

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Titre de la réunion :	Comité mixte de la qualité et de la gouvernance	Date et heure :	Le 24 mars 2026, 13 h
But de la réunion :	Réunion régulière	Endroit :	Teams
Co-présidentes :	Claire Savoie Johanne Thériault Paulin		
Adjointes administratives :	Vicky Pellerin Sophie Legacy		

Participants**Membres votants**

Johanne Thériault Paulin (co-présidente)	Claire Savoie (co-présidente)	Misty Labilloy
--	-------------------------------	----------------

Membres d'office

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

Membres invités - Qualité

Dr Eric Levasseur	Annie Carré	Catherine Rouanes
Brigitte Sonier Ferguson	Marjorie Pigeon	Caroline Ringuette
Marc-André Leblanc	Pierre Michaud	Steve Savoie

Membres invités - Gouvernance

Marc-André Leblanc	Pierre Michaud	Patrick Parent
Ghislaine Arsenault		

Avis de réunion

Heure	Sujet	Action
13 h	1. Ouverture de la réunion	Décision
13 h 01	2. Constatation de la régularité de la réunion	Décision
13 h 02	3. Rappel de confidentialité	Information
13 h 03	4. Adoption de l'ordre du jour	Décision
13 h 05	5. Déclaration de conflits d'intérêts	Information

QUALITÉ

13 h 06	6. Approbation du procès-verbal du 16 décembre 2025	Décision
13 h 07	7. Suivis de la dernière rencontre	Information
	8. Affaires permanentes	
13 h 10	8.1 Rapport T3 2025-2026 (septembre à novembre) du secteur QSPEP	Information
13 h 30	8.2 Rapport T3 2025-2026 du bureau des risques organisationnels	Information
13 h 50	9. Affaires nouvelles	Information
	9.1 Comparatif de la portée des mandats des comités qualité du Réseau	Information
	9.2 Présentation projet pilote patient-traceur : cheminement patient Premières Nations	Information

GOUVERNANCE

14 h 15	10. Approbation du procès-verbal de la réunion ordinaire du 16 décembre 2025	Décision
	11. Suivis de la dernière réunion	

14 h 16	11.1 Rencontre avec le Réseau de santé Horizon par rapport aux nominations des membres du Conseil d'administration - mise à jour du Comité de gouvernance et de mise en candidature du Réseau de santé Horizon a) Note exécutive	Discussion
	12. Affaires permanentes	
14 h 25	12.1 Évaluation annuelle du Conseil d'administration et des membres a) Note exécutive b) Politique CA-410 : Cadre d'évaluation	Information
14 h 30	12.2 Révision et adoption du manuel d'orientation du Conseil d'administration a) Note exécutive b) Manuel d'orientation du Conseil d'administration	Décision
14 h 35	12.3 Évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration a) Note exécutive b) Tableaux d'évaluation des réunions à huis clos et publique du 20 janvier 2023	Information
14 h 45	12.4 Suivi du plan de travail sur les normes de gouvernance en prévision de la visite d'Agrément a) Note exécutive b) Résultats du sondage de gouvernance	Information
14 h 55	12.5 Rapport sur les indicateurs liés à l'engagement et aux ressources humaines a) Note exécutive b) Annexe A : Indice de maturité – Diversité, équité, inclusion et accessibilité (DEIA) c) Annexe B : Indice de maturité – Gestion du changement	Discussion
	13. Affaires nouvelles	
15 h 05	13.1 Membres du Comité d'éthique de la recherche a) Note exécutive b) Renouvellement de mandats pour la période du 1 ^{er} avril 2026 au 31 mars 2027	Décision
15 h 08	13.2 Nomination du Dr Marc-André Doucet à titre de médecin-chef de la zone Acadie-Bathurst a) Note exécutive	Décision
15 h 11	13.3 Recommandation de nominations de deux nouveaux membres votants au Comité médical consultatif du Réseau pour un premier mandat a) Note exécutive	Décision
15 h 14	13.4 Approbation du plan de travail du Comité mixte stratégique de la recherche et de la formation et des finances et de vérification – section finances et vérification 2025-2026 a) Note exécutive b) Plan de travail	Décision
15 h 17	14. Date de la prochaine réunion : 26 mai 2026 à 13 h	Information
15 h 18	15. Levée de la réunion	Décision

AVIS DE RÉUNION

PROCÈS-VERBAL

Titre de la réunion :	Comité mixte de la qualité et de la gouvernance	Date et heure :	Le 16 décembre 2025, 13 h à 14 h 34
But de la réunion :	Réunion ordinaire	Endroit :	Teams
Co-présidentes :	Claire Savoie Johanne Thériault Paulin		
Adjointes administratives :	Sophie Legacy		

Participants

Membres votants

Johanne Thériault Paulin (co-présidente)	✓	Claire Savoie (co-présidente)	✓	Misty Labilloy	X
--	---	-------------------------------	---	----------------	---

Membres d'office

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

Membres invités – Qualité

Dr Eric Levasseur	✓	Annie Carré	✓	Catherine Rouanes	✓
Brigitte Sonier Ferguson	✓	Marjorie Pigeon	X	Caroline Ringuette	✓
Marc-André Leblanc	✓	Pierre Michaud	✓		

Membres invités - Gouvernance

Marc-André Leblanc	✓	Pierre Michaud	✓	Patrick Parent	✓
Ghislaine Arsenault	✓	Charline Morrison	✓	Caroline Ringuette	✓
Brigitte Sonier-Ferguson	✓				

Procès-verbal

13 h	1. Ouverture de la réunion	Décision
13 h 01	2. Constatation de la régularité de la réunion	Décision
13 h 02	3. Rappel de confidentialité	Information
13 h 03	4. Adoption de l'ordre du jour	Décision
13 h 05	5. Déclaration de conflits d'intérêts	Information

QUALITÉ

13 h 06	6. Approbation du procès-verbal du 14 octobre 2025	Décision
13 h 07	7. Suivis de la dernière rencontre	Information
	8. Affaires permanentes	
13 h 10	8.1 Rapport T2 2025-2026 du secteur QSPEP	Information
13 h 30	8.2 Rapport T2 2025-2026 des risques organisationnels	Information
13 h 50	9. Affaires nouvelles Sans objet.	

GOVERNANCE

10. Approbation du procès-verbal de la réunion ordinaire du 14 octobre 2025

Le procès-verbal de la réunion ordinaire du 14 octobre 2025 est présenté aux fins d'adoption.

MOTION 2025-12-16 / 03CMQG

Proposée par Johanne Thériault Paulin

Appuyée par Thomas Soucy

Est résolu que le procès-verbal du Comité de gouvernance et de mise en candidature du 14 octobre 2025 soit adopté, tel que circulé.

Adoptée à l'unanimité

11. Suivis de la dernière réunion

11.1 Réflexion quant au meilleur moyen de superviser le secteur des ressources humaines au Conseil d'administration

Patrick Parent et Ghislaine Arsenault se sont penchés sur la question et offrent aux membres un compte-rendu de leurs recherches.

Le mandat et le plan de travail modifiés du Comité sont présentés aux fins d'approbation.

MOTION 2025-12-16 / 04CMQG

Proposée par Thomas Soucy

Appuyée par Johanne Thériault Paulin

Est résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature approuve le plan de travail annuel modifié, ainsi que la politique CA-320 : Comité de gouvernance et de mise en candidature modifiée.

Adoptée à l'unanimité

Action

Lors de la prochaine réunion à huis clos du Conseil d'administration, discuter de l'option sélectionnée de traiter de l'expérience employé.

11.2 Rencontre avec le Réseau de santé Horizon par rapport aux nominations des membres du Conseil d'administration – mise à jour et planification de la rencontre

Ce point a comme objectif d'offrir une mise à jour relativement à la rencontre des membres du Comité de gouvernance du Réseau de santé Horizon en ce qui concerne le processus de nomination des membres du Conseil.

Une rencontre avec les homologues d'Horizon était prévue le 18 décembre 2025. Toutefois, les membres s'entendent sur le fait que celle-ci doit être remise en raison de l'indisponibilité de membres clés. La date du 13 janvier 2026 est identifiée et une invitation Outlook modifiée est envoyée.

Action

Lors de la prochaine réunion à huis clos du Conseil d'administration, offrir un compte rendu de la rencontre avec les homologues du Réseau de santé Horizon.

12. Affaires permanentes

12.1 Adoption du processus d'élection des dirigeants du Conseil d'administration

Adopté par le Conseil d'administration le 29 octobre 2024, le processus d'élection des dirigeants du Conseil d'administration a été formalisé sous la forme d'une politique (CA-130) et est présenté aux fins d'adoption, telle que présentée.

MOTION 2025-12-16 / 05CMQG

Proposée par Johanne Thériault Paulin

Appuyée par Thomas Soucy

Est résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature recommande au Conseil d'administration d'adopter le processus d'élection des dirigeants du Conseil d'administration.

Adoptée à l'unanimité

Action

Mettre en œuvre le plan d'action selon la politique.

12.2 Adoption du plan d'évaluation annuelle de la performance de la PDG, du médecin-chef et de la présidence du Comité professionnel consultatif

Le plan d'évaluation est présenté à titre d'information et la nomination des membres du Comité d'appréciation du rendement et du perfectionnement de la présidente-directrice générale, du médecin-chef et de la présidence du Comité professionnel consultatif est présentée aux fins de décision.

MOTION 2025-12-16 / 06CMQG

Proposée par Thomas Soucy

Appuyée par Johanne Thériault Paulin

Est résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature recommande au Conseil d'administration la nomination de Thomas Soucy, Réjean Després, Johanne Thériault Paulin et Claire Savoie à titre de membres du Comité d'appréciation du rendement et du perfectionnement de la présidente-directrice générale, du médecin-chef et de la présidence du Comité professionnel consultatif.

Adoptée à l'unanimité**Action**

Envoyer des invitations Outlook aux participants selon les dates et les actions identifiées dans le plan d'évaluation.

12.3 Évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration

Le rapport d'évaluation des réunions du Conseil d'administration du 28 octobre 2025 est présenté à titre informatif et aux fins de discussion.

À la demande des membres du Conseil, des modifications ont été apportées à l'ordre du jour des réunions à huis clos.

Le nouveau format sera effectif le 20 janvier 2026. Une question sera ajoutée au questionnaire d'évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil afin d'obtenir l'opinion des membres relativement à ce nouveau format.

Les membres du Comité de gouvernance évalueront le nouveau format lors de leur réunion prévue le 24 mars 2026.

Action

Ajouter une question spécifique sur le format de la réunion à huis clos dans l'évaluation de celle-ci afin que le Comité de gouvernance puisse s'y référer pour étudier ce nouveau format.

12.4 Suivi du plan de travail sur les normes de gouvernance en prévision de la visite d'Agrément

La réunion débute avec ce point pour permettre à Caroline Ringuette de quitter la réunion de la section gouvernance.

Caroline Ringuette nous fait part de l'avancement des travaux relativement à la démarche de certification d'Agrément Canada en préparation à la visite prévue en juin 2026.

La première étape réalisée est l'autoévaluation. En ce qui concerne le sondage sur la gouvernance, une réponse est manquante. La période de réponse a été prolongée au 19 décembre 2025. Le président du Conseil fera un suivi avec le membre qu'il soupçonne de ne pas l'avoir complété.

Les prochaines étapes comprennent :

- L'élaboration et le suivi du plan d'action, y compris
 - la gestion intégrée de la qualité
 - la diversité, l'équité, l'inclusion, l'accès et la lutte contre le racisme
 - la lutte contre le racisme systémique envers les Premières Nations
- Le sondage sur la gouvernance (une seule réponse manquante)
- La simulation de la visite

12.5 Identification des vacances à venir au sein du Conseil d'administration

Au 1^{er} juillet 2026, il y aura trois vacances au sein du Conseil d'administration.

- Thomas Soucy
- Réjean Després
- Claire Savoie

Si, comme en mars 2025, le ministère de la Santé publie un appel à candidatures pour ces postes vacants, les personnes candidates devront présenter leur candidature. La procédure de l'an dernier était la suivante :

Les déclarations d'intérêts (un curriculum vitae et une lettre de présentation) pourront être envoyées par courriel et devront indiquer le niveau d'éducation, l'expérience en tant que bénévole, l'expérience dans un conseil ou un comité, l'expérience de travail, ainsi que les coordonnées de la personne candidate.

MOTION 2025-12-16 / 07CMQG

Proposée par Thomas Soucy

Appuyée par Johanne Thériault Paulin

Est résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature recommande au Conseil d'administration de proposer au ministre de la Santé la candidature des membres ayant démontré un intérêt pour un deuxième mandat de trois ans débutant le 1er juillet 2026, soit Thomas Soucy, Réjean Després et Claire Savoie.

Adoptée à l'unanimité

14. Date de la prochaine réunion

La prochaine réunion du CMQG – section gouvernance aura lieu le 24 mars 2026.

15. Levée de la réunion

Johanne Thériault Paulin propose la levée de la réunion à 14 h 33.

16. Réunion à huis clos des membres du Comité de gouvernance

Une réunion à huis clos suit.

Claire Savoie

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

Pierre Michaud

Vice-président – services corporatifs

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

Date : 24 mars 2026

Objet : Nomination des membres du Conseil d'administration – Mise à jour

Résultat ou état futur recherché

Ce point est discuté à titre d'information dans le but d'offrir une mise à jour relativement à la rencontre avec des membres du Comité de gouvernance (Comité) du Réseau de santé Horizon (Horizon) afin de leur présenter une ébauche du processus de nomination des membres des conseils et d'uniformiser celui-ci pour les deux réseaux à la suite de leur consultation et des amendements proposés, le cas échéant.

Ce point est inscrit à l'ordre du jour afin de poursuivre le processus, lequel nécessite d'abord l'adoption par le ministère de la Santé avant que le tout puisse devenir une politique.

Raison pour laquelle le résultat ou l'état futur est désiré ou nécessaire

Suivi auprès du Comité de gouvernance et de mise en candidature du Réseau de santé Horizon à la suite de leur présentation au Conseil

À la suite de la rencontre du 18 décembre 2025, les deux comités de gouvernance ont présenté le processus de nomination à leurs conseils respectifs, comme convenu. Le 17 février 2026, nous avons fait le point avec le Comité du Réseau de santé Horizon via courriel, tout en leur demandant le résultat de leur démarche.

La correspondance est présentée en annexe.

Discussion avec Edward Kinley, Conseiller principal en matière de politiques du ministère de la Santé (10 février 2026)

Le 10 février 2026, Dre Desrosiers, Pierre Michaud et Marc-André LeBlanc ont tenu une courte rencontre via Teams avec Edward Kinley du ministère de la Santé pour discuter du prochain appel aux candidatures prévu pour mars 2026.

- On a fait part à celui-ci des compétences recherchées chez les futurs membres du Conseil d'administration.
- On a également discuté du tableau des compétences utilisé aux fins d'identification des besoins du Conseil et envisagé l'intégration de certains éléments du modèle d'UNI.
- Une version bonifiée du tableau des compétences sera transmise à M. Kinley, de même que le curriculum vitae des trois membres sortants.

Données probantes ou information probante à l'appui

Profils de compétences des membres du Conseil bonifié.

Solution ou action proposée

Action	État
Présentation du processus de nomination des membres du Conseil d'administration à nos homologues d'Horizon.	Complété
Amendement du processus, s'il y a lieu.	Complété
Adoption du processus par le Comité de gouvernance et le Conseil d'administration d'Horizon si approuvé tel quel, ou par les Comités de gouvernance et les Conseils des deux régions si des modifications sont apportées à celui-ci.	
Présentation du processus au ministre de la Santé.	

Risque lié à cette action ou inaction

L'inaction entraînerait des risques de planification insuffisante des besoins du Conseil, un appel aux candidatures mal ciblé, une représentation potentiellement inadéquate, ainsi qu'un manque d'anticipation quant aux renouvellements, ce qui pourrait nuire à la continuité, à l'efficacité et à la gouvernance globale du Conseil.

Considérations importantes

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(s) à la décision

Poursuivre la démarche d'alignement des processus des deux régions aux fins de présentation au ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick.

Agrément Canada¹

Ce point permet au comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon le(s) critère(s) de la norme Gouvernance d'Agrément Canada suivant(s) :

No de critère	Libellé
1.2.3	L'instance de gouvernance veille à la pérennité de l'organisme.
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.

¹ Cette section ne s'applique qu'au Conseil d'administration et ses comités.

Motion

Sans objet

Soumis le 24 février 2026 par Pierre Michaud, Vice-président – Services corporatifs, et Marc-André LeBlanc, Directeur - Gouvernance, conformité légale et risques.

From: [Harley, Susan \(HorizonNB\)](#)
To: [RedmondGates, Donna \(HorizonNB\)](#); [Legacy, Sophie \(VitaliteNB\)](#); [Melanson, Margaret \(HorizonNB\)](#)
Cc: [LeBlanc, Marc-Andre \(R5\)\(VitaliteNB\)](#); [Michaud, Pierre \(VitaliteNB\)](#); [Desrosiers, Dr. France \(VitaliteNB\)](#)
Subject: Re: Follow-up on Board Members" Nomination Process Discussions Between the Two Health Authorities
Date: February 17, 2026 9:24:36 PM
Attachments: [image001.png](#)

Hi Sophie

Thanks for following up. We had a robust discussion on this at our last board meeting. We have agreed to use the skills matrix that your team developed - this was on our work plan, and by using the same form you have developed, we have saved time and will ensure we are tracking the same skills on our boards. Thank you for sharing this.

For the other items we discussed, we are not prepared to propose that our board take recruitment on our own, as was discussed - there is a process that the province uses (advertising open board roles on the ABC site) that we feel works well, and where we have had good collaboration and support in advertising for the specific skills we want added to our board mix. We successfully recruited a CPA in our last round, with the assistance of the team doing the job process. We worked with the Health Minister to ensure he knew the importance of recruiting specific skills for our board, and we had a good joint effort and outcome.

As for the motion proposed, we don't think we need to have a formal motion. We can agree to continue to collaborate as Governance committees, share our key learnings, best practices, etc - we don't believe we need a motion to do this. We are definitely interested in working together, learning from each other, and helping each other move forward by sharing ideas, practices, etc

Susan Harley
Board Chair, Horizon Health Network

Get [Outlook for iOS](#)

From: RedmondGates, Donna (HorizonNB) <Donna.RedmondGates@HorizonNB.ca>
Sent: Tuesday, February 17, 2026 8:36:26 PM
To: Legacy, Sophie (VitaliteNB) <Sophie.Legacy@vitalitenb.ca>; Melanson, Margaret (HorizonNB) <Margaret.Melanson@HorizonNB.ca>
Cc: LeBlanc, Marc-Andre (R5)(VitaliteNB) <Marc-Andre.LeBlanc2@vitalitenb.ca>; Michaud, Pierre

(VitaliteNB) <Pierre.Michaud@vitalitenb.ca>; Desrosiers, Dr. France (VitaliteNB) <Dr.France.Desrosiers@vitalitenb.ca>; Harley, Susan (HorizonNB) <Susan.Harley@HorizonNB.ca>
Subject: Re: Follow-up on Board Members' Nomination Process Discussions Between the Two Health Authorities

Thanks so much for sharing this, Sophie. I've copied our Chair into this conversation as she led the Board discussion.

Donna

Donna Redmond Gates

Board of Directors Member /
Membres du Conseil d'administration
Horizon Health Network / Réseau de santé Horizon
(506) 977-0087
donna.redmondgates@horizonnb.ca
www.HorizonNB.ca

From: Legacy, Sophie (VitaliteNB) <Sophie.Legacy@vitalitenb.ca>
Sent: Tuesday, February 17, 2026 3:57 PM
To: Melanson, Margaret (HorizonNB) <Margaret.Melanson@HorizonNB.ca>
Cc: RedmondGates, Donna (HorizonNB) <Donna.RedmondGates@HorizonNB.ca>; LeBlanc, Marc-Andre (R5)(VitaliteNB) <Marc-Andre.LeBlanc2@vitalitenb.ca>; Michaud, Pierre (VitaliteNB) <Pierre.Michaud@vitalitenb.ca>; Desrosiers, Dr. France (VitaliteNB) <Dr.France.Desrosiers@vitalitenb.ca>
Subject: Follow-up on Board Members' Nomination Process Discussions Between the Two Health Authorities

Good afternoon, Mrs. Melanson,

I hope this message finds you well.

We wanted to follow up regarding the Board Members' Nomination Process. During our Board's last in-camera session, an update on our joint discussions was presented, and the Board voted on a motion outlining those discussions. The motion reads as follows:

MOTION 2026-01-20 / 05HC

Proposée par Claire Savoie

Appuyée par Léo-Paul Pinet

Est résolu que le Conseil d'administration poursuive les discussions liées aux modifications proposées concernant la composition du Conseil d'administration et la structure au niveau des compétences nécessaires au bon fonctionnement du Conseil d'administration, conjointement au plan d'action établi en collaboration avec le Réseau de santé Horizon.

Did you have a chance to discuss the process at your Board's meeting?

Thank you in advance,

Sophie

Merci / Thank you / Wela'lin / Woliwon

Sophie Legacy (elle / she, her, hers)

Adjointe administrative – Siège social / Administrative Assistant – Head Office



275, rue Main - suite 600

Bathurst, N.-B.

E2A 1A9

Téléphone / Telephone : 506-544-3488

Télécopieur / Fax : 506-544-2145

Courriel / Email : Sophie.Legacy@VitaliteNB.ca

www.VitaliteNB.ca

Nom du comité : Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance

Date : 24 mars 2026

Objet : Évaluation annuelle du Conseil d'administration et des membres

Résultat ou état futur recherché

Présenter à titre informatif le processus d'évaluation du Conseil d'administration et des membres.

Raison pour laquelle le résultat ou l'état futur est désiré ou nécessaire

En vertu de la politique du Conseil CA-410 : Cadre d'évaluation, le Conseil d'administration (Conseil) a recours à un protocole d'évaluation annuelle. Le Comité est responsable de mettre en place le processus annuel d'évaluation du Conseil, de ses comités et de ses dirigeants, basé sur :

- Le mandat du Conseil et régime de gouvernance (CA-120);
- Les comités du Conseil (CA-300);
- Les fonctions du président du Conseil (CA-140);
- Les fonctions du vice-président du Conseil (CA-150).

Le Comité est responsable de déterminer le processus pour compléter ces évaluations et les évaluations sont effectuées sur un site de sondage électronique. Les résultats demeurent anonymes et ne sont communiqués qu'au membre touché et au président du Conseil.

En vertu du plan de travail du Comité, le Comité s'assure de la conduite du sondage d'évaluation du Conseil et des membres.

Données probantes ou information probante à l'appui

Les résultats de l'évaluation annuelle du Conseil d'administration et de ses membres permettent à ceux-ci d'améliorer la performance globale du Conseil, à renforcer la clarté des rôles et des responsabilités et à s'aligner sur les principes de bonne gouvernance.

Solution ou action proposée

Les quatre formulaires d'évaluation en annexe sont les suivants :

- Questionnaire d'auto-évaluation des membres - Annexe CA-410 (1);
- Questionnaire d'évaluation du président du Conseil d'administration - Annexe CA-410 (2);
- Questionnaire d'évaluation du président de comité - Annexe CA-410 (3);
- Questionnaire d'évaluation par les pairs - Annexe CA-410 (4).

Le processus proposé est le suivant :

- Envoi des liens pour compléter les formulaires d'évaluation à tous les membres du Conseil le 1^{er} mai 2026
- Date limite pour compléter les formulaires d'évaluation le 15 mai 2026
- Compilation des résultats au plus tard le 29 mai 2026.
- Partage des résultats anonymisés :
 - Évaluation du président du Conseil
 - au président du Conseil le 1^{er} juin 2026.
 - au comité de gouvernance le 8 juin 2026.

Note exécutive

- Évaluation du président de comité
 - à chaque présidence de comité le 1^{er} juin 2026.
 - au comité de gouvernance le 8 juin 2026.
- Évaluation des pairs à chacun des membres le 1^{er} juin 2026.

Tableau 1 : Liens vers les formulaires d'évaluation à remplir

Document	À remplir par	Lien
Autoévaluation des membres	Tous les membres	https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=736L4AG1Z0qe0Afji_zO574oPA3iw7ZPsgw-Xc5Qc71UNDhXUUtVNVlyUFg2Uzc4SEoyQ1dLSThXTiQIQCN0PWcu
Évaluation du président du CA, Thomas Soucy	Tous les membres, sauf M. Soucy	https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=736L4AG1Z0qe0Afji_zO574oPA3iw7ZPsgw-Xc5Qc71UMU1BUjVBQjRQN1NYN0I2Q1ZITzRDOUI4QSQIQCN0PWcu
Évaluation du co-président, Réjean Després	Janice Goguen Léo-Paul Pinet	https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=736L4AG1Z0qe0Afji_zO574oPA3iw7ZPsgw-Xc5Qc71UMUVUVlhXWEgyUIZGWTfOTUFRTINWNDIQTSQLIQCN0PWcu
Évaluation de la coprésidente, Janice Goguen	Réjean Després Léo-Paul Pinet	https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=736L4AG1Z0qe0Afji_zO574oPA3iw7ZPsgw-Xc5Qc71UQIILOVdURUo4OThVWjJYOE5CMVo2SjROWiQIQCN0PWcu
Évaluation de la coprésidente, Claire Savoie	Johanne Thériault Paulin Misty Labillois	https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=736L4AG1Z0qe0Afji_zO574oPA3iw7ZPsgw-Xc5Qc71UNUw0SDA4NjFHQ1BLV1YyRE9DNTJCUFozUSQIQCN0PWcu
Évaluation de la coprésidente, Johanne Thériault Paulin	Claire Savoie Misty Labillois	https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=736L4AG1Z0qe0Afji_zO574oPA3iw7ZPsgw-Xc5Qc71UNVRKN0NaNlo3SVFZUUtYSVpIR1U3QUYwMiQIQCN0PWcu

Note exécutive

Document	À remplir par	Lien
Évaluation par les pairs	Tous les membres, sauf la personne évaluée	
	Misty Labillois	https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=736L4AG1Z0qe0Afji_zO574oPA3iw7ZPsgw-Xc5Qc71URU42QjNMOTE5MURVTU9JSVNMMjdRREhMMiQIQCN0PWcu
	Réjean Després	https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=736L4AG1Z0qe0Afji_zO574oPA3iw7ZPsgw-Xc5Qc71UNEZINjFZS1Y2RU85TURBVIZLU0dYVldJNiQIQCN0PWcu
	Léo-Paul Pinet	https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=736L4AG1Z0qe0Afji_zO574oPA3iw7ZPsgw-Xc5Qc71UMEdMN1dBsk1GWUQyTTBXRu4ySkdQRDRiWiQIQCN0PWcu
	Janice Goguen	https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=736L4AG1Z0qe0Afji_zO574oPA3iw7ZPsgw-Xc5Qc71UQ0JIUEdBVVJQOFoxNjZBSFFMNvZDMDhUMiQIQCN0PWcu
	Claire Savoie	https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=736L4AG1Z0qe0Afji_zO574oPA3iw7ZPsgw-Xc5Qc71UQkxZOFISWExTR01GQks00U4zV05TUjNZSiQIQCN0PWcu
	Thomas Soucy	https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=736L4AG1Z0qe0Afji_zO574oPA3iw7ZPsgw-Xc5Qc71UQzA3OTJFMjNVUVgxSzIOU0dGNklyTjFDMSQIQCN0PWcu
	Johanne Thériault Paulin	https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=736L4AG1Z0qe0Afji_zO574oPA3iw7ZPsgw-Xc5Qc71URUhXRDFXVkpYtFFKSUXEMEE0S0JGVIRINiQIQCN0PWcu

Note exécutive

Document	À remplir par	Lien
Intérêt à siéger aux comités	Tous les membres	https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=736L4AG1Z0qe0Afji_zO574oPA3iw7ZPsgw-Xc5Qc71UNUxXV0hJQkZMRDQ5N0ILTUxGRkVNVetITCQIQCN0PWcu

Risque lié à cette action ou inaction

Sans objet

Considérations importantes

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(s) à la décision

Les résultats des évaluations seront présentés aux personnes identifiées selon la politique CA-410.

Agrément Canada¹

Ce point permet au comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon le(s) critère(s) de la norme Gouvernance d'Agrément Canada suivant(s) :

No de critère	Libellé
4.2.1	L'instance de gouvernance évalue régulièrement son efficacité afin d'apporter des améliorations au besoin.
4.2.2	L'instance de gouvernance évalue régulièrement le rendement de son président pour lui donner une rétroaction fondée sur les résultats.

Motion


Sans objet.

Soumis le 18 février 2026 par Pierre Michaud, Vice-président – services corporatifs, et Marc-André LeBlanc, Directeur - Gouvernance, conformité légale et risques.

¹ Cette section ne s'applique qu'au Conseil d'administration et ses comités.



Manuel : Conseil d'administration

Titre :	CADRE D'ÉVALUATION	N° : CA-410
Section :	Processus de révision	Date d'entrée en vigueur : 2025-01-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2022-06-21
Approbateur :	Conseil d'administration Thomas Soucy, président du Conseil d'administration 	Approuvée le : 2025-01-21

BUTS

1. Assurer une amélioration continue du Conseil d'administration, de ses comités/groupes de travail et de ses membres.
2. Obtenir une rétroaction pour la relève du Conseil, des administrateurs et des membres.
3. Déceler les besoins en formation et en développement.
4. Offrir la possibilité de fournir une rétroaction sur l'efficacité des réunions du Conseil et de ses comités.

POLITIQUE

1. Le Conseil d'administration (le « Conseil ») a recours à un protocole d'évaluation annuelle. Le protocole d'évaluation porte sur les processus et la structure du Conseil dans son ensemble et de ses comités/groupes de travail, ainsi que sur une auto-évaluation de chaque administrateur.
 2. Le Comité de gouvernance et de mise en candidature met en place le processus annuel d'évaluation du Conseil, de ses comités et de ses dirigeants d'après :
 - Le « Mandat du Conseil d'administration et régime de gouvernance » (CA-120);
 - Les « Comités du Conseil d'administration » (CA-300);
 - Les « Fonctions du président du Conseil d'administration » (CA-140);
 - Les « Fonctions du vice-président du Conseil d'administration » (CA-150);
 - Les « Fonctions du trésorier du Conseil d'administration » (CA-160);
 - Les « Fonctions du secrétaire du Conseil d'administration » (CA-170).
- 2.1 Ce processus comprend :
- 2.1.1 Les principaux indicateurs définis par le Conseil selon lesquels l'efficacité et le rendement du Conseil peuvent être mesurés;

- 2.1.2 Des ressources externes, selon ce qui convient, afin d'assurer l'efficacité du processus;
- 2.1.3 L'évaluation du Conseil à l'aide d'un ou de plusieurs outils pour solliciter les commentaires, par exemple une évaluation écrite ou une séance de groupe;
- 2.1.4 Les outils et les processus d'auto-évaluation des membres du Conseil, y compris les occasions de déceler les besoins en formation et en développement et de déterminer si les membres souhaitent prendre en considération des postes d'administrateur;
- 2.1.5 Un rapport au Conseil sur les résultats des questions d'évaluation et les actions clés à accomplir pour assurer une amélioration continue du Conseil dans son ensemble et des administrateurs.

2.2 Les différentes grilles d'évaluation du Conseil sont :

- Questionnaire d'auto-évaluation des membres – RA-331F;
- Questionnaire d'évaluation du président du Conseil d'administration – RA-332F;
- Questionnaire d'évaluation du président de comité – RA-333F;
- Questionnaire d'évaluation par les pairs – RA-334F;
- Formulaire d'évaluation – Réunion à huis clos et réunion publique du Conseil d'administration – RA-335F;
- Formulaire d'évaluation – Assemblée générale annuelle – RA-336F.

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

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

2.5 Les évaluations doivent permettre l'ajout d'un commentaire pour chaque question et obliger un membre à ajouter un commentaire lorsque le membre indique qu'il n'est pas d'accord avec un énoncé.

2.6 Les résultats des évaluations annuelles sont communiqués comme suit :

Questionnaire d'auto-évaluation des membres RA-331F	Au membre touché et au président du Conseil d'administration
Questionnaire d'évaluation du président du Conseil d'administration RA-332F	Au membre touché et au Comité de gouvernance et de mise en candidature
Questionnaire d'évaluation du président de comité RA-333F	Au membre touché et au Comité de gouvernance et de mise en candidature
Questionnaire d'évaluation par les pairs RA-334F	Au membre touché et au président du Conseil d'administration

2.7 Les résultats sont partagés de façon anonyme.

2.8 Lorsque les résultats d'une évaluation quelconque ne sont pas favorables, la présidence du Conseil d'administration est responsable de traiter de la situation.

2.8.1 Si les résultats d'une évaluation quelconque ne sont pas favorables et ont trait à la présidence du Conseil d'administration, le Comité de gouvernance et de mise en candidature est responsable de traiter de la situation.

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

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

(nom du membre)

Valeurs et compétences	Comment évaluez-vous votre performance pour chaque énoncé suivant?	Évaluation					
		6	5	4	3	2	1
Pensée stratégique	1. Définition de la stratégie J'ai une compréhension claire de l'activité principale du Réseau et je participe à la définition des objectifs stratégiques de celui-ci.						
	2. Gouvernance Je contribue à garantir que le Conseil d'administration demeure axé sur les stratégies plutôt que sur les opérations.						
	3. Risques et contrôles En ce qui concerne l'analyse des risques au sein du Réseau, j'adopte une approche sincère et critique.						
Compétences	4. Compétences des membres du Conseil d'administration J'ai les compétences et l'expérience requises pour exercer mes fonctions.						
	5. Développement professionnel Je contribue à mon développement professionnel.						
Raison d'être et valeurs	6. Définition et application des valeurs J'endosse la raison d'être et les valeurs du Réseau.						
Humilité et curiosité	7. Inclusivité et bienveillance Je suis inclusif et bienveillant par rapport aux autres membres du Conseil d'administration et aux employés du Réseau en encourageant une communication ouverte et transparente.						
	8. Ouverture d'esprit Je suis ouvert d'esprit quant aux idées et aux opinions des autres membres du Conseil d'administration.						
Intégrité et responsabilité	9. Préparation adéquate Je me prépare aux réunions du Conseil d'administration et je consacre suffisamment de temps à mes fonctions.						
	10. Précision Je suis bref et précis dans mes interventions lors des réunions du Conseil d'administration.						
	11. Rigueur Je m'assure que le Réseau et le Conseil d'administration sont rigoureux dans les processus.						

Valeurs et compétences	Comment évaluez-vous votre performance pour chaque énoncé suivant?	Évaluation					
		6	5	4	3	2	1
Collaboration et entraide	12. Partage des idées Je partage des idées poliment et sans gêne.						
	13. Contribution active Je participe activement aux discussions pendant les réunions du Conseil d'administration.						
Sécurité et respect	14. Co-construction Je travaille de concert avec les autres membres du Conseil d'administration afin de coconstruire des solutions aux problématiques identifiées.						
	15. Empathie Je valorise la prise de parole de chacun en démontrant de l'empathie envers ceux-ci.						
	Commentaires :						
	<p>Une évaluation sera effectuée sur un site de sondage électronique.</p> <p>Les résultats seront communiqués au membre touché seulement et à la présidence du Conseil d'administration.</p> <p>Les résultats resteront anonymes.</p>						

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

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

(nom de la présidence et du comité)

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

Comment évaluez-vous la performance de la présidence de comité ci-dessus?	Évaluation					
	6	5	4	3	2	1
1. Il avise et conseille le Conseil d'administration, notamment en aidant à définir les problèmes, à revoir la stratégie et à maintenir la reddition de comptes.						
2. Il fournit un leadership fort au comité en l'assistant dans le suivi de la raison d'être et des valeurs, de la stratégie et des plans du Réseau de santé Vitalité ainsi que dans la réalisation des objectifs de ce dernier et dans l'avancement des travaux du Conseil.						
3. Il veille à ce que les réunions du comité soient gérées de manière efficace, et il s'assure que le comité dispose des renseignements ou des conseils nécessaires pour prendre des décisions.						
4. Il veille à ce que suffisamment de temps soit accordé pour les débats et à ce que tous les aspects d'une question ou d'un problème soient entendus.						
5. Il évalue périodiquement l'efficacité du comité et de ses membres, et il examine les résultats avec les membres individuellement, le cas échéant, et avec le comité dans son ensemble.						
6. Le président du comité et le Conseil ou le comité comprennent le rôle du président en tant que porte-parole du comité.						
7. Le président du comité représente le comité au sein du Conseil, et il aide à établir de solides relations avec les principaux acteurs.						
8. Je me sens à l'aise de présenter certaines questions au président.						
9. J'estime que les comités mixtes sont une façon opérationnelle efficace de tenir les réunions des comités du Conseil d'administration pour assurer le quorum et ainsi éviter les délais dans la prise de décision.						
Commentaires :						
<p>La présidence du comité investit du temps dans l'établissement de relations avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La présidence du Conseil d'administration; • La présidence-direction générale; • Les membres du comité; • La vice-présidence de liaison pour le comité. <p>Une évaluation sera effectuée sur un site de sondage électronique. Les résultats seront communiqués au membre touché, au comité de gouvernance et de mise en candidature et à la présidence du Conseil d'administration. Les résultats resteront anonymes.</p>						

(nom du membre qui fait l'objet de l'évaluation)

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

Valeurs et compétences	Comment évaluez-vous la performance du membre pour chacun des énoncés suivants?	Évaluation					
		6	5	4	3	2	1
Pensée stratégique	1. Définition de la stratégie Le membre a une compréhension claire de l'activité principale du Réseau et participe à la définition des objectifs stratégiques de celui-ci.						
	2. Gouvernance Le membre contribue à garantir que le Conseil d'administration demeure axé sur les stratégies plutôt que sur les opérations.						
	3. Risques et contrôles En ce qui concerne l'analyse des risques au sein du Réseau, le membre adopte une approche sincère et critique.						
Compétences	4. Compétences des membres du Conseil d'administration Le membre a les compétences et l'expérience requises pour exercer ses fonctions.						
	5. Développement professionnel Le membre contribue à son développement professionnel.						
Raison d'être et valeurs	6. Définition et application des valeurs Le membre endosse la raison d'être et les valeurs du Réseau.						
Humilité et curiosité	7. Inclusivité et bienveillance Le membre est inclusif et bienveillant par rapport aux autres membres du Conseil d'administration et aux employés du Réseau en encourageant une communication ouverte et transparente.						
	8. Ouverture d'esprit Le membre est ouvert d'esprit quant aux idées et aux opinions des autres membres du Conseil d'administration.						
Intégrité et responsabilité	9. Préparation adéquate Le membre se prépare aux réunions du Conseil d'administration et consacre suffisamment de temps à ses fonctions.						
	10. Précision Le membre est bref et précis dans ses interventions lors des réunions du Conseil d'administration.						
	11. Rigueur Le membre s'assure que le Réseau et le Conseil d'administration sont rigoureux dans les processus.						
Collaboration et entraide	12. Partage des idées Le membre partage ses idées de façon polie et sans gêne.						
	13. Contribution active Le membre participe activement aux discussions pendant les réunions du Conseil d'administration.						
Sécurité et respect	14. Co-construction Le membre travaille de concert avec les autres membres du Conseil d'administration afin de d'élaborer et de mettre en place des solutions aux problématiques identifiées.						
	15. Empathie Le membre valorise la prise de parole de chacun en démontrant de l'empathie à leur égard.						

	Commentaires :
	<p>Une évaluation sera effectuée sur un site de sondage électronique. Les résultats seront communiqués au membre touché seulement, ainsi qu'au président du Conseil d'administration. Les résultats resteront anonymes.</p>

FORMULAIRE D'ÉVALUATION

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

Le but de ce formulaire est d'évaluer l'efficacité globale du processus de réunions à huis clos et de réunions publiques du Conseil d'administration. Veuillez évaluer chaque énoncé selon l'échelle suivante : Échelle : 6 – tout à fait d'accord; 5 – d'accord; 4 – ni d'accord ni en désaccord; 3 – pas d'accord; 2 – pas du tout d'accord; 1 – ne s'applique pas (S.O.). Cette évaluation servira de guide pour déterminer où des changements peuvent être effectués afin d'accroître la productivité.

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

Veuillez utiliser cet espace pour ajouter des commentaires :

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

Merci !

Le but de ce formulaire est d'évaluer l'efficacité globale de l'Assemblée générale annuelle du Conseil d'administration. Veuillez évaluer chaque énoncé selon l'échelle suivante : Échelle : 6 – tout à fait d'accord; 5 – d'accord; 4 – ni d'accord ni en désaccord; 3 – pas d'accord; 2 – pas du tout d'accord; 1 – ne s'applique pas (S.O.). Cette évaluation servira de guide pour déterminer où des changements peuvent être effectués afin d'accroître la productivité.

Je suis : Membre du public <input type="checkbox"/> , Membre du Conseil d'administration <input type="checkbox"/> , Représentant(e) élu(e) <input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> , Employé(e) du Réseau de santé Vitalité <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Évaluation					
	6	5	4	3	2	1
1. Pertinence générale de l'Assemblée générale annuelle pour vous.						
2. Les renseignements fournis par le président du Conseil d'administration étaient pertinents.						
3. Les renseignements fournis par le président du Conseil d'administration constituaient un bon compte rendu du travail effectué dans le Réseau au cours de l'année écoulée.						
4. Les renseignements fournis par la présidente-directrice générale étaient pertinents.						
5. Les renseignements fournis par la présidente-directrice générale constituaient un bon compte rendu du travail effectué dans le Réseau au cours de l'année écoulée.						
6. Les renseignements fournis par les présidents des comités étaient pertinents.						
7. Les renseignements fournis par les présidents des comités constituaient un bon compte rendu du travail effectué dans le Réseau au cours de l'année écoulée.						
8. Les renseignements fournis par le trésorier du Conseil d'administration étaient pertinents.						
9. Les renseignements fournis par le trésorier du Conseil d'administration constituaient un bon compte rendu du travail effectué dans le Réseau au cours de l'année écoulée.						
10. Les renseignements fournis par les vérificateurs externes étaient pertinents.						
11. Les renseignements fournis par les vérificateurs externes constituaient un bon compte rendu du processus de vérification externe concernant la performance financière du Réseau au cours de l'année écoulée.						
12. En général, le rythme des présentations des renseignements était bon.						
13. Accepteriez-vous de participer à une de nos prochaines Assemblées générales annuelles ?	Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>			

Veuillez utiliser cet espace pour ajouter des commentaires :

Merci du temps que vous avez consacré à nous aider à améliorer les futures assemblées !

Nom du comité : Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance

Date : 24 mars 2026

Objet : Révision et adoption du manuel d’orientation du Conseil d’administration

Résultat ou état futur recherché

Le résultat recherché est d’adopter la version révisée du manuel d’orientation du Conseil d’administration.

Raison pour laquelle le résultat ou l’état futur est désiré ou nécessaire

Selon la politique CA-320, le Comité de gouvernance et de mise en candidature (Comité) est responsable de voir à la formation, aux activités de sensibilisation et aux 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.

Selon la politique CA-210, le Comité est responsable d’approuver le manuel d’orientation.

Le manuel d’orientation a été adopté la dernière fois en mars 2025.

De façon sommaire, voici des changements qui ont été apportés au manuel d’orientation :

- Dans la section 2. Vue d’ensemble du Réseau, les sections qui traitent de l’Agrément et des Reconnaissances ont été mises à jour.
- Sous le point intitulé Financement des soins de santé, les montants ont été mis à jour.
- Légères modifications au texte sous la rubrique Plan régional de santé et d’affaires 2023-2026.

Données probantes ou information probante à l’appui

La version révisée du manuel d’orientation est présentée en pièce jointe.

Solution ou action proposée

L’action proposée est d’adopter le manuel d’orientation révisé.

Risque lié à cette action ou inaction

Sans objet

Considérations importantes

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(s) à la décision

Le manuel d’orientation sera utilisé pour l’orientation de nouveaux membres qui se joindront au Conseil, le cas échéant.

Agrément Canada¹

Ce point permet au comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon le(s) critère(s) de la norme Gouvernance d'Agrément Canada suivant(s) :

No de critère	Libellé
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.

Motion

Proposée et appuyée

Est résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature adopte le manuel d'orientation du Conseil d'administration tel que révisé.

Soumis le 24 février 2026 par Pierre Michaud, Vice-président – services corporatifs, et Marc-André LeBlanc, Conseiller principal – Directeur - Gouvernance, conformité légale et risques.

¹ Cette section ne s'applique qu'au Conseil d'administration et ses comités.



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

Approuvé par le Comité de gouvernance et de mise en candidature le **24 mars 2026**

Révision : 2026-02-27

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	5
	Rapport annuel	7
	Rapports trimestriels	7
3.	Lien entre le Réseau et le ministère de la Santé	8
	Ministère de la Santé – Organigramme	8
	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	11
	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
	Assurances au Réseau de santé Vitalité	11
6.	Partenaires du Réseau	12
	Entente tripartite avec la SSMEFNB et le MACS-NB	12
	Entente avec le CISSS de la Gaspésie	13
	Service Nouveau-Brunswick	13
	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	14
	Gestion de la qualité et de la sécurité de la patientèle	14
8.	Vue d'ensemble des services et des programmes du Réseau	15
	Services primaires	15
	Services secondaires	15
	Services tertiaires	16
	Secteur des soins de santé primaires	16
	Programmes et services provinciaux offerts par le Réseau	17

Services de laboratoire	17
Services d'imagerie	17
9. Encadrement législatif.....	18
Loi selon laquelle le Réseau est établi	18
Lois pertinentes au Réseau.....	18
10. Règlements et politiques.....	19
Règlements administratifs	19
Politiques du conseil d'administration	19
Gouvernance générale	19
Orientation – Lignes directrices	19
Comités du conseil d'administration	20
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

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

<https://vitalitenb.ca/fr/reseau-de-sante/a-propos/raison-detre>

2. Vue d'ensemble du Réseau

Organisation

Pour connaître le Réseau de santé Vitalité (Réseau) : <https://vitalitenb.ca/fr/reseau-de-sante/a-propos/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 regroupées dans le cahier de normes de [Gouvernance](#), lequel est révisé régulièrement par Agrément Canada.

En outre, 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 la visite de surveillance menée au printemps 2024.

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 – 2024

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 classé 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^e place. Le Réseau se démarque davantage au chapitre de l'augmentation des fonds consacrés à la recherche avec une 2^e place parmi les 10 meilleurs hôpitaux au Canada. Le Réseau a reçu cette reconnaissance 3 fois depuis 2021, soit en 2021, 2022 et 2024. Le Réseau espère obtenir cette reconnaissance à nouveau cette année (2026)

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.

L'ensemble des activités de recherche rendues possibles grâce à la place stratégique accordée à la recherche au sein du Réseau de santé Vitalité s'inscrit pleinement dans sa mission universitaire.

Les projets en cours, les indicateurs de performance, ainsi que les retombées scientifiques et académiques peuvent être consultés dans le Bilan annuel des activités de la mission universitaire du Réseau.

Cette synergie entre soins, enseignement et recherche contribue à faire du Réseau Vitalité un milieu d'excellence au service de la population.

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

En 2022, le Réseau a obtenu 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.

Le Réseau se trouve actuellement dans une phase particulièrement active du cycle d'agrément, en préparation pour la visite qui aura lieu la semaine du 7 juin 2026. En plus de la planification logistique de la visite, les principales étapes sont séquencées comme suit :

Étapes	Période
Autoévaluation de toutes les équipes en fonction des cahiers de normes identifiés et identification des actions à prendre	Juillet à décembre 2024
Mise en œuvre des actions à prendre pour la mise aux normes	Janvier 2025 jusqu'à la visite
Sondage sur la qualité de vie au travail et la culture de sécurité des patients	Automne 2025
Sondage sur la gouvernance	Automne 2025
Exercices de simulation	Entre janvier et juin 2026

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 2024-2025](#)

Rapports trimestriels

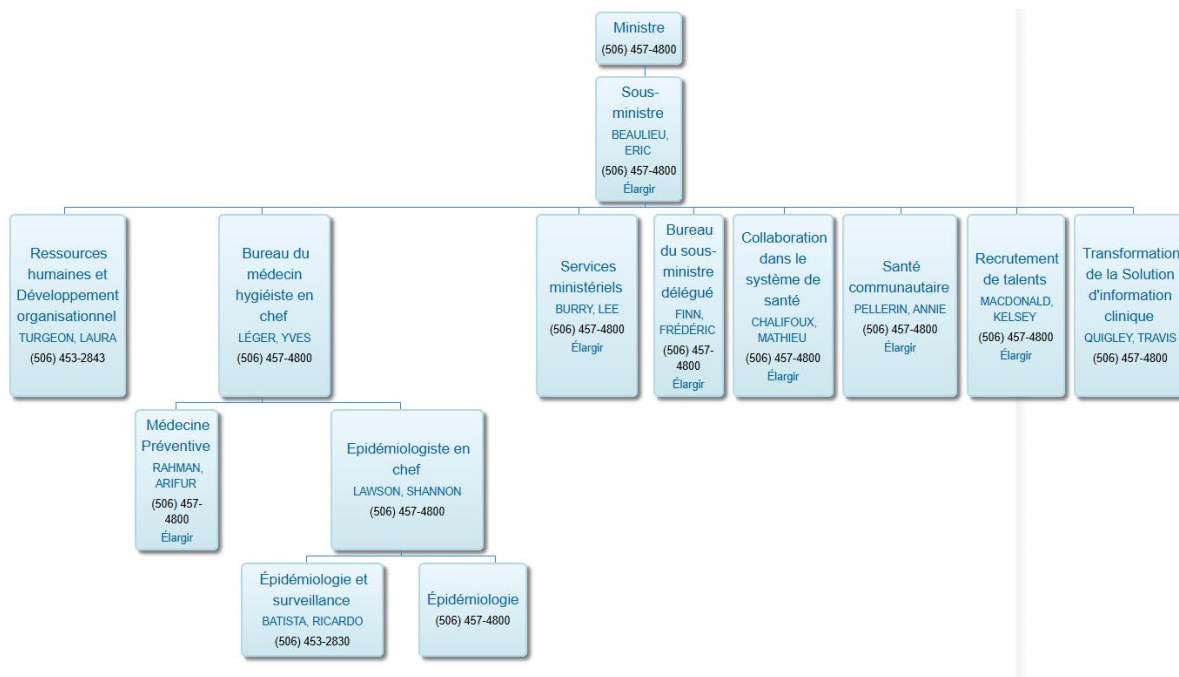
Depuis mars 2023, le Réseau produit un rapport trimestriel à la communauté qui a pour but de partager quelques initiatives et progrès réalisés au cours du trimestre. Il rapporte aussi des résultats qui figurent au Bulletin de performance de l'organisation qui est publié sur le site Web du Réseau.

[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.

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 collègues 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 privées 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 2023-2024, le ministère de la Santé a fourni un peu plus de 92 % du budget d'opérations annuel nécessaire pour le financement régulier des soins de santé. Environ 3 % 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 5 % 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 2023-2024, un montant total de 22,8 millions de dollars a servi pour les immobilisations et l'équipement.**

[Plan provincial de la santé](#)

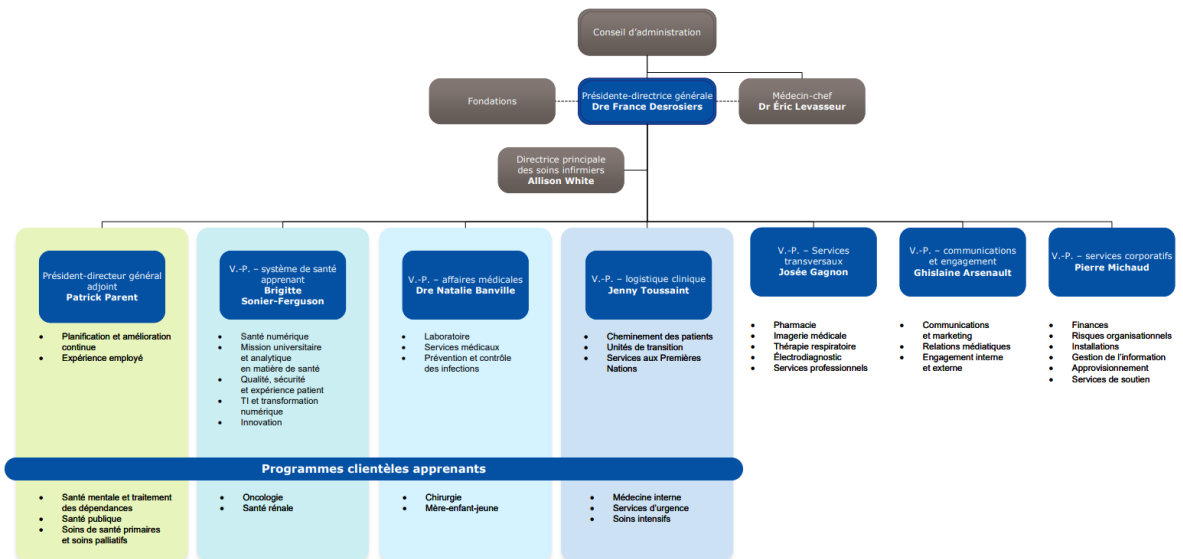
En octobre 2025, le Gouvernement du Nouveau-Brunswick a publié le Plan provincial de la santé, s'intitulant *Prendre soin du Nouveau-Brunswick : Mettre les gens au cœur des soins de santé*. Il s'agit d'une feuille de route de 5 ans visant à faire évoluer les soins de santé au

Nouveau-Brunswick. Le Réseau de santé Vitalité aligne ses priorités sur les domaines d'action suivants, qui sont bien définis dans le plan :

- Soins de santé primaires;
- Main-d'œuvre;
- Aînés;
- Santé mentale et dépendances;
- Soins aigus; et
- Soins connectés.

4. Structure organisationnelle du Réseau

Structure organisationnelle du Réseau



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 chargée 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.

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](#))

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)
GEN.1.40.05

Comité professionnel consultatif GEN.1.40.10

Autre comité

Comité d'éthique de la recherche GEN.1.40.85

Assurances au Réseau de santé Vitalité

Régime d'assurance responsabilité des services de santé

Les régies régionales de la santé du Nouveau-Brunswick sont couvertes par le Régime d'assurance responsabilité des services de santé (RARSS), un programme d'autoassurance administré par le ministère de la Santé. Le RARSS protège les employés, les bénévoles, les étudiants (sous supervision), les membres du conseil et certains médecins pour les actes posés

dans l'exercice de leurs fonctions. Il couvre les réclamations en matière de responsabilité professionnelle, d'erreurs et omissions, de dommages corporels et matériels, et de responsabilité liée à l'occupation des lieux. Le gouvernement provincial assume la défense et les coûts liés aux réclamations. Les pertes matérielles non médicales sont quant à elles couvertes par un programme distinct sous la responsabilité du ministère des Transports et de l'Infrastructure.

Cautionnement

Toute organisation doit mettre en place des systèmes de contrôles internes et externes afin de réduire le risque de crimes ou de méfaits financiers par son personnel. Ces contrôles peuvent se réaliser entre autres par la ségrégation de tâches, la limitation appropriée d'autorisations, ainsi que des signataires autorisés. Une de ces mesures de contrôle est prévue au règlement administratif. Cet article prévoit que le Conseil d'administration peut désigner des directeurs, des dirigeants et des employés spécifiques ou bien l'ensemble des employés qui devront souscrire à une assurance contre les détournements auprès d'une société de cautionnement d'un montant approuvé par le Conseil. Les frais rattachés à toute assurance contre les détournements souscrite en vertu de cet article seront pris en charge par le Réseau. **Le Réseau souscrit présentement à une assurance de 10 M\$.**

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 Extramural/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
- Dalhousie University
- Institut atlantique de recherche sur le cancer
- Ministère du Développement social

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 et à nouveau en avril 2026.

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^{er} 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 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 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 3 priorités, soit améliorer l'accès aux soins de santé primaires, améliorer le cheminement des patients et la performance des hôpitaux ainsi qu'accompagner ses gestionnaires dans leur leadership.

Gestion de la qualité et de la sécurité de la patientèle

Le Réseau vise un système de santé apprenant où les données, l'expérience vécue et les savoirs professionnels sont mobilisés en continu pour améliorer les soins, les services et les résultats pour la population.

La gestion intégrée de la qualité aligne les niveaux stratégique, tactique et opérationnel et fait de la qualité une façon de fonctionner au quotidien, plutôt qu'un projet ponctuel.

Le cadre de gestion intégrée de la qualité s'appuie sur les principes directeurs suivants :

- Organisation apprenante : Nous valorisons l'apprentissage tiré des erreurs plutôt que le blâme, et nous partageons ce qui fonctionne.
- Approche centrée sur les personnes : La personne — patient, famille, employé, membre du corps médical, bénévole ou communauté — est au cœur des décisions. Nous adaptons nos soins et nos services à leurs besoins réels, pas à la logique des processus internes.
- Culture juste et inclusive : Nous reconnaissons que les erreurs surviennent rarement à cause d'une seule personne. Nous cherchons donc à comprendre les causes systémiques et à créer un environnement juste, où tout le monde peut s'exprimer en sécurité.
- Culture de sécurité des patients : La sécurité fait partie de toutes les décisions, petites ou grandes. Nous évaluons les risques, nous déclarons les incidents et nous ajustons nos pratiques pour éviter qu'ils se répètent.
- Leadership partagé : La qualité est coconstruite par et pour les secteurs cliniques, les patients, les proches et les communautés.
- Engagement selon les rôles : Chaque personne connaît ses responsabilités en matière de qualité et de sécurité des patients. Cela permet de mieux se coordonner et d'agir efficacement.
- Interdisciplinarité : Nous travaillons ensemble, entre professions et entre services et programmes clientèle, pour assurer cohérence et continuité.
- Décisions basées sur les données probantes : Les choix que nous faisons s'appuient sur les données, la science et les pratiques exemplaires.
- Communication bidirectionnelle : L'information circule clairement et rapidement du terrain vers le leadership et inversement.

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 284 139 personnes. La *Loi sur les régions régionales de la santé* confère au Réseau la responsabilité d'offrir et d'administrer les services de santé sur son territoire dans la langue officielle du choix 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 8833 membres du personnel, de 613 médecins, dont 275 spécialistes, de 60 infirmières praticiennes et infirmiers praticiens, et de près de 640 bénévoles.

[Répertoire 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 interdisciplinaire);
- Cliniques et suivis pour les personnes diabétiques;
- 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 médicolégales), 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.

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'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé, LN-B 2009, c P-7.05](#)
- [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 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.

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-395 : Comité stratégique de la recherche et de la formation

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.

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.

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

Date : 24 mars 2026

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

Résultat ou état futur recherché

L'objectif est de présenter le rapport d'évaluation des réunions du Conseil d'administration à huis clos et publique du 20 janvier 2026. Ceci est un point présenté à titre d'information et aux fins de discussion.

Raison pour laquelle le résultat ou l'état futur est désiré ou nécessaire

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

L'évaluation des réunions du Conseil d'administration permet d'en améliorer l'efficacité, d'aligner les objectifs du Conseil, d'obtenir des membres une rétroaction constructive et de renforcer leur engagement.

Claire Savoie, coprésidente du CMQG – section gouvernance, souhaite proposer au Conseil d'administration certaines pistes pour dynamiser les rapports des comités. Elle soulève également la question de la prière d'ouverture faite par une Aînée ou un Aîné des Premières Nations. Il serait pertinent de clarifier leur mandat, qui est d'offrir une prière pour guider les discussions et souligner la collaboration avec les Premières Nations, ainsi que de préciser une durée maximale d'environ cinq minutes.

L'objectif est d'améliorer la fluidité des rapports, tout en respectant les exigences prévues aux politiques, et que le Conseil puisse rendre les présentations des comités plus dynamiques. À la suite de cette discussion, l'idée pourra être présentée à l'ensemble du Conseil lors de la prochaine réunion qui aura lieu les 27 et 28 avril 2026.

Données probantes ou information probante à l'appui

Les résultats sont présentés en annexe.

Solution ou action proposée

Les résultats de l'évaluation des réunions du Conseil d'administration sont analysés, ce qui permet d'identifier les points positifs et négatifs afin de permettre d'ajuster le contenu et/ou le format des réunions afin d'améliorer les prochaines réunions, le cas échéant.

Risque lié à cette action ou à l'inaction

Le fait de ne pas consulter les membres du Conseil d'administration relativement à leur impression des réunions pourrait entraîner des répercussions sur la qualité des échanges et sur l'efficacité des réunions futures.

Considérations importantes

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(s) à la décision

Les résultats des évaluations et les points soulevés dans le cadre de la discussion sur les améliorations à la réunion publique seront présentés au Conseil d'administration lors de la prochaine réunion qui aura lieu à Moncton les 27 et 28 avril 2026.

Agrément Canada¹

Ce point permet au comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon le(s) critère(s) de la norme Gouvernance d'Agrément Canada suivant(s) :

No de critère	Libellé
4.2.1	L'instance de gouvernance évalue régulièrement son efficacité afin d'apporter des améliorations au besoin.

Motion

Sans objet

Soumis le 24 février 2026 par Pierre Michaud, Vice-président – Services corporatifs, et Marc-André LeBlanc, Directeur - Gouvernance, conformité légale et risques.

¹ Cette section ne s'applique qu'au Conseil d'administration et ses comités.

Résultats du sondage

Réunion à huis clos



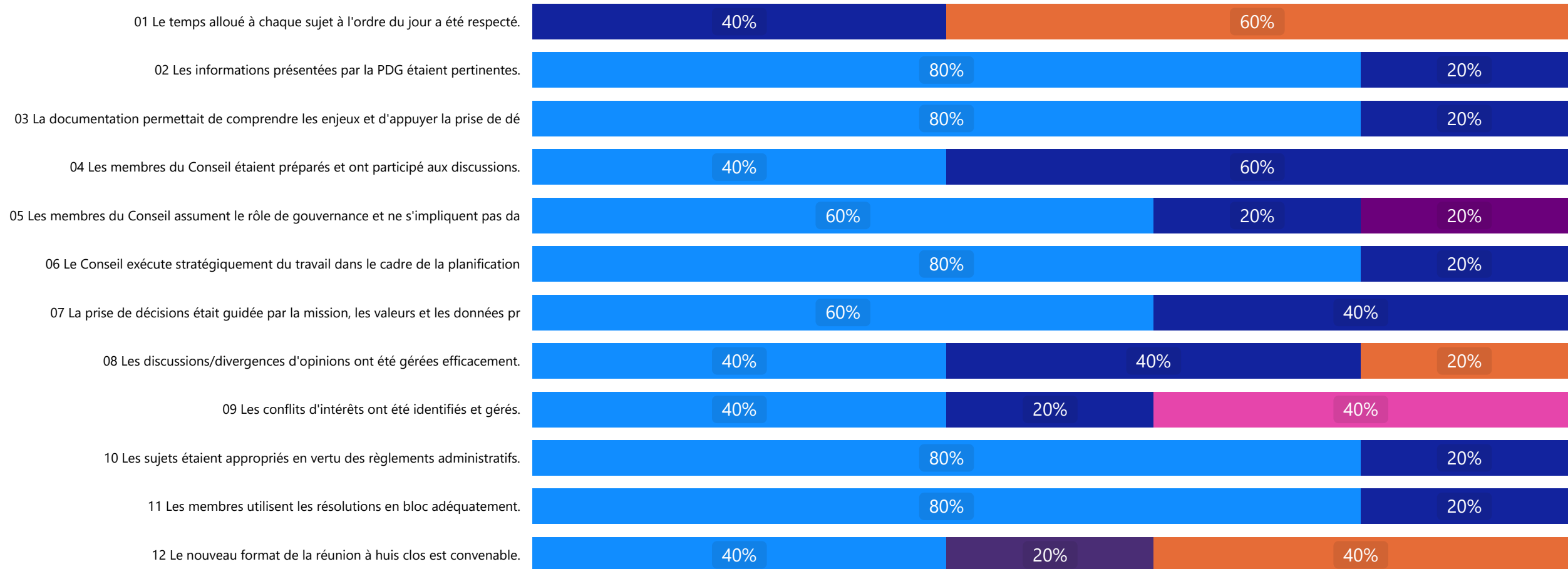
20-Jan-2026



Questions à échelle d'évaluation

Participation: 50% (5/10 membres)

Questions répondues: 100%



● tout à fait d'accord
 ● d'accord
 ● ni d'accord ni en désaccord
 ● pas d'accord
 ● pas du tout d'accord
 ● sans objet (S.O.)

Questions à échelle d'évaluation

Participation: 50% (5/10 membres)
Questions répondues: 100%

19 Veuillez utiliser cet espace pour ajouter des commentaires.

Il est trop tôt pour évaluer complètement le nouveau format. A réévaluer plus tard

Voir commentaires précédents.

20 Veuillez fournir vos besoins, vos demandes et/ou vos suggestions en matière de f

S'O

Résultats du sondage

Réunion publique

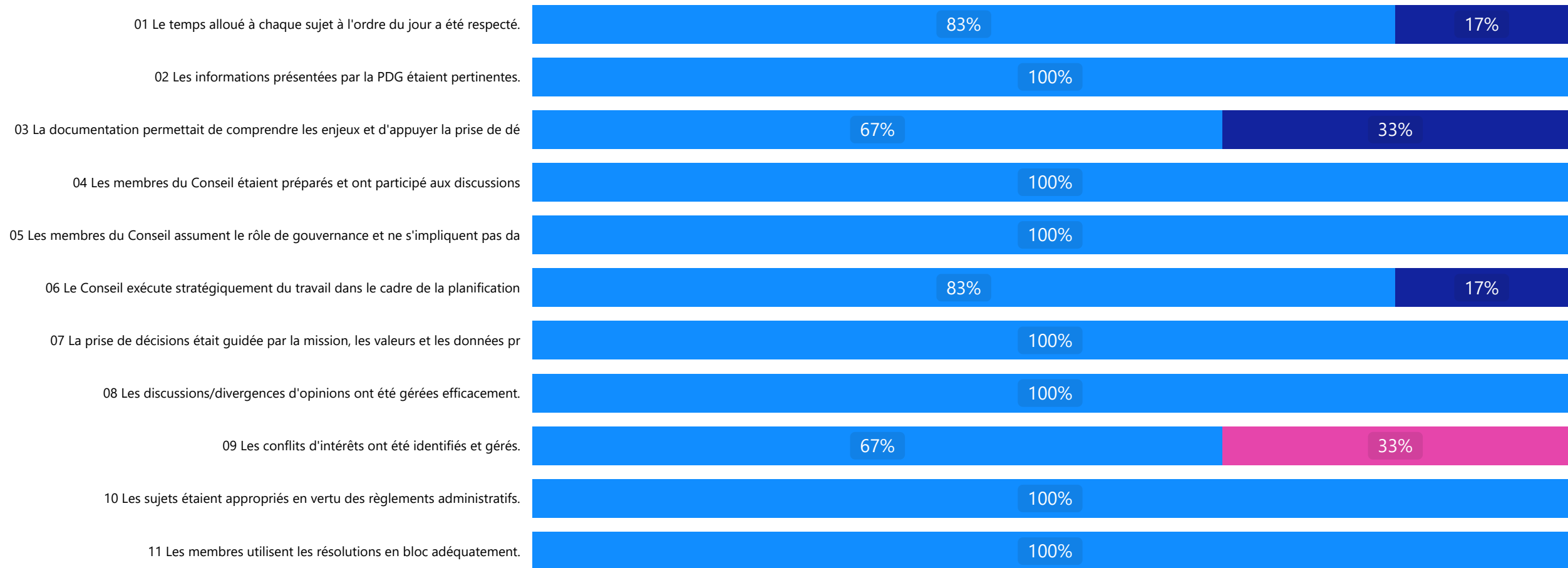


20-Jan-2026



Questions à échelle d'évaluation

Participation: 60% (6/10 membres)
Questions répondues: 100%



● tout à fait d'accord ● d'accord ● sans objet (S.O.)

Questions à échelle d'évaluation

Participation: 60% (6/10 membres)
Questions répondues: 100%

19 Veuillez utiliser cet espace pour ajouter des commentaires.

Bonne rencontre - du beau travail d'équipe, exécuté avec efficacité.

Bravo à l'équipe de Leadership.

Excellente rencontre! Merci à tous.

20 Veuillez fournir vos besoins, vos demandes et/ou vos suggestions en matière de f

Un besoin de temps supplémentaire pour certains dossiers

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

Date: 24 mars 2026

Objet : Résultats du sondage de gouvernance 2025

Résultat ou état futur recherché

Présenter les résultats du sondage de gouvernance et convenir des priorités d'action

Raison pour laquelle le résultat ou l'état futur est désiré ou nécessaire

Ce sondage est réalisé dans le cadre de la démarche d'agrément dont la visite aura lieu du 7 au 12 juin 2026. Les résultats démontrent des sphères d'amélioration qui pourront être intégrées au plan de travail en lien avec les normes de gouvernance.

Données probantes ou information probante à l'appui

Résultats du sondage de gouvernance (voir la présentation en annexe)

Solution ou action proposée

Au regard des résultats obtenus, il est suggéré au comité de gouvernance d'envisager les pistes d'amélioration suivantes qui pourraient être intégrées au plan d'amélioration déjà en place.

- Poursuivre les efforts entourant la mise en œuvre de la stratégie et la reddition de compte sur le dossier de sécurisation culturelle et la lutte au racisme
- Clarifier le rôle de la gouvernance en matière de surveillance des activités liées à l'environnement (durabilité) et l'empreinte carbone, et lui fournir l'information requise
- Explorer des moyens de renforcer la collaboration régulière avec les gestionnaires cliniques
- Mieux identifier les sujets à l'ordre du jour qui portent sur des éléments de la qualité

Risque lié à cette action ou à l'inaction

Non-conformités possibles à des critères des normes de gouvernance d'Agrément Canada.

Considérations importantes

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(s) à la décision

Intégration des actions retenues au plan de travail et suivis réguliers des progrès.

Agrément Canada¹

Ce point permet au comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon le(s) critère(s) de la norme Gouvernance d'Agrément Canada suivant(s) :

N° de critère	Libellé
	Sans objet

Motion

Sans objet.

Soumis le 25 février 2026 par Marjorie Pigeon, Directrice de la gestion intégrée de la qualité et de l'expérience patient.

¹ Cette section ne s'applique qu'au Conseil d'administration et ses comités.

Résultats du sondage de gouvernance 2025

présenté par Marjorie Pigeon, directrice de la gestion intégrée de la qualité et de l'expérience patient
mars 2026



programme

CONTEXTE
3

PRINCIPAUX CONSTATS RESSORTIS
4

FORCES CLÉS
6

POINTS D'AMÉLIORATION SUGGÉRÉS
7

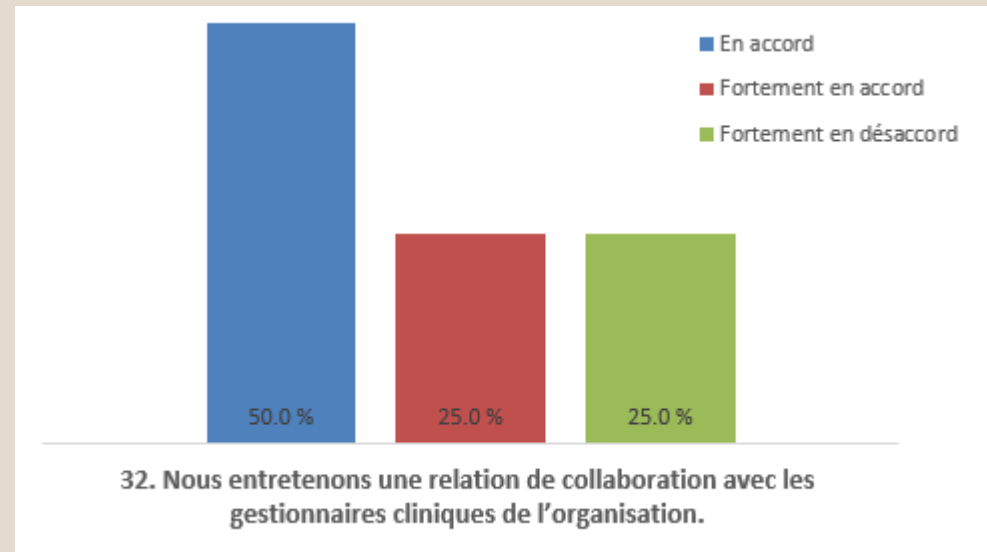
POUR ALLER UN PEU PLUS LOIN
Constats par section
Liste des questions posées

contexte

- Sondage dans le cadre du cycle d'agrément (41 questions)
- Effectué à l'automne 2025
- 4 répondants → 100% de taux de participation
- **Mise en garde:** petit échantillonnage et basé sur la perception des répondants, donc prudence quant aux généralisations

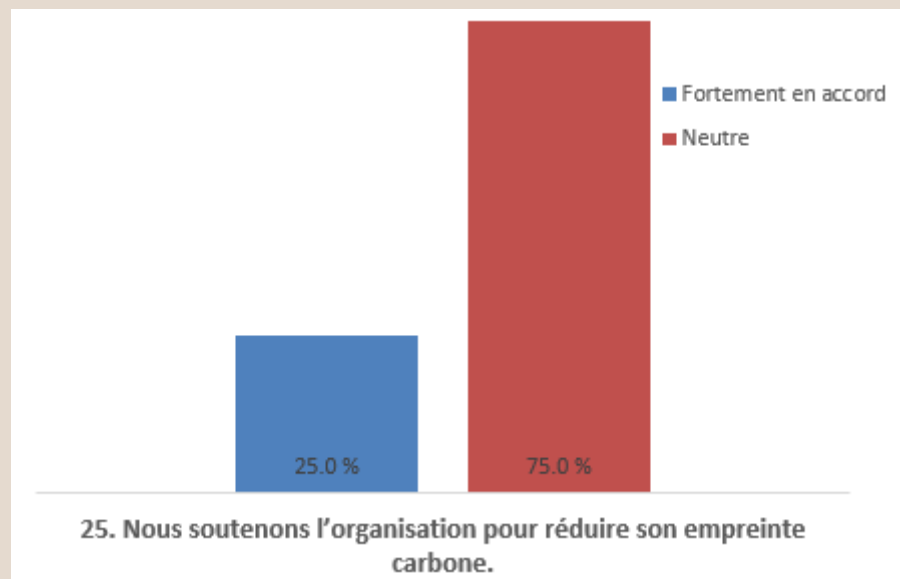
principaux constats ressortis

- **Gouvernance de la qualité solide** : clarté des rôles, accès à l'information et alignement sur mission/vision/valeurs, confort pour soulever les enjeux difficiles
- **La qualité est systématiquement à l'ordre du jour**, mais le temps effectif consacré perçu est partagé, suggérant une marge d'optimisation.
- **Collaboration avec les gestionnaires cliniques à renforcer**



principaux constats ressortis (suite)

- **Équité, sécurisation culturelle et lutte au racisme** : couverture partielle sur la sécurisation culturelle autochtone et impacts perçus situés entre “bon” et “très bon”
- **Empreinte carbone** : sujet peu structuré à ce stade



forces clés

- Clarté des rôles et accès à l'information (Q1–3) : 100 % favorables.
- Culture de respect et participation (Q14–16, Q31) : 100 % favorables.
- Examen régulier des données (Q26, Q28) et imputabilité des dirigeants (Q18) : très solides.
- Impact perçu en qualité/sécurité (Q35–36) : excellence majoritaire.

Note: 23 questions (56%) ont eu un taux favorable de 100%

points d'amélioration suggérés

- Poursuivre les efforts entourant la mise en œuvre de la stratégie et la reddition de compte sur le dossier de sécurisation culturelle et la lutte au racisme
- Clarifier le rôle de la gouvernance en matière de surveillance des activités liés à l'environnement (durabilité) et l'empreinte carbone, et lui fournir l'information requise
- Explorer des moyens de renforcer la collaboration régulière avec les gestionnaires cliniques
- Mieux identifier les sujets à l'ordre du jour qui portent sur des éléments de la qualité



pour aller un peu plus loin...

constats par section de questions

vosre rôle

- Clarté du rôle (Q1), confort à soulever les questions délicates (Q2), information disponible pour décider (Q3) et compréhension mission/vision/valeurs (Q4) : 100 % favorables.
- Compréhension de la qualité (Q5) et capacité de vigie des actions qualité (Q6) : 100 % favorables.
- Orientation à l'entrée (Q7) majoritairement positive (75 % fortement en accord, 25 % neutre).

formation et rétroaction

- Formations “performance qualité”, “être un membre utile” et “soins centrés sur la personne” (Q10–12) : 100 % “Oui”.
- “Moyens pour s’attaquer au racisme systémique” (Q8) : 75 % Oui / 25 % Non.
- “Sécurisation culturelle autochtone” (Q9) : 50 % Oui / 25 % Non / 25 % Sans objet.
- Rétroaction du/de la président·e (Q13) : 75 % Oui, 25 % Sans objet.

organisation & instance de gouvernance

- **Ouverture des débats (Q14)** 100 % favorables (50 % “en accord” + 50 % “fortement en accord”); **respect entre membres (Q15)**, **participation équitable aux décisions (Q16)**, **imputabilité de la direction sur la qualité (Q18)**, **implication interne (Q19)**, **co-élaboration du plan qualité (Q21)**, **examen régulier des données d’expérience usager (Q26)** et **de performance (Q28)**, tous très favorables.
- **Sous-comité qualité efficace (Q17)** : 75 % fortement en accord, 25 % ne sait pas.
- **Implication des parties prenantes externes dans l’évaluation de la performance (Q20)** : 25 % neutre, 25 % en accord, 50 % fortement en accord (positif mais hétérogène).

organisation & instance de gouvernance (suite)

- **Sécurisation culturelle autochtone (Q22)** : 50 % neutre, 50 % fortement en accord (maturité inégale). **Lutte au racisme envers les Autochtones (Q23)** : 25 % neutre, 25 % en accord, 50 % fortement en accord.
- **Soutien de l'organisation pour la réduction de l'empreinte carbone (Q25)** : 75 % neutre / 25 % fortement en accord.
- **Non-ingérence dans l'opérationnel (Q30)** : 75 % fortement en accord, 25 % neutre. **Collaboration avec la haute direction (Q31)** : 100 % fortement en accord. **Collaboration avec les gestionnaires cliniques (Q32)** : 50 % en accord, 25 % fortement en accord, mais 25 % fortement en désaccord.

instance de gouvernance – place de la qualité à l’agenda

- À l’ordre du jour à chaque réunion (Q33) : 100 %.
- Temps alloué (Q34) : 50 % “10–20 %” et 50 % “31–40 %”.

évaluation globale (impact perçu)

- **Qualité des soins & sécurité (Q35–36)** : 75 % “Excellente”, 25 % “Très bonne” — très fort. **Santé et sécurité au travail (Q37)** : 100 % “Très bonne”.
- **Lutte au racisme (Q38) et racisme systémique envers Autochtones (Q39)** : mix “Bonne/Très bonne (50/50)”, moyenne 3,5/5 — progrès à consolider.
- **Sécurité des systèmes d’information (Q40)** : 50 % “Excellente”, 25 % “Très bonne”, 25 % “Bonne” (moyenne élevée). **Partage d’information patient-prestataire (Q41)** : 75 % “Très bonne”, 25 % “Bonne” (moyenne 3,75/5).

liste des questions posées

01. Je comprends bien mon rôle au sein de l'instance de gouvernance.
02. Je suis à l'aise de soulever des questions difficiles lors des réunions de l'instance de gouvernance.
03. Je peux obtenir l'information dont j'ai besoin pour prendre des décisions éclairées lors des réunions de l'instance de gouvernance.
04. Je comprends parfaitement la mission, la vision et les valeurs de l'organisation.
05. Je comprends bien ce que la qualité signifie pour l'organisation.
06. Je peux assurer la vigie des actions de l'organisation qui visent à améliorer la qualité des soins et services pour les patients, résidents ou les usagers.
07. Lorsque j'ai joint cette instance de gouvernance, j'ai pu bénéficier d'une orientation complète.
08. Les moyens utilisés par l'organisation pour s'attaquer au racisme systémique.
09. L'importance de la sécurisation culturelle dans l'approche de l'organisation pour lutter contre le racisme systémique à l'endroit des Autochtones.
10. Comment interpréter l'information quant à la performance de l'organisation en matière de qualité et de sécurité des patients, résidents ou des usagers.

liste des questions posées (suite)

11. Comment être un membre utile au sein de cette instance de gouvernance.
12. La façon dont l'organisation intègre une approche de soins centrés sur la personne dans la prestation de soins et services.
13. Avez-vous reçu de la rétroaction constructive de la part du président concernant votre apport à titre de membre de l'instance de gouvernance au cours des douze derniers mois ?
14. Nos réunions se déroulent dans un esprit d'ouverture permettant des discussions constructives.
15. Lors de nos réunions, les membres de l'instance de gouvernance font preuve de respect les uns envers les autres.
16. Nous veillons à ce que tous les membres de l'instance de gouvernance participent à la prise de décisions.
17. Nous avons un sous-comité de la qualité efficace.
18. Nous veillons à ce que le ou les dirigeants de l'organisation qui relèvent de l'instance de gouvernance soient imputables de la qualité des soins et services dans leurs objectifs de performance.
19. Nous impliquons activement les parties prenantes internes dans la revue de la performance de l'organisation.
20. Nous impliquons les parties prenantes externes dans la revue de la performance de l'organisation.

liste des questions posées (suite)

21. Nous veillons à ce que le plan d'action de l'organisation en matière de qualité des soins et services soit élaboré en collaboration avec les parties prenantes internes et externes.
22. Nous soutenons le ou les dirigeants de l'organisation pour élaborer une stratégie visant à améliorer la sécurisation culturelle des patients, résidents ou des usagers autochtones.
23. Nous soutenons le ou les dirigeants de l'organisation dans l'élaboration d'une stratégie de lutte contre le racisme à l'endroit des Autochtones.
24. Nous soutenons le ou les dirigeants de l'organisation dans la publication des données relatives à la performance organisationnelle en matière de qualité et de sécurité annuellement.
25. Nous soutenons l'organisation pour réduire son empreinte carbone.
26. Nous passons en revue les données documentant l'expérience des patients, résidents ou des usagers et de leurs proches de façon régulière.
27. Nous passons en revue les données portant sur la main-d'œuvre de l'organisation concernant leur santé, leur sécurité et leur expérience professionnelle en général. de façon régulière.
28. Nous passons en revue les données montrant la performance de l'organisation de façon régulière.
29. Nous évaluons comment nous pouvons améliorer notre efficacité en tant qu'instance de gouvernance de façon régulière.
30. Nous ne sommes pas impliqués directement dans les activités quotidiennes de l'organisation.

liste des questions posées (suite)

31. Nous entretenons une relation de collaboration avec la haute direction de l'organisation.
32. Nous entretenons une relation de collaboration avec les gestionnaires cliniques de l'organisation.
33. À quelle fréquence la performance de l'organisation en matière de qualité a-t-elle été inscrite à l'ordre du jour de l'instance de gouvernance ?
34. Environ, quel pourcentage du temps de réunion de l'instance de gouvernance a été consacré à la performance de l'organisation en matière de qualité ?
35. Améliorer la qualité des soins et services ?
36. Améliorer la sécurité des patients, résidents ou des usagers ?
37. Améliorer la santé et la sécurité au travail ?
38. Lutter contre le racisme au sein de l'établissement ?
39. Remédier au racisme systémique à l'endroit des Autochtones au sein de l'organisation ?
40. Assurer la sécurité des systèmes de gestion de l'information de l'organisation ?
41. Améliorer le partage d'information entre les patients, résidents ou les usagers et les prestataires de soins et services ?



merci

DIRECTION DE LA GESTION
INTÉGRÉE DE LA QUALITÉ ET DE
L'EXPÉRIENCE PATIENT

BUREAU DES RISQUES
ORGANISATIONNELS

FÉVRIER 2026



Nom du comité : Comité de gouvernance

Date : Le 12 mars 2026

Objet : Rapport RH T3 2025-2026/Engagement -État de la situation et cibles

Sommaire exécutif

À la suite de la décision d'ajouter un rapport régulier sur les indicateurs plus systémiques de nos efforts entourant notre personnel, nous sommes heureux de publier les tableaux de bord à haut niveau suivant pour la période trimestrielle T3 2025-2026 au niveau des RH et de l'état actuel ainsi que les cibles pour 2026-2027 au niveau du secteur de l'Engagement.

Tableau de bord – RH : Le tableau comporte 4 éléments; soit l'indicateur, le résultat de l'année en cours (AEC), notre cible originale, et notre projection de fin d'année.

Mouvement de personnel :

1. En termes de départ, nous balançons notre analyse entre les nombres absolus et les taux de roulement. Malgré une projection de départ un peu plus haute que la cible de début d'année, nous demeurons relativement près de la projection initiale avec l'excédentaire prévenant de retraites. Somme toute, le taux de roulement volontaire, celui excluant les retraites, performe mieux que les moyennes nationales, privées comme publiques.
2. Notre recrutement terminera l'année fiscale sous notre objectif. Cela dit, nous avons fait beaucoup de progrès dans le secteur infirmier pour un net positif important (embauche/départ).
 - a. À noter, et selon les courbes de retraites futures, qu'il demeure stratégiquement critique d'amplifier nos demandes sur :
 - i. la formation locale plus particulièrement en imagerie, pharmacie;
 - ii. l'augmentation des missions francophone seulement dans des pays à haut taux de conversion (Maroc versus France);
 - iii. la transformation de la gestion en compensation provinciale en lien avec la compétition du Québec et du secteur privé; et,
 - iv. l'accélération de l'automatisation et autres technologies.
3. Finalement, la note eNPS demeure un défi autant au niveau de la note que de la participation. Toutefois, quand la question sur la recommandation est posée seule, nous atteindrons un score de 85%.

Note exécutive

Indicateurs RH Hauts Niveaux- T3 2025-2026

Indicateurs	Actuel (AEC)	Cible - Fin d'année	Projection
Nombre de départs	718	750	780
Nombre d'embauches	1025	1600	1400
eNPS	-7	1	-6
% qui recommande RSV	83.9	95%	85%
Taux de roulement global	6.50%	7%	7%
Taux de roulement volontaire	3.40%	5%	3%

Tableau de bord – Engagement

Au chapitre des efforts d'engagement interne, nous disposons désormais d'un état de situation pour deux des trois indicateurs, soit le niveau de maturité organisationnelle en diversité, équité, inclusion et accessibilité (DÉIA) et le niveau de maturité organisationnelle en gestion du changement. Dans le cas de ces deux échelles de maturité, l'atteinte du niveau 3/5 permettra de situer le Réseau comme étant proactif dans les deux domaines :

- **Niveau de maturité organisationnelle en DÉIA** : L'échelle « Global Diversity, Equity and Inclusion Benchmarks » sert à évaluer le niveau de maturité organisationnelle en DÉIA à partir de normes et de repères internationaux. Le niveau actuel est de 2,25 et la cible pour la prochaine année est de 2,4. Bien que cette progression puisse sembler modeste, elle reflète la complexité du travail à accomplir et la capacité de l'équipe. (*Voir Annexe A pour détails des résultats*)
- **Niveau de maturité organisationnelle en gestion du changement** : L'échelle de maturité organisationnelle de Prosci®, l'« Enterprise Change Management Maturity Index », permet d'évaluer le niveau de maturité du Réseau, actuellement établi à 2.5. La cible pour la prochaine année est de l'amener à 3. (*Voir Annexe B pour détails des résultats*)
- **Niveau de maturité des compétences en leadership des gestionnaires** : L'état actuel n'est pas encore déterminé, l'outil de mesure étant toujours en cours de développement. À titre de progrès, 43 gestionnaires ont eu l'occasion de le tester afin qu'il puisse être utilisé auprès de l'ensemble des gestionnaires une fois finalisé.

Le tableau de bord ci-dessous reprend les mêmes éléments que celui des RH, sauf la projection de fin d'année. Cette donnée n'est pas disponible pour le moment, puisque la hausse des scores en DÉIA et en gestion du changement fait partie des livrables de 2026-2027, tandis que l'identification de l'état des lieux représentait l'objectif de l'année en cours.

Indicateurs hauts niveaux -Engagement T3 2025-2026

Indicateurs	Actuel (AEC)	Cible -Fin d'année 2026-2027	Projection
Niveau de maturité organisationnelle en DÉIA	2.25	2.4	
Niveau de maturité organisationnelle en gestion du changement	2.5	3	
Niveau de maturité des compétences en leadership des gestionnaires	N/D	N/D	

Résultat ou état futur recherché

Pour information.

Raison pour laquelle le résultat ou l'état futur est désiré ou nécessaire

Note exécutive

Suivi demandé par le Comité de gouvernance de janvier 2026

Données probantes ou information probante à l'appui

Solution ou action proposée

Pour information et discussion.

Risque lié à cette action ou à l'inaction

Faible

Considérations importantes

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(s) à la décision

Sans objet

Agrément Canada¹

Ce point permet au comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon le(s) critère(s) de la norme Gouvernance d'Agrément Canada suivant(s) :

N° de critère	Libellé
3.5.2	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme répartisse les ressources adéquates pour offrir le niveau prévu de services demandés.

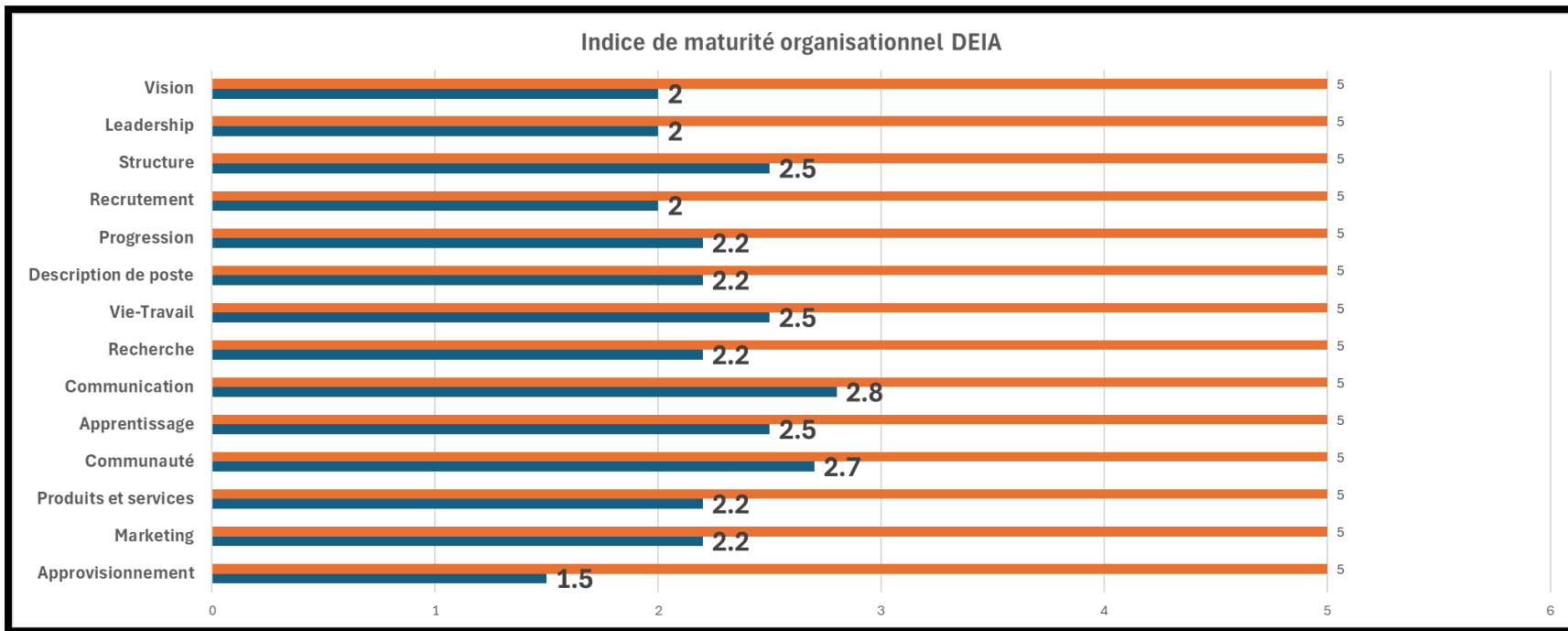
Motion

Sans objet.

Soumis le 12 mars 2026 par Patrick Parent, PDGA et Ghislaine Arsenault, VP – Communications et engagement

¹ Cette section ne s'applique qu'au Conseil d'administration et ses comités.

Annexe A : Indice de maturité DÉIA

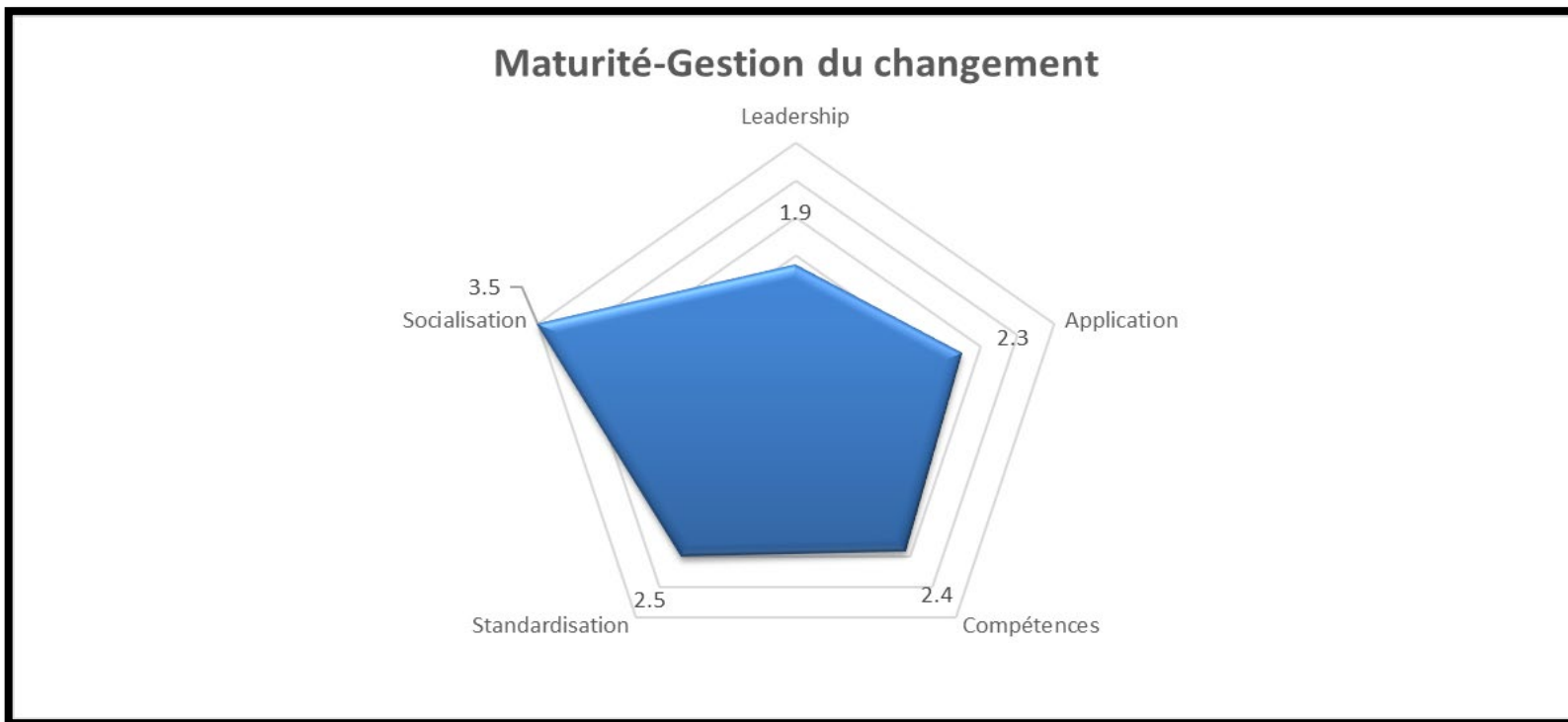


Composition de l'indice : (Voir Fichier Excel pour voir les énoncés des catégories d'actions concrètes : Indice de maturité DÉIA)

- 4 groupes / 15 catégories d'actions concrètes
 - Fondements Piloter la stratégie
 - Vision, leadership, structure
 - Interne : Attirer et retenir des personnes
 - Recrutement, progression, rémunération, avantage sociaux/flexibilité
 - Liaison : Aligner et connecter
 - Évaluation, communications, apprentissage et développement durable
 - Externe : Être à l'écoute et au service de la société
 - Communauté, services et produits, marketing, approvisionnement responsable

Note exécutive

Annexe B : Indice de maturité en gestion du changement



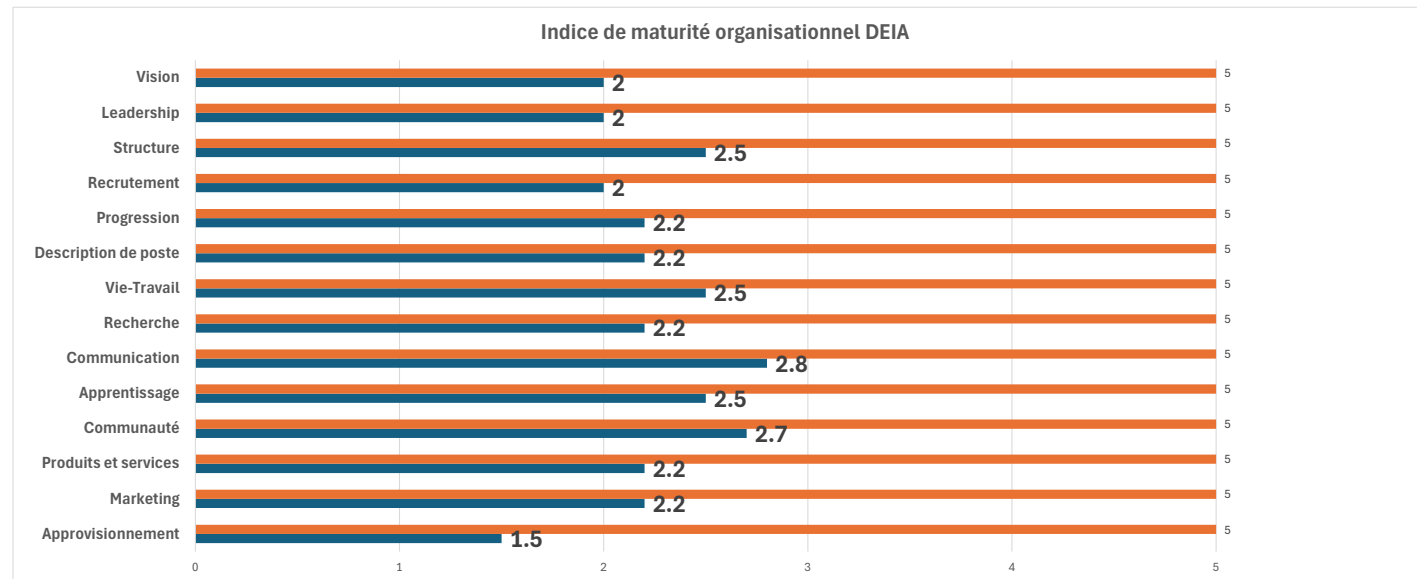
Composition de l'indice : (Voir Fichier Excel pour voir les énoncés des catégories d'actions concrètes : *Indice de maturité gestion du changement*)

- 5 composantes divisées par 50 facteurs
 - Leadership
 - Socialisation
 - Application
 - Standardisation
 - Compétences

Sujet	Score	Objectif
Approvisionnement	1.5	5
Marketing	2.2	5
Produits et services	2.2	5
Communauté	2.7	5
Apprentissage	2.5	5
Communication	2.8	5
Recherche	2.2	5
Vie-Travail	2.5	5
Description de poste	2.2	5
Progression	2.2	5
Recrutement	2	5
Structure	2.5	5
Leadership	2	5
Vision	2	5

	1-Inactif	2-Réactif	3-Proactif	4-Avant gardiste	5-MP
Approvisionnement		1.5			
Marketing			2.2		
Produits et services			2.2		
Communauté			2.7		
Apprentissage			2.5		
Communication			2.8		
Recherche			2.2		
Vie-Travail			2.5		
Description de poste			2.2		
Progression			2.2		
Recrutement		2			
Structure			2.5		
Leadership		2			
Vision		2			

Score global 2.25



Leadership	
Facteur 1 : Niveau de soutien pour l'institutionnalisation de la gestion du changement à l'échelle de l'organisation	2
Facteur 2 : Communications des dirigeants clés sur l'importance de gérer l'aspect humain du changement	3
Facteur 3 : Solidité de la coalition de parrains pour le déploiement de la gestion du changement	2
Facteur 4 : Vision pour le déploiement de la gestion du changement	2
Facteur 5 : Financement et ressources pour le projet de développement des capacités et compétences en gestion du changement	2
Facteur 6 : Accessibilité des dirigeants, prise de décision et engagement envers l'équipe chargée d'institutionnaliser la gestion du changement	2
Facteur 7 : Revue par les dirigeants des pratiques de gestion du changement dans les bilans et évaluations de projets	1
Facteur 8 : Exigence des dirigeants concernant l'application de la gestion du changement sur tous les projets et changements (les décisions de type « go/no-go » sont basées sur la prise en compte de la gestion du changement)	1
TOTAL pour le leadership	15

Application	
Facteur 1 : Pourcentage de projets appliquant une approche structurée de la gestion du changement	1
Facteur 2 : Approche commune et cohérente (méthodologie et outils) pour appliquer la gestion du changement	3
Facteur 3 : Fonctions, divisions ou unités appliquant la gestion du changement	2
Facteur 4 : Types de projets appliquant la gestion du changement	2
Facteur 5 : Disponibilité des outils pour gérer l'aspect humain du changement	3
Facteur 6 : Disponibilité des ressources pour l'application des processus et des outils sur les projets (praticiens en gestion du changement)	3
Facteur 7 : Disponibilité du budget et du financement pour la gestion du changement sur les projets et initiatives	2
Facteur 8 : Application de la gestion du changement dans les processus et livrables de changement	2
TOTAL pour l'application	18

Compétences	
Facteur 1 : Formation des praticiens en gestion du changement dispensée	3
Facteur 2 : Compétences des praticiens en gestion du changement démontrées, mesurées et incluses dans les rapports de performance	2
Facteur 3 : Formation des cadres et hauts dirigeants sur la gestion du changement et leur rôle de parrains du changement	2
Facteur 4 : Compétences en parrainage démontrées par les cadres et hauts dirigeants	2
Facteur 5 : Formation des gestionnaires et des superviseurs sur la gestion du changement et l'accompagnement pendant le changement	1
Facteur 6 : Compétences des gestionnaires et superviseurs en accompagnement du changement démontrées	2
Facteur 7 : Formation des employés dispensée	1
Facteur 8 : Compétences des employés en gestion du changement démontrées	1
Facteur 9 : Formation en gestion du changement dispensée à l'équipe de projet (y compris l'équipe de conception et les professionnels techniques)	4
Facteur 10 : Compétences en gestion du changement démontrées par l'équipe de projet	3
Facteur 11 : Efficacité des programmes de formation en gestion du changement	4
Facteur 12 : Disponibilité des occasions de formation continue en gestion du changement	5
TOTAL pour les compétences	30

Standardisation	
Facteur 1 : Adoption d'une approche standard de la gestion du changement	4
Facteur 2 : Mise à disposition d'un ensemble standard d'outils de gestion du changement	2
Facteur 3 : Établissement de critères pour l'application de la gestion du changement	2
Facteur 4 : Processus d'amélioration continue en place pour l'approche de gestion du changement	1
Facteur 5 : Mise en place d'un groupe fonctionnel de gestion du changement ou d'un Bureau de gestion du changement (BGC)	4
Facteur 6 : Création de postes et rôles liés à la gestion du changement	3
Facteur 7 : Création d'experts en gestion du changement ou de groupe de super-utilisateurs	2
Facteur 8 : Facilitation du réseau de gestion du changement	1
Facteur 9 : Mise en place d'un programme complet de formation en gestion du changement	3
Facteur 10 : Intégration dans le processus standard de réalisation des projets (y compris la méthodologie de gestion de projet, le budget, les ressources et les activités de projet)	2
Facteur 11 : Intégration dans les systèmes d'amélioration continue (c.-à-d. la gestion du changement est intégrée de manière permanente dans l'amélioration des processus, l'amélioration continue, les évaluations de performance, les déploiements de mises à jour, etc.)	2
Facteur 12 : Intégration aux processus et systèmes déclencheurs de changement (programmes qui initient un projet de changement tels que Lean, Six Sigma, planification stratégique, réingénierie des processus d'affaires [BPR], etc.)	2

TOTAL pour la standardisation	28
--------------------------------------	-----------

Socialisation	
Facteur 1 : Mandat des dirigeants pour le développement des capacités et compétences en gestion du changement	5
Facteur 2 : Compréhension de la valeur de la gestion du changement au sein de l'organisation	4
Facteur 3 : Adhésion et soutien à l'application de la gestion du changement au sein de l'organisation	3
Facteur 4 : Définition partagée de la gestion du changement à l'échelle de l'organisation	4
Facteur 5 : Communication sur les évolutions en gestion du changement	4
Facteur 6 : Collecte, diffusion et partage des réussites en gestion du changement	4
Facteur 7 : Évaluation de l'efficacité et du succès de la gestion du changement pendant le changement	4
Facteur 8 : Renforcement pour une application durable de la gestion du changement	2
Facteur 9 : Perception de la gestion du changement comme un avantage concurrentiel et une compétence clé	3
Facteur 10 : Valeur culturelle accordée à une gestion efficace du changement, au-delà d'un simple domaine de pratique	2
TOTAL pour la socialisation	35

TOTAL Indice de maturité	126	2.52
---------------------------------	------------	-------------

Nom du comité : Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance

Date : 24 mars 2026

Objet : Renouvellement annuel des mandats des membres du Comité d'éthique de la recherche pour l'année 2026-2027

Résultat ou état futur recherché

Approbation par le Conseil d'administration de la recommandation d'adoption du renouvellement annuel des mandats des membres du Comité d'éthique de la recherche pour la période du 1er avril 2026 au 31 mars 2027. Les membres dont le mandat vient à échéance le 31 mars 2026 sont indiqués au moyen d'un astérisque dans le tableau du document ci-joint.

Raison pour laquelle le résultat ou l'état futur est désiré ou nécessaire

Le Comité d'éthique de la recherche a pour but d'évaluer l'acceptabilité éthique et scientifique des projets de recherche ayant recours à des êtres humains et des recherches portant sur le matériel biologique humain avant d'en autoriser la mise en œuvre ou la poursuite, selon les normes reconnues sur le plan national et international.

Selon la politique GEN.1.40.85 – Mandat du Comité d'éthique de la recherche, le Conseil d'administration approuve la nomination des membres ainsi que des membres remplaçants du Comité d'éthique de la recherche. Les membres sont nommés pour un mandat initial de trois ans qui est ensuite renouvelable annuellement. Lors du renouvellement des mandats, le CA. doit s'assurer de la continuité du processus d'évaluation de l'acceptabilité éthique et scientifique des projets de recherche.

Données probantes ou information probante à l'appui

L'article 6.4 de l'EPTC 2 2022 indique ce qui suit :

« Exigences de base pour la composition des comités d'éthique de la recherche

La composition des CER vise à assurer une évaluation de l'éthique de la recherche compétente et indépendante.

Les CER doivent être composés d'au moins cinq membres, hommes et femmes, dont au moins :

- a. deux membres ayant une expertise pertinente dans les méthodes, les domaines et les disciplines de recherche relevant de l'autorité du CER;
- b. un membre versé en éthique;
- c. un membre ayant une bonne connaissance des lois applicables. Il ne doit pas s'agir du conseiller juridique ou du gestionnaire de risques de l'établissement. La présence de ce membre est obligatoire pour la recherche biomédicale et elle est conseillée, mais non obligatoire pour les recherches dans d'autres domaines;
- d. un membre de la communauté n'ayant aucune affiliation avec l'établissement. »

Solution ou action proposée

Que le Comité recommande au Conseil d'administration d'approuver le renouvellement des mandats des membres du Comité d'éthique de la recherche pour la période du 1^{er} avril 2026 au 31 mars 2027, et ce à effet immédiat, afin que le CER puisse continuer son mandat.

Risque lié à cette action ou à l'inaction

Le non-renouvellement des mandats des membres du Comité d'éthique de la recherche (CER) pourrait compromettre la continuité du travail effectué par le CER.

Considérations importantes

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(s) à la décision

À la suite de la décision du Comité, le Conseil d'administration devra adopter le renouvellement annuel des mandats des membres du Comité d'éthique de la recherche pour la période du 1er avril 2026 au 31 mars 2027. Les membres dont le mandat vient à échéance le 31 mars 2026 sont indiqués au moyen d'un astérisque dans le tableau du document ci-joint.

Agrément Canada¹

Ce point permet au comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada suivants :

N° de critère	Libellé
1.1.7	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme dispose de mécanismes efficaces pour respecter les procédures liées à l'éthique dans sa prise de décisions.
2.1.1	L'instance de gouvernance réalise les objectifs établis concernant sa composition.

Motion

Proposée et appuyée

Est résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section Gouvernance recommande au Conseil d'administration le renouvellement des mandats des membres du Comité d'éthique de la recherche pour la période du 1er avril 2026 au 31 mars 2027.

Soumis le 5 mars 2026 par Sarah Johnston, directrice principale, Éthique et Protection des renseignements personnels, et Mireille Murphy, coordonnatrice régionale du bureau de l'éthique.

¹ Cette section ne s'applique qu'au Conseil d'administration et ses comités.

Note couverture

Comité mixte de la qualité et de la gouvernance
du Réseau de santé Vitalité
Le 5 mars 2026

Objet : **Renouvellement de mandats pour la période du 1^{er} avril 2026 au 31 mars 2027 -
Comité d'éthique de la recherche**

La composition du Comité d'éthique de la recherche pour l'année 2026-2027 est soumise au Comité mixte de la qualité et de la gouvernance pour approbation et recommandation au Conseil d'administration.

Les membres sont nommés pour un mandat initial de trois ans qui est ensuite renouvelable annuellement. Les membres dont le mandat annuel vient à échéance le 31 mars 2026 sont indiqués au moyen d'un astérisque dans le tableau ci-dessous.

MEMBRES VOTANTS	Rôle assigné / Domaine d'expertise	MANDAT
Pierrette Fortin *	Membre expert en éthique/Présidente	2026-2027
Mark Sinclair *	Membre expert dans les méthodes et les domaines de recherche/Vice-président	2026-2027
Dr Éric Levasseur *	Membre clinique - Médecin	2026-2027
Dre Lucie Morais *	Membre clinique - Médecin	2026-2027
Marie-Pierre Morin *(en congé de maternité jusqu'en février 2027) Nicole Brideau (en remplacement de Marie-Pierre Morin)	Membre clinique - Infirmière	2026-2027
Jacinthe Beauchamp *	Membre expert en recherche qualitative	2026-2027
Michael Kemp *	Membre expert en recherche quantitative	2026-2027
Gabrielle Bouchard *	Membre clinique – Services professionnels	2026-2027
Marie-Andrée Mallet *	Membre versé en droit	2026-2027
Luveberthe St-Louis	Membre clinique - Infirmière	2026-2029
Linda Thériault Godin *	Membre de la collectivité	2026-2027
Mireille Murphy *	Coordonnatrice régionale du Bureau de l'éthique	2026-2027
Marie-Noëlle Ryan (substitut) *	Membre expert en éthique	2026-2027
Marc Deveau (substitut) *	Membre versé en droit	2026-2027
Dr Aissa Iggui (substitut) *	Membre clinique - Médecin	2026-2027
Marie-Noëlle Paulin (substitut) *	Membre clinique – Infirmière	2026-2027
Pier Jr Morin (substitut)	Membre expert en recherche quantitative	2026-2027
Micheline LeBlanc (substitut)	Membre expert dans les méthodes et les domaines de recherche	2026-2027
Denise St-Onge (substitut)	Membre de la collectivité	2026-2027

Note soumise le 5 mars 2026 par Sarah Johnston, directrice principale, Éthique et Protection - Chef de la protection des renseignements personnels et Mireille Murphy, coordonnatrice régionale du Bureau de l'éthique.

Nom du comité : Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance

Date : 24 mars 2026

Objet : Approbation de la nomination du médecin-chef de la zone Acadie-Bathurst pour un deuxième mandat

Résultat ou état futur recherché

Adoption par le Conseil d'administration de la nomination du Dr Marc-André Doucet à titre de médecin-chef de la zone Acadie-Bathurst pour un deuxième mandat de cinq (5) ans, selon les mêmes modalités que son mandat actuel, et ce, pour la période du 10 mars 2026 au 9 mars 2031.

Raison pour laquelle le résultat ou l'état futur est désiré ou nécessaire

Le médecin-chef de la zone est responsable devant le médecin-chef du Réseau de la qualité des soins prodigués par les membres du personnel médical dans les établissements, les programmes et les services de sa zone.

Données probantes ou information probante à l'appui

Conformément à l'article D.2.0 des Règles du personnel médical, le médecin-chef du Réseau nomme le médecin-chef de la zone en tenant compte des consultations effectuées dans la zone, incluant le PDG ou son délégué, un représentant médical, un ou des représentants du CMCL et un représentant du CMD. La nomination du médecin-chef de la zone est ensuite soumise au Conseil pour approbation.

Le médecin-chef de la zone est nommé pour un mandat de cinq (5) ans. Le médecin-chef de la zone ne peut être nommé pour plus de deux (2) mandats consécutifs de cinq (5) ans. Annuellement, la nomination du médecin-chef de la zone est soumise à un examen et à la confirmation par le Conseil.

Solution ou action proposée

Que le Comité recommande au Conseil d'administration d'approuver la nomination du Dr Marc-André Doucet à titre de médecin-chef de la zone Acadie-Bathurst pour un deuxième mandat de cinq (5) ans, selon les mêmes modalités que son mandat actuel, et ce, pour la période du 10 mars 2026 au 9 mars 2031.

Risque lié à cette action ou à l'inaction

Comme indiqué à l'article C.1.7 des Règlements administratifs, les membres de toutes les catégories du personnel médical, quant au traitement et la prise en charge de patients, sont sous la juridiction du chef de département et par son entremise, le médecin-chef de la zone, le médecin-chef du Réseau et le Conseil. Ils sont tenus de se conformer aux Règlements administratifs, aux présentes règles et à toutes les dispositions générales des Règles de département et des politiques du Réseau.

Considérations importantes

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(s) à la décision

À la suite de la décision du Comité, le Conseil d'administration devra procéder à l'adoption de la nomination du Dr Marc-André Doucet à titre de médecin-chef de la zone Acadie-Bathurst pour un deuxième mandat de cinq (5) ans, selon les mêmes modalités que son mandat actuel, et ce, pour la période du 10 mars 2026 au 9 mars 2031.

Agrément Canada¹

Ce point permet au comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada suivants :

N° de critère	Libellé
3.3.2	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme établisse les procédures nécessaires pour gérer les privilèges des prestataires de services cliniques qui en ont besoin pour prodiguer des soins aux usagers.

Motion

Proposée et appuyée

Est résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section gouvernance recommande au Conseil d'administration la nomination du Dr Marc-André Doucet à titre de médecin-chef de la zone Acadie-Bathurst pour un deuxième mandat de cinq (5) ans, selon les mêmes modalités que son mandat actuel, et ce, pour la période du 10 mars 2026 au 9 mars 2031.

Soumis le 26 février 2026 par Dr Éric Levasseur, Médecin-chef du Réseau de santé Vitalité.

¹ Cette section ne s'applique qu'au Conseil d'administration et ses comités.

Nom du comité : Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance

Date : 24 mars 2026

Objet : Recommandation de nominations de deux nouveaux membres votants au Comité médical consultatif du Réseau pour un premier mandat

Résultat ou état futur recherché

Adoption par le Conseil d'administration des nominations de la Dre Anik Lang, interniste de la zone Nord-Ouest, et de la Dre Marie-Andrée St-Pierre, médecin de famille de la zone Acadie-Bathurst, à titre de membres votants du Comité médical consultatif du Réseau pour un premier mandat de trois (3) ans, et ce, pour la période du 1^{er} juillet 2026 au 30 juin 2029.

Raison pour laquelle le résultat ou l'état futur est désiré ou nécessaire

En vertu de la Loi sur les régies régionales de la santé, le Conseil d'administration constitue un Comité médical consultatif.

Le Comité médical consultatif du Réseau de santé Vitalité a pour raison d'être de fournir au conseil d'administration des conseils, des recommandations, de la rétroaction et de l'information en matière de qualité, de normes ainsi que tout ce qui englobe l'octroi de privilèges de pratique.

Le Conseil d'administration nomme au CMC au plus quinze (15) membres ayant droit de vote (excluant les membres d'office) qui sont des membres du personnel médical. Les membres sont nommés pour un mandat de trois (3) ans renouvelable chaque année par le Conseil d'administration. Les membres du CMC ne peuvent être nommés pour plus de deux mandats consécutifs de trois (3) ans, mais peuvent par la suite être renommés après une absence de trois

Les membres du CMC avec droit de vote sont les suivants :

- Les médecins-chefs de chacune des zones
- Trois représentants de famille en milieu urbain et rural
- Un représentant de la médecine d'urgence
- Un représentant de la médecine diagnostique
- Deux représentants de la médecine interne
- Deux représentants de la chirurgie
- Un représentant de la pédiatrie
- Un représentant de la psychiatrie

Données probantes ou information probante à l'appui

Lorsqu'un siège de membre votant devient vacant, le médecin-chef de la zone du membre sortant sollicite l'intérêt des médecins-collègues de ce membre comme remplaçant. Lorsqu'il y a un candidat potentiel, le CMC fait ses propositions de nomination au Conseil d'administration en tenant compte des consultations effectuées dans les zones par les médecins-chefs locaux, les directeurs médicaux et auprès des membres du CMC. Le nom du candidat retenu est soumis au CMC pour recommandation au Comité de gouvernance aux fins d'approbation du Conseil d'administration.

Selon la politique du Conseil CA-320, le Comité de gouvernance et de mise en candidature est responsable de soumettre au Conseil d'administration des candidatures pour les postes au sein du CMC, incluant pour les postes vacants.

Solution ou action proposée

Que le Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance recommande au Conseil d'administration d'approuver les nominations des Dres Anik Lang et Marie-Andrée St-Pierre à titre de membres votants du Comité médical consultatif du Réseau pour un premier mandat de trois (3), et ce, pour la période du 1^{er} juillet 2026 au 30 juin 2029.

Risque lié à cette action ou à l'inaction

Si le Conseil d'administration ne peut approuver les nominations recommandées, cela risque de compromettre le bon fonctionnement du CMC et notamment la prise de décision pour lesquelles un certain quorum est requis.

Considérations importantes

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(s) à la décision

À la suite de la décision du Comité, le Conseil d'administration devra procéder à l'adoption des nominations des Dres Anik Lang et Marie-Andrée St-Pierre à titre de membres votants du Comité médical consultatif du Réseau pour un premier mandat de trois (3), et ce, pour la période du 1^{er} juillet 2026 au 30 juin 2029.

Agrément Canada¹

Ce point permet au comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada suivants :

N° de critère	Libellé
2.1.4	L'instance de gouvernance crée des comités propres au sujet au besoin pour s'acquitter de ses responsabilités.

Motion

Proposée et appuyée

Est résolu que le Comité mixte de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de gouvernance et mise en candidature - section gouvernance recommande au Conseil d'administration l'adoption des nominations de la Dre Anik Lang, interniste de la zone Nord-Ouest, et de la Dre Marie-Andrée St-Pierre, médecin de famille de la zone Acadie-Bathurst, à titre de membres votants du Comité médical consultatif du Réseau pour un premier mandat de trois (3) ans, et ce, pour la période du 1^{er} juillet 2026 au 30 juin 2029.

Soumis le 11 mars 2026 par Dr Éric Levasseur, médecin-chef du Réseau de santé Vitalité.

¹ Cette section ne s'applique qu'au Conseil d'administration et ses comités.

Point 13.4 a)

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

Date : 24 mars 2026

Objet : Approbation du plan de travail

Résultat ou état futur recherché

Approbation du plan de travail du Comité de finances et de vérification modifié.

Raison pour laquelle le résultat ou l'état futur est désiré ou nécessaire

Le plan de travail permet de définir les échéanciers et les priorités et aide à gérer le temps plus efficacement. Il permet de suivre les progrès et d'évaluer les performances par rapport aux objectifs fixés, permettant d'identifier les problèmes potentiels et d'apporter des ajustements en cours de route. Il sert également de document de référence pour communiquer les attentes et les progrès aux parties prenantes.

Pour assurer une bonne gouvernance, il est souhaitable que le Comité mixte stratégique de la recherche et de la formation et des finances et de vérification – section finances et vérification adopte son plan de travail annuel pour assurer un suivi constant sur les responsabilités du comité.

Données probantes ou information probante à l'appui

Le plan de travail annuel est présenté en annexe.

Les modifications sont en rouge.

Solution ou action proposée

Que le Comité de gouvernance et de mise en candidature adopte le plan de travail tel qu'il est présenté.

Risque lié à cette action ou à l'inaction

Sans plan de travail, ceci peut entraîner des retards dans les tâches à accomplir, une mauvaise communication entre les parties prenantes qui peut affecter la collaboration et la cohésion et rendre difficile l'ajustement des stratégies en cours de route.



Considérations importantes

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(s) à la décision

- Opérationnaliser le plan de travail.
- Assurer que les priorités soient respectées selon les échéanciers du plan de travail.

Agrément Canada¹

Ce point permet au comité de s'acquitter de ses responsabilités en matière de gouvernance selon les critères de la norme Gouvernance d'Agrément Canada suivants :

No de critère	Libellé
2.2.3	L'instance de gouvernance consigne les conditions opérationnelles exigées pour l'exercice de ses activités.

Motion

Proposée et appuyée

Est résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature adopte le plan de travail annuel du Comité de finances et de vérification tel qu'il est présenté.

Soumis le 17 mars 2026 par Pierre Michaud, Vice-président – Services corporatifs

¹ Cette section ne s'applique qu'au Conseil d'administration et ses comités.

PLAN DE TRAVAIL – COMITÉ DE FINANCES ET DE VÉRIFICATION 2025-2026

	ACTIVITÉS	Date				
		Septembre	Décembre	Mars	Mai	Au besoin
Comité des finances et de vérification	Révision et adoption du plan de travail annuel du comité	X				
	Formation sur les états financiers	X				X
	Révision du plan quinquennal et annuel en immobilisations		X			
	Présentation des budgets approuvés par le MS (équipements capitaux et projets majeurs en immobilisation CIPR)					X
	Adoption du plan d'audit et de vérification externe annuel (discussion requise avec les vérificateurs externes)		X	X		
	Approbation du budget d'exploitation 2026-2027			X		
	Approbation des états financiers vérifiés				X	
	Évaluation des vérificateurs externes et recommandation de la nomination annuelle des vérificateurs externes				X	
	Adoption du rapport annuel du comité				X	
	Confirmation de la conformité des retenues à la source et contributions obligatoires	X		X		
	Rencontre avec les vérificateurs externes	X			X	
	Gestion des investissements	X	X	X	X	X
	Révision et adoption des tableaux de bord et des états financiers trimestriels	X	X	X		
	Adoption du plan d'affaires et de sa progression	X	X	X	X	
	Rencontre à huis clos (inclure un rapport sur les dossiers complexes)	X	X	X	X	X
	Révision et adoption du mandat du comité					X
Identification des besoins en formation spécifique					X	
Superviser les risques pour protéger la viabilité financière et les actifs					X	
*Support de la vice-présidence responsable des finances						