

Plusieurs croient que s'ils avaient le choix, la plupart des adultes plus âgés préféreraient vieillir sur place puisque leurs souvenirs sont nés à la maison et ils se sentent plus confortables dans leur propre collectivité. On a suggéré que des modèles plus récents et innovateurs de logements sont nécessaires pour les adultes plus âgés et il est tout aussi important de commencer à penser à « l'entre-deux » comme, par exemple, suivre les modèles scandinaves pour ceux qui souffrent de démence afin de permettre aux êtres chers de demeurer ensemble. On a suggéré de discuter avec les adultes plus âgés lors de la conception des établissements afin de veiller à ce que les besoins soient comblés.

## Pression sur la famille

On met beaucoup de pression sur les membres de la famille pour devenir des soignants naturels et s'occuper d'un parent ou d'un conjoint qui vieillit, et on s'attend souvent à ce qu'ils jouent ce rôle. Aujourd'hui, toutefois, plusieurs membres de la famille vivent au loin et sont incapables de jouer le rôle de soignant naturel.

## Transport et accessibilité

Comme nous l'avons vu dans d'autres Conversations, le transport et l'accessibilité jouent un rôle important dans la prestation de soins et dans le vieillissement sur place. En raison des conditions météorologiques et des factures plus élevées des mois d'hiver, il peut être difficile pour les personnes à faible revenu ou à revenu fixe qui n'ont pas accès à un transport adéquat ou qui ne vivent pas dans une ville ou une collectivité amie des aînés de sortir de la maison.

## Stigmate associé à la demande d'aide

Il peut y avoir un stigmate et une certaine honte associés à la demande d'aide, et ce autant chez l'adulte lui-même que chez le soignant. Les soignants peuvent se sentir coupables que personne ne soit en mesure de prendre soin de leurs parents ou d'un conjoint lorsqu'ils ont besoin de temps pour eux-mêmes et les adultes plus âgés peuvent se sentir honteux de perdre leur indépendance.

## Considérations d'ordre financier

Les considérations d'ordre financier sont également importantes lorsqu'on parle de la prestation de soins et du vieillissement sur place. On a cité ici l'exemple de Shannex – « c'est brillant, accueillant, nouveau, MAIS il y a une liste d'attente et un fardeau financier ». (*it is shiny, welcoming, new BUT there is a waitlist to get in and financial [strain]*).

« La famille n'a pas accès à l'aide financière. Il n'y a pas de logique si tu veux aider quelqu'un. » (*The family does not have access to financial support. There is no logic in this if you're looking to help someone*)

Question de dialogue :

**Quelles mesures, à titre d'individus et de collectivités, pouvons-nous prendre pour améliorer la prestation de soins informels et le processus de vieillissement sur place au Nouveau-Brunswick?**

## Services et accessibilité pour les adultes plus âgés

Faire des villes et des collectivités des endroits plus accessibles tout au long de l'année a été cité ici comme étant très important tout comme veiller à ce qu'il existe des options de transport appropriées pour permettre aux adultes plus âgés de se déplacer (coupons de taxi, autobus gratuits le mercredi, trottoirs bien entretenus, stationnement réservé, etc.). Voici d'autres suggestions de cette catégorie :

- Visites à domicile des médecins
- Soins quotidiens pour les adultes plus âgés, un centre où les soignants peuvent apporter leurs proches et obtenir de l'aide
- Groupes sociaux pour les personnes âgées (bingo, natation, etc.)
- Services pour les personnes ayant une déficience auditive ou visuelle (information aux collectivités)
- Appartements accessibles
- Grand frère, petit frère

## Parler aux personnes âgées/aînés

Parler aux adultes plus âgés et les inviter à faire partie de comités de soins à domicile est considéré comme important pour veiller à ce qu'ils se sentent appréciés et pour savoir ce dont



ils ont besoin pour vieillir sur place. Il est tout aussi important de reconnaître qu'en quittant leur maison, ils perdent leur sens identitaire.

« Prenez le temps de marcher avec des aînés et d'avoir des conversations significatives pour leur montrer qu'ils sont importants. »

*(Take the time to talk with elders and have meaningful conversations to show that they are important.)*

### **Soutien aux soignants**

Fournir un meilleur soutien aux soignants familiaux est important puisque cela prouve que le travail est valorisé et il permet au soignant de profiter d'un repos bien mérité. Il est essentiel que quelqu'un prenne le temps d'être à l'écoute des besoins des soignants et que du temps et de l'argent soient investis pour les aider.

« Besoin d'un soignant pour les soignants. »

*(Need a caregiver for the caregivers.)*

### **Accès à de l'information**

Comme nous l'avons vu précédemment, il peut être difficile d'avoir accès à de l'information. En tant qu'individus et que collectivités, nous pouvons sensibiliser et éduquer les membres du public face aux avantages des soins à domicile. Nous pouvons également veiller à ce que le matériel soit plus aisé à consulter et qu'il y ait un meilleur accès à de l'information.

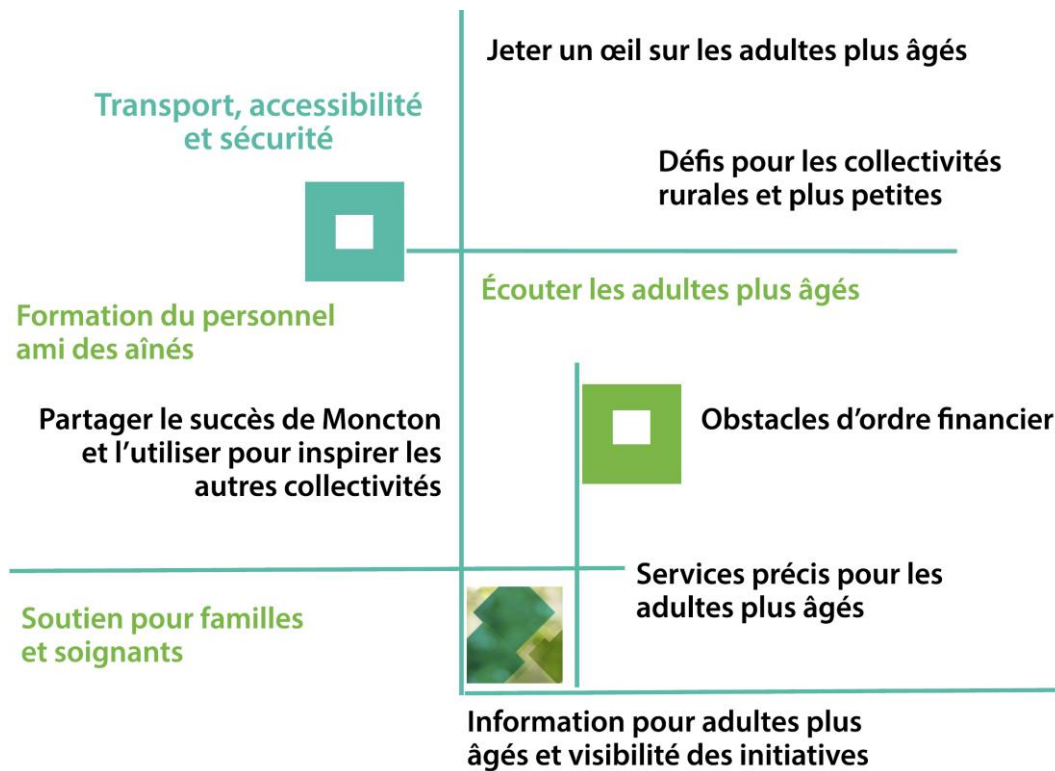
### **Comité spécialisé**

Comme démontré avec le modèle ami des aînés de Moncton, on a suggéré d'avoir un comité spécialisé axé sur le vieillissement en place qui permettrait de nous rassembler pour assurer l'engagement du gouvernement et de la collectivité. On a également suggéré de rassembler des équipes intégrées d'ergothérapeutes, de conseillers, de travailleurs sociaux, de médecins, etc. pour discuter des soins à domicile et du vieillissement sur place.



## Conversation 7

### Initiative Collectivité amie des aînés de Moncton avec Flora Dell



Question de dialogue :

**Qu'a-t-on fait à Moncton que l'on pourrait reproduire dans d'autres parties de la province?**

En général, les participants étaient inspirés par l'accent placé par la Ville de Moncton sur le respect des personnes âgées et ils se réjouissaient à l'idée de le reproduire. Des exemples précis, regroupés par thèmes, sont donnés ci-dessous. La conférencière, Flora Dell, participait également aux dialogues de groupe et a dit : « Beaucoup de nos adultes plus âgés ont sorti et font de plus en plus partie de notre collectivité et nous le voyons finalement. Créer un espace pour leur permettre de sortir et de se sentir accueillis. Il existe une plus grande vigilance associée aux adultes plus âgés et à la prise en charge de leurs problèmes. » D'une manière générale, on a noté que la collectivité se doit d'inclure les adultes plus âgés afin de combattre la solitude ou le manque de confiance en soi. Les participants ont bien apprécié le travail ardu et l'énergie de Flora.

« On ne peut dire non à Flora Dell. »/« Nous avons besoin de plus de Flora. »  
(*You can't say no to Flora Dell./We need more Flora.*)

« Les adultes plus âgés deviendront un élément dynamique de la collectivité si vous leur permettez de le faire [en créant l'espace et en les invitant]. »  
(*Older adults will become a vibrant part of the community if you allow them [create the space and invite them].*)

« Il n'y a aucune date d'expiration sur la valeur ou la sagesse d'un adulte. »  
(*There is no expiration date on the value or wisdom from an adult.*)

### Transport, accessibilité et sécurité

La majorité des commentaires associés à cette question de dialogue se rapportent aux liens connexes du transport, de l'accessibilité et de la sécurité. On a noté que plusieurs de ces idées sont des solutions gratuites ou peu coûteuses relativement faciles à mettre en place et que ces simples changements peuvent avoir un effet très important.

Les participants ont indiqué qu'il est souvent question de connaître et de tenir compte des problèmes touchant les adultes plus âgés. On retrouve à Fredericton, par exemple, de magnifiques sentiers de marche, mais ils ne sont pas très adaptés pour les personnes âgées puisque l'éclairage et la quantité de bancs n'y sont pas suffisants. Dans le même ordre d'idées, les entreprises locales ne sont peut-être pas accessibles aux adultes plus âgés ou à ceux utilisant un fauteuil roulant même si l'initiative visant à acheter localement en est une qui pourrait intéresser plusieurs adultes plus âgés. Un grand nombre des initiatives suggérées peuvent également être avantageuses pour d'autres membres de la collectivité, comme ceux qui poussent des poussettes, et elles pourraient mener à une population plus saine en général. Les mois d'hiver peuvent être difficiles pour les adultes plus âgés et les initiatives susmentionnées, combinées à un déneigement approprié des trottoirs, peuvent avoir une incidence très importante et permettre à tous les gens d'aller à l'extérieur.

Voici certains exemples précis qui ont été cités :

- Plus de bancs (dans les parcs et dans les centres-villes)

- Trajets gratuits en autobus le mercredi (+ de promotions pour personnes âgées dans les magasins cette même journée)
- Transport public approprié incluant des arrêts sur demande et des rampes sur les autobus
- Espaces de stationnement réservés aux personnes âgées
- Trottoirs bien entretenus (déneigés en hiver), incluant ceux avec une bordure moins élevée
- Sentiers de marche accessibles
- Éclairage approprié
- Déneigement
- Parcs de conditionnement physique avec équipement pour tous les âges

### Écouter les adultes plus âgés

On a noté que les besoins des adultes plus âgés sont souvent ignorés et reconnaître qu'ils existent et qu'ils font partie de la solution est une avancée importante. On peut y arriver en les écoutant pour comprendre leurs besoins. Même si les nouvelles technologies peuvent aider les adultes plus âgés à partager leurs récits, le « monde en ligne » peut également les marginaliser, particulièrement quand ils n'ont personne pour les défendre, les aider ou les écouter. Par l'entremise de consultations et de conversations, il est possible d'assurer l'inclusion de tous dans la collectivité et de leur permettre de partager leurs récits. On considère aussi qu'il est important d'écouter afin de mieux comprendre le monde dans lequel les adultes plus âgés ont grandi et acquérir une vision historique. Certains participants ont indiqué que si on cherche des personnes âgées pour avoir ces conversations, il suffit de se rendre dans un Tim Horton's ou un Mc Donald's le matin jusqu'à environ 11 h 30. « Ils ont trouvé un réseau et ils se rencontrent là presque tous les jours, partagent de l'information et après ils s'en vont. Ils peuvent faire partie de la solution pour la ville. » (*They have found a network and meet there almost everyday and share information and after that they leave. They can be apart of the solution for the city.*)

« Demandez aux personnes âgées ce dont ils ont besoin pour rendre la ville plus accessible aux personnes âgées – ce sont eux qui en ont besoin, ce sont eux qui remarquent les défis associés à la vie dans leur ville... ce sont eux qui ont les réponses et nous sommes ceux qui doivent leur poser les questions. »

*(Ask the seniors what it is they need to make their city more senior friendly – they're the ones who need this, they're the ones who notice what makes living in their city challenging... they're the ones with the answers and we're the ones who need to be asking them the questions.)*

« Travailler ensemble est le meilleur moyen pour construire et promouvoir les forces pour bâtir une collectivité amie des aînés. »

*(Working together is the best way to build and promote strengths to build a senior friendly community.)*

### Partager l'histoire à succès de Moncton et l'utiliser pour inspirer d'autres collectivités

Plusieurs participants ont exprimé leur admiration face au succès de Moncton et ils espèrent que l'information et l'expérience de Moncton se répandront partout dans la province.

« Moncton s'est propulsée devant les autres collectivités, travaillant sur la mise en place de collectivités amies des aînés. »

*(Moncton jumped ahead of other communities, working on developing age-friendly communities.)*

« Tout devrait être reproduit et plus encore! »

*(Everything should be replicated and even more!)*

Moncton peut inspirer d'autres parties du Nouveau-Brunswick à essayer de créer une collectivité amie des aînés. Des initiatives comme « Une journée pour les âges » ont déjà été lancées à certains endroits. Même si nous pouvons en apprendre beaucoup de Moncton, chaque collectivité est différente et fait face à ses propres défis. Il faut donc mettre en place des mesures qui conviennent à la population de chaque collectivité.

Les participants étaient particulièrement impressionnés par le fait que la Ville a accepté d'adopter une approche axée sur l'inclusion des personnes âgées et de l'incorporer aux politiques gouvernementales. On a suggéré que des comités spécifiques à cette question devraient être mis en place afin de favoriser le changement.

« S'ils l'ont fait là, on peut le faire ici. »

*(If they did it there, then we can do it here.)*

### **Défis d'ordre financier**

Un plus petit nombre de commentaires se rapportaient aux incidences financières des initiatives et des changements axés sur l'inclusion des personnes âgées. D'un côté, on a noté que l'inclusion des personnes âgées est difficile lorsqu'il n'existe aucun financement et, d'un autre côté, qu'il est intéressant de voir l'incidence financière positive associée aux changements et aux initiatives mentionnés par Flora.

« Économiquement bénéfique pour des collectivités d'être amies des aînés lorsque des personnes âgées sont à la recherche d'un endroit pour prendre leur retraite. »

*(Economically beneficial for communities to be age friendly, when seniors are looking for a place to retire.)*

Certains participants ont suggéré qu'il est important de considérer les adultes plus âgés comme des actifs plutôt que comme un fardeau et de ne pas oublier de valoriser les citoyens plus âgés qui ont beaucoup à offrir. Même si les considérations d'ordre financier sont importantes, on a noté que ce n'est pas toujours une question d'argent – c'est aussi la volonté de faire avancer les choses et de trouver des solutions.

« C'est des initiatives qui ne coûtent pas chères à la municipalité... Pour les arrêts d'autobus, la demande au conducteur de faire des arrêts spéciaux pour les aînés. »

« Vous pourriez refaire tout ce qui a été fait à Moncton ailleurs dans la province tant que les ressources sont accessibles. »

*(You could replicate all that has been done in Moncton elsewhere in the province, as long as resources were accessible.)*

### **Formation du personnel ami des aînés**

Quelques commentaires se rapportaient à une formation précise pour le personnel afin de leur permettre d'être plus conscients des besoins des adultes plus âgés et de ceux avec des déficiences visuelles, auditives ou physiques. Le transport de sacs vers l'auto ou l'accueil approprié des gens ont été cités à titre d'exemple.

« Orientation des employés pour gérer, accueillir et aider les personnes âgées est une SUPERBE idée. »

*(Orientation of employees how to handle, greet and assist seniors is an AMAZING idea.)*

### **Information pour les adultes plus âgés et visibilité des initiatives**

Il existe plusieurs très bonnes initiatives et il est important de veiller à ce qu'elles soient visibles et à ce que les adultes plus âgés en soient conscients. Un logo « ami des aînés » est une façon de montrer aux personnes âgées qu'elles sont les bienvenues et qui permet d'indiquer les endroits amis des aînés dans une ville ou une collectivité. On a également suggéré que lorsque les gens commencent à penser à la retraite, ils pourraient recevoir une formation ou une orientation sur ce qui leur est offert.

« Tellement de bonnes choses arrivent, mais nous n'en entendons pas parler. »

*(So many good things happening but we don't hear about them.)*

### **Soutien pour les familles et les soignants**

Certains commentaires soulevés pendant cette discussion portaient sur l'importance des ressources pour les familles d'adultes plus âgés et du soutien pour empêcher le surmenage et la fatigue chez les soignants.

« Soignants devraient être reconnus d'un point de vue gouvernemental. »

*(Caregiver should be recognized from a governmental stand point.)*

### **Jeter un œil sur les adultes plus âgés**

Quelques participants ont noté qu'il est important d'avoir un système qui permet de jeter un œil sur les adultes plus âgés pendant les tempêtes. Il est également important de connaître les médicaments, incluant l'oxygène, pris par une personne afin de s'assurer que si quelqu'un trouve une personne dans un état non sécuritaire, il sera possible d'identifier rapidement les besoins de cette personne ou de prendre les précautions nécessaires, au besoin.

### Services précis pour les adultes plus âgés

Quelques commentaires se rapportaient à des initiatives précises ou ciblées qui sont en place ou que les participants aimeraient voir :

- Les épiceries devraient avoir accès à une diététicienne
- Le Réseau mondial OMS des villes et communautés amies des aînés – il faut suivre les lignes directrices de l'OMS
- Stratégie Chez soi d'abord : aider les personnes âgées à conserver leur indépendance et à demeurer dans leur propre collectivité/maison
- Nous devons apprendre comment entamer un dialogue avec les personnes âgées qui ne sont pas d'ici (immigrants)
- Les immigrants ont des différences culturelles et cela a un effet sur leur expérience de vieillissement – nous devons apprendre comment ajuster nos politiques et nos pratiques en fonction de ceci

### Défis pour les collectivités rurales/plus petites

Deux participants ont noté qu'il peut être difficile, dans les collectivités rurales ou plus petites de trouver des bénévoles pour concrétiser les initiatives.

## Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 17 avril 2018

**Objet : Histoire d'une patiente qui prend des anticoagulants**

Dans le cadre de la stratégie des soins centrés sur le patient et la famille, nous aurons l'occasion d'entendre l'expérience d'une patiente vivant au quotidien avec la prise d'anticoagulants oraux suite à des conditions médicales. Elle présentera son histoire, les répercussions de cette condition sur sa vie et les défis encourus lors des multiples contacts avec les professionnels de la santé liés à la gestion de cette médication. Elle nous fera aussi part de l'impact de la clinique d'anticoagulothérapie orale sur les soins qu'elle reçoit ainsi que sur sa qualité de vie.

C'est dans le cadre d'un projet pilote que le Centre de santé communautaire St. Joseph de Dalhousie a mis sur pied une clinique d'anticoagulothérapie orale avec l'utilisation d'un coagulomètre. Cette clinique permet un meilleur contrôle des normes thérapeutiques et de la gestion de la médication en assurant un suivi rapide et complet.

L'anticoagulothérapie orale est un traitement qui empêche ou retarde la coagulation du sang. L'anticoagulant le plus utilisé est le Coumadin. Ce traitement est utilisé pour des maladies cardiaques ou vasculaires chroniques ou encore, à titre préventif. L'analyse de laboratoire utilisée pour contrôler l'anticoagulant est le RIN – ratio international normalisé (INR).

Mme Dina Haché, gestionnaire des Soins de santé primaires, présentera un survol du fonctionnement de la clinique.

La présentation est jointe à cette note couverture.



# **Histoire patient**

## **Prise d'anticoagulants, un défi au quotidien!**

**17 avril 2018**

# Présentation de la patiente

- Histoire racontée par Madame Majella O'Brien – Patiente



# Chronologie

20 nov.  
2012  
Chirurgie

Déc. 2012  
Visite à  
l'urgence  
Sang dans  
l'urine

Juin 2016  
Chirurgie  
fracture de  
la jambe  
**Lovenox  
débuté et  
cessé**  
lorsque  
mobilité ↑

Référée à  
la clinique  
d'anti-  
coagulo-  
thérapie

26 nov. 2012  
Hospitalisée  
caillots de sang  
dans jambe et  
poumons  
**Coumadin  
débuté**

Oct. 2014  
Hospitalisée  
infection de  
l'intestin  
**Coumadin  
cessé**

Oct. 2017  
Hospitalisée  
caillots aux  
poumons  
(embolie)  
**Coumadin  
recommencé**

# Vivre avec le Coumadin

- Risque de saignements
- Risque de caillots
- Restrictions au niveau de l'alimentation, boissons alcoolisées, etc.
- Suivis et ajustements des doses fréquents
- Précaution lors des changements de médicaments

# Avant la mise sur pied de la clinique

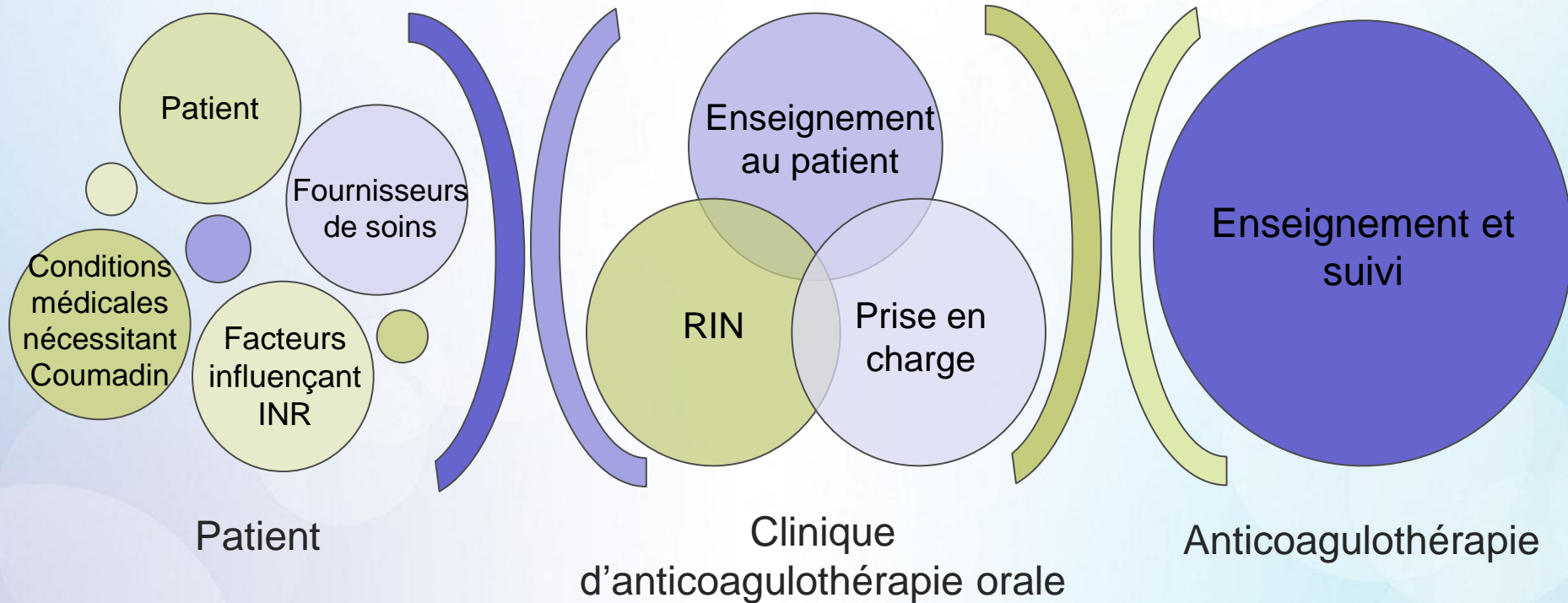
- Multiples suivis nécessaires
- Délais pour les résultats du RIN (Ratio international normalisé)
- Ajustements des médicaments faits par téléphone
- Problèmes de communication possibles pour les résultats
- Enseignement reçu limité

# Après la mise sur pied de la clinique

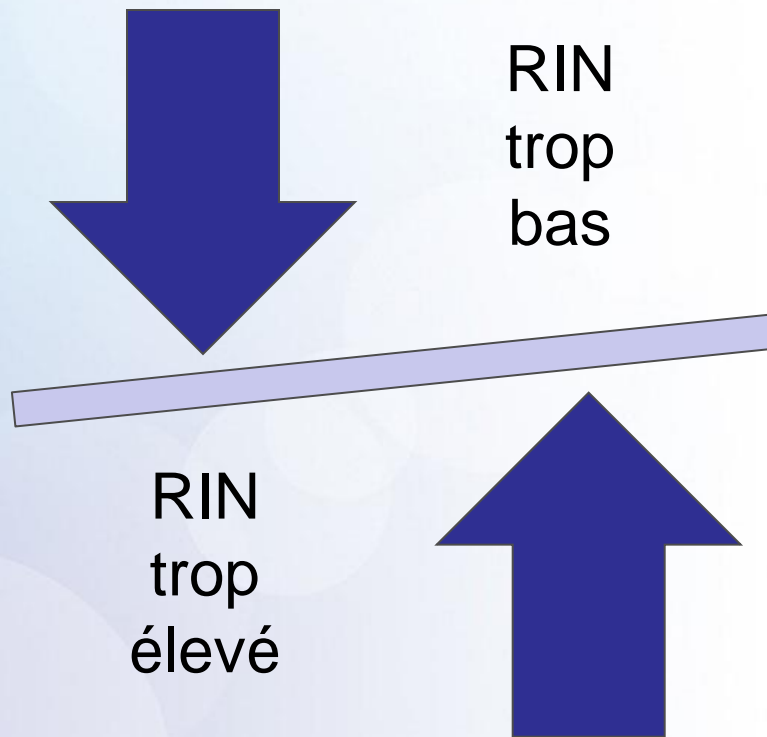
- Suivis rapprochés et adaptés selon mes besoins
- Enseignement personnalisé
- Disponibilité de l'infirmière
- Analyses effectuées sur place
- Résultats rapides sur place
- Ajustements du dosage sur place



# Services offerts à la clinique



# Traitement par Coumadin



- Plus à risque de caillots de sang

**RIN thérapeutique –  
Équilibre entre les  
bénéfices et les risques**

- Plus à risque de saignements





**Merci de votre attention**

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 17 avril 2018

Objet : **Cliniciennes-chercheuses**

Le Réseau de santé Vitalité est fier d'annoncer officiellement l'arrivée en poste de ses deux premières cliniciennes-chercheuses, soit Dre Mouna Ben Amor, généticienne, et Dre Ludivine Withkowski, neurologue.

L'annonce officielle de ces cliniciennes-chercheuses, dans les secteurs de la génétique et de la neurologie, aura lieu lors de la réunion publique du Conseil d'administration.

À titre de partenaires, M. Bruno Battistini, président-directeur général et directeur scientifique de la Fondation de la recherche en santé du Nouveau-Brunswick, et le Dr Michel H. Landry, doyen associé de la Faculté de médecine et des sciences de la sante de l'Université de Sherbrooke et directeur du Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick, ont été invités à dire quelques mots lors de cette annonce officielle.

## Note d'information

**Transformation et modernisation de nos laboratoires  
Le 17 avril 2018**

---

**Objet :** Transformation et modernisation des services de laboratoire

---

**Décision recherchée :** Adoption du plan de transformation et de modernisation des services de laboratoire du Réseau de santé Vitalité

---

**Contexte / Problématique**

---

Le Réseau de santé Vitalité opère 10 laboratoires qui emploient près de 350 employés. Le maintien de services de qualité est grandement affecté par une pénurie d'envergure nationale de personnel qualifié causé, à la fois, par des départs à la retraite et la non-disponibilité de main d'œuvre. Depuis la création du Réseau, en 2008, les services de laboratoire n'ont pas été modernisés, et ce, en dépit des progrès significatifs de la technologie et des systèmes de gestion de l'information dans ce domaine.

Il en résulte, au-delà des défis de main d'œuvre, une absence d'harmonisation ou de hiérarchisation des services d'un établissement à l'autre. Ceci fait en sorte que le parc d'équipement est inadéquat et vieillissant. Le système informatique ne permet pas de transmettre les résultats entre les zones, ce qui occasionne des délais et augmente le risque d'erreur. Certaines analyses sont refaites sans que cela soit nécessaire.

Au Nouveau-Brunswick, dans le cadre de la révision des programmes, une initiative gouvernementale visant la réorganisation de ces services a été établie et un rapport devrait être achevé dans les prochaines semaines.

Pour sa part, le Réseau de santé Vitalité a procédé à sa propre évaluation du modèle de service en place. Nos constatations sont claires : des améliorations importantes devraient être mises en œuvre dans les meilleurs délais, sinon il y a un risque réel de rupture de ces services essentiels, entraînant des perturbations importantes dans le fonctionnement de nos établissements hospitaliers et notre offre de soins de santé à la population.

Le mandat des services de laboratoire est de réaliser des analyses à partir de spécimens d'origine humaine afin de fournir des renseignements utiles au diagnostic, ainsi qu'au traitement de plusieurs maladies. Plus de 85 % des décisions concernant les diagnostics et les traitements sont basées sur les résultats d'analyses de laboratoire. Nous retrouvons trois niveaux de laboratoire à l'intérieur du Réseau

---

---

soit :

- *Communautaires*: Au nombre de six, ils offrent des analyses de base en biochimie, en hématologie et le service de banque de sang. Les analyses spécialisées sont transportées sur une base journalière vers les centres régionaux.
- *Régionaux*: Au nombre de trois, ils offrent un éventail d'analyses beaucoup plus élaboré dans quatre disciplines, soit la biochimie, l'hématologie, la microbiologie et la pathologie/cytologie/banque de sang.
- *Centre de référence*: (CHU Dr-Georges-L.-Dumont): En plus d'être classé comme laboratoire régional, il offre des services surspécialisés en microbiologie (centre provincial de virologie) et en génétique moléculaire.

### **Études - Deux études afin d'identifier des pistes de solution**

La province du Nouveau-Brunswick a fait appel à la firme de consultant Deloitte afin d'évaluer l'état de la situation des laboratoires vis-à-vis la pénurie de la main-d'œuvre prévue et de fournir au ministère de la Santé différents modèles qui pourraient répondre aux besoins du Nouveau-Brunswick. Le rapport est prévu pour la fin avril 2018.

Le Réseau de santé Vitalité a quant à lui fait appel à un consultant externe réputé, le Dr Ralph Dadoun, afin d'identifier des pistes de solution qui nous permettraient de nous positionner favorablement face à la stratégie provinciale, mais surtout d'agir rapidement sur des défis qui sont éminents. Dans son rapport, le Dr Dadoun s'est basé sur les critères suivants dans l'élaboration de son plan de modernisation :

- Évaluer la capacité des laboratoires afin de répondre à la pénurie de la main-d'œuvre;
- Assurer le maintien des services de qualité dans un environnement sécuritaire et motivant pour nos employés;
- Maintenir l'accès à proximité au service de prélèvements pour notre population.

---

### **Éléments à prendre en considération dans la prise de décision :**

---

- L'impact et réaction de la population face à nos initiatives, particulièrement dans les régions rurales;
  - La fragilité à court terme de certains de nos laboratoires causée par une pénurie en main-d'œuvre;
  - L'accès plus rapide au service de prélèvements;
  - L'évaluation provinciale Deloitte : prévenir les effets non voulus d'une réforme;
  - L'amélioration du système de gestion de l'informatisation sera financée à partir des économies réalisées par la transformation;
  - La transformation peut se faire avec un minimum d'impact sur notre personnel, presque
-

entièrement par attrition;

- Les économies récurrentes réalisées par une meilleure utilisation des équipements vont diminuer la pression dans le budget des équipements.

### Considérations importantes

À la suite de son évaluation, le Dr Dadoun a proposé plusieurs grandes orientations, dont voici les principales :

- Investir dans les établissements communautaires pour faire l'acquisition et l'installation des équipements d'ADBD d'hématologie et de chimie (400 000 \$) ainsi qu'une interface de ces mêmes appareils qui va lier les résultats des ADBD au système informatique Meditech (250 000 \$);
- Consolider les quatre systèmes informatiques des zones (Meditech) pour en créer un seul pour tout le Réseau;
- Établir deux pôles majeurs d'opération : l'Hôpital régional Chaleur et le CHU Dr-Georges-L.-Dumont;
- Développer et mettre en œuvre un système de transport fiable, sécuritaire et efficient pour les échantillons vers les laboratoires de référence du Réseau;
- Investir dans des travaux de rénovation des installations du CHU Dr-Georges-L.-Dumont et de l'Hôpital régional Chaleur afin d'accroître leur productivité et qu'ils soient en mesure d'appuyer les établissements communautaires;
- L'installation des appareils d'ADBD dans nos urgences va nécessiter des rénovations. Une évaluation des espaces et des coûts est en cours;
- Les économies réalisées seront réinvesties dans le plan de transformation (investissement dans l'amélioration des services dans nos communautés).

Selon l'analyse du Dr Dadoun, les Services de laboratoire actuels pourraient être plus performants et efficients si le modèle de service était modifié. D'autres modèles mis en place dans plusieurs provinces canadiennes ont démontré qu'il est possible d'améliorer les services tout en diminuant significativement la demande en ressources humaines et les coûts d'exploitation.

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes
Éthique	X		
Qualité et sécurité		X	
Partenariats		X	
Gestion des risques (analyse légale)	X		
Allocation des ressources (analyse financière)		X	
Impacts politiques			X
Réputation et communication			X

---

### **Plan de mise en œuvre**

Un plan de mise en œuvre est soumis pour approbation et a pour but de répondre aux pistes de solutions identifiées dans le rapport du Dr Dadoun. Les grandes lignes du plan de mise en œuvre se retrouvent dans la présentation PowerPoint ci-jointe. Ce plan comportera les échéanciers, les investissements requis ainsi que les impacts sur la main d'œuvre et tiendra compte des éléments suivants :

- La pénurie et les caractéristiques des ressources humaines (maximiser l'attrition) et le mouvement de personnel;
- L'âge des équipements;
- Le maintien de l'uniformité dans l'offre de service;
- Le transport, les rénovations et l'intégration des systèmes informatiques;
- Le maintien et l'amélioration de l'accès au service de prélèvements pour les patients;
- Le respect des délais prescrits pour l'atteinte des résultats.

---

### **Proposition et résolution**

Proposé et appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration accepte le dépôt du rapport du Dr Ralph Dadoun et le plan de modernisation et de transformation des services de laboratoire tel que présenté.

Adoption

---

### **Soumis le 17 avril par :**

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

**M. Yves Goudreau**, directeur des Services de laboratoire

**Dr Martin Robichaud**, directeur médical des Services de laboratoire

---

# **Transformation et modernisation des services de laboratoire**

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

**Yves Goudreau, directeur des Services de laboratoire**

**Dr Martin Robichaud, directeur médical régional des laboratoires**

**Réunion du Conseil d'administration  
Campbellton, le mardi 17 avril 2018**

# Contexte et défis

- Pénurie importante et chronique de main d'œuvre (technologistes, assistants aux laboratoires);
- Parc d'équipement désuet, redondant et non performant;
- Manque d'harmonisation des politiques et procédures;
- Systèmes informatiques des soins non intégrés;
- Assurer l'équité dans l'accès des soins et des services;
- Créer un environnement qui attire l'expertise, le maintien et le développement des compétences;
- Accroître l'efficacité et la pertinence des services.



# Raison d'être des services de laboratoire

- Appui essentiel à la prise de décision clinique;
- Résultats rapides, fiables et disponibles;
- Rencontrer les normes établies (ISO-15189);
- Communication fluide et efficace avec les médecins;
- Ne pas confondre les services de phlébotomie (prises de sang) avec les services diagnostiques des laboratoires.

# Situation actuelle de nos laboratoires

- Trois niveaux de laboratoire:
  - **Communautaires** (6): analyses en biochimie, hématologie et banque de sang. Analyses spécialisées acheminées quotidiennement aux centres régionaux.
  - **Régionaux** (3): analyses de pathologie, histologie, cytologie et microbiologie.
  - **Centre de référence** (1): services surspécialisés en microbiologie (centre provincial de virologie) et génétique moléculaire.
- Laboratoires agréés IQMH 2018;
- 350 employés (temps plein, temps partiel et occasionnel).
- Plusieurs études passées sur les possibilités d'améliorer l'efficacité (1997 et 2013).
- Alignement pancanadien (Québec, Manitoba et Ontario).

# Nombre de technologistes de laboratoire

ZONE	ÉTABLISSEMENT	NOMBRE DE TECHNOLOGISTES	55 ANS ET +	ABSENCES PROLONGÉES	POSTES VACANTS NON COMBLÉS	TOTAL DE POSTES VACANTS
<b>Zone Beauséjour</b>	CHU Dr-Georges-L.-Dumont	72	5	0	6	6
	Hôpital Stella-Maris-de-Kent	3	1	0	0	0
<b>Zone Nord-Ouest</b>	Hôpital régional d'Edmundston	23	1	0	2	2
	Hôpital général de Grand-Sault	4	1	1	2	3
	Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin	2	1	1	1	2
<b>Zone Restigouche</b>	Hôpital Régional de Campbellton	26	5	4	3	7
<b>Zone Acadie-Bathurst</b>	Hôpital régional Chaleur	39	5	1	1	2
	Hôpital de l'Enfant-Jésus	10	1	0	1	1
	Hôpital de Tracadie-Sheila	13	1	2	0	2
	Hôpital et CSC de Lamèque	1	0	0	0	0
<b>TOTAUX POUR LE RÉSEAU</b>		193	21	9	16	25

# Étude du fonctionnement des laboratoires

## Les buts:

- Moderniser les services (systèmes informatiques, équipements);
- Maintenir et améliorer les services malgré la pénurie de main-d'œuvre;
- Assurer des services de qualité dans un environnement sécuritaire et motivant pour nos employés;
- Améliorer l'accès au service de phlébotomie (prises de sang).

# Étude du fonctionnement des laboratoires

## Deux études en cours dans la province:

- Initiative du Réseau de santé Vitalité avec un consultant externe (Dr Ralph Dadoun):
  - évaluer les efficiences et opportunités à court et à moyen terme, en se basant sur des modèles déjà établis ailleurs au Canada.
- Initiative provinciale qui regroupe trois partenaires:
  - Les Réseaux de santé Vitalité et Horizon, le ministère de la Santé avec l'appui d'une firme privée (Deloitte).

# Faits saillants de notre étude (Dr Dadoun)

- Validation de la pénurie de la main d'œuvre;
- Sauf le laboratoire du CHU Dr-Georges-L.-Dumont, les laboratoires régionaux n'ont pas la masse critique pour devenir hautement performants;
- Le volume d'activité des laboratoires communautaires est faible;
- Les pratiques différentes entre les laboratoires (pas d'harmonisation);
- Consolidation des analyses spécialisées;
- Un système informatique de laboratoire (SIL) unique mais incompatible entre les zones;
- Équipements grandement sous utilisés;
- Infrastructure à moderniser à l'Hôpital régional Chaleur et au CHU Dr-Georges-L.-Dumont.

# Orientations proposées par l'étude

- Maximiser l'utilisation des appareils d'analyses de biologie délocalisées (ADBD) pour les analyses requises par les patients de l'urgence et admis des six établissements hospitaliers communautaires;
- Optimiser l'utilisation du système informatique de laboratoire à son plein potentiel;
- Augmenter le volume d'activités du laboratoire de l'Hôpital régional Chaleur pour lui permettre d'être efficient;
- Établir deux pôles majeurs d'opération: l'Hôpital régional Chaleur et le CHU Dr-Georges-L.-Dumont;
- Améliorer et assurer la pérennité des services dans les régions rurales.



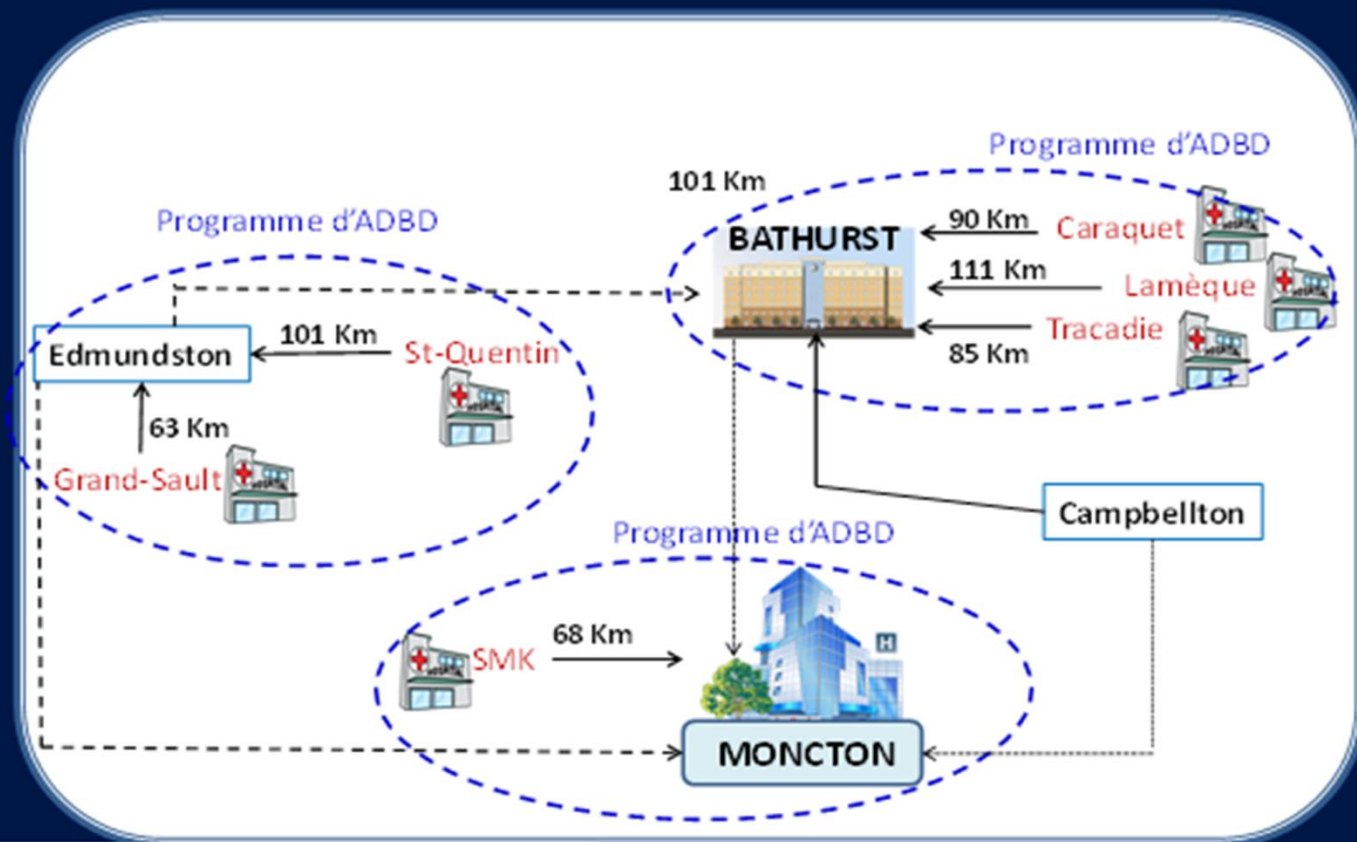
# Orientations proposées (suite)

- Établir un système de transport fiable pour desservir tout le territoire;
- Centraliser les analyses spécialisées (sauf exception de quelques analyses urgentes) dans l'un des deux pôles et sur deux relais de travail, si le volume le permet;
- Rapatrier la majorité de la microbiologie dans un ou deux pôles;
- Concentrer la cytologie sur un ou deux sites;
- Standardiser et moderniser les équipements.



# La vision – notre plan

## Vision potentielle du Réseau de santé Vitalité



ABBD – Analyse de biologie délocalisés

# Miser sur la technologie - ADBD



i-Stat

Chemie



Piccolo  
chimie



Triage-Drugs



Urines



pocH-100i

FSC

Équipements  
d'ADBD (pour  
illustration)



Banque de sang

# Miser sur la technologie - ADBD

Technologie utilisée avec succès ailleurs au Canada dans des Services d'urgence ayant de grands volumes (plus de 30 000 visites par année);

## Quelques avantages

- Amélioration des résultats pour les patients:
  - Disponibilité immédiate des résultats, prise en charge plus rapide des patients.
- Rapidité du diagnostic et du traitement:
  - Accélère la prise de décision médicale en raison de la rapidité des résultats.
- Efficacité et processus allégé:
  - Tests effectués au chevet du patient (ou à proximité), moins d'étapes pour obtenir les résultats.
- Appareils portables, stabilité des spécimens et facilité de manipulation.

# Laboratoires des six hôpitaux communautaires

*Hôpital général de Grand-Sault, Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin, Hôpital de l'Enfant-Jésus RHSJ†, Hôpital de Tracadie-Sheila, Hôpital et CSC de Lamèque, Hôpital Stella-Maris-de-Kent*

- Achat et installation des appareils d'ADBD;
- Aménagement des espaces pour les appareils d'ADBD;
- Implantation de services de phlébotomie (prises de sang) sans rendez-vous;
- Mise en place d'un système de transport des échantillons;
- Achat d'une interface entre appareils d'ADBD et Meditech;
- Uniformisation des systèmes informatiques (Meditech) et mise en place d'un système clinique uniforme;

Mise en œuvre d'ici mars 2020 (incluant le système clinique uniforme). Évaluation des changements et prochaines étapes.

# Laboratoires des trois hôpitaux régionaux

*Hôpital régional Chaleur, Hôpital régional d'Edmundston,  
Hôpital régional de Campbellton*

- Implantation de services de phlébotomie (prises de sang) sans rendez-vous;
- Uniformisation des systèmes informatiques (Meditech) et mise en place d'un système clinique uniforme;
- Achat et installation des appareils d'ADBD, si nécessaire;
- Aménagement des infrastructures, particulièrement à l'Hôpital régional Chaleur;
- Mise en place d'un système de transport des échantillons;

Mise en œuvre d'ici mars 2020 (incluant le système clinique uniforme). Évaluation des changements et prochaines étapes.



# Laboratoire du centre de référence

*Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont*

- Implantation de services de phlébotomie (prises de sang) sans rendez-vous;
- Uniformisation des systèmes informatiques (Meditech) et mise en place d'un système clinique uniforme;
- Aménagement des espaces;
- Rehaussement de la chaîne analytique;
- Mise en place d'un système de transport des échantillons;

Mise en œuvre d'ici mars 2020 (incluant le système clinique uniforme). Évaluation des changements et prochaines étapes.

# Autres initiatives entre 2019 et 2021

- Développer un système de gestion de qualité régional
- Pathologie:
  - Évaluer la possibilité de la télé-pathologie.
- Cytopathologie:
  - Centraliser dans un ou deux endroits.
- Chimie:
  - Concentrer la chimie spéciale (thyroïde, endocrinologie) dans quelques hôpitaux seulement (Hôpital régional Chaleur, CHU Dr-Georges-L.-Dumont et possiblement Hôpital régional d'Edmundston compte tenu du volume).
  - Centraliser l'électrophorèse au CHU Dr-Georges-L.-Dumont.
- Microbiologie:
  - Centraliser la sérologie au CHU Dr-Georges-L.-Dumont;
  - Centraliser la fonction microbiologie de l'Hôpital Régional de Campbellton vers l'Hôpital régional Chaleur.

# Les incontournables

- Améliorer et assurer les résultats dans les délais acceptables et selon les normes;
- Implantation des prélèvements pré-analytique sans rendez-vous sur tout le territoire;
- Assurer la mission universitaire:
  - Recherche et formation médicale;
- Équité dans l'offre de service.



# En conclusion

- Importante pénurie de ressources humaines;
- Le statu quo signifie des risques d'interruptions de services à court et moyen terme;
- Performance financière faible;
- Parc d'équipements inadéquat;
- Systèmes informatiques à améliorer;
- Agir de manière proactive;
- Récupérer les ressources pour répondre à d'autres besoins des communautés;
- Plan d'action et de mise en œuvre en phase de raffinement.

**Merci pour votre attention !**

**Questions et commentaires ?**

## Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 17 avril 2018

**Objet : Cyber sécurité**

Soins Santé CAN a tenu au courant du mois de mars dernier un symposium sur la cybersécurité dans le domaine de la santé. Des représentants de toutes les provinces y ont assisté de même que des responsables des ministères de la Santé aux niveaux provincial et fédéral.

Les participants ont ainsi eu l'occasion de mieux saisir les enjeux actuels et les défis que représentent la protection et la sécurité des données personnelles et administratives. Un panel composé d'experts internationaux a partagé leurs connaissances et ce qui se fait sur la scène mondiale. Déjà plusieurs incidents (vois de données et demandes de rançon) sont signalés à travers le monde.

Il est ressorti de ce symposium un consensus à l'effet que les données cliniques et administratives des établissements ont une valeur importante et de ce fait, une stratégie pancanadienne doit être mise en place pour mieux protéger les systèmes de gestion de l'information des pirates informatiques.

Comme nous faisons partie de ce symposium, le Réseau a été invité à être membre signataire pour l'engagement des soins de santé cybersécuritaires dont la déclaration est attachée à cette note couverture.

L'Équipe de leadership a étudié cette demande et est d'accord avec l'approche. La déclaration est présentée pour décision à la réunion du Conseil d'administration le 17 avril prochain.

Proposition de motion :

Proposé

Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration décide que le Réseau de santé Vitalité devienne signataire de l'Engagement pour des soins de santé cybersécuritaire qui reconnaît l'importance et l'urgence de protéger les systèmes d'infrastructures essentielles et les données contre les cybermenaces dans les organisations de soins de santé du Canada.

### Engagement pour des soins de santé cybersécuritaires

Au 21<sup>e</sup> siècle, la sécurité des patients dépend de la cybersécurité. Les cyberattaques peuvent nuire aux systèmes de soins des patients et aux équipements médicaux. Elles peuvent interrompre des réseaux de communications et d'approvisionnement et menacer l'intégrité et la confidentialité des dossiers de santé et d'autres fondements des soins de santé modernes. D'autre part, les solutions numériques peuvent aussi être une source importante de résilience des infrastructures essentielles et favoriser l'accès aux soins, même lorsque les services de santé locaux sont interrompus.

Nous, en tant que représentants des organisations énumérées ci-dessous, reconnaissons l'importance et l'urgence de protéger les systèmes d'infrastructures essentielles et les données contre les cybermenaces dans les organisations de soins de santé du Canada. Notre approche concorde avec la [Stratégie nationale sur les infrastructures essentielles](#) à laquelle ont souscrit les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et avec le [Plan d'action sur les infrastructures essentielles](#).

En allant de l'avant, nous sommes conscients que les solutions numériques peuvent favoriser une plus grande résilience des infrastructures essentielles et que les défis liés à la protection des soins de santé contre les cyberattaques s'inscrivent dans un contexte de sécurité en évolution constante. Nous reconnaissons également que des cyberincidents peuvent toucher des systèmes de soins de santé essentiels partout dans le monde et entraîner ainsi des conséquences catastrophiques, y compris sur la disponibilité des systèmes de technologie de l'information et des communications et sur l'intégrité et la confidentialité des données, des systèmes auxquels le secteur des soins de santé se fie de plus en plus.

La promotion de la cybersécurité dans le secteur de la santé du Canada exige une action collective et collaborative. Ensemble, nous nous engageons à prendre les six mesures concrètes qui suivent pour améliorer la préparation et la résilience en matière de cybersécurité :

1. **Plaider en faveur** : plaider en faveur de la cybersécurité dans le système de santé du Canada;
2. **Informier** : s'assurer que nos dirigeants, nos employés et nos partenaires sont informés de l'étendue du défi et des possibilités d'atténuer le risque;
3. **Contribuer** : contribuer aux plans d'action communs qui créent la résilience collective aux cyberattaques;
4. **Progresser** : assurer la progression de la cybersécurité de manière cohérente avec notre mandat et tenir compte des occasions de prévention, d'atténuation, de préparation, de réaction et de rétablissement;
5. **Partager** : partager l'information, les pratiques exemplaires et les outils avec d'autres intervenants du secteur de la santé et d'autres secteurs pour bâtir la capacité et la résilience collectives;

6. **Faire preuve de transparence** : comme la situation et la capacité de chaque organisation sont uniques, nous confirmerons d'ici le Mois de la sensibilité à la cybersécurité, en octobre 2018, les mesures que nous prendrons pour concrétiser ces engagements dans notre contexte particulier et/ou avec notre collectivité.

Par ces mesures, nous sommes résolus à favoriser un système de santé solide, sécuritaire et efficace qui bénéficie à ceux que nous desservons.

## Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 17 avril 2018

**Objet : Plan régional de santé et d'affaires 2018-2019**

Le Réseau de santé Vitalité a effectué sa planification stratégique au cours de l'automne 2016 en effectuant plusieurs consultations auprès du public, de ses partenaires, des médecins et de l'ensemble de son personnel. Le plan qui en a découlé, intitulé En route vers la modernisation et la transformation du système de santé, a été approuvé par le conseil d'administration en janvier 2017. Au cours de l'automne 2017 le Réseau a effectué une révision de son plan stratégique à la lumière des développements et des changements ayant eu lieu et de ceux prévus au cours de la prochaine année, tout en tenant compte des divers échanges effectués auprès de ses collectivités. Les initiatives du Plan stratégique qui ont été priorisées pour 2018-2019 forment le plan opérationnel et sont présentées dans ce plan régional de santé et d'affaires.

Le plan régional de santé et d'affaires du Réseau de santé Vitalité est une exigence selon l'article 32 de la Loi sur les régies régionales de la santé. Vous trouverez l'ébauche du plan joint à cette note pour votre approbation. Une présentation des activités principales pour la prochaine année sera effectuée à la réunion publique du Conseil d'administration.

Proposition de motion :

Proposé

Appuyé

Et résolu par le Conseil d'administration que le plan régional de santé et d'affaires 2018-2019 soit accepté tel que présenté.

# Plan régional de santé et d'affaires

2018-2019



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

# Table des matières – PRSA 2018-2019

Sommaire exécutif-----	3
Introduction-----	4
Attentes du ministère de la Santé -----	5
1.1 Entente de responsabilité -----	5
1.2 Schéma stratégique du système de santé -----	5
Plan de santé et d'affaires du Réseau-----	7
2.1 Description du Réseau de santé Vitalité-----	7
2.2 Schéma stratégique du Réseau de santé Vitalité -----	11
2.3 Plans stratégique et opérationnel -----	13
2.4 Amélioration de la qualité des soins aux patients -----	22
2.5 Amélioration de la performance -----	22
2.6 Technologies -----	23
2.7 Ressources humaines -----	24
2.8 Ressources médicales -----	25
2.9 Infrastructures-----	28
2.10 Tableau de bord -----	29
2.11 Budget de 2017-2018 -----	32
Annexe A : Demandes de projets de rénovations majeurs -----	36
Annexe B : Plan des immobilisations à long terme -----	37
Annexe C : Équipements -----	38



## Sommaire exécutif

En 2018-2019 le Réseau de santé Vitalité poursuivra la mise en œuvre de son plan stratégique intitulé *En route vers la modernisation et la transformation du système de santé*, lequel a été approuvé par le Conseil d'administration en janvier 2017. Au cours des derniers mois le Réseau a réévalué son plan stratégique à la lumière des changements qui ont eût lieu dans le système de santé en 2017 afin de l'adapter en conséquence. Le transfert du programme Extramural vers le secteur privé a entraîné la modification d'un des résultats et des initiatives associées dans notre plan stratégique. Malgré ce changement l'engagement du Réseau d'effectuer un virage vers des soins offerts plus près des collectivités demeure une des grandes priorités et va se refléter dans les diverses initiatives prévues au cours de la prochaine année.

Les initiatives du plan stratégique qui ont été priorisées pour 2018-2019 forment le plan opérationnel et sont présentées dans ce plan régional de santé et d'affaires.

Le Réseau demeure un partenaire important pour favoriser une meilleure harmonisation du système de santé et collaborer à la mise en œuvre de l'entente de responsabilité. Plusieurs des initiatives prévues par le Réseau au cours de la prochaine année cadrent bien avec les priorités communes qui ont été établies par les partenaires pour 2018-2019.

En ce qui a trait au budget 2018-2019, le Réseau s'engage à exercer ses activités en fonction du budget qui lui a été accordé et à dégager des économies de deux millions de dollars pour les réinvestir dans les initiatives reliées au plan opérationnel et au plan des services cliniques.

## Introduction

La *Loi sur les régies régionales de la santé* confère aux régies la responsabilité d'assurer la prestation et l'administration des services de santé sur leur territoire, et ce, dans la langue officielle du choix du patient. L'article 30 de la loi précise que les régies :

- déterminent les besoins de santé de la population qu'elles servent;
- déterminent les priorités concernant la prestation des services de santé à cette population;
- affectent les ressources conformément à leur plan régional de santé et d'affaires.

Le présent plan a été élaboré sous la direction du Conseil d'administration du Réseau, conformément à l'article 32 de la *Loi sur les régies régionales de la santé*.

Le Réseau s'est inspiré de plusieurs sources pour élaborer ce plan, entre autres le schéma stratégique du système de santé du Nouveau-Brunswick et le plan stratégique 2017-2020 du Réseau intitulé *En route vers la modernisation et la transformation du système de santé*. De plus, les consultations qui ont eu lieu au cours de la dernière année auprès de la population, des collectivités, des partenaires, des médecins et du personnel du Réseau ainsi qu'auprès des membres du Conseil d'administration et des directeurs du Réseau ont toutes contribué à alimenter ce plan, bien qu'il ait fallu faire des choix.

Le Réseau est l'un des partenaires du système de santé du Nouveau-Brunswick. À cet égard, nous nous engageons à travailler en étroite collaboration avec le ministère de la Santé, le Réseau de santé Horizon, Service Nouveau-Brunswick, Services de santé Medavie Nouveau-Brunswick, le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, les collectivités et les individus afin d'offrir à la population du Nouveau-Brunswick des services et des soins de santé qui répondent à ses besoins. Nous y parviendrons en établissant des buts et des objectifs communs, en saisissant les occasions d'harmonisation et de collaboration, en misant sur la performance et l'excellence dans la prestation des soins et des services, en devenant plus efficaces dans l'utilisation de nos ressources et en participant à la recherche et à la formation de la main-d'œuvre.

# 1. Attentes du ministère de la Santé

## *1.1 Entente de responsabilité*

Le ministère de la Santé et les deux régies régionales de la santé poursuivent leurs discussions quant à l'élaboration d'une entente de responsabilité qui délimite les rôles et les responsabilités de chaque partie prenante dans le système de santé provincial. Les attentes face à l'établissement d'objectifs communs, à la gestion financière et aux rendements y sont définies. Cette entente a également pour but d'assurer une planification concertée des priorités du système de santé.

Le Réseau demeure une partie prenante dans l'achèvement et la mise en œuvre de cette entente.

## *1.2 Schéma stratégique du système de santé*

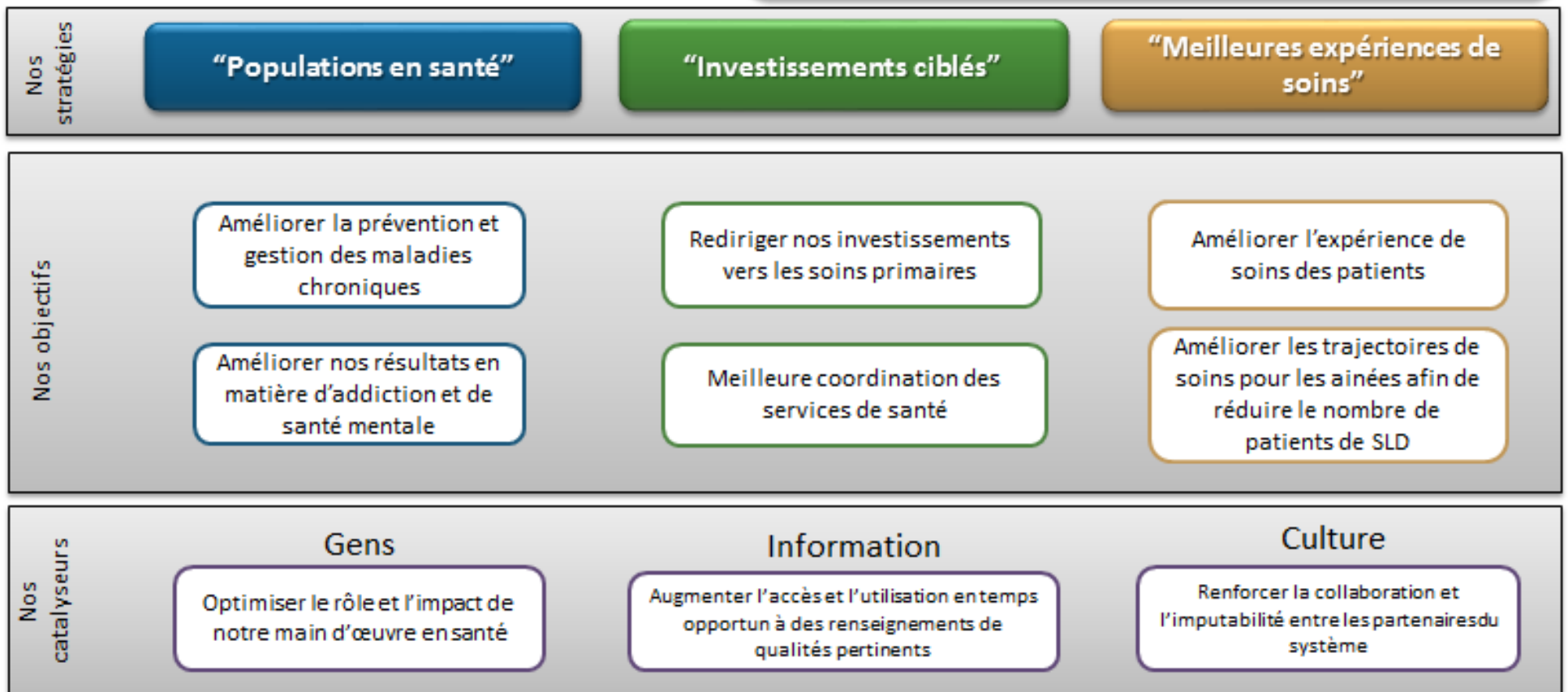
En complémentarité avec l'entente de responsabilité, le schéma stratégique du système de santé demeure le même pour l'année 2018-2019 et il comprend les secteurs d'actions prioritaires communs aux partenaires en cause.



## Schéma stratégique du système de santé 2016-2019

**VISION du GNB 2018:**  
Remettre le New Brunswick en marche

**OBJECTIFS SMART À ATTEINDRE :**  
Croissance de l'emploi  
Disponibilité de la main-d'œuvre,  
Accès aux services et qualité de ceux-ci  
Renforcement des partenariats  
Budget équilibré d'ici à 2020-2021

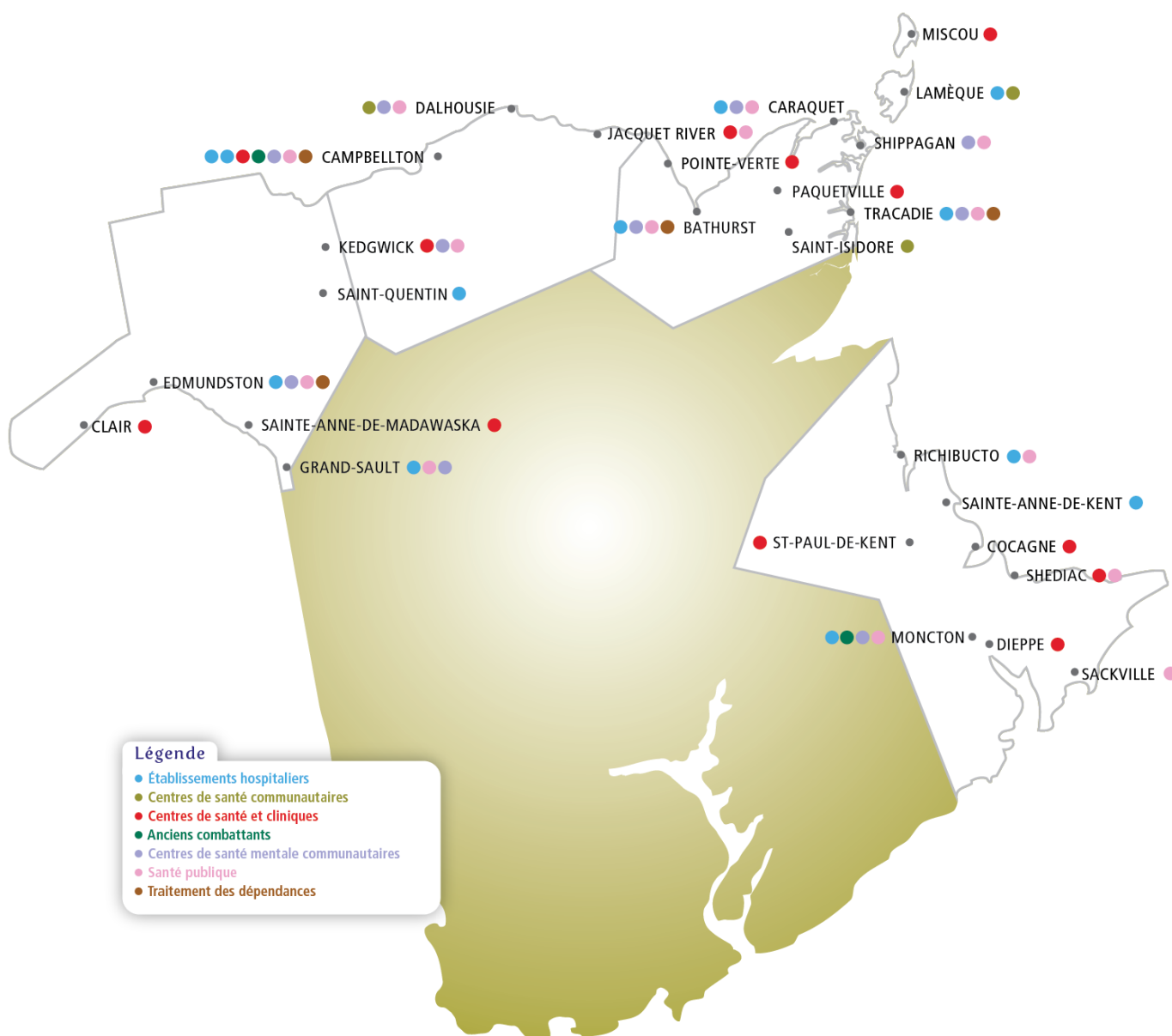


Vision commune de la santé: Un Nouveau-Brunswick en santé  
Valeurs communes: intégrité, équité, compassion, respect et excellence

## 2. Plan de santé et d'affaires du Réseau

### 2.1 Description du Réseau de santé Vitalité

Le Réseau de santé Vitalité a été créé en 2008. Il offre des services dans 57 sites et points de service répartis dans quatre régions sanitaires. Les services et les soins sont offerts dans la langue officielle choisie par le patient et ils sont disponibles à la maison, dans la collectivité ou en établissement selon les besoins. La gamme des services inclut la prévention des maladies et la promotion de la santé, le traitement de la maladie, la réadaptation, les soins à domicile et les soins palliatifs. Les services de santé publique, de santé mentale communautaire et de traitement des dépendances, les centres de santé communautaires et les centres pour anciens combattants s'ajoutent aux services prodigués par les établissements hospitaliers. Complémentaires aux soins offerts, des activités liées à la formation et à la recherche permettent de maintenir à jour les compétences du personnel du Réseau et d'assurer une relève.



**Tableau 1 : Profil du Réseau**

Profil du Réseau	Zone Beauséjour	Zone Nord-Ouest	Zone Restigouche	Zone Acadie-Bathurst	Vitalité
<b>Population</b> <sup>1</sup>	89 408 <sup>2</sup>	47 775	26 136	77 558	240 877
Nombre d'hôpitaux	2	3	2	4	11
Nombre d'unités/centres pour anciens combattants	1	0	1	0	2
Nombre de centres de santé communautaires	0	0	1	2	3
Nombre de centres de santé	1	1	1	3	6
Nombre de cliniques de santé	3	2	1	0	6
Nombre de centres de santé mentale communautaires et de points de service	2	3	2	4	11
Nombre de bureaux de santé publique et de points de service	4	3	3	4	14
Nombre de centres de traitement des dépendances	0	1	1	2	4
<b>Nombre total de points de service</b>	13	13	12	19	57
<b>Nombre d'employés</b> (mars 2018)	2 362	1 343	1 378	2 054	7 137
<b>Nombre de médecins</b> (décembre 2017)	251	109	75	154	575
<b>Nombre de bénévoles</b> <sup>3</sup> (mars 2018)	560	205	177	350	1 292
<b>Nombre de lits en milieu hospitalier</b>	322	195	145	298	960
<b>Nombre de lits dans les centres pour anciens combattants</b>	40	0	20	0	60
<b>Nombre de lits en psychiatrie tertiaire et légale</b>	0	0	140	0	140
<b>Nombre d'admissions</b> <sup>4</sup>	10 494	6 493	4 399	8 045	29 431
<b>Nombre de jours-patient</b>	125 976	65 083	99 393 <sup>5</sup>	84 477	374 929
<b>Nombre de fondations</b>	2	3	1	4	10

<sup>1</sup> Recensement 2016 – Statistique Canada<sup>2</sup> Population dont la langue maternelle est le français + proportion égale des personnes dont la langue maternelle est autre que le français ou l'anglais<sup>3</sup> Services des bénévoles<sup>4</sup> Année financière 2017-2018, nouveau-nés exclus, données préliminaires<sup>5</sup> Zone Restigouche inclut 244 admissions et 42 736 jours-patient du Centre Hospitalier Restigouche

Les **services de soins primaires**, aussi couramment nommés services de première ligne ou de services généraux, sont considérés comme le niveau de soins du système de santé responsable des soins généralistes et globaux censés pouvoir répondre à la majorité des problèmes de santé d'une population non sélectionnée. Bien qu'on y réfère souvent à titre de services de premiers recours, ils vont au-delà des services de premiers recours en ce sens qu'ils consistent en une porte d'entrée au système de santé; ils sont donc responsables de soins et de services globaux, continus, échelonnés dans le temps, accessibles et coordonnent les soins prodigués ailleurs par d'autres personnes ou ressources. Dans le réseau de santé Vitalité, des soins de santé primaires sont offerts par plusieurs professionnels de la santé et dans divers points de services dont des cliniques médicales, des centres de santé et des centres de santé communautaires, sans s'y limiter. Les soins primaires sont considérés de nature clinique et font partie des soins de santé primaires qui sont de nature organisationnelle.

La **santé publique** du Réseau est responsable d'opérationnaliser les programmes et les services mandatés par le Bureau du Médecin Hygiéniste en Chef tout en respectant les valeurs, l'éthique et les fonctions essentielles à la pratique de la santé publique.

La santé publique est une responsabilité partagée de la société qui vise à réduire les iniquités et maintenir la population en santé, éviter les blessures, les maladies et les décès prématurés dans le but d'avoir des communautés en santé dans un monde plus sain. Elle comprend des fonctions essentielles qui forment un tout cohérent et complémentaire nécessaire à l'amélioration globale de la santé de la population en amont des problèmes et en réaction à ceux-ci. Ces fonctions englobent la Surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants; la Promotion de la santé de la population; la Prévention des maladies et des blessures non-intentionnelles; et la Protection de la santé de la population.

La **Santé mentale communautaire** offre des services visant à améliorer, à rétablir ou à maintenir la santé mentale et le mieux-être émotionnel des gens du Nouveau-Brunswick par la prévention, le traitement, la réadaptation, le maintien et la promotion. L'objectif est de veiller à ce que les personnes aux prises avec des difficultés de santé mentale soient en mesure de mener une vie bien remplie et enrichissante dans la collectivité. Le système de santé mentale favorise l'autonomie et il travaille avec les familles, les personnes aux prises avec des difficultés de santé mentale et les organismes communautaires afin de réduire au minimum le besoin d'une intervention professionnelle.

On retrouve des **services de traitement des dépendances** (alcool, drogues, tabagisme, jeu) dans toutes les régions de santé du Nouveau-Brunswick. Le Réseau de santé Vitalité est responsable de la prestation de ces services dans les trois zones situées au nord de la province, tandis que le Réseau de santé Horizon est responsable de la prestation de ces services pour toute la population résidant dans la zone Beauséjour. Les programmes externes de traitement, de consultation, de prévention et de mieux-être s'étendent à l'ensemble de la collectivité. Les travailleurs sociaux de traitement des dépendances pour jeunes se retrouvent quant à eux sur l'ensemble du territoire de Vitalité, et font partie intégrante des Équipes enfants-jeunes, en collaboration avec la santé mentale et les services scolaires. Les programmes de traitement en établissement de courte durée sont offerts à Edmundston, à Campbellton et à Tracadie. Un programme de longue durée est également disponible à Campbellton. Ces services sont offerts aux personnes aux prises avec des problèmes de dépendance et ils sont axés sur le rétablissement pour favoriser l'épanouissement et l'autonomie.

Les **services hospitaliers** comprennent des services primaires, secondaires et tertiaires ainsi que des services ambulatoires. Les services sont offerts par des équipes comprenant des médecins généralistes, des médecins spécialistes, des professionnels en soins infirmiers, en services diagnostiques et thérapeutiques, en services de réadaptation et en soins spirituels et religieux. Au 1<sup>er</sup> avril 2018, le Réseau comptait 1 160 lits en milieu hospitalier.

La répartition de ces lits ainsi que des lits des services résidentiels dans les centres de traitement des dépendances est présentée au tableau 2.

**Tableau 2 : Répartition des lits**

Établissement	Unité	Nombre de lits
<b>Zone Beauséjour</b>		
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	Soins aigus	227
	Réadaptation	25
	Soins de longue durée	50
	Anciens combattants	40
	<b>Total</b>	<b>342</b>
Hôpital Stella-Maris-de-Kent	Soins aigus	20
	<b>Total</b>	<b>20</b>
<b>Total – Zone Beauséjour</b>		<b>362</b>
<b>Zone Nord-Ouest</b>		
Hôpital général de Grand-Sault	Soins aigus	20
	<b>Total</b>	<b>20</b>
Hôpital régional d'Edmundston	Soins aigus	113
	Soins de longue durée	56
	Services résidentiels (traitement des dépendances)	10
	<b>Total</b>	<b>179</b>
Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin	Soins aigus	6
	<b>Total</b>	<b>6</b>
<b>Total – Zone Nord-Ouest</b>		<b>205</b>
<b>Zone Restigouche</b>		
Centre Hospitalier Restigouche	Soins aigus	60
	Soins longue durée	80
	<b>Total</b>	<b>140</b>
Hôpital Régional de Campbellton	Soins aigus	120
	Soins de longue durée	25
	Anciens combattants	20
	Services résidentiels (traitement des dépendances)	18
	<b>Total</b>	<b>183</b>
<b>Total – Zone Restigouche</b>		<b>323</b>
<b>Zone Acadie-Bathurst</b>		
Hôpital de l'Enfant-Jésus RHSJ†	Soins aigus	12
	<b>Total</b>	<b>12</b>
Hôpital et Centre de santé communautaire de Lamèque	Soins aigus	12
	<b>Total</b>	<b>12</b>
Hôpital de Tracadie-Sheila	Soins aigus	59
	Services résidentiels (traitement des dépendances)	9
	<b>Total</b>	<b>68</b>
Hôpital régional Chaleur	Soins aigus	171
	Soins de longue durée	44
	<b>Total</b>	<b>215</b>
<b>Total – Zone Acadie-Bathurst</b>		<b>307</b>
<b>Total pour le Réseau</b>		<b>1 197</b>

Source : Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick – Système d'information de gestion financière et d'utilisation hospitalière (SIGFUH)



## ***2.2 Schéma stratégique du Réseau de santé Vitalité***

Le schéma stratégique du Réseau a été révisé en fonction des priorités convenues par les partenaires du système de santé et du plan stratégique du Réseau. Aucun changement n'y est apporté pour l'année 2018-2019.



# Schéma stratégique

2018-2019

**VISION du GNB 2018 :**  
Remettre le Nouveau-Brunswick en marche

**OBJECTIFS SMART À ATTEINDRE :**  
Croissance de l'emploi  
Disponibilité de la main-d'œuvre  
Accès aux services et qualité de ceux-ci  
Renforcement des partenariats  
Budget équilibré d'ici à 2020-2021

Résultats pour nos citoyens	« Populations en santé »	« Investissements ciblés »	« Meilleures expériences de soins »
-----------------------------	--------------------------	----------------------------	-------------------------------------

Nos processus	<div style="border: 1px solid #0056b3; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Améliorer la prévention et la gestion des maladies chroniques</div> <div style="border: 1px solid #0056b3; border-radius: 10px; padding: 5px;">Améliorer nos résultats en matière de traitement des dépendances et de santé mentale</div>	<div style="border: 1px solid #76b82a; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Améliorer la performance et l'utilisation dans la prestation des services cliniques ainsi qu'au niveau opérationnel</div> <div style="border: 1px solid #76b82a; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Optimiser le virage ambulatoire, communautaire et des soins primaires</div> <div style="border: 1px solid #76b82a; border-radius: 10px; padding: 5px;">Améliorer la coordination des services de santé</div>	<div style="border: 1px solid #e69d00; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Améliorer l'expérience de soins des patients</div> <div style="border: 1px solid #e69d00; border-radius: 10px; padding: 5px;">Améliorer les trajectoires de soins pour les aînés afin de réduire le nombre de patients de SLD</div>
---------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Fonctions de base</b>	Définir les besoins	Livrer les services	Mesurer les résultats	Maximiser l'utilisation des ressources
--------------------------	---------------------	---------------------	-----------------------	----------------------------------------

Nos catalyseurs	<p><b>Gens</b></p> <div style="border: 1px solid #6a3d9a; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Optimiser le rôle et l'impact de notre main-d'œuvre en santé</div> <div style="border: 1px solid #6a3d9a; border-radius: 10px; padding: 5px;">Augmenter l'accès et l'utilisation en temps opportun à des renseignements de qualité pertinents</div>	<p><b>Information</b></p> <div style="border: 1px solid #6a3d9a; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Augmenter l'enseignement, la recherche et l'innovation en milieu clinique</div>	<p><b>Culture</b></p> <div style="border: 1px solid #6a3d9a; border-radius: 10px; padding: 5px;">Renforcer la compréhension des rôles et la collaboration entre les partenaires du système</div>
-----------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Vision commune de la santé : Un Nouveau-Brunswick en santé

**Les valeurs du Réseau : Respect – Compassion – Intégrité – Imputabilité – Équité – Engagement**

## 2.3 Plan stratégique et plan opérationnel

À la suite de l'adoption de son plan stratégique intitulé *En route vers la modernisation et la transformation du système de santé* pour la période 2017-2020, le Réseau a évalué ses réalisations en 2017-2018 et établi les résultats stratégiques sur lesquels il veut concentrer ses efforts en 2018-2019. Le plan opérationnel présenté au tableau 3 résume les axes d'intervention et les résultats stratégiques sur lesquels du travail sera effectué au cours de la prochaine année.

**Tableau 3 : Plan opérationnel 2018-2019**

	Orientation stratégique	Axe d'intervention	Résultat stratégique
<b>1.a.a</b>	Nous contribuerons à l'augmentation du niveau de santé de la population.	L'augmentation des programmes de promotion de la santé par davantage de collaborations intersectorielles.	L'appui du Réseau aux efforts intersectoriels de promotion de la santé touchant l'obésité et le tabagisme pour certaines populations cibles sera augmenté.
<b>1.b.a</b>		L'optimisation des programmes de prévention de la maladie.	Le programme de prévention relié au traitement des dépendances chez les jeunes sera révisé et les interventions seront bonifiées.
<b>2.a.a</b>	Nous offrirons des services de santé primaire en continu le plus près possible du milieu de vie de la personne.	L'intensification des solutions de rechange à l'hospitalisation.	Suite au transfert du Programme extramural le continuum de soins sera maintenu.
<b>2.a.b</b>			Les services ambulatoires seront optimisés.
<b>2.a.c</b>			Les services communautaires seront optimisés.
<b>2.a.d</b>			Les continuums de soins et de services seront optimisés.
<b>2.a.e</b>			La gestion des épisodes de soins en milieu hospitalier sera optimisée.
<b>2.b.a</b>		La standardisation des pratiques exemplaires en gestion continue des maladies chroniques.	L'application de guides de pratiques standardisés de traitement en continu des maladies chroniques sera augmentée.
<b>2.c.a</b>		L'optimisation des services de santé mentale.	Les services en santé mentale seront augmentés par l'utilisation d'options axées sur la communauté avant d'envisager le placement en établissement et par le recours à des groupes de soutien informels.
<b>2.d.b</b>		Le développement de l'approche de codécision avec les patients et leur famille dans la planification de leurs soins et de services.	L'approche de pédiatrie sociale centrée sur les besoins et les forces de l'enfant et de sa communauté sera développée (interdisciplinaire et plurisectorielle).

	Orientation stratégique	Axe d'intervention	Résultat stratégique
<b>3.a.a</b>	Nous assurerons l'équité dans l'accès des soins et des services sur l'ensemble du territoire du Réseau.	L'amélioration de l'accès aux soins et services, notamment en milieu rural.	L'utilisation des services spécialisés de télésanté sera augmentée.
<b>3.a.b</b>			Les cliniques itinérantes seront augmentées.
<b>3.b.a</b>		Le développement d'un accès optimal aux ressources et services spécialisés.	L'offre de services spécialisés (services médicaux et professionnels) sera augmentée.
<b>3.c.a</b>		L'adaptation des services aux besoins particuliers des aînés et des clientèles ciblées.	La mise en place de pratiques exemplaires de services aux aînés et aux clientèles ciblées sera accélérée.
<b>3.d.a</b>		La participation des patients et de leur famille dans la détermination des orientations du Réseau.	L'approche patient partenaire sera mise en place au niveau stratégique de l'organisation.
<b>4.a.a</b>	Nous ferons la promotion d'une culture d'excellence.	Le maintien et l'amélioration de la culture d'évaluation et d'apprentissage.	La capacité organisationnelle pour appuyer et maintenir l'amélioration des services sera davantage développée.
<b>4.a.b</b>			Les mesures d'évaluation de la qualité et de la performance organisationnelle seront davantage utilisées pour améliorer les pratiques professionnelles.
<b>5.a.b</b>	Nous optimiserons la mission universitaire et la recherche.	Le développement de la mission universitaire et de la recherche du Réseau.	Les ressources nécessaires pour la mise en œuvre du plan de développement du CHU et des CHAU seront obtenues.
<b>5.a.c</b>			Le Centre de médecine de précision du Nouveau-Brunswick sera établi.
<b>5.a.d</b>			Le programme postdoctoral en psychiatrie sera développé.
<b>5.a.e</b>			Le nombre d'essais cliniques sera doublé d'ici 2020.
<b>6.a.a</b>	Nous favoriserons l'épanouissement et le développement du personnel et du corps médical du Réseau.	L'utilisation des données probantes et de pratiques innovantes.	Des projets d'amélioration de la qualité seront développés par le personnel et le corps médical et appuyés par la direction.
<b>6.b.a</b>			Une stratégie d'enrichissement de la gestion participative sera mise en place.
<b>6.b.b</b>		Le soutien au mieux-être du personnel et du corps médical.	Une stratégie de mieux-être favorisant l'engagement du personnel sera mise de l'avant.
<b>6.b.c</b>			Une stratégie de réduction du nombre d'accidents de travail sera appliquée.
<b>6.b.d</b>			Une stratégie d'amélioration du mieux-être des gestionnaires de l'organisation sera mise de l'avant.
<b>6.b.e</b>	Une stratégie d'application des valeurs de l'organisme sera enrichie.		

	Orientation stratégique	Axe d'intervention	Résultat stratégique
<b>6.c.a</b>	Nous favoriserons l'épanouissement et le développement du personnel et du corps médical du Réseau.	L'attraction de l'expertise, le maintien et le développement des compétences.	L'accès à des programmes de formation continue de qualité sera augmenté.
<b>6.c.b</b>			Un programme de développement du leadership organisationnel sera initié.
<b>6.c.d</b>			Une stratégie d'attraction du personnel sera développée et mise en œuvre.
<b>7.a.a</b>	Nous favoriserons la transparence dans les communications et la participation des communautés.	La poursuite de l'implication des communautés dans l'identification des besoins en matière de santé et la détermination des priorités pour leur milieu.	Les résultats des évaluations des besoins des collectivités ciblées et les plans de mise en œuvre qui en découlent seront communiqués aux personnes et aux paliers concernés.
<b>7.a.b</b>			La stratégie d'évaluation des besoins de communautés sera revue.
<b>7.b.a</b>		L'information continue sur les services existants, les capacités du Réseau ainsi que ses défis en matière de livraison de services.	Une stratégie de communication en continu sera mise en place.
<b>7.c.a</b>		La diffusion des pratiques exemplaires et des succès du Réseau.	La reconnaissance et la célébration des résultats des pratiques exemplaires mises en œuvre dans le Réseau.

Le tableau 4 reprend les résultats stratégiques priorisés en 2018-2019 tout en décrivant brièvement les initiatives qui seront planifiées ou mises en œuvre au cours de l'année pour atteindre les résultats visés. Il précise également celles qui ont un impact financier important. Certaines recevront du financement extérieur, tandis que d'autres seront financées à partir des plans de modernisation amorcés dans les années antérieures.

**Tableau 4 : Initiatives liées aux résultats stratégiques**

Résultats stratégiques	Initiatives	Impact budgétaire prévu en 2018-2019 et source de financement
<b>1.a.a</b> L'appui du Réseau aux efforts intersectoriels de promotion de la santé touchant l'obésité et le tabagisme pour certaines populations cibles sera augmenté.	<b>1</b> Deux campagnes de promotion de la santé sur l'obésité et le tabagisme auront été menées en collaboration avec les partenaires concernés.	Aucun
	<b>2</b> Trois ententes de promotion de la santé auront été signées avec les partenaires concernés.	Aucun
	<b>3</b> Le Plan de travail du Comité régional pour les environnements alimentaires sains et les plans d'amélioration de l'offre alimentaire seront mis en œuvre.	Aucun

Résultats stratégiques	Initiatives	Impact budgétaire prévu en 2018-2019 et source de financement
<b>1.b.a</b> Le programme de prévention relié au traitement des dépendances chez les jeunes sera révisé et les interventions seront bonifiées.	<b>2</b> 16 séances de prévention dans le traitement des dépendances chez les jeunes seront données.	Aucun
<b>2.a.a</b> Suite au transfert du Programme extramural le continuum de soins sera maintenu.	<b>2</b> Des outils et des règles de transfert pour la couverture médicale des patients au PEM seront établis.	Aucun
	<b>3</b> Le Programme de maintien des aînés et patients vulnérables à domicile présentement en développement à l'Unité de médecine familiale (UMF) de Dieppe sera implanté dans l'ensemble de Vitalité.	865,927\$
<b>2.a.b</b> Les services ambulatoires seront optimisés.	<b>1.1.a</b> 3 projets d'alternatives seront explorés en chirurgie. <b>(Court séjour 4A)</b>	Aucun
	<b>1.1.b</b> 3 projets d'alternatives seront explorés en chirurgie. <b>(ERAS)</b>	94 320\$
	<b>1.1.c</b> 3 projets d'alternatives seront explorés en chirurgie <b>(Suivi post-op)</b>	84 155\$
	<b>2</b> La plage horaire des médecins dans la communauté sera élargie pour augmenter les accès.	Aucun
	<b>3</b> Le partenariat avec Ambulance Nouveau-Brunswick (ANB) pour tout le volet pré-hospitalier sera développé.	Aucun
	<b>4</b> 4 projets d'alternatives seront explorés en médecine Le concept centre de jour en gériatrie sera défini.	Aucun
	<b>5</b> 4 projets d'alternatives seront explorés en médecine L'hôpital virtuel sera mis en place au CHUDGLD et à l'HRE.	176 287\$
	<b>6.1</b> Des cliniques spécialisées (neurologie (Z4, 5 et 6), <b>douleur</b> (Z4 et 5), rhumatologie (Z5) et cardiologie (HSMK) seront développées.	272 755\$
	<b>6.3</b> Des cliniques spécialisées (neurologie (Z4, 5 et 6), douleur (Z4 et 5), rhumatologie (Z5) et <b>cardiologie</b> (HSMK) seront développées.	190 786\$
	<b>6.4</b> Des cliniques spécialisées (neurologie (Z4, 5 et 6), douleur (Z4 et 5), <b>rhumatologie</b> (Z5) et cardiologie (HSMK) seront développées.	33 662\$

Résultats stratégiques	Initiatives	Impact budgétaire prévu en 2018-2019 et source de financement
<b>2.a.c</b> Les services communautaires seront optimisés.	<b>1</b> Les cliniques de diabète seront décentralisées dans la communauté.	Indéterminé – frais de location
	<b>2</b> Les cliniques de MPOC seront décentralisées dans la communauté.	417 778\$
	<b>3</b> Les centres de santé seront améliorés à Paquetville et Haut-Madawaska (Clair). Complété pour Haut-Madawaska.	Indéterminé - frais de rénovation
	<b>4</b> Le programme intégré de soins palliatifs et de soins de fin de vie sera élaboré et mis en place.	Aucun
	<b>5</b> Encadrer les grands utilisateurs afin d'améliorer leurs soins tout en réduisant leur utilisation des services d'urgence et hospitaliers.	134 582\$
	<b>7</b> Le Centre d'excellence provincial pour jeunes sera mis en place.	Aucun
	<b>8</b> Des ressources IP seront ajoutées.	Ministère de la santé
	<b>10</b> Développer un processus d'appui aux comités consultatifs communautaires qui pourrait inclure entre autres l'utilisation d'agents de développement communautaire.	Indéterminé
<b>2.a.d</b> Les continuums de soins et de services seront optimisés.	<b>1</b> Un guichet unique pour les patients ayant plus d'une maladie chronique sera mis en place.	59 192\$
	<b>2</b> Une clinique d'antibiothérapie sera établie.	223 313\$
<b>2.a.e</b> La gestion des épisodes de soins en milieu hospitalier sera optimisée.	<b>1</b> Les taux d'admission et de réadmission des patients en santé mentale auront atteint 9%.	Aucun
	<b>2.1</b> Établir une initiative visant à déterminer la durée de séjour lors de l'hospitalisation ou une gestion de l'épisode de soins pour les maladies chroniques (MPOC).	Aucun
	<b>2.2</b> Intensifier des solutions de rechange à l'hospitalisation pour la clientèle souffrant d' <b>insuffisance cardiaque</b> .	Aucun
	<b>3</b> Un comité de liaison permanent sera créé et opérationnel.	Aucun
	<b>4</b> Un pharmacien clinique sera présent sur les unités de soins (PT&M).	248 780\$



Résultats stratégiques	Initiatives	Impact budgétaire prévu en 2018-2019 et source de financement
<b>2.a.e</b> La gestion des épisodes de soins en milieu hospitalier sera optimisée.	<b>5</b> Suite à l'implantation de l'Outil Canadien de dépistage du risque nutritionnel et de la Démarche intégrée de soins nutritionnels en contexte de soins aigus (INPAC) des indicateurs seront développés et recueillis afin de mesurer l'impact du dépistage et des interventions nutritionnelles.	Aucun
<b>2.b.a</b> L'application des guides de pratiques standardisés de traitement en continu des maladies chroniques sera augmentée.	<b>1</b> Les pratiques standardisées de traitement en continu des maladies chroniques MPOC, diabète et insuffisance cardiaque seront appliquées sur tout le territoire.	Aucun
<b>2.c.a</b> Les services en santé mentale seront augmentés par l'utilisation d'options axées sur la communauté avant d'envisager le placement en établissement et par le recours à des groupes de soutien informels.	<b>1</b> Un processus de planification de congé sera établi avec le ministère du Développement social et nos autres partenaires concernés pour la clientèle tertiaire du CHR.	Aucun
	<b>2</b> Un programme de réadaptation en santé mentale sera mis en place pour la clientèle du CHR.	100 000\$
	<b>5</b> L'utilisation des unités de crise mobile déjà en place sera augmentée de 20%.	Aucun
<b>2.d.b</b> L'approche de pédiatrie sociale centrée sur les besoins et les forces de l'enfant et de sa communauté sera développée (interdisciplinaire et plurisectorielle).	<b>1</b> Obtenir les ressources pour développer des centres de pédiatrie sociale dans les régions de Memramcook et Kent.	Ministère de la santé 477 292\$
<b>3.a.a</b> L'utilisation des services spécialisés de télésanté sera augmentée.	<b>1</b> Les services de télésanté seront développés en oncologie, neurologie, rhumatologie et psychiatrie.	Aucun
<b>3.a.b</b> Les cliniques itinérantes seront augmentées.	<b>1</b> Le nombre de cliniques itinérantes spécialisées sera augmenté dans les communautés plus à risque.	Aucun
<b>3.b.a</b> L'offre de services spécialisés (services médicaux et professionnels) sera augmentée.	<b>1</b> La liste d'attente en chirurgie orthopédique sera réduite.	Ministère de la santé 382 000\$
	<b>2</b> Un programme de génétique provincial sera mis en place.	Ministère de la santé 1 240 095\$
	<b>3</b> Un service d'ophtalmologie pédiatrique provincial sera mis en place.	Ministère de la santé 81 532\$
	<b>4</b> Des chirurgies minimalement invasives seront effectuées à l'aide d'un robot médical.	Aucun
<b>3.c.a</b> La mise en place de pratiques exemplaires de services aux aînés et aux clientèles ciblées sera accélérée.	<b>1</b> 30% des employés de Vitalité auront suivi la formation sur les compétences culturelles pour les Premières nations.	18 000\$
	<b>3</b> Un programme de consultation multidisciplinaire en résidence de niveau 2 et foyer de niveau 3, guidé par les soins infirmiers gérontopsychiatriques spécialisés, sera mis en place.	215 095\$



Résultats stratégiques	Initiatives	Impact budgétaire prévu en 2018-2019 et source de financement
<b>3.c.a</b> La mise en place de pratiques exemplaires de services aux aînés et aux clientèles ciblées sera accélérée.	<b>5</b> 3 projets de recherche en pédiatrie seront débutés.	Aucun
	<b>6</b> Tous les enfants dans les zones identifiées (Memramcook et Kent) ont accès aux services de pédiatrie sous une approche de pédiatrie sociale.	Aucun
	<b>7</b> Les services de gestion d'obésité pédiatrique (Motivaction) seront implantés sur l'ensemble du territoire.	Aucun
	<b>9</b> Les pratiques exemplaires de services aux aînés en milieu hospitalier seront appliquées dans tous les hôpitaux (concept <i>Friendly Hospital</i> ).	Aucun
<b>3.d.a</b> L'approche patient partenaire sera mise en place au niveau stratégique de l'organisation.	<b>1</b> Mettre sur pied un comité consultatif patient/famille.	96 944\$
	<b>2</b> 10 patients partenaires seront formés et intégrés dans les plans de soins des patients réceptifs souffrant de maladies chroniques.	Aucun
<b>4.a.a</b> La capacité organisationnelle pour appuyer et maintenir l'amélioration des services sera davantage développée.	<b>1</b> Les outils de gestion et de coordination des projets prioritaires du Réseau seront révisés et mis en œuvre par le Bureau de projets, y compris un module de e-apprentissage sur la gestion de projets pour les gestionnaires.	Aucun
	<b>3</b> Des unités de cliniques apprenantes seront créées.	Ministère de la santé 430 000\$
	<b>5</b> L'intégration des centres de rendez-vous sera effectuée.	76 610\$
	<b>6</b> La gestion des ordonnances pharmacologiques sera informatisée.	102 350\$
	<b>7</b> L'informatisation de la gestion d'inventaire dans les blocs opératoires sera mise en œuvre.	Aucun
	<b>8</b> L'élaboration et la mise en œuvre d'un plan directeur des ressources informationnelles et technologiques seront effectuées.	Aucun
<b>4.a.b</b> Les mesures d'évaluation de la qualité et de la performance organisationnelle seront davantage utilisées pour améliorer les pratiques professionnelles.	<b>1</b> Une méthodologie d'évaluation de programme et d'initiatives sera développée et approuvée.	Aucun
<b>5.a.b</b> Les ressources nécessaires pour la mise en œuvre du plan de développement du CHU et des CHAU seront obtenues.	<b>1</b> Une entente de principe sera signée avec les ministères de la Santé et de l'Éducation.	Ministère de la santé 100 000\$
<b>5.a.c</b> Le Centre de médecine de précision du Nouveau-Brunswick sera établi.	<b>1</b> L'entente de partenariat pour le Centre de médecine de précision du Nouveau-Brunswick sera élaborée et signée.	Aucun

Résultats stratégiques	Initiatives	Impact budgétaire prévu en 2018-2019 et source de financement
<b>5.a.d</b> Le programme postdoctoral en psychiatrie sera développé.	<b>1</b> Le programme postdoctoral en psychiatrie sera développé et mis en application.	Ministère de la santé 1 332 016\$
<b>5.a.e</b> Le nombre d'essais cliniques sera doublé.	<b>1</b> 98 essais cliniques seront effectués annuellement à compter de 2019-2020.	Aucun
<b>6.a.a</b> Des projets d'amélioration de la qualité seront développés par le personnel et le corps médical et appuyés par la direction.	<b>1</b> Cinq projets d'amélioration de la qualité seront mis en place d'ici mars 2020.	Aucun
<b>6.b.a</b> Une stratégie d'enrichissement de la gestion participative sera mise en place.	<b>1</b> La perception des employés concernant la gestion participative sera évaluée par le biais du sondage Pulse.	Aucun
<b>6.b.b</b> Une stratégie de mieux-être favorisant l'engagement du personnel sera mise de l'avant.	<b>1</b> Le degré de satisfaction face au travail du personnel sera accru de 10% via les résultats du sondage Pulse.	140 644\$
	<b>2</b> Une stratégie d'attraction et de rétention du personnel, basée sur les meilleures pratiques, sera développée et mise en œuvre.	Aucun
<b>6.b.c</b> Une stratégie de réduction du nombre d'accidents de travail sera appliquée.	<b>1</b> Le taux d'accidents reliés à la violence en milieu de travail sera diminué de 20%.	Aucun
	<b>2</b> Le taux d'accidents de travail reliés aux incidents musculo-squelettiques sera réduit de 30%.	Aucun
<b>6.b.d</b> Une stratégie d'amélioration du mieux-être des gestionnaires de l'organisation sera mise de l'avant.	<b>1</b> Une évaluation de la charge de travail des gestionnaires du Réseau sera effectuée.	Aucun
	<b>2</b> Une évaluation des conditions de travail des gestionnaires sera réalisée de concert avec le Conseil du Trésor du Nouveau-Brunswick.	Aucun
<b>6.b.e</b> Une stratégie d'application des valeurs de l'organisme sera enrichie.	<b>2</b> Tous les cadres du Réseau auront discuté des nouvelles valeurs de l'organisation avec leurs employés.	Aucun
<b>6.c.a</b> L'accès à des programmes de formation continue de qualité sera augmenté.	<b>1</b> L'accessibilité à des programmes de formation interne en lien avec les besoins sera augmentée de 10%.	68 301\$
<b>6.c.b</b> Un programme de développement du leadership organisationnel sera initié.	<b>1</b> Un programme de développement du leadership organisationnel sera en place et accessible aux personnes ciblées.	35 000\$
<b>6.c.d</b> Une stratégie d'attraction du personnel sera développée et mise en œuvre.	<b>1</b> La stratégie de recrutement sera révisée et adaptée à la réalité actuelle en tenant compte des tendances futures.	90 906\$

Résultats stratégiques	Initiatives	Impact budgétaire prévu en 2018-2019 et source de financement
<b>7.a.a</b> Les résultats des évaluations des besoins des collectivités ciblées et les plans de mise en œuvre qui en découlent seront communiqués aux personnes et aux paliers concernés	<b>1</b> Les communautés évaluées seront rencontrées et les résultats de ces rencontres seront considérés dans la révision annuelle de la planification stratégique	Aucun
<b>7.a.b</b> La stratégie d'évaluation des besoins de communautés sera revue.	<b>1</b> Le modèle d'évaluation des communautés sera révisé en intégrant les différents partenaires communautaires (y compris les municipalités).	Aucun
<b>7.b.a</b> Une stratégie de communication en continu sera mise en place.	<b>1</b> Le nombre de communications avec la population, sous de multiples plateformes, sera augmenté significativement.	Aucun
<b>7.c.a</b> La reconnaissance et la célébration des résultats des pratiques exemplaires mises en œuvre dans le Réseau.	<b>1</b> Les pratiques exemplaires mises en place et des modules d'éducation en ligne ciblés seront diffusés à la population.	Aucun

## ***2.4 Amélioration de la qualité des soins aux patients***

La démarche d'amélioration continue de la qualité demeure un élément permanent dans l'ensemble des activités stratégiques et opérationnelles du Réseau.

Les priorités principales en matière de qualité pour l'année 2018-2019 sont :

- La poursuite des suivis qui découlent de la visite d'agrément;
- La poursuite du plan de mise œuvre du bilan comparatif des médicaments;
- La poursuite du recrutement des partenaires de l'expérience patient et la mise en œuvre du Comité consultatif des patients et famille;
- Le rehaussement des capacités de gestion de la qualité et de la performance;
- Le développement d'un mécanisme pour l'évaluation des services et programmes.

## ***2.5 Amélioration de la performance***

Afin de pouvoir mettre en place les initiatives prévues dans le plan opérationnel et dans un effort continu d'améliorer la performance et de moderniser les méthodes de travail au sein de certains secteurs de l'organisation, il faudra, dans le cadre de l'examen des occasions d'amélioration de la performance, se concentrer sur les secteurs suivants en 2018-2019 :

- La mise en place d'un modèle de soins dans les unités d'hospitalisation, basé sur le type de clientèle et le ratio optimal de main-d'œuvre selon les qualifications requises;
- Les services de soutien (services alimentaires, services de l'environnement, services d'entretien des installations physiques et énergie);
- La mise en œuvre du système de reconnaissance de la voix dans d'autres secteurs médicaux ;
- La numérisation des demandes envoyées aux centres de rendez-vous;
- L'harmonisation et la régionalisation des politiques du Réseau.

## 2.6 Technologies

Afin de mieux coordonner le développement et l'intégration des nouvelles technologies dans la prestation des services et l'amélioration de la performance du Réseau, un plan stratégique pour les technologies de l'information sera développé et harmonisé avec le plan stratégique du Réseau. Au cours de l'année 2018-2019, un comité en technologie de l'information sera mis sur pied dont le but sera d'établir des critères d'évaluation des demandes en technologie de l'information et de prioriser ces dernières.

Ces démarches n'excluent pas le développement de nouvelles applications ou l'acquisition de technologies de pointe en 2018-2019. Les initiatives prioritaires pour la prochaine année sont :

- Une nouvelle application sera conçue par la compagnie Emerald pour remplacer le logiciel MedQM relié aux rapports d'incidents, laquelle sera ensuite mise en place dans tout le réseau. Cette initiative est en partenariat avec le réseau Horizon et le ministère de la Santé;
- La détermination et la mise en place d'outils de communication automatisés pour les centres de rendez-vous. Le choix d'un outil de communication automatisé est encore à l'étude et en parallèle on vise à acquérir un outil qui permettra également d'informatiser les ordonnances pharmaceutiques pour tout le réseau;
- La mise à niveau du système Purkinje dans les zones Restigouche et Acadie-Bathurst est en cours. La mise en fonction de la nouvelle version dans la zone Restigouche est prévue dès avril 2018, suivie de la zone Acadie-Bathurst en mai 2018;
- La mise à niveau du module d'allergies de MEDITECH pour les zones Beauséjour, Restigouche et Acadie-Bathurst sera complétée d'ici mai 2018;
- La mise en œuvre de l'application version « Web VisionC+ » par les cliniques de cardiologie des zones Restigouche et Acadie-Bathurst pour la gestion et le suivi des patients souffrant d'insuffisance cardiaque aura lieu en 2018;
- L'installation d'un outil permettant d'accéder aux imprimantes dans les secteurs administratifs, seulement avec l'utilisation des cartes d'identité des employés de Vitalité, est prévue au cours de la prochaine année. Il y a 63 imprimantes dans le Réseau qui sont ciblées par ce projet;
- La recherche et l'évaluation d'applications technologiques de pointe pour les blocs opératoires au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L-Dumont (nouveaux espaces) et à l'Hôpital régional Chaleur (système de code à barre pour la gestion de l'inventaire) seront effectuées en 2018-2019.
- La mise en œuvre du logiciel MicroGesta au secteur de Nutrition dans la zone Beauséjour est prévue en 2018;
- Les démarches liées à la possibilité de consolider nos 4 plateformes MEDITECH vers une seule plateforme, qui résultent des recommandations d'une étude effectuée par un consultant externe, vont se poursuivre en 2018-2019.
- La phase 1 de la mise en opération d'une solution provinciale pour migrer nos logiciels bureautiques de Microsoft vers la version Office 365 débutera au cours de cette année fiscale. L'ensemble du projet devrait se terminer d'ici 2 ans.

## 2.7 Ressources humaines

Le capital humain demeure un facteur clé de succès dans l'atteinte des objectifs dont se dote l'ensemble de l'organisation. Plusieurs résultats stratégiques liés à l'épanouissement et au perfectionnement du personnel et du corps médical vont se poursuivre en 2018-2019 et se trouvent dans le plan opérationnel. En plus de ces activités, le Réseau continuera de porter une attention particulière à deux autres dossiers :

- La poursuite des efforts pour la mise en place des recommandations découlant du rapport sur l'organisation et le fonctionnement du Centre Hospitalier Restigouche;
- La poursuite de la mise en œuvre de stratégies ciblées pour prévenir la violence au travail.

Le profil des ressources humaines au 31 mars 2018 est présenté au tableau 5.

**Tableau 5 : Profil des ressources humaines**

Profil des ressources humaines <sup>1</sup>		Nombre de bénévoles <sup>2</sup>	Nombre d'employés	Nombre d'employés à temps plein	Nombre d'employés à temps partiel	Nombre de femmes	Nombre d'hommes
Réseau de santé Vitalité	Au 31 mars 2018	1 292	7 137	4 828	2 309	5 878	1 259
	Au 31 mars 2017	1 106	7 419	4 923	1 697	6 154	1 265
	Au 31 mars 2016	1 023	7 449	4 896	1 731	6 171	1 278
	Au 31 mars 2015	1 008	7 378	4 840	1 682	6 126	1 252
Zone Beauséjour	Au 31 mars 2018	560	2 362	1 705	657	1 978	384
	Au 31 mars 2017	557	2 433	1 707	455	2 042	391
	Au 31 mars 2016	595	2 428	1 687	467	2 049	379
	Au 31 mars 2015	578	2 402	1 648	454	2 030	372
Zone Nord-Ouest	Au 31 mars 2018	205	1 343	919	424	1 134	209
	Au 31 mars 2017	185	1 405	886	414	1 199	206
	Au 31 mars 2016	88	1 419	873	419	1 206	213
	Au 31 mars 2015	88	1 426	867	435	1 209	217
Zone Restigouche	Au 31 mars 2018	177	1 378	981	397	1 034	344
	Au 31 mars 2017	62	1 409	1 014	242	1 069	340
	Au 31 mars 2016	62	1 420	1 007	259	1 077	343
	Au 31 mars 2015	62	1 395	999	250	1 054	341
Zone Acadie-Bathurst	Au 31 mars 2018	350	2 054	1 223	831	1 732	322
	Au 31 mars 2017	302	2 172	1 316	586	1 844	328
	Au 31 mars 2016	278	2 182	1 329	586	1 839	343
	Au 31 mars 2015	280	2 155	1 326	543	1 833	322

<sup>1</sup> Source : Meditech

<sup>2</sup> Source : Services des bénévoles

## 2.8 Ressources médicales

Au 31 décembre 2017, le Réseau avait 575 médecins, soit 307 médecins de famille et 268 médecins spécialistes (v. le tableau ci-dessous).

**Tableau 6 : Nombre de médecins**

Nombre de postes de médecins – Réseau de santé Vitalité	Zone Beauséjour	Zone Nord-Ouest	Zone Restigouche	Zone Acadie-Bathurst	Total pour le Réseau	Total pour le Nouveau-Brunswick
Médecins de famille	125	65	38	93	307	849
Médecins spécialistes	126	44	37	61	268	809
Médecins consultants hors province						14
<b>Total</b>	<b>251</b>	<b>109</b>	<b>75</b>	<b>154</b>	<b>575</b>	<b>1 658</b>

Source : Ministère de la Santé – Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick, données du 31 décembre 2017

**Tableau 7 : Évolution du nombre de médecins au Réseau**

	Médecins de famille			Médecins spécialistes		
	2015-2016	2016-2017	2017-2018*	2015-2016	2016-2017	2017-2018*
Zone Beauséjour	120	119	125	114	123	126
Zone Nord-Ouest	62	61	65	47	47	44
Zone Restigouche	36	37	38	33	33	37
Zone Acadie-Bathurst	88	90	93	64	62	61
<b>Réseau de santé Vitalité</b>	<b>306</b>	<b>307</b>	<b>321</b>	<b>258</b>	<b>265</b>	<b>268</b>
<b>Province</b>	<b>796</b>	<b>812</b>	<b>814</b>	<b>789</b>	<b>795</b>	<b>809</b>

Source : Ministère de la Santé – Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick,

\*Données au 31 décembre 2017 (excluent les consultants hors province)

Pour le Réseau, on constate un ajout de dix-sept médecins entre mars et décembre 2017. Cette augmentation est principalement attribuable à l'augmentation du nombre de médecins de famille dans le Réseau.

Toutefois, comme on peut le constater dans le tableau 8, 43 postes étaient vacants en février 2018 au niveau des ressources médicales dans le Réseau, répartis ainsi : 19 postes en médecine familiale et 24 postes dans différentes spécialités. La zone Acadie-Bathurst est celle ayant les plus grands défis en matière de recrutement avec 21 postes vacants dont 10 en médecine familiale et urgence, suivie de la zone Nord-Ouest qui a 12 postes vacants. La zone Restigouche a six postes vacants tandis que la zone Beauséjour a quatre postes vacants.

**Tableau 8 : Postes vacants par spécialité et par zone**

	Zone Beauséjour	Zone Nord-Ouest	Zone Restigouche	Zone Acadie-Bathurst	Total
Anesthésie	1			2	3
Chirurgie vasculaire	1				1
Dermatologie				1	1
Médecine familiale/ Urgence		6	3	10	19
Médecine interne		1		1	2
Ophtalmologie			2	2	4
Oto-rhino-laryngologie		1		2	3
Pathologie	2				2
Pédiatrie		1		2	3
Psychiatrie/ pédopsychiatrie		1	1		2
Radiologie		2		1	3
<b>Total par zone</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>21</b>	<b>43</b>

*Les postes du plan de rattrapage ne sont pas indiqués dans ce tableau.  
Les données sont de février 2018.*

Dans le cadre du Plan d'action pour la répartition équitable des services de santé 2013-2018, le Réseau s'est vu accorder des postes en médecine dans les spécialités suivantes : quatre postes en neurologie, un poste en plastie et un poste en gynéco-oncologie. Ces postes ont tous été pourvus, sauf un poste en chirurgie plastique et pour lequel les efforts de recrutement se poursuivent.

Les priorités pour l'octroi de nouveaux postes en médecine dans la prochaine année ont été cernées et elles sont présentées au tableau 9. Elles découlent d'un processus d'analyse des besoins mieux structuré et basé sur des données probantes incluant une analyse comparative au niveau national de la main-d'œuvre médicale, les besoins de santé de la population du Nouveau-Brunswick, ainsi que du développement de la mission universitaire.



**Tableau 9 : Nouveaux postes demandés en médecine 2018-2019**

Nombre de postes	Spécialité
Priorité niveau 1	
1	Néphrologie
1	Obstétrique et gynécologie
1	Gériatrie
1	Génétique
4	Oncologie
2	Psychiatrie
2	Médecine interne
Priorité niveau 2	
4	Médecine interne
1	Chirurgie plastique
1	Endocrinologie
5	Médecine de famille
1	Pédiatrie
2	Psychiatrie
1	Physiatrie

## 2.9 Infrastructures

Les projets majeurs d'infrastructures prévus en 2018-2019:

- L'agrandissement de l'Hôpital régional Chaleur;
- L'agrandissement du bloc opératoire et des services reliés, au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont;
- L'aménagement du centre d'excellence provincial pour jeunes à Campbellton,
- L'aménagement d'un Centre mère-enfant à l'Hôpital régional d'Edmundston.

Le Réseau a fait une analyse des besoins pour le stationnement autour du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont étant donné les nombreux défis présents. Les recommandations émises demeurent à l'étude et le plan d'action sera complété au cours des prochains mois.

Finalement, le Réseau joue un rôle, en partenariat avec l'Université de Moncton, dans la construction du Centre de médecine de précision du Nouveau-Brunswick qui sera adjacent au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont et qui ouvrira ses portes à l'automne 2018.

Pour obtenir plus de détails à ce sujet et en ce qui concerne les demandes de projets de rénovation, il faut se référer aux annexes A et B ainsi qu'à l'annexe C pour les priorités en matière d'équipement.

## 2.10 Tableau de bord

Le tableau de bord du Réseau permet à l'équipe de gestion de suivre sur une base régulière les résultats et les répercussions de ses décisions. Le tableau de bord pour l'année 2018-2019 est établi en fonction des résultats stratégiques précisés dans le plan opérationnel de cette année.

**Tableau 10 : Tableau de bord**

	Résultats stratégiques	Indicateurs proposés
<b>1.a.a</b>	L'appui du Réseau aux efforts intersectoriels de promotion de la santé touchant l'obésité et le tabagisme pour certaines populations cibles sera augmenté.	Le % d'avancement de la campagne de promotion de la santé sur l'obésité.
<b>1.b.a</b>	Le programme de prévention relié au traitement des dépendances chez les jeunes sera révisé et les interventions seront bonifiées.	Le nombre de séances de prévention reliées au traitement des dépendances chez les jeunes.
<b>2.a.a</b>	Suite au transfert du Programme extramural (PEM) le continuum de soins sera maintenu.	- Le nombre de sites qui offrent le programme de maintien des aînés et patients vulnérables à domicile. - Le taux d'hospitalisation des patients du PEM par 100 patients desservis.
<b>2.a.b</b>	Les services ambulatoires seront optimisés.	- Le % de congés liés à des conditions propices aux soins ambulatoires. - Le nombre d'initiatives mises en œuvre dans les établissements du Réseau.
<b>2.a.c</b>	Les services communautaires seront optimisés.	- Le nombre d'infirmières praticiennes embauchées. - Le % de réduction des visites à l'urgence chez les patients à grands besoins qui reçoivent des services adaptés.
<b>2.a.d</b>	Les continuums de soins et de services seront optimisés.	- Le nombre de patients référés au guichet unique.
<b>2.a.e</b>	La gestion des épisodes de soins en milieu hospitalier sera optimisée.	- Le % de jours d'hospitalisation au-delà de ceux prévus par l'ICIS pour les cas typiques. - Le % réadmission à l'intérieur de 30 jours suite à un congé santé mentale. - Le taux brut de congé en santé mentale par 100 000 habitants.
<b>2.b.a</b>	L'application des guides de pratiques uniformisées de traitement en continu des maladies chroniques sera augmentée.	Le nombre de guides de pratiques pour maladies chroniques mis en œuvre.
<b>2.c.a</b>	Les services de santé mentale en utilisant des options axées sur la collectivité seront augmentés avant d'envisager un placement en établissement et en ayant recours à des groupes de soutien informels.	Le taux brut de congé en santé mentale par 100 000 habitants.
<b>2.d.b</b>	L'approche de pédiatrie sociale centrée sur les besoins et les forces de l'enfant et de sa communauté sera développée (interdisciplinaire et plurisectorielle).	L'état d'avancement du projet de pédiatrie sociale dans le comté de Kent.

	Résultats stratégiques	Indicateurs proposés
<b>3.a.a</b>	L'utilisation des services spécialisés de télésanté sera augmentée.	Le nombre de consultations cliniques effectuées par la télésanté.
<b>3.a.b</b>	Les cliniques itinérantes seront augmentées.	Le nombre de visites dans les cliniques itinérantes.
<b>3.b.a</b>	L'offre de services spécialisés (services médicaux et professionnels) sera augmentée.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le % de chirurgies (arthroplasties totales de la hanche) effectuées dans les délais prescrits.</li> <li>- Le % de chirurgies (arthroplasties du genou) effectuées dans les délais prescrits.</li> <li>- Le nombre de chirurgies en attente (plus de 12 mois).</li> <li>- Le nombre de visites aux cliniques d'ophtalmologie pédiatrique et de génétique (à valider).</li> </ul>
<b>3.c.a</b>	La mise en place de pratiques exemplaires de services aux aînés et aux clientèles ciblées sera accélérée.	- Le nombre de pratiques exemplaires de services aux aînés et aux clientèles ciblées mises en place.
<b>3.d.a</b>	L'approche patient partenaire sera mise en place au niveau stratégique de l'organisation.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le nombre de rencontres du comité des usagers.</li> <li>- Le nombre de patients partenaires formés.</li> </ul>
<b>4.a.a</b>	La capacité organisationnelle pour appuyer et maintenir l'amélioration des services sera davantage développée.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le nombre de cliniques apprenantes en place.</li> <li>- Le nombre de nouvelles technologies de l'information mises en place.</li> </ul>
<b>4.a.b</b>	Les mesures d'évaluation de la qualité et de la performance organisationnelle seront davantage utilisées pour améliorer les pratiques professionnelles.	L'état d'avancement pour le développement d'une méthodologie d'évaluation de programme approuvée
<b>5.a.b</b>	Les ressources nécessaires pour la mise en œuvre du plan de développement du CHU et des CHAU seront obtenues.	L'état d'avancement pour l'obtention d'une entente de principe avec les ministères de la Santé et de l'Éducation.
<b>5.a.c</b>	Le Centre de médecine de précision du Nouveau-Brunswick sera établi.	L'état d'avancement pour l'obtention d'une entente de partenariat avec le Centre de médecine de précision du Nouveau-Brunswick.
<b>5.a.d</b>	Le programme postdoctoral en psychiatrie sera développé.	Le % d'avancement du développement du programme postdoctoral en psychiatrie.
<b>5.a.e</b>	Le nombre d'essais cliniques sera doublé.	Le nombre essais cliniques approuvés.
<b>6.a.a</b>	Des projets d'amélioration de la qualité seront élaborés par le personnel et le corps médical et appuyés par la direction.	Le % d'avancement des projets de qualité.
<b>6.b.a</b>	Une stratégie d'enrichissement de la gestion participative sera mise en place.	Les résultats du sondage Pulse sur la gestion participative.
<b>6.b.b</b>	Une stratégie de mieux-être favorisant l'engagement du personnel sera mise de l'avant.	Le % d'avancement de la stratégie de mieux-être favorisant l'engagement du personnel.
<b>6.b.c</b>	Une stratégie de réduction du nombre d'accidents de travail sera appliquée.	Le taux d'accidents de travail.
<b>6.b.d</b>	Une stratégie d'amélioration du mieux-être des gestionnaires de l'organisation sera mise de l'avant.	Le % d'avancement de la stratégie d'amélioration du mieux-être des gestionnaires de l'organisation.

	Résultats stratégiques	Indicateurs proposés
<b>6.b.e</b>	Une stratégie d'application des valeurs de l'organisme sera enrichie.	Le % des cadres qui ont discuté des valeurs avec leurs employés.
<b>6.b.f</b>	Une stratégie de communication interne sera améliorée.	Le nombre de nouvelles initiatives pour les communications internes.
<b>6.c.a</b>	L'accès à des programmes de formation continue de qualité sera augmenté.	Le nombre de programme de formation interne disponible.
<b>6.c.b</b>	Un programme de développement du leadership organisationnel sera initié.	Le % d'avancement sur la mise en place d'un programme de développement du leadership organisationnel.
<b>6.c.d</b>	Une stratégie d'attraction du personnel sera développée et mise en œuvre.	Le % de poste permanents vacants.
<b>7.a.a</b>	Les résultats des évaluations des besoins des collectivités ciblées et les plans de mise en œuvre qui en découlent seront communiqués aux personnes et aux paliers concernés.	Le nombre d'évaluations des besoins des communautés diffusées
<b>7.a.b</b>	La stratégie d'évaluation des besoins de communautés sera revue	Le nombre de partenaires impliqués dans les comités consultatifs communautaires.
<b>7.b.a</b>	Une stratégie de communication en continu sera mise en place.	Le nombre de nouvelles initiatives de communication en continu mise en place.
<b>7.c.a</b>	La reconnaissance et la célébration des résultats des pratiques exemplaires seront mises en œuvre dans le Réseau.	Le nombre de pratiques exemplaires reconnues et diffusées.

## 2.11 Budget de 2018-2019

Divers facteurs ont été considérés dans la préparation des budgets pour la prochaine année fiscale. Deux des éléments majeurs sont l'augmentation des salaires conformément aux ententes collectives négociées par le gouvernement et les syndicats et la réduction causée par le transfert du Programme extra mural. Le ministère de la Santé va attribuer un financement additionnel pour les augmentations salariales négociées dans le cadre des conventions collectives.

Sur le plan des autres dépenses, nous avons attribué un taux de croissance afin de couvrir les augmentations dans les volumes d'activité et pour couvrir l'inflation.

Les plans de modernisation présentés dans les années antérieures vont permettre au Réseau d'avoir une marge de manœuvre pour mettre en place les initiatives qui amélioreront la prestation des soins et des services à la population.

Des demandes d'ajustement budgétaire seront soumises pendant l'année financière à mesure que les nouvelles initiatives approuvées par le ministère seront mises en place pour offrir à la population les services dont elle a besoin.

Ce budget tient aussi compte des remboursements que le ministère de la Santé doit effectuer pour des demandes d'ajustement budgétaire.

Les tableaux suivants présentent les principales catégories des revenus et dépenses pour la prochaine année ainsi que le sommaire des dépenses par programmes. Pour obtenir un portrait financier par catégories de dépenses, il faut consulter les pages suivantes.

**Tableau 11 : États des résultats consolidés**

Revenus	Réel 2016-2017	Projection 2017-2018	% aug (dim)	Budget 2018-2019	% aug (dim)
<b>Produits</b>					
<b>Revenus</b>					
Ministère de la santé	582,020,368	588,717,487	1.2%	563,022,116	-4.4%
Revenus provenant des patients	32,742,643	31,300,964	-4.4%	32,300,000	3.2%
Recouvrement et autres	9,948,767	5,282,245	-46.9%	5,411,122	2.4%
	<b>624,711,778</b>	<b>625,300,696</b>	<b>0.1%</b>	<b>600,733,238</b>	<b>-3.9%</b>
				-	
Recouvrements médecins salariés	66,533,093	66,000,000	-0.8%	69,227,211	4.9%
				-	
Enseignement médical	5,658,847	5,823,389	2.9%	5,824,412	0.0%
<b>Autres programmes</b>					
Anciens combattants	7,132,528	7,087,465	-0.6%	7,699,440	8.6%
Santé Canada	371,576	310,668	-16.4%	310,668	0.0%
Dons Fondations	628,646	522,157	-16.9%	400,000	-23.4%
Revenus différés	306,191	220,000	-28.1%	220,000	0.0%
<b>Total autres programmes</b>	<b>8,438,941</b>	<b>8,140,290</b>	<b>-3.5%</b>	<b>8,630,108</b>	<b>6.0%</b>
<b>Total des revenus</b>	<b>705,342,659</b>	<b>705,264,375</b>	<b>0.0%</b>	<b>684,414,969</b>	<b>-3.0%</b>

Dépenses	Réel 2016-2017	Projection 2017-2018	% aug (dim)	Budget 2018-2019	% aug (dim)
<b>Programmes cliniques</b>					
<b>Services aux patients hospitalisés</b>	147,622,757	151,080,042	2.3%	152,903,776	1.2%
Services ambulatoires	59,721,306	65,098,683	9.0%	66,453,669	2.1%
Services diagnostiques et thérapeutiques	112,827,612	115,684,885	2.5%	117,692,968	1.7%
Services tertiaires	44,979,236	43,516,347	-3.3%	42,708,919	-1.9%
Formation	2,857,705	2,841,488	-0.6%	2,874,344	1.2%
Services de soutien	134,636,802	134,581,263	0.0%	126,900,494	-5.7%
Administration et autres (Note 1)	24,171,901	17,143,350	-29.1%	20,066,075	17.0%
Total programmes cliniques	526,817,320	529,946,059	0.6%	529,600,245	-0.1%
Médecins salariés	67,161,847	66,000,000	-1.7%	69,227,211	4.9%
<b>Autres programmes du ministère</b>					
Santé mentale - Restigouche	14,758,920	14,538,793	-1.5%	14,751,526	1.5%
Santé mentale - hôpitaux	10,017,231	10,766,640	7.5%	11,205,846	4.1%
Traitement des dépendances	6,447,958	6,473,868	0.4%	6,703,054	3.5%
Santé publique	11,230,067	10,985,349	-2.2%	11,298,511	2.9%
Santé mentale communautaire	20,062,733	23,560,427	17.4%	25,444,753	8.0%
Programme extra-mural	30,017,187	22,920,634	-23.6%	-	-100.0%
Total autres programmes	92,534,095	89,245,711	-3.6%	69,403,690	-22.2%
Plan de transformation et modernisation	-	-	0.0%	-	0.0%
<b>Recherche</b>	782,182	726,086	-7.2%	934,476	28.7%
<b>Enseignement médical</b>	5,528,943	5,843,862	5.7%	5,897,113	0.9%
Autres					
<b>Autres départements</b>	-	-	0.0%	-	0.0%
Dons / fondations	1,078,987	1,346,914	24.8%	902,066	-33.0%
Anciens combattants	7,183,629	7,403,449	3.1%	7,703,954	4.1%
Santé Canada	587,195	1,452,294	147.3%	746,213	-48.6%
Total autres	8,849,811	10,202,656	15.3%	9,352,233	-8.3%
<b>Total des dépenses</b>	<b>701,674,197</b>	<b>701,964,375</b>	<b>0.0%</b>	<b>684,414,969</b>	<b>-2.5%</b>
<b>Surplus/(déficit) d'opération</b>	<b>3,668,462</b>	<b>3,300,000</b>	<b>-10.0%</b>	<b>0</b>	<b>-100.0%</b>
<b>Perte sur la disposition d'actif</b>	-	-	0.0%	-	0.0%
Rajustement du règlement de fin d'exercice	(175,900)	-	-100.0%	-	0.0%
(Remboursement) manque à gagner du fonds de roulement	-	-	0.0%	-	0.0%
Revenus en capital	10,475,005	12,000,000	14.6%	12,000,000	0.0%
Amortissement des immobilisations	(27,910,891)	(28,500,000)	2.1%	(28,500,000)	0.0%
Prestations constituées pour congés de maladie	380,000	500,000	31.6%	(500,000)	-200.0%
<b>Surplus/(déficit)</b>	<b>(13,563,324)</b>	<b>(12,700,000)</b>	<b>-6.4%</b>	<b>(17,000,000)</b>	<b>33.9%</b>

Note 1 : L'administration et autres inclut le budget initial non réparti encore entre les programmes pour les budgets des petits équipements, formation et certaines nouvelle initiative du ministère.

**Tableau 12 : Dépenses par catégorie**

Revenus	Réel 2016-2017	Projection 2017-2018	% aug (dim)	Budget 2018-2019	% aug (dim)
Salaires	389,964,770	405,200,000	3.9%	395,717,147	-2.3%
Bénéfices	70,135,732	55,400,000	-21.0%	45,354,040	-18.1%
<b>Total des salaires et bénéfices</b>	<b>460,100,502</b>	<b>460,600,000</b>	<b>0.1%</b>	<b>441,071,187</b>	<b>-4.2%</b>
Médecins salariés	66,196,174	66,500,000	0.5%	69,227,211	4.1%
Fournitures médicales et chirurgicales	35,997,675	37,000,000	2.8%	38,339,708	3.6%
Médicaments	26,854,951	28,900,000	7.6%	27,908,349	-3.4%
Fournitures de bureau	2,338,127	2,399,927	2.6%	2,476,816	3.2%
Fournitures de lingerie	1,653,431	1,646,728	-0.4%	1,665,673	1.2%
Énergie	14,069,484	13,633,296	-3.1%	13,931,694	2.2%
Fournitures entretien des installations	1,679,616	1,660,605	-1.1%	1,685,201	1.5%
Fournitures ingénierie clinique	1,671,735	1,615,674	-3.4%	1,679,955	4.0%
Fournitures alimentaires	5,214,230	5,273,371	1.1%	5,618,592	6.5%
Fournitures de laboratoire	11,476,063	11,996,875	4.5%	12,330,245	2.8%
Fournitures imagerie médicale	2,488,735	2,510,615	0.9%	2,548,064	1.5%
Fournitures thérapie respiratoire	607,319	594,345	-2.1%	620,200	4.4%
Autres dépenses	22,948,771	18,631,288	-18.8%	19,296,168	3.6%
Téléphones	2,602,323	2,644,011	1.6%	2,722,177	3.0%
Formation	978,115	1,129,718	15.5%	1,157,597	2.5%
Frais de déplacements	2,547,648	2,761,207	8.4%	2,870,498	4.0%
Frais de location	6,725,920	6,380,191	-5.1%	6,764,083	6.0%
Entretien des équipements	9,434,862	8,332,162	-11.7%	8,670,430	4.1%
Location d'équipement	1,144,678	1,273,985	11.3%	1,330,396	4.4%
Petits équipements	3,072,828	3,376,911	9.9%	1,791,561	-46.9%
Services achetés	10,230,759	11,040,031	7.9%	12,851,202	16.4%
Entretien des bâtiments	11,640,253	12,063,434	3.6%	7,857,962	-34.9%
<b>Total des autres dépenses</b>	<b>175,377,522</b>	<b>174,864,375</b>	<b>-0.3%</b>	<b>174,116,571</b>	<b>-0.4%</b>
<b>Total des dépenses sans amortissement</b>	<b>701,674,199</b>	<b>701,964,375</b>	<b>0.0%</b>	<b>684,414,969</b>	<b>-2.5%</b>



Les priorités sur le plan du budget d'immobilisations pour l'année 2018-2019 sont présentées au tableau 13. Le tableau comprend trois catégories, soit les rénovations, les immobilisations à long terme et les équipements. Le détail pour chacune de ces catégories est présenté aux annexes A à C.

**Tableau 13 : Budget d'immobilisations de 2018-2019**

Budget d'immobilisations	Total
<b>Budget d'équipement</b>	
5 000 \$ à 100 000 \$	<b>1 021 840 \$</b>
100 000 \$ et plus	<b>3 245 000 \$</b>
Réserve (en cas d'urgence)	<b>400 000 \$</b>
<b>Total</b>	<b>4 666 840 \$</b>
Budget de rénovations majeures	<b>1 800 000 \$</b>
Budget d'immobilisations à long terme (On attend une confirmation des budgets du ministère des Transports et de l'Infrastructure.)	<b>0 \$</b>
<b>Total</b>	<b>6 466 840 \$</b>

## ANNEXE A : Demandes de projets de rénovation majeurs

Tableau 14 : Demandes de projets de rénovation majeurs

Établissement	Description du projet	Coût
Hôpital Stella-Maris-de-Kent	Remplacer deux chaudières	750 000 \$
Hôpital de Tracadie-Sheila	Corriger l'électricité au service de dialyse	250 000 \$
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	Remplacement IRM	600 000 \$
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	Système anti-refoulement sur entrée d'eau	125 000 \$
Vitalité	Provision pour les écarts possibles lors des appels d'offres	75 000 \$
<b>Total</b>		<b>1 800 000 \$</b>

À titre d'information, afin d'illustrer l'envergure des travaux qui seront requis tôt ou tard afin de maintenir les installations en bon état de fonctionner, le plan quinquennal de Vitalité fourni au ministère de la Santé en demande de budgets, compte pas moins de 54 projets pour un total demandé de 23 M\$. De plus, les besoins en rénovations connus et inventoriés dans chacune des zones, sans avoir été l'objet d'un audit externe exhaustif, s'élèvent à plus de 60 M\$.

## ANNEXE B : Plan des immobilisations à long terme

Tableau 15 : Plan des immobilisations à long terme

Établissement	Description du projet	Projets approuvés/ Coûts estimés (millions \$)
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	Agrandissement (120 000 pica) pour les services chirurgicaux	103,0 \$
Hôpital régional Chaleur	Agrandissement (210 000 pica)	217,0 \$
Centre Hospitalier Restigouche	Construction du centre d'excellence provincial pour jeunes	20,5 \$
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont	Rehaussement de la puissance des génératrice CHUDGLD	Inclus projet CHUDGLD
Hôpital Régional d'Edmundston	Centre mère-enfant Hopital Régional d'Edmundston	2,0\$
Institut de Memramcook (Zone Beauséjour)	Espaces administratifs institut de Memramcook	2,0\$

## ANNEXE C : Équipements

Le tableau suivant fait état des équipements de plus de 100,000\$ qui ont été priorisés en novembre 2017 en vue de la demande de budget 2018-2019 au ministère de la santé. Le budget alloué en février 2018 par le ministère a été de 4,666,840\$. Cependant la portion du budget accordée pour les équipements de 100,000\$ et de 3,245,000\$.

**Tableau 16 : Équipements de plus de 100 000 \$ (2018-2019)**

Équipement	Zone	Prix budgétaire
Salle de radiographie numérique portative	Nord-Ouest	660 000 \$
Salle de radiographie numérique portative	Acadie-Bathurst	660 000 \$
Appareil de coloration de lames par prisme	Beauséjour	125 000 \$
ProVue	Beauséjour	150 000\$
Stérilisateur Sterrad	Beauséjour	170 000\$
Holium Laser – Urologie	Beauséjour	300 000\$
Radioscopie mobile	Beauséjour	240 000 \$
Radioscopie mobile	Restigouche	210 000 \$
Appareil de coagulation (3)	Nord-Ouest	180 000 \$
Échographie (6)	Acadie-Bathurst	1 320 000 \$
Vitros 5600 et Vitros 4600	Beauséjour	350 000\$
Automate de sensibilité – Bactériologie	Beauséjour	200 000\$
Automate de sensibilité – Arcitect i-2000	Beauséjour	250 000\$
Caméra gamma	Beauséjour	1 200 000 \$
Table – cystologie	Acadie-Bathurst	500 000 \$
<b>Total</b>		<b>6 515 000 \$</b>

À noter que le comité de priorisation se réunira en avril 2018 afin de revoir cet ordre de priorité en considérant le budget alloué qui force des choix. De plus, il faudra alors aussi considérer faire des ajouts pour la portion équipement non médical. En effet, en novembre 2017 les équipements non médicaux demandés n'avaient pas été priorisés dans le contexte de privatisation imminente des services alimentaires et environnementaux. Le contexte a changé depuis et nous devons maintenant considérer le remplacement de lave-vaisselle industriel dont le coût peut s'élever au-delà des 500 000 \$ dépendamment des conditions de désuétudes du milieu où se trouve l'équipement.

## Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 17 avril 2018

**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.

## 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!