

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL 

|                                    |  |                        |                                   |
|------------------------------------|--|------------------------|-----------------------------------|
| <b>Titre de la réunion :</b>       | Comité mixte de la qualité et de la gouvernance      | <b>Date et heure :</b> | Le 15 janvier 2024, 9 h à 11 h 30 |
| <b>But de la réunion :</b>         | Réunion régulière                                    | <b>Endroit :</b>       | Teams                             |
| <b>Co-présidentes :</b>            | <b>Claire Savoie (P)</b><br>Johanne Thériault Paulin |                        |                                   |
| <b>Adjointes administratives :</b> | Vicky Pellerin<br>Sophie Legacy                      |                        |                                   |

**Participants****Membres votants**

|                               |  |              |
|-------------------------------|--|--------------|
| Claire Savoie (co-présidente) | Johanne Thériault Paulin (co-présidente) | Poste vacant |
|-------------------------------|--|--------------|

**Membres d'office**

|                       |                                 |
|-----------------------|---------------------------------|
| Dre France Desrosiers | Tom Soucy (ayant droit de vote) |
|-----------------------|---------------------------------|

**Membres invités - Qualité**

|                          |                 |                  |
|--------------------------|-----------------|------------------|
| Dr Eric Levasseur        | Annie Carré     | Pandurang Ashrit |
| Brigitte Sonier Ferguson | Marjorie Pigeon | Diane Mignault   |

**Membres invités - Gouvernance**

|                    |                |
|--------------------|----------------|
| Marc-André Leblanc | Pierre Michaud |
|--------------------|----------------|

**ORDRE DU JOUR**

| Heure  | Sujet   | Pages | Action      |
|--------|---|-------|-------------|
| 9 h    | <b>1. Ouverture de la réunion</b>                     |       | Décision    |
| 9 h 01 | <b>2. Constatation de la régularité de la réunion</b> |       | Décision    |
| 9 h 02 | <b>3. Rappel de confidentialité</b>                   |       | Information |
| 9 h 03 | <b>4. Adoption de l'ordre du jour</b>                 | 1 – 3 | Décision    |
| 9 h 05 | <b>5. Déclaration de conflits d'intérêts</b>          |       | Information |

**QUALITÉ**

|        |   |         |             |
|--------|---|---------|-------------|
| 9 h 06 | <b>6. Approbation du procès-verbal du 19 octobre 2023</b>   | 4 – 7   | Décision    |
| 9 h 07 | <b>7. Suivis de la dernière rencontre</b>   | 8 – 9   | Information |
| 9 h 15 | <b>8. Affaires permanentes</b>  |         | Information |
|        | <b>8.1 Performance du Réseau en matière de qualité et sécurité des patients</b>   |         |             |
|        | 8.1 a) Note exécutive : Performance des programmes clientèles apprenants et des secteurs cliniques transversaux   | 10 – 11 |             |
|        | 8.1 b) Bulletin de performance PAC et SCA   | 12 – 13 | Information |
|        | <b>8.2 Rapport synthèse T2 en matière de qualité, sécurité des patients et expérience des patients</b>  |         |             |
|        | 8.2 a) Note exécutive : Rapport de synthèse du secteur de la qualité, sécurité des patients et expérience patient (QSPEP) avec les résultats du trimestre 2 | 14 – 15 |             |
|        | 8.2 b) Rapport de synthèse QSPEP  | 16 – 27 |             |
|        | <b>8.3 Rapport du Comité consultatif des patients et des familles</b>   | 28 – 29 | Information |

|                   |   |   |  |
|-------------------|---|---|--|
|                   | <p><b>8.4 Rapport synthèse du Bureau du risque organisationnel (T2)</b></p> <p>8.4 a) Note exécutive : Rapport du Bureau des risques organisationnels – 2023-2024-T2</p> <p>8.4 b) Rapport de synthèse du Bureau des risques organisationnels</p>   | <p>30 – 31</p> <p>32 – 35</p>   | <p>Information</p>   |
| 9 h 35            | <p><b>9. Affaires nouvelles</b></p> <p><b>9.1 Révision et approbation du mandat du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients</b></p> <p>9.1 a) Note exécutive : Révision et approbation du mandat du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients</p> <p>9.1 b) Politique CA-350 – Comité de la qualité des soins et la sécurité des patients</p> <p><b>9.2 Révision et approbation du plan de travail du Comité de la qualité des soins et la sécurité des patients</b></p> <p>9.2 a) Note exécutive : : Révision et approbation du plan de travail du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients</p>  | <p>36 – 37</p> <p>38 – 41</p> <p>42 – 43</p>  | <p>Décision</p> <p>Décision</p>  |
| <b>GOVERNANCE</b> |   |   |  |
| 9 h 45            | <b>10. Approbation du procès-verbal du 25 octobre 2023</b>  | 44 – 47   | Décision   |
| 9 h 46            | <p><b>11. Suivis de la dernière réunion</b></p> <p><b>11.1 Plan de formation du Conseil d'administration 2023-2024 : création d'un registre</b></p> <p>11.1 a) Note exécutive : Plan de formation du Conseil d'administration 2023-2024</p> <p>11.1 b) Registre des demandes de formation du Conseil d'administration</p> <p><b>11.2 Mandat du Comité de gouvernance et de mise en candidature</b></p> <p>11.2 a) Note exécutive : Politique CA-320 : Comité de gouvernance et de mise en candidature</p> <p>11.2 b) Politique CA-320 : Comité de gouvernance et de mise en candidature</p> <p><b>11.3 Réorganisation des comités du Conseil d'administration</b></p> <p><b>11.3.1 Couplage du Comité de gouvernance et de mise en candidature et du Comité de la qualité de soins et de la sécurité des patients et couplage du Comité des finances et de vérification et du Comité stratégique de la recherche et de la formation</b></p> <p>11.3.1 a) Note exécutive : Couplage des comités du Conseil d'administration</p> <p>11.3.1 b) Membres des comités du Conseil d'administration 2023-2024</p> <p><b>11.3.2 Changements relativement aux motions (en bloc)</b></p> | <p>48 – 49</p> <p>50</p> <p>51 – 52</p> <p>53 – 55</p> <p>56 – 57</p> <p>58 – 59</p> <p>60 – 61</p> | <p>Décision</p> <p>Information</p> <p>Information et décision</p> <p>Information</p> |

|         |   |   |  |
|---------|---|---|--|
| 10 h 05 | <p><b>12. Affaires permanentes</b></p> <p><b>12.1 Évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration</b></p> <p>12.1 a) Note exécutive : Évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration</p> <p>12.1 b) Résultats du sondage – Réunion publique – 2023-11-07</p> <p><b>12.2 Progression de la mise à jour des règlements administratifs</b></p> <p><b>12.3 Plan de travail du Comité de gouvernance et de mise en candidature 2023-2024</b></p> <p><b>12.3.1 Révision du plan de travail et du calendrier de réunions du Conseil d'administration pour approbation au Conseil d'administration</b></p> <p>12.3.1 a) Note exécutive : Révision du plan de travail et du calendrier de réunions du Conseil d'administration</p> <p>12.3.1 b) Plan de travail du Conseil d'administration 2023-2024</p> <p>12.3.1 c) Calendrier des réunions 2023-2024</p> <p><b>12.3.2 Révision des mandats et des plans de travail des comités du Conseil et recommandation de l'approbation au Conseil d'administration</b></p> <p>12.3.2 a) Note exécutive : Révision des mandats des comités du Conseil d'administration</p> <p>12.3.2 b) Politiques CA-330, CA-350 et CA-395 : Mandats des comités du Conseil d'administration</p> <p>12.3.2 c) Plan de travail des comités du Conseil d'administration 2023-2024</p> | <p>62 – 63</p> <p>64 – 65</p> <p>66 – 67</p> <p>68 – 69</p> <p>70</p> <p>71 – 72</p> <p>73 – 74</p> <p>75 – 86</p> <p>87 – 89</p> | <p>Information</p> <p>Information</p> <p>Information</p> <p>Décision</p> <p>Décision</p> <p>Décision</p> |
| 10 h 40 | <p><b>13. Affaires nouvelles</b></p> <p><b>13.1 Nomination du nouveau membre du Conseil d'administration</b></p> <p><b>13.2 Adoption du manuel d'orientation du Conseil d'administration</b></p> <p>13.3 a) Note exécutive : Adoption du manuel d'orientation du Conseil d'administration</p> <p>13.3 b) Manuel d'orientation du Conseil d'administration</p>   | <p>90 – 91</p> <p>92 – 93</p> <p>94 – 114</p>   | <p>Information</p> <p>Décision</p>   |
| 11 h    | <p><b>14. Date de la prochaine réunion : 2 avril 2024 à 9 h</b></p>   |   | <p>Information</p>   |
| 11 h 01 | <p><b>15. Levée de la réunion</b></p>   |   | <p>Décision</p>  |

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL 

|                                  |   |                                 |                           |                  |
|----------------------------------|---|---------------------------------|---------------------------|------------------|
| <b>Titre de la réunion :</b>     | Comité de gouvernance et de mise en candidature | <b>Date et heure :</b>          | Le 25 octobre 2023 à 12 h |                  |
| <b>But de la réunion :</b>       | Réunion régulière                               | <b>Endroit :</b>                | Teams                     |                  |
| <b>Présidente :</b>              | Claire Savoie                                   |                                 |                           |                  |
| <b>Adjointe administrative :</b> | Sophie Legacy                                   |                                 |                           |                  |
| <b>Participants</b>              |   |                                 |                           |                  |
| <b>Membres votants</b>           |   |                                 |                           |                  |
| Claire Savoie (présidente)       | ✓   | Johanne Thériault Paulin        | ✓                         |                  |
| <b>Membres d'office</b>          |   |                                 |                           |                  |
| Dre France Desrosiers            | ✓   | Tom Soucy (ayant droit de vote) | ✓                         |                  |
| <b>Invités</b>                   |   |                                 |                           |                  |
| Brigitte Sonier Ferguson         | ✓   | Marc-André Leblanc              | ✓                         | Pierre Michaud ✓ |
| <b>PROCÈS-VERBAL</b>             |   |                                 |                           |                  |

**1. Ouverture de la réunion**

La réunion est ouverte par Claire Savoie, présidente du Comité de gouvernance et de mise en candidature, à 12 h.

**2. Constatation de la régularité de la réunion**

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

**3. Adoption de l'ordre du jour****MOTION 2023-10-25 / 01GMC**

Proposée par Thomas Soucy

Appuyée par Johanne Thériault Paulin

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

**Adoptée à l'unanimité.**

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

Aucun conflit d'intérêts n'est mentionné.

**5. Soumission du procès-verbal de la réunion du 9 juin 2022**

Dre France Desrosiers confirme que le procès-verbal de la réunion du 9 juin 2022 est fidèle aux discussions tenues et aux décisions prises à cette réunion.

**6. Affaires permanentes****6.1 Nomination de la vice-présidence et du trésorier du Conseil d'administration**

Il revient au Comité de gouvernance et de mise en candidature de procéder à la nomination de la vice-présidence et du trésorier du Conseil d'administration. Après discussion, Monsieur Réjean Després sera nommé à titre de vice-président et trésorier du Conseil d'administration.

**MOTION 2023-10-25 / 02GMC**

Proposée par Johanne Thériault Paulin

Appuyée par Thomas Soucy

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature nomme Réjean Després vice-président et trésorier du Conseil d'administration.

**Adoptée à l'unanimité.**

## **6.2 Nomination de tous les comités du Conseil d'administration, le Comité professionnel consultatif (CPC), le Comité médical consultatif (CMC) ou autres**

La structure des comités avait été présentée et mise en application en septembre 2023; cependant, nous devons la revisiter aujourd'hui. Ce point est discuté au point 7.6.

## **6.3 Évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration**

Les réunions du Conseil d'administration sont évaluées par le biais d'un questionnaire distribué aux membres du Conseil d'administration le jour même de chaque rencontre. Les réponses à ce questionnaire sont compilées et un rapport est généré.

## **7. Affaires nouvelles**

### **7.1 Mandat du Comité de gouvernance et de mise en candidature**

L'adoption du mandat du Comité de gouvernance et de mise en candidature est présentée pour recommandation. Une copie à jour du mandat sera présentée à la prochaine réunion du Comité de gouvernance et de mise en candidature.

#### **MOTION 2023-10-25 / 03GMC**

Proposée par Johanne Thériault Paulin

Appuyée par Thomas Soucy

Et résolu que le mandat du Comité de gouvernance et de mise en candidature, tel que présenté, soit soumis pour approbation au Conseil d'administration.

**Adoptée à l'unanimité.**

### **7.2 Progression de la mise à jour des règlements administratifs**

Les membres du Comité de gouvernance et de mise en candidature sont informés que ce sujet est partagé à titre d'information et que ce sujet reviendra à chaque réunion jusqu'à l'adoption finale des règlements administratifs. La mise à jour sur la progression de la mise à jour des règlements administratifs sera fournie à chaque réunion.

### **7.3 Plan de travail du Comité de gouvernance et de mise en candidature 2023-2024**

Le plan de travail du Comité de gouvernance et de mise en candidature pour 2023-2024 est présenté pour adoption.

#### **MOTION 2023-10-25 / 04GMC**

Proposée par Johanne Thériault Paulin

Appuyée par Thomas Soucy

Et résolu que le plan de travail du Comité de gouvernance et de mise en candidature soit adopté tel que présenté.

**Adoptée à l'unanimité.**

### **7.4 Plan de formation du Conseil d'administration 2023-2024**

Le plan de formation du Conseil d'administration 2023-2024 est partagé à titre de discussion et de réflexion. Il est proposé de créer un registre pour le Conseil d'administration sur Teams afin qu'y soient déposées les demandes de formation des membres du Conseil d'administration selon leurs besoins. Un point intitulé sujet de discussion sera ajouté à l'évaluation des membres afin qu'ils puissent identifier des idées de formation pour les réunions futures. Cette proposition sera présentée à tous les membres du Conseil d'administration le 7 novembre 2023.

#### **MOTION 2023-10-25 / 05GMC**

Proposée par Johanne Thériault Paulin

Appuyée par Thomas Soucy

Il est résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature propose de créer un registre pour le Conseil d'administration sur Teams afin qu'y soient déposées les demandes de formation des membres du Conseil d'administration selon leurs besoins. Cette proposition sera présentée à tous les membres du Conseil d'administration le 7 novembre 2023.

**Adoptée à l'unanimité.**

## 7.5 Évaluation de la session d'orientation des membres du Conseil d'administration

L'évaluation de la session d'orientation des membres du Conseil d'administration 2023-2024 est partagée à titre de discussion et de réflexion.

Un rappel sera fait lors de la réunion du 7 novembre 2023, à savoir que tous les membres du Conseil ont la responsabilité de remettre leur évaluation des réunions et que celle-ci devrait être complétée avant la fin de la réunion.

## 7.6 Réorganisation des comités du Conseil d'administration

Ce point 7.6 comprend la discussion du point 6.2 : Nomination de tous les comités du Conseil d'administration, le Comité professionnel consultatif (CPC), le Comité médical consultatif (CMC) ou autres.

Il revient au Comité de gouvernance et de mise en candidature de nommer les présidentes et les présidents des comités du Conseil, du CPC et du CMC, ainsi que la composition de ces comités, comme indiqué au tableau en annexe.

Après discussion, les nominations suivantes sont proposées :

### **Comité des finances et de vérification**

Réjean Després : président du comité

Yves Francoeur : membre du comité

Tom Soucy : membre du comité

### **Comité de gouvernance et de mise en candidature**

Claire Savoie : présidente du comité

Johanne Thériault Paulin : membre du comité

Tom Soucy : membre du comité

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

(nouveau membre à venir) : président(e) du comité

Claire Savoie : membre du comité

Tom Soucy : membre du comité

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

Julie Cyr : présidente du comité

Réjean Després : membre du comité

Tom Soucy : membre du comité

### **Comité médical consultatif (CMC)**

Dr Éric Levasseur : président du comité

### **Comité professionnel consultatif (CPC)**

Annie Carré : présidente du comité

### **MOTION 2023-10-25 / 06GMC**

Proposée par Johanne Thériault Paulin

Appuyée par Thomas Soucy

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature soumet les nominations des présidentes et des présidents des comités du Conseil d'administration, du CPC et du CMC, ainsi que la composition de ces comités du Conseil d'administration, tel que présenté lors de la réunion du 25 octobre 2023, en annexe.

**Adoptée à l'unanimité.**

Une réorganisation des comités du Conseil d'administration est demandée, puisque les horaires des membres sont complexes et que nous nous sommes aperçus rapidement que de n'avoir que 2 membres par comité rendent l'atteinte du quorum difficile advenant l'absence non prévue d'un des membres.

Les avantages de coupler les 4 comités est que la membricité s'élève à 3 membres par comité, ce qui rend le quorum plus simple à atteindre et que ceci simplifierait les horaires pour toute l'équipe.

La proposition est la suivante :

- Couplage du Comité de Gouvernance et de mise en candidature et du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients
- Couplage du Comité des finances et de vérification et du Comité stratégique de la recherche et de la formation

À considérer :

Ces deux couplages sont proposés pour balancer les pouvoirs.

1. Le Comité des finances et de vérification et le Comité de gouvernance et de mise en candidature couplés représenteraient un débalancement de pouvoirs puisqu'il s'agit des deux comités les plus décisionnels.
2. Le Comité stratégique de la recherche et de la formation comprend des membres extérieurs à l'organisation (étant donné sa nature). C'est ce qui justifie qu'on propose de les coupler.

Couplage du Comité de gouvernance et de mise en candidature et du Comité de la qualité de soins et de la sécurité des patients

Présidente : Claire Savoie

Membres : Johanne Thériault Paulin et nouveau membre

Couplage du Comité des finances et de vérification et du Comité stratégique de la recherche et de la formation

Comité des finances et de vérification

Président : Réjean Després

Membres : Yves Francoeur et Julie Cyr

Comité stratégique de la recherche et de la formation

Présidente : Julie Cyr

Membres : Yves Francoeur et Réjean Després

**MOTION 2023-10-24 / 07GMC**

Proposée par Thomas Soucy

Appuyée par Johanne Thériault Paulin

Et résolu que le couplage du Comité de gouvernance et de mise en candidature et du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients ainsi que le couplage du Comité des finances et de vérification et du Comité stratégique de la recherche et de la formation, sous réserve du respect des règlements administratifs et dans un optique de simplifier au maximum notre structure de fonctionnement, soient soumis pour approbation au Conseil d'administration le 7 novembre 2023.

**Adoptée à l'unanimité.**

**8. Date de la prochaine réunion**

La prochaine réunion aura lieu le 16 janvier 2024 à 13 h.

**9. Levée de la réunion**

La levée de la réunion est proposée par Johanne Thériault Paulin à 12 h 39.

---

Claire Savoie  
Présidente du comité

---

Pierre Michaud  
Chef de la gestion des risques

**Nom du comité :** Comité mixte de la qualité et de la gouvernance

**Date :** 11 janvier 2024

**Objet :** Plan de formation du Conseil d'administration 2023-2024

## Objectif

L'objectif est d'adopter un plan de formation pour le Conseil d'administration pour l'année 2023-2024 et de formaliser le registre pour recueillir les demandes de formation des membres du Conseil d'administration.

## Contexte

Les membres du Conseil d'administration bénéficient d'une séance de formation d'une durée de 45 minutes environ par réunion.

Lors de la rencontre du Comité de gouvernance du 25 octobre 2023, la MOTION 2023-10-25 / 05GMC a été adoptée pour la création d'un registre des demandes de formation des membres du Conseil d'administration.

Selon la politique CA-320, le Comité de gouvernance et de mise en candidature est responsable de voir à la formation des membres du Conseil d'administration. De ce fait, il est préférable que le Comité de gouvernance et de mise en candidature mette en place un plan de formation annuel pour le Conseil d'administration.

De plus, l'adoption d'un plan de formation permet au Comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada AC : 2.2.9; 5.1.3; 6.1.3.

## Solution proposée

Le registre des demandes de formation des membres du Conseil d'administration est maintenant en vigueur sur Teams. Les membres en seront avisés lors de la prochaine réunion du Conseil d'administration.

Afin de s'acquitter de ses obligations, il est proposé d'adopter le plan de formation du Conseil d'administration suivant pour l'année 2023-2024.

| DATE                          | SUJET  | PRÉSENTÉ PAR                        |
|-------------------------------|--|-------------------------------------|
| <b>Septembre 2023</b>         | Orientation générale du Conseil d'administration | Diverses personnes                  |
| <b>Novembre 2023 (Zone 4)</b> | Processus d'octroi de privilèges des médecins    | Dr Éric Levasseur                   |
| <b>Février 2024 (Zone 6)</b>  | Équité, diversité et inclusion - AC : 2.1.2      | Ghislaine Arsenault                 |
| <b>Avril 2024 (Zone 5)</b>    | Risques organisationnels - AC : 2.1.2            | Bureau des risques organisationnels |
| <b>Juin 2024 (Zone 1)</b>     | Réconciliation avec les autochtones - AC : 6.1.2 | À déterminer                        |



## Avantages

Faciliter la planification à long terme des rencontres du Conseil d'administration.

## Désavantages

S/O.

## Considérations importantes

Faire valoir l'analyse des répercussions sur le plan de l'éthique; de l'allocation des ressources (analyse financière); de la qualité et de la sécurité; les impacts politiques; des partenariats; de la réputation et de la communication; et de la gestion des risques (analyse légale).

| Répercussions                                  | Négligeables | Modérées | Importantes | Commentaires |
|--|--------------|----------|-------------|--------------|
| Éthique  | x            |          |             |              |
| Qualité et sécurité                            | x            |          |             |              |
| Partenariats                                   | x            |          |             |              |
| Gestion des risques (analyse légale)           | x            |          |             |              |
| Allocation des ressources (analyse financière) | x            |          |             |              |
| Impacts politiques                             | x            |          |             |              |
| Réputation et communication                    | x            |          |             |              |

## Suivi à la décision

Il sera important de tenir compte de l'évaluation des réunions du Conseil d'administration afin de déterminer s'il y a des pistes de réflexion quant aux formations qui pourraient être offertes au Conseil d'administration et sous quel format.

1. Les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada (édition 2022) pour les visites sont cités en référence dans le document de la manière suivante : « (AC : 1.1.1) ».

|       |  |
|-------|--|
| 2.2.9 | L'instance de gouvernance offre une formation continue sur la gouvernance à ses membres.   |
| 5.1.3 | L'instance de gouvernance offre une formation et des possibilités d'apprentissage continues à ses membres sur la sécurisation culturelle et l'humilité et sur le racisme systémique.                             |
| 6.1.3 | L'instance de gouvernance offre une formation et des possibilités d'apprentissage continues à ses membres sur la sécurisation culturelle et l'humilité et sur le racisme systémique à l'endroit des Autochtones. |

Proposé et appuyé

Et résolu que le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance recommande l'adoption du plan de formation 2023-2024 au Conseil d'administration.

Adoption.

**Soumis le 14 décembre 2023 par Pierre Michaud, chef de la gestion des risques et Marc-André LeBlanc, conseiller principal en gestion des risques organisationnels.**



**Nom du comité :** Comité mixte de la qualité et de la gouvernance

**Date :** 11 janvier 2024

**Objet :** Politique CA-320 : Comité de gouvernance et de mise en candidature

## Objectif

L'objectif est de présenter la version finale et adoptée du mandat du Comité de gouvernance et de mise en candidature.

## Contexte

Le mandat du Comité de gouvernance et de mise en candidature a été adopté par le Comité le 25 octobre 2023 et par le Conseil d'administration le 7 novembre 2023.

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature a demandé qu'une copie finale du mandat du Comité soit présentée à la rencontre de janvier 2024 à la suite de son adoption.

## Solution proposée

Sans objet.

## Avantages

Sans objet.

## Désavantages

Sans objet.

## Considérations importantes

Faire valoir l'analyse des répercussions sur le plan de l'éthique; de l'allocation des ressources (analyse financière); de la qualité et de la sécurité; les impacts politiques; des partenariats; de la réputation et de la communication; et de la gestion des risques (analyse légale).

| Répercussions                                  | Négligeables | Modérées | Importantes | Commentaires |
|--|--------------|----------|-------------|--------------|
| Éthique  | x            |          |             |              |
| Qualité et sécurité                            | x            |          |             |              |
| Partenariats                                   | x            |          |             |              |
| Gestion des risques (analyse légale)           | x            |          |             |              |
| Allocation des ressources (analyse financière) | x            |          |             |              |
| Impacts politiques                             | x            |          |             |              |
| Réputation et communication                    | x            |          |             |              |

## **Suivi à la décision**

La politique sera bientôt soumise au système d'approbation des politiques et des procédures du Réseau de santé Vitalité et sera mise à jour sur le site web du Réseau.

**Soumis le 4 janvier 2024 par Pierre Michaud, chef de la gestion des risques et Marc-André LeBlanc, conseiller principal en gestion des risques organisationnels.**

## Manuel : Conseil d'administration

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Titre :</b>                         | COMITÉ DE GOUVERNANCE ET DE MISE EN CANDIDATURE      | <b>N° :</b> CA-320                              |
| <b>Section :</b>                       | Comités du Conseil                                   | <b>Date d'entrée en vigueur :</b> 2023-11-07    |
| <b>Mandataire :</b>                    | Conseil d'administration                             | <b>Date de révision précédente :</b> 2022-06-21 |
| <b>Approbateur :</b>                   | Conseil d'administration<br>Thomas Soucy, président. | <b>Approuvée le :</b> 2023-11-07                |
| <b>Établissement(s)/programme(s) :</b> |  |   |

### BUT

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature est responsable d'orienter le Conseil d'administration (le « Conseil ») sur les questions relatives à la structure et à la bonne gouvernance du Réseau de santé Vitalité (le « Réseau »), et d'appuyer et conseiller le Conseil en la matière. Il s'occupe principalement de surveiller les activités du conseil d'administration, plutôt que celles de l'organisme dans son ensemble. Il voit également à l'adoption par le Conseil de politiques assurant la bonne gouvernance du Réseau ainsi qu'à la mise en place d'un processus d'évaluation du Conseil, de ses comités et de ses membres. Enfin, il appuie le Conseil dans son examen du suivi des grandes orientations et des priorités stratégiques, conformément à la raison d'être et les valeurs du Réseau (AC : 1.1.3, 1.1.5)

### Composition et fonctionnement

1. Le comité est composé d'au moins deux membres du Conseil ayant droit de vote, dont l'un assumera la présidence du Comité.
2. Le président du comité est nommé par le Conseil.
3. Le président du Conseil d'administration est membre d'office avec droit de vote et le président-directeur général est membre d'office sans droit de vote.
4. Le comité fonctionne en respectant la politique sur les comités du Conseil (CA-300).
5. Le comité se réunit quatre fois par année selon un calendrier préétabli.

### Responsabilités

#### Structure et processus de gouvernance :

1. Guider le Conseil et lui soumettre des recommandations par rapport à sa structure et à ses processus de gouvernance, en se basant sur le cadre législatif du Réseau, des politiques du Conseil, des normes de gouvernance d'Agrément Canada, des bonnes pratiques en gouvernance et des compétences des membres en gouvernance (AC : 1.1.1, 1.1.2, 2.1.1, 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3, 2.2.6, 2.2.7, 2.2.10, 3.1.1, 3.1.2, 3.1.3, 3.1.9, 3.1.10, 3.2.1, 3.2.2, 3.2.3, 3.5.1, 4.1.1, 4.1.2, 4.1.3, 4.2.4).

2. Surveiller et contrôler la conformité au Code de conduite et morale des membres du Conseil d'administration (CA-135) (AC : 2.1.3, 2.2.5).

#### Planification stratégique :

3. En matière de planification stratégique et de suivi des orientations stratégiques, appuyer le Conseil dans :
  - a) Sa supervision du processus de planification stratégique.

#### Fonctionnement du Conseil d'administration :

4. Respecter des procédures transparentes fondées sur une approche d'équité, de diversité et d'inclusion (EDI) quant à la gestion des membres du Conseil, y compris la gestion du président (AC : 2.1,2).
5. Voir à la mise en place d'un processus d'évaluation de l'efficacité du conseil après chaque réunion et à une évaluation annuelle du Conseil, des dirigeants, des comités et de ses membres. (AC : 2.2.4, 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3).
6. Voir à la formation, des activités de sensibilisation et à des possibilités d'apprentissage des membres du Conseil et à l'orientation des nouveaux membres du Conseil, y compris sur la sécurisation culturelle et l'humilité et sur le racisme systémique (AC : 2.2.8, 2.2.9, 5.1.3, 6.1.3).
7. S'assurer de la conformité des mandats du Conseil et de ses comités en lien avec les lois, règlements administratifs, règles et politiques et soumet ceux-ci à l'approbation du Conseil (AC : 2.1.4, 2.2.2).
8. Recruter et proposer la candidature des dirigeants et des présidents des comités du Conseil.
9. Lors du choix des candidatures aux différents comités, ainsi qu'à la présidence de chaque comité et de la vice-présidence du Conseil, le Comité de gouvernance et de mise en candidature tient compte :
  - des compétences, habiletés et de l'expérience de chaque membre ;
  - de la continuité dans le fonctionnement des comités et dans les rôles des dirigeants ;
  - des préférences de chaque membre.Au besoin, une rotation périodique des membres, de la présidence des comités et vice-présidence du Conseil doit être considérée dans le but de reconnaître et d'apporter un équilibre entre le besoin pour de nouvelles idées, la continuité et le maintien d'une expertise fonctionnelle.
10. Soumettre à l'Assemblée générale annuelle du Conseil, des candidatures pour les postes des comités du Conseil (président, vice-président, trésorier, dirigeants), des candidatures pour les membres de tous les comités du Conseil, sauf mention contraire dans les règlements administratifs, ainsi que des candidatures pour les postes au sein du Comité professionnel consultatif et du Comité médical consultatif, y compris pour le remplacement de postes devenus vacants avant la fin du mandat des titulaires.

11. S'acquitter de toute autre responsabilité que peut lui confier le Conseil.

### Rapport

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

### **RÉFÉRENCE**

1. Les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada (édition 2022) pour les visites sont référencés dans le document de la manière suivante : « (AC : 1.1.1) ».

### **Attestation de lecture et compréhension du mandat**

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Retourner une copie signée au président du comité, suite à la première réunion du comité selon le calendrier annuel.

**Remplace :** Zone 1 : \_\_\_\_\_ Zone 5 : \_\_\_\_\_  
Zone 4 : \_\_\_\_\_ Zone 6 : \_\_\_\_\_

**Nom du comité** : Comité mixte de la qualité et de la gouvernance

**Date** : 11 janvier 2024

**Objet** : Couplage des comités du Conseil d'administration

## Objectif

L'objectif est d'expliquer le raisonnement du couplage des comités et d'adopter la nomination des membres des comités du Conseil d'administration.

## Contexte

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature avait adopté, en octobre 2023, la membricité des comités du Conseil d'administration, mais celle-ci a depuis changé.

À la suite des premières réunions des comités, il a été convenu que les horaires des membres du Conseil d'administration sont complexes et qu'il est difficile d'obtenir le quorum des comités advenant l'absence non prévue d'un des membres, il a donc été décidé d'étudier la possibilité de coupler les comités.

La nomination des membres des comités du Conseil d'administration permet au comité de s'acquitter de sa responsabilité en matière de gouvernance selon le critère de la norme Gouvernance d'Agrément Canada AC : 2.1.4.

Selon la politique du Conseil CA-320, le Comité de gouvernance et de mise en candidature est responsable de soumettre à l'Assemblée générale annuelle du Conseil des candidatures pour les membres des comités du Conseil.

## Solution proposée

La solution proposée est de coupler les comités de la façon suivante :

- Comité mixte de la qualité et de la gouvernance
- Comité mixte de la recherche, de la formation et des finances

Ceci signifie qu'il y aura 3 membres du Conseil d'administration en plus du président du Conseil d'administration à chaque comité.

Ceci signifie que les membres d'offices, autres que la P.-D.G. et le président du Conseil d'administration, deviendront des membres invités et ne seront présents que durant la section qui leur est pertinente.

La membricité des comités proposés est présentée en annexe.

Dans ce nouveau format, il y aura :

- Une co-présidence des comités
  - o une co-présidence en alternance par section pour le Comité mixte de la recherche, de la formation et des finances;
  - o une co-présidence en alternance par réunion pour le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance;



- Une seule réunion pour le comité mixte;
- Deux mandats par comité (un mandat par section);
- Un seul procès-verbal; et
- Un seul ordre du jour.

## Avantages

Améliorer l'assiduité des membres aux rencontres des comités du Conseil d'administration.

## Désavantages

S/O.

## Considérations importantes

Faire valoir l'analyse des répercussions sur le plan de l'éthique; de l'allocation des ressources (analyse financière); de la qualité et de la sécurité; les impacts politiques; des partenariats; de la réputation et de la communication; et de la gestion des risques (analyse légale).

| Répercussions                                  | Négligeables | Modérées | Importantes | Commentaires |
|--|--------------|----------|-------------|--------------|
| Éthique  | x            |          |             |              |
| Qualité et sécurité                            | x            |          |             |              |
| Partenariats                                   |              | x        |             |              |
| Gestion des risques (analyse légale)           | x            |          |             |              |
| Allocation des ressources (analyse financière) | x            |          |             |              |
| Impacts politiques                             | x            |          |             |              |
| Réputation et communication                    | x            |          |             |              |
|  |              |          |             |              |

## Suivi à la décision

1. Les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada (édition 2022) pour les visites sont cités en référence dans le document de la manière suivante : « (AC : 1.1.1) ».

|       |  |
|-------|--|
| 2.1.4 | L'instance de gouvernance crée des comités propres au sujet au besoin pour s'acquitter de ses responsabilités. |
|-------|--|

Proposé et appuyé

Et résolu que le Comité mixte de la qualité et de gouvernance soumet au Conseil d'administration les nominations des membres des comités du Conseil d'administration tels que présentées lors de la réunion et en annexe.

Adoption.

**Soumis le (14 décembre 2023) par Pierre Michaud, chef de la gestion des risques et Marc-André LeBlanc, conseiller principal en gestion des risques organisationnels.**

## Conseil d'administration Comités 2023-2024

**Président : Tom Soucy**

**Vice-président : Réjean Després**

**Trésorier : Réjean Després**

---

### Comité exécutif

---

Tom Soucy : président du comité

Réjean Després : vice-président

Claire Savoie : co-présidente du Comité mixte de la qualité et de la gouvernance

(PDG : Dre France Desrosiers)

---

#### Comité mixte de la qualité et de la gouvernance

##### **Qualité et Gouvernance**

Johanne Thériault Paulin : co-présidente (section Qualité)

Claire Savoie : co-présidente (section Gouvernance)

Poste vacant

##### **Membres votants**

Johanne Thériault Paulin (section Gouvernance)

Claire Savoie (section Qualité)

Poste vacant

##### **Membres d'office**

Thomas Soucy : président

Dre France Desrosiers, PDG

##### **Membres invités - Gouvernance**

Pierre Michaud

Marc-André Leblanc

##### **Membres invités - Qualité**

Dr Eric Levasseur

Annie Carré

Pandurang Ashrit

Brigitte Sonier Ferguson

Marjorie Pigeon

Diane Mignault

---

#### Comité mixte de la recherche, de la formation et des finances

##### **Recherche et formation et Finances**

Julie Cyr : co-présidente (section Recherche et formation)

Réjean Després : co-président (section Finances)

Yves Francoeur

##### **Membres votants**

Julie Cyr (section Finances)

Réjean Després (section recherche et Formation)

Yves Francoeur

##### **Membres d'office**

Thomas Soucy : président

Dre France Desrosiers, PDG

##### **Membres invités - Recherche et formation**

Dr Denis Prudhomme

Dr Michel H. Landry

Brigitte Sonia Ferguson

Martine Poirier

Erika Dugas

Stephen Lewis

##### **Membres invités - Finances**

Patrick Parent

Alain Lavallée

---

#### Comité d'appréciation du rendement et du perfectionnement de la PDG

---

Tom Soucy : président

Réjean Després : vice-président

Claire Savoie : présidente, Comité conjoint de qualité et de gouvernance

---

### Comités consultatifs

#### Comité médical consultatif (CMC)

Dr Éric Levasseur : président du comité

Membres votants :

- Dre Danièle Thibodeau
- Dre Carole Clavette
- Dr Simon Racine
- Dr Marc-André Doucet
- Dre Nadine Lebel-Déjario
- Dr Vincent Moreau
- Dr Jean-Philippe Lepage
- Dr Luc Cormier
- Dre Ariane Bouchard
- Dr Jean-François Bélanger
- Dr André-Denis Basque
- Dre Marie-Hélène Ranger
- Dr Marc-André Collin

Membres d'office (sans droit de vote) :

- Dre France Desrosiers
- Dre Natalie Banville
- Brigitte Sonier Ferguson
- Dr Martin Robichaud
- Dre Jocelyne Hébert
- Dre Michèle Michaud
- Dre Laurie Malenfant
- Dr Patrick Thibeault
- Dre Anick Pelletier
- Dr Pierre Tremblay
- Dr Michel H. Landry
- Dr Pandurang Ashrit
- Dre Rita RaaFat Gad
- Annie Carré

Invités :

- Marjorie Pigeon
- Malik Bereksi
- Marie-Ève Francoeur

#### Comité professionnel consultatif (CPC)

Annie Carré – Présidente du comité

Membres votants :

- Julie Aubé-Pinet
- Janie St-Onge
- Julie Morin
- Lyne Cormier Landry
- Daniel Doucette
- Luc Jalbert
- Nadine Lewis
- Jacques Gagnon - Partenaire de l'expérience patient
- Sophie Levesque
- Annie Berthelot – Vice-présidente
- Julie Richard Julie Richard
- Amy Martin
- Nicole Caissie
- Diane Savoie Morneault

Membres d'office (sans droit de vote) :

- Dre France Desrosiers
- Patrick Parent
- Sharon Smyth-Okana
- Brigitte Sonier-Ferguson
- Eric Levasseur
- Marjorie Pigeon
- Virgil Guitard

*\*Le président du Conseil d'administration et la présidente-directrice générale sont membres ex-officio (d'office) sur tous les comités du Conseil. Le président est membre ex-officio votant de tous les comités du Conseil d'administration.*

**Nom du comité :** Comité mixte de la qualité et de la gouvernance

**Date :** 11 janvier 2024

**Objet :** Changement relativement aux motions (en bloc)

## Objectif

L'objectif est d'informer les membres du Comité mixte de la qualité et de la gouvernance de la nouvelle procédure qui sera utilisé pour l'adoption des motions des comités lors des réunions du Conseil d'administration.

## Contexte

Il a été déterminé qu'il serait préférable que les rapports et les motions des comités du Conseil d'administration soient présentés de façon uniforme et que les motions qui découlent de ces rapports soient aussi adoptées de façon uniforme lors des réunions du Conseils d'administration.

Selon la politique du Conseil CA-320, le Comité de gouvernance et de mise en candidature est responsable de guider le Conseil d'administration et de lui soumettre des recommandations par rapport à sa structure et à ses processus de gouvernance.

## Solution proposée

La solution proposée est que les rapports et les motions des comités du Conseil d'administration soient présentées et adoptées de la façon suivante lors des réunions du Conseil d'administration :

1. Les points à titre d'information sont clairement identifiés et présentés en premier (une section à la fois).
2. Les motions à être adoptées sont clairement identifiées aux fins de décision et présentées en second lieu (une section à la fois).
3. Une fois le rapport présenté, une première motion sera proposée pour recevoir le rapport du comité mixte.
4. Une seconde motion sera proposée pour adopter en bloc l'ensemble des motions du comité mixte.

## Avantages

Simplifier la présentation et l'adoption des rapports et des motions qui découlent des comités du Conseil d'administration.

## Désavantages

S/O.

## Considérations importantes

Faire valoir l'analyse des répercussions sur le plan de l'éthique; de l'allocation des ressources (analyse financière); de la qualité et de la sécurité; les impacts politiques; des partenariats; de la réputation et de la communication; et de la gestion des risques (analyse légale).

| Répercussions                                  | Négligeables | Modérées | Importantes | Commentaires |
|--|--------------|----------|-------------|--------------|
| Éthique  | X            |          |             |              |
| Qualité et sécurité                            | X            |          |             |              |
| Partenariats                                   | X            |          |             |              |
| Gestion des risques (analyse légale)           | X            |          |             |              |
| Allocation des ressources (analyse financière) | X            |          |             |              |
| Impacts politiques                             | X            |          |             |              |
| Réputation et communication                    | X            |          |             |              |

## Suivi à la décision

Il y aura une courte présentation à ce sujet pour les membres du Conseil d'administration lors de la prochaine réunion du Conseil d'administration.

**Soumis le 14 décembre 2023 par Pierre Michaud, chef de la gestion des risques et Marc-André LeBlanc, conseiller principal en gestion des risques organisationnels.**

**Nom du comité :** Comité mixte de la qualité et de la gouvernance

**Date :** 11 janvier 2024

**Objet :** Évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration

## Objectif

L'objectif est de présenter le rapport d'évaluation de la réunion du Conseil d'administration du 7 novembre 2023. Ceci est un point présenté à titre d'information et aux fins de discussion.

## Contexte

Ce rapport permet au comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada AC : 4.2.1.

Selon la politique CA-320, le comité de gouvernance et de mise en candidature est responsable de voir à la mise en place d'un processus d'évaluation de l'efficacité du conseil après chaque réunion.

## Solution proposée

S/O

## Avantages

S/O

## Désavantages

S/O

## Considérations importantes

Faire valoir l'analyse des répercussions sur le plan de l'éthique; de l'allocation des ressources (analyse financière); de la qualité et de la sécurité; les impacts politiques; des partenariats; de la réputation et de la communication; et de la gestion des risques (analyse légale).

| Répercussions                                  | Négligeables | Modérées | Importantes | Commentaires |
|--|--------------|----------|-------------|--------------|
| Éthique  | x            |          |             |              |
| Qualité et sécurité                            | x            |          |             |              |
| Partenariats                                   | x            |          |             |              |
| Gestion des risques (analyse légale)           | x            |          |             |              |
| Allocation des ressources (analyse financière) | x            |          |             |              |
| Impacts politiques                             | x            |          |             |              |

|                             |   |  |  |  |
|-----------------------------|---|--|--|--|
| Réputation et communication | x |  |  |  |
|-----------------------------|---|--|--|--|

## Suivi à la décision

1. Les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada (édition 2022) pour les visites sont cités en référence dans le document de la manière suivante : « (AC : 1.1.1) ».

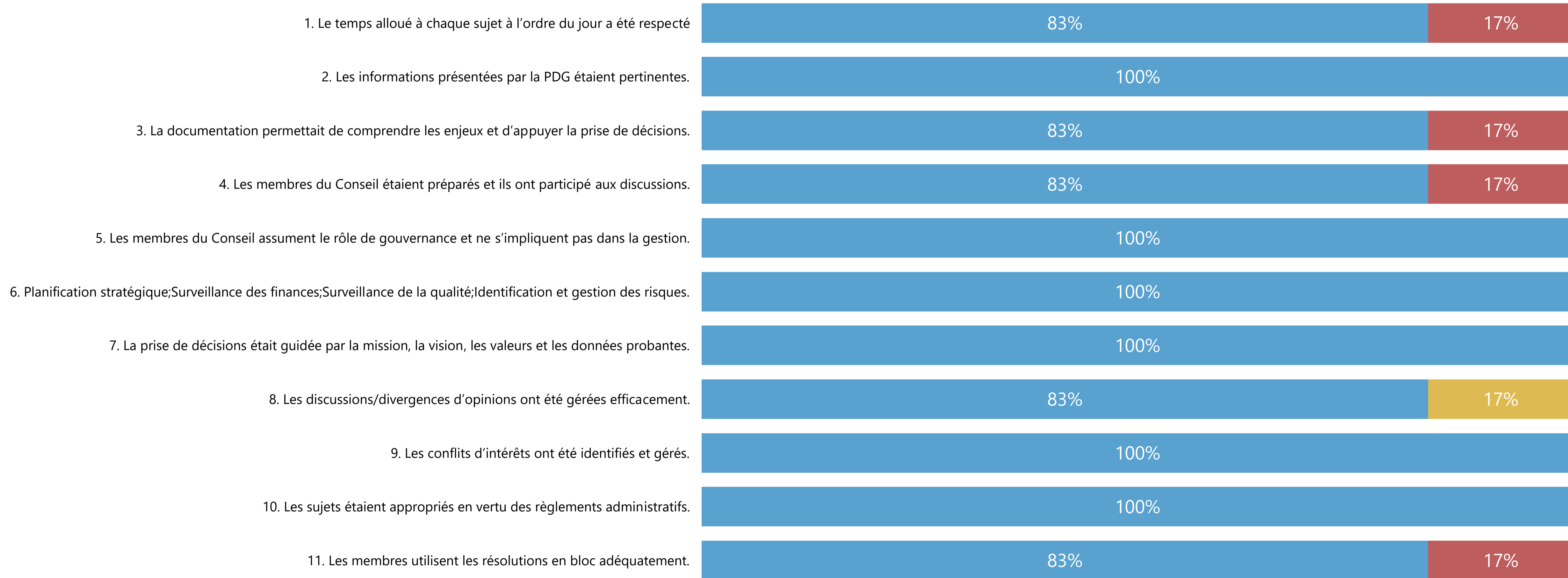
|       |  |
|-------|--|
| 4.2.1 | L'instance de gouvernance évalue régulièrement son efficacité afin d'apporter des améliorations au besoin. |
|-------|--|

**Soumis le 14 décembre 2023 par Pierre Michaud, chef de la gestion des risques et Marc-André LeBlanc, conseiller principal en gestion des risques organisationnels.**

## Questions à échelle d'évaluation

Pourcentage de participation : 100 % (6 membres)

Pourcentage de questions répondues : 100 %



● 6. Tout à fait d'accord ● 5. D'accord ● 4. Ni d'accord ni en désaccord ● 3. Pas d'accord ● 2. Pas du tout d'accord ● 1. Sans objet (S.O.)



**12. Veuillez fournir vos besoins, vos demandes et/ou vos suggestions en matière de formation ainsi que vos idées de discussions productives.**

**13. Veuillez utiliser cet espace pour ajouter des commentaires.**

Évaluation de la réunion publique.

**Nom du comité :** Comité mixte de la qualité et de la gouvernance

**Date :** 11 janvier 2024

**Objet :** Révision des règlements administratifs

## Objectif

Présenter à titre informatif l'échéancier prévu pour la révision des règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité.

## Contexte

Cette mise à jour permet au Comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada AC : 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3, 2.2.10.

Les règlements administratifs ont été approuvés par le ministre de la Santé le 30 juillet 2021.

La *Loi sur les régies régionales de la santé* a été amendée en 2023 et il s'avère nécessaire de modifier les règlements administratifs des régies régionales de la santé afin de s'assurer que ceux-ci respectent les nouvelles dispositions de la Loi.

Les règlements administratifs sont pratiquement les mêmes du côté du Réseau de santé Horizon et du Réseau de santé Vitalité. Le Réseau de santé Vitalité a commencé sa propre révision en tenant compte des nouvelles dispositions de la *Loi* et en profitant de l'occasion pour revoir l'ensemble des règlements administratifs.

## Solution proposée

L'échéancier proposé est le suivant :

|                              |  |          |
|------------------------------|--|----------|
| Septembre à novembre 2023    | Révision par le Bureau des risques organisationnels                                | Complété |
| Novembre 2023 à janvier 2024 | Révision par le secteur des affaires médicales                                     | En cours |
| Janvier à mars 2024          | Consultation avec les parties prenantes au Réseau                                  | À venir  |
| Mars 2024 à avril 2024       | Mise en page du document pour la consultation et traduction des sections modifiées | À venir  |
| À déterminer                 | Consultation et négociation avec le Réseau de santé Horizon                        | À venir  |
| À déterminer                 | Révision juridique   | À venir  |
| À déterminer                 | Traduction et révision linguistique finale   | À venir  |
| À déterminer                 | Approbation par le Comité de gouvernance   | À venir  |
| À déterminer                 | Approbation par le Conseil d'administration  | À venir  |
| À déterminer                 | Approbation par le ministre de la Santé  | À venir  |

L'échéancier proposé pourrait être appelé à changer selon les disponibilités des différents/services et partenaires qui devront faire partie intégrale du processus de révision.

## Avantages

Être en conformité avec la *Loi sur les régies régionales de la santé*  
Revoir l'ensemble des processus et des éléments prévus dans les règlements administratifs .

## Désavantages

S/O.

## Considérations importantes

Faire valoir l'analyse des répercussions sur le plan de l'éthique; de l'allocation des ressources (analyse financière); de la qualité et de la sécurité; les impacts politiques; des partenariats; de la réputation et de la communication; et de la gestion des risques (analyse légale).

| Répercussions                                  | Négligeables | Modérées | Importantes | Commentaires |
|--|--------------|----------|-------------|--------------|
| Éthique  | x            |          |             |              |
| Qualité et sécurité                            | x            |          |             |              |
| Partenariats                                   |              | x        |             |              |
| Gestion des risques (analyse légale)           |              | x        |             |              |
| Allocation des ressources (analyse financière) | x            |          |             |              |
| Impacts politiques                             |              | x        |             |              |
| Réputation et communication                    | x            |          |             |              |

## Suivi à la décision

1. Les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada (édition 2022) pour les visites sont référencés dans le document de la manière suivante : « (AC : 1.1.1) ».

|        |  |
|--------|--|
| 2.2.1  | L'instance de gouvernance établit ses responsabilités conformément aux obligations associées à son territoire. |
| 2.2.2  | L'instance de gouvernance établit les responsabilités de chacun de ses membres, y compris celles du président. |
| 2.2.3  | L'instance de gouvernance consigne les conditions opérationnelles exigées pour l'exercice de ses activités.    |
| 2.2.10 | L'instance de gouvernance met en œuvre son cadre décisionnel en matière de gouvernance.                        |

Soumis le 14 décembre 2023 par Pierre Michaud, chef de la gestion des risques et Marc-André LeBlanc, conseiller principal en gestion des risques organisationnels .

**Nom du comité :** Comité mixte de la qualité et de la gouvernance

**Date :** 11 janvier 2024

**Objet :** Révision du plan de travail et du calendrier de réunions du Conseil d'administration

## Objectif

L'objectif est de réviser le plan de travail et le calendrier de réunions du Conseil d'administration et de recommander leur adoption au Conseil d'administration.

## Contexte

Le plan de travail et le calendrier sont construits selon les diverses exigences prévues dans la *Loi sur les régies régionales de la santé* et sur les exigences du ministère de la Santé par rapport aux délais du dépôt de rapports, documents, etc.

## Solution proposée

Le plan de travail et le calendrier sont joints à la note exécutive.

Ces nominations permettent au Comité de s'acquitter de sa responsabilité en matière de gouvernance selon le critère de la norme Gouvernance d'Agrément Canada AC : 2.2.6.

## Avantages

Permet la planification à long terme des réunions du Conseil d'administration et des décisions à prendre.

## Désavantages

S/O

## Considérations importantes

Faire valoir l'analyse des répercussions sur le plan de l'éthique; de l'allocation des ressources (analyse financière); de la qualité et de la sécurité; les impacts politiques; des partenariats; de la réputation et de la communication; et de la gestion des risques (analyse légale).

| Répercussions                                  | Négligeables | Modérées | Importantes | Commentaires |
|--|--------------|----------|-------------|--------------|
| Éthique  | x            |          |             |              |
| Qualité et sécurité                            | x            |          |             |              |
| Partenariats                                   | x            |          |             |              |
| Gestion des risques (analyse légale)           | x            |          |             |              |
| Allocation des ressources (analyse financière) | x            |          |             |              |
| Impacts politiques                             | x            |          |             |              |

|                             |   |  |  |  |
|-----------------------------|---|--|--|--|
| Réputation et communication | x |  |  |  |
|-----------------------------|---|--|--|--|

## Suivi à la décision

1. Les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada (édition 2022) pour les visites sont cités en référence dans le document de la manière suivante : « (AC : 1.1.1) ».

|       |   |
|-------|---|
| 2.2.6 | L'instance de gouvernance respecte le calendrier de réunion qu'il a établi. |
|-------|---|

Proposé et appuyé

Et résolu que le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance recommande l'adoption au Conseil d'administration du plan de travail et du calendrier de réunions du Conseil d'administration tels que présentés lors de la réunion et ci-joints.

Adoption

**Soumis le 14 décembre 2023 par Pierre Michaud, chef de la gestion des risques et Marc-André LeBlanc, conseiller principal en gestion des risques organisationnels.**

## Plan de travail du Conseil d'administration 2023-2024

| ACTIVITÉ  | Novembre<br>2023 | Février<br>2024 | Avril<br>2024 | Juin<br>2024 |
|---|------------------|-----------------|---------------|--------------|
| Le président du Conseil d'administration, avec le comité d'évaluation, effectue l'évaluation du rendement du PDG et établit les objectifs de rendement annuel |                  |                 | X             |              |
| Le président du Conseil d'administration évalue le rendement du médecin-chef et du président du CPC   |                  |                 | X             |              |
| Participe activement aux sessions de formation et d'éducation   | X                | X               | X             | X            |
| Participe activement à la démarche d'agrément   |                  |                 |               | X            |
| Participe aux évaluations du fonctionnement des dirigeants et du Conseil  | X                | X               | X             | X            |
| Procède aux évaluations régulières des réunions du Conseil  | X                | X               | X             | X            |
| Validation des orientations stratégiques 2023-2024  |                  | X               |               |              |
| Approbation du Plan régional de santé et d'affaires 2023-2026   |                  |                 |               | X            |
| Approbation du rapport annuel 2023-2024   |                  |                 |               | X            |
| Examiner les relations et engagements avec les principaux intervenants clés   | X                | X               | X             | X            |

Calendrier des réunions 2023 - 2024  
Réseau de santé Vitalité – Conseil d’administration

Légende :

|   |   |
|---|---|
| Fondations et Réseau (en virtuel)                             |   |
| Conseil d’administration                                      |   |
| Orientation Conseil d’administration                          | ★ |
| Comité mixte de la qualité et de la gouvernance               |   |
| Comité mixte de la recherche, de la formation et des finances |   |

**2024**

| <i><b>Juillet 2023</b></i> |           |           |    |    |           |    | <i><b>Août 2023</b></i>  |           |           |    |    |          |    | <i><b>Sept 2023</b></i>    |           |    |    |           |          |    | <i><b>Octobre 2023</b></i> |           |           |    |          |    |    |   |
|----------------------------|-----------|-----------|----|----|-----------|----|--------------------------|-----------|-----------|----|----|----------|----|----------------------------|-----------|----|----|-----------|----------|----|----------------------------|-----------|-----------|----|----------|----|----|---|
| D                          | L         | M         | M  | J  | V         | S  | D                        | L         | M         | M  | J  | V        | S  | D                          | L         | M  | M  | J         | V        | S  | D                          | L         | M         | M  | J        | V  | S  |   |
|                            |           |           |    |    |           | 1  |                          |           | 1         | 2  | 3  | 4        | 5  |                            |           |    |    |           | <u>1</u> | 2  | 1                          | 2         | 3         | 4  | 5        | 6  | 7  |   |
| 2                          | 3         | 4         | 5  | 6  | 7         | 8  | 6                        | <u>7</u>  | 8         | 9  | 10 | 11       | 12 | 3                          | 4         | 5  | 6  | 7         | 8        | 9  | 8                          | 9         | 10        | 11 | 12       | 13 | 14 |   |
| 9                          | 10        | 11        | 12 | 13 | 14        | 15 | 13                       | 14        | 15        | 16 | 17 | 18       | 19 | 10                         | 11        | 12 | 13 | 14        | 15       | 16 | 15                         | 16        | 17        | 18 | 19       | 20 | 21 |   |
| 16                         | 17        | 18        | 19 | 20 | 21        | 22 | 20                       | 21        | 22        | 23 | 24 | 25       | 26 | 17                         | 18        | 19 | 20 | 21        | 22       | 23 | 22                         | 23        | 24        | 25 | 26       | 27 | 28 |   |
| 23                         | 24        | 25        | 26 | 27 | 28        | 29 | 27                       | 28        | 29        | 30 | 31 |          |    | 24                         | 25        | 26 | 27 | 28        | 29       | 30 | 29                         | 30        | 31        |    |          |    |    |   |
| 30                         | 31        |           |    |    |           |    |                          |           |           |    |    |          |    |                            |           |    |    |           |          |    |                            |           |           |    |          |    |    |   |
| <i><b>Nov. 2023</b></i>    |           |           |    |    |           |    | <i><b>Déc. 2023</b></i>  |           |           |    |    |          |    | <i><b>Janvier 2024</b></i> |           |    |    |           |          |    | <i><b>Février 2024</b></i> |           |           |    |          |    |    |   |
| D                          | L         | M         | M  | J  | V         | S  | D                        | L         | M         | M  | J  | V        | S  | D                          | L         | M  | M  | J         | V        | S  | D                          | L         | M         | M  | J        | V  | S  |   |
|                            |           |           |    | 1  | 2         | 3  | 4                        |           |           |    |    | <u>1</u> | 2  |                            | <u>1</u>  | 2  | 3  | 4         | 5        | 6  |                            |           |           |    | 1        | 2  | 3  |   |
| 5                          | 6         | <u>7</u>  | 8  | 9  | 10        | 11 | 3                        | 4         | 5         | 6  | 7  | 8        | 9  | 7                          | 8         | 9  | 10 | <u>11</u> | 12       | 13 | 4                          | 5         | <u>6</u>  | 7  | 8        | 9  | 10 |   |
| 12                         | <u>13</u> | 14        | 15 | 16 | 17        | 18 | 10                       | 11        | 12        | 13 | 14 | 15       | 16 | 14                         | 15        | 16 | 17 | 18        | 19       | 20 | 11                         | 12        | 13        | 14 | 15       | 16 | 17 |   |
| 19                         | <u>20</u> | 21        | 22 | 23 | 24        | 25 | 17                       | 18        | 19        | 20 | 21 | 22       | 23 | 21                         | 22        | 23 | 24 | 25        | 26       | 27 | 18                         | <u>19</u> | 20        | 21 | 22       | 23 | 24 |   |
| 26                         | 27        | 28        | 29 | 30 |           |    | 24                       | <u>25</u> | <u>26</u> | 27 | 28 | 29       | 30 | 28                         | 29        | 30 | 31 |           |          |    | 25                         | 26        | 27        | 28 | 29       |    |    |   |
|                            |           |           |    |    |           |    | 31                       |           |           |    |    |          |    |                            |           |    |    |           |          |    |                            |           |           |    |          |    |    |   |
| <i><b>Mars 2024</b></i>    |           |           |    |    |           |    | <i><b>Avril 2024</b></i> |           |           |    |    |          |    | <i><b>Mai 2024</b></i>     |           |    |    |           |          |    | <i><b>Juin 2024</b></i>    |           |           |    |          |    |    |   |
| D                          | L         | M         | M  | J  | V         | S  | D                        | L         | M         | M  | J  | V        | S  | D                          | L         | M  | M  | J         | V        | S  | D                          | L         | M         | M  | J        | V  | S  |   |
|                            |           |           |    |    | <u>1</u>  | 2  |                          | <u>1</u>  | <u>2</u>  | 3  | 4  | 5        | 6  |                            |           |    |    | 1         | 2        | 3  | 4                          |           |           |    |          |    |    | 1 |
| 3                          | 4         | 5         | 6  | 7  | 8         | 9  | 7                        | 8         | 9         | 10 | 11 | 12       | 13 | 5                          | 6         | 7  | 8  | 9         | 10       | 11 | 2                          | 3         | 4         | 5  | <u>6</u> | 7  | 8  |   |
| 10                         | 11        | 12        | 13 | 14 | 15        | 16 | 14                       | 15        | <u>16</u> | 17 | 18 | 19       | 20 | 12                         | 13        | 14 | 15 | 16        | 17       | 18 | 9                          | 10        | 11        | 12 | 13       | 14 | 15 |   |
| 17                         | 18        | <u>19</u> | 20 | 21 | 22        | 23 | 21                       | 22        | <u>23</u> | 24 | 25 | 26       | 27 | 19                         | <u>20</u> | 21 | 22 | 23        | 24       | 25 | 16                         | 17        | 18        | 19 | 20       | 21 | 22 |   |
| 24                         | 25        | 26        | 27 | 28 | <u>29</u> | 30 | 28                       | 29        | 30        |    |    |          |    | 26                         | 27        | 28 | 29 | 30        | 31       |    | 23                         | 24        | <u>25</u> | 26 | 27       | 28 | 29 |   |
| 31                         |           |           |    |    |           |    |                          |           |           |    |    |          |    |                            |           |    |    |           |          |    | 30                         |           |           |    |          |    |    |   |

Calendrier des réunions 2023 - 2024  
Réseau de santé Vitalité – Conseil d’administration  
Plan de travail des rencontres :

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>Fondations et Réseau</b>                                   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <del>14 novembre 2023 de 10 h à midi (en virtuel)</del></li> <li>- 1ère réunion : date à déterminer (en virtuel)</li> <li>- 19 mars 2024 de 10 h à midi (en virtuel)</li> </ul>                               |
| Conseil d’administration                                      |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 7 novembre 2023 de 8 h à 17 h (Edmundston)</li> <li>- 6 février 2024 de 8 h à 17 h (Bathurst)</li> <li>- 23 avril 2024 de 8 h à 17 h (Campbellton)</li> <li>- 25 juin 2024 de 8 h à 17 h (Moncton)</li> </ul> |
| Orientation CA  | ★ | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 30 août 2023 de 15 h à 17 h 30 (Moncton)</li> <li>- 26 septembre de 8 h à 17 h (Bathurst)</li> </ul>  |
| Comité mixte de la qualité et de la gouvernance               |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 11 janvier 2024 de 9 h à 11 h 30</li> <li>- 2 avril 2024 de 9 h à 11 h 30</li> <li>- 6 juin 2024 de 9 h à 11 h 30</li> </ul>  |
| Comité mixte de la recherche, de la formation et des finances |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 11 janvier 2024 de 13 h à 15 h 30</li> <li>- 2 avril 2024 de 13 h à 15 h 30</li> <li>- 6 juin 2024 de 13 h à 15 h 30</li> </ul>   |



**Nom du comité :** Comité mixte de la qualité et de la gouvernance

**Date :** 11 janvier 2024

**Objet :** Révision des mandats des comités du Conseil d'administration

## **Objectif**

L'objectif est de s'assurer de la conformité des mandats des comités du Conseil d'administration en lien avec les lois, les règlements administratifs, les règles et les politiques et soumettre ceux-ci à l'approbation du Conseil d'administration.

## **Contexte**

Selon la politique CA-320, le Comité de gouvernance et de mise en candidature est responsable de s'assurer de la conformité des mandats des comités du Conseil d'administration en lien avec les lois, les règlements administratifs, les règles et les politiques et soumettre ceux-ci à l'approbation du Conseil d'administration.

De plus, la révision des mandats des comités permet au Comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada AC : 2.1.4 et 2.2.2.

Les mandats des comités ont été adoptés par les comités et par le Conseil d'administration en novembre 2023, sauf celui du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

Les mandats des comités sont présentés en pièce jointe.

## **Solution proposée**

S/O

## **Avantages**

S/O

## **Désavantages**

S/O

## **Considérations importantes**

Faire valoir l'analyse des répercussions sur le plan de l'éthique; de l'allocation des ressources (analyse financière); de la qualité et de la sécurité; les impacts politiques; des partenariats; de la réputation et de la communication; et de la gestion des risques (analyse légale).

| Répercussions                                  | Négligeables | Modérées | Importantes | Commentaires |
|--|--------------|----------|-------------|--------------|
| Éthique  | x            |          |             |              |
| Qualité et sécurité                            | x            |          |             |              |
| Partenariats                                   | x            |          |             |              |
| Gestion des risques (analyse légale)           | x            |          |             |              |
| Allocation des ressources (analyse financière) | x            |          |             |              |
| Impacts politiques                             | x            |          |             |              |
| Réputation et communication                    | x            |          |             |              |

## Suivi à la décision

1. Les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada (édition 2022) pour les visites sont cités en référence dans le document de la manière suivante : « (AC : 1.1.1) ».

|       |  |
|-------|--|
| 2.1.4 | L'instance de gouvernance crée des comités propres au sujet au besoin pour s'acquitter de ses responsabilités. |
| 2.2.2 | L'instance de gouvernance établit les responsabilités de chacun de ses membres, y compris celles du président. |

Proposé et appuyé

Et résolu que le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance adopte les mandats et les plans de travail du Comité de finances et de vérification et du comité stratégique de la recherche et de la formation et que le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance recommande l'adoption du mandat et du plan de travail du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients au Conseil d'administration.

Adoption.

**Soumis le 14 décembre 2023 par Pierre Michaud, chef de la gestion des risques et Marc-André LeBlanc, conseiller principal en gestion des risques organisationnels.**



## Manuel : Conseil d'administration

|                                       |   |   |
|---------------------------------------|---|---|
| <b>Titre :</b>                        | COMITÉ DES FINANCES ET DE VÉRIFICATION <b>D'AUDIT</b>       | <b>N° :</b> CA-330                                  |
| <b>Section :</b>                      | Comités du Conseil  | <b>Date d'entrée en vigueur :</b> <b>aaaa-mm-jj</b> |
| <b>Mandataire :</b>                   | Conseil d'administration                                    | <b>Date de révision précédente :</b> 2022-06-21     |
| <b>Approbateur :</b>                  | Conseil d'administration<br><b>Thomas Soucy</b> , président | <b>Date de la signature :</b> <b>aaaa-mm-jj</b>     |
| <b>Établissement(s)/programme(s):</b> |   |   |

### **BUT**

Le Comité des finances et de vérification **d'audit** (le « comité ») aide le Conseil d'administration (le « Conseil ») du Réseau de santé Vitalité (« le Réseau ») à s'acquitter de ses responsabilités pour assurer la viabilité financière et organisationnelle. Il recommande des mesures relatives à l'allocation des ressources, y compris l'adoption du budget annuel, et il surveille la performance financière sur une base continue. Il analyse la situation financière de l'organisation et les risques financiers auxquels celle-ci s'expose et il en informe le Conseil. En outre, le comité est responsable d'aider le Conseil à assumer sa responsabilité de surveillance quant à l'exactitude des rapports financiers en veillant à ce que la direction ait établi des systèmes appropriés de contrôles internes et de superviser le processus de vérification **d'audit** externe. Il oriente également le Conseil sur l'investissement de fonds pour lequel il a une responsabilité fiduciaire. **Enfin, il appuie le Conseil dans son examen du suivi des orientations stratégiques, conformément à la raison d'être et les valeurs du Réseau (AC : 1.1.3, 1.1.5)**

### Composition et fonctionnement

1. Le comité est constitué d'au moins quatre **trois** membres du Conseil ayant droit de vote, dont le trésorier, qui est le président.
2. **Le président du Conseil d'administration est membre d'office sans droit de vote et le président-directeur général est membre d'office sans droit de vote. Cependant, le président du Conseil d'administration peut voter s'il y a égalité des votes.**

- 
3. Le comité fonctionne en respectant les lignes directrices sur les comités du Conseil (CA-300).
  4. Le comité se réunit quatre fois par année selon un calendrier préétabli et à la demande du président du comité.
  5. Les vérificateurs **auditeurs** du Réseau doivent être mis au courant du nom des membres du comité.
  6. Le comité doit rencontrer le vérificateur **l'auditeur** externe lorsqu'il y a lieu pour examiner tout dossier qui, de l'avis du comité ou des vérificateurs **auditeurs**, devrait être porté à l'attention du Conseil.

### Responsabilités

Sous réserve des pouvoirs et responsabilités du Conseil d'administration, les responsabilités du comité sont les suivantes :

#### **Supervise la performance et la viabilité financière (AC : 3.5.6)**

Le Comité :

1. Examine le plan d'affaires annuel, y compris les hypothèses financières, et formule des recommandations au Conseil;
2. Analyse la performance financière du Réseau et présente un rapport à ce sujet à chaque réunion du Conseil et veille à ce que l'organisation mène ses activités en fonction du financement obtenu;
3. Passe en revue les plans établis par la direction pour corriger tout écart entre le plan opérationnel et la performance réelle et recommande ceux-ci au Conseil, surveille la mise en œuvre et fait rapport au Conseil à ce sujet;
4. Examine les ententes de responsabilisation en matière de livraison de services avec le ministère de la Santé et fait des recommandations au Conseil à ce sujet;
5. Passe en revue l'accord-cadre de services (ACS) entre le Réseau et Service Nouveau-Brunswick et fait des recommandations au Conseil à cet égard;
6. Analyse les rapports financiers qui exigent l'approbation du Conseil avant la présentation au ministère de la Santé et fait des recommandations au Conseil à cet égard;

#### **Veille à ce que des ressources ou les biens soient disponibles et utilisés efficacement**

Le comité :

1. S'assure que la direction a établi des processus de gestion **et de répartition adéquate**

---

des ressources (ressources physiques, biens, actifs, technologie, équipements, etc.) pour offrir le niveau prévu de services demandés (AC : 3.5.2);

2. Assure la disponibilité des fonds d'immobilisations pour entretenir et remplacer les installations et autres actifs qui sont nécessaires pour fournir des services aux clients et faire des recommandations au Conseil à cet égard (AC : 3.5.3);
3. S'assure que les biens sont utilisés efficacement;
4. S'assure que la direction a établi des processus en place pour éviter la dépréciation d'actifs en raison d'un manque d'entretien préventif ou d'autres causes.

Les points 5 à 12 ont été retirés.

### **Supervise les risques pour protéger la viabilité financière et les actifs**

Le comité :

1. Détermine, le cas échéant, les risques financiers que prend le Réseau et veille à ce que le Conseil les comprend;
2. S'assure que la direction a établi des systèmes et des contrôles internes pour gérer ces risques et que ces systèmes sont en place;
3. Surveille l'observation des obligations statutaires et réglementaires;
4. Révise les politiques et procédures relatives aux fonctions de finances et de vérification d'audit de l'organisation pour recommandation au Conseil;
5. Examine l'efficacité du processus global de détermination des risques touchant les rapports financiers, élabore des plans de gestion des risques organisationnels et analyse les mesures/stratégies d'atténuation relativement aux risques importants.

---

### **Supervise la vérification l'audit (AC : 3.5.5)**

Le comité examine la planification et les résultats des activités de vérification d'audit externe et les rapports suivis avec le vérificateur l'auditeur externe.

1. Examine et recommande le mandat du vérificateur de l'auditeur externe pour l'approbation par le Conseil;
2. Examine le plan de vérification d'audit externe annuel;
3. Veille à la satisfaction quant à l'indépendance du vérificateur de l'auditeur externe;
4. Fait une revue des services autres que la vérification l'audit par le cabinet des vérificateurs auditeurs ou ses associés (incluant les honoraires approximatifs), et examine les répercussions sur l'indépendance du vérificateur de l'auditeur externe;
5. Rencontre périodiquement, et au moins une fois l'an, le vérificateur l'auditeur externe sans la présence de la direction;
6. Analyse les états financiers annuels vérifiés audités et formule des recommandations au Conseil à cet égard; tient compte des changements, s'il y a lieu, en matière de principes et de méthodes comptables, des ajustements importants découlant de la vérification l'audit, de la conformité aux règles comptables et du respect des obligations juridiques;
7. Analyse l'évaluation de la direction concernant le respect des lois, des règlements, des règles et des contrats;
8. Passe en revue l'évaluation de la direction concernant la pertinence et l'efficacité des contrôles internes liés aux systèmes de comptabilité et d'information financière ainsi que les recommandations des vérificateurs auditeurs externes;
9. Obtient la certitude que la direction a établi un environnement de contrôle adéquat qui met l'accent sur la responsabilité des employés sur le plan de la gestion des fonds publics et qu'elle a mis en place des politiques et procédures appropriées quant au contrôle et à la protection des actifs (p. ex. couverture d'assurance, processus d'autorisation d'achats, etc.).
10. Recommande au Conseil la nomination du vérificateur de l'auditeur externe.

### **Gestion des investissements**

1. Établit les procédures du Réseau relatives à l'approbation des placements de capitaux, y compris des achats d'équipement principaux (AC : 3.5.4).
2. Le comité examine annuellement la politique relative aux investissements pour ceux qui gèrent les fonds du Réseau et recommande les révisions nécessaires au Conseil.

3. Il effectue un suivi trimestriel des rendements du portefeuille d'investissements.

### Autres

Le Comité :

1. Examine les directives et procédés relatifs à la revue et à l'approbation des dépenses du président-directeur général;
2. Avise, sur demande, le Comité exécutif sur des sujets de nature financière que le Comité exécutif doit traiter entre les réunions du Conseil;
3. Soumet à l'approbation du Conseil un plan de travail annuel et les résultats attendus.

### Rapport

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

### RÉFÉRENCE

1. Les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada (édition 2022) pour les visites sont référencés dans le document de la manière suivante : « (AC : 1.1.1) ».

#### Attestation de lecture et compréhension du mandat

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Retourner une copie signée au président du comité, suite à la première réunion du comité selon le calendrier annuel.

Remplace : Zone 1 : \_\_\_\_\_ Zone 5 : \_\_\_\_\_  
Zone 4 : \_\_\_\_\_ Zone 6 : \_\_\_\_\_

## Manuel : Conseil d'administration

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Titre :</b>                         | COMITÉ DE LA QUALITÉ DES SOINS ET LA SÉCURITÉ DES PATIENTS | <b>N° :</b> CA-350                              |
| <b>Section :</b>                       | Comités du Conseil   | <b>Date d'entrée en vigueur :</b> aaaa-mm-jj    |
| <b>Mandataire :</b>                    | Conseil d'administration                                   | <b>Date de révision précédente :</b> 2022-06-21 |
| <b>Approbateur :</b>                   | Conseil d'administration<br>Thomas Soucy, président.       | <b>Approuvée le :</b> aaaa-mm-jj                |
| <b>Établissement(s)/programme(s) :</b> |  |   |

### BUT

Le Comité de la qualité des soins et la sécurité des patients (le « comité ») est responsable d'assurer que des mécanismes sont en place pour surveiller et améliorer le rendement du Réseau en matière de qualité et d'expérience patient. Le comité est responsable de promouvoir et de surveiller l'ensemble des activités liées à la gestion de la qualité, de la sécurité des patients, des risques et de l'éthique d'approche centrée sur la personne, de diversité, équité et inclusion, de l'éthique et de la protection de la vie privée, ceci afin d'être en mesure de guider le Conseil d'administration (le « Conseil ») à l'égard de ses responsabilités concernant tous les aspects liés à la prestation des soins et services aux patients. Enfin, il appuie le Conseil dans son examen du suivi des orientations stratégiques, conformément à la raison d'être et les valeurs du Réseau (AC : 1.1.3, 1.1.5)

### Composition et fonctionnement

1. Le comité est composé d'au moins quatre deux membres votants du Conseil, dont l'un assumera la présidence du comité.
2. Le président du Conseil d'administration est membre d'office avec sans droit de vote et la présidente-directrice générale le président-directeur général est membre d'office sans droit de vote.
3. Les présidents du Comité médical consultatif régional et du Comité professionnel consultatif, ainsi que du Comité consultatif des patients et des familles sont membres invités permanents sans droit de vote.
4. Le comité fonctionne en respectant les lignes directrices sur les comités du Conseil (CA-300).
5. Le comité se réunit quatre fois par année selon un calendrier préétabli.



Responsabilités

1. Le comité surveille, conseille le Conseil et lui fait les recommandations qu'il juge appropriées sur les questions relatives :
  - 1.1. aux processus de services à la clientèle et de gestion de la qualité, ~~des risques~~ et de la sécurité des patients ainsi qu'à l'éthique **et à la protection de la vie privée** (AC : 3.1.12);
    - 1.1.1. priorise la qualité et la sécurité des patients et énonce la direction que le Réseau doit suivre en matière de qualité;
    - 1.1.2. **veille à ce que le Réseau adopte une approche globale pour promouvoir et soutenir la santé et la sécurité** (AC : 3.4.2);
    - 1.1.3. recommande au Conseil les cadres de référence en matière de qualité et sécurité des patients, ~~de gestion des risques et d'éthique~~ **et de protection de la vie privée**, et suit leurs mises en œuvre;
    - 1.1.4. ~~passé en revue et recommande un plan sur la qualité et la sécurité des patients ainsi que des objectifs d'amélioration annuels~~ **examine régulièrement les progrès effectués par l'organisme par rapport aux objectifs de son plan intégré d'amélioration de la qualité** (AC : 3.1.8);
    - 1.1.5. assure la mise en place de mécanismes efficaces pour évaluer et améliorer la qualité des soins et services et gérer les risques (AC : 3.4.3);
    - 1.1.6. surveille et évalue régulièrement le rendement du Réseau en matière de qualité par le biais de son tableau de bord et d'autres rapports réguliers (AC : 3.1.6, 3.4.4);
    - 1.1.7. reçoit et analyse les rapports du comité ~~régional de la gestion de la qualité et de la sécurité des patients~~ et veille à ce que les mesures nécessaires soient prises pour aborder les écarts et améliorer la qualité des soins et services;
    - 1.1.8. examine les politiques liées à la qualité, à la sécurité des patients, ~~à la gestion des risques et à l'éthique~~;
    - 1.1.9. recommande des programmes éducatifs sur la qualité et la sécurité des patients pour les membres du comité et du Conseil **et à la protection de la vie privée** (AC : 1.1.7);
  - 1.2. **à l'approche des soins centrés sur la personne et aux patients partenaires** (AC : 1.1.6, 3.1.5);
  - 1.3. aux normes d'agrément liées ~~aux~~ **à l'approche des** soins centrés sur le ~~patient/client~~ **la personne**, à la qualité et à la sécurité des soins et des services et autres processus liés aux normes propres à un réseau de santé;
  - 1.3. à la satisfaction et à l'expérience des patients/clients et aux processus de gestion des plaintes;
    - 1.3.1. assure la mise en place de mécanismes pour évaluer et améliorer l'expérience des patients et pour gérer les plaintes (AC : 3.1.7, 3.4.5, 3.4.6);
  - 1.4. **à la protection de la vie privée et de tous les renseignements des intervenants** (AC :

3.5.7).

1.5. à l'approche liée à la diversité, équité et inclusion ainsi qu'à la lutte contre le racisme, y compris à l'endroit des communautés Autochtones (AC : 5.1.1).

a) collabore avec les partenaires et les communautés pour l'établissement d'un plan d'action à l'égard de ces questions (AC : 5.1.2, 5.1.5, 6.1.2, 6.1.5);

b) veille à ce que les politiques du Réseau reflètent les pratiques en matière de sécurisation culturelle et d'humilité et intègrent la culture et les droits des communautés qui reçoivent des services de l'organisme, notamment à l'endroit des communautés Autochtones (AC : 5.1.4, 6.1.4);

c) s'inspire d'un cadre reconnu pour évaluer les situations de racisme systémique à l'endroit des Autochtones (AC : 6.1.1);

d) met en œuvre un plan d'action, en partenariat avec des partenaires Autochtones, pour lutter contre le racisme systémique à l'endroit des Autochtones au sein de l'organisme (AC : 6.1.2).

1.6. aux processus d'octroi des privilèges du personnel médical, de renouvellement, de suspension ou de modification (AC : 3.3.2, 3.3.3, 3.3.4) ;

1.7. aux processus liés au développement et au maintien des compétences des professionnels et des médecins et aux processus de délégation des actes professionnels et médicaux (AC : 3.3.1).

2. Le comité s'acquitte aussi de toute autre fonction que peut lui confier le Conseil.

Rapport

1. Le comité rend compte de ses activités à chaque réunion du Conseil, ce qui comprend une revue annuelle de la qualité, de la sécurité des patients, ~~des risques~~ et de l'éthique ~~et de la protection de la vie privée~~. Les rapports réguliers peuvent comprendre, entre autres :

1.1 Indicateurs de la qualité sous forme d'un tableau de bord, y compris des mesures du rendement sur la qualité des services cliniques, ~~les risques~~, la sécurité des patients et les services à la clientèle;

1.2 Progrès quant aux améliorations majeures sur le plan du rendement et aux objectifs de sécurité des patients;

1.3 Analyse des causes profondes soumises par le Comité ~~de la qualité~~;

1.4 Sommaire des revues d'événements préjudiciables;

1.5 Satisfaction/perception des patients;

~~1.6 Satisfaction/perception des médecins;~~

~~1.7 Satisfaction/perception des employés;~~

- 1.8 Culture **juste et** de sécurité des patients;
- 1.9 Agrément;
- 1.10 Vérification du processus de délivrance de titres et de certificats;
- 1.11 Rapport des activités en éthique.
- 1.12 Rapport sur la protection de la vie privée.**

Plan de travail et objectifs annuels du comité

- 1. ~~Le comité se dote d'un plan de travail et d'objectifs annuels en précisant ses domaines d'intérêt principaux ainsi que d'un calendrier de présentation (trimestriel ou annuel) pour la prochaine année. Voici des exemples :~~
  - 1.1 ~~Surveiller un programme de diminution des erreurs liées aux médicaments;~~
  - 1.2 ~~Appuyer et surveiller une initiative d'amélioration du service à la clientèle au Service d'urgence;~~
  - 1.3 ~~Surveiller les projets liés à une campagne d'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients;~~
  - 1.4 ~~Examiner et mettre à jour le tableau de bord sur la qualité et d'autres rapports d'indicateurs clés liés à la qualité et aux patients pour veiller à ce qu'ils comprennent des objectifs établis pour le Réseau.~~

**RÉFÉRENCE**

- 1. Les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada (édition 2022) pour les visites sont référencés dans le document de la manière suivante : « (AC : 1.1.1) ».

**Attestation de lecture et compréhension du mandat**

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Retourner une copie signée au président du comité, suite à la première réunion du comité selon le calendrier annuel.

Remplace : Zone 1 : \_\_\_\_\_ Zone 5 : \_\_\_\_\_  
Zone 4 : \_\_\_\_\_ Zone 6 : \_\_\_\_\_

## Manuel : Conseil d'administration

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>Titre :</b>                         | COMITÉ STRATÉGIQUE DE LA RECHERCHE ET DE LA FORMATION | <b>N° :</b> CA-395                              |
| <b>Section :</b>                       | Comités du Conseil                                    | <b>Date d'entrée en vigueur :</b> aaaa-mm-jj    |
| <b>Mandataire :</b>                    | Conseil d'administration                              | <b>Date de révision précédente :</b> 2022-06-21 |
| <b>Approbateur :</b>                   | Conseil d'administration<br>Thomas Soucy, président   | <b>Approuvée le :</b> aaaa-mm-jj                |
| <b>Établissement(s)/programme(s) :</b> |   |   |

### Mandat

Assurer la réalisation des orientations stratégiques de la mission universitaire du Réseau de santé Vitalité (le « Réseau ») en matière de formation et de recherche Appuyer le Conseil dans son examen du suivi des orientations stratégiques, conformément à la raison d'être et les valeurs du Réseau (AC : 1.1.3, 1.1.5)

### Composition et fonctionnement

- Le Comité stratégique de la recherche et de la formation est composé :
  - de quatre trois membres votants du Conseil d'administration (le « Conseil ») nommés par le Conseil, dont l'un assume la présidence du comité;
  - du directeur régional – Recherche et évaluation en santé à titre de membre d'office sans droit de vote;
  - du directeur régional - Formation et partenariats en enseignement à titre de membre d'office dans droit de vote;
  - du doyen associé de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke/directeur du Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick à titre de membre d'office sans droit de vote;
  - du représentant de la position conjointe de la direction scientifique Vitalité IARG ;
  - du PDG de l'Institut de recherche en santé du Nouveau-Brunswick ;
  - un partenaire d'expérience patient ?
  - du recteur de l'Université de Moncton à titre de membre d'office sans droit de vote.
- Le président peut, le cas échéant, inviter toute autre personne à participer à une réunion du comité. Cette personne est sans voix délibérative.
- Le comité peut adjoindre toute personne-ressource qu'il juge utile pour exercer ses fonctions, et ce pour une période déterminée. Cette personne ne fait pas partie du comité.

4. Le comité fonctionne en respectant les lignes directrices pour les comités du Conseil (CA-300).
5. Le comité se réunit au moins trois fois par année.

#### Responsabilités

1. Veiller à ce que le Réseau dispose de politiques et de procédures efficaces pour mener des recherches, y compris de politiques favorisant la recherche centrée sur le patient (AC : 3.1.4).
2. Exercer les fonctions de gouvernance reliées au secteur de la formation et de la recherche afin d'assurer la réalisation des engagements du Réseau en cette matière, c'est-à-dire promouvoir et développer la recherche et fournir aux étudiants un encadrement administratif et un environnement propice à la formation;
3. Favoriser la synergie entre la mission universitaire et la mission de soins et de service en santé du Réseau;
4. Assurer que les priorités et les actions retenues en matière de formation et de recherche sont conformes aux orientations stratégiques priorisées par le Réseau;
5. Faire rapport au conseil d'administration sur les grandes orientations, les priorités et les initiatives stratégiques en matière de formation et de recherche;
6. Examiner les résultats des activités de formation et de recherche en s'assurant que les objectifs stratégiques fixés en cette matière sont atteints et en évaluer l'impact sur la qualité des soins et services du Réseau;
7. Évaluer et soutenir les stratégies visant à assurer la pérennité financière de la mission universitaire;
8. Présenter au Conseil des recommandations sur toute matière ayant une incidence sur le développement et l'innovation en formation et en recherche (opportunités de concertation entre les intervenants hospitaliers, universitaires, gouvernementaux et du secteur privé pour du financement ou le développement d'infrastructure de recherche, relation avec les différents établissements d'enseignement, contrats d'affiliation interinstitutionnels, etc.).

#### Rapport

Le comité fait rapport de ses réunions au Conseil et conserve les procès-verbaux de ses réunions et de ses progrès sur son plan d'action annuel.

#### **RÉFÉRENCE**

1. Les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada (édition 2022) pour les visites sont référencés dans le document de la manière suivante : « (AC : 1.1.1) ».

**Attestation de lecture et compréhension du mandat**

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Retourner une copie signée au président du comité, suite à la première réunion du comité selon le calendrier annuel.

Remplace :

Zone 1 : \_\_\_\_\_

Zone 4 : \_\_\_\_\_

Zone 5 : \_\_\_\_\_

Zone 6 : \_\_\_\_\_

ÉBAUCHE

## Plan de travail des comités du Conseil d'administration 2023-2024

Point 12.3.2 c)

| ACTIVITÉS   |  | Date         |              |               |              |
|---|--|--------------|--------------|---------------|--------------|
|   |  | Nov.<br>2023 | Fév.<br>2024 | Avril<br>2024 | Juin<br>2024 |
| <b>Comité de gouvernance et de mise en candidature</b>  | Recommande des séances de formation à l'intention du Conseil d'administration  | X            |              |               |              |
|   | Soumet la sélection des membres pour le remplacement de postes devenus vacants avant la fin de leur mandat pour les membres de tous les comités du conseil, le CPC et le CMC                     | X            | X            | X             |              |
|   | Évaluation du fonctionnement des réunions du CA  | X            | X            | X             | X            |
|   | Fournir des conseils sur la planification de la retraite du Conseil et de la révision annuelle du plan stratégique   |              | X            |               |              |
|   | Suivi du plan de travail sur les normes de Gouvernance en prévision de la visite d'Agrément  | X            | X            | X             |              |
|   | Révision du plan de travail et calendrier de réunions du Conseil d'administration pour approbation au CA   | X            |              |               | X            |
|   | Révision des mandats et des plans de travail des comités du Conseil et recommande l'approbation au CA  | X            |              |               | X            |
|   | S'assure de l'évaluation de la performance du PDG, médecin-chef et président du CPC  |              |              | X             |              |
|   | Conduite du sondage d'évaluation du Conseil et des membres - révision des résultats  |              |              | X             |              |
|   | Révision et approbation en bloc des politiques et procédures du Conseil d'administration   |              |              |               | X            |
|   | Recrutement et nomination des dirigeants et présidents des comités du Conseil  |              |              |               | X            |
|   | Soumet la sélection pour la mise en candidature pour les postes de vice-président et de trésorier, les membres de tous les comités du conseil ainsi que pour les postes au sein du CPC et du CMC |              |              |               | X            |
|   | Participation à la visite d'Agrément   |              |              |               | X            |
| <i>*Support de Pierre Michaud, Chef de la gestion des risques</i>   |  |              |              |               |              |
| <b>Comité des finances et de vérification</b>   | Réviser le plan de travail annuel  | X            |              |               |              |
|   | Identification des besoins en formation spécifique   | X            |              |               |              |
|   | Superviser la performance et la viabilité financière (tableaux de bord et états financiers)  | X            | X            | X             | X            |
|   | Révision des amendements budgétaires   |              | X            | X             | X            |
|   | Révision du plan quinquennal et annuel en immobilisations  |              | X            |               |              |
|   | Rapport sur les fonds non partageables   |              | X            |               |              |
|   | Formation 101 Finances   |              | X            |               |              |
|   | Supervise les risques pour protéger la viabilité financière et les actifs ( <i>Politiques et procédures liées aux fonctions de finances et de vérification interne, rapports</i> )               |              | X            | X             | X            |
|   | Revoir le plan d'audit et de vérification externe annuel   |              |              | X             |              |
|   | Approbation du budget d'exploitation 22-23   |              |              | X             |              |
|   | Gestion des investissements  |              |              | X             |              |
|   | Audit de fin d'année : approbation des états financiers audités  |              |              |               | X            |
| Évaluer les auditeurs et recommander la nomination annuelle   |  |              |              | X             |              |
| <i>*Support de Patrick Parent, PDG adjoint et vice-président principal - Programmes clientèles et Services professionnels</i> |  |              |              |               |              |

## Plan de travail des comités du Conseil d'administration 2023-2024

| ACTIVITÉS  |  | Date      |           |            |           |
|--|--|-----------|-----------|------------|-----------|
|  |  | Nov. 2023 | Fév. 2024 | Avril 2024 | Juin 2024 |
| Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients  | Réviser le mandat du comité  | X         |           |            |           |
|  | Réviser le plan de travail annuel  | X         |           |            |           |
|  | Identifier les besoins en formation spécifique au niveau de la qualité, des risques et de l'éthique  | X         |           |            |           |
|  | Surveiller la performance du Réseau en matière de qualité, de sécurité des patients et d'expérience patient  | X         | X         | X          | X         |
|  | Surveiller le rendement du Réseau Rapport synthèse T2 en matière de qualité, sécurité des patients et expérience patient (incidents, plaintes, satisfaction clientèle)                     | X         | X         | X          | X         |
|  | Surveiller la préparation de l'organisation à la visite d'Agrément 2022  |           | X         | X          | X         |
|  | Surveiller le risque organisationnel (rapports sommaires trimestriels éthique, litiges/réclamations, protection vie privée, etc.)  | X         | X         | X          | X         |
|  | Surveiller la mise en œuvre de la stratégie des soins centrés sur la personne (Bureau de partenariat avec les patients et les familles, comité consultatif des patients et familles, etc.) | X         | X         | X          | X         |
|  | Surveiller la mise en œuvre de la stratégie en matière de diversité, équité et inclusion, ainsi que de lutte contre le racisme systémique, y compris envers les Premières nations          |           |           | X          | X         |
| Réviser le plan de travail et le calendrier des réunions du Comité de la qualité   |  |           |           |            | X         |
| <i>*Support de Brigitte Sonier-Ferguson, vice-présidente principale - Performance, Mission universitaire et Stratégies</i> |  |           |           |            |           |
| Comité stratégique de la recherche et de la formation  | Réviser le mandat du comité  | X         |           |            |           |
|  | Réviser le plan de travail annuel  | X         |           |            |           |
|  | Surveiller le développement et la mise en œuvre des initiatives en lien avec les piliers de la mission universitaire   | X         | X         | X          | X         |
|  | Surveiller la mise en œuvre des initiatives en lien avec la philosophie d'organisation apprenante  | X         | X         | X          | X         |
|  | S'assurer du développement de partenariats et de l'engagement de partenaires clés pour soutenir la mission universitaire du Réseau   | X         | X         | X          | X         |
|  | S'assurer de l'atteinte des exigences en lien avec la désignation universitaire  | X         | X         | X          | X         |
| <i>*Support de Brigitte Sonier-Ferguson, vice-présidente principale - Performance, Mission universitaire et Stratégies</i> |  |           |           |            |           |



## Plan de travail des comités du Conseil d'administration 2023-2024

| ACTIVITÉS  |  | Date      |           |            |           |
|--|--|-----------|-----------|------------|-----------|
|  |  | Nov. 2023 | Fév. 2024 | Avril 2024 | Juin 2024 |
| <b>Comité consultatif des patients et familles</b>   | Réviser le mandat du comité et ses responsabilités   | X         |           |            |           |
|  | Identifier les divers rapports et informations nécessaires au bon fonctionnement du comité.  | X         |           |            |           |
|  | Finaliser et diffuser le vidéo des partenaires de l'expérience patient qui servira à faire connaître le rôle du partenaire                   |           | X         |            |           |
|  | Identifier des stratégies afin de promouvoir davantage le rôle du partenaire de l'expérience patient auprès du personnel                     |           |           | X          |           |
|  | Participer à l'élaboration d'un plan de recrutement des partenaires de l'expérience patient  |           | X         |            |           |
|  | Identifier et mettre en œuvre des stratégies afin de faciliter l'intégration des partenaires de l'expérience patient aux équipes             |           |           | X          |           |
|  | Identifier l'expertise manquante au comité et voir à combler les postes vacants  |           | X         |            |           |
|  | Identifier les besoins de formation des membres et favoriser la formation continue (par ex. articles, session de formation, vidéo/webinaire) | X         | X         | X          | X         |
|  | Obtenir une présentation sur les processus entourant l'évaluation de l'expérience patient (sondage et processus de gestion des plaintes)     |           | X         |            |           |
|  | Obtenir les informations nécessaires en vue de participer à la prochaine visite d'agrément (juin 2022)                                       |           |           | X          |           |
| <i>*Support de Brigitte Sonier-Ferguson, vice-présidente principale - Performance, Mission universitaire et Stratégies</i> |  |           |           |            |           |

2023 09 29

**Nom du comité :** Comité mixte de la qualité et de la gouvernance

**Date :** 11 janvier 2024

**Objet :** Nomination d'une nouvelle personne membre du Conseil d'administration

## Objectif

L'objectif est d'informer les membres du Comité de l'avancer de la nomination d'une nouvelle personne membre du Conseil d'administration et déterminer les prochaines étapes.

## Contexte

Suite à la démission d'un membre du Conseil d'administration, il y a présentement un poste vacant au sein du Conseil d'administration.

Il n'y a eu aucun développement sur la nomination d'une nouvelle personne membre au Conseil d'administration jusqu'à présent.

Puisqu'il y a déjà un très petit nombre de membres au Conseil d'administration, la vacance pourrait occasionner des problèmes au niveau de l'atteinte du quorum à des réunions de comité du Conseil. Il serait aussi favorable qu'une personne membre soit nommé rapidement afin d'assurer que cette personne assiste aux mêmes formations et à la même orientation que les autres membres du Conseil.

La *Loi sur les régies régionales de la santé* prévoit qu'une vacance au sein du conseil ne porte pas atteinte à sa capacité d'agir et qu'une vacance au poste d'un membre est pourvu par la nomination d'un remplaçant pour le reste du mandat. La *Loi* prévoit aussi que lors d'une nomination le ministre doit tiendre compte des compétences nécessaires pour assurer la réalisation de la mission du conseil, du sexe des personnes nommées, de la représentation des secteurs urbains et ruraux, des autochtones et de la priorité accordée aux communautés linguistiques officielles.

Agir ainsi permet au comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada AC : 2.1.1 et 2.1.2

## Solution proposée

Une solution à envisager est de rédiger une lettre de la part de la présidence du Conseil d'administration adressé au ministre pour lui demander une mise à jour par rapport à une nomination. Il serait aussi possible d'inclure dans cette lettre une demande au Ministre de tenir compte de certains critères de représentation qui ne sont pas présents au Conseil d'administration.

## Avantages

Être proactif par rapport à la nomination d'un nouveau membre au Conseil d'administration.  
Assurer une représentation efficace au sein du Conseil d'administration,

## Désavantages

S/O.

## Considérations importantes

Faire valoir l'analyse des répercussions sur le plan de l'éthique; de l'allocation des ressources (analyse financière); de la qualité et de la sécurité; les impacts politiques; des partenariats; de la réputation et de la communication; et de la gestion des risques (analyse légale).

| Répercussions                                  | Négligeables | Modérées | Importantes | Commentaires |
|--|--------------|----------|-------------|--------------|
| Éthique  | x            |          |             |              |
| Qualité et sécurité                            | x            |          |             |              |
| Partenariats                                   |              | x        |             |              |
| Gestion des risques (analyse légale)           | x            |          |             |              |
| Allocation des ressources (analyse financière) | x            |          |             |              |
| Impacts politiques                             |              | x        |             |              |
| Réputation et communication                    | x            |          |             |              |

## Suivi à la décision

1. Les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada (édition 2022) pour les visites sont référencés dans le document de la manière suivante : « (AC : 1.1.1) ».

|       |  |
|-------|--|
| 2.1.1 | L'instance de gouvernance réalise les objectifs établis concernant sa composition.   |
| 2.1.2 | L'instance de gouvernance respecte des procédures transparentes fondées sur une approche d'équité, de diversité et d'inclusion (EDI) quant à la gestion de ses membres, y compris la gestion du président. |

Si le Comité décide de recommander la rédaction d'une lettre par la présidence du Conseil d'administration adressé au ministre, une proposition sera nécessaire.

**Soumis le 14 décembre 2023 par Pierre Michaud, chef de la gestion des risques et Marc-André LeBlanc, conseiller principal en gestion des risques organisationnels.**

**Nom du comité :** Comité mixte de la qualité et de la gouvernance

**Date :** 11 janvier 2024

**Objet :** Adoption du manuel d'orientation du Conseil d'administration

## Objectif

L'objectif est d'adopter le manuel d'orientation du Conseil d'administration.

## Contexte

Selon la politique CA-320, le Comité est responsable de voir à la formation, aux activités de sensibilisation et à des possibilités d'apprentissage des membres du Conseil ainsi qu'à l'orientation des nouveaux membres du Conseil, y compris sur la sécurisation culturelle et l'humilité et sur le racisme systémique.

Selon la politique CA-210, le Comité de gouvernance et de mise en candidature est responsable d'approuver le manuel d'orientation.

Le manuel d'orientation a été mis à jour en octobre 2023 et est prêt à être adopté.

La dernière version du manuel d'orientation datait du 26 août 2021. De façon sommaire, voici des changements qui ont été apporté au manuel d'orientation :

- Changements relatifs aux amendements à la *Loi sur les régies régionales de la santé* (rôle et composition du Conseil d'administration, conseil de collaboration du système de santé, cadre de responsabilité, etc.)
- Mise à jour des hyperliens
- Ajout d'information portant sur le rapport d'Agrément 2022
- Mise à jour des reconnaissances
- Ajout d'information portant sur les rapports trimestriels
- Mise à jour de l'organigramme du ministère de la Santé
- Ajout d'information portant sur le plan provincial de Santé
- Mise à jour de la structure organisationnelle du Réseau
- Mise à jour de l'approche de planification stratégique
- Mise à jour du plan régional de santé et d'affaires 2023-2026
- Mise à jour des services et des programmes offerts par le Réseau
- Ajout d'une section au sujet du secteur des soins de santé primaires
- Mise à jour de la section portant sur l'encadrement législatif

L'adoption du manuel d'orientation permet au comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada AC : 2.2.8 et 2.2.9.

## Solution proposée

S/O

## Avantages

S/O

## Désavantages

S/O

## Considérations importantes

Faire valoir l'analyse des répercussions sur le plan de l'éthique; de l'allocation des ressources (analyse financière); de la qualité et de la sécurité; les impacts politiques; des partenariats; de la réputation et de la communication; et de la gestion des risques (analyse légale).

| Répercussions                                  | Négligeables | Modérées | Importantes | Commentaires |
|--|--------------|----------|-------------|--------------|
| Éthique  | X            |          |             |              |
| Qualité et sécurité                            | X            |          |             |              |
| Partenariats                                   | X            |          |             |              |
| Gestion des risques (analyse légale)           | X            |          |             |              |
| Allocation des ressources (analyse financière) | X            |          |             |              |
| Impacts politiques                             | X            |          |             |              |
| Réputation et communication                    | x            |          |             |              |

## Suivi à la décision

1. Les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada (édition 2022) pour les visites sont cités en référence dans le document de la manière suivante : « (AC : 1.1.1) ».

|       |  |
|-------|--|
| 2.2.8 | L'instance de gouvernance fournit une orientation à jour à ses nouveaux membres.         |
| 2.2.9 | L'instance de gouvernance offre une formation continue sur la gouvernance à ses membres. |

Proposé et appuyé

Et résolu que le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance adopte le manuel d'orientation du Conseil d'administration tel que présenté.

Adoption.

**Soumis le 14 décembre 2023 par Pierre Michaud, chef de la gestion des risques et Marc-André LeBlanc, conseiller principal en gestion des risques organisationnels.**



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

**Approuvé par le Comité de gouvernance et de mise en candidature le \_\_\_\_\_  
Révision : 2023-10-xx**

## Table des matières

|   |    |
|---|----|
| 1. Raison d'être et valeurs du Réseau de santé Vitalité .....           | 4  |
| 2. Vue d'ensemble du Réseau .....                                       | 4  |
| Organisation .....  | 4  |
| Agrément .....  | 4  |
| Reconnaisances .....  | 4  |
| Rapport annuel .....  | 6  |
| Rapports trimestriels .....   | 6  |
| 3. Lien entre le Réseau et le ministère de la Santé .....               | 7  |
| Ministère de la Santé – Organigramme .....                              | 7  |
| Conseil de collaboration du système de santé .....                      | 7  |
| Cadre de responsabilités .....  | 8  |
| Financement des soins de santé .....                                    | 8  |
| Plan provincial de la santé .....                                       | 9  |
| 4. Structure organisationnelle du Réseau .....                          | 10 |
| Structure organisationnelle du Réseau .....                             | 10 |
| 5. Structure et rôles du conseil d'administration du Réseau .....       | 10 |
| Composition .....   | 10 |
| Membres du conseil d'administration .....                               | 10 |
| Soutien au conseil d'administration .....                               | 11 |
| Équipe de leadership .....  | 11 |
| Comités du conseil d'administration .....                               | 11 |
| Comités consultatifs du conseil d'administration .....                  | 11 |
| Autre comité .....  | 11 |
| 6. Partenaires du Réseau .....  | 11 |
| Entente tripartite avec la SSMEFNB et le MACS-NB .....                  | 12 |
| Entente avec le CISSS de la Gaspésie .....                              | 12 |
| Service Nouveau-Brunswick .....   | 12 |
| Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick .....                          | 13 |
| 7. Planification stratégique et opérationnelle .....                    | 13 |
| Planification stratégique apprenante en continu .....                   | 13 |
| Plan régional de santé et d'affaires 2023-2026 .....                    | 13 |
| Guide de gestion de la qualité et de la sécurité de la patientèle ..... | 14 |
| 8. Vue d'ensemble des services et des programmes du Réseau .....        | 14 |
| Services primaires .....  | 14 |
| Services secondaires .....  | 15 |
| Services tertiaires .....   | 15 |
| Secteur des soins de santé primaires .....                              | 15 |
| Programmes et services provinciaux offerts par le Réseau .....          | 16 |

|   |    |
|---|----|
| Services de laboratoire .....   | 17 |
| Services d'imagerie .....   | 17 |
| 9. Encadrement législatif.....  | 17 |
| Loi selon laquelle le Réseau est établi .....   | 17 |
| Lois pertinentes au Réseau.....   | 18 |
| 10. Règlements et politiques .....  | 18 |
| Règlements administratifs .....   | 18 |
| Politiques du conseil d'administration .....  | 18 |
| Gouvernance générale .....  | 19 |
| Orientation – Lignes directrices .....  | 19 |
| Comités du conseil d'administration .....   | 19 |
| Processus d'évaluation .....  | 20 |
| 11. Réunions du conseil d'administration .....  | 20 |
| Fréquence et déroulement des réunions.....  | 20 |
| Horaire des réunions du conseil d'administration .....  | 20 |
| Réunions du conseil d'administration.....   | 20 |
| Formation, histoire d'une patiente ou d'un patient et discussions générales du conseil d'administration ..... | 21 |
| Ressources/lectures sur la gouvernance .....  | 21 |
| Assurance.....  | 21 |



## 1. Raison d'être et valeurs du Réseau de santé Vitalité

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

## 2. Vue d'ensemble du Réseau

### Organisation

Pour connaître le Réseau de santé Vitalité (Réseau) : <https://www.vitalitenb.ca/fr/le-reseau/qui-sommes-nous>

### Agrément

L'agrément des soins de santé est un processus d'évaluation continu qui consiste à fournir des évaluations objectives, par des tiers, des organismes de soins de santé et de services sociaux en lien avec des normes d'excellence pour déterminer ce qui fonctionne bien et ce qui doit être amélioré dans le cadre de leur engagement à améliorer continuellement la qualité.

La démarche d'agrément est importante, car elle aide les organismes à assurer de meilleurs soins de santé pour la patientèle et les familles. L'agrément permet aux organismes de santé de comprendre comment mieux travailler avec les communautés pour répondre aux besoins des populations qui reçoivent les services, offrir des services équitables et en temps opportun, assurer la sécurité, veiller à un environnement de travail sain, collaborer avec les familles et leurs proches, coordonner les soins dans tout le continuum de soins, utiliser leurs ressources de manière efficace et être efficaces.

Le processus d'agrément comprend des auto-évaluations internes, suivies d'un examen externe mené par des professionnels de l'extérieur. Il est basé sur des normes nationales d'excellence fondées sur des données probantes, des programmes d'évaluation et des solutions d'amélioration de la qualité de calibre mondial qui sont développés par l'Organisation de normes en santé – HSO. L'agrément est reconnu sur le plan national et international. La dernière visite d'Agrément Canada a eu lieu en 2022.

### [Rapport d'agrément 2022](#)

Le conseil d'administration est assujéti à des normes, qui se trouvent dans le cahier de normes de gouvernance [d'Agrément Canada](#).

Tous les laboratoires du Réseau participent à un processus d'agrément distinct et sont agréés par AC Diagnostics, qui est une raison sociale d'Agrément Canada enregistrée dans la province de l'Ontario. Les laboratoires du Réseau ont reçu leurs certificats d'agrément après avoir répondu aux exigences en matière de qualité au cours de l'évaluation menée au printemps 2022. Le personnel des laboratoires peut consulter ce dernier rapport en ligne.

Lorsque les gens voient le sceau d'Agrément Canada dans un établissement, ils peuvent être certains que l'organisme de soins de santé s'efforce de respecter les normes pour offrir des soins sécuritaires et de grande qualité.

### Reconnaisances

Le Réseau a obtenu une reconnaissance dans les domaines/programmes/projets suivants :

## **Palmarès canadien des 40 principaux hôpitaux de recherche – 2022**

Le Réseau est fier de faire partie du Palmarès canadien des 40 principaux hôpitaux de recherche et du cercle restreint des 10 meilleurs hôpitaux de recherche au pays classés selon la croissance des fonds consacrés à la recherche.

Le Réseau est le seul établissement du Nouveau-Brunswick, et l'un des 3 dans les provinces de l'Atlantique, à faire partie du classement des 40 principaux hôpitaux de recherche avec une 37<sup>e</sup> place. Le Réseau se démarque davantage au chapitre de l'augmentation des fonds consacrés à la recherche avec une 2<sup>e</sup> place parmi les 10 meilleurs hôpitaux au Canada.

Cette reconnaissance nationale est partagée par le Réseau et ses partenaires en matière de recherche, soit l'Université de Moncton et ses chercheuses et chercheurs, qui se trouvent au nouveau Centre de médecine de précision du Nouveau-Brunswick, à l'Institut atlantique de recherche sur le cancer (IARC) et au Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick (CFMNB).

La solidification des partenariats du Réseau en recherche et l'orientation stratégique en matière de recherche en santé avec l'Université de Moncton, l'IARC et le CFMNB a permis la croissance significative de la capacité de recherche du Réseau dans les dernières années. La pandémie de COVID-19 a plus que jamais fait valoir l'importance de la mobilisation des preuves scientifiques et des données probantes. L'expertise en avancement de la recherche en santé au Nouveau-Brunswick, qui est cultivée en collaboration avec les partenaires, est bien reconnue et établie.

## **Centre d'excellence en trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) du Nouveau-Brunswick**

Le Centre offre des services bilingues de prévention, de diagnostic, d'intervention et de soutien aux personnes atteintes de TSAF, aux familles ainsi qu'aux professionnelles et aux professionnels. Le Centre tient 24 cliniques diagnostiques par année et offre un suivi clinique à plus de 1 000 individus dans la province. Le Centre prête une grande attention aux besoins de la mère et à ses traumatismes ainsi qu'aux traumatismes antérieurs des individus atteints de TSAF et de leur famille. Le Centre collabore avec de nombreux partenaires communautaires et gouvernementaux et il coordonne la collaboration entre les ministères des Services sociaux, de l'Éducation et de la Justice et les Premières Nations.

Pour assurer une offre de services à toutes les communautés, le Centre offre des services dans toutes les régions de la province et il comprend une équipe diagnostique multidisciplinaire. Le Centre a développé un modèle unique de soins holistiques nommés « Capteur de rêves », qui permet une prestation de services qui porte sur les soins de santé primaires et les déterminants de la santé des Premières Nations. Ce modèle est culturellement approprié et sécuritaire et il favorise le bien-être des individus atteints de TSAF, de leur famille et de leur communauté, tout en respectant leur culture et leurs valeurs. Le Centre a dû décoloniser ses pratiques courantes en fusionnant la science occidentale et la science des Premières Nations. Cela reflète le processus de réconciliation et de rétablissement de la paix auprès des Premières Nations. Ce modèle répond aux recommandations de la Commission de vérité et réconciliation du Canada : 94 appels à l'action.

En 2019, le Centre a reçu une mention de pratique exemplaire de la part d'Agrément Canada et il a été le premier récipiendaire du Prix de l'innovation Claudette Bradshaw.

## **Agrément Canada**

Le Réseau a récemment obtenu une note quasi parfaite et le renouvellement de son statut d'organisme agréé, confirmant ainsi que les soins et les services qu'il offre à la population répondent aux normes nationales de qualité et de sécurité de la patientèle. Le Réseau a obtenu un taux de conformité global de 95,4 %. Il s'agit d'une hausse de 4,5 % par rapport à la dernière évaluation effectuée en 2017.

Pour évaluer les processus d'un organisme de soins de santé, Agrément Canada se base sur des normes regroupées dans des cahiers. Le Réseau a obtenu un taux de conformité de 95 % et plus pour 18 des 25 cahiers de normes. Il a aussi décroché une note parfaite de 100 % dans quatre secteurs :

- la gouvernance;
- la prévention et le contrôle des infections;
- les analyses de biologie délocalisées;
- le traitement des dépendances.

## **Rapport annuel**

Le Réseau doit soumettre un rapport annuel au ministre de la Santé au plus tard le 30 juin de chaque année pour l'exercice financier précédent. Le rapport annuel doit contenir les éléments suivants définis dans la *Loi sur les régies régionales de la santé* :

- a) un rapport sur les activités du Réseau;
- b) un sommaire des états financiers vérifiés du Réseau;
- c) un sommaire des revenus prévus au budget et des revenus réels du Réseau ainsi que ses dépenses prévues et réelles;
- d) un rapport sur les salaires versés aux cadres supérieurs du Réseau;
- e) tout autre renseignement prescrit par la *Loi sur les régies régionales de la santé*, la *Loi hospitalière*, la *Loi sur les services hospitaliers* ou toute autre loi ou tout autre règlement découlant de ces lois.

### [Rapport annuel 2022-2023](#)

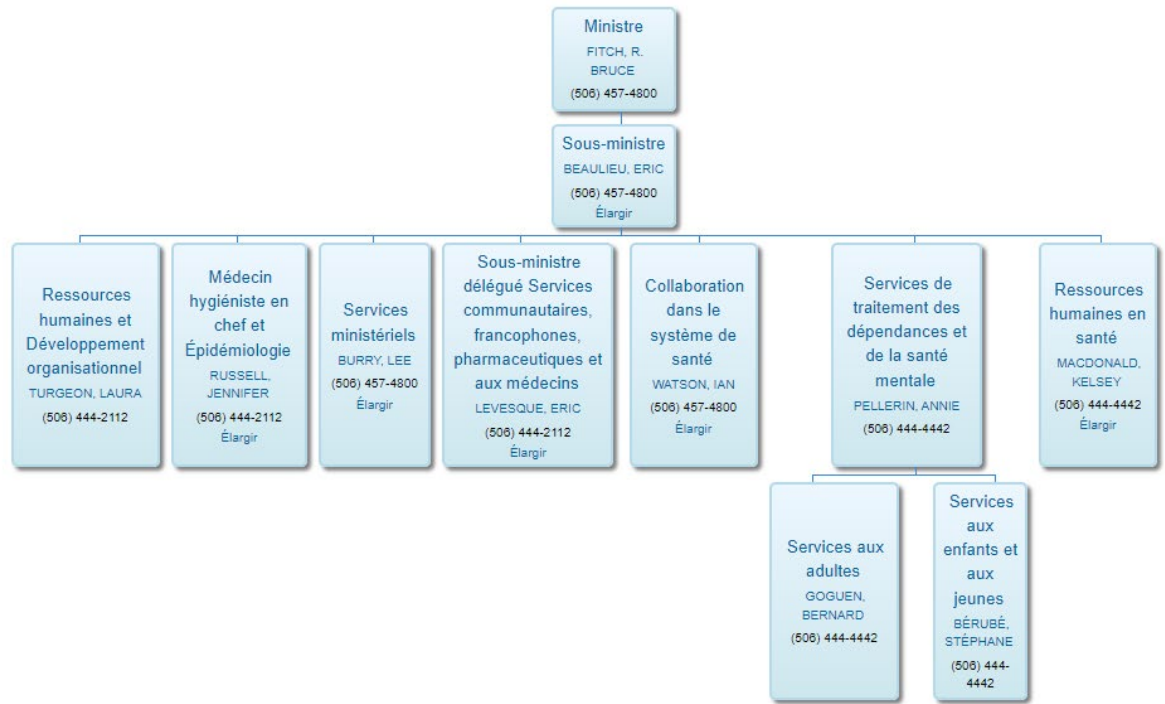
## **Rapports trimestriels**

Depuis mars 2023, le Réseau produit un rapport trimestriel à la communauté qui a pour but de partager quelques initiatives et progrès réalisés au cours du trimestre. Il rapporte aussi des résultats qui figurent au Bulletin de performance de l'organisation qui est publié sur le site Web du Réseau.

### [Rapports trimestriels à la communauté](#)

### [Bulletin de performance](#)

### 3. Lien entre le Réseau et le ministère de la Santé Ministère de la Santé – Organigramme



Le ministre de la Santé est chargé de l'orientation stratégique du système de soins de santé dans la province. À cette fin, le ministre peut :

- établir le cadre législatif et réglementaire régissant le système de soins de santé;
- établir des buts, des normes et des objectifs relatifs à la prestation des services dans la province;
- établir des objectifs, des mesures et des objectifs de rendement pour promouvoir l'utilisation efficace des services de santé;
- évaluer les politiques provinciales en matière de soins de santé;
- mener la planification des finances, des ressources humaines et des technologies de l'information du système de soins de santé.

#### **Conseil de collaboration du système de santé**

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick a établi le Conseil de collaboration du système de santé en 2023. Ce conseil a comme rôle de superviser l'élaboration et la mise en œuvre des mesures de rendement et des programmes provinciaux, de faciliter la collaboration entre les régies régionales de la santé (RRS), d'examiner les obstacles communs et de chercher des solutions servant toute la patientèle ainsi que de tenir compte des possibilités d'un point de vue provincial. Ce conseil est composé de la ou du ministre de la Santé, de la présidente ou du président du conseil d'administration de chaque RRS, d'un membre de chaque conseil d'administration des RRS, de la ou du sous-ministre de la Santé et de la ou du PDG de chaque RRS.

## Cadre de responsabilités

La *Loi sur les régies régionales de la santé* prévoit que la ou le ministre établit, en consultation avec les régies de santé, un cadre de responsabilités pour définir, entre autres, les responsabilités du Réseau à l'égard de ses partenaires dans le système provincial de la santé.

Le Réseau effectue un suivi régulier auprès du ministère de la Santé pour ce qui est de l'état d'avancement du mandat reçu ainsi que des priorités gouvernementales inscrites dans la lettre de mandat qu'il a reçue.

## Financement des soins de santé

Les provinces et les territoires gèrent et fournissent la majorité des services de soins de santé du Canada, tout en s'assurant que les régimes d'assurance-maladie respectent les principes nationaux énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé*. Chaque régime d'assurance-maladie des provinces et des territoires assume les coûts des services hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires et prépayés, qui sont offerts gratuitement au point de service. Les gouvernements des provinces et des territoires financent ces services à l'aide de transferts financiers et fiscaux du gouvernement fédéral.

Les services médicalement nécessaires ne sont pas définis dans la *Loi canadienne sur la santé*. Il incombe aux régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux de déterminer, de concert avec les collèges ou les groupes de médecins respectifs, les services qui sont médicalement nécessaires aux fins de l'assurance-maladie. S'il est établi qu'un service est médicalement nécessaire, le coût du service doit être entièrement payé par le régime d'assurance-maladie public pour que les dispositions de la Loi soient respectées. Si un service n'est pas jugé médicalement nécessaire, la province ou le territoire n'est pas dans l'obligation de le payer au moyen de son régime d'assurance-maladie.

Parmi leurs rôles en soins de santé, les gouvernements des provinces et des territoires :

- gèrent leur régime d'assurance-maladie;
- planifient, financent et évaluent les soins fournis dans les hôpitaux et les autres établissements médicaux ainsi que les services fournis par les médecins et les autres professionnelles et professionnels de la santé;
- planifient et mettent en œuvre des initiatives de promotion de la santé et de santé publique;
- négocient des barèmes d'honoraires avec les professionnelles et les professionnels de la santé.

La plupart des gouvernements des provinces et des territoires offrent et financent des services supplémentaires pour certains groupes (p. ex. les personnes à faible revenu et les personnes âgées), comme les médicaments prescrits à l'extérieur des hôpitaux, les coûts des services ambulanciers ainsi que les soins de la vue, de l'ouïe et dentaires qui ne sont pas couverts en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*.

Bien que les provinces et les territoires fournissent ces prestations supplémentaires à certains groupes de personnes, les services de santé supplémentaires sont en grande partie financés à partir de sources privées. Les personnes et les familles qui ne sont pas admissibles à la protection assurée par le système public peuvent payer ces coûts directement (de leur poche), obtenir une protection dans le cadre d'une assurance collective au travail ou adhérer à un régime privé. En vertu de la plupart des lois provinciales et territoriales, la couverture offerte par les services d'assurances privés est limitée et ne peut dupliquer celle des régimes publics; cependant, il peut s'exercer une concurrence sur le marché des services supplémentaires.

De plus, dans chaque province et territoire, il existe un organisme indépendant d'indemnisation des accidentées et des accidentés du travail (pour le Nouveau-Brunswick : Travail sécuritaire NB), dont les fonds proviennent des employeuses et des employeurs, qui financent les services offerts aux employées et aux employés qui se blessent au travail.

Le financement du Réseau provient de différentes sources. Par exemple, pour l'année 2022-2023, le ministère de la Santé a fourni un peu plus de 95 % du budget d'opérations annuel nécessaire pour le financement régulier des soins de santé. Environ 2 % des fonds proviennent du recouvrement de facturations pour des soins médicaux prodigués, y compris pour des patients de l'extérieur de la province et du pays. D'autres sources de revenus équivalant à 3 % proviennent de programmes fédéraux et d'autres recouvrements.

Le ministère de la Santé accorde aussi un budget destiné à l'équipement et à l'amélioration des immobilisations selon des plans quinquennaux présentés annuellement pour les besoins de 100 000 dollars et plus. En 2022-2023, un montant total de 45 millions de dollars a servi pour les immobilisations et l'équipement.

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

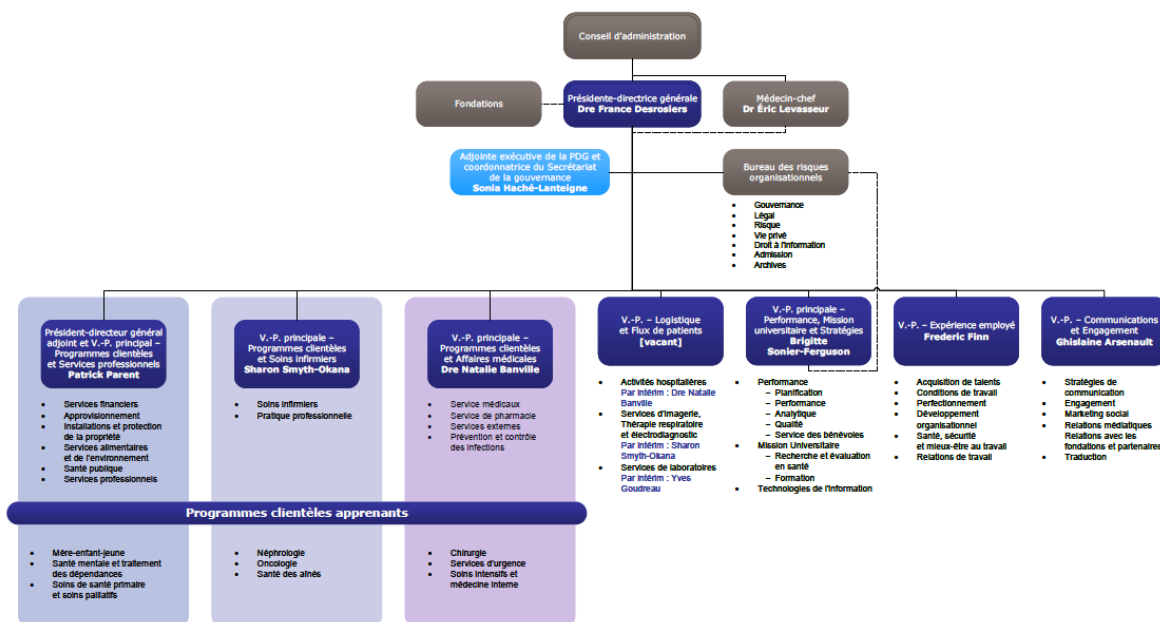
### [Plan provincial de la santé](#)

En novembre 2021, le Gouvernement du Nouveau-Brunswick a publié le Plan provincial de la santé, s'intitulant *Stabilisation des soins de santé : Un appel à l'action urgent*. Il s'agit d'une feuille de route de 5 ans visant à faire évoluer les soins de santé au Nouveau-Brunswick. Le Réseau de santé Vitalité aligne ses priorités sur les domaines d'action suivants, qui sont bien définis dans le plan :

- accès aux soins de santé primaires;
- accès aux chirurgies;
- création d'un système connecté;
- accès aux services de traitement des dépendances et de santé mentale;
- soutien pour les personnes âgées qui veulent vieillir chez elles.

## 4. Structure organisationnelle du Réseau

### Structure organisationnelle du Réseau



Juin 2023



## 5. Structure et rôles du conseil d'administration du Réseau

### Composition

Les activités et les affaires internes d'une régie régionale de la santé sont dirigées et gérées par un conseil formé de 7 membres ayant droit de vote, qui sont tous nommés par la ou le ministre, et de 3 membres sans droit de vote, soit la présidente-directrice générale ou le président-directeur général (PDG), la présidente ou le président du Comité médical consultatif régional et la présidente ou le président du Comité professionnel consultatif.

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

Le rôle du conseil d'administration consiste principalement à :

- établir l'orientation générale, les buts et les objectifs du Réseau;
- embaucher et à superviser la ou le PDG et, le cas échéant, à la ou le congédier;
- superviser la gestion et l'administration du Réseau;
- exiger que le Réseau lui rende des comptes.

### Membres du conseil d'administration

La biographie de chacun des membres du conseil d'administration, y compris des membres d'office, est disponible sur le [site Web du Réseau](#).

### **Soutien au conseil d'administration**

Le conseil d'administration nomme la ou le PDG et cette personne est le premier point de contact pour toutes questions liées au Réseau. La ou le PDG est chargé de la gestion générale du Réseau et rend compte au conseil d'administration de la gestion générale et de la conduite des affaires internes du Réseau.

Le conseil d'administration, par l'entremise du Comité de gouvernance et de mise en candidature, s'assure qu'un processus d'évaluation annuel de la ou du PDG est en place et qu'un plan de relève de la ou du PDG est en place en cas d'incapacité d'agir de la ou du PDG.

Le comité d'évaluation de la ou du PDG comprend habituellement la présidente ou le président, la vice-présidente ou le vice-président ainsi qu'un autre membre du conseil d'administration.

L'adjointe administrative ou l'adjoint administratif de la ou du PDG participe à toutes les réunions du conseil d'administration et s'assure que tous les documents liés aux diverses réunions sont disponibles sur Microsoft Teams.

La ou le PDG du Réseau, la PDG adjointe ou le PDG adjoint et les vice-présidentes et les vice-présidents doivent aussi assister à toutes les réunions du conseil d'administration et des comités concernés. Ensemble, la ou le PDG, la PDG adjointe ou le PDG adjoint et les vice-présidentes et les vice-présidents forment l'équipe de leadership. Le Chef de la gestion de risques participe aussi à toutes les réunions du conseil d'administration, des comités concernés et à l'équipe de leadership.

Pour faciliter la préparation des ordres du jour et des documents des comités du conseil d'administration, une vice-présidente ou un vice-président est attribué à chacun de ces comités (en plus des présidentes et des présidents de ces comités).

### **Équipe de leadership**

La biographie de chacun des membres de l'équipe de leadership est disponible sur le [site Web du Réseau](#).

### **Comités du conseil d'administration**

Comité exécutif ([CA-310](#))

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

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

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

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

Comité consultatif des patients et des familles ([CA-360](#))

Comité ad hoc des Ressources Humaines ([CA-396](#))

Évaluation du rendement et du développement du président-directeur général ([CA-400](#))

### **Comités consultatifs du conseil d'administration**

Comité médical consultatif (voir la section B.11.3 des règlements administratifs du Réseau)

Comité professionnel consultatif [GEN.1.40.10](#)

### **Autre comité**

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

## **6. Partenaires du Réseau**

Le Réseau est l'un des [5 partenaires](#) du système de santé du Nouveau-Brunswick. À cet égard, le Réseau s'engage à travailler en étroite collaboration avec le ministère de la Santé, le Réseau de



santé Horizon, Service Nouveau-Brunswick (SNB), le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick et Extra-mural/Ambulance Nouveau-Brunswick Inc. (EM/ANB) pour assurer à la population un système de santé qui répond à la vision et aux objectifs du gouvernement du Nouveau-Brunswick en matière de santé.

Par ailleurs, le Réseau cherche à établir, à renforcer et à entretenir des partenariats avec les intervenantes et les intervenants dans divers domaines, dont l'éducation, l'emploi et les modes de vie sains pour aborder tous les aspects qui ont un effet sur la santé. Voici quelques exemples :

- Unité de médecine familiale;
- Université de Moncton;
- Université de Sherbrooke;
- Collège communautaire du Nouveau-Brunswick;
- New Brunswick Community College;
- Collège Oulton
- Cégep de Rimouski
- Collège Boréal
- Dalhousie University
- Institut atlantique de recherche sur le cancer
- Ministère du Développement social
- Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie (CISSS de la Gaspésie)

#### **Entente tripartite avec la SSMEFNB et le MACS-NB**

Une alliance majeure de 5 ans portant sur l'établissement d'un partenariat pour une santé primaire durable en français a été conclue par 3 acteurs importants depuis 2015. La Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick (SSMEFNB), le Mouvement Acadien des Communautés en Santé du Nouveau-Brunswick (MACS-NB) et le Réseau ont confirmé leur volonté de travailler ensemble pour rapprocher les communautés et le système de santé. L'entente entre les 3 partenaires a été renouvelée pour une période de 5 ans en juin 2020.

#### **Entente avec le CISSS de la Gaspésie**

Le Réseau collabore et partage de façon historique des responsabilités par rapport à la prestation de soins de santé à la population de l'Ouest de la Municipalité régionale de comté (MRC) Avignon avec le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Gaspésie. Le Réseau offre ces soins de santé par l'entremise de l'Hôpital Régional de Campbellton. Les parties négocient présentement une entente pour développer une relation d'affaires durable et pour définir leur engagement dans cette collaboration.

#### **Service Nouveau-Brunswick**

En 2008, lors de la réforme provinciale du système de santé, une nouvelle agence de services partagés a été créée, soit FacilicorpNB. Officiellement incorporée le 17 mars 2008, FacilicorpNB offrait des services non cliniques partagés aux RRS de la province, ce qui permettait à celles-ci de concentrer leur énergie sur la prestation de soins cliniques de grande qualité, contribuant ainsi à bâtir un système de soins de santé efficace, solide et viable pour la province.

FacilicorpNB a été intégrée le 1<sup>er</sup> octobre 2015 à la nouvelle corporation appelée [Service Nouveau-Brunswick](#). La nouvelle corporation combine les fonctions de Service Nouveau-Brunswick, de l'Agence des services internes du Nouveau-Brunswick, du ministère des Services gouvernementaux et de FacilicorpNB, tout en continuant d'offrir des services gouvernementaux au public.

Un membre, qui de l'avis du ministre de la Santé, représente le Réseau, siège au Conseil d'administration de Service Nouveau-Brunswick.

### **Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick**

La population du Nouveau-Brunswick a le droit de connaître les décisions qui sont prises, de faire partie du processus décisionnel et de connaître les résultats livrés par le système de santé et les coûts de celui-ci. Le [Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick](#) encourage cette transparence, cet engagement et cette responsabilité en :

- engageant la population dans un dialogue significatif;
- mesurant, en surveillant et en évaluant la santé de la population et la qualité des services en santé;
- informant la population sur l'état de la performance du système de santé;
- recommandant des améliorations au ministre de la Santé.

## **7. Planification stratégique et opérationnelle**

### **Planification stratégique apprenante en continu**

La planification stratégique apprenante en continu est une approche systémique qui permet de définir les priorités organisationnelles et les champs d'action, tout en continuant de faire preuve d'adaptation face aux enjeux et à l'environnement.

Le succès de la mise en œuvre du plan stratégique apprenant en continu s'appuie sur l'engagement de tous les membres de l'organisation et de leur adhésion aux priorités identifiées. Pour assurer cet engagement, il faut, comme organisation, être davantage à l'écoute et démontrer davantage d'inclusion et d'agilité dans le processus d'identification des priorités stratégiques. Il faut avoir une bonne compréhension de la réalité vécue sur le terrain et de la performance de l'organisation, mais aussi bien comprendre les besoins des communautés qui reçoivent les services, tout en continuant de se tourner vers l'avenir, d'avoir conscience des besoins futurs et de maintenir des pratiques innovantes.

C'est ainsi qu'est adopté ce processus de planification stratégique qui est apprenant, et en continu, qui prend en considération des éléments internes et externes du Réseau de santé Vitalité.

### **Plan régional de santé et d'affaires 2023-2026**

Dans le cadre de son processus annuel de planification, le Réseau met à jour son Plan régional de santé et d'affaires (PRSA) chaque année. Celui-ci est entériné par le conseil d'administration, puis acheminé au ministère de la Santé pour approbation par le Ministre.

Le PRSA 2023-2026 tient compte du mandat législatif du Réseau, qui confère à celui-ci la double responsabilité d'assurer la prestation et l'administration des services de santé sur ses territoires désignés, et ce, dans la langue officielle du choix de la patientèle. Ce plan comprend notamment les priorités, les objectifs stratégiques et opérationnels, une liste d'initiatives et un plan financier détaillé. Le conseil d'administration peut suivre la mise en œuvre du plan par l'entremise du bulletin de performance organisationnelle.

Le PRSA 2023-2026 est aligné sur le Plan provincial de la santé et il est organisé selon 3 grandes orientations stratégiques, soit l'expérience employé, l'expérience patient et l'engagement des communautés. Le Réseau aligne également ses orientations sur 2 priorités, soit améliorer l'accès aux soins de santé primaires et améliorer le flux de patientèle et la performance des hôpitaux.

### **Guide de gestion de la qualité et de la sécurité de la patientèle**

La gestion intégrée de la qualité est une approche globale de gestion où chaque personne dans l'organisation est responsable et active dans le processus d'amélioration de la qualité qui est intégré dans l'ensemble des activités de l'organisation tant sur le plan clinique qu'administratif. De plus, la gestion intégrée de la qualité met en place un processus continu, proactif et systématique pour comprendre, gérer et intégrer les différents processus de la qualité au sein de l'organisation.

La gestion intégrée de la qualité se déploie notamment dans les grands volets suivants :

- L'intégration des conseillères et des conseillers en qualité au sein des équipes de direction sur le terrain pour faciliter les discussions et l'utilisation de l'information en matière de qualité dans la prise de décisions;
- Des analyses de tendances mettant en relation plusieurs données expliquant les bons coups et les écarts en matière de qualité;
- La responsabilité des gestionnaires ainsi que des directrices et des directeurs cliniques et non cliniques quant aux suivis à effectuer en matière de qualité;
- L'arrimage entre la qualité systémique (celle qui s'intéresse aux processus en place) et la qualité de l'acte professionnel (de l'acte médical, de l'acte infirmier et tous les autres actes professionnels) pour assurer une vision et des priorités communes ou complémentaires;
- La création et le maintien d'une culture juste qui assure un environnement psychologique sécuritaire permettant d'aborder en toute confiance les éléments nécessitant une amélioration, le tout selon une approche d'organisation apprenante.

## **8. Vue d'ensemble des services et des programmes du Réseau**

Le Réseau offre une vaste gamme de soins et de services de santé primaires, secondaires et tertiaires à une population de près de 248 000 personnes. La *Loi sur les régies régionales de la santé* confère au Réseau la responsabilité d'offrir et d'administrer les services de santé sur son territoire dans la langue officielle du choix de la patientèle.

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

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

La qualité des soins et des services offerts repose sur une équipe dévouée de 7 949 membres du personnel, de 598 médecins, dont 256 spécialistes, de 46 infirmières praticiennes et infirmiers praticiens, et de près de 800 bénévoles.

### **[Ensemble des services](#)**

#### **Services primaires**

Les soins de santé primaires sont au cœur des communautés et tiennent compte des déterminants sociaux qui influencent grandement la santé et le mieux-être. Des collaborations sont établies avec les établissements, les programmes, les partenaires et les communautés pour veiller à ce que la population du territoire du Réseau ait accès à des soins de santé primaires. La population à laquelle le Réseau offre des services peut généralement recevoir des soins de santé primaires dans les

divers points de service qui sont situés dans les communautés, sinon elle peut se rendre dans une localité environnante à moins de 30 minutes de route. Voici quelques exemples de ce type de services :

- Audiologie et orthophonie;
- ECG, EEG et EMG;
- Échographie;
- Ergothérapie;
- Médecine générale;
- Nutrition clinique;
- Obstétrique de type non chirurgical, à faible risque;
- Pédiatrie générale;
- Physiothérapie;
- Psychologie;
- Récréologie;
- Services pharmaceutiques;
- Services sociaux;
- Soins infirmiers;
- Soins prolongés et soins de rétablissement;
- Soins spirituels et religieux ;
- Thérapie respiratoire;
- Urgence.

### Services secondaires

Les gens doivent se déplacer à l'hôpital régional le plus près, qui est en moyenne à une heure de route ou moins, pour recevoir des soins de santé secondaires. Voici quelques exemples de ce type de services :

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

### Services tertiaires

Les gens doivent se déplacer à un établissement, qui se trouve en moyenne à 4 heures de route ou moins, pour recevoir des soins de santé tertiaires. Voici quelques exemples de ce type de services :

- Chirurgie de type cathétérisme cardiaque;
- Neurochirurgie et soins neuro-intensifs;
- Soins néonataux intensifs;
- Réadaptation tertiaire;
- Unité de psychiatrie – enfants et adolescentes/adolescents
- Traumatologie;
- Pédiatrie spécialisée;
- Chirurgie pédiatrique;
- Transplantation;
- Unité des personnes brûlées;
- Chirurgie hépatique;
- Chirurgie oncologique.

### Secteur des soins de santé primaires

Le secteur des soins de santé primaires offre des services de santé de première ligne à la population au complet et ceci principalement en communauté. Ces services sont considérés

comme étant la porte d'entrée du système de santé et ils devraient être offerts le plus près possible des gens. Les interventions incluent l'offre de soins de santé primaires ainsi que des efforts en promotion de la santé et en prévention des maladies et des blessures. Divers types de services et de programmes sont offerts. Voici quelques exemples :

- Services de médecine familiale (assurés par des médecins de famille, des infirmières praticiennes et des infirmiers praticiens, soutenus de plus en plus par d'autres intervenantes et intervenants en santé travaillant en équipe multidisciplinaire);
- Cliniques et suivis pour les personnes diabétiques et celles qui présentent une tension artérielle élevée;
- Programme de gestion personnalisée des services (gestion de cas des grandes utilisatrices et des grands utilisateurs du système de santé) ;
- Programme Maintien à domicile des personnes vulnérables (gestion de cas des personnes considérées comme vulnérables);
- Programme Point d'entrée unique (gestion de cas des personnes ayant plusieurs problèmes de santé chroniques);
- Services de santé sexuelle offerts par des infirmières praticiennes et des infirmiers praticiens dans les écoles secondaires;
- Cliniques de dépannage le jour même (Lamèque et Shediac);
- Programme d'abandon du tabac (Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac);
- Intervenantes et intervenants qui participent à de nombreuses initiatives de promotion de la santé et de prévention des maladies et des blessures, en collaboration avec des partenaires communautaires et qui prennent en considération les déterminants de la santé;
- Suivis faits par des infirmières praticiennes et des infirmiers praticiens en ce qui concerne les aiguillages provenant du service 811 pour des situations non urgentes;
- Programme MotivAction (pour les jeunes aux prises avec un surpoids).

### **Programmes et services provinciaux offerts par le Réseau**

Le Réseau offre également des services dont la portée est provinciale. Ainsi, le Centre Hospitalier Restigouche abrite le programme provincial de psychiatrie légale. En ce qui concerne l'oncologie, le Centre hospitalier universitaire (CHU) Dr-Georges-L.-Dumont offre des services en oncologie gynécologique et en curiethérapie. Il joue également un rôle provincial en ce qui a trait aux services de laboratoire, car il abrite le Laboratoire de santé publique du N.-B. et il offre des services de surveillance de l'activité grippale, de microbiologie moléculaire, de sérologie et d'analyse dans le cadre du programme provincial de dons d'organes. De plus, il offre des services de gestion de cas de phénylcétonurie.

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

De plus, l'organisation assure le leadership d'autres programmes provinciaux en santé comme, entre autres : le programme SANE (infirmières médico-légales), le Programme de suivi des porteurs d'implants cochléaires du Nouveau-Brunswick et le Centre d'excellence en trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale du Nouveau-Brunswick. Ce dernier a d'ailleurs obtenu en 2019 une reconnaissance de l'Organisation de normes en santé (HSO) relativement à sa pratique exemplaire à l'échelle canadienne.

Pour terminer, le secteur des soins de santé primaires du Réseau est responsable du Programme de pompes à insuline du Nouveau-Brunswick, qui offre un soutien financier à des personnes diabétiques de la province qui ont besoin d'une pompe à insuline. Ce programme s'adresse à la population des territoires des deux réseaux de santé de la province; le service est offert à partir de l'Hôpital de Tracadie. Le secteur des soins de santé primaires est également responsable du programme provincial portant sur la COVID-19 de longue durée. Ce programme est en cours

d'élaboration; il vise à assurer un suivi auprès des personnes qui continuent de démontrer des symptômes après avoir contracté la COVID-19.

### Services de laboratoire

- Analyses hors laboratoire
- Biochimie
  - Chimie générale
  - Urine
  - Chimie spéciale
  - Immunochimie
  - Toxicologie
- Cytométrie de flux
- Cytopathologie
- Génétique moléculaire
  - Biologie moléculaire
  - Cytogénétique
  - Séquençage
- Hématologie
  - Hématologie générale
  - Coagulation
  - Cytométrie de flux
  - Hématologie spéciale
- Microbiologie
  - Bactériologie
  - Microbiologie moléculaire
  - Mycologie
  - Parasitologie
  - Sérologie
- Virologie
- Pathologie/Histologie
  - Autopsie
  - Chirurgicale
  - « Dual ISH »
  - Immunohistochimique
  - Technique du ganglion sentinelle
- Prélèvement d'échantillons
- Sciences transfusionnelles

### Services d'imagerie

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

## 9. Encadrement législatif

### Loi selon laquelle le Réseau est établi

Le Réseau est établi en vertu de la loi suivante :

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

#### **Lois pertinentes au Réseau**

Le Réseau doit aussi se conformer à d'autres lois, notamment à celles qui suivent :

- [Code criminel, LRC 1985, c C-46](#)
- [Loi hospitalière, LN-B 1992, c H-6.1](#)
- [Loi reconnaissant l'égalité des deux communautés linguistiques officielles au Nouveau-Brunswick, LRN-B 2011, C 198](#)
- [Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail, LN-B 1983, c O-0.2](#)
- [Loi sur l'ombud, LRN-B 1973, c O-5](#)
- [Loi sur la déclaration obligatoire des blessures par balle et par arme blanche, LN-B 2020, c 26](#)
- [Loi sur la passation des marchés publics, LRN-B 2012, c 20](#)
- [Loi sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients, LRN-B 2016, c 21](#)
- [Loi sur la santé mentale, LRN-B 1973, c M-10](#)
- [Loi sur la santé publique, LN-B 1998, c P-22.4](#)
- [Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé, LN-B 2009, c P-7.05](#)
- [Loi sur le consentement des mineurs aux traitements médicaux, LN-B 1976, c M-6.1](#)
- [Loi sur le défenseur des enfants, des jeunes et des aînés, LN-B 2007, c C-2.7](#)
- [Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée, LN-B 2009, c R-10.6](#)
- [Loi sur les coroners, LRN-B 1973, c C-23](#)
- [Loi sur les divulgations faites dans l'intérêt public, LRN-B 2012, c 112](#)
- [Loi sur les dons d'organes et de tissus humains, LN-B 2023, c 24](#)
- [Loi sur les endroits sans fumée, LRN-B 2011, c 222](#)
- [Loi sur les langues officielles, LN-B 2002, c O-0.5](#)
- [Loi sur les procurations durables, LN-B 2019, c 30](#)
- [Loi sur les services hospitaliers, LRN-B 1973, c H-9](#)

## **10. Règlements et politiques**

#### **Règlements administratifs**

Les règlements administratifs régissent le conseil d'administration et ils s'appliquent à la conduite des affaires du Réseau.

#### [Règlements administratifs](#)

#### **Politiques du conseil d'administration**

Le Réseau observe les normes les plus strictes en matière de pratiques de gouvernance. Les politiques et procédures visent à fournir aux membres du conseil d'administration une vue d'ensemble de l'organisme ainsi que des structures et des méthodes qui le gouvernent. Les

politiques ci-dessous décrivent les processus et les pratiques qui favorisent l'efficacité du conseil d'administration.

Nb : Il est à noter que certaines politiques sont actuellement en processus de révision.

#### *Gouvernance générale*

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

#### *Orientation – Lignes directrices*

- [CA-205 : Code d'éthique du Réseau de santé Vitalité](#)
- [CA-210 : Orientation des nouveaux membres du Conseil d'administration](#)
- [CA-215 : Rémunération des membres du Conseil d'administration](#)
- [CA-220 : Langues officielles](#)
- [CA-225 : Communications et relations publiques](#)
- [CA-235 : Succession du président-directeur général](#)
- [CA-240 : Gestion de la qualité, de la sécurité des patients et des risques](#)
- [CA-241 : Santé et sécurité au travail](#)
- [CA-245 : Considérations éthiques](#)
- [CA-250 : Protection des renseignements confidentiels \(Confidentialité\)](#)
- [CA-255 : Documentation numérisée](#)
- [CA-260 : Dénonciation d'irrégularités](#)
- [CA-265 : Limite d'autorisation de dépenses](#)
- [CA-270 : Présence aux réunions du Conseil d'administration et des comités](#)
- [CA-275 : Investissements](#)

#### *Comités du conseil d'administration*

- [CA-300 : Comités du Conseil d'administration](#)
- [CA-310 : Comité exécutif](#)
- [CA-320 : Comité de gouvernance et de mise en candidature](#)
- [CA-330 : Comité des finances et de vérification](#)
- [CA-350 : Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients](#)
- [CA-360 : Mandat du Comité consultatif des patients et des familles](#)
- [CA-395 : Comité stratégique de la recherche et de la formation](#)
- [CA-396 : Comité ad hoc des Ressources Humaines](#)



### *Processus d'évaluation*

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

## **11. Réunions du conseil d'administration**

### **Fréquence et déroulement des réunions**

Le conseil d'administration se réunit au moins 4 fois par année et les réunions sont ouvertes au public. La date, l'heure et le lieu des réunions sont annoncés à l'avance dans les médias et sur le site Web du Réseau.

Chaque séance publique du conseil d'administration est suivie d'une période de dialogue avec le public d'une durée de 30 minutes. Si un membre du public désire poser une question aux membres du conseil d'administration, il doit soumettre sa question par courriel à l'adresse [info@vitalitenb.ca](mailto:info@vitalitenb.ca) 10 jours ouvrables avant la date de la réunion. Cela a pour but d'assurer le bon déroulement des échanges, d'offrir à toutes les intervenantes et à tous les intervenants un temps de parole équitable et de permettre au conseil d'administration de fournir des réponses complètes et en temps opportun.

### **Horaire des réunions du conseil d'administration**

Les dates et les heures des rencontres ordinaires du conseil d'administration sont prévues un an à l'avance et affichées sur le [site Web du Réseau](#).

### **Réunions du conseil d'administration**

- Le conseil d'administration se réunit au moins 4 fois par année financière; le nombre de réunions inclut l'assemblée annuelle.
- Le conseil d'administration peut aussi tenir des réunions extraordinaires à la demande de la présidente ou du président ou, en son absence, de la vice-présidente ou du vice-président ou à la demande écrite de 3 membres du conseil d'administration (indiquant les sujets à aborder).
- La présidente ou le président du conseil d'administration, en consultation avec la ou le PDG à titre de secrétaire du conseil d'administration, prépare l'ordre du jour de chaque réunion du conseil d'administration.
- Dans le cas des réunions ordinaires et des rencontres à huis clos du conseil d'administration, l'ordre du jour et les documents afférents à celui-ci sont distribués au moins une semaine avant la réunion.
  - À moins d'une acceptation de tous les membres du conseil d'administration, aucun sujet ne peut être ajouté à l'ordre du jour d'une réunion.
- Les membres du conseil d'administration peuvent proposer des ajouts à l'ordre du jour avant que celui-ci ne soit distribué aux membres.
- Le conseil d'administration peut utiliser des résolutions en bloc pour des points comme l'adoption d'un procès-verbal et son suivi, et ce, autant pour les rencontres du conseil d'administration que celles de ses comités.

- Le *Code Morin* est utilisé en tant que guide d'assemblée délibérante. Les questions soulevées durant les réunions du conseil d'administration et de ses comités sont tranchées à la majorité des voix exprimées par les membres présents ayant droit de vote.

### **Formation, histoire d'une patiente ou d'un patient et discussions générales du conseil d'administration**

Le Réseau s'engage à rehausser la barre et à créer une valeur ajoutée en matière de soins centrés sur la patientèle et sa famille en misant sur une stratégie d'expérience patientèle mettant l'accent sur la création et le soutien de partenariats mutuellement avantageux. Un des premiers jalons de cette approche est d'avoir le témoignage d'une patiente ou d'un patient ou une histoire de cas à chacune des réunions du conseil d'administration et de permettre des discussions sur les possibilités d'amélioration. À la suite de la présentation de cette situation vécue, les membres du conseil d'administration discutent pendant environ 15 minutes sur quelques questions touchant les éléments les plus marquants de la situation vécue.

### **Ressources/lectures sur la gouvernance**

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

### **Assurance**

Le Réseau est couvert par le plan de protection de responsabilité civile – services de santé, auquel souscrit la province du Nouveau-Brunswick et qui est administré par Health Care Insurance Reciprocal of Canada (HIROC).