

AVIS DE RÉUNION ☒PROCÈS-VERBAL ☐

Point 4

Titre de la réunion :	Comité mixte de la qualité et de la gouvernance	Date et heure :	Le 24 mars 2025, 13 h
But de la réunion :	Réunion régulière	Endroit :	Teams
Co-présidentes :	Johanne Thériault Paulin Claire Savoie		
Adjointes administratives :	Vicky Pellerin Sophie Legacy		

Participants**Membres votants**

Johanne Thériault Paulin (co-présidente)	Claire Savoie (co-présidente)	Jacques Doucet
--	-------------------------------	----------------

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	Sonia Bernatchez
Marc-André Leblanc	Pierre Michaud	

Membres invités - Gouvernance

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

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 17 décembre 2024	Décision
13 h 07	7. Suivis de la dernière rencontre	Information
	8. Affaires permanentes	
13 h 10	8.1 Rapport T3 2024-2025 du secteur Qualité, sécurité des patients et expérience patient	Information
13 h 25	8.2 Rapport des risques organisationnels (T3) 2024-2025	Information
	9. Affaires nouvelles	
13 h 45	9.1 Suivi sur l'enquête publique du coroner	Information

GOVERNANCE

14 h	10. Approbation du procès-verbal de la réunion ordinaire du 17 décembre 2024	Décision
	11. Suivis de la dernière réunion	
14 h 01	11.1 Nomination des membres pour les vacances au 1^{er} juillet 2025 a) Note exécutive	Information

14 h 05	11.2 Progression de la mise à jour des règlements administratifs a) Note exécutive	Information
14 h 08	11.3 Politique sur la signature des contrats par le Conseil d'administration a) Note exécutive	Information
12. Affaires permanentes		
14 h 10	12.1 Adoption du plan d'évaluation annuelle de la performance de la PDG, du médecin-chef et de la présidence du CPC a) Note exécutive b) Politique CA-400 : Plan d'évaluation du rendement et du développement – Président-directeur général c) Politique CA-430 : Plan d'évaluation du rendement et du développement – médecin-chef ou président du Comité professionnel consultatif (CPC)	Décision
14 h 15	12.2 Évaluation annuelle du Conseil d'administration et des membres a) Note exécutive b) Politique CA-410 : Cadre d'évaluation c) Évaluation des membres par les employés	Information
14 h 20	12.3 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 25	12.4 Évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration a) Note exécutive b) Tableau d'évaluation des réunions à huis clos et publique du 21 janvier 2025	Information
14 h 30	12.5 Suivi du plan de travail sur les normes de gouvernance en prévision de la visite d'Agrément Canada a) Note exécutive	Information
14 h 35	12.6 Demandes de formation des membres du Conseil d'administration a) Note exécutive b) Registre des demandes de formation du Conseil d'administration	Information
13. Affaires nouvelles		
14 h 38	13.1 Cautionnement a) Note exécutive	Information
14 h 45	13.2 Renouvellement annuel des mandats des membres du Comité d'éthique de la recherche pour l'année 2025-2026 a) Note exécutive b) Document : Renouvellement de mandats pour la période du 1 ^{er} avril 2025 au 31 mars 2026 – Comité d'éthique de la recherche	Décision
14 h 50	14 Date de la prochaine réunion : 27 mai 2025 à 13 h	Information
14 h 50	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 17 décembre 2024, 13 h 30 à 14 h 29
But de la réunion :	Réunion régulière	Endroit :	Teams
Co-présidentes :	Johanne Thériault Paulin Claire Savoie		
Adjointes administratives :	Vicky Pellerin Sophie Legacy		

Participants**Membres votants**

Johanne Thériault Paulin (co-présidente)	A	Claire Savoie (co-présidente)	✓	Jacques Doucet	✓
--	---	-------------------------------	---	----------------	---

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	✓	Sonia Bernatchez	✓
Marc-André LeBlanc	✓	Pierre Michaud	✓		
Rino Lang	✓				

Membres invités - Gouvernance

Marc-André Leblanc	✓	Pierre Michaud	✓		
--------------------	---	----------------	---	--	--

Procès-verbal**1. Ouverture de la réunion****2. Constatation de la régularité de la réunion****3. Rappel de confidentialité****4. Adoption de l'ordre du jour****5. Déclaration de conflits d'intérêts****QUALITÉ****GOVERNANCE****10. Approbation en bloc des procès-verbaux**

Les procès-verbaux des réunions de la section Gouvernance du 1^{er} octobre 2024 (réunion ordinaire) et du 1^{er} octobre 2024 (réunion extraordinaire à huis clos) sont présentés aux fins d'approbation.

MOTION 2024-12-17 / 04CMQG

Proposée par Thomas Soucy

Appuyée par Jacques Doucet

Et résolu que les procès-verbaux du Comité de gouvernance, réunion ordinaire et réunion extraordinaire à huis clos du 1^{er} octobre 2024 soient adoptés tels que circulés.

Adoptée à l'unanimité

11. Suivis de la dernière réunion**11.1 Suivi du plan de travail sur les normes de Gouvernance en prévision de la visite d'Agrément Canada**

Un suivi de la démarche de certification que le Réseau de santé Vitalité a entrepris auprès d'Agrément Canada est présenté afin de se préparer pour la prochaine visite qui aura lieu au premier trimestre de l'année 2026-2027.

De la demande de soumission de 10 autoévaluations, seuls sept ont été soumises. Le président trouve important que toutes les évaluations soient reçues et compilées. Il soupçonne un problème de logistique et demande à l'adjointe administrative du Conseil de préparer un courriel qu'il fera parvenir aux membres afin d'achever cet exercice.

11.2 Processus de présentation des résultats des évaluations annuelles

Sont présentés les changements apportés à la politique CA-410 intitulée Cadre d'évaluation, basés sur les demandes des membres du Conseil d'administration.

Une membre demande si tous les membres des Comités, c'est-à-dire non seulement les membres du Conseil d'administration, mais aussi les employés du Réseau et autres participants externes qui siègent aux comités, pourraient évaluer la coprésidence des comités.

Ce point sera évalué à l'interne et un plan sera présenté aux membres du Comité de gouvernance lors de sa prochaine réunion, soit le 24 mars 2025.

MOTION 2024-12-17 / 05CMQG

Proposée par Jacques Doucet

Appuyée par Thomas Soucy

Et résolu que le Comité de gouvernance recommande au Conseil d'administration d'adopter la politique modifiée et traduite telle que présentée.

Adoptée à l'unanimité.

11.3 Progression de la mise à jour des règlements administratifs

L'échéancier prévu pour la révision des règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité est présenté à titre informatif.

Le Réseau de santé Vitalité en est à l'étape de discussion et de négociation avec le Réseau de santé Horizon. Tel que demandé, une colonne au tableau de progression a été ajoutée pour indiquer l'échéancier de chaque étape.

12. Affaires permanentes

12.1 Vacances à venir au sein du Conseil d'administration

Ce point identifie trois vacances à venir au sein du Conseil d'administration à partir du 1^{er} juillet 2025. Des démarches sont prévues pour consulter les membres concernés à savoir s'ils ont un intérêt pour un second mandat de trois ans.

MOTION 2024-12-17 / 06CMQG

Proposée par Thomas Soucy

Appuyée par Jacques Doucet

Et résolu que le Comité de gouvernance confie le mandat à la présidence du Conseil d'administration de consulter les membres du Conseil dont les mandats prendront fin le 30 juin 2025 afin d'identifier leur intérêt ou non de briguer un second mandat de trois ans débutant le 1^{er} juillet 2025.

Adoptée à l'unanimité

12.2 Évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration

Le rapport d'évaluation de la réunion du Conseil d'administration du 29 octobre 2024 est présenté à titre informatif et aux fins de discussion.

13. Affaires nouvelles

13.1 Ajout de membres suppléants au Comité d'éthique de la recherche

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) présente une demande d'ajout d'un membre suppléant de la communauté au CÉR, Madame Denise St-Onge.

MOTION 2024-12-17 / 07CMQG

Proposée par Thomas Soucy

Appuyée par Jacques Doucet

Et résolu que le Comité de gouvernance recommande au Conseil d'administration la nomination de Mme Denise St-Onge à titre de membre suppléante de la communauté au Comité d'éthique de la recherche, effective dès maintenant.

Adoptée à l'unanimité

13.2 Nomination d'un membre au Comité médical consultatif

Le Comité médical consultatif recommande au Conseil d'administration d'approuver la nomination de la Dre Tessa Wilson-Ewing comme membre votant au CMC représentant le secteur de la psychiatrie afin de remplacer le membre votant sortant qui a terminé son deuxième mandat en juin 2024 et d'être conforme avec la composition nécessaire du comité selon son mandat.

MOTION 2024-12-17 / 08CMQG

Proposée par Jacques Doucet

Appuyée par Thomas Soucy

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature recommande au Conseil d'administration la nomination de la Dre Tessa Wilson-Ewing à titre de membre votant représentant le secteur de la psychiatrie au Comité médical consultatif à partir du 1er février 2025.

Adoptée à l'unanimité

14 Date de la prochaine réunion : 24 mars 2025 à 13 h

La prochaine réunion du CMQG – section gouvernance aura lieu le 24 mars 2025 à 13 h.

15 Levée de la réunion

Jacques Doucet propose la levée de la réunion à 14 h 29.

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 – section gouvernance

Pierre Michaud

Vice-président – gestion des risques et services financiers

Note exécutive

Point 11.1 a)

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

Date : 24 mars 2025

Objet : Nomination des membres pour les vacances au 1^{er} juillet 2025

Résultat ou état futur recherché

Informar les membres du suivi par rapport à la nomination des membres pour les vacances des postes à venir au sein du Conseil d'administration à partir du 1^{er} juillet 2025.

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

En vertu du paragraphe 20(1) de la *Loi sur les régies régionales de la santé*, le ministre de la Santé est responsable de nommer jusqu'à sept membres ayant droit de vote au Conseil d'administration (Conseil). Le ministre de la Santé n'a aucune obligation de consulter le Réseau de santé Vitalité quant aux personnes qui sont recrutées et nommées. La *Loi sur les régies régionales de la santé* ne prévoit pas de pouvoir pour le Conseil de soumettre des candidatures ou de faire part de son opinion par rapport aux candidatures. En vertu du paragraphe 20(1.1) de la *Loi sur les régies régionales de la santé*, le ministre de la Santé devrait établir les compétences nécessaires pour assurer la réalisation de la mission du Conseil et tenir compte du sexe des personnes nommées, de la représentation des secteurs urbains et ruraux, des autochtones et de la priorité accordée aux communautés linguistiques officielles.

Données probantes ou information probante à l'appui

Les vacances au sein du Conseil d'administration à partir du 1^{er} juillet 2025 :

- Jacques Doucet
- Julie Cyr
- Yves Francoeur

À la suite de la motion **2024-12-17 / 06CMQG** le président du Conseil d'administration a approché les membres mentionnés ci-haut pour connaître leur intérêt de briguer un second mandat débutant le 1^{er} juillet 2025.

Le 13 février 2025, une communication a été envoyée au ministre de la Santé pour l'informer de l'intérêt des membres de briguer un second mandat et demandant d'effectuer les nominations le plus rapidement possible. La communication est en pièce jointe.

Un appel de candidatures a été lancé par le ministère de la Santé pour pourvoir les postes vacants des directeurs et directrices des conseils d'administration pour le Réseau de santé Horizon et le Réseau de santé Vitalité. Les nominations devraient prendre effet en juillet 2025. Les expressions d'intérêts seront acceptées jusqu'au 7 avril 2025. Les éléments suivants seront également pris en considération :

- Excellentes aptitudes à la communication et aux relations interpersonnelles
- Excellentes aptitudes pour la pensée critique et la résolution de problèmes
- Orientation vers les résultats
- Capacité à communiquer et à travailler efficacement avec divers groupes, à établir des relations et à gérer des conflits
- Réputation d'honnêteté, d'intégrité et d'équité

Solution ou action proposée

Sans objet

Note exécutive

Risque lié à cette action ou inaction

Possibilité de réticence du ministre de la Santé à respecter les décisions 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

Obtenir des lettres de mandats pour les membres briguant un second mandat.

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) :

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.

Motion

Sans objet.

Soumis le 10 février 2025 par Pierre Michaud, Vice-président – services corporatifs et Marc-André LeBlanc, Conseiller principal - gestion des risques organisationnels.

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

From: [Legacy, Sophie \(VitaliteNB\)](#)
To: [Beaulieu, Eric \(DH/MS\)](#)
Cc: [Soucy, Tom \(VitaliteNB\)](#); [Michaud, Pierre \(VitaliteNB\)](#); [LeBlanc, Marc-Andre \(R5\)\(VitaliteNB\)](#); [Desrosiers, Dr. France \(VitaliteNB\)](#); [Peasey, Laura \(DH/MS\)](#)
Bcc: [Thomas Soucy](#); [Hache Lanteigne, Sonia \(VitaliteNB\)](#)
Subject: Renouvellement de mandats de deux membres et fin de mandat d'un troisième - Réseau de santé Vitalité
Date: February 13, 2025 8:15:00 AM
Attachments: [Lettre au sous-ministre Beaulieu de la PDG - renouvellement mandat des membres 2025-02-12.pdf](#)
[image001.png](#)
[5257 Julie Cyr Appointment Regional Health Authorities Act.pdf](#)
[5940 Jacques Doucet Conseil d'Administration Vitalite janvier 2024.pdf](#)
[5257 Yves Francoeur Appointment Regional Health Authorities Act.pdf](#)

Monsieur le Sous-ministre,

Nous vous saurions gré de bien vouloir prendre connaissance de la lettre ci-jointe de la part de la présidente-directrice générale et secrétaire du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité relativement au renouvellement du mandat de deux membres du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité et de la fin de mandat d'un troisième.

N'hésitez pas à nous joindre si vous avez des questions en marge de celle-ci.

Sincèrement,

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

Par courriel

Le 12 février 2025

M. Eric Beaulieu
Sous-ministre de la Santé
520, rue King
Fredericton, NB E3B 6G3
eric.beaulieu@gnb.ca

Objet : Renouvellement des mandats de deux membres du Conseil d'administration

Monsieur le Sous-ministre de la Santé,

Nous nous permettons de vous écrire afin de vous soumettre une requête de renouvellement des mandats de deux membres du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité, en l'occurrence, ceux de M. Jacques Doucet et Mme Julie Cyr. Le mandat de M. Yves Francoeur prend fin le 29 juin 2025; cependant, celui-ci nous a fait part de sa décision de ne pas demander le renouvellement de son mandat.

M. Doucet et Mme Cyr nous ont fait part de leur intérêt de voir leur mandat renouvelé pour trois ans, c'est-à-dire jusqu'au 28 juin 2028. Ces membres ont fait preuve d'un engagement et d'un dévouement exceptionnels relativement à leur rôle de gouvernance du Réseau de santé Vitalité. Nous croyons évident que le renouvellement de leurs mandats s'avérerait bénéfique non seulement pour assurer une certaine stabilité au sein du Conseil d'administration, mais aussi pour la continuité de nos projets.

En ce qui concerne la nomination d'une autre personne pour le poste qui deviendra vacant à la suite du départ de M. Francoeur, nous vous saurions gré de nommer une personne dès que possible afin que nous puissions procéder à son orientation, et ce, selon les dispositions de la *Loi*, notamment une nomination qui tient compte du sexe des personnes nommées, de la représentation des secteurs urbains et ruraux, des autochtones et de la priorité accordée aux communautés linguistiques officielles.

...2/

Nous vous prions de bien vouloir considérer favorablement cette requête et vous remercions à l'avance de l'attention que vous porterez à celle-ci.

Cordialement,



Dre France Desrosiers

Présidente-directrice générale et secrétaire du Conseil d'administration
Réseau de santé Vitalité

Cc : Thomas Soucy, président du Conseil d'administration Réseau de santé Vitalité

Note exécutive

Point 11.2

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

Date : 24 mars 2025

Objet : Progression de la mise à jour des règlements administratifs

Résultat ou état futur recherché

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

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

Les règlements administratifs ont été approuvés par le ministre de la Santé le 30 juillet 2021. La *Loi sur les régies régionales de la santé* a été modifiée en 2023 et il s'avère nécessaire de modifier les règlements administratifs des régies régionales de la santé afin de s'assurer que ceux-ci respectent les nouvelles dispositions de la *Loi*.

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

Données probantes ou information probante à l'appui

Sans objet

Solution ou action proposée

L'échéancier proposé est le suivant :

Date prévue	Étape	Statut	Échéancier
Septembre à novembre 2023	Révision par le Bureau des risques organisationnels	Complété	
Novembre 2023 à janvier 2024	Révision par le secteur des affaires médicales	Complété	
Janvier à avril 2024	Consultation avec les parties prenantes au Réseau	Complété	
Avril 2024 à mai 2024	Mise en page du document pour la consultation	Complété	
Juillet 2024	Consultation et négociation avec le Réseau de santé Horizon	En cours	
À déterminer	Révision juridique	À venir	30 jours
À déterminer	Traduction et révision linguistique finale	À venir	60 jours
À déterminer	Approbation par le Comité de gouvernance	À venir	15 jours
À déterminer	Approbation par le Conseil d'administration	À venir	15 jours
À déterminer	Approbation par le ministre de la Santé	À venir	60 jours

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

Note exécutive

Risque lié à cette action ou inaction

Le Réseau de santé Vitalité et le Réseau de santé Horizon doivent s'entendre sur des règlements administratifs similaires, sauf à quelques distinctions près. Les propositions de modifications du Réseau de santé Vitalité doivent donc être acceptées par le Réseau de santé Horizon et vice-versa.

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 Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance sera informé à chaque réunion de la progression de la mise à jour des règlements administratifs.

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) :

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

Soumis le 10 février 2025 par Pierre Michaud, Vice-président – services corporatifs, et Marc-André LeBlanc, Conseiller principal - gestion des risques organisationnels.

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

Note exécutive

Point 11.3

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

Date : 24 mars 2025

Objet : Politique sur la signature des contrats par le Conseil d'administration

Résultat ou état futur recherché

L'objectif est de présenter le processus en cours pour l'ajout d'un passage sur la signature des contrats par le Conseil d'administration au Comité mixte de la qualité et de la gouvernance – section gouvernance (Comité).

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

En vertu de la politique CA-320 : Comité de gouvernance et de mise en candidature, le Comité est responsable d'orienter le Conseil d'administration (Conseil) sur les questions relatives à sa structure et à sa bonne gouvernance et d'appuyer et conseiller le Conseil en la matière. De ce fait, il revient au Comité de réviser les politiques pour s'assurer de leur conformité.

Le Conseil avait demandé qu'une politique soit créée sur la signature de contrats par le Conseil d'administration.

Données probantes ou information probante à l'appui

La politique CA-265 a été modifiée pour ajouter un passage sur la signature des contrats par le Conseil d'administration. Toutefois, dans un effort de modernisation, l'ensemble de la politique CA-265 doit être revu pour s'assurer qu'elle soit alignée avec les meilleures pratiques, incluant celles sur la gestion des contrats.

Solution ou action proposée

Il a été déterminé qu'il était préférable de modifier une politique existante plutôt que de créer une nouvelle politique puisque le processus s'inscrit dans des processus déjà en place.

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			

Note exécutive

Suivi(s) à la décision

La politique révisée devrait être présentée au Comité en mai 2025. Lorsque le Comité de gouvernance et de mise en candidature aura recommandé l'adoption de cette politique, elle sera apportée au Conseil d'administration pour adoption.

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) :

2.2.3	L'instance de gouvernance consigne les conditions opérationnelles exigées pour l'exercice de ses activités.
3.1.2	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme dispose de politiques et de procédures efficaces liées aux fonctions et aux domaines sous la supervision de l'instance de gouvernance.

Motion

Sans objet

Soumis le 10 février 2025 par Pierre Michaud, Vice-président – services corporatifs et Marc-André LeBlanc, Conseiller principal - gestion des risques organisationnels

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

Note exécutive

Point 12.1 a)

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

Date : 24 mars 2025

Objet : Adoption du plan d'évaluation annuelle de la performance de la Présidente-directrice générale, du médecin-chef et de la présidence du Comité professionnel consultatif

Résultat ou état futur recherché

Présenter à titre informatif le processus d'évaluation du rendement et du développement de la Présidente-directrice générale (PDG), du médecin-chef et de la présidente du Comité professionnel consultatif (CPC).

Nommer les membres du comité d'évaluation de la performance de la PDG.

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

En vertu de la politique du Conseil CA-400 : Évaluation du rendement et du développement du Président-directeur général, le Conseil d'administration (Conseil) établit un comité d'évaluation du rendement et du développement du PDG (formé du président, du vice-président et d'un membre additionnel du Conseil) (comité d'évaluation du rendement et du développement). Le comité d'évaluation du rendement et du développement est responsable de la mise en œuvre du processus d'évaluation annuelle du PDG.

En vertu de la politique du Conseil CA-430 : Processus d'évaluation du médecin-chef et du président du Comité professionnel consultatif, un comité d'évaluation est formé du président du Conseil d'administration (Conseil) et de la présidente-directrice générale (PDG). Ceux-ci sont responsables de la mise en œuvre du processus d'évaluation annuelle du médecin-chef et de la présidente du CPC.

Le Conseil évalue, de façon diligente, la performance et le rendement selon les modalités suivantes :

Médecin-chef

- d'après les responsabilités du médecin-chef telles qu'elles sont décrites dans les règlements administratifs (B.13.5);
- d'après le plan d'évaluation du rendement et du développement;
- d'après les politiques du Conseil.

Présidence du Comité professionnel consultatif

- en tenant compte du mandat du CPC;
- en tenant compte du plan d'évaluation du rendement et du développement;
- en tenant compte des politiques du Conseil.

En vertu du plan de travail du Comité, le Comité s'assure de l'évaluation de la performance de la PDG, du médecin-chef et de la présidence du CPC.

En vertu de la *Loi sur les régies régionales de la santé*, le Conseil est responsable de superviser le directeur général.

Données probantes ou information probante à l'appui

La politique CA-400 fait état des activités proposées pour l'évaluation de la performance de la PDG.

La politique CA-430 fait état des activités proposées pour l'évaluation annuelle du médecin-chef et de la présidence du CPC.

Note exécutive

Solution ou action proposée

L'action proposée est que le Comité de gouvernance nomme les membres du Comité d'évaluation du rendement et du développement.

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

Préparer une lettre de mandat pour la PDG suivant les résultats de l'évaluation.

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) :

2.2.2	L'instance de gouvernance établit les responsabilités de chacun de ses membres, y compris celles du président.
2.2.4	L'instance de gouvernance veille à ce que chaque membre reconnaisse ses responsabilités.
3.2.2	L'instance de gouvernance veille à établir les responsabilités du dirigeant principal.
3.2.3	L'instance de gouvernance évalue régulièrement le rendement du dirigeant principal par rapport à l'établissement d'objectifs de rendement mesurables.
3.2.4	L'instance de gouvernance appuie et examine régulièrement le plan de perfectionnement professionnel continu du dirigeant principal.
4.2.3	Le président de l'instance de gouvernance fait régulièrement le point sur la contribution de chacun de ses membres et leur fournit ses commentaires en fonction des résultats.

Motion

Proposée et appuyée

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature nomme les membres suivants : _____ membres du Comité d'évaluation pour l'évaluation de la performance de la PDG.

Soumis le 10 février 2025 par Pierre Michaud, Vice-président – services corporatifs, et Marc-André LeBlanc, Conseiller principal - gestion des risques organisationnels.

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



Manuel : Conseil d'administration

Titre :	ÉVALUATION DU RENDEMENT ET DU DÉVELOPPEMENT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL		N° : CA-400
Section :	Processus d'évaluation	Date d'entrée en vigueur :	2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2021-06-22
Approbateur :	Conseil d'administration Denis M. Pelletier, président par intérim 	Approuvée le :	2022-06-21
Établissement(s)/programme(s) :			

BUTS

1. Mesurer la performance du président-directeur général (le « PDG ») à l'aide du plan d'évaluation du rendement et du développement (voir copie en annexe) d'après un plan de travail et des objectifs annuels approuvés par le Conseil d'administration (le « Conseil »).
2. Offrir la rétroaction du Conseil au PDG de façon à clarifier les attentes en ce qui concerne ses fonctions.
3. Appuyer le développement professionnel du PDG pour assurer la mise à niveau des connaissances de celui-ci dans le domaine du leadership et de la gestion afin qu'elles soient les meilleures possible.

POLITIQUE

1. Le Conseil établit un Comité d'évaluation du rendement et du développement du PDG (formé du président, du vice-président et d'un membre additionnel du Conseil) en vue de développer conjointement le plan d'évaluation du rendement et du développement avec le PDG selon le formulaire d'évaluation qui se trouve à l'annexe CA-400 (1).
2. Le Comité d'évaluation du rendement et du développement est responsable de la mise en œuvre du processus d'évaluation annuelle du PDG.
3. Le Comité d'évaluation du rendement et du développement, en consultation avec l'ensemble du Conseil d'administration, suggère les dossiers importants pour l'année couverte par le plan de travail. Une fois le plan de travail terminé, il est approuvé par le Conseil. De cette façon, la contribution du PDG aux objectifs du Réseau de santé Vitalité pour l'année qui se termine est évaluée par l'entremise d'un processus rigoureux et consignée officiellement.

4. Le processus d'évaluation du rendement et du développement offre l'occasion de reconnaître la performance du PDG et de développer les priorités organisationnelles de manière collaborative pour l'année qui commence en vue de mieux planifier stratégiquement et d'appuyer le PDG et l'organisation. Le Conseil évalue de façon diligente, par l'entremise du Comité d'évaluation du rendement et du développement du PDG, la performance et le rendement du PDG d'après le profil du poste, le plan d'évaluation du rendement et du développement et les politiques du Conseil.
5. Les évaluations et les notes recommandées pour la prime incitative, s'il y a lieu, mesurées par rapport au plan d'évaluation du rendement et du développement du PDG pour l'exercice précédent, devraient être achevées avant la fin du premier trimestre de l'exercice suivant.

Outil

L'outil d'évaluation du rendement et du développement du PDG sera utilisé (annexe CA-400 (1)).

Processus d'évaluation

1. La performance du PDG est évaluée annuellement en fonction de l'année financière. L'évaluation de l'année en cours se terminera au plus tard à la fin du premier trimestre suivant l'année qui se termine.
2. Le Conseil délègue officiellement cette fonction au président et au vice-président, qui forment le Comité d'évaluation du rendement et du développement du PDG. Le comité s'assure d'obtenir la contribution de l'ensemble des membres du Conseil d'administration au processus d'évaluation lors des phases d'acceptation du plan d'évaluation du rendement et du développement et d'évaluation de ce plan.
3. Le comité évalue la performance du PDG à l'aide du plan d'évaluation du rendement et du développement tel qu'il a été établi en début d'année. Le comité fait rapport à l'ensemble du Conseil d'administration sur l'évaluation et demande aux membres du Conseil leurs commentaires sur la performance du PDG. Ces commentaires sont ajoutés à l'évaluation du PDG.
4. Le Conseil peut faire de temps à autre une évaluation qui prend en considération l'opinion des intervenants internes et externes en respectant le principe de la démarche à 360 degrés. Pour faire cette partie de l'évaluation, le Conseil peut obtenir l'appui de consultants externes.

Politique / Procédure N° : CA-400

Responsabilités et échéanciers

Activité	Responsables	Échéancier
a) Le PDG développe une proposition du plan d'évaluation du rendement et du développement en vue de l'obtention des commentaires du Comité d'évaluation du rendement et du développement.	Le PDG	Avril
b) Le Comité d'évaluation du rendement et du développement valide le plan d'évaluation du rendement et du développement et consulte l'ensemble des membres du Conseil d'administration pour obtenir leurs commentaires.	Le Comité d'évaluation du rendement et du développement	Avril
c) Le PDG met au point le plan d'évaluation du rendement et du développement suite aux commentaires reçus et soumet le plan au Comité d'évaluation du rendement et du développement pour approbation.	Le PDG et le Comité d'évaluation du rendement et du développement	Mai
d) Le PDG fait une auto-évaluation à la mi-année et rencontre le Comité d'évaluation du rendement et du développement pour discuter du progrès et faire les ajustements nécessaires au plan d'évaluation du rendement et du développement.	Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le PDG	Septembre
e) Le PDG présente une auto-évaluation de fin d'année et la soumet au Comité d'évaluation du rendement et du développement.	Le PDG	Fin mars, début avril
f) Le Comité d'évaluation du rendement et du développement rencontre le PDG et évalue sa performance durant l'année qui se termine.	Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le PDG	Avril
g) Le Comité d'évaluation du rendement et du développement fait rapport au Conseil d'administration et recueille ses commentaires. Il met au point l'évaluation avec le PDG.	Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le PDG	Mai

Principes directeurs

1. La gestion du rendement soutient, renforce et intègre l'atteinte des résultats du plan d'affaires et du plan annuel avec des objectifs de performance individuels.
2. La conformité aux normes, aux mesures et aux indicateurs devrait être établie dans le plan d'évaluation du rendement et du développement du PDG.
3. Des engagements de performance et des mesures devraient être fixés à un niveau qui reflète le haut niveau de performance attendu.
4. La gestion du rendement se concentre à la fois sur l'amélioration des processus organisationnels et de la structure et sur l'amélioration de la performance du PDG.
5. Le plan d'évaluation du rendement et du développement du PDG devrait comprendre une référence aux attentes du PDG à l'endroit des hauts dirigeants de l'organisation, favorisant ainsi une approche cohérente et continue pour la mesure du rendement au sein du groupe de leadership.
6. Le plan d'évaluation du rendement et du développement du PDG comprend un plan de développement personnel.

Remplace :	Zone 1 : _____	Zone 5 : _____
	Zone 4 : _____	Zone 6 : _____

Réseau de santé Vitalité

Plan d'évaluation du rendement et du développement

Président-directeur général

Éléments du formulaire d'évaluation

Le **Plan d'évaluation du rendement et du développement du président-directeur général (PDG) du Réseau de santé Vitalité** est structuré de façon à veiller à ce que les buts et les objectifs soient clairement énoncés, à ce que les mesures du succès soient réalistes, accessibles et gérables et à ce que les résultats fassent l'objet d'un suivi avec le temps. Il s'agit de la phase de mise en œuvre d'un modèle d'évaluation du rendement.

Les objectifs peuvent comprendre des objectifs organisationnels, des objectifs d'équipe et des objectifs personnels. On prévoit que les objectifs établis seront communiqués à d'autres chefs de file, à des gestionnaires et à des membres du personnel du Réseau.

Le formulaire est divisé en trois parties : objectifs de travail, compétences comportementales et orientations futures.

- A) **Partie I** : Les objectifs de travail sont liés à des activités mesurables et tangibles précises requises pour satisfaire aux besoins et aux priorités stratégiques et opérationnelles du Réseau. On s'attend à ce que les obligations de rendre compte et les responsabilités fondamentales décrites dans la description de travail du PDG forment les attentes sous-jacentes par rapport au travail. Les objectifs de travail établis dans l'évaluation sont considérés comme des objectifs qui sont de base et qui excèdent les exigences pour satisfaire aux obligations de rendre compte et aux responsabilités fondamentales.
- B) **Partie II** : Les compétences comportementales sont les comportements auxquels on s'attend de la part du personnel-cadre, des directeurs et des gestionnaires et elles sont indiquées dans le programme LEADS du Collège canadien des leaders en santé.
- C) **Partie III** : Les orientations futures donnent l'occasion de revoir les points forts du rendement et les possibilités et elles engendrent un mécanisme pour établir leur ordre de priorité pour les cadres (*lors de l'évaluation en milieu d'année et de l'évaluation de fin d'année [achèvement de la partie A]*).

En collaboration avec le Conseil d'administration, les objectifs pour l'année et les thèmes fondamentaux pour les domaines d'intérêt liés au leadership ont été ciblés à la suite du plan d'affaires et du plan annuel et d'après le profil du poste.

En établissant des objectifs, il est important de veiller à ce qu'ils soient gérables par le PDG Il est entendu que des facteurs environnementaux et économiques peuvent nuire à la capacité du Réseau d'atteindre les objectifs énoncés. Dans un tel cas, les objectifs touchés seraient examinés et peut-être révisés pendant la période visée par le plan.

Système d'évaluation du rendement

L'évaluation est réalisée à la fin de l'année seulement.

- **Dépasse les attentes (A)** – Le cadre a réalisé les objectifs de travail établis et il a montré les compétences comportementales voulues; il dépassait toujours les attentes du Conseil d'administration. Il a accompli son travail de manière extrêmement professionnelle, responsable et judicieuse. Il a apporté une contribution continue et considérable à l'organisation.
- **Se situe au-dessus des attentes (B)** – Le cadre a réalisé les objectifs de travail établis et il a montré les compétences comportementales voulues; il dépassait souvent les attentes du Conseil d'administration. Il a exécuté son travail de manière réfléchie et soignée. Il a régulièrement apporté une contribution importante à l'organisation.
- **Répond aux attentes (C)** – Le cadre a réalisé les objectifs de travail et il a montré les compétences comportementales selon les attentes du Conseil d'administration. Il fait preuve de compétence dans son travail et il apporte une contribution digne de confiance à l'organisation.
- **Ne répond pas aux attentes (D)** – Le cadre n'a pas réalisé les objectifs de travail et il n'a pas montré les compétences comportementales selon les attentes du Conseil d'administration. Son rendement et sa contribution en général représentent une source de préoccupation pour l'organisation.

Nom du PDG :	Date :
--------------	--------

PARTIE I – Évaluation du rendement						
Objectifs de travail						
Domaine du leadership	Mesures du succès (Notes et facteurs environnementaux/économiques)	Accomplissements au 31 août xxxx	Accomplissements au 31 mars xxxx	Commentaires au besoin	Évaluation : A, B, C ou D (v. page 2)	
					Auto- évaluation	Comité d'évaluation du rendement et du dév.
	•					
Opérations stratégiques						
	•					
Relations externes						
	•					
Relations de travail avec le Conseil et ses comités						
	•					

Partie I : Évaluation des objectifs de travail	
Commentaires additionnels :	
Résultat des objectifs de travail :	

Partie II : Évaluation du rendement					
Compétences comportementales LEADS qui feront l’objet d’une évaluation					
Compétence	Définitions	Commentaires du cadre	Commentaires du cadre hiérarchique	Évaluation possible : A, B, C ou D (v. page 2)	
				Auto-évaluation	Comité d’évaluation du rendement et du développement
Est son propre chef	•				
Fait participer les autres	•				
Obtient des résultats	•				
Crée des coalitions	•				
Transforme les systèmes	•				

Partie III : Priorités futures proposées par le cadre hiérarchique à la suite de l’évaluation de fin d’année	
Autorisation et approbation	
Commentaires du PDG :	
Signature du PDG :	Date :
Président du Conseil d’administration :	Date :



Manuel : Conseil d'administration

Titre :	PROCESSUS D'ÉVALUATION DU MÉDECIN-CHEF ET DU PRÉSIDENT DU COMITÉ PROFESSIONNEL CONSULTATIF		N° : CA-430
Section :	Processus d'évaluation	Date d'entrée en vigueur :	2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2021-06-22
Approbateur :	Conseil d'administration Denis M. Pelletier, président par intérim 	Approuvée le :	2022-06-21
Établissement(s)/programme(s) :			

BUT

1. Mesurer la performance du médecin-chef et du président du Comité professionnel consultatif (le « CPC ») à l'aide du plan d'évaluation du rendement et du développement (voir copie en annexe) d'après les objectifs annuels approuvés par le Conseil d'administration (le « Conseil »).
2. Offrir la rétroaction du Conseil au médecin-chef et au président du CPC de façon à clarifier les attentes en ce qui concerne leurs fonctions et à les appuyer dans leur développement professionnel.

POLITIQUE

1. Le Comité d'évaluation du rendement et du développement, composé du président du Conseil d'administration et du P.-D.G., est responsable de la mise en œuvre du processus d'évaluation annuelle du médecin-chef et du président du CPC.
2. Le président et le P.-D.G., en consultation avec l'ensemble du Conseil d'administration, font annuellement l'évaluation du rendement et du développement du médecin-chef et du président du CPC. De cette façon, la contribution du médecin-chef et du président du CPC aux objectifs du Réseau de santé Vitalité pour l'année qui se termine est évaluée par l'entremise d'un processus rigoureux et consignée officiellement.
3. Le processus d'évaluation du rendement et du développement offre l'occasion de reconnaître la performance du médecin-chef et du président du CPC et de développer les priorités organisationnelles de manière collaborative pour l'année qui commence en vue de mieux planifier stratégiquement et d'appuyer le médecin-chef et le président du CPC. Le Conseil d'administration évalue, de façon diligente, la performance et le rendement selon les modalités suivantes :

- Médecin-chef
 - o d'après les responsabilités du médecin-chef telles qu'elles sont décrites dans les règlements administratifs (B.13.5);
 - o d'après le plan d'évaluation du rendement et du développement;
 - o d'après les politiques du Conseil;
- Président du Comité professionnel consultatif
 - o en tenant compte du mandat du CPC;
 - o en tenant compte du plan d'évaluation du rendement et du développement;
 - o en tenant compte des politiques du Conseil.

Outil

L'outil d'évaluation du rendement et du développement du médecin-chef et du président du CPC est utilisé (annexe CA-430 (1)).

Processus d'évaluation

1. La performance du médecin-chef et du président du CPC est évaluée annuellement en fonction de l'année financière. L'évaluation de l'année en cours se terminera au plus tard à la fin du premier trimestre suivant l'année qui se termine.
2. Le Conseil délègue officiellement cette fonction au président et au P.-D.G. Le comité s'assure d'obtenir la contribution de l'ensemble des membres du Conseil d'administration au processus d'évaluation lors des phases d'acceptation du plan d'évaluation du rendement et du développement et d'évaluation de ce plan.
3. Le comité évalue la performance du médecin-chef et du président du CPC à l'aide du plan d'évaluation du rendement et du développement tel qu'il a été établi en début d'année. Le comité fait rapport à l'ensemble du Conseil d'administration sur l'évaluation et demande aux membres du Conseil leurs commentaires sur la performance du médecin-chef et du président du CPC. Ces commentaires sont ajoutés à l'évaluation du médecin-chef et du président du CPC.
4. Le Conseil peut faire de temps à autre une évaluation qui prend en considération l'opinion des intervenants internes et externes.

Responsabilités et échéanciers

Activité	Responsables	Échéancier
a) Le médecin-chef et le président du CPC développent une proposition du plan d'évaluation du rendement et du développement en vue de l'obtention des commentaires du Comité d'évaluation du rendement et du développement.	• Le médecin-chef • Le président du CPC	• Avril

Politique/Procédure N : CA-430

Activité	Responsables	Échéancier
b) Le Comité d'évaluation du rendement et du développement valide le plan d'évaluation du rendement et du développement et consulte l'ensemble des membres du Conseil d'administration pour obtenir leurs commentaires.	Le Comité d'évaluation du rendement et du développement	Avril
c) Le médecin-chef et le président du CPC mettent au point le plan d'évaluation du rendement et du développement suite aux commentaires reçus et soumettent le plan au Comité d'évaluation du rendement et du développement pour approbation.	- Le médecin-chef et le Comité d'évaluation du rendement et du développement - Le président du CPC et le Comité d'évaluation du rendement et du développement	Mai
d) Le médecin-chef et le président du CPC font une auto-évaluation à la mi-année et rencontrent le Comité d'évaluation du rendement et du développement pour discuter du progrès et faire les ajustements nécessaires au plan d'évaluation du rendement et du développement.	- Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le médecin-chef - Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le président du CPC	Septembre
e) Le médecin-chef et le président du CPC présentent une auto-évaluation de fin d'année et la soumettent au Comité d'évaluation du rendement et du développement.	- Le médecin-chef - Le président du CPC	Fin mars, début avril
f) Le Comité d'évaluation du rendement et du développement rencontre le médecin-chef et le président du CPC et évalue leur performance durant l'année qui se termine.	- Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le médecin-chef - Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le président du CPC	Avril
g) Le Comité d'évaluation du rendement et du développement fait rapport au Conseil d'administration et recueille ses commentaires. Il met au point l'évaluation avec le P.-D.G.	Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le P.-D.G.	Mai
Remplace : Zone 1 : _____ Zone 5 : _____ Zone 4 : _____ Zone 6 : _____		

Réseau de santé Vitalité

Plan d'évaluation du rendement et du développement

**Médecin-chef ou Président du Comité professionnel
consultatif (CPC)**

Éléments du formulaire d'évaluation

Le **Plan d'évaluation du rendement et du développement du médecin-chef ou du président du CPC du Réseau de santé Vitalité** est structuré de façon à veiller à ce que les buts et les objectifs soient clairement énoncés, à ce que les mesures du succès soient réalistes, accessibles et gérables et à ce que les résultats fassent l'objet d'un suivi avec le temps. Il s'agit de la phase de mise en œuvre d'un modèle d'évaluation du rendement.

Les objectifs peuvent comprendre des objectifs organisationnels, des objectifs d'équipe et des objectifs personnels. On prévoit que les objectifs établis seront communiqués à d'autres chefs de file, à des gestionnaires et à des membres du personnel du Réseau.

Le formulaire est divisé en trois parties : objectifs de travail, compétences comportementales et orientations futures.

- A) **Partie I** : Les objectifs de travail sont liés à des activités mesurables et tangibles précises requises pour satisfaire aux besoins et aux priorités stratégiques et opérationnelles du Réseau. On s'attend à ce que les obligations de rendre compte et les responsabilités fondamentales décrites dans la description de travail du médecin-chef et du président du CPC forment les attentes sous-jacentes par rapport au travail. Les objectifs de travail établis dans l'évaluation sont considérés comme des objectifs qui sont de base et qui excèdent les exigences pour satisfaire aux obligations de rendre compte et aux responsabilités fondamentales.
- B) **Partie II** : Les compétences comportementales sont les comportements auxquels on s'attend de la part du personnel-cadre, des directeurs et des gestionnaires et elles sont indiquées dans le programme LEADS du Collège canadien des leaders en santé.
- C) **Partie III** : Les orientations futures donnent l'occasion de revoir les points forts du rendement et les possibilités et elles engendrent un mécanisme pour établir leur ordre de priorité pour les cadres (*lors de l'évaluation au milieu de l'année et de l'évaluation de fin d'année [achèvement de la partie A]*).

En collaboration avec le Conseil d'administration, les objectifs pour l'année et les thèmes fondamentaux pour les domaines d'intérêt liés au leadership ont été ciblés à la suite du plan d'affaires et du plan annuel et d'après le profil du poste.

En établissant des objectifs, il est important de veiller à ce qu'ils soient gérables par le médecin-chef ou le président du CPC. Il est entendu que des facteurs environnementaux et économiques peuvent nuire à la capacité du Réseau d'atteindre les objectifs énoncés. Dans un tel cas, les objectifs touchés seraient examinés et peut-être révisés pendant la période visée par le plan.

Système d'évaluation du rendement

L'évaluation est réalisée à la fin de l'année seulement.

- **Dépasse les attentes (A)** – Le cadre a réalisé les objectifs de travail établis et il a montré les compétences comportementales voulues; il dépassait toujours les attentes du Conseil d'administration. Il a accompli son travail de manière extrêmement professionnelle, responsable et judicieuse. Il a apporté une contribution continue et considérable à l'organisation.
- **Se situe au-dessus des attentes (B)** – Le cadre a réalisé les objectifs de travail établis et il a montré les compétences comportementales voulues; il dépassait souvent les attentes du Conseil d'administration. Il a exécuté son travail de manière réfléchie et soignée. Il a régulièrement apporté une contribution importante à l'organisation.
- **Répond aux attentes (C)** – Le cadre a réalisé les objectifs de travail et il a montré les compétences comportementales selon les attentes du Conseil d'administration. Il fait preuve de compétence dans son travail et il apporte une contribution digne de confiance à l'organisation.
- **Ne répond pas aux attentes (D)** – Le cadre n'a pas réalisé les objectifs de travail et il n'a pas montré les compétences comportementales selon les attentes du Conseil d'administration. Son rendement et sa contribution en général représentent une source de préoccupation pour l'organisation.

Nom du médecin-chef ou du président du CPC :	Date :
--	--------

PARTIE I – Évaluation du rendement						
Objectifs de travail						
Domaine du leadership	Mesures du succès (Notes et facteurs environnementaux/économiques)	Accomplissements au 31 août xxxx	Accomplissements au 31 mars xxxx	Commentaires du cadre hiérarchique	Évaluation : A, B, C ou D (v. page 2)	
					Auto- évaluation	Comité d'évaluation du rendement et du dév.
	•					
Opérations stratégiques						
	•					
Relations externes						
	•					
Relations de travail avec le Conseil et ses comités						
	•					

Partie I : Évaluation des objectifs de travail	
Commentaires additionnels :	
Résultat des objectifs de travail :	

Partie II : Évaluation du rendement					
Compétences comportementales LEADS qui feront l'objet d'une évaluation					
Compétence	Définitions	Commentaires du cadre	Commentaires du cadre hiérarchique	Évaluation possible : A, B, C ou D (v. page 2)	
				Auto-évaluation	Comité d'évaluation du rendement et du développement
Est son propre chef	• Est conscient de ses propres hypothèses, valeurs, principes, points forts et limites • Assume la responsabilité de son rendement et de sa santé • Cherche activement des occasions et des défis en matière d'apprentissage personnel, de formation du caractère et de croissance • Démonstre des qualités, comme l'honnêteté, l'intégrité, la résilience et la confiance				
Fait participer les autres	• Appuie et encourage les autres à atteindre des objectifs professionnels et personnels • Crée un environnement agréable où les autres ont des occasions intéressantes d'apporter une contribution ainsi que les ressources nécessaires pour s'acquitter de leurs responsabilités • Sait écouter attentivement et encourage l'échange ouvert de renseignements et d'idées à l'aide des moyens de communication appropriés • Facilite un environnement de collaboration et de coopération pour atteindre des résultats				

Obtient des résultats	• Inspire une vision et cible, établit et communique des attentes et des résultats clairs et utiles • Combine la mission/les valeurs organisationnelles et des données fiables et valables pour prendre des décisions • Agit d’une manière qui cadre avec les valeurs organisationnelles pour donner des services efficaces axés sur la population • Mesure et évalue les résultats, est responsable et tient les autres responsables des résultats obtenus par rapport aux points de référence, corrige sa façon de procéder selon les besoins				
Crée des coalitions	• Crée des liens, une relation de confiance et des idées communes avec des gens et des groupes • Facilite la collaboration, la coopération et des coalitions au sein de divers groupes ainsi que des approches pour améliorer les services • Emploie des méthodes pour recueillir des renseignements, encourage l’échange ouvert de renseignements, utilise des données probantes de qualité pour influencer les choses au sein du système • Est politiquement astucieux, négocie en situation de conflit, mobilise le soutien nécessaire				

Transforme les systèmes	• Réfléchit de manière analytique et conceptuelle, remet en question le statu quo pour cerner les problèmes, règle des problèmes et conçoit et met en œuvre des processus efficaces visant les systèmes et les parties intéressées • Crée un climat d'amélioration continue et de créativité visant le changement systémique • Observe l'environnement pour obtenir des idées, des pratiques exemplaires et des tendances nouvelles qui façonneront le système				
--------------------------------	--	--	--	--	--

Partie III : Priorités futures proposées par le cadre hiérarchique à la suite de l'évaluation de fin d'année	

Autorisation et approbation	
Commentaires du médecin-chef ou du président du CPC :	
Signature du médecin-chef ou du président du CPC :	Date :
Président du Conseil d'administration :	Date :

Note exécutive

Point 12.2 a)

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

Date : 24 mars 2025

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.

Présenter à titre informatif les résultats de la recherche sur les meilleures pratiques par rapport à ces évaluations.

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

Le résultat de la recherche par rapport à l'évaluation des membres du Conseil d'administration par les employés responsables de ces comités est présenté en pièce-jointe.

Solution ou action proposée

L'action proposée est de suivre la politique CA-410 tel qu'adoptée lors de la dernière rencontre du Comité de gouvernance et de mise en candidature.

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			

Note exécutive

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) :

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 10 février 2025 par Pierre Michaud, Vice-président – services corporatifs, et Marc-André LeBlanc, Conseiller principal - gestion des risques organisationnels.

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 :	2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2022-03-15
Approbateur :	Conseil d'administration Denis M. Pelletier, président par intérim 	Approuvée le :	2022-06-21
Établissement(s)/programme(s) :			

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).

Politique/Procédure N° : CA-410

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 en annexe :

- 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);
- Formulaire d'évaluation – Réunion à huis clos et réunion publique du Conseil d'administration – Annexe CA-410 (5).
- Formulaire d'évaluation – Assemblée générale annuelle – Annexe CA-410 (6)

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 résultats des sondages sont communiqués au membre touché seulement et au président du Conseil d'administration.

2.6 Les résultats restent anonymes.

Remplace :	Zone 1 : _____	Zone 5 : _____
	Zone 4 : _____	Zone 6 : _____

Questionnaire d'auto-évaluation des membres

(nom du membre)

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

Veillez 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.

Comment évaluez-vous votre performance pour chaque énoncé suivant?	Évaluation					
	6	5	4	3	2	1
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. Garantie de la performance Je contribue à garantir la disponibilité des ressources financières et humaines pour que le Réseau puisse réaliser ses objectifs.						
3. Définition et application des valeurs J'endosse la mission, la vision et les valeurs du Réseau.						
4. Courage et intégrité En ce qui concerne les sujets d'éthique, je suis prêt à défendre mon opinion et à prendre en considération, de manière constructive, les visions d'autrui.						
5. Préparation adéquate Je me prépare aux séances du Conseil d'administration.						
6. Participation active Je participe activement aux discussions soutenues et critiques pendant les séances du Conseil d'administration.						
7. Responsabilité personnelle Je montre que je me sens personnellement responsable de contribuer au succès du Réseau.						
8. Risques et contrôles En ce qui concerne l'analyse des risques au sein de l'organisation, j'adopte une approche sincère et critique.						
9. Réaction aux mauvaises nouvelles J'encourage une communication ouverte et transparente.						
10. Contribution individuelle Je suis conscient de mon rôle.						
11. Compétences des membres du Conseil d'administration J'ai les compétences et l'expérience requises pour exercer mes fonctions.						
12. Compréhension des affaires Je fais l'effort d'apprendre à connaître le Réseau et son activité.						
13. Temps suffisant consacré à mes fonctions Je dispose de suffisamment de temps à consacrer à mes fonctions.						
14. Flexibilité J'anticipe et j'intègre les changements en soulignant les aspects positifs de ces changements aux autres.						
15. Prise d'influence Je communique efficacement. Je m'efforce de comprendre le point de vue des autres et de négocier / d'utiliser mon influence à bon escient.						
16. Sens aigu des affaires Je prends des décisions sensées et je fais preuve d'un bon jugement lors des discussions sur les points à l'ordre du jour.						
17. Développement professionnel Je contribue à mon développement professionnel.						
18. Relations avec la direction générale Je veille à une communication ouverte avec la direction générale et les autres interlocuteurs.						
Commentaires :						
Une évaluation sera effectuée sur un site de sondage électronique. Les résultats seront communiqués au membre touché seulement et au président du Conseil d'administration. Les résultats resteront anonymes.						

Questionnaire d'évaluation du président du Conseil d'administration

(nom du membre)

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

Comment évaluez-vous la performance du président du Conseil d'administration?	Évaluation					
	6	5	4	3	2	1
1. Il avise et conseille, en tant que président du Conseil d'administration, le président-directeur général, 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 Conseil / aux comités en assistant dans le suivi de la vision, de la mission, 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 Conseil soient gérées de manière efficace et s'assure que le Conseil 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 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. Le président du Conseil et le Conseil comprennent le rôle du président en tant que porte-parole du Conseil.						
7. Le président du Conseil représente le Conseil et le Réseau de santé Vitalité dans la communauté, 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.						
Commentaires : Le président du Conseil investit du temps dans l'établissement de relations avec : - o Le président-directeur général; - o Le médecin-chef; - o Le président du Comité professionnel consultatif; - o Les membres du Conseil; - o Les présidents de comité; - o L'équipe de leadership. Une évaluation sera effectuée sur un site de sondage électronique. Les résultats seront communiqués au président du Conseil d'administration seulement. Les résultats resteront anonymes.						

Questionnaire d'évaluation du président de comité

(nom du membre 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 du président 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 vision, de la mission, 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 / 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.						
Commentaires :						
Une évaluation sera effectuée sur un site de sondage électronique. Les résultats seront communiqués au membre touché seulement et au président du Conseil d'administration. Les résultats resteront anonymes.						

- Le président du comité investit du temps dans l'établissement de relations avec :
 - o Le président du Conseil d'administration;
 - o Le président-directeur général;
 - o Les membres du comité;
 - o Le vice-président de liaison pour le comité.

Questionnaire d'évaluation par les pairs

(nom du membre 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 du membre du Conseil pour chacun des énoncés suivants?		Évaluation					
		6	5	4	3	2	1
1.	Il assiste aux réunions et il est bien préparé pour évaluer la valeur et/ou ajouter de la valeur aux points de l'ordre du jour.						
2.	Il détient des connaissances, des compétences et de l'expérience qui font de lui une ressource précieuse et qui lui permettent de s'acquitter de ses responsabilités.						
3.	Il donne des renseignements et des points de vue extérieurs qui sont utiles aux délibérations.						
4.	Il participe aux réunions et il est engagé.						
5.	Il fait preuve de compréhension et de sensibilité en ce qui concerne les responsabilités fiduciaires, éthiques et juridiques.						
6.	Il démontre constamment son intégrité et il adhère à des normes d'éthique élevées.						
7.	Il se conforme à la politique sur les conflits d'intérêts.						
8.	Il respecte la confidentialité.						
9.	Il pense indépendamment. – Il peut exprimer des idées contraires à celles du groupe.						
10.	Il écoute efficacement les idées et les points de vue des autres membres et il encourage leurs contributions.						
11.	Il fait preuve d'un jugement sain et équilibré au profit de toutes les parties prenantes.						
12.	Il contribue de façon éclairée et constructive aux discussions, et il est prêt à prendre position ou à exprimer un point de vue. Il fournit une vision et une orientation stratégiques.						
13.	Il démontre de solides aptitudes en relations interpersonnelles.						
14.	Il représente le Conseil d'administration de manière appropriée lors d'interactions avec les membres du public.						
15.	Il appuie les décisions du Conseil d'administration.						
16.	Il reste axé sur les politiques plutôt que sur les opérations.						
17.	Il apporte, dans l'ensemble, une contribution précieuse au fonctionnement du Conseil.						
Commentaires :							
Une évaluation sera effectuée sur un site de sondage électronique. Les résultats seront communiqués au membre touché seulement et au président du Conseil d'administration. Les résultats resteront anonymes.							

Formulaire d'évaluation

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

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 : • 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 !

Formulaire d'évaluation

Assemblée générale annuelle du Conseil d'administration

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 :	Évaluation					
	6	5	4	3	2	1
Membre du public ☐ Membre du Conseil d'administration ☐ Représentant(e) élu(e) ☐ Fonctionnaire ☐ Employé(e) du Réseau de santé Vitalité ☐ ou Autre ☐						
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 ☐			Non ☐		

Veuillez utiliser cet espace pour ajouter des commentaires :

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

Règle générale, il n'est pas considéré comme une bonne pratique que les membres de la haute direction, l'équipe de leadership en l'instance, évaluent directement les membres du conseil d'administration. Le rôle des membres du conseil d'administration est de superviser la haute direction, et non l'inverse. Toutefois, le processus d'évaluation des performances du conseil d'administration reste important et cette responsabilité incombe généralement à un comité de gouvernance ou de nomination ou, dans certains cas, à une tierce partie.

Voici quelques points clés à prendre en compte :

1. **Évaluation du conseil par les pairs** : Souvent, les conseils d'administration s'évaluent eux-mêmes par le biais d'évaluations par les pairs. Il peut s'agir de commentaires sur la contribution de chaque membre, sur le fonctionnement du conseil dans son ensemble et sur les compétences du conseil relativement aux besoins de l'organisation.
2. **Évaluation indépendante** : Dans certains cas, un consultant ou un cabinet indépendant peut être engagé pour évaluer l'efficacité du conseil d'administration. Cela permet d'éviter les conflits d'intérêts potentiels et de garantir une évaluation objective.
3. **Retour d'information de la part de la haute direction** : Bien qu'il n'appartienne généralement pas à la haute direction d'évaluer les membres du conseil d'administration, les dirigeants peuvent fournir au conseil d'administration des informations précieuses sur la manière dont ce dernier soutient l'orientation stratégique de l'organisation, les processus de prise de décision et la gouvernance globale.

En résumé, même si l'évaluation directe par la haute direction n'est pas la norme, il existe des moyens pour le conseil d'administration d'évaluer ses propres performances, ce qui peut contribuer à une meilleure gouvernance dans l'ensemble.

Voici une liste d'éléments qui appuient la position de ne pas avoir d'employés de la haute direction qui évaluent les membres du conseil d'administration.

1. Conflits d'intérêts

La responsabilité première de la haute direction est de gérer et de diriger l'organisation, tandis que le conseil d'administration a le rôle distinct de superviser cette gestion. L'évaluation des membres du conseil d'administration par la haute direction pourrait créer un conflit d'intérêts. Les membres du conseil d'administration sont censés superviser et guider les dirigeants, et leur rôle consiste notamment à leur demander des comptes. Si la direction est chargée d'évaluer le conseil d'administration, cela pourrait créer une situation dans laquelle les dirigeants hésiteraient à fournir un retour d'information honnête ou critique, en particulier si les performances ou les décisions d'un membre du conseil d'administration ont été défavorables à la haute direction. Ce déséquilibre pourrait nuire à l'objectivité du processus.

2. Dynamique du pouvoir

La direction générale est responsable devant le conseil d'administration et ce dernier est censé la remettre en question et la guider, si nécessaire. Si la direction générale a le pouvoir d'évaluer

le conseil d'administration, elle risque de fausser la dynamique entre les deux groupes. Le conseil d'administration peut se sentir contraint d'éviter les questions difficiles ou de s'aligner trop étroitement sur les souhaits de la direction, ce qui risque de diluer son indépendance et son efficacité. Cela crée une relation hiérarchique dans laquelle la haute direction pourrait influencer indûment l'efficacité du conseil, ce qui va à l'encontre de l'objectif d'un conseil en tant qu'organe indépendant qui gouverne l'organisation. Un conseil d'administration efficace doit être en mesure d'examiner les décisions de la haute direction sans craindre de représailles ou de répercussions de la part de la direction. À long terme, il pourrait en résulter un conseil plus passif, ce qui entraverait sa capacité à agir dans le meilleur intérêt de l'organisation. Si la haute direction est chargée d'évaluer les membres du conseil d'administration, elle risque d'éroder la confiance et la transparence nécessaires à une gouvernance efficace.

3. Responsabilité et indépendance

Les membres du conseil d'administration doivent être indépendants dans leur prise de décision afin de remplir leurs obligations fiduciaires envers l'organisation et ses parties prenantes. Une gouvernance indépendante est vitale pour l'intégrité et la santé d'une organisation. Si la haute direction est autorisée à évaluer les membres du conseil d'administration, l'autonomie de ce dernier risque d'être compromise. Un conseil d'administration préoccupé par la manière dont il est perçu par la direction risque d'être moins enclin à agir de manière indépendante lorsqu'il s'agit de prendre des décisions cruciales, telles que l'opposition aux propositions de la direction ou la mise en œuvre de pratiques de gouvernance rigoureuses.

4. Manque d'objectivité

Un processus d'évaluation doit être objectif et impartial pour fournir des informations exploitables. La haute direction peut avoir des préjugés personnels ou professionnels lorsqu'elle évalue les membres du conseil d'administration. Par exemple, un PDG peut être plus enclin à minimiser les critiques d'un membre du conseil qui s'est exprimé sur la stratégie ou les performances de la direction. Par ailleurs, la haute direction peut faire preuve de favoritisme à l'égard des membres du conseil d'administration qui s'alignent plus étroitement sur leur vision ou leur style de direction. Ce manque d'impartialité nuit à la crédibilité et à l'utilité du processus d'évaluation. Cela risque également de créer un environnement dans lequel les membres du conseil d'administration ont l'impression que leurs actions sont examinées à la loupe, ce qui compromet leur indépendance.

5. L'évaluation externe est plus efficace

La plupart des meilleures pratiques de gouvernance d'entreprise prévoient des évaluations externes ou indépendantes des performances du conseil d'administration, généralement menées par un comité de gouvernance ou un consultant externe. Ces évaluations sont beaucoup plus susceptibles de fournir une évaluation objective, complète et impartiale des performances du conseil d'administration. Le fait de confier l'évaluation à un tiers neutre permet de s'assurer que tous les membres du conseil sont évalués de manière équitable et peut fournir un retour d'information constructif sur la manière dont le conseil peut s'améliorer. Cette approche externe garantit non seulement l'impartialité, mais démontre également aux parties prenantes, telles que les autorités de réglementation, que l'organisation s'engage à mettre en œuvre des pratiques de gouvernance solides et indépendantes.

6. Risques juridiques ou de réputation potentiels

Dans certaines circonstances, si l'équipe de leadership devait évaluer les membres du conseil d'administration et que ces évaluations n'étaient pas traitées de manière appropriée, cela pourrait entraîner des risques juridiques ou de réputation. Par exemple, si un membre du conseil d'administration estime que l'évaluation était biaisée, discriminatoire ou qu'il s'agissait de représailles, il pourrait intenteur une action en justice en affirmant que l'évaluation faisait partie d'une influence inappropriée ou d'une violation de ses droits. Il pourrait en résulter une couverture médiatique négative, une atteinte à la réputation du Réseau et des frais de justice potentiellement coûteux.

Conclusion:

L'indépendance et l'efficacité du conseil d'administration sont au cœur d'une bonne gouvernance. L'évaluation des membres du conseil par l'équipe de leadership crée des conflits d'intérêts potentiels, des déséquilibres de pouvoir et compromet l'intégrité du processus d'évaluation. Un conseil d'administration est censé remettre en question la direction lorsque cela est nécessaire, et le fait que la direction évalue les membres du conseil d'administration risque de diminuer cette fonction essentielle. Par conséquent, la meilleure pratique consiste généralement à confier les évaluations du conseil d'administration soit à un comité de gouvernance indépendant, soit à un consultant externe capable de fournir une évaluation impartiale et objective. Ce processus permet de s'assurer que le conseil d'administration et les dirigeants restent responsables et travaillent ensemble pour servir au mieux les intérêts de l'organisation.

Recommandation:

La recommandation est de maintenir le statu quo et de continuer le processus d'évaluation comme prévu par la politique CA-410 afin de mitiger les risques.

Note exécutive

Point 12.3 a)

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

Date : 24 mars 2025

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 janvier 2024.

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

- Les hyperliens ont été mis à jour;
- Les dates ont été mises à jour;
- Les organigrammes ont été mis à jour.

Données probantes ou information probante à l'appui

Le manuel d'orientation révisée est présenté en pièce jointe.

Solution ou action proposée

L'action proposée est d'adopter le manuel d'orientation révisée.

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.

Note exécutive

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) :

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

Et 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 10 février 2025 par Pierre Michaud, Vice-président – services corporatifs, et Marc-André LeBlanc, Conseiller principal - gestion des risques organisationnels.

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

Révision : 2025-02-10

Table des matières

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

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

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

<https://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 clientèle 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.

Reconnaitances

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.

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

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

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

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

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

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

Agrément Canada

En 2022, le Réseau a ~~obtenu une note quasi parfaite et~~ le renouvellement de son statut d'organisme agréé, confirmant ainsi que les soins et les services qu'il offre à la population répondent aux normes nationales de qualité et de sécurité de la patientèle. Le Réseau a obtenu un taux de conformité global de 95,4 %. Il s'agit d'une hausse de 4,5 % par rapport à la dernière évaluation effectuée en 2017.

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

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

Le Réseau se trouve actuellement dans une phase particulièrement active du cycle d'agrément, en préparation pour la visite qui aura lieu au premier trimestre de l'année 2026-2027. 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 2023-2024](#)

Rapports trimestriels

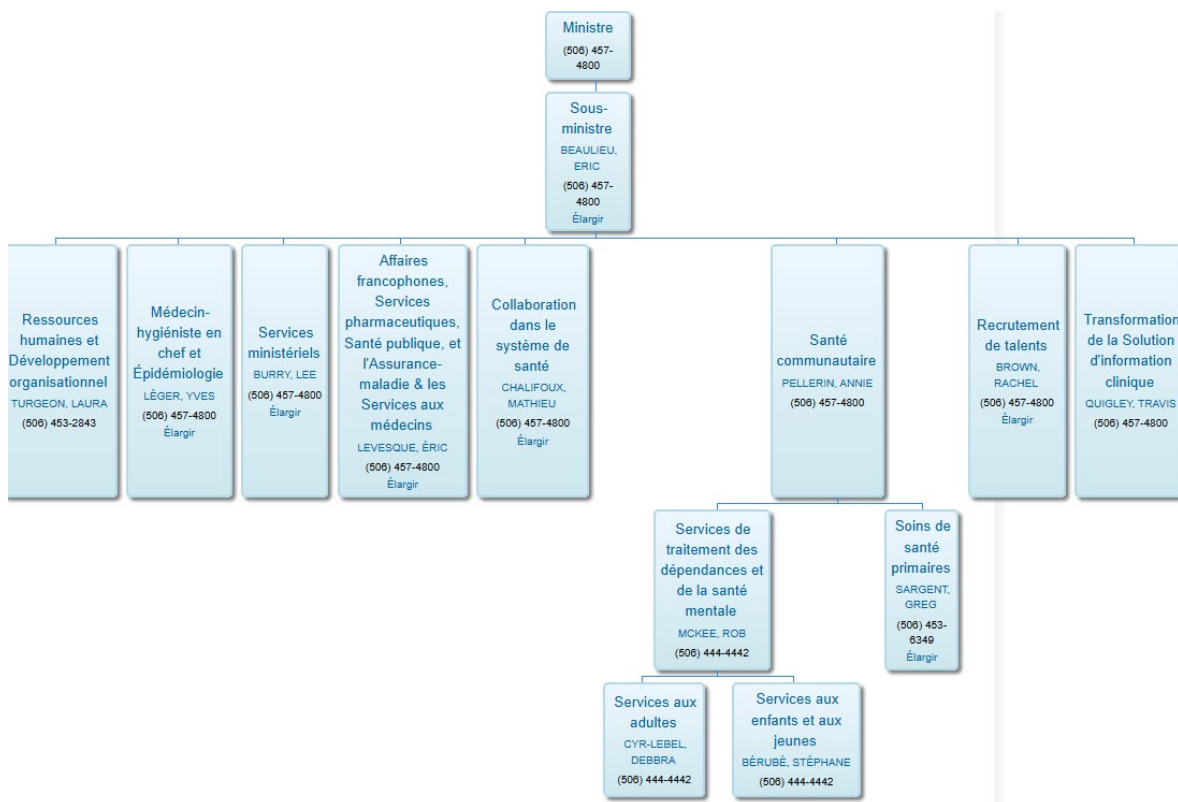
Depuis mars 2023, le Réseau produit un rapport trimestriel à la communauté qui a pour but de partager quelques initiatives et progrès réalisés au cours du trimestre. Il rapporte aussi des résultats qui figurent au Bulletin de performance de l'organisation qui est publié sur le site Web du Réseau.

[Rapports trimestriels à la communauté](#)

[Bulletin de performance](#)

3. Lien entre le Réseau et le ministère de la Santé

Ministère de la Santé – Organigramme



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

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

Conseil de collaboration du système de santé

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

Cadre de responsabilités

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

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

Financement des soins de santé

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

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

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

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

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

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

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

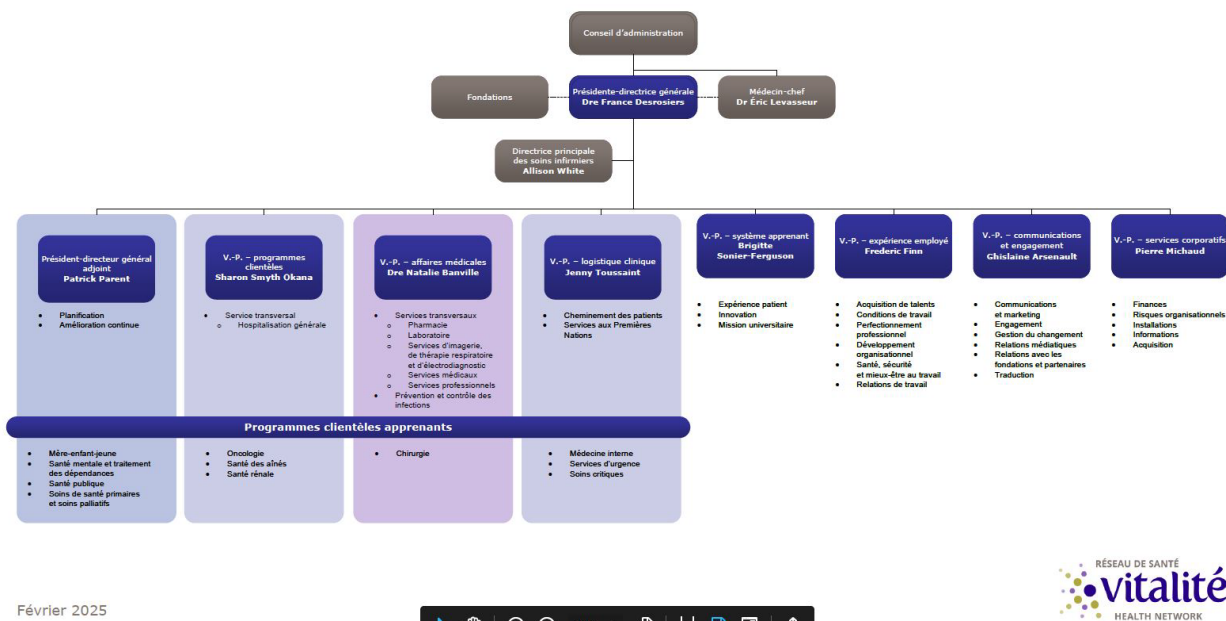
Plan provincial de la santé

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

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

4. Structure organisationnelle du Réseau

Structure organisationnelle du Réseau



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](https://www.vitalitenb.ca/fr/le-reseau/conseil-dadministration/membres-du-conseil-dadministration).

<https://www.vitalitenb.ca/fr/le-reseau/conseil-dadministration/membres-du-conseil-dadministration>

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. Le Chef de la gestion de risques participe aussi à toutes les réunions du conseil d'administration, des comités concernés et à l'équipe de leadership.

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

Équipe de leadership

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

Comités du conseil d'administration

Comité exécutif ([CA-310](#))

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

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

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

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

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

6. Partenaires du Réseau

Le Réseau est l'un des 5 partenaires du système de santé du Nouveau-Brunswick. À cet égard, le Réseau s'engage à travailler en étroite collaboration avec le ministère de la Santé, le Réseau de santé Horizon, Service Nouveau-Brunswick (SNB), le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick et Extra-mural/Ambulance Nouveau-Brunswick Inc. (EM/ANB) pour assurer à la population un système de santé qui répond à la vision et aux objectifs du gouvernement du Nouveau-Brunswick en matière de santé.

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

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

Entente tripartite avec la SSMEFNB et le MACS-NB

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

Entente avec le CISSS de la Gaspésie

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

Service Nouveau-Brunswick

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

FacilicorpNB a été intégrée le 1^{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 2023-2026 tient compte du mandat législatif du Réseau, qui confère à celui-ci la double responsabilité d'assurer la prestation et l'administration des services de santé sur ses territoires désignés, et ce, dans la langue officielle du choix de la patientèle. Ce plan comprend notamment les priorités, les objectifs stratégiques et opérationnels, une liste d'initiatives et un plan financier détaillé. Le conseil d'administration peut suivre la mise en œuvre du plan par l'entremise du bulletin de performance organisationnelle.

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

Gestion de la qualité et de la sécurité de la patientèle

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

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

- L'intégration des consultants en performance organisationnelle - Qualité au sein des équipes de direction sur le terrain pour faciliter les discussions et l'utilisation de l'information en matière de qualité dans la prise de décisions et la priorisation;
- Des analyses triangulées mettant en relation plusieurs données expliquant les bons coups et les écarts en matière de qualité (ex. : les incidents, les plaintes, la conformité aux normes d'agrément, la satisfaction de la clientèle);
- La responsabilisation et l'engagement du leadership, de la direction et des gestionnaires cliniques et non cliniques quant aux suivis à effectuer en matière de qualité;
- L'arrimage entre la qualité systémique (celle qui s'intéresse aux processus en place) et la qualité de l'acte professionnel (de l'acte médical, de l'acte infirmier et tous les autres actes professionnels) pour assurer une vision et des priorités communes ou complémentaires;
- La création et le maintien d'une culture juste qui assure un environnement psychologique sécuritaire permettant d'aborder en toute confiance les éléments nécessitant une amélioration, le tout selon une approche d'organisation apprenante.

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

Le Réseau offre une vaste gamme de soins et de services de santé primaires, secondaires et tertiaires à une population de près de 284 139 personnes. La *Loi sur les régies régionales de la santé* confère au Réseau la responsabilité d'offrir et d'administrer les services de santé sur son territoire dans la langue officielle du choix de la patientèle.

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

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

La qualité des soins et des services offerts repose sur une équipe dévouée de 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. ~~Le secteur des soins de santé primaires est également responsable du programme provincial portant sur la COVID-19 de longue durée. Ce programme est en cours d'élaboration; il vise à assurer un suivi auprès des personnes qui continuent de démontrer des symptômes après avoir contracté la COVID-19.~~

Services de laboratoire

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

Services d'imagerie

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

9. Encadrement législatif

Loi selon laquelle le Réseau est établi

Le Réseau est établi en vertu de la loi suivante :

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

Lois pertinentes au Réseau

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

- [Code criminel, LRC 1985, c C-46](#)
- [Loi hospitalière, LN-B 1992, c H-6.1](#)
- [Loi reconnaissant l'égalité des deux communautés linguistiques officielles au Nouveau-Brunswick, LRN-B 2011, C 198](#)
- [Loi sur l'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.

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

Gouvernance générale

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

Orientation – Lignes directrices

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

Comités du conseil d'administration

- CA-300 : Comités du Conseil d'administration
- CA-310 : Comité exécutif
- CA-320 : Comité de gouvernance et de mise en candidature
- CA-330 : Comité des finances et de vérification
- CA-350 : Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients
- CA-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. ~~Si un membre du public désire poser une question aux membres du conseil d'administration, il doit soumettre sa question par courriel à l'adresse info@vitalitenb.ca 10 jours ouvrables avant la date de la réunion. Cela a pour but d'assurer le bon déroulement des échanges, d'offrir à toutes les intervenantes et à tous les intervenants un temps de parole équitable et de permettre au conseil d'administration de fournir des réponses complètes et en temps opportun.~~

Horaire des réunions du conseil d'administration

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

Réunions du conseil d'administration

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

tranchées à la majorité des voix exprimées par les membres présents ayant droit de vote.

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

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

Ressources/lectures sur la gouvernance

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

Assurance

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

Note exécutive

Point 12.4 a)

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

Date : 24 mars 2025

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 21 janvier 2025. 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 de 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 publique et à huis clos 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.

Données probantes ou information probante à l'appui

Sans objet.

Solution ou action proposée

Les résultats sont présentés en annexe.

Risque lié à cette action ou à l'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 seront présentés au Conseil d'administration lors de sa prochaine réunion prévue le 29 avril 2025.

Note exécutive

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

Motion

Sans objet.

Soumis le 7 février 2025 par Pierre Michaud, Vice-président - services corporatifs, et Marc-André LeBlanc, conseiller principal – gestion des risques organisationnels.

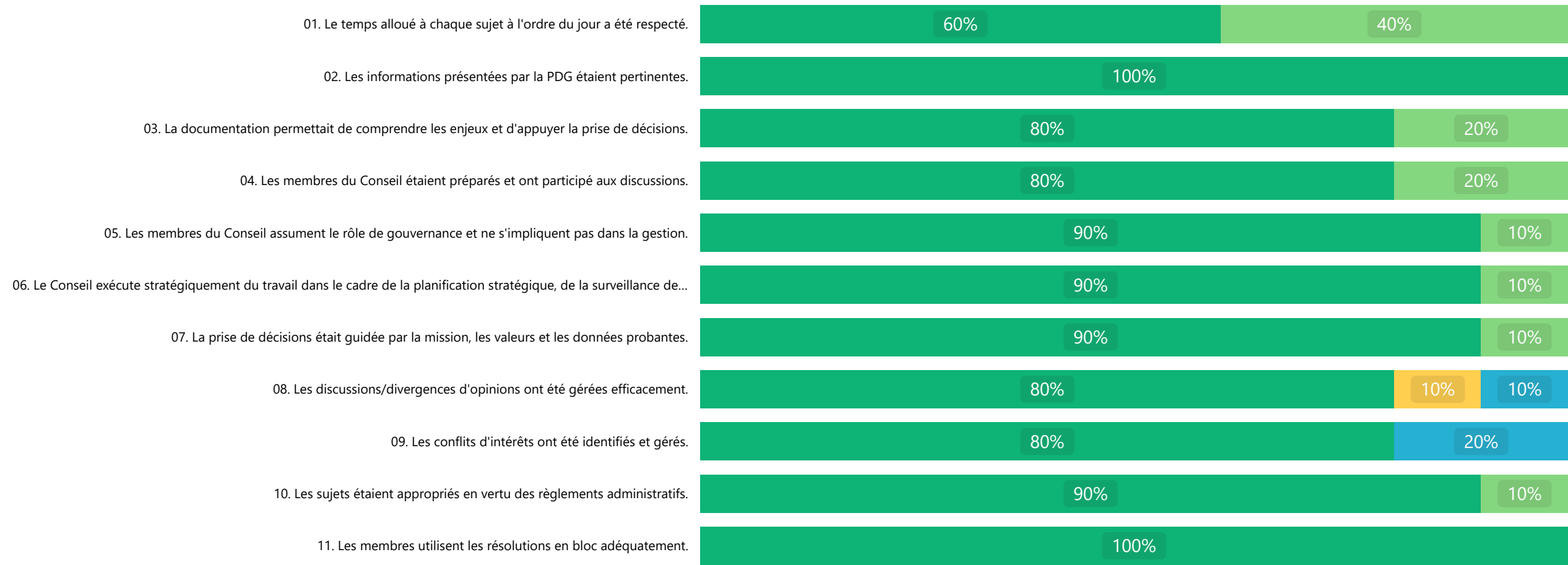
¹ Cette section ne s'applique qu'au Conseil d'administration et ses comités.



Résultats du sondage - Réunion publique - 2025-01-25

Questions à échelle d'évaluation

Pourcentage de participation : 100 % (9 membres)
Pourcentage de questions répondues : 100 %



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

Questions à réponse libre

Pourcentage de participation : 100 % (9 membres)

Pourcentage de questions répondues : 100 %

☐ 12. Veuillez utiliser cet espace pour ajouter des commentaires.

Excellent CA!

Presentation par les fondations étaient un peu trop longue comparativement aux autres sujets .

Salles mal ventilées...

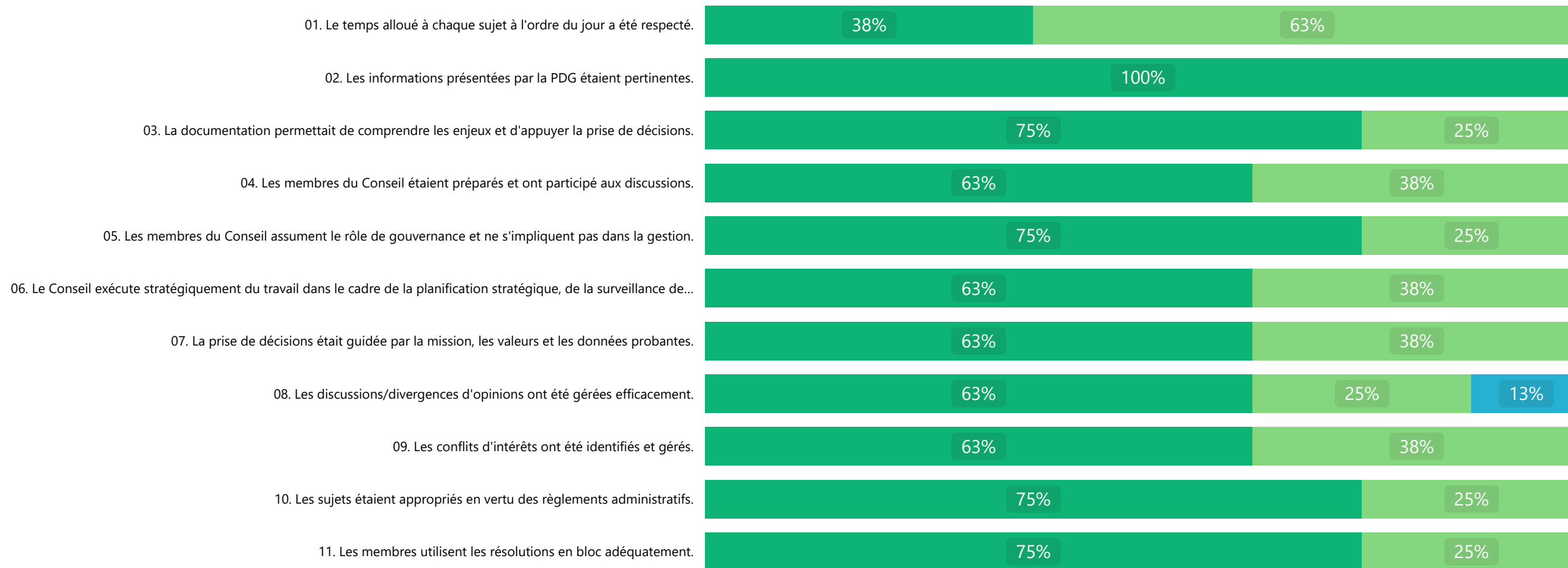
☐ 13. Veuillez fournir vos besoins, vos demandes et/ou vos suggestions en matière de formation ainsi que vos idées de discussions productives.

Résultats du sondage - Réunion à huis clos - 2025-01-25

Questions à échelle d'évaluation

Pourcentage de participation : 100 % (9 membres)

Pourcentage de questions répondues : 100 %



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

Questions à échelle d'évaluation

Pourcentage de participation : 100 % (9 membres)
Pourcentage de questions répondues : 100 %

☐ 12. Veuillez utiliser cet espace pour ajouter des commentaires.

Le déroulement de la réunion à huis clos est bien géré par le président. Les discussions sont intéressantes pour mieux comprendre les enjeux avant de prendre une décision éclairée.

Salles n'étaient pas très bien ventilées.

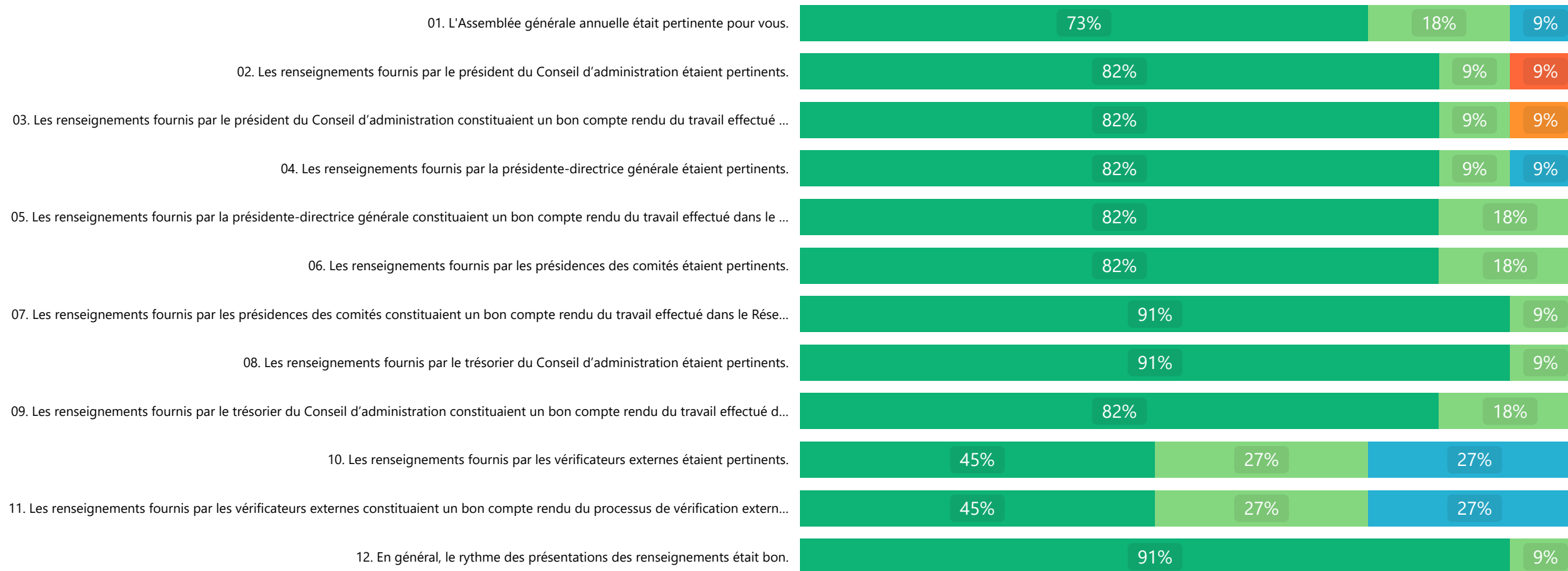
☐ 13. Veuillez fournir vos besoins, vos demandes et/ou vos suggestions en matière de formation ainsi que vos idées de discussions productives.

je pense qu'on doit consacrer plus de temps et de compréhension à l'expérience des employés.

Résultats du sondage - Réunion de l'AGA- 2024-06-25

Questions à échelle d'évaluation

Pourcentage de participation : 100 % (8 membres)
Pourcentage de questions répondues : 100 %



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

Note exécutive

Point 12.5

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

Date: 24 mars 2025

Objet : Suivi du plan de travail sur les normes de Gouvernance en prévision de la visite d'Agrément Canada

Résultat ou état futur recherché

Suivre les travaux de l'équipe de Leadership et du Conseil d'administration à l'égard du cahier de normes d'Agrément Canada sur la gouvernance.

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

Le Réseau de santé Vitalité est engagé dans une démarche de certification avec Agrément Canada. Le suivi vise à se préparer pour la prochaine visite qui aura lieu au premier trimestre de l'année 2026-2027.

Données probantes ou information probante à l'appui

Le cahier de normes Gouvernance d'Agrément Canada.

Solution ou action proposée

Les normes de Gouvernance concernent spécifiquement le Conseil d'administration.

La préparation à la visite comporte les grandes étapes suivantes :

Étape	Suivi
Autoévaluation	9 membres sur 10 ont répondu au sondage après un rallongement de la date d'échéance jusqu'au 31 janvier 2025.
Élaboration et suivi du plan d'action	Selon les répondants, le taux de conformité aux normes serait de 95 %. Un ou deux membres (11 % ou 22 %) ont répondu ne pas savoir si l'instance de gouvernance veillait à la qualité et la sécurité par différents mécanismes (majorité des sous-critères de 3.4). Des séances de formation/information seront requises. Les deux nouvelles normes sur la lutte contre le racisme systémique en général et la lutte contre le racisme systémique à l'endroit des Autochtones devront faire l'objet de plans d'action détaillés, car plusieurs éléments sont présentement non conformes. Cela se reflète également dans l'autoévaluation. Un plan d'action sera en élaboration au cours des prochaines semaines et finalisé pour juin 2025 avec les instances concernées.
Sondage sur la gouvernance	À prévoir à l'automne 2025. Un ajustement du plan d'action pourrait être requis par la suite.
Simulation de la visite	À prévoir peu avant la visite en 2026.

Note exécutive

Risque lié à cette action ou à l'inaction

La non-conformité à plusieurs critères d'Agrément Canada peut compromettre le statut d'organisme agréé 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

Poursuivre les activités prévues selon le calendrier établi.

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
Nil	

Motion

Sans objet

Soumis le 19 février 2025 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.

Note exécutive

Point 12.6 a)

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

Date : 24 mars 2025

Objet : Demandes de formation des membres du Conseil d'administration

Résultat ou état futur recherché

Présenter pour information les demandes de formation des membres du Conseil d'administration, le cas échéant.

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

En vertu de la politique du Conseil CA-320 : Comité de gouvernance et de mise en candidature, le Comité est responsable de voir à la formation des membres du Conseil. De ce fait, le point des demandes du registre de formation sera présenté comme point permanent d'information à chaque réunion du Comité afin de permettre au Comité de prendre connaissance des demandes de formation depuis la dernière réunion et d'établir un plan de formation, au besoin.

Cette révision permet au Comité d'être à l'affût des demandes de formation des membres et des besoins de ceux-ci en la matière.

Données probantes ou information probante à l'appui

Le Comité a adopté, à sa réunion du 15 janvier 2024, un format de registre de demande de formation pour permettre aux membres du Conseil d'administration (Conseil) d'indiquer des idées de formation pour le Conseil lorsque celles-ci se présentaient.

Un courriel a été envoyé aux membres du Conseil le 17 janvier 2024 et a été mis en ligne sur Teams la même journée.

Depuis la dernière réunion du Comité, aucune demande de formation n'a été inscrite au registre.

Solution ou action proposée

Sans objet

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 registre sera révisé à chaque réunion du comité.

Note exécutive

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) :

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

Motion

Sans objet.

Soumis le 10 février 2025 par Pierre Michaud, Vice-président – services corporatifs, et Marc-André LeBlanc, Conseiller principal - gestion des risques organisationnels.

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

Registre des demandes de formation des membres du Conseil d'administration Comité mixte de la qualité et de la gouvernance

[illegible]

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

Date : 24 mars 2025

Objet : Cautionnement

Résultat ou état futur recherché

À titre d'information en lien avec la gouvernance sur la gestion financière du Réseau de santé Vitalité (Réseau).

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

Le Réseau détient une assurance par le biais du Régime d'assurance responsabilité des services de santé pour ce qui est de la protection d'assurance de responsabilité civile lorsque des personnes posent ou font défaut de poser un acte dans l'exercice de leur profession. Les membres du Conseil d'administration bénéficient aussi de cette protection. Toutefois, cette assurance ne couvre pas les détournements et le vol.

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, B.20.0 Cautionnement. 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.

Données probantes ou information probante à l'appui

À la suite d'une recherche du marché, le type d'assurance qui permettrait de répondre aux exigences de cet article est la Police d'assurance contre la criminalité commerciale.

La police d'assurance contre la criminalité commerciale a pour objectif de protéger le Réseau de fraudes commises contre le Réseau, telles que le vol et la malhonnêteté et la falsification des données dans le système informatique et/ou des documents légaux et/ou bancaires. Cette police comprend aussi le piratage. Cette police, dépendant d'une analyse des systèmes de contrôle en place, pourrait être estimée à une prime de 40 000 \$ à 70 000 \$ annuellement pour une assurance de 10 000 000 \$ pour une organisation de 4000 à 10 000 employés.

Une demande de recherche a été effectuée pour déterminer quels sont les employés qui devraient souscrire à cette police d'assurance. Les employés identifiés sont :

- Membres du Conseil d'administration ;
- Membres de l'Équipe de Leadership ;
- Employés du secteur des finances ;
- Gestionnaire régional de l'approvisionnement stratégique et gestion de contrat ;
- Conseiller principal – gestion des risques organisationnels ;
- Chef des risques ;
- Chef de la protection de la vie privée ;
- Chef des technologies et de l'innovation en santé ;
- Directeur des opérations technologiques, des télécommunications et de la cybersécurité.

Note exécutive

Solution ou action proposée

Obtenir une soumission formelle de deux courtiers d'assurances afin de formuler une recommandation de couverture.

Risque lié à cette action ou à l'inaction

Gérer les risques de gestion financière afin de réduire le potentiel de fraudes et/ou de poursuite.

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
3.5.5	L'instance de gouvernance examine régulièrement le système de contrôle financier de l'organisme pour veiller à son intégrité.
3.5.8	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme dispose de systèmes de gestion de l'information efficaces, y compris de systèmes de sécurité de l'information.
3.5.9	L'instance de gouvernance veille à ce que l'organisme gère le flux d'information et l'accès à l'information de façon à maximiser la qualité des soins offerts à l'utilisateur.

Motion

Sans objet

Soumis le 19 février 2025 par Pierre Michaud, Vice-président - Services corporatifs.

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

Note exécutive

Point 13.2 a)

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

Date : 24 mars 2025

Objet : Renouvellement annuel des mandats des membres du Comité d'éthique de la recherche pour l'année 2025-2026

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 1^{er} avril 2025 au 31 mars 2026. Les membres dont le mandat vient à échéance le 31 mars 2025 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 Conseil d'administration 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 2025 au 31 mars 2026, et ce à effet immédiat, afin que le CÉR 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 (CÉR) pourrait compromettre la continuité du travail effectué par le CÉR.

Note exécutive

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 1^{er} avril 2025 au 31 mars 2026. Les membres dont le mandat vient à échéance le 31 mars 2025 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

Et 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 1^{er} avril 2025 au 31 mars 2026.

Soumis le 14 février 2025 par Catherine Rouanes, chef de la gestion des risques par intérim, 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 14 février 2025

**Objet : Renouvellement de mandats pour la période du 1^{er} avril 2025 au 31 mars 2026 -
Comité d'éthique de la recherche**

La composition du Comité d'éthique de la recherche pour l'année 2025-2026 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 2025 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	2025-2026
Mark Sinclair *	Membre expert dans les méthodes et les domaines de recherche/Vice-président	2025-2026
Dr Éric Levasseur	Membre clinique - Médecin	2025-2026
Dre Lucie Morais *	Membre clinique - Médecin	2025-2026
Marie-Pierre Morin	Membre clinique - Infirmière	2025-2026
Jacinthe Beauchamp *	Membre expert en recherche qualitative	2025-2026
Michael Kemp *	Membre expert en recherche quantitative	2025-2026
Gabrielle Bouchard *	Membre clinique – Services professionnels	2025-2026
Marie-Andrée Mallet *	Membre versé en droit	2025-2026
Marie-Noëlle Paulin *	Membre clinique - Infirmière	2025-2026
Linda Thériault Godin *	Membre de la collectivité	2025-2026
Mireille Murphy *	Coordonnatrice régionale du Bureau de l'éthique	2025-2026
Marie-Noëlle Ryan (substitut) *	Membre expert en éthique	2025-2026
Marc Deveau (substitut) *	Membre versé en droit	2025-2026
Dr Aissa Iggui (substitut)	Membre clinique - Médecin	2025-2026
Denise St-Onge (substitut)	Membre de la collectivité	2025-2026

Note soumise le 14 février 2025 par Catherine Rouanes, chef de la gestion des risques par intérim.