

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL 

<b>Titre de la réunion :</b>	Conseil d'administration	<b>Date et heure :</b>	Le 6 décembre 2016 à 13 heures			
<b>But de la réunion :</b>	Réunion publique	<b>Endroit :</b>	Four Points by Sheraton (Edmundston) Salle : République A			
<b>Présidente :</b>	Michelyne Paulin					
<b>Secrétaire :</b>	Sonia Haché-Lanteigne					
<b>Participants</b>						
<b>Membres</b>						
Lucille Auffrey		Wesley Knight			Michelyne Paulin (Présidente)	
Pauline Bourque		Brenda Martin			Denis M. Pelletier	
Rita Godbout (Trésorière)		Norma McGraw			Sonia A. Roy	
Gabriel Godin		Gaitan Michaud			Claire Savoie	
Émeril Haché		Jean-Marie Nadeau			Anne C. Soucie (Vice-présidente)	
<b>Membres d'office</b>						
Gilles Lanteigne		Dre Nicole LeBlanc			Linda Sunderland	
<b>Équipe de leadership</b>						
Gisèle Beaulieu		Jacques Duclos			Johanne Roy	
Dre France Desrosiers		Stéphane Legacy			Pierre Verret	
<b>AVIS DE RÉUNION</b>			Pour	Documents		
				NC	NI	AD
<b>1. Ouverture de la séance</b>						
<b>2. Constatation de la régularité de la réunion</b>						
<b>3. Adoption de l'avis de réunion</b>			D			✓
<b>4. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels</b>						
<b>5. Adoption du procès-verbal de la réunion du 4 octobre 2016</b>			D			✓
<b>6. Questions découlant du procès-verbal et suivis</b>			I	✓		
<b>7. Rapport du président-directeur général</b>			I	✓		✓
<b>8. Rapports des comités</b>						
8.1 Comité exécutif			D	✓		
8.2 Comité de gouvernance et de mise en candidature (14 novembre 2016)			D	✓		✓
8.3 Comité des finances et de vérification (3 novembre 2016)			D	✓		✓
8.4 Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité (3 novembre 2016)			D	✓		✓
8.5 Comité stratégique de la recherche et de la formation (1 novembre 2016)			D	✓		✓
8.6 Comité de la planification stratégique (31 octobre 2016)			D	✓		✓
8.7 Comité médical consultatif (Rapport – 15 novembre 2016)			D	✓		✓
8.8 Comité professionnel consultatif (Rapport – 15 novembre 2016)			D	✓		✓

Légende :

Pour :

Documents :

D = Décision

I = Information

C = Consultation

NC = Note couverture NI = Note d'information AD = Autres documents

		NC	NI	AD
<b>9. Privilèges temporaires des médecins</b>	D	✓		✓
<b>10. Dossiers légaux</b>	I	✓		✓
<b>11. Correspondance</b>	I	✓		✓
<b>12. Documentation pour les membres</b>	I	✓		✓
12.1 How to find the ideal Chief Medical Officer				
12.2 Vision Statement Quality and Organizational Performance in U.S. Hospitals				
<b>13. Histoire d'une expérience d'un patient</b>				
13.1 Le professionnel de la santé devient patient - présentation	I	✓		✓
<b>14. Relations avec la communauté / Services offerts</b>				
14.1 SANE (Sexual Assault Nurse Examiner) - présentation	I	✓		✓
<b>15. Autres points</b>				
15.1 Projet d'infrastructure - présentation	I	✓		✓
<b>16. Levée de la séance</b>				
<b>17. Évaluation de la séance</b>	C	✓		✓
<b>18. Dialogue avec le public</b>		✓		✓

Légende :

Pour :

Documents :

D = Décision

I = Information

C = Consultation

NC = Note couverture

NI = Note d'information

AD = Autres documents

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 6 décembre 2016

Objet : **Suivis du procès-verbal du 4 octobre 2016**

Cette note est dans le but de vous informer qu'il n'y a eu aucun suivi du procès-verbal du 4 octobre 2016.

Soumis le 25 novembre 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 6 décembre 2016

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

Le rapport du président-directeur général ici-bas couvre la période du 26 septembre au 18 novembre 2016. Il vise à vous informer des principaux accomplissements envers l'atteinte de nos objectifs du Plan régional de santé et d'affaires 2016-2019 et des autres dossiers prioritaires pour le Réseau. Une courte présentation sur ce rapport sera faite à la réunion et les membres auront l'occasion de poser des questions.

Soumis le 25 novembre 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

# Rapport du PDG

## Rapport du président-directeur général au Conseil d'administration Réunion du 6 décembre 2016 Edmundston, Nouveau-Brunswick

Chers membres du Conseil d'administration,

Le rapport qui suit couvre la période du 26 septembre au 18 novembre 2016. Il vise à vous informer des principaux accomplissements envers l'atteinte de nos objectifs du Plan régional de santé et d'affaires 2016-2019 et des autres dossiers prioritaires pour le Réseau.

Depuis notre dernière rencontre, plusieurs dossiers prioritaires ont progressé de façon notable, dont l'exercice de planification stratégique 2017-2020 et les préparatifs en vue de la prochaine visite d'agrément prévue en juin 2017. De plus amples détails vous sont présentés dans les rapports du Comité de la planification stratégique et du Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité.

Je profite de l'occasion qui m'est offerte afin de vous présenter mes meilleurs vœux pour la période des Fêtes qui est toute proche. Je sais que le travail n'a pas manqué pour vous tous et vous toutes depuis votre entrée en fonction comme nouveau Conseil d'administration en juin dernier. Que l'année 2017 soit remplie de bonheur et de paix. Puisse cette période de réjouissances être une occasion pour vous de passer du temps de qualité avec vos proches, de refaire le plein d'énergie et de profiter de toutes les belles choses de la vie !

Je vous souhaite une bonne lecture!

## 1. Engagement du personnel et du corps médical

---

### 1.1 Prix de mérite 2017

Le Réseau a procédé au lancement de sa campagne des Prix de mérite 2017. Les employés sont invités à proposer la candidature d'un ou d'une collègue extraordinaire jusqu'au 20 janvier 2017 dans l'une des catégories suivantes : (1) Prix « Vitalité », (2) Prix « Excellence en gestion et en leadership », (3) Prix « Créativité et Innovation » et (4) Prix « Sécurité ». Les candidatures reçues seront analysées par un comité et les noms des lauréats seront annoncés au printemps 2017.

### 1.2 Plusieurs médecins se distinguent sur les scènes provinciale et nationale

Ces dernières semaines, plusieurs médecins ou anciens médecins du Réseau se sont distingués ou ont obtenu des nominations sur les scènes provinciale et nationale.

Le **Dr Jean Soucie** a reçu l'Ordre du mérite de la Société médicale du Nouveau-Brunswick (SMNB) afin de souligner son engagement exceptionnel envers sa profession de même que sa contribution remarquable. Maintenant à la retraite, le Dr Soucie a fait partie du personnel médical de l'Hôpital régional d'Edmundston pendant près de 40 ans. La SMNB a également attribué le prix Dr-Garfield-Moffatt au **Dr Jean-Pierre Arseneau** de Bathurst. Ce prix souligne l'engagement envers l'excellence en matière des soins aux patients, d'enseignement médical, de travail communautaire et de qualité de vie. Par ailleurs, sept de nos médecins ont été nommés membres à vie de la SMNB en guise de reconnaissance pour de longs états de services au sein de la collectivité. Il s'agit de :

- Dr Byron Barnhill, de Bathurst
- Dr Julien D'Astous, de Moncton
- Dre Anna-Viola Dugas, de Bathurst
- Dr Dennis Furlong, de Dalhousie
- Dr Michael Johnston, de Dalhousie
- Dr Pierre Martin, d'Edmundston
- Dr Bruno Selosse, de Caraquet

Le **Dr Samuel Daigle** a reçu le prix Reg L. Perkin du Collège des médecins de famille du Canada. Il fait donc partie des dix « meilleurs médecins de famille canadiens de 2016 ». Le Dr Daigle est membre du personnel médical de l'Hôpital régional Chaleur à Bathurst.

Le **Dr Alex Laevsky** a été nommé président élu de l'Association des psychiatres du Nouveau-Brunswick pour l'année 2017-2018. Le Dr Laevsky œuvre au Centre Hospitalier Restigouche et à l'Hôpital Régional de Campbellton.

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

---

### **2.1 Clinique médicale du Haut-Madawaska à Clair**

Le Réseau vient de renouveler son entente de location pour des locaux dans le nouveau Centre de services communautaires du Haut-Madawaska qui sera relié à l'édifice municipal de Clair. Le nouveau bail, d'une durée de 20 ans, permettra à la municipalité de Clair d'effectuer des travaux de construction devant mener à la création de ce nouveau centre. Les locaux permettront au Réseau d'élargir l'offre de soins de santé primaires à la population de la région.

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

---

### **3.1 Nomination d'une médecin-chef régionale**

Le Réseau a annoncé la nomination de Dre Nicole LeBlanc à titre de médecin-chef régionale en octobre dernier. La Dre LeBlanc est pédiatre au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont et œuvre depuis une vingtaine d'années dans le système de santé du Nouveau-Brunswick. Nous lui souhaitons bonne chance dans ses nouvelles fonctions.

### **3.2 Amélioration de nos résultats en matière d'appréciation du rendement**

Au cours des prochains mois, une campagne de sensibilisation va se déployer à tous les échelons de l'organisation afin de rappeler l'importance, pour les employés, d'obtenir un entretien annuel avec leur supérieur pour discuter de leur rendement, de leurs forces, de leur possibilité d'amélioration, de leurs aspirations et de leur développement professionnel. Des outils simplifiés ont été mis en place afin de faciliter le travail des gestionnaires et le Réseau s'est aussi doté d'un indicateur intitulé « taux de conformité aux appréciations du rendement » afin de suivre les progrès qui devraient normalement découler de la simplification / bonification des outils. La cible que s'est fixée le Réseau est de 65 p. cent pour l'année financière 2016-2017.

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

---

### **4.1 Rencontres et démarches de représentation**

Pendant la période visée par ce rapport, j'ai participé à près de 20 rencontres et discussions avec nos partenaires et plusieurs parties prenantes. Je souligne notamment des rencontres productives avec l'Université de Moncton concernant le Centre de médecine de précision du Nouveau-Brunswick ainsi qu'avec des conseils municipaux et plusieurs de nos fondations.

**NOTE :** La liste détaillée de mes rencontres et démarches de représentation est présentée en annexe 1 de ce rapport.

#### **4.2 Liens tissés entre les Premières nations et les réseaux de santé**

Le fruit d'un partenariat a été souligné le 7 novembre dernier alors que les représentants des Premières nations du Nouveau-Brunswick, des deux réseaux de santé de la province et de Santé Canada ont célébré la réalisation d'un projet intitulé « Tresser la culture des Premières nations avec les Réseaux de santé ». Ce projet visait à développer des liens avec les communautés des Premières nations et d'améliorer les compétences culturelles des employés des réseaux de santé dans la prestation des soins. Grâce à l'appui financier d'une valeur de 295 000 dollars de Santé Canada – Santé des Premières nations et des Inuits, de nombreux gestionnaires et employés ont pu suivre de la formation afin de les sensibiliser aux réalités culturelles des Premières nations. Dans la foulée de cette initiative, le Réseau s'engage à mettre sur pied des comités de liaison dans chacune de ses zones et à offrir la formation à 30 p. cent de son personnel durant les cinq prochaines années.

#### **4.3 Nouvelle initiative en santé sexuelle à l'École secondaire Nepisiguit de Bathurst**

Le bureau de la Santé publique de Bathurst a collaboré avec le Comité de santé sexuelle sécuritaire de l'École secondaire Nepisiguit afin de lancer une nouvelle initiative en matière de santé sexuelle qui a mené à l'installation de machines distributrices de condoms dans deux salles de bains des étudiants de cet établissement scolaire. L'installation de ces distributrices s'inscrit dans une démarche plus large de sensibilisation auprès des élèves de l'école quant à l'importance d'une santé sexuelle saine et sécuritaire et des dangers d'une relation sexuelle non protégée.

### **5. Gestion stratégique / Communication**

---

#### **5.1 Participation à la Semaine nationale de sensibilisation au cancer du col de l'utérus**

Le Réseau a participé à une campagne visant à encourager les femmes à subir un test Pap dans le cadre de la Semaine nationale de sensibilisation au cancer du col de l'utérus, du 17 au 21 octobre 2016. Le Réseau a encouragé les femmes à téléphoner elles-mêmes à l'un des sept points de services afin d'obtenir un rendez-vous pour faire la demande d'un test Pap.

#### **5.2 Succès en matière de recrutement médical**

Depuis le mois d'avril 2016, le Réseau a accueilli un peu plus de 30 nouveaux médecins au sein de son personnel médical. Afin de célébrer nos succès en matière de recrutement



médical et de souhaiter la bienvenue à tous les nouveaux médecins, des publicités ont paru dans trois grands journaux quotidiens de la province ces dernières semaines. Le Service des communications et de l'engagement communautaire compte répéter cette pratique à intervalles réguliers durant l'année.

**NOTE :** La liste des communiqués de presse publiés est présentée en annexe 2 de ce rapport.

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

Le Cadre de transparence et d'ouverture en matière de communication et de publication des résultats (« le cadre ») adopté par le Conseil d'administration en mars dernier prévoit que la direction du Réseau doit faire régulièrement un rapport au sujet de ses progrès relatifs à la mise en œuvre des initiatives qu'il contient. J'ai le plaisir d'informer le Conseil d'administration que 6 des 11 initiatives prévues à la feuille de route 2016-2017 du cadre ont été mises en œuvre. Il s'agit de : (1) Plan général de communication, (2) Politique sur les relations avec les médias, (3) Sommaire du Plan des services cliniques, (4) Résultats trimestriels des sondages de satisfaction des patients hospitalisés, (5) Documents de travail des réunions publiques du Conseil d'administration et (6) Relevés des frais de déplacement et de représentation du PDG. L'information est maintenant publiée sur le site Internet du Réseau et facilement accessible à tous.

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

---

### **6.1 Semaine nationale de la sécurité des patients soulignée en grand**

Le Réseau a participé activement à la Semaine nationale de la sécurité des patients qui s'est déroulée du 24 au 28 octobre 2016 sous le thème « Des questions sauvent des vies ». Soutenue par l'Institut canadien pour la sécurité des patients, cette initiative vise à sensibiliser les professionnels de la santé et le grand public aux enjeux liés à la sécurité des patients, et ce, tant dans nos milieux de soin qu'aux domiciles des membres de nos collectivités. En tout, près de 60 activités ont été organisées tout au long de la semaine, tant à l'intention du personnel que du public, dont des jeux, des quiz, un concours « Étoile de la qualité et sécurité » ainsi que des kiosques d'information dans les établissements hospitaliers afin de permettre à tous de recevoir de la documentation et des conseils sur la prestation sécuritaire des soins.

## 7. Relations avec le Conseil d'administration

---

### 7.1 Trois établissements hospitaliers célèbrent leur 25<sup>e</sup> anniversaire

Après l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent qui a célébré son 50<sup>e</sup> anniversaire en septembre, c'était au tour de trois autres établissements hospitaliers du Réseau de souligner leur 25<sup>e</sup> anniversaire, soit l'Hôpital régional d'Edmundston, l'Hôpital Régional de Campbellton et l'Hôpital de Tracadie-Sheila. Diverses activités ont été organisées à l'intention du personnel, des médecins et des bénévoles dans chacun des hôpitaux. On note l'organisation d'une exposition de photos, des coupes de gâteaux et le service de goûters dans les cafétérias.

## 8. Intégration des initiatives stratégiques et opérationnelles


---

### 8.1 Formation en ligne « Environnement sans fumée »

Le Réseau offre maintenant une formation en ligne « Environnement sans fumée » à l'ensemble de ses employés qui sont tenus de la compléter d'ici la fin de l'année. La formation a été réalisée par le secteur du Programme d'abandon du tabac en collaboration avec le Service de perfectionnement du personnel. Elle vise à expliquer la politique « Environnement sans fumée » ainsi qu'à donner des exemples de situation qui peuvent survenir et des moyens pour aborder une personne souffrant des symptômes de sevrage de la nicotine avec empathie et respect. Par ailleurs, le gouvernement provincial a récemment déposé en Chambre des modifications à la *Loi sur les endroits sans fumée* dans le but de limiter davantage l'exposition du public à la fumée secondaire. Les modifications législatives proposées comprennent l'ajout des terrains des régies régionales de la santé aux zones où il est interdit de fumer de même que des mesures pour protéger les citoyens contre la fumée secondaire de la marijuana aussi bien que contre celle de la cigarette. Les deux réseaux de santé de la province ont été proactifs dans la lutte au tabagisme en travaillant de concert avec les autorités gouvernementales et en proposant des modifications à la loi.

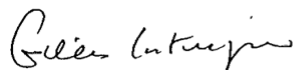
### 8.2 Entente avec les îles Saint-Pierre-et-Miquelon

Une entente formelle a récemment été conclue avec les autorités sanitaires françaises des îles Saint-Pierre-et-Miquelon dans le but d'encadrer la prise en charge d'urgences médicales par le Réseau pour les patients de Saint-Pierre-et-Miquelon ne pouvant être traités sur l'archipel. Avec la signature de ce document, le Réseau s'engage, dans la mesure de ses moyens humains et techniques, à accueillir les évacuations sanitaires réalisées lors de situations d'urgence en provenance de l'archipel.



Voilà qui fait le tour des principaux dossiers du Réseau pour la période du 26 septembre au 18 novembre 2016.

Le président-directeur général,



Gilles Lanteigne

## ANNEXE 1 – Liste des rencontres et représentations du PDG (26 septembre au 18 novembre 2016)

Sur une base régulière, des rencontres ont lieu avec les différentes instances gouvernementales, des groupes d'employés et de médecins, des partenaires communautaires et d'autres parties prenantes, tant à l'échelle régionale, provinciale que nationale.

1. Le 30 septembre 2016 : Annonce de l'initiative d'amélioration de la qualité pour la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) - Moncton
2. Le 3 octobre 2016 : Rencontre avec Raymond Théberge - Mécanisme de gouvernance (Université de Moncton et le Réseau de santé Vitalité) - Moncton
3. Le 7 octobre 2016 : Rencontre avec Tom Maston - Forum des cadres supérieurs du système de santé - Fredericton
4. Le 12 octobre 2016 : Rencontre de l'exécutif de la Fondation de l'Hôpital régional Chaleur - Bathurst
5. Le 13 octobre 2016 : Présentation à la Corporation de la couronne - Fredericton
6. Le 13 octobre 2016 : Réunion du Service NB - Comité de vérification et finances - Fredericton
7. Le 14 octobre 2016 : Rencontre concernant le projet du Centre Académique de Santé - Moncton
8. Du 17 au 21 octobre 2016 : Agrément Canada - Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux - Sherbrooke
9. Le 24 octobre 2016 : Conférence de presse (Fondation de l'Hôpital régional Chaleur) - Tracadie
10. Le 28 octobre 2016 : Rencontre du Dr Marrero - Moncton
11. Le 28 octobre 2016 : Rencontre des partenaires Dumont et Amis de l'Hôpital Dr-Georges-L.-Dumont - Moncton
12. Le 28 octobre 2016 : Conseil d'administration de l'Institut Atlantique sur la recherche sur le cancer (IARC) - Moncton
13. Le 1er novembre 2016 : Rencontre du Conseil municipal de Caraquet
14. Le 1er novembre 2016 : Célébration du 25<sup>e</sup> anniversaire de l'Hôpital de Tracadie-Sheila
15. Le 2 novembre 2016 : Participation au 8<sup>e</sup> Congrès de la fondation de recherche - Saint John
16. Le 7 novembre 2016 : Célébration des premières nations - Eel River Bar
17. Le 8 novembre 2016 : Comité sur le vieillissement - réunion avec le Conseil sur le vieillissement - Fredericton
18. Le 14 novembre 2016 : Rencontre avec Raymond Théberge - Centre de médecine de précision - Moncton
19. Le 16 et 17 novembre 2016 : Réunion du Conseil d'administration de Medbuy - Toronto

## ANNEXE 2 – Liste des communiqués de presse publiés (du 26 septembre 18 novembre 2016)

Tous les communiqués de presse sont diffusés aux médias de la province et publiés de manière simultanée sur le site Internet du Réseau.

Date de publication	Titre du communiqué
28 septembre 2016	Éclosion d'hépatite B dans la région de Moncton
4 octobre 2016	Réunion publique ordinaire du Conseil d'administration – faits saillants
13 octobre 2016	Les professionnels de la santé encouragent les femmes à subir un test Pap
18 octobre 2016	Exprimez-vous sur les priorités du Réseau de santé Vitalité
24 octobre 2016	Le Réseau de santé Vitalité souligne la Semaine nationale de la sécurité des patients
31 octobre 2016	Succès sur toute la ligne pour la première édition du « BRA Day » à Bathurst
7 novembre 2016	Célébration des liens tissés entre les Premières nations et les Réseaux de santé
10 novembre 2016	Reconfiguration des espaces de stationnement au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont
14 novembre 2016	Nouvelle initiative en santé sexuelle à l'École secondaire Nepisiguit de Bathurst

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 6 décembre 2016

Objet : **Comité exécutif**

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

Soumis le 25 novembre 2016 par Michelyne Paulin, présidente du Conseil d'administration.

## Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 6 décembre 2016

**Objet : Rapport du Comité de gouvernance et de mise en candidature**

Vous trouverez ci-joint le rapport et le procès-verbal du Comité de gouvernance et de mise en candidature de la rencontre du 14 novembre 2016. Ce rapport sera présenté par Lucille Auffrey, la Présidente du comité. De ce rapport, découlent deux propositions, la première, de recevoir le rapport et la deuxième, l'adoption des six motions contenues dans le rapport de la présidente. Pour votre information, deux autres documents ont été ajoutés au présent envoi; Politique de succession et Entente de responsabilisation (Ébauche 1.1).

## 1) Proposition de motion :

Proposé  
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité de gouvernance et de mise en candidature de la rencontre du 14 novembre 2016.

## 2) Proposition de motion :

Proposé  
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : (MOTION 2016-11-14 / 03GMC), (MOTION 2016-11-14 / 04GMC), (MOTION 2016-11-14 / 05GMC), (MOTION 2016-11-14 / 06GMC), (MOTION 2016-11-14 / 07GMC) et (MOTION 2016-11-14 / 08GMC) du Comité de gouvernance et de mise en candidature de la rencontre du 14 novembre 2016.

Soumis le 25 novembre 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

**Rapport de la présidente**  
**Comité de gouvernance et de mise en candidature**  
**Réunion du 14 novembre 2016**

(Pour la réunion publique)

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature a tenu une réunion régulière le 14 novembre 2016.

Les sujets suivants ont été discutés :

- **Rapport – Sous-comité des normes de gouvernance** : la majorité des activités sont complétées à 50 %. Un plan général de communication est en place et fait le lien avec le cadre de transparence. Un plan de développement des habiletés de gestion sera élaboré en s'inspirant des pratiques passées et en validant les tendances actuelles. D'autres activités sont en développement entre autres, le processus de planification stratégique, le plan de la qualité et le processus d'octroi de privilèges. Ces activités seront complétées d'ici la fin janvier 2017.
- **Entente de responsabilité** : une entente de responsabilité entre les deux régies régionales de la santé et le ministère de la Santé est en préparation depuis plusieurs mois. Comme défini dans l'article 7 de la Loi sur les régies régionales de la santé, celle-ci précisera les responsabilités de chaque partie prenante à l'égard des autres dans le système provincial de santé. Cette première entente devait couvrir une période de trois ans allant du 1<sup>er</sup> avril 2016 au 31 mars 2019. Elle sera évaluée annuellement et révisée, afin de refléter l'évolution des priorités stratégiques communes.

Pour faciliter l'exécution de l'entente de responsabilité, des comités de gouvernance avec des représentants des partenaires ont été créés : réunions entre le ministre et les régies, forum des cadres supérieurs du système de santé et la mise sur pied d'un Comité des cadres supérieurs cliniques et du ministère de la Santé.

D'après les rôles et responsabilités clés du ministre et des régies présentés à l'annexe 1, une réflexion s'impose quant au rôle et responsabilités du Conseil d'administration et de ses membres par rapport à cette entente. Cet élément sera clarifié lors de la prochaine réunion du Comité conjoint ministériel du système de santé prévue le 30 novembre 2016.

**MOTION 2016-11-14 / 03GMC**

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le Conseil d'administration endosse les démarches liées à l'adoption d'une entente de responsabilité provinciale entre les régies régionales de la santé et le ministre de la Santé.

**Adopté à l'unanimité.**

- **Processus d'évaluation du rendement et du développement du médecin-chef et du président du Comité professionnel consultatif (CPC)** : afin de mesurer la performance du médecin-chef et du président du CPC d'après les objectifs annuels approuvés par le Conseil, un processus d'évaluation du rendement et du développement a été élaboré.

**MOTION 2016-11-14 / 04GMC**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Gaitan Michaud



Et résolu que le processus d'évaluation du rendement et du développement du médecin-chef et du président du Comité professionnel consultatif soit approuvé tel que présenté.

**Adopté à l'unanimité.**

- **Succession du président-directeur général :** la politique et procédure CA-235 « Succession du président-directeur général » a été révisée. Cette politique a pour but d'assurer une relève du président-directeur général (PDG) en cas d'absence régulière ou imprévue et de planifier sa relève à long terme. D'autre part, cette révision permettra d'être conforme à la norme de gouvernance d'où le Conseil d'administration dispose d'un plan pour la relève du PDG.

**MOTION 2016-11-14 / 05GMC**

Proposé par Gaitan Michaud

Appuyé par Pauline Bourque

Et résolu que la politique et procédure CA-235 « Succession du président-directeur général » soit approuvée telle que présentée.

**Adopté à l'unanimité.**

**MOTION 2016-11-14 / 06GMC**

Proposé par Gaitan Michaud

Appuyé par Pauline Bourque

Et résolu que la recommandation du président-directeur général de nommer Gisèle Beaulieu et Stéphane Legacy comme apte à remplir le poste du PDG sur une base intérimaire pour 2016-2017 soit acceptée telle que présentée.

**Adopté à l'unanimité.**

- **Personne au siège social :** Le Réseau de santé Vitalité a comparu devant le Comité permanent des corporations de la Couronne le 13 octobre dernier, afin de rendre compte de l'exercice financier de l'année antérieure. Un membre du comité a cherché à connaître le nombre de personnes qui travaillent actuellement au siège social comparativement à 2008 lorsque la Régie a été créée.

À titre d'information, le nombre de postes au siège social (président-directeur général, vice-président, directeur, gestionnaire, administratif, etc.) au 30 septembre 2016 est de 20, comparativement à 40 en septembre 2010. Aucune exigence n'est requise quant au nombre de personnes devant travailler au siège social.

- **Recommandation du Comité médical consultatif régional :**

**MOTION 2016-11-14 / 07GMC**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Pauline Bourque

Et résolu que Dre Solange Lanteigne de la zone 6 soit nommée pour siéger au Comité de gerance des antimicrobiens.

**Adopté à l'unanimité.**

- **Gabarit de la note d'information :** le gabarit des notes d'information a été amélioré pour mieux refléter systématiquement les notions d'éthique, la qualité et la sécurité, la gestion des risques et les impacts sur les ressources. Le nouveau gabarit sera utilisé pour les réunions subséquentes du Conseil d'administration et des comités.

**MOTION 2016-11-14 / 08GMC**

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le nouveau gabarit des notes d'information soit utilisé tel que présenté pour les réunions subséquentes du Conseil d'administration et des comités.

**Adopté à l'unanimité.**

- **Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration et de la session de formation** : les résultats de l'évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration et de la session de formation sont partagés pour discussion et information. La majorité des commentaires reçus sont positifs.

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité de Gouvernance et de mise en candidature pour la réunion du 14 novembre 2016 et je propose l'acceptation de ce rapport tel que présenté.

Lucille Auffrey

Présidente du Comité de Gouvernance et de mise en candidature

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL  Point 8.2

<b>Titre de la réunion :</b>	Comité de gouvernance et de mise en candidature	<b>Date et heure :</b>	<b>Le 14 novembre 2016 à 09:00</b>
		<b>Endroit :</b>	<b>Vidéoconférence</b>
<b>But de la réunion :</b>	Réunion régulière	Moncton : salle à l'Auberge	(Michelyne, Lucille, Pauline, Gisèle)
		Edmundston : salle 2281	(Lucie)
<b>Présidente</b>	Lucille Auffrey	Grand-Sault : salle 0252	(Gaitan)
<b>Secrétaire</b>	Lucie Francoeur	Téléconférence :	(Sonia, Gilles)
<b>Participants</b>			
Lucille Auffrey	✓	Michelyne Paulin	✓
Gilles Lanteigne	✓	Sonia A. Roy	✓
Gisèle Beaulieu	✓	Pauline Bourque	✓
		Gaitan Michaud	✓
<b>PROCÈS-VERBAL</b>			

**1. Ouverture de la séance**

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

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

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

**3. Adoption de l'ordre du jour****MOTION 2016-11-14 / 01GMC**

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Gaitan Michaud

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

**Adopté à l'unanimité.**

**4. Adoption du procès-verbal du 14 septembre 2016**

Une correction est soulevée à l'item 4 de la première page. La dernière phrase du 4<sup>e</sup> paragraphe se lit comme suit : En juin dernier, il a été convenu de garder le statu quo du format du huis clos, puis un membre d'office sera invité au besoin à entrer dans la salle de réunion.

**MOTION 2016-11-14 / 02GMC**

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Gaitan Michaud

Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 14 septembre 2016 soit adopté avec la modification ci-dessus.

**Adopté à l'unanimité.**

**5. Suivis de la dernière réunion tenue le 14 septembre 2016**

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

**6. Affaires permanentes****6.1 Rapport – Sous-comité des normes de gouvernance**

Une révision des échéanciers et des actions à prendre a été effectuée pour chacune des activités d'amélioration. La majorité des activités sont complétées à 50 %. Un plan des ressources humaines sera présenté à l'Équipe de leadership en décembre. En parallèle, un

plan de développement des habiletés de gestion sera élaboré en s'inspirant des pratiques passées et en validant les tendances actuelles. Un plan général de communication est en place et fait le lien avec le cadre de transparence. D'autres activités sont en développement entre autres, le processus de planification stratégique en lien avec le tableau de bord, le plan qualité et le processus d'octroi de privilèges. Ces activités seront complétées d'ici la fin janvier 2017.

## 7. Affaires nouvelles

### 7.1 Entente de responsabilité

Une entente de responsabilité entre les deux régions régionales de la santé et le ministère de la Santé est en préparation depuis plusieurs mois. Comme défini dans l'article 7 de la Loi sur les régions régionales de la santé, celle-ci précisera les responsabilités de chaque partie prenante à l'égard des autres dans le système provincial de santé.

Cette première entente devait couvrir une période de trois ans allant du 1<sup>er</sup> avril 2016 au 31 mars 2019. Elle sera évaluée annuellement et révisée, afin de refléter l'évolution des priorités stratégiques communes.

Pour faciliter l'exécution de l'entente de responsabilité, des comités de gouvernance avec des représentants des partenaires ont été créés : réunions entre le ministre et les régions, forum des cadres supérieurs du système de santé et la mise sur pied d'un Comité des cadres supérieurs cliniques et du ministère de la Santé.

D'après les rôles et responsabilités clés du ministre et des régions présentés à l'annexe 1, une réflexion s'impose quant au rôle et responsabilités du Conseil d'administration et de ses membres par rapport à cette entente. Il est suggéré de clarifier cet élément lors de la prochaine réunion du Comité conjoint ministériel du système de santé prévue le 30 novembre 2016.

Les régions doivent déterminer les besoins de santé de la population qu'elles servent, déterminer les priorités dans la prestation des services de santé à cette population et attribuer les ressources nécessaires conformément au plan régional de santé et d'affaires (PRSA). D'autre part, le PRSA qui visait trois années financières soit de 2014 à 2017 n'a jamais reçu d'approbation formelle du ministère de la Santé, puis celui de 2016 à 2019 est également en attente d'approbation. Il est suggéré aussi de souligner cet élément lors de la réunion du 30 novembre prochain. Gisèle Beaulieu commente que le ministère est conscient que le plan provincial est à mettre à jour, puis qu'il y a une volonté de tout arrimer ensemble.

En ce qui concerne la démarche de réalisation de la planification stratégique, certains membres trouvent ce processus difficile à compléter, compte tenu que le plan régional n'a jamais été approuvé. Gisèle Beaulieu réitère que la démarche de planification stratégique est d'abord et avant tout une réflexion et une occasion de se positionner par rapport à notre mandat, afin de mieux rencontrer les besoins de la communauté.

Divers échanges et discussions sont partagés. Suite à une réunion du Comité stratégique de la recherche et des affaires académiques, une des responsabilités est de s'assurer que les efforts de la recherche répondent aux critères de viabilité financière, d'accessibilité, de qualité et de l'éthique de la recherche. Le Réseau n'a pas de budget spécifique pour la recherche, donc comment poursuivre les initiatives et les priorités en recherche et comment identifier les problématiques à cet égard ? Il est suggéré d'avoir cette discussion lors de la retraite du Conseil le 5 décembre prochain.

Le président-directeur général souligne qu'il y a beaucoup d'éléments qui sont en train d'être mis en place, puis le ministre portera une attention particulière à ces composantes, entre autres le plan stratégique qui comprendra les priorités de l'organisation pour les trois prochaines années.

Une mise à jour régulière de l'entente sera partagée aux membres lors des rencontres.

**MOTION 2016-11-14 / 03GMC**

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le Conseil d'administration endosse les démarches liées à l'adoption d'une entente de responsabilité provinciale entre les régies régionales de la santé et le ministre de la Santé.

**Adopté à l'unanimité.**

7.2 **Processus d'évaluation du rendement et du développement du médecin-chef et du président du Comité professionnel consultatif (CPC)**

Un processus formel d'évaluation du rendement et de développement est important, afin de mesurer la performance du médecin-chef et du président du CPC d'après les objectifs annuels approuvés par le Conseil. D'ailleurs, ceux-ci ont également demandé cette rétroaction formelle au Conseil dans le but de clarifier les attentes en ce qui concerne leurs fonctions et à les appuyer dans leur développement professionnel.

**MOTION 2016-11-14 / 04GMC**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Gaitan Michaud

Et résolu que le processus d'évaluation du rendement et du développement du médecin-chef et du président du Comité professionnel consultatif soit approuvé tel que présenté.

**Adopté à l'unanimité.**

Le Réseau a annoncé la nomination de Dre Nicole LeBlanc au poste de médecin-chef régional le 17 octobre dernier. Dre LeBlanc est déjà engagée activement dans la communauté et dans divers dossiers. Les membres suggèrent de l'impliquer davantage dans les réseaux sociaux en citant l'exemple de l'initiative d'engagement des patients et des familles, puisque l'engagement communautaire est une contribution indispensable au système de santé.

7.3 **Succession du président-directeur général**

La politique et procédure CA-235 « Succession du président-directeur général » a été révisée. Cette politique a pour but d'assurer une relève du président-directeur général (PDG) en cas d'absence régulière ou imprévue et de planifier sa relève à long terme.

Bien que le Conseil d'administration ne soit pas responsable de nommer le PDG, il doit tout de même s'assurer qu'un plan de relève à long terme soit mis en place, afin de pallier à toute éventualité et être prêt à faire une recommandation au ministre si elle est sollicitée. Pour ces raisons, le PDG recommande que Gisèle Beaulieu et Stéphane Legacy soient nommés pour remplir le poste du PDG sur une base intérimaire pour 2016-2017. Ceux-ci connaissent suffisamment les dossiers du Réseau et les processus du Conseil pour être en mesure d'assurer l'intérim pendant l'absence du PDG.

D'autre part, cette révision permettra d'être conforme à la norme de gouvernance d'où le Conseil d'administration dispose d'un plan pour la relève du PDG.

**MOTION 2016-11-14 / 05GMC**

Proposé par Gaitan Michaud

Appuyé par Pauline Bourque

Et résolu que la politique et procédure CA-235 « Succession du président-directeur général » soit approuvée telle que présentée.

**Adopté à l'unanimité.**

**MOTION 2016-11-14 / 06GMC**

Proposé par Gaitan Michaud

Appuyé par Pauline Bourque

Et résolu que la recommandation du président-directeur général de nommer Gisèle Beaulieu et Stéphane Legacy comme apte à remplir le poste du PDG sur une base intérimaire pour 2016-2017 soit acceptée telle que présentée.

**Adopté à l'unanimité.**

7.4 Personnel au siège social

Le Réseau de santé Vitalité a comparu devant le Comité permanent des corporations de la Couronne le 13 octobre dernier, afin de rendre compte de l'exercice financier de l'année antérieure. Un membre du comité a cherché à connaître le nombre de personnes qui travaillent actuellement au siège social comparativement à 2008 lorsque la Régie a été créée. L'inquiétude principale porte sur la perte d'emploi pour sa région et la crainte de fermer éventuellement le siège social.

Le nombre de postes au siège social (président-directeur général, vice-président, directeur, gestionnaire, administratif, etc.) au 30 septembre 2016 est de 20, comparativement à 40 en septembre 2010. Aucune exigence n'est requise quant au nombre de personnes devant travailler au siège social.

La réforme de 2008 avait comme objectif premier de créer un Réseau de santé et de régionaliser les programmes et services. Les différentes réorganisations ont amené une certaine décentralisation vers les zones, donc une réduction des ressources au siège social. Aussi la technologie d'aujourd'hui facilite les rencontres à distance et il devient moins essentiel que les dirigeants soient tous regroupés au siège social.

Dans cet ordre d'idées, le projet d'agrandissement et de rénovation majeure à l'Hôpital régional Chaleur permettra d'avoir des espaces additionnels, ce qui pourrait entraîner le déplacement des ressources du siège social dans ces nouveaux locaux une fois que le bail sera terminé.

7.5 Recommandation du Comité médical consultatif régional

Lors d'une réunion régulière du Comité médical consultatif régional, il a été recommandé de nommer Dre Solange Lanteigne de la zone 6 pour siéger au Comité de gérance des antimicrobiens.

**MOTION 2016-11-14 / 07GMC**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Pauline Bourque

Et résolu que Dre Solange Lanteigne de la zone 6 soit nommée pour siéger au Comité de gérance des antimicrobiens.

**Adopté à l'unanimité.**

7.6 Gabarit de la note d'information

Le gabarit des notes d'information a été amélioré pour mieux refléter systématiquement les notions d'éthique, la qualité et la sécurité des patients, la gestion des risques et les impacts sur les ressources. Le nouveau gabarit sera utilisé pour les réunions subséquentes du Conseil d'administration et des comités. Dans les éléments à considérer lors de la prise de décision, il est suggéré d'inscrire l'impact sur la clientèle en premier lieu puisqu'il est jugé plus important.

**MOTION 2016-11-14 / 08GMC**

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le nouveau gabarit des notes d'information soit utilisé tel que présenté pour les réunions subséquentes du Conseil d'administration et des comités.

**Adopté à l'unanimité.**

7.7 Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration et de la session de formation

Les résultats de l'évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration et de la session de formation sont partagés pour discussion et information. Un rappel sur l'importance de remplir les évaluations sera effectué lors de la prochaine réunion du Conseil, afin d'améliorer le fonctionnement des réunions. Il y a certains commentaires reçus qui sont difficiles à capter. Il faudra être un peu plus vigilant à cet égard.

La majorité des commentaires reçus sont positifs. Par ailleurs, un membre suggère d'ajouter une colonne au formulaire pour y inclure « sans objet », donc il sera dorénavant possible d'utiliser le non applicable selon le contexte. La modification sera apportée au formulaire d'évaluation avant la prochaine réunion du Conseil d'administration.

Il est suggéré de rendre accessibles certains documents relatifs aux réunions du Conseil d'administration aux membres du public, afin qu'ils puissent suivre les réunions. Les membres sont d'accord que l'accessibilité des documents est essentielle au succès d'une réunion conviviale. Le président-directeur général souligne qu'il y a déjà des démarches entreprises avec le secteur des communications à cet égard.

Chaque séance publique du Conseil d'administration est suivie d'une période de dialogue avec le public d'une durée de 30 minutes. Si le public désire poser une question aux membres du Conseil, il doit soumettre sa question par courriel au secteur des communications trois jours ouvrables avant la date de la réunion. Sonia Roy questionne la possibilité que les membres du public puissent poser une question sur les sujets du jour. La majorité des réunions publiques des différents Conseils d'administration utilise une même approche, soit d'obtenir les questions à l'avance. Ceci permet au Conseil d'administration d'offrir des réponses complètes et en temps opportun.

Dorénavant, l'ordre du jour des réunions sera acheminé par courriel au président concerné, afin qu'il puisse s'imprimer une copie papier.

**8. Date de la prochaine réunion : le 6 février 2017 à 09:00**

**9. Levée de la séance**

La levée de la séance est proposée par Pauline Bourque à 10:30.

---

Lucille Auffrey  
Présidente du comité

---

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

Ébrouche



Entente de responsabilité

Entre:

**SA MAJESTÉ LA REINE,**  
**du chef de la province du Nouveau-Brunswick**  
représentée par le ministre de la Santé  
(ci-après dénommé le ministre)

-et-

**Régie régionale de la santé A et Régie régionale de la santé B,**  
Personnes morales constituées en vertu des lois de la province du Nouveau-  
Brunswick  
(ci-après dénommées les régies régionales de la santé du Nouveau-Brunswick)

***Ébauche 1.1***

***25 November 2016***

## Table des matières

1. Définitions
2. Renseignements généraux et contexte
3. Objet de l'entente
4. Durée
5. Rôles et responsabilités
6. Gouvernance et reddition de comptes
  - 6.1 Collaboration
  - 6.2 Processus d'établissement d'objectifs
  - 6.3 Communication
  - 6.4 Gestion financière
  - 6.5 Qualité et sécurité
  - 6.6 Viabilité
  - 6.7 Gestion des risques
7. Rendement du système de santé
  - 7.1. Rapports
  - 7.2. Comités de gouvernance
  - 7.3. Amélioration du système

### Annexes:

- I. Rôles et responsabilités du ministre et des régies régionales de la santé
- II. Cycle de planification du système de santé
- III. Priorités stratégiques annuelles du système de santé et indicateurs

## 1. Définitions

**Rapport annuel:** Rapport présentant la performance et les réalisations d'une régie pendant une année financière en comparaison aux intentions présentées dans le plan régional de la santé et d'affaires. Le rapport annuel comprend aussi les états financiers vérifiés en conformité aux directives liées à la comptabilité financière prescrites par le ministre des Finances.

**Plan de gestion du risque intégré:** Plan permettant à une régie de gérer et de minimiser les effets des risques financiers, stratégiques, cliniques, opérationnels et tout autre risque sur l'organisation en déterminant la probabilité des risques et l'ampleur de leurs conséquences, et lui permettant de saisir les opportunités reliées à l'atteinte des objectifs de la régie en établissant une stratégie en réponse à ces risques et un processus de suivi et des progrès.

**Priorités stratégiques annuelles du système de santé:** Priorités du système de santé fixées conjointement entre les régies et le ministre pour une année financière et basées sur des données probantes et sur le rendement et les résultats antérieurs.

**États financiers mensuels:** Rapport de la condition financière d'une régie sous la forme de sommaire opérationnel (revenues et dépenses) et d'indicateurs clés de rendement. Les informations sont présentées de trois façons soit : les données à ce jour, les données réelles et les projections annuelles.

**Rapport trimestriel de progrès:** Rapport faisant état des progrès d'une régie pour un trimestre donné en fonction des indicateurs de rendement relatifs aux priorités stratégiques annuelles du système de santé, et faisant aussi état des détails concernant les progrès et les activités en cours à la régie relatifs aux priorités et initiatives pour un trimestre spécifique.

## 2. Renseignements généraux et contexte

La *Loi sur les régies régionales de la santé* prévoit l'établissement d'un cadre de responsabilité qui décrit les rôles du ministre de la Santé (le ministre), des autres ministres du gouvernement et des régies régionales de la santé (les régies) et précise les responsabilités de chacun à l'égard des autres dans le système provincial de santé.

Notre système de santé est conçu de telle manière qu'il exige une relation transparente fondée sur la confiance, c'est-à-dire une relation où les rôles, les attentes et les responsabilités sont clairement énoncés et compris, une relation qui encourage et appuie l'amélioration continue de la qualité. L'efficacité générale du système de santé dépend de la volonté et de la capacité du ministre et des régies à collaborer pour améliorer les résultats sur la santé.

Le cadre de responsabilité du système provincial de santé du Nouveau-Brunswick a été préparé en consultation avec les régies afin de répondre à ce besoin et d'assurer une orientation stratégique pour la gouvernance, la planification, le financement, la surveillance et la prestation des services de soins de santé.

### 3 Objet de l'entente

- La présente entente a pour but :
  - de définir les éléments essentiels de la relation entre la ministre et les régies. Il s'agit d'une entente de responsabilité aux fins de l'article 7 de la *Loi sur les régies régionales de la santé* (2008).
  - de fournir un cadre pour la planification, la surveillance, la mesure et l'évaluation du rendement du système de santé en ce qui a trait aux opérations et à la gestion financière des régies, à la livraison de services de santé, et à l'atteinte de résultats satisfaisants pour les patients et en matière de qualité.
- Cette entente traite principalement des:
  - mécanismes de collaboration auxquels le ministre et les régies feront appel pour remplir leur mandat et leurs objectifs aux termes de la *Loi*.
  - mécanismes auxquels le ministre et les régies feront appel pour s'acquitter efficacement de leurs responsabilités.
- L'entente aide le ministre et les régies à travailler ensemble pour améliorer les résultats et la sécurité pour les patients; assurer un accès plus rapide, intégré et uniforme aux services de santé; et offrir une gestion efficace des ressources en santé. L'amélioration de la prestation des services et l'innovation seront fondées sur les possibilités qu'offre un système plus intégré.

### 4 Durée

Cette première entente de responsabilité entre le ministre et les régies couvre une période de trois ans allant du 1<sup>er</sup> avril 2016 au 31 mars 2019. Elle sera évaluée annuellement et révisée afin de refléter l'évolution des priorités stratégiques communes.

### 5 Rôles et Responsabilités

- 5.1.1 Les rôles et les responsabilités du ministre et des régies sont précisés dans la *Loi sur les régies régionales de la santé*. (Voir Annexe I – Rôles et responsabilités du ministre et des régies régionales de la santé)
- 5.1.2 Le ministre et les régies respectent les rôles et les responsabilités de chacun en collaborant ensemble afin d'offrir des soins intégrés.

## 6 Gouvernance et reddition de comptes

La reddition de compte fait partie du cycle annuel et est essentielle à la prise des décisions qui détermineront le changement organisationnel, amélioreront la qualité et le rendement, et enrichiront les pratiques de gestion.

- Le ministre est responsable de rendre des comptes au Néo-Brunswickoises et Néo-Brunswickois pour le système de santé par le biais de l'Assemblée législative. Le ministère de la Santé appuie le ministre dans ce rôle.
- Les régies sont responsables de rendre des comptes au ministre pour la prestation et le fonctionnement des services de santé, de formation et de recherche.
- Le ministre, en collaboration avec les régies, établit les indicateurs de rendement et les cibles à inclure dans leurs plans régionaux de la santé et d'affaires.

Pour faciliter l'amélioration du rendement du système de santé et l'affermissement des relations entre le ministre et les régies, ceux-ci acceptent de respecter les paramètres décrits dans les sections suivantes:

### 6.1 Collaboration

- 6.1.1 Le ministre et les régies travailleront de façon ouverte et positive les uns avec les autres ainsi qu'avec les autres partenaires du système de santé dans le but d'offrir des soins de santé intégrés aux patients, aux usagers et au public.
- 6.1.2 Il peut survenir des problématiques qui exigent la planification, la résolution de problèmes, la prise de décisions et l'intervention concertées. Afin de régler ces problématiques de façon proactive et de maintenir la confiance du public à l'égard du système de santé tout en assurant la transparence nécessaire, les régies et le ministre établiront des processus pour orienter la planification, la gestion des problèmes et la communication externe des informations.

### 6.2 Processus d'établissement des objectifs

Le processus d'établissement des priorités et des objectifs stratégiques du système de santé du Nouveau-Brunswick est décrit dans la *Loi sur les régies régionales de la santé*. Le ministre et les régies ont chacun et chacune des responsabilités bien définies :

- 6.2.1 Le ministre établira un plan provincial de la santé. Ce plan tiendra compte des besoins de la population, offrira un accès équitable et renforcera la qualité et l'efficacité des soins. La planification et la prise de décision seront basées sur des données probantes et sur une perspective provinciale. Les activités de développement du plan provincial de la santé seront menées par le ministre en collaboration avec les régies.
- 6.2.2 Le ministre travaillera avec les régies pour déterminer conjointement les priorités stratégiques annuelles du système de santé (Annexe III) ainsi que les indicateurs et les cibles qui y seront associés. Ces indicateurs et cibles seront transférés au tableau de bord du système de santé et

seront rapportés selon le cycle établi de planification du système de santé (Annexe II).

- 6.2.3 Les régies développeront des plans régionaux de la santé et d'affaires triennaux mis à jour annuellement et qui seront soumis au ministre au plus tard 60 jours suivant la réception de la lettre du budget du ministère de la Santé.
- 6.2.4 L'article 32(1) de la *Loi sur les régies régionales de la santé* précise que le plan régional de la santé et d'affaires doit être conforme aux priorités et aux orientations stratégiques du plan provincial de la santé. Le plan régional de la santé et d'affaires doit aussi être conforme aux priorités stratégiques annuelles du système de santé acceptées de toutes les parties.
- 6.2.5 Les régies, en fonction de toute orientation stratégique, norme et ligne directrice établies par le ministre, détermineront aussi les priorités relatives aux services de santé offerts qui rencontrent toute norme établie par le ministre en ce qui concerne la qualité des services de santé, et administreront les ressources en conséquence à partir des fonds affectés par le ministre.
- 6.2.6 Le ministre révisera les plans régionaux de la santé et d'affaires et donnera ses commentaires ou son approbation écrite au plus tard 45 jours suivant la réception des plans.

### **6.3 Communication**

Le ministre et les régies partageront les détails de toute annonce formelle (documents, déclarations, etc.) et de toute autre activité relative aux activités de cette entente au moins deux semaines à l'avance, si possible, afin de permettre des discussions préalables sur tous les aspects de l'événement avec les responsables compétents de chaque organisation.

### **6.4 Gestion financière**

Les responsabilités financières des régies, y compris les rapports en cours d'exercice, la préparation de rapports et de vérification, sont décrites en détail dans la Partie 4 de la *Loi sur les régies régionales de la santé*.

- 6.4.1 Les régies ne peuvent pas planifier, engager ou faire des dépenses pouvant occasionner un déficit du fonds de fonctionnement ou du fonds d'immobilisation au cours d'un exercice financier.
- 6.4.2 Les vérificateurs des régies doivent signaler toute faiblesse de contrôle interne, insuffisance du système de gestion de l'information ou autre élément ayant besoin d'amélioration au conseil et au ministre.
- 6.4.3 Les régies doivent mettre en place un comité de vérification pour :
- examiner leurs états financiers en détail avec le vérificateur;
  - évaluer les systèmes de contrôle internes ainsi que toute lettre de recommandation et tout rapport de vérification;
  - examiner le déroulement et le caractère adéquat d'une vérification, et;

- enquêter sur toute question découlant d'une vérification qui, selon le comité, exige une enquête.

6.4.4 Les régies certifieront remplir leurs obligations en matière de gestion financière décrites ci-dessus par le biais d'une lettre au ministre ou par le biais des procès-verbaux des réunions des conseils.

## 6.5 Qualité et sécurité

Un système de santé performant offre des services de qualité qui sont :

- sécuritaires,
- axés sur la personne,
- respectueux de la diversité et de l'équité,
- accessibles,
- ininterrompus,
- efficaces,
- appropriés,
- efficaces,
- favorables à une culture saine en milieu de travail,
- alimentés par l'information.

6.5.1 Les régies doivent mettre en place un comité sur la qualité et la sécurité pour maintenir et évaluer un programme exhaustif de sécurité et d'amélioration de la qualité.

6.5.2 Les régies certifieront remplir leurs obligations en matière de qualité et de sécurité décrite ci-dessus par le biais d'une lettre au ministre ou par le biais des procès-verbaux des réunions publiques ou à huis clos des conseils.

## 6.6 Viabilité

6.6.1 Les régies chercheront continuellement des façons d'améliorer la prestation des services de santé, et leur leadership dans ce domaine est très valorisé. Si les régies ont l'autonomie nécessaire pour la poursuite de ces améliorations – conformément aux principes de respect mutuel, de communication ouverte et du «pas de surprise» – les régies doivent informer le ministre de tout changement non-planifié à la livraison ou à l'emplacement des services pour les raisons suivantes :

- un service ne pouvant être offert de façon économique;
- un service ou un programme est assuré par un régime public dans seulement une région de la province;
- le volume de service est faible, ce qui crée des risques en terme de qualité et de sécurité si l'on continue d'offrir le service;
- Un service devant être déplacé parce qu'il est déjà offert par un hôpital voisin ayant une capacité supplémentaire.
- une pénurie prolongée de ressources humaines fait en sorte qu'il est impossible d'offrir un service de façon constante et fiable.

6.6.2 Le ministre peut demander que les régies préparent un plan d'intervention pour répondre aux problématiques majeures et émergentes de prestation de services identifiés au point 6.6.1 avant que toute mesure soit mise en œuvre.

## 6.7 Gestion des risques

6.7.1 Le ministre et les régies travailleront ensemble pour déterminer et atténuer les risques qui ont ou qui pourraient avoir une incidence marquée sur la capacité des régies à offrir des services de santé, et sur la stabilité ou la viabilité du système de santé.

6.7.2 Les régies développeront un plan exhaustif de gestion du risque intégré.

6.7.3 Les régies certifieront remplir leurs obligations en matière de gestion des risques décrites ci-dessus par le biais d'une lettre au ministre ou par le biais des procès-verbaux des réunions publiques ou à huis clos des conseils.

## 7.0 Rendement du système de santé

### 7.1 Rapports

Les régies doivent chacune présenter au ministre:

7.1.1 Un **rapport annuel** immédiatement après la fin de chaque année financière au plus tard le 30 juin. Le rapport annuel présente le rendement et les réalisations de la régie pendant l'année financière précédente en comparaison aux intentions présentées dans le plan régional de la santé et d'affaires. Le rapport annuel comprend aussi les **états financiers vérifiés** en conformité aux directives liés à la comptabilité financière prescrites par le ministre des Finances.

7.1.2 Un **rapport écrit trimestriel des progrès au ministre** qui inclura:

- Les progrès concernant les indicateurs de rendement inclus dans le tableau de bord du système de santé et toute autre mesure prioritaire. (Voir Annexe I – Rôles et responsabilités du ministre et des régies régionales de la santé).
- Les détails concernant les activités en cours à la régie au sujet des priorités et initiatives stratégiques;
- Le rapport du dernier trimestre de l'année financière devrait présenter les problèmes notables rencontrés par les régies concernant leur rendement annuel par rapport aux priorités stratégiques annuelles du système de santé et qui n'étaient pas anticipés. Lorsque le rendement annuel ne correspond pas au rendement anticipé, le rapport devrait présenter pourquoi les résultats prévus n'ont pas été atteints et ce que les régies entendent faire afin d'atteindre les résultats prévus.



### 7.1.3 États financiers mensuels, tel qu'exigé par le ministre

7.1.4 **Procès-verbaux des réunions publiques et à huis clos du conseil.** Les régies continueront de soumettre les procès-verbaux des réunions publiques et à huis clos de leurs conseils selon l'article 24(3) de la *Loi sur les régies régionales de la santé*.

## 7.2 Comités de gouvernance

7.2.1 Afin de faciliter la collaboration et la responsabilité des parties dans l'exécution de cette entente, les groupes suivants seront formalisés : 1) réunions entre le ministre et les régies, 2) forum des cadres supérieurs du système de santé, 3) comité des cadres supérieurs cliniques et du ministère de la Santé.

7.2.2 Le tableau suivant offre une direction initiale en ce qui concerne la composition et les sujets permanents à l'ordre du jour pour chacun de ces groupes et qui s'aligne au cycle de planification du système de santé établi dans le cadre de cette entente.

**Tableau 1 : Composition des groupes, éléments permanents à l'ordre du jour et nombre de réunions**

	Réunions entre le ministre et les régies	Forum des cadres supérieurs du système de santé	Comité des cadres supérieurs cliniques et du ministère de la Santé
Membres	Ministre et/ou le sous-ministre, les présidences des conseils et/ou les PDG	Équipes des cadres supérieurs des régies et du ministère de la Santé avec la participation du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick	VP cliniques des régies et SMA de la Santé avec responsabilités cliniques
Ordre du jour permanent	Examen des sujets des régies, Examen des rapports trimestriels, gestion des problématiques	Tendances à long terme, Analyses en santé, établissement des priorités stratégiques	Examen des rapports trimestriels, projets stratégiques conjoints, analyses exhaustives, gestion des problématiques
Nombre de réunions	Au plus tard 30 jours suivant la réunion du conseil d'administration d'une régie	Au moins deux fois par année	Au plus tard 30 jours suivant les rapports trimestriels et avant le plan régional de la santé et d'affaire

## 7.3 Amélioration du système

Les régies sont responsables de la prestation d'un ensemble désigné et approuvé de services de santé dans la province et le ministre limitera les circonstances où il interviendra dans les activités des régies.

Cependant, si le rendement des régies ne correspond pas aux résultats prévus dans le plan provincial de la santé, aux priorités stratégiques annuelles du système de santé, aux indicateurs de rendement clés, aux cibles financières et aux objectifs du plan régional de la santé et d'affaires, le ministre peut donner des directives aux régies sur des points particuliers auxquels elles doivent remédier, et/ou demander aux régies de lui soumettre des plans d'amélioration pour assurer l'atteinte des cibles ou des résultats.

**Les parties ont signé la présente entente à la date qui figure vis-à-vis de leur signature ci-dessous.**

**SA MAJESTÉ LA REINE** du chef de la  
Province du Nouveau-Brunswick  
représentée par le ministre de la Santé

\_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_  
Tom Maston  
Sous-ministre

\_\_\_\_\_  
TÉMOIN

Régie régionale de la santé A

\_\_\_\_\_  
Gilles Lanteigne  
Président-directeur général  
Régie régionale de la santé A

\_\_\_\_\_  
TÉMOIN Date:

Régie régionale de la santé B

\_\_\_\_\_  
John McGarry  
Président-directeur général  
Régie régionale de la santé B

\_\_\_\_\_  
TÉMOIN Date:

## **ANNEXES**

Annexe I – Rôles et responsabilités du ministre et des régies régionales de la santé

Appendix II – Cycle de planification et de rencontre du système de santé

Appendix III – Priorités stratégiques annuelles du système de santé et indicateurs

## Annexe I

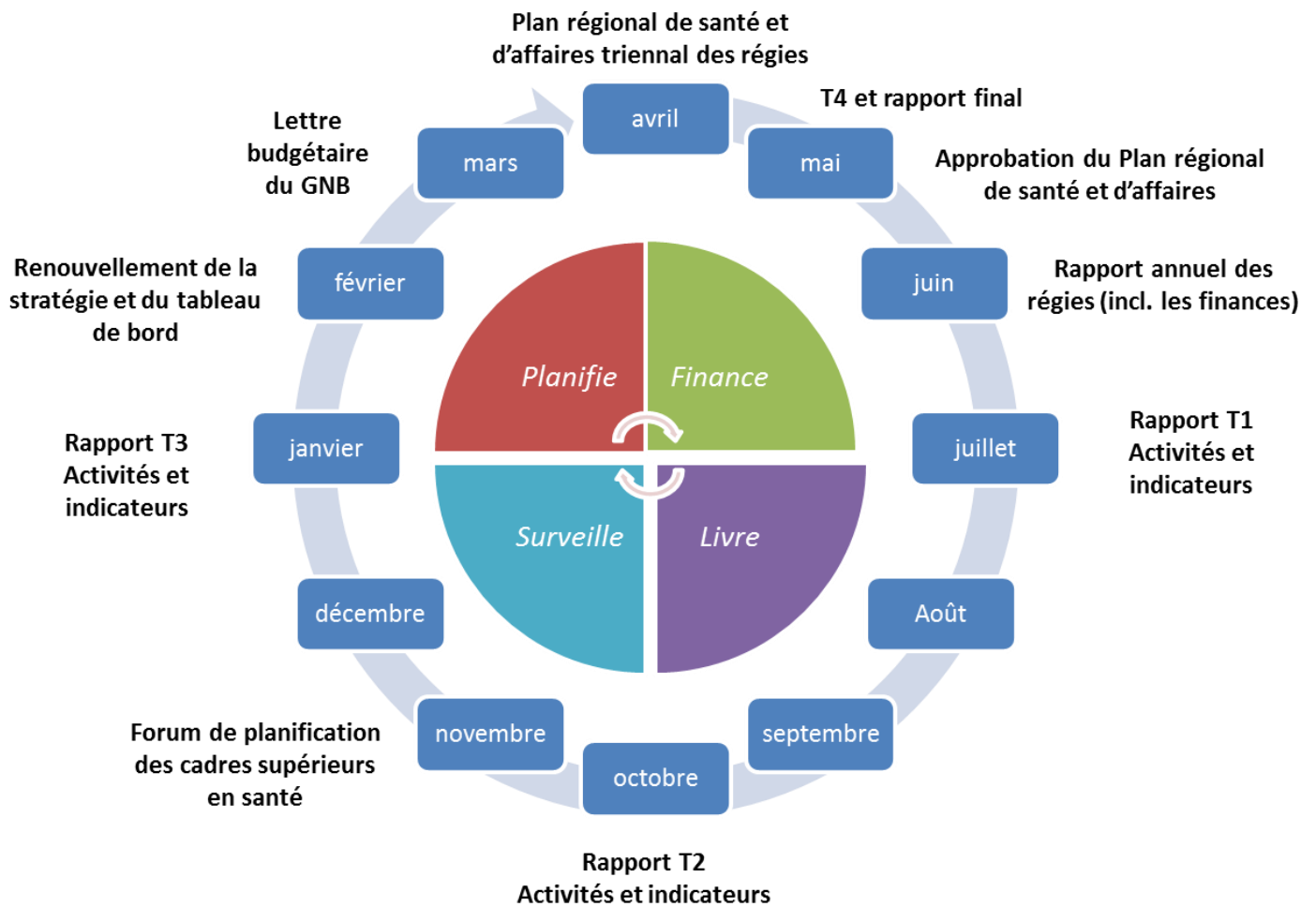
### Rôles et responsabilités du ministre et des régies régionales de la santé

Les rôles et les responsabilités clés du ministre et des régies sont présentés ci-dessous :

Rôle	
Ministre de la Santé	Régies régionales de la santé
<p>Le ministre apporte la direction, la coordination et le soutien visant à assurer que les organismes du système de santé fonctionnent dans le cadre d'un système provincial de la santé intégré. Le ministre est responsable de déterminer les services de santé à être livrés par les régies et d'administrer l'affectation des ressources en conséquence.</p> <p>Le Ministère :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mène la <b>planification</b> intégrée au niveau provincial,</li><li>• <b>surveille</b> la qualité de la prestation de services de soins de santé et les résultats pour la santé de la population,</li><li>• coordonne et consolide les activités de <b>financement</b>,</li><li>• soutient le fonctionnement des structures de gouvernance et l'administration des diverses lois et règlements en matière de santé sous la responsabilité du ministre dont la <i>Loi sur les régies régionales de la santé</i>,</li><li>• <b>offre</b> certains services de santé.</li></ul>	<p>Les régies sont responsables au ministre de la prestation et du fonctionnement des services de santé, de formation et de recherche.</p> <p>Les régies assurent la prestation et l'administration des services de santé de grande qualité, basés sur les résultats et les données probantes, et livrés de façon économique dans des régions géographiques désignées. À cette fin, elles déterminent les besoins de santé des citoyens par le biais de consultations et d'engagement du citoyen et offrent un éventail de services destinés à répondre à ces besoins, ces services étant compris dans un plan approuvé par le ministre et conforme au Plan provincial de la santé. (<i>Loi sur les régies régionales de la santé</i>, Partie 3, Section C)</p>

<b>Responsabilités clés</b>	
<b>Ministre de la Santé</b>	<b>Régie régionale de la santé</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Établi et peut modifier un plan provincial de la santé</li> <li>• Établi une entente de responsabilité.</li> <li>• Donne des directives dans le but de:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• mettre en œuvre le plan provincial de la santé</li> <li>• donner des priorités et des lignes directrices qu'une régie doit suivre dans l'exercice de ses pouvoirs et de responsabilités,</li> <li>• Coordonner le travail des régies les unes avec les autres, ainsi qu'avec les programmes, les politiques et les travaux du gouvernement et avec d'autres personnes à l'égard de la prestation des services de santé.</li> </ul> </li> <li>• Établi des paramètres et donne des directives à une régie relativement à la planification, à l'organisation, à la gestion et à la prestation des services de santé par la régie.</li> <li>• Fixe les cibles pour les indicateurs de rendement clés déterminés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Livre et administre des services de santé.</li> <li>• Peut offrir des services de santé seulement lorsqu'il existe des besoins de services de santé; lorsque les services sont compris dans un plan approuvé par le ministre; lorsque les services sont compatibles avec le plan provincial de la santé; lorsque les ressources nécessaires sont disponibles.</li> <li>• Prépare un plan régional de la santé et d'affaire triennal et le met à jour annuellement.</li> <li>• Soumet les rapports et les renseignements statistiques exigés par le ministre dans les délais fixés.</li> <li>• Offre des conseils au ministre sur des questions liées à la mise en œuvre du plan provincial de la santé et sur la prestation des services de santé.</li> <li>• Participe aux comités consultatifs et mixtes de planification.</li> </ul>

## Annexe II Cycle de planification et de rencontre du système de santé



## Calendrier des rapports et des réunions

	avril	mai	juin	juillet	août	sept	oct	nov	déc	jan	fév	mars
<b>Livrables clés</b>	Plan rég. de santé et d'affaires 3 ans	T4 et rapport final	Rapport annuel des régies	Rapport T1 (activités et indicateurs)	-	-	Rapport T2 (activités et indicateurs)	Forum des cadre sup. de la santé	-	Rapport T3 (activités et indicateurs)	Stratégie annuelle et indicateurs du système	Lettre budgétaire du GNB
Ministre et les régies		X		X		X		X		X		X
Forum de la santé							X				X	
Services de santé	X		X					X		X		

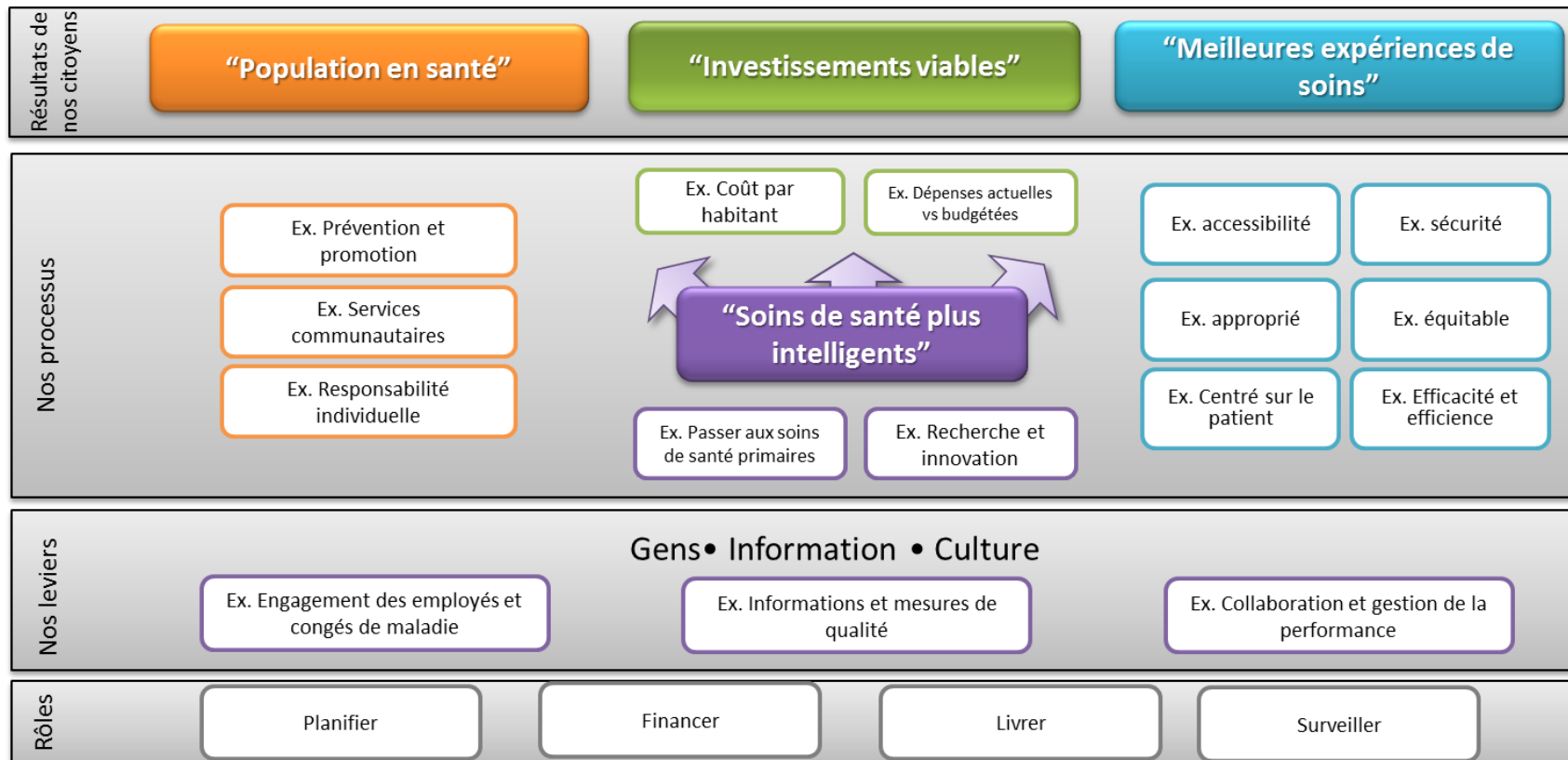
**Annexe III :  
Priorités stratégiques annuelles du système de santé**



## Schéma stratégique du système de santé 2016-2018

**VISION du GNB 2018:**  
Remettre le New Brunswick en marche

1. Plus d'emplois
2. Responsabilité fiscale
3. Meilleur endroit pour élever une famille



Valeurs communes : intégrité, équité, compassion, respect et excellence



### Tableau de bord du système de santé

Population en santé	Seuil	Cible	Cible agressive
Investissements viables	Seuil	Cible	Cible agressive
Meilleures expériences de soins	Seuil	Cible	Cible agressive
Soins de santé plus intelligents	Seuil	Cible	Cible agressive



## Manuel : Politiques du Conseil d'administration

<b>Titre :</b>	SUCCESSION DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL	<b>N° :</b> CA-235
<b>Section :</b>	Orientation - Lignes directrices	<b>Date d'entrée en vigueur :</b> 2016/
<b>Émise par :</b>	Conseil d'administration	<b>Date de révision précédente :</b> 2009/09/15 2014/04/29
<b>Approuvée par (Signature)</b>	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente	<b>Date de la signature :</b> 2016/
<b>Établissement / programme :</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Vitalité <b>Zone(s) :</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	

### POLITIQUE

#### Dispositions générales

Cette politique vise 1) à assurer une relève du président-directeur général (P.-D.G.) en cas d'absence régulière ou imprévue et 2) de planifier sa relève à long terme.

Afin d'assurer la continuité des services en l'absence prolongée et soudaine du P.-D.G., le Conseil d'administration doit veiller à ce qu'il y ait au moins deux autres membres de l'Équipe de leadership du Réseau de santé Vitalité qui connaissent suffisamment les dossiers du Réseau et les processus du Conseil pour être en mesure d'assurer l'intérim pendant l'absence du P.-D.G. Le P.-D.G. est responsable de recommander annuellement au Conseil d'administration les deux membres capables d'assumer ces responsabilités.

Bien que le Conseil d'administration n'est pas responsable du nommer le P.-D.G., il doit tout de même s'assurer qu'un plan de relève à long terme soit mis en place afin de palier à toute éventualité et être prêt à faire une recommandation au Ministre si elle est sollicitée. Le Conseil d'administration doit s'assurer que le P.-D.G. mette en place, à même ses objectifs de travail, un plan de relève qui identifie et supporte les personnes susceptibles d'occuper éventuellement le poste de P.-D.G.

<b>Remplace :</b>	<b>Zone 1 :</b> _____	<b>Zone 5 :</b> _____
	<b>Zone 4 :</b> _____	<b>Zone 6 :</b> _____

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 6 décembre 2016

Objet : **Rapport du Comité des finances et de vérification (CFV)**

Vous trouverez ci-joint le rapport du Comité des finances et de vérification de la rencontre du 3 novembre 2016. Ce rapport sera présenté par Rita Godbout, la Présidente du comité. De ce rapport, découlent deux propositions, la première, de recevoir le rapport et la deuxième, l'adoption des cinq motions contenues dans le rapport de la présidente.

1) Proposition de motion :

Proposé  
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité des finances et de vérification de la rencontre du 3 novembre 2016.

2) Proposition de motion :

Proposé  
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : (MOTION 2016-11-03 / 03FV), (MOTION 2016-11-03 / 04FV), (MOTION 2016-11-03 / 05FV), (MOTION 2016-11-03 / 06FV) et (MOTION 2016-11-03 / 07FV) du Comité des finances et de vérification de la rencontre du 3 novembre 2016.

Soumis le 25 novembre 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

**Rapport de la présidente  
Comité des finances et de vérification  
Réunion tenue le 3 novembre 2016**

(Pour la réunion publique)

Le Comité des finances et de vérification a tenu une réunion régulière le 3 novembre 2016. Les sujets suivants ont été discutés :

- **Suivis des recommandations du vérificateur externe 2015-2016** ; le secteur des finances travaille activement à la standardisation et la consolidation des divers processus, politiques et procédures et des contrôles internes, afin de respecter les échéanciers fixés. Il travaille aussi en étroite collaboration avec Service NB pour évaluer les options disponibles quant aux recommandations en lien avec la technologie de l'information, dont l'évaluation des droits d'accès de certaines applications informatiques et la possibilité de modifier certains menus informatiques. L'échéancier pour la mise en œuvre complète du plan d'action est le 31 mars 2017.
- **Tableau de bord stratégique et opérationnel (septembre 2016)** ; les données démontrent une bonne amélioration pour l'ensemble des indicateurs par rapport à la même période l'an dernier. Les efforts se poursuivent pour atteindre les cibles pour certains indicateurs.

En ce qui concerne les chirurgies en attente de plus de 12 mois, la cible à atteindre est située à 0. Le Réseau examine présentement des stratégies à mettre en place conjointement avec Horizon, afin de diminuer ces listes d'attente.

Le pourcentage d'heures de surtemps est à la hausse principalement au secteur des soins infirmiers et des cliniques externes, dû principalement à une augmentation de volume et des jours patient.

Une campagne pour faire augmenter le taux de conformité aux appréciations du rendement se déroulera du 1<sup>er</sup> novembre jusqu'à la fin mars 2017. La cible que s'est fixée le Réseau est de 65 % pour l'année financière 2016-2017. Dans l'immédiat, notre taux se situe à 34 %.

- **Demande de proposition pour vérificateurs externes** ; selon la loi sur les Régies régionales de la santé, la Régie doit nommer annuellement un vérificateur externe. La Régie prévoit lancer un appel d'offres en février pour les services d'une firme de vérificateur externe débutant le 1<sup>er</sup> avril 2017 et se terminant en juin 2022. L'appel d'offres spécifiera que la langue de travail de la Régie est le français, puis que les travaux doivent être effectués en français.

**MOTION 2016-11-03 / 03FV**

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que la Régie procède à un appel d'offres, afin d'obtenir les services d'une firme de vérificateur externe pour une période de 5 ans débutant le 1<sup>er</sup> avril 2017.

**Adopté à l'unanimité.**

- **Priorisation des budgets capitaux 2017-2018** : les priorités annuelles sont soumises au ministère de la Santé annuellement pour approbation et financement. Les équipements de 100,000 \$ et plus priorités pour l'année financière 2017-2018 totalisent 8,890,000 \$. En ce qui concerne l'accélérateur linéaire au CHUDGLD, une demande a été faite auprès du ministère de la Santé pour que cet

équipement soit traité dans un budget distinct. Un suivi est attendu du ministère. Advenant une réponse positive, ça favorisera la continuité, de la liste établie, pour l'achat des équipements majeurs priorités pour la prochaine année.

Une demande officielle a été faite auprès du ministère pour obtenir un appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM) fixe, puisque c'est le seul hôpital régional qui n'a pas d'appareil fixe.

Des prévisions budgétaires pour les projets de construction majeure déjà approuvés sont attendues du ministère. Ces projets sont :

- l'agrandissement du service chirurgical au CHUDGLD ;
- l'agrandissement de l'Hôpital régional Chaleur ;
- la construction du Centre provincial d'excellence pour jeunes au Centre hospitalier Restigouche (CHR) ;
- la construction du parc de stationnement du nouveau CHR pour les visiteurs et employés.

#### **MOTION 2016-11-03 / 04FV**

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que les budgets capitaux pour l'année financière 2017-2018 soient adoptés tels que présentés.

**Adopté à l'unanimité.**

- **Projet de la morgue et du laboratoire d'anatomie au CHUDGLD** : les plans préliminaires en 2014 prévoyaient des coûts de rénovation et d'équipements de 1,697,000 \$. Chacun des partenaires, soit le Réseau de santé Vitalité et le Centre de formation médicale du N.-B. (CFMNB), par l'entremise du ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail, s'engageait à contribuer chacun 850,000 \$.

Le Conseil d'administration du Réseau a approuvé le projet de rénovation en juin 2015. Toutefois, pour diverses raisons, le projet fut mis en attente pour deux ans. En conséquence, les coûts du projet s'élevèrent dorénavant à 2,072,200 \$ soit une augmentation de 375,000 \$ comparativement à l'évaluation des coûts en 2014. Cela représente une contribution additionnelle de 187,500 \$ de chaque partie.

Le CFMNB a confirmé une contribution de 121,513 \$ pour l'exercice financier 2016-2017 et la balance en 2017-2018.

Une demande sera soumise au ministère de la Santé pour l'obtention d'un financement additionnel de 187,500 \$ provenant des fonds non partageables.

#### **MOTION 2016-11-03 / 05FV**

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Michelyne Paulin

Et résolu qu'un financement additionnel de 187,500 \$ relié aux coûts de rénovation pour le projet d'amélioration du laboratoire d'anatomie et morgue au CHUDGLD soit adopté tel que présenté.

**Adopté à l'unanimité.**

- **Centre de médecine de précision du Nouveau-Brunswick** : la construction du Centre de médecine de précision du N.-B. commencera bientôt sur le terrain du CHUDGLD. Ce centre est un projet de l'Université de Moncton qui vise à augmenter la recherche dans le domaine médical en lien avec le domaine clinique. Une réorganisation des stationnements est en cours, afin de relocaliser les 113 stationnements qui seront perdus pendant la construction. Le projet doit être finalisé d'ici la fin mars 2018.

- **États financiers en date du 30 septembre 2016** : pour les six premiers mois d'opération, soit du 1<sup>er</sup> avril au 30 septembre 2016, le Réseau termine avec un surplus d'opérations de 3,741,116 \$ soit une augmentation dans les revenus de 1,658,543 \$ et un excédent dans les dépenses de 2,082,573 \$. Cependant, certaines modifications budgétaires de l'ordre de 14,8 M\$ sont considérées dans les états des résultats.

Les membres ont passé en revue les explications des variances budgétaires au niveau du financement, par catégories de dépenses et par programmes.

Le nombre d'ETP se rapproche des objectifs visés, les heures supplémentaires et de maladie sont à la baisse et en général les dépenses d'exploitation sont conformes au budget prévu.

En ce qui concerne les médicaments, les coûts sont moindres comparativement à l'année précédente, étant donné la réduction du nombre de visites et les ajustements liés aux médicaments génériques.

Si la tendance des années antérieures se maintient, un surplus d'environ 5,950,000\$ est estimé dans les opérations pour l'année 2016-2017. Nous étudions la mise en place de projets qui appuieront nos buts stratégiques et opérationnels et nous anticipons utiliser une grande partie des surplus projetés.

#### **MOTION 2016-11-03 / 06FV**

Proposé par Michelyne Paulin

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que les états financiers pour l'exercice se terminant le 30 septembre 2016 soient adoptés tels que présentés.

**Adopté à l'unanimité.**

#### **MOTION 2016-11-03 / 07FV**

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que les modifications budgétaires de l'ordre de 5,274,342 \$ soient adoptées telles que présentées pour tenir compte des changements financiers depuis le début de l'exercice financier.

**Adopté à l'unanimité.**

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité des finances et de vérification pour la réunion tenue le 3 novembre 2016 et je propose l'acceptation de ce rapport tel que présenté.

Rita Godbout

Présidente du Comité des finances et de vérification

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL  Point 8.3

<b>Titre de la réunion :</b>	Comité des finances et de vérification	<b>Date et heure :</b>	<b>Le 3 novembre 2016 à 10:00</b>	
		<b>Endroit :</b>	<b>Vidéoconférence</b>	
<b>But de la réunion :</b>	Réunion régulière	Bathurst (siège social) :	(Gilles, Gabriel et Gisèle)	
		Moncton : salle 4D	(Michelyne)	
		Edmundston : salle 2281	(Lucie)	
<b>Présidente :</b>	Rita Godbout	Campbellton : salle téléadaptation	(Wesley)	
<b>Secrétaire :</b>	Lucie Francoeur	Lamèque : salle multi	(Émeril)	
		Memramcook:	(Alain)	
<b>Participants</b>				
Rita Godbout	A	Michelyne Paulin	✓	Wesley Knight ✓
Gilles Lanteigne	✓	Gabriel Godin	✓	Alain Bécharde ✓
Gisèle Beaulieu	✓	Émeril Haché	✓	
<b>PROCÈS-VERBAL</b>				

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

#### 1. Tableau de bord stratégique et opérationnel (septembre 2016)

Le tableau de bord stratégique et opérationnel a été mis à jour en tenant compte des modifications suggérées lors de la dernière réunion. Ce tableau abrégé permet au Conseil d'évaluer la performance du Réseau et de suivre les progrès dans les secteurs jugés prioritaires pour l'organisation.

Les membres passent en revue l'ensemble des indicateurs. Les indicateurs dont la performance se situe au-delà de la cible sont :

- la réadmission dans les 30 jours ;
- le nombre moyen de jours d'hospitalisation en soins aigus chez les 65 ans et plus ;
- le taux pour les accidents de travail ;
- le taux de chutes avec blessures graves ;
- le taux d'incidents avec blessures graves ;
- le taux d'infections Clostridium difficile, Staphylococcus Aureus résistant à la Méthicilline (SARM) et Entérocoques résistants à la Vancomycine (ERV) ;
- le pourcentage des dépenses administratives ;
- la variance en dépenses pour médicaments ;
- le coût en énergie par pied carré.

En ce qui concerne le pourcentage de lits occupés par des cas de soins de longue durée, la performance est inférieure à la cible pour cet indicateur. Il y a des défis de recrutement dans les foyers de soins dans certaines zones.

Pour ce qui est des chirurgies en attente de plus de 12 mois, la cible à atteindre est située à 0. Le Réseau examine présentement des stratégies à mettre en place conjointement avec Horizon, afin de diminuer ces listes d'attente.

Le pourcentage d'heures de surtemps est à la hausse principalement au secteur des soins infirmiers et des cliniques externes. Le nombre de jours patient est également à la hausse comparativement à la même période l'année dernière. Le coût par jour patient/unités des soins infirmiers a augmenté de 4 \$ comparé à la même période 2015-2016.

Un membre suggère d'ajouter une colonne pour comparer les données avec celles d'Horizon. Il est difficile de comparer les données de Vitalité et d'Horizon, par le fait que les indicateurs dans les deux réseaux ne sont pas nécessairement les mêmes ou qu'ils ne seraient peut-être pas traités de la même manière. Il est entendu qu'on ne revient pas sur le modèle initial du tableau de bord et que les indicateurs seront révisés annuellement en tenant compte des objectifs spécifiques de l'organisation et des cibles établies.

Les définitions de chaque indicateur sont affichées à la deuxième page du tableau de bord, ainsi que les points de discussion pour chacun.

Pour ce qui est du taux de césariennes à faible risque, les zones 1 et 6 atteignent la cible fixée à 15 %. Il est entendu que des taux faibles signifient des soins plus adéquats et plus efficaces. Différentes stratégies d'amélioration sont mises en place à cet égard.

Une campagne pour faire augmenter le taux de conformité aux appréciations du rendement se déroulera du 1<sup>er</sup> novembre jusqu'à la fin mars 2017. La cible que s'est fixée le Réseau est de 65 % pour l'année financière 2016-2017. Dans l'immédiat, notre taux se situe à 34 %.

Le nombre de nouveaux griefs est légèrement à la hausse. Le secteur des ressources humaines a un mécanisme en place à cet égard. Il est suggéré d'inviter le vice-président aux Ressources humaines à une prochaine réunion du Comité des services à la clientèle, de la qualité et de la sécurité pour faire une présentation détaillée reliée aux griefs dans l'ensemble du Réseau.

## **2. Ouverture de la séance**

En remplacement de Rita Godbout, la séance est ouverte par Gabriel Godin à 10 h 45.

## **3. Déclaration de conflits d'intérêts**

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

## **4. Adoption de l'ordre du jour**

### **MOTION 2016-11-03 / 01FV**

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Michelyne Paulin

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

**Adopté à l'unanimité.**

## **5. Adoption du procès-verbal du 13 septembre 2016**

### **MOTION 2016-11-03 / 02FV**

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 13 septembre 2016 soit adopté tel que présenté.

**Adopté à l'unanimité.**

## **6. Suivis de la dernière réunion du 13 septembre 2016**



## 6.1 Plan d'action – recommandations du vérificateur externe 2015-2016

Un plan d'action a été élaboré pour adresser les recommandations du vérificateur externe pour l'année 2015-2016. Deux recommandations financières et cinq recommandations touchant la sécurité de l'informatique ont été soulevées. L'échéancier pour la mise en œuvre complète du plan d'action est le 31 mars 2017.

La consolidation des quatre systèmes financiers est en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2016. Le secteur des finances travaille activement à la standardisation et la consolidation des divers processus, politiques et procédures et des contrôles internes, afin de respecter les échéanciers fixés. Il travaille également en étroite collaboration avec Service NB pour évaluer les options disponibles quant aux recommandations en lien avec la technologie de l'information, dont l'évaluation des droits d'accès de certaines applications informatiques et la possibilité de modifier certains menus informatiques.

Le vérificateur externe fait la vérification des audits et des états financiers, cependant il arrive à l'occasion que le Bureau de la vérificatrice générale du Nouveau-Brunswick effectue une vérification approfondie d'un élément en particulier.

Un membre souligne le travail ardu au cours des dernières années. En effet, il y a eu beaucoup d'améliorations réalisées pour répondre aux recommandations liées à l'informatique.

En ce qui concerne les contrôles internes, la situation financière ne permet pas la mise en place d'un service de vérification interne. De plus, les expériences de création de vérification interne dans le milieu de la santé n'ont pas donné les résultats attendus. Un rapport trimestriel portant sur l'analyse des risques et des contrôles internes sera mis en place bientôt.

Gisèle Beaulieu souligne qu'il y aura une session de formation en janvier 2017 pour le Conseil d'administration sur la gestion des risques, afin d'améliorer la connaissance des membres relative à ce sujet.

## 7. Affaires nouvelles

### 7.1 Demande de proposition pour vérificateurs externes

En 2010, la Régie a procédé à un appel d'offres pour les services de vérificateur externe pour une durée de 5 ans. En 2015, le contrat a été prolongé pour une période de 2 ans, dans le but de se consacrer à la consolidation des services financiers. Cette extension se termine le 31 mars 2017.

Selon la loi sur les Régies régionales de la santé, la Régie doit nommer annuellement un vérificateur externe. Les coûts prévus pour l'année financière 2016-2017 sont de 99,000 \$. La Régie prévoit lancer un appel d'offres en février pour les services d'une firme de vérificateur externe débutant le 1<sup>er</sup> avril 2017 et se terminant en juin 2022. L'appel d'offres spécifiera que la langue de travail de la Régie est le français, puis que les travaux doivent être effectués en français.

La firme choisie sera annoncée lors de l'Assemblée annuelle prévue le 20 juin 2017.

### **MOTION 2016-11-03 / 03FV**

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que la Régie procède à un appel d'offres, afin d'obtenir les services d'une firme de vérificateur externe pour une période de 5 ans débutant le 1<sup>er</sup> avril 2017.

**Adopté à l'unanimité.**

## 7.2 Priorisation des budgets capitaux 2017-2018

La Régie tient à jour un plan quinquennal des besoins en capitaux. Les priorités annuelles sont soumises au ministère de la Santé chaque année pour approbation et financement.

Un processus interne est en place pour identifier les besoins en lien avec les priorités organisationnelles et l'évaluation des demandes. D'ailleurs, des critères de priorisation ont été utilisés par le Comité régional d'équipement et l'équipe multidisciplinaire des projets de construction, afin d'établir les priorités et les soumettre à l'Équipe de leadership pour approbation.

Alain Béchard passe en revue la priorisation des équipements de 100,000 \$ et plus pour l'année financière 2017-2018 totalisant 8,890,000 \$. Tous les coûts de rénovation sont inclus dans les prix budgétaires. En ce qui concerne l'accélérateur linéaire au CHUDGLD, une demande a été faite auprès du ministère de la Santé pour que cet équipement soit traité dans un budget distinct. Un suivi est attendu du ministère. Advenant une réponse positive, ça favorisera la continuité de la liste établie pour l'achat des équipements majeurs priorisés pour la prochaine année.

Il y a eu des pourparlers durant les derniers mois auprès du ministère pour obtenir du financement additionnel quant à la réparation de nos équipements. Les points de pression et les besoins ont été identifiés et acheminés au ministère. Nous attendons l'annonce du budget capital pour la prochaine année.

Il est cité dans la liste d'équipements majeurs pour l'année 2019-2020, le remplacement de l'appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM) mobile par un fixe. L'Hôpital régional de Campbellton est le seul hôpital régional qui n'a pas d'appareil IRM fixe. En ce moment, les services d'un appareil mobile IRM sont partagés. Une demande officielle a été faite auprès du ministère pour obtenir un appareil fixe à Campbellton.

Alain Béchard revoit la liste des rénovations majeures et des constructions majeures avec les membres.

Des prévisions budgétaires pour les projets de construction majeure déjà approuvés sont attendues par le ministère du Transport et des Infrastructures pour l'année 2017-2018. Ces projets sont entre autres, l'agrandissement du service chirurgical au CHUDGLD, l'agrandissement de l'Hôpital régional Chaleur, la construction du Centre provincial d'excellence pour jeunes au Centre hospitalier Restigouche (CHR), puis la construction du parc de stationnement du nouveau CHR pour les visiteurs et les employés.

### **MOTION 2016-11-03 / 04FV**

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que les budgets capitaux pour l'année financière 2017-2018 soient adoptés tels que présentés.

**Adopté à l'unanimité.**

## 7.3 Projet de la morgue au CHUDGLD

À l'automne 2014, le Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick (CFMNB) conjointement avec le secteur du laboratoire ont soumis une proposition pour l'amélioration du laboratoire d'anatomie et de la morgue au CHUDGLD, afin de rencontrer les exigences académiques du programme en médecine de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke.

Les plans préliminaires en 2014 prévoyaient des coûts de rénovation et d'équipements de 1,697,200 \$. Chacun des partenaires, soit le Réseau et le CFMNB par l'entremise du ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail, s'engageait à contribuer chacun 850,000 \$.

Le Conseil d'administration du Réseau a approuvé le projet en juin 2015. Toutefois, de multiples priorités dans les projets de construction ont occasionné des délais dans la mise en œuvre du projet. En conséquence, les coûts du projet se chiffrent dorénavant à 2,072,200 \$ soit une augmentation de 375,000 \$ comparativement à l'évaluation des coûts en 2014. Cela représente une contribution additionnelle de 187,500 \$ de chaque partie.

Le CFMNB a confirmé une contribution de 121,513 \$ pour l'exercice financier 2016-2017 et la balance en 2017-2018.

Les membres sont d'accord de poursuivre les démarches, afin de réaliser le projet de la morgue au CHUDGLD. Comme nous l'avons mentionné antérieurement, un montant de 850,000 \$ a déjà été réservé pour ce projet. Donc, une demande sera soumise au ministère de la Santé pour utiliser le financement additionnel de 187,500 \$ dans les fonds non partageables.

#### **MOTION 2016-11-03 / 05FV**

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Michelyne Paulin

Et résolu qu'un financement additionnel de 187,500 \$ relié aux coûts de rénovation pour le projet d'amélioration du laboratoire d'anatomie et morgue au CHUDGLD soit adopté tel que présenté.

**Adopté à l'unanimité.**

#### 7.4 Centre de médecine de précision du Nouveau-Brunswick

La construction du Centre de médecine de précision du Nouveau-Brunswick commencera bientôt sur le terrain du CHUDGLD. Une entente de location de terrain (MOU) est en cours, afin que les travaux de construction puissent débuter le 18 novembre selon les plans actuels. Ce centre est un projet de l'Université de Moncton qui vise à augmenter la recherche dans le domaine médical en lien avec le domaine clinique. La construction du projet doit être finalisée d'ici la fin mars 2018, selon les ententes de financement du fédéral et provincial.

Une réorganisation des stationnements est en cours, afin de relocaliser les 113 stationnements qui seront perdus pendant la construction. Lorsque le projet sera complété, une cinquantaine de stationnements seront récupérés.

## 8. Rapports

### 8.1 États financiers en date du 30 septembre 2016

Alain Béchard présente les états financiers au 30 septembre 2016. Pour les six premiers mois d'opération, soit du 1<sup>er</sup> avril au 30 septembre 2016, le Réseau a enregistré un surplus budgétaire de 3,741,116 \$ soit une augmentation dans les revenus de 1,658,543 \$ et un excédent dans les dépenses de 2,082,573 \$. Cependant, certaines modifications budgétaires de l'ordre de 14,8 M\$ sont considérées dans les états des résultats. De ce montant, une somme de 9,5 M\$ a été approuvée lors de la dernière réunion. Donc, des modifications budgétaires totalisant 5,274,342 \$ sont soumises aujourd'hui pour approbation.

Le nombre d'ETP se rapproche des objectifs visés, les heures supplémentaires et de maladie sont à la baisse et en général les dépenses d'exploitation sont conformes au budget prévu. Selon les tendances, les mois d'automne et d'hiver sont ceux où il y a une plus

grande utilisation des activités opérationnelles. Toutefois, l'impact ne sera pas significatif, puisque ces éléments ont déjà été prévus dans le budget. Des analyses budgétaires sont effectuées sur une base régulière.

Les membres passent en revue les explications des variances budgétaires au niveau du financement, par catégories de dépenses et par programmes.

En ce qui concerne les médicaments, les coûts sont moindres comparativement à l'année précédente, étant donné la réduction du nombre de visites et les ajustements liés aux médicaments génériques.

Le nombre d'accidents de travail est à la baisse, mais les coûts sont à la hausse. Alain Béchard communiquera avec le vice-président aux Ressources humaines, afin d'examiner la relation entre les deux éléments.

Pour ce qui est de l'assurance-maladie, le déficit se situe dans les salaires et bénéfices. En général, toutes les dépenses encourues sont remboursées par le ministère. Ce déficit est contre balancé avec un surplus au niveau des revenus.

Si la tendance des années antérieures se maintient, un surplus d'environ 5,950,000 \$ est estimé dans les opérations pour l'année 2016-2017. Des initiatives sont à l'étude et nous prévoyons pouvoir utiliser une bonne partie de ce montant.

Le Plan régional de santé et d'affaires 2016-2019 et le Plan des services cliniques ont été soumis au ministère de la Santé pour approbation. C'est inconcevable, puisqu'aucune rétroaction n'a été obtenue à ce jour. La présidente du Conseil d'administration suggère d'apporter le point à la prochaine réunion du Comité conjoint ministériel du système de santé prévue le 30 novembre prochain.

**MOTION 2016-11-03 / 06FV**

Proposé par Michelyne Paulin

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que les états financiers pour l'exercice se terminant le 30 septembre 2016 soient adoptés tels que présentés.

**Adopté à l'unanimité.**

**MOTION 2016-11-03 / 07FV**

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que les modifications budgétaires de l'ordre de 5,274,342 \$ soient adoptées telles que présentées pour tenir compte des changements financiers depuis le début de l'exercice financier.

**Adopté à l'unanimité.**

**9. Date de la prochaine réunion :** le 19 janvier 2017 à 10:00.

**10. Levée de la séance**

La levée de la séance est proposée par Wesley Knight à 12:20.

---

Gabriel Godin/pour Rita Godbout  
Présidente du comité

---

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

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 6 décembre 2016

Objet : **Rapport du Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité**

Vous trouverez ci-joint le rapport du Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité de la rencontre du 3 novembre 2016. Ce rapport sera présenté par Anne Soucie, la Présidente du comité. De ce rapport découle une proposition qui est de recevoir le rapport. Aucune motion n'est contenue dans ce rapport.

1) Proposition de motion :

Proposé  
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité de la rencontre du 3 novembre 2016.

Soumis le 25 novembre 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

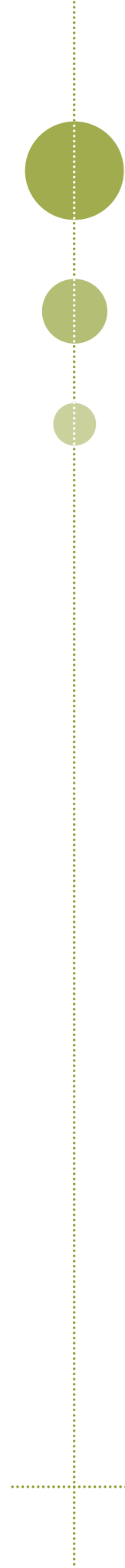
**Rapport de la présidente**  
**Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité du Conseil**  
**d'administration**  
**Réunion tenue le 3 novembre 2016**

(Pour la réunion publique)

Le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité du Conseil d'administration a tenu une réunion régulière le 3 novembre 2016. Les sujets suivants ont été discutés :

- **Rapport des plaintes médicales** ; le Réseau reçoit en moyenne neuf plaintes médicales par mois. Celles-ci sont gérées en collaboration avec les médecins-chefs locaux et les chefs de départements/services pour fin d'examen et d'amélioration et des suivis sont effectués auprès du plaignant. À temps normal, le délai d'une résolution de plainte est de 30 jours ou moins.
- **Mise à jour de la démarche Agrément 2017** ; la visite se déroulera du 18 au 23 juin 2017. Les équipes qualité de chaque directeur continuent leurs travaux. Un plan de travail régional a été déposé en juin dernier auprès d'Agrément Canada comme outils préparatoires à la tenue de la prochaine visite. Un exercice de simulation d'une visite d'agrément avec les membres du Conseil sera fixé en janvier 2017.
- **Politique présence de la famille ou partenaire de soins** ; elle a pour but de favoriser le rétablissement du patient dans un environnement qui respecte son droit à l'intimité et à la vie privée. Aussi, de favoriser une approche de soins centrée sur le patient et la famille en encourageant la présence, la participation, afin de répondre aux besoins et aux préférences de chaque patient. Cette approche s'intègre à l'initiative d'engagement des patients et des familles pour nous permettre de déterminer ce qui fonctionne bien et d'identifier des occasions de s'améliorer.
- **Rapport trimestriel des incidents (T2)** ; les données du deuxième trimestre démontrent une diminution de 4.61 % pour tous les types d'incidents par rapport au premier trimestre.
- **Rapport sur les préjudices aux patients** ; l'Institut canadien pour l'information en santé (ICIS) en collaboration avec l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) a publié le 26 octobre dernier un rapport intitulé « Mesure des préjudices subis par les patients dans les hôpitaux canadiens ». Le Réseau de santé Vitalité mettra en place les mesures nécessaires pour réduire le risque de préjudice au patient et offrir les soins les plus sécuritaires possibles. Certains indicateurs liés aux taux d'infection et à la sécurité seront bientôt publiés sur le Boulevard, afin de sensibiliser le personnel à ces facteurs de risque.
- **Tableau de bord stratégique et opérationnel (septembre 2016)** ; les données démontrent une bonne amélioration pour l'ensemble des indicateurs par rapport à la même période l'an dernier. Les efforts se poursuivent pour atteindre les cibles pour certains indicateurs.

En ce qui concerne les chirurgies en attente de plus de 12 mois, la cible à atteindre est située à 0. Le Réseau examine présentement des stratégies à mettre en place conjointement avec Horizon, afin de diminuer ces listes d'attente.



Le pourcentage d'heures de surtemps est à la hausse principalement au secteur des soins infirmiers et des cliniques externes, dû principalement à une augmentation de volume et des jours patient.

Une campagne pour faire augmenter le taux de conformité aux appréciations du rendement se déroulera du 1<sup>er</sup> novembre jusqu'à la fin mars 2017. La cible que s'est fixée le Réseau est de 65 % pour l'année financière 2016-2017. Dans l'immédiat, notre taux se situe à 34 %.

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité du Conseil d'administration pour la réunion tenue le 3 novembre 2016 et je propose l'acceptation de ce rapport tel que présenté.

Anne Soucie

Présidente du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité du Conseil d'administration

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL 

Point 8.4

<b>Titre de la réunion :</b>	Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité	<b>Date et heure :</b> <b>Endroit :</b>	<b>Le 3 novembre 2016 à 08:30</b> <b>Vidéoconférence</b>
<b>But de la réunion :</b>	Réunion régulière	Bathurst (siège social) : grande salle Edmundston : salle 2281 Campbellton : salle téléadaptation Moncton : salle 4D Téléconférence :	(Claire et Gisèle) (Dre LeBlanc, Anne et Lucie) (Linda) (Michelyne, Chantal et Jean-Marie) (Gilles)
<b>Présidente :</b> <b>Secrétaire :</b>	Anne Soucie Lucie Francoeur		
<b>Participants</b>			
Anne Soucie	✓	Chantal Saumure	✓
Gilles Lanteigne	✓	Linda Sunderland	✓
Gisèle Beaulieu	✓	Dre Nicole LeBlanc	✓
Michelyne Paulin	✓		
		Claire Savoie	✓
		Jean-Marie Nadeau	✓
		Denis Pelletier	A
<b>PROCÈS-VERBAL</b>			

**1. Ouverture de la séance**

La séance est ouverte par Anne Soucie à 08:30.

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

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

**3. Adoption de l'ordre du jour****MOTION 2016-11-03 / 01SCGQS**

Proposé par Claire Savoie

Appuyé par Linda Sunderland

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

**Adopté à l'unanimité**

**4. Adoption du procès-verbal du 13 septembre 2016****MOTION 2016-11-03 / 02SCGQS**

Proposé par Linda Sunderland

Appuyé par Claire Savoie

Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 13 septembre 2016 soit adopté tel que présenté.

**Adopté à l'unanimité**

Un membre demande la définition des dimensions de la qualité. Gisèle Beaulieu mentionne les différentes dimensions de la qualité :

1. Accent sur la population ;
2. Accessibilité ;
3. Sécurité ;
4. Milieu de travail ;
5. Services centrés sur l'utilisateur ;
6. Continuité ;
7. Pertinence ;
8. Efficience.

Plusieurs éléments s'imbriquent dans les dimensions de la qualité en référence, entre autres les compétences. Pour ce qui est d'être servi dans la langue officielle de son choix, cet élément est, en plus d'être directement associé à plusieurs des dimensions de la qualité, est rattaché aussi au



sondage de satisfaction de la clientèle.

Un membre demande si le Réseau de santé Vitalité détient une politique et procédure reliée à la marijuana médicinale. Effectivement, une politique et procédure existe à cet égard. Elle sera présentée à la prochaine réunion.

## 5. Suivis de la dernière réunion du 13 septembre 2016

### 5.1 Rapport des plaintes médicales

Pour faire suite à la dernière réunion, le rapport des plaintes médicales est présenté à titre d'information. En moyenne, le Réseau reçoit neuf plaintes médicales par mois. Les plaintes sont gérées en collaboration avec les médecins-chefs locaux et les chefs de départements/services pour fin d'examen et d'amélioration et des suivis sont effectués auprès du plaignant. Le médecin impliqué reçoit également une copie de la plainte pour suivi avec son chef. Les plaintes sont classées selon les catégories suivantes : qualité des soins/services, comportement, communication et autres. Des sous-catégories sont aussi disponibles et permettent une meilleure analyse des données.

Selon la gravité de la plainte, un comité d'enquête ou un comité de revue peut être mis en place, afin d'analyser la situation et d'émettre des recommandations dans le but d'améliorer la qualité des soins et des services. À temps normal, le délai d'une résolution de plainte est de 30 jours ou moins.

Les membres passent en revue les statistiques. Ce rapport comprend seulement les plaintes médicales reçues des patients/familles envers un médecin. Par ailleurs, un processus régional est en place pour la gestion des plaintes en général et a pour but de faciliter le signalement et le suivi des préoccupations des patients/familles, médecins, professionnels de la santé, employés, etc.

Ces plaintes ne sont pas comparées au niveau provincial, par contre les définitions de classification des plaintes et les sous-catégories sont les mêmes. Il est suggéré d'ajouter les définitions communes en annexe au prochain rapport.

En ce qui concerne les plaintes par service, les données démontrent que l'urgence prédomine. Gisèle Beaulieu commente les différentes plaintes reçues aux urgences du Réseau qui ne sont pas nécessairement toutes liées au temps d'attente. Un membre demande s'il est possible de mettre sur pied un groupe de travail pour remédier à cette problématique et mieux satisfaire les attentes de la clientèle reliée à l'urgence. Le projet des utilisateurs fréquents a été implanté dans les zones 4 et 6, puis ce projet est en train d'être déployé dans les zones 1 et 5. Le but est de faire le repérage des grands consommateurs à l'urgence et de les diriger aux services communautaires. Cette stratégie permettra de réduire l'insatisfaction d'un certain type de clientèle.

Un membre demande s'il existe un Comité de patients ou d'encadrement à la Santé mentale communautaire ? Effectivement, il existe un comité d'usagers/patients et des regroupements pour revoir certains processus et politiques en lien avec les particularités de la santé mentale. Cette approche s'intègre à l'initiative d'engagement des patients et des familles pour nous permettre de déterminer ce qui fonctionne bien et d'identifier des occasions de s'améliorer.

## 6. Affaires nouvelles

### 6.1 Mise à jour démarche agrément

Les équipes qualité de chaque directeur continuent leurs travaux, afin de valider les preuves

de conformités des normes et/ou d'intégrer les meilleures pratiques dans le cas où la norme est non conforme. Ces mêmes équipes sont responsables de mettre en œuvre un plan de travail en lien avec les résultats provenant des deux sondages, soit celui de la qualité de vie (Pulse) et de la culture de la sécurité. Par ailleurs, un plan de travail régional a été déposé en juin dernier auprès d'Agrément Canada comme outils préparatoires à la tenue de la prochaine visite.

Pour faire suite à la Semaine nationale de la sécurité des patients qui s'est déroulée du 24 au 28 octobre, il y a eu diverses activités dans chacune des zones, entre autres une présentation en lien avec la culture juste et sécuritaire.

Les équipes des laboratoires ont reçu une visite d'évaluation de l'Ontario Laboratory Accreditation (OLA) en septembre 2014. Ceux-ci auront une visite modifiée en juin 2017 de l'Institute for Quality Management in Healthcare (IQMH) qui a maintenant le mandat provincial d'effectuer l'accréditation de ces entités.

Le Sous-comité des normes de gouvernance du Conseil surveille la mise en œuvre du plan d'action des normes de gouvernance.

Un horaire préliminaire en collaboration avec Agrément Canada est en cours d'élaboration et sera disponible à une date ultérieure.

## 6.2 Politique présence de la famille ou partenaire de soins

L'ébauche de la politique et procédure « Présence de la famille ou partenaire de soins » est présentée à titre d'information. Elle a pour but de favoriser le rétablissement du patient dans un environnement qui respecte son droit à l'intimité et à la vie privée. Aussi, de favoriser une approche de soins centrée sur le patient et la famille en encourageant la présence, la participation, afin de répondre aux besoins et aux préférences de chaque patient.

Un membre demande si l'impact sur la charge de travail des équipes de soins a été évalué lors de la présence de la famille. Le temps de l'infirmière sera dirigé vers d'autres types de soins plus aigus, puis dans certaines situations, la présence des proches pourra éviter le recours aux contentions, diminuer les chutes et la durée moyenne de séjour, etc. Aussi, le Réseau s'engage à offrir des périodes de repos de 21:00 à 07:00.

C'est un bénéfice ultime d'avoir la présence de la famille au chevet du patient, mais d'un autre côté, il y a aussi le temps de multidisciplinarité. À l'intérieur du système provincial « Émerald », qui est utilisé pour mesurer la charge de travail en soins infirmiers, il existe plusieurs éléments que nous pouvons explorer dans le but de continuer à nous améliorer.

La présence d'un membre de la famille ou d'un proche au chevet du patient est déterminée en collaboration avec le patient, la famille et l'équipe de soins selon l'espace disponible sur l'unité et dans la chambre. Les demandes seront gérées cas par cas.

Les unités de soins psychiatriques et de la santé mentale sont exclues de la présente politique, car ils ont leurs propres particularités.

Il est suggéré de tenir compte des différentes cultures existantes et de citer un énoncé à cet égard dans la politique, afin de s'assurer que ces éléments soient respectés.

L'ébauche de la politique et procédure sera peaufinée, car il reste quelques consultations à faire. Elle sera présentée au Conseil d'administration à titre d'information.

## 7. Rapports

### 7.1 Rapport trimestriel des incidents (T2)

Le rapport trimestriel du mois de juillet à septembre 2016 est présenté à titre d'information. Chaque incident est analysé par le secteur concerné et des améliorations sont apportées. Les données du deuxième trimestre démontrent une diminution de 4.61 % pour tous les types d'incidents par rapport au premier trimestre de 2016-2017.

Il y a eu l'admission de quelques patients ayant des comportements agressifs qui a contribué à l'augmentation des incidents rapportés de type sécurité. Le Réseau a une politique et procédure « Prévention de la violence en milieu de travail », dans le but de prévenir et proscrire la violence en milieu de travail et assurer une gestion efficace des incidents violents lorsqu'ils se présentent.

Quant aux incidents graves rapportés, ceux-ci ont diminué de 50 % à date comparativement à l'année précédente. Le Réseau favorise le signalement des incidents par une culture juste et non punitive.

### 7.2 Rapport sur les préjudices aux patients

L'Institut canadien pour l'information en santé (ICIS) en collaboration avec l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) a publié le 26 octobre dernier un rapport intitulé « Mesure des préjudices subis par les patients dans les hôpitaux canadiens ».

Le Réseau de santé Vitalité mettra en place les mesures nécessaires pour réduire le risque de préjudice au patient et offrir les soins les plus sécuritaires possible. Les résultats de ce rapport et les données préliminaires reçues seront partagés au Comité régional des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité, afin d'identifier des pistes d'amélioration.

Certains indicateurs liés aux taux d'infection et à la sécurité seront bientôt publiés sur le Boulevard, afin de sensibiliser le personnel à ces facteurs de risque.

Il est entendu que la publication des données soit positive, transparente et contextualisé, afin d'éviter de créer des doutes et de la confusion auprès de la communauté.

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

## 8. Affaires permanentes

### 8.1 Tableau de bord stratégique et opérationnel (septembre 2016)

Le tableau de bord stratégique et opérationnel a été mis à jour en tenant compte des modifications suggérées lors de la dernière réunion. Ce tableau abrégé permet au Conseil d'évaluer la performance du Réseau et de suivre les progrès dans les secteurs jugés prioritaires pour l'organisation.

Les membres passent en revue l'ensemble des indicateurs. Les indicateurs dont la performance se situe au-delà de la cible sont :

- la réadmission dans les 30 jours ;
- le nombre moyen de jours d'hospitalisation en soins aigus chez les 65 ans et plus ;
- le taux pour les accidents de travail ;
- le taux de chutes avec blessures graves ;
- le taux d'incidents avec blessures graves ;
- le taux d'infections Clostridium difficile, Staphylococcus Aureus résistant à la Méthicilline (SARM) et Entérocoques résistants à la Vancomycine (ERV) ;

- le pourcentage des dépenses administratives ;
- la variance en dépenses pour médicaments ;
- le coût en énergie par pied carré.

En ce qui concerne le pourcentage de lits occupés par des cas de soins de longue durée, la performance est inférieure à la cible pour cet indicateur. Il y a des défis de recrutement dans les foyers de soins dans certaines zones.

Pour ce qui est des chirurgies en attente de plus de 12 mois, la cible à atteindre est située à 0. Le Réseau examine présentement des stratégies à mettre en place conjointement avec Horizon, afin de diminuer ces listes d'attente.

Le pourcentage d'heures de surtemps est à la hausse principalement au secteur des soins infirmiers et des cliniques externes. Le nombre de jours patient est également à la hausse comparativement à la même période l'année dernière. Le coût par jour patient/unités des soins infirmiers a augmenté de 4 \$ comparé à la même période 2015-2016.

Un membre suggère d'ajouter une colonne pour comparer les données avec celles d'Horizon. Il est difficile de comparer les données de Vitalité et d'Horizon, par le fait que les indicateurs dans les deux réseaux ne sont pas nécessairement les mêmes ou qu'ils ne seraient peut-être pas traités de la même manière. Il est entendu qu'on ne revient pas sur le modèle initial du tableau de bord et que les indicateurs seront révisés annuellement en tenant compte des objectifs spécifiques de l'organisation et des cibles établies.

Les définitions de chaque indicateur sont affichées à la deuxième page du tableau de bord, ainsi que les points de discussion pour chacun.

Pour ce qui est du taux de césariennes à faible risque, les zones 1 et 6 atteignent la cible fixée à 15 %. Il est entendu que des taux faibles signifient des soins plus adéquats et plus efficaces. Différentes stratégies d'amélioration sont mises en place à cet égard.

Une campagne pour faire augmenter le taux de conformité aux appréciations du rendement se déroulera du 1<sup>er</sup> novembre jusqu'à la fin mars 2017. La cible que s'est fixée le Réseau est de 65 % pour l'année financière 2016-2017. Dans l'immédiat, notre taux se situe à 34 %.

Le nombre de nouveaux griefs est légèrement à la hausse. Le secteur des ressources humaines a un mécanisme en place à cet égard. Il est suggéré d'inviter le vice-président aux Ressources humaines à une prochaine réunion du Comité des services à la clientèle, de la qualité et de la sécurité pour faire une présentation détaillée reliée aux griefs dans l'ensemble du Réseau.

**9. Date de la prochaine réunion :** le 19 janvier 2017 à 08:30.

#### **10. Levée de la séance**

La levée de la séance est proposée par Jean-Marie Nadeau à 10 h 45.

---

Anne Soucie  
Présidente du comité

---

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

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 6 décembre 2016

Objet : **Rapport du Comité stratégique de la recherche et de la formation**

Vous trouverez ci-joint le rapport du Comité stratégique de la recherche et de la formation de la rencontre du 1 novembre 2016. Ce rapport sera présenté par Pauline Bourque, la Présidente du comité. De ce rapport, découlent deux propositions, la première, de recevoir le rapport et la deuxième, l'adoption d'une motion contenue dans le rapport de la présidente.

1) Proposition de motion :

Proposé  
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité stratégique de la recherche et de la formation de la rencontre du 1 novembre 2016.

2) Proposition de motion :

Proposé  
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte la motion suivante : (MOTION 2016/11/01-03-  
CSRF).

Soumis le 25 novembre 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Rapport de la présidente  
Comité stratégique de la recherche et de la formation  
Réunion tenue le 1 novembre 2016

Le Comité stratégique de la recherche et de la formation a tenu une réunion régulière le 1<sup>er</sup> novembre 2016. Les sujets suivants ont été discutés :

- Révision du mandat
- Mise à jour du plan d'action (*annexe A du procès-verbal du 1<sup>er</sup> novembre 2016*)
- Structure organisationnelle du secteur de la formation et de la recherche (*annexe B du procès-verbal du 1<sup>er</sup> novembre 2016*)
- Liste des projets de recherche
- Cadre réglementaire sur l'organisation et le fonctionnement de la recherche au Réseau de santé Vitalité
- Centre de médecine de précision du Nouveau-Brunswick

Voici les principales décisions prises à cette réunion :

**Décisions prises sans motion :**

- Les membres donnent leur accord sur le mandat tel que présenté.
- Les membres donnent leur accord sur le Cadre réglementaire sur l'organisation et le fonctionnement de la recherche au Réseau de santé Vitalité tel que présenté.

**MOTION 2016/11/01-03-CSRF**

Proposé par Lucille Auffrey

Appuyé par Gabriel Godin

Et résolu que le Plan d'action Recherche 2016-2018 soit adopté avec les révisions proposées.

**ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ**

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité stratégique de la recherche et de la formation et je propose l'adoption de ce rapport tel que présenté.

Pauline Bourque

Présidente - Comité stratégique de la recherche et de la formation

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL 

Point 8.5

<b>Titre de la réunion :</b>	Comité stratégique de la recherche et de la formation	<b>Date et heure :</b>	Le mardi 1 <sup>er</sup> novembre 2016 à 10 heures	
		<b>Endroit :</b>	Vidéoconférence	
<b>But de la réunion :</b>	Réunion régulière	Moncton : Local 4091 :	P. Bourque, L. Auffrey, G. Godin, M. Paulin, B. Sonier Ferguson	
<b>Présidente :</b>	Pauline Bourque	Grand-Sault – Local 0217 :	G. Michaud	
<b>Secrétaire :</b>	Manon Frenette	Tracadie-Sheila – Salle Co-op :	Dre Desrosiers	
		Téléphone :	G. Lanteigne	
		Bathurst – siège social :	M. Frenette	
<b>Participants</b>				
Pauline Bourque	✓	Gaitan Michaud	✓	Gilles Lanteigne
Lucille Auffrey	✓	Dre France Desrosiers	✓	Brigitte Sonier Ferguson
Gabriel Godin	✓	Michelyne Paulin	✓	
<b>PROCÈS-VERBAL</b>				
<b>1. Ouverture de la séance</b>				
La séance débute à 10 heures. Aucun conflit d'intérêt n'est déclaré.				
<b>2. Adoption de l'ordre du jour</b>				
<b><u>MOTION 2016/11/01-01-CSR</u></b>				
Proposé par Lucille Auffrey				
Appuyé par Gaitan Michaud				
Et résolu que l'ordre du jour soit adopté tel que circulé				
<b>ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ</b>				
<b>3. Adoption du procès-verbal du 12 novembre 2015</b>				
Le procès-verbal de la réunion du 12 novembre 2015 est adopté tel que circulé.				
<b><u>MOTION 2016/11/01-02-CSR</u></b>				
Proposé par Gabriel Godin				
Appuyé par Michelyne Paulin				
Et résolu que le procès-verbal du 12 novembre 2016 soit adopté tel que circulé.				
<b>ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ</b>				
<b>4. Suivis de la réunion du 12 novembre 2015</b>				
<b>4.1. Révision du mandat</b>				
Le mandat révisé avait été déposé temporairement au Conseil d'administration avec la consigne qu'il soit revu à ce comité pour corrections ou améliorations.				
Les commentaires suivants sont émis :				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'importance de ce comité par rapport à la mission du CHUDGLD comme étant un hôpital universitaire;</li> <li>• Le besoin de valoriser les fonctions de recherche pour assurer le recrutement et la rétention de personnel hautement qualifié;</li> <li>• La continuité des activités de recherche;</li> </ul>				
L'appui des équipes en place pour assurer que la vocation de recherche devienne une vocation habituelle et totalement à l'intérieur du mandat.				

On demande :

- Si les orientations stratégiques du Plan clinique du Réseau encouragent toutes les disciplines ou visent davantage la médecine.
- S'il y a des mécanismes en place pour des fonds de recherches externes et internes pour tous les secteurs cliniques.

On répond que le plan stratégique est présentement en révision et que l'une des responsabilités du pdg et de la v.-p. des Services médicaux, formation et recherche est d'assurer que la mission universitaire du recherche chapeaute un peu toutes les activités cliniques du plan stratégique du Réseau.

De plus, dans le plan d'action qui est présenté au point 4.2, certaines stratégies proposent d'assurer une sensibilisation au volet recherche dans toutes les disciplines à partir du moment où débute le recrutement jusqu'à l'installation de nouveaux membres du personnel médical ou de d'autres professionnels.

Les membres sont d'accord avec le mandat tel que présenté.

#### 4.2. Mise à jour du plan d'action

Docteur Desrosiers présente la note d'information sur la mise à jour du Plan d'action Recherche 2016-2018, lequel plan est présenté au comité pour adoption des révisions proposées.

On demande par quels moyens les impacts des recherches pourront être étendus aux centres des zones 4, 5 et 6.

On répond qu'il y a différents types de recherche. Au niveau des recherches cliniques, des démarches sont en cours pour pouvoir offrir des options de traitement en oncologie, par exemple, aux patients du nord à travers ce qui se fait déjà au CHUDGLD. À l'heure actuelle, les patients du nord nécessitant des traitements de niveau plus expérimental, ont moins d'accès car leur situation nécessite un déplacement pour chaque traitement. Le Réseau tente de mettre en place des sites satellites pour pouvoir recruter des gens du nord afin qu'ils puissent recevoir des traitements expérimentaux dans leur hôpital régional. On partage également que la structure qui est proposée est divisée par spécialité clinique pour faire en sorte de pouvoir offrir la possibilité aux cliniciens des autres zones de faire partie des unités de recherche par spécialité. Ceci est une autre façon de rejoindre les gens plus au nord ainsi que leurs cliniciens dans le nord pour faire de la recherche.

#### **MOTION 2016/11/01-03-CSRF**

Proposé par Lucille Auffrey

Appuyé par Gabriel Godin

Et résolu que le Plan d'action Recherche 2016-2018 soit adopté avec les révisions proposées.

**ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ**

### 5. **Affaires nouvelles**

#### 5.1. Structure organisationnelle du secteur de la formation et de la recherche

La structure organisationnelle du secteur de la formation et de la recherche est présentée à titre d'information.

Docteur Desrosiers souligne les considérations importantes suivantes :

- l'organigramme présenté reflète les opérations de fonctionnement en place depuis maintenant un an – il s'agissait de l'officialiser.
- un nouvel élément est l'ajout d'un directeur scientifique qui va assurer la direction scientifique d'une assemblée de chercheurs composée de chefs d'unités de recherche.
- les rôles et responsabilités du directeur scientifique et des chefs d'unités sont en développement.
- Afin de respecter les meilleures pratiques organisationnelles, c'est voulu que le bureau de l'éthique du Réseau découle d'un secteur différent que celui de la formation et de la recherche pour qu'il maintienne son indépendance et son objectivité.



## 5.2. Liste des projets de recherche

La liste des projets de recherche du Réseau est présentée aux membres. Docteure Desrosiers indique que :

- Les projets ont été divisés en catégories pour respecter les unités de recherche. Un outil plus visuel sera développé pour le comité, lequel permettra de suivre la progression de chacun des projets de recherche.
- La liste présente tous les projets de recherche en cours dans toutes les zones du Réseau de santé Vitalité en date du 25 octobre 2016.
- La présentation de la liste de projets de recherche en cours a été modifiée afin de refléter la nouvelle organisation des activités de recherche par unités de recherche.
- La liste sera mise à jour de façon régulière et sera présentée à chaque réunion du Comité stratégique de la recherche et de la formation.

Le tableau des essais cliniques comprend des essais qui sont commandités par des compagnies pharmaceutiques ou des chercheurs indépendants (essais cliniques multi sites). La majeure partie des essais cliniques se déroule en oncologie mais d'autres secteurs se développent, entre autres la cardiologie, la néphrologie et la neurologie. Un autre aspect important des essais cliniques est qu'il assure un certain revenu et l'implication du personnel, ce qui permet de justifier l'existence et de payer les salaires.

Le second tableau présente tous les projets qui ne sont pas des essais cliniques, donc tout ce qui est recherche à l'intérieur des établissements de Vitalité. Plusieurs de ces projets proviennent d'organismes externes qui veulent accéder à des populations de patients, à différents services ou à des employés pour mener leur projet de recherche.

Les membres passent les tableaux en revue et il est noté de fournir les informations suivantes pour les prochaines réunions :

- Les autres cliniciens attirés aux projets de recherche.
- Les courbes d'évolution des projets pour les derniers 5 ans.

On indique qu'il serait également intéressant de connaître la valeur de ces projets. On répond que pour les essais cliniques, il serait possible de ressortir les chiffres car ils sont comptabilisés de façon exhaustive tandis que les projets à l'externe sont souvent subventionnés par des entités externes et que les ressources qu'ils utilisent au Réseau sont assez minimes donc il est possible qu'il n'y ait rien à comptabiliser à ce niveau.

Un document sera préparé pour la prochaine réunion, lequel catégorisera les projets pour démontrer ceux qui viennent de l'externe, pour comprendre l'aspect évaluatif, pour assurer que le Réseau est capable d'accommoder ces activités de recherche, mais aussi ce qui vient de l'interne.

Un résumé décrivant toutes les façons dont on peut aller chercher des fonds avec d'autres centres hospitaliers universitaires qui sont plus avancés que Vitalité sera présenté à la prochaine réunion.

## 5.3. Cadre réglementaire sur l'organisation et le fonctionnement de la recherche au Réseau de santé Vitalité

Le Réseau veut développer un cadre réglementaire sur l'organisation et le fonctionnement de la recherche et une proposition de table des matières est présentée. Docteure Desrosiers explique que le but du cadre réglementaire est vraiment pour permettre de faire l'administration des ressources humaines, matérielles et financières relatives à la recherche. Le document est présenté aux membres pour leur rétroaction.

On demande si un tel document pourrait avoir un impact sur l'agrément au niveau de la croissance institutionnelle du Réseau. On répond oui car ce document va permettre de démontrer le fonctionnement du Réseau au niveau de la recherche. Ce document sera un gros outil de communication tant à l'interne qu'à l'externe.

Les membres sont d'accord avec le document présenté.

**5.4. Centre de médecine de précision du Nouveau-Brunswick – mise à jour**

Une note d'information sur le Centre de médecine de précision du Nouveau-Brunswick est présentée à titre de mise à jour du projet. On rappelle l'échéancier du projet qui est fixé à avril 2018 avec la date de début de la construction prévue le 18 novembre 2016.

**6. Autres**

Aucun autre sujet n'est discuté.

**7. Date et lieu de la prochaine réunion**

La prochaine réunion est prévue le lundi 23 janvier 2017 à 10 heures par vidéoconférence.

**8. Levée de la séance**

La séance est levée à 11 h 25 sur une proposition de Lucille Auffrey.

---

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

---

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

**Plan d'action Recherche 2016-2018  
(découlant de la planification stratégique  
Recherche 2014-2017 du 16 septembre 2014)**

<b>Mission</b>			
<p>La recherche augmente nos connaissances en santé et contribue à améliorer les services de santé et l'état de santé de la population</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• en stimulant les innovations scientifiques et technologiques,</li> <li>• en développant l'expertise des professionnels de la santé, et</li> <li>• en enrichissant les programmes d'enseignement.</li> </ul>			
<b>But stratégique 1: Assurer la viabilité et la pérennité de la recherche</b>			
Objectif général 1.1 : Poursuivre les démarches envers l'opérationnalisation de la structure de la recherche			
<b>Objectifs spécifiques</b>	<b>Actions</b>	<b>Échéanciers et responsables</b>	<b>Commentaires</b>
1.1.1 Préciser les besoins en direction scientifique	1.1.1.1 Définir et formaliser l'organigramme hiérarchique du secteur de la formation et la recherche	Novembre 2016 VP / Dir. Formation et recherche	
	1.1.1.2 Définir le rôle et les responsabilités du directeur scientifique dans la structure organisationnelle	Octobre 2016 VP (avec consultation)	
	1.1.1.3 Procéder à la nomination du directeur scientifique	Novembre 2016 VP	
1.1.2 Définir l'organisation et le fonctionnement de la recherche au Réseau de santé Vitalité	1.1.2.1 Rédiger le <i>Cadre réglementaire sur l'organisation et le fonctionnement de la recherche au Réseau de santé Vitalité</i>	Décembre 2016 VP / Dir. Formation et recherche / Dir. Sc.	
	1.1.2.2 Créer des unités de recherche et faire l'embauche de coordonnateurs pour chaque unité	Juillet 2016 VP / Dir. Formation et recherche	Complété
	1.1.2.3 Nommer les chefs d'unité de recherche et former l'assemblée des chercheurs	Janvier 2017 VP / Dir. Formation et recherche / Dir. Sc.	

1.1.3 Élaborer les politiques et procédures nécessaires à la gestion de la recherche	1.1.3.1 Prioriser la rédaction des politiques et procédures concernant la création d'unités de recherche, le statut de chercheurs, le statut des institutions de recherche affiliées et la gestion des finances en recherche	Décembre 2016 Dir. Formation et recherche	
	1.1.3.2 Mise en place et maintien du manuel de politiques et procédures du secteur des affaires académiques et recherche	Mars 2017 Dir. Formation et recherche	

Objectif 1.2 : Élaborer une stratégie de financement pour la recherche

Objectifs spécifiques	Actions	Échéanciers et responsables	Commentaires
1.2.1 Établir un modèle de financement de la recherche au Réseau de santé Vitalité	1.2.1.1 Mener une analyse contextuelle des modèles de financement existants des instituts ou centre de recherche en milieu hospitalier	Mars 2017 VP / Dir. Formation et recherche / Dir. Sc.	
	1.2.1.2 Proposer un plan d'affaire pour le financement de la structure opérationnelle de la recherche au Réseau de santé Vitalité	Mai 2017 VP / Dir. Formation et recherche / Dir. Sc.	
1.2.2 Assurer le financement des activités des unités de recherche	1.2.2.1 À défaut d'affiliation universitaire de nos chercheurs (voir initiative 2.1.3), faciliter les collaborations entre les chercheurs de Vitalité avec des chercheurs académiques afin de profiter d'opportunités de financement	En continu BAR	
	1.2.2.2 Maintenir le support dans l'identification de sources de financement aux chercheurs (subventions et bourses salariales)	En continu BAR	
	1.2.2.3 Miser sur l'intégration d'un certain niveau d'activités de recherche contractuelles dans les unités de recherche afin de créer une source de revenu	En continu BAR	
1.2.3 Identifier les opportunités de financement reliées à des infrastructures de recherche	1.2.3.1 Poursuivre les démarches pour la construction du Centre de médecine de précision du NB avec l'Université de Moncton, l'IARC et le CFMNB	Mai 2018 VP / Dir. Formation et recherche / Dir. Sc.	

**But stratégique 2: Accroître la capacité de recherche en santé du Réseau**

Objectif général 2.1 : Préconiser l'adoption de programmes de soins basés sur des données probantes

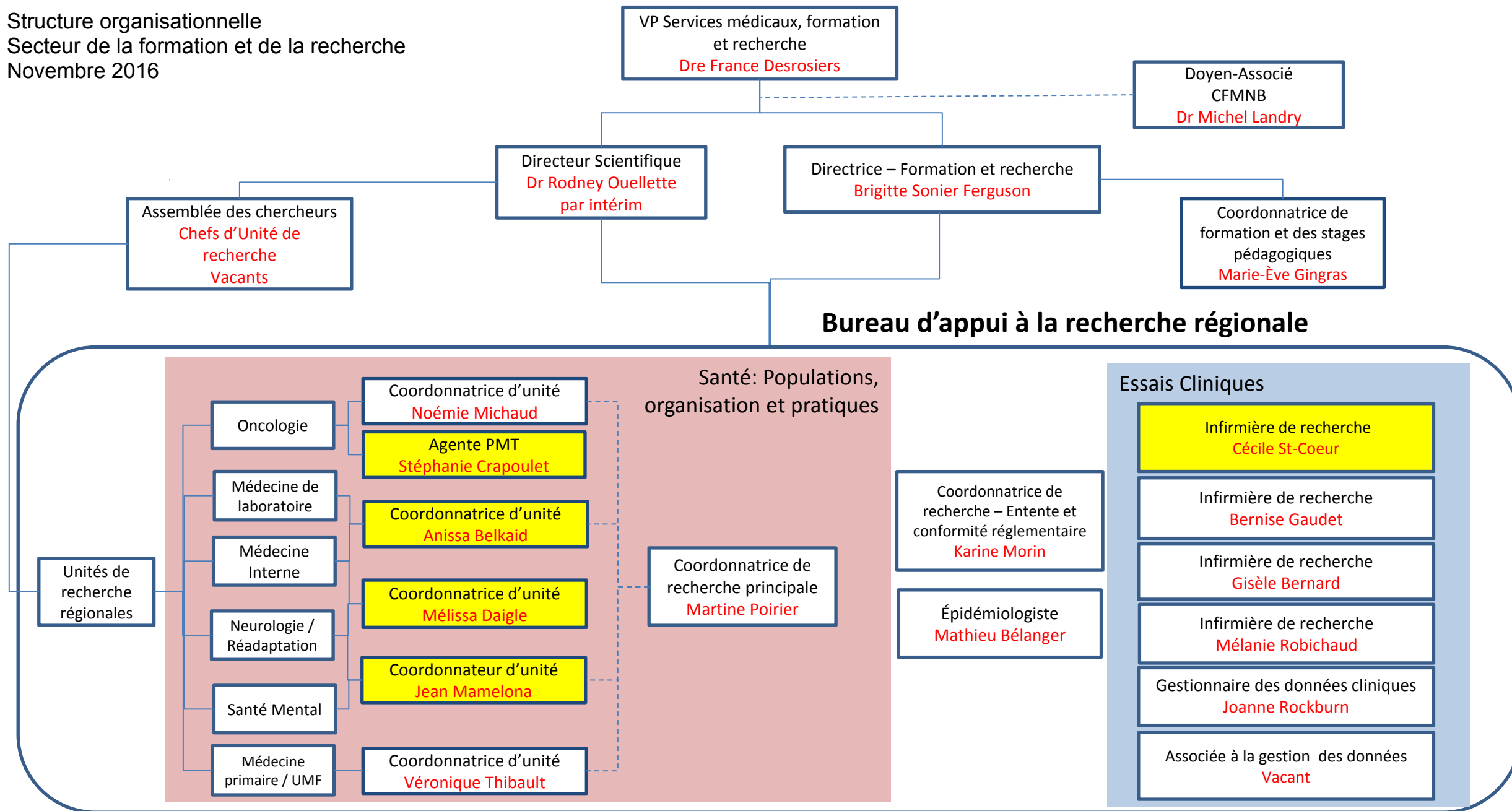
Objectifs spécifiques	Actions	Échéanciers et responsables	Commentaires
2.1.1 Conscientiser les cliniciens et les professionnels de la santé sur l'importance d'intégrer la recherche	2.1.1.1 Faire une tournée des services et départements cliniques des établissements du Réseau de santé Vitalité afin de présenter les services du Bureau d'appui à la recherche	Juin 2017 Dir. Formation et recherche / Dr. Sc.	

dans leur pratique clinique	2.1.1.2 Supporter les cliniciens et professionnels de la santé dans l'identification de questions de recherche pertinentes	Décembre 2017 BAR	
2.1.2 Exposer nos cliniciens et professionnels de la santé à des opportunités de collaboration en recherche avec nos partenaires et autres groupes d'intérêt, ainsi qu'à l'interne	2.1.2.1 Faciliter les échanges avec les compagnies pharmaceutiques et biotechnologiques et les réseaux de chercheurs nationaux et internationaux	Juin 2016 VP/ Dir. Formation et recherche	
	2.1.2.2 Poursuivre notre implication dans l'initiative Unité de support pour la <i>Stratégie de recherche axé sur le patient</i> des maritimes (USSM)	En continu Dir. Sc./ Dir. Formation et recherche / BAR	
	2.1.2.3 Créer des forums d'échange entre les cliniciens et les professionnels de la santé du Réseau (Club de lecture, présentation de cas cliniques, etc.)	Décembre 2017 Dir. Formation et recherche / Dr. Sc.	
Objectif général 2.2 : Augmenter le nombre de cliniciens et de professionnels de la santé impliqués dans les activités de recherche			
<b>Objectifs spécifiques</b>	<b>Actions</b>	<b>Échéanciers et responsables</b>	<b>Commentaires</b>
2.2.1 Considérer les capacités et les intérêts de recherche lors du recrutement et de l'embauche de cliniciens et de professionnels de la santé	2.2.1.1 Intégrer la recherche dans les stratégies de recrutement de nouveaux cliniciens et professionnels de la santé au Réseau de santé Vitalité	Janvier 2017 VP / Dir. Formation et recherche / Dir. Sc.	
	2.2.1.2 Intégrer la recherche dans le programme d'orientation des nouveaux employés (module en ligne Itacit)	Juin 2017 Dir. Formation et recherche	
	2.2.1.3 Rencontrer les nouveaux cliniciens et certains nouveaux professionnels de la santé pour discuter de leurs intérêts en recherche	Janvier 2017 Dir. Sc. / Dir. Formation et recherche	
2.2.2 Obtenir des affiliations universitaires pour les cliniciens et professionnels de la santé impliqués en recherche	2.2.2.1 Déterminer et cataloguer les démarches pour obtenir une affiliation professorale avec certaines facultés à l'intérieur de différentes universités	Juin 2017 Dir. Sc. / Dir. Formation et recherche	
	2.2.2.2 Supporter l'Université de Moncton dans ses démarches vers la reconnaissance du Centre de formation médicale du NB comme département ou faculté à l'Université	Septembre 2017 VP / Dir. Sc. Dir. Sc. / Dir. Formation et recherche	
Objectif général 2.3 : Fonder les décisions organisationnelles sur des données probantes			
<b>Objectifs spécifiques</b>	<b>Actions</b>	<b>Échéanciers et responsables</b>	<b>Commentaires</b>
2.3.1 Informer via la recherche, la prise de décision en matière de soins de santé	2.3.1.1 <i>Conscientiser l'équipe des cadres supérieurs sur le rôle que la recherche peut jouer au niveau de la prise de décision</i>	Mars 2017 VP/ Dir. Formation et recherche / Dr. Sc.	

au Réseau	2.3.1.2 Identifier les enjeux organisationnels qui bénéficieraient de l'implication de la recherche	Juin 2017 VP/ Dir. Formation et recherche / Gestionnaires	
	2.3.1.3 Fournir de l'expertise en recherche (via le BAR ou nos partenaires) afin de supporter les cadres supérieurs dans leurs initiatives	Décembre 2017 BAR	
2.3.2 Rendre accessible les bases de données cliniques et administratives provinciales pour la recherche et l'évaluation	2.3.2.1 Établir une entente de partage de données avec le <i>New Brunswick Institute for Research, Data and Training</i> (NB-IRDT)	Juin 2016 Bureau de la vie privée (Horizon et Vitalité)	Complétée
	2.3.2.2 Définir les processus pour faciliter le transfert des données au NB-IRDT	Décembre 2016 VP / Dir. Formation et recherche / Bureau de la vie privée	
2.3.3 Intégrer la recherche dans la planification stratégique du Réseau	2.3.3.1		
	2.3.3.2		
Objectif général 2.4 : Valoriser la recherche au Réseau via le transfert de connaissances, l'application des découvertes et l'innovation			
Objectifs spécifiques	Actions	Échéanciers et responsables	Commentaires
2.4.1 Appuyer les chercheurs dans la diffusion de leurs résultats de recherche	2.4.1.1 Maintenir le support à l'analyse de données et à la rédaction d'articles, d'affiches scientifiques et de présentations offertes par le BAR	En continu BAR	
	2.4.1.2 Poursuivre le déroulement de la série de séminaires de recherche du Réseau de santé Vitalité	En continu BAR	
	2.4.1.3 Inclure la recherche à l'ordre du jour des réunions de chefs de services et d'infirmières gestionnaires et du Comité médical consultatif afin de partager les résultats de recherche qui ont le potentielle de transformer la pratique clinique ou d'influencer la prise de décision organisationnelle	Avril 2017 VP/ Dir. Formation et recherche / Dr. Sc. / BAR	
2.4.2 Reconnaître et promouvoir les activités de recherche des différentes unités de recherche	2.4.2.1 Actualiser le site web et l'intranet pour qu'ils reflètent les activités de recherche en cours et les accomplissements	Avril 2017 BAR	
	2.4.2.2 Développer un rapport annuel pour les activités de recherche	Avril 2017 BAR	
	2.4.2.3 Reconnaître et promouvoir les succès des cliniciens et professionnels de la santé qui font de la recherche (par exemple : prix de reconnaissance)	Avril 2017 VP/ Dir. Formation et recherche / Dr. Sc. / BAR	

<b>But stratégique 3: Solidifier les partenariats</b>			
Objectif général 3.1: Créer et maintenir des affiliations solides avec nos partenaires principaux			
<b>Objectifs spécifiques</b>	<b>Actions</b>	<b>Échéanciers et responsables</b>	<b>Commentaires</b>
3.1.1 Formaliser notre relation avec l'Institut atlantique de recherche sur le cancer et autres institutions le cas échéant	3.1.1.1 Élaborer une lettre d'entente décrivant la relation entre les deux institutions et les modalités de leurs affiliations	Février 2017 VP/ Dir. Formation et recherche / Dr. Sc.	
	3.1.1.2 Signature de la lettre d'entente d'affiliation	Mars 2017 VP/ Dir. Formation et recherche / Dr. Sc.	
3.1.2 Redéfinir l'affiliation entre l'Université de Moncton et le Réseau de santé Vitalité	3.1.2.1 Maintenir les activités du Comité directeur de l'entente d'affiliation en cours entre l'Université de Moncton et le Réseau de santé Vitalité	En continu VP/ Dir. Formation et recherche / Dr. Sc.	
	3.1.2.2 Réviser la présente entente afin d'y inclure les dispositifs nécessaires pour la venue du Centre de médecine de précision du NB	Juin 2017 VP/ Dir. Formation et recherche / Dr. Sc.	L'échéancier est une proposition seulement... faudra arrimer avec les échéanciers des comités de travaux du Centre de médecine de précision.
	3.1.2.3 Réviser le plan stratégique conjoint	Juin 2017 VP/ Dir. Formation et recherche / Dr. Sc.	L'échéancier est une proposition seulement... faudra arrimer avec les échéanciers des comités de travaux du Centre de médecine de précision.
3.1.3 Remplir les exigences du contrat d'affiliation entre l'Université de Sherbrooke et le Réseau de santé Vitalité	3.1.3.1 Maintenir les activités du Comité de direction de l'enseignement médical	En continu VP/ Dir. Formation et recherche	
	3.1.3.2 Supporter les CFMNB en ce qui à trait la formation médicale	En continu VP/ Dir. Formation et recherche	
3.1.4 Faciliter les échanges entre les partenaires	3.1.4.1 Créer une table de concertation incluant l'Université de Moncton, l'IARC et le CFMNB	Mars 2017 VP/ Dir. Formation et recherche / Dr. Sc.	

Structure organisationnelle  
Secteur de la formation et de la recherche  
Novembre 2016





Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 6 décembre 2016

Objet : **Rapport du Comité de la planification stratégique**

Vous trouverez ci-joint le rapport du Comité de la planification stratégique de la rencontre du 31 octobre 2016. Ce rapport sera présenté par Norma McGraw, la Présidente du comité. De ce rapport, découlent deux propositions, la première, de recevoir le rapport et la deuxième, l'adoption d'une motion contenue dans le rapport de la présidente.

1) Proposition de motion :

Proposé  
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité de la planification stratégique de la rencontre du 31 octobre 2016.

2) Proposition de motion :

Proposé  
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte la motion suivante : (MOTION 2016-10-31 / 04PS).

Soumis le 25 novembre 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

**Rapport de la présidente  
Comité de la planification stratégique  
Réunion tenue le 31 octobre 2016**

(Pour la réunion publique)

Le Comité de la planification stratégique a tenu une réunion régulière le 31 octobre 2016. Le sujet suivant a été discuté :

- **Planification de la retraite avec le Conseil les 5 et 6 décembre 2016** ; un programme a été proposé comme ordre du jour le 5 décembre pour permettre aux membres du Conseil de prendre connaissance :
  - de la démarche qui a été effectuée au cours de l'automne ;
  - des résultats des consultants ;
  - des énoncées de mission, vision, ainsi que des valeurs qui en résultent ;
  - des enjeux, orientations stratégiques et axes d'intervention proposés ;
  - des résultats visés et des indicateurs associés.

Un sujet a été ajouté à l'ordre du jour du 5 décembre, soit l'identité francophone au sein du Réseau de santé Vitalité.

Le mardi 6 décembre, les consultants de la firme Le Clé présenteront un sommaire des discussions de la veille et une synthèse des principaux éléments retenus qui permettra de finaliser les alignements stratégiques.

**MOTION 2016-10-31 / 04PS**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Anne Soucie

Et résolu que l'horaire de la démarche de la retraite avec le Conseil d'administration les 5 et 6 décembre 2016 soit adopté avec les modifications proposées.

**Adopté à l'unanimité.**

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité de la planification stratégique pour la réunion du 31 octobre 2016 et je propose l'acceptation de ce rapport tel que présenté.

Norma McGraw

Présidente du Comité de la planification stratégique

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL 

Point 8.6

<b>Titre de la réunion :</b>	Comité de la planification stratégique	<b>Date et heure :</b>	<b>Le 31 octobre 2016 à 09:00</b>	
		<b>Endroit :</b>	<b>Vidéoconférence</b>	
<b>But de la réunion :</b>	Réunion régulière	Bathurst (siège social) :	grande salle	(Gilles, Norma)
		Moncton :	salle du conseil	(Michelyne)
		Edmundston :	salle 2281	(Gisèle, Anne et Lucie)
<b>Présidente :</b>	Norma McGraw	Campbellton :	salle téléadaptation	(Sonia, Marjorie et Brenda)
<b>Secrétaire :</b>	Lucie Francoeur	Memramcook :	salle de vidéo	(Mireille)
		Ottawa :		(Pierre Bourbeau)
<b>Participants</b>				
Norma McGraw	✓	Michelyne Paulin	✓	Sonia A. Roy
Gilles Lanteigne	✓	Anne Soucie	✓	Mireille Lanouette
Gisèle Beaulieu	✓	Brenda Martin	✓	Marjorie Pigeon
<b>PROCÈS-VERBAL</b>				

**1. Ouverture de la séance**

La séance est ouverte par Norma McGraw à 09:00.

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

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

**3. Adoption de l'ordre du jour****MOTION 2016-10-31 / 01PS**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Anne Soucie

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

**Adopté à l'unanimité.**

**4. Adoption du procès-verbal du 31 août 2016****MOTION 2016-10-31 / 02PS**

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Brenda Martin

Et résolu que le procès-verbal de la réunion tenue le 31 août 2016 soit adopté tel que présenté.

**Adopté à l'unanimité.**

**5. Adoption du procès-verbal du 19 septembre 2016****MOTION 2016-10-31 / 03PS**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Anne Soucie

Et résolu que le procès-verbal de la réunion tenue le 19 septembre 2016 soit adopté tel que présenté.

**Adopté à l'unanimité.**

**6. Suivis des réunions tenues les 31 août et 19 septembre 2016**

Le déroulement des travaux de la planification stratégique va bon train. Le processus de consultation s'est amorcé le 19 octobre dernier et se terminera le 2 novembre prochain. Il y a eu des blitz dans les journaux locaux, ainsi que des affiches installées dans tous les établissements, afin que les gens s'expriment sur les priorités du Réseau pour les trois prochaines années. À ce jour, il y

a 689 personnes qui ont répondu au questionnaire en ligne, dont la majorité est francophone. Parmi les groupes ciblés, il y a 66 répondants qui proviennent des communautés.

En ce qui concerne les entrevues téléphoniques effectuées par le consultant auprès du public, environ une vingtaine de personnes ont signifié l'intérêt de participer. Celles-ci se poursuivent jusqu'au 2 novembre 2016.

Mireille Lanouette présente Marjorie Pigeon, conseillère à la Planification. Celle-ci est entrée en fonction le 26 septembre dernier. Elle possède plus de 12 ans d'expérience dans le domaine de la santé. Elle a œuvré principalement dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux en gestion des risques, de la qualité et des communications au sein de divers établissements.

## 7. Affaires nouvelles

### 7.1 Planification de la retraite avec le Conseil – 5 et 6 décembre 2016

L'ébauche de la démarche de la retraite avec le Conseil les 5 et 6 décembre est présentée pour information et discussion. Le programme proposé comme ordre du jour le 5 décembre permettra aux membres du Conseil de prendre connaissance :

- ✚ de la démarche qui a été effectuée au cours de l'automne ;
- ✚ des résultats des consultations ;
- ✚ des énoncés de mission, vision, ainsi que des valeurs qui en résultent ;
- ✚ des enjeux, orientations stratégiques et axes d'intervention proposés ;
- ✚ des résultats visés et des indicateurs associés.

Le 5 décembre en soirée, les consultants de la firme Le Clé feront un sommaire de la séance, puis une synthèse des principaux éléments retenus sera présentée le mardi 6 décembre aux membres du Conseil qui permettra la poursuite de la mise en œuvre de la planification stratégique 2016-2017.

À ce jour, les principaux éléments qui ressortent du sondage sont :

- ✚ l'identité francophone au sein du Réseau ;
- ✚ l'emphase sur la prévention et la promotion ;
- ✚ l'emploi du terme « patient » versus « personne » dans la documentation écrite.

Il est proposé d'ajouter un point à l'ordre du jour du 5 décembre, soit l'identité francophone au sein du Réseau de santé Vitalité. Les membres sont d'accord d'ajouter ce point de discussion puis d'en arriver à un consensus clair. Aussi, la séance commencera à 08:00 au lieu de 08:30 les deux journées.

La documentation pertinente à cette retraite sera acheminée aux membres une semaine à l'avance pour qu'ils puissent lire les divers rapports et documents avant la tenue de la séance. Les documents qui seront partagés aux membres : la Loi hospitalière, le rôle du Réseau de santé Vitalité, les résultats des consultations, la mission, vision et valeurs actuelles du Réseau et le rôle de la Santé publique au niveau de la promotion et de la prévention.

Les membres du Comité stratégique des opérations ont tenu une rencontre le 5 octobre dernier avec les consultants de la firme Le Clé. Ils ont identifié les points de convergence en ce qui a trait aux enjeux, la mission, la vision, les valeurs et les orientations stratégiques. Aussi, ceux-ci ont tenté de raccourcir les énoncés de vision et mission et de ressortir les mots clés, afin qu'ils soient clairs et concis.

**MOTION 2016-10-31 / 04PS**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Anne Soucie

Et résolu que l'horaire de la démarche de la retraite avec le Conseil d'administration les 5 et 6 décembre 2016 soit adopté avec les modifications proposées.

**Adopté à l'unanimité.**

**8. Date de la prochaine réunion :** le 26 janvier 2017 à 09:00

**9. Levée de la séance**

La levée de la séance est proposée par Brenda Martin à 09:55.

---

Norma McGraw  
Présidente du comité

---

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

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 6 décembre 2016

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

Vous trouverez ci-joint le rapport de la médecin-chef régional qui comporte deux volets 1) Médecin-chef régional; 2) Comité médical consultatif de la rencontre du 15 novembre 2016. Ce rapport et les motions seront présentés par Dre Nicole Leblanc, médecin-chef régional qui est également présidente du Comité médical consultatif. De ce rapport, découlent deux propositions, la première, de recevoir le rapport et la deuxième, l'adoption d'une motion contenue dans le rapport de la présidente.

1) Proposition de motion :

Proposé  
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport de la Médecin-chef régional et de la présidente du Comité médical consultatif de la rencontre du 15 novembre 2016.

2) Proposition de motion :

Proposé  
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte la motion suivante : (MOTION 2016/11/15-04-CMC) du Comité médical consultatif de la rencontre du 15 novembre 2016.

Soumis le 25 novembre 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

**Rapport de la médecin-chef régional et de la présidente  
du Comité médical consultatif  
Réunion tenue le 15 novembre 2016**

Voici le rapport de la médecin-chef régional et du Comité médical consultatif de la réunion régulière tenue le 15 novembre 2016.

1) Rapport du médecin-chef régional

La nouvelle médecin-chef régional a débuté dans ses nouvelles fonctions le 17 octobre 2016. Elle tient à remercier Dre France Desrosiers et Manon Frenette pour leur support continu dans cette période de transition.

**NOMINATIONS INTÉRIMAIRES DE CHEFFERIES DÉPARTEMENTALES**

Les médecins suivants ont accepté d'occuper des postes de chefferie départementale :

- Dr Louis Thibault, Chef du département de psychiatrie pour la zone 1B
- Dre Marie-Pier Côté, Chef du département de médecine familiale, Zone 4
- Dre Liette Forest, Assistante-chef du département de médecine familiale, Zone 4
- Dr François Guignard, Chef du département de chirurgie, Zone 4
- Dr Bahram Groohi, Chef du département de chirurgie, Zone 5
- Dr Prabhat Sinha, Chef du département d'anesthésie et de médecine péri opératoire, Zone 5
- Dre Anne LeBouthillier, Chef de département de gynécologie/obstétrique, Zone 6
- Dr Marc-André Doucet, Chef de département de médecine de famille et urgence Chaleur, Zone 6

2) Rapport du Comité médical consultatif

Le Comité médical consultatif a tenu une réunion régulière le 15 novembre 2016.

**RAPPORTS PRÉSENTÉS AUX MEMBRES DU CMC**

- Rapport de progrès – Plan de qualité – Novembre 2016
- Groupes cliniques – Novembre 2016
- Rapport sur les plaintes médicales – Novembre 2016

Ces rapports sont créés par le Réseau et sont présentés au CMC pour suivis au niveau de la qualité de l'acte médical.

**PROJET DES GRANDS UTILISATEURS**

Un rapport fut présenté sur le projet des grands utilisateurs initié dans les zones 4 et 6 en 2015 et 2016 pour information.

## POLITIQUE SUR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Une ébauche de la politique « Aide médicale à mourir » a été partagée aux CMCL et au CMC pour consultation.

## POLITIQUE SUR LA PRÉSENCE DE LA FAMILLE ET PARTENAIRE DE SOINS

Une ébauche de la politique « Présence de la famille et partenaire de soin » a été partagée au CMC pour information.

## DEMANDES DE NOMINATION, RENOMINATION ET CHANGEMENT DE NOMINATION

Les demandes de nomination, de renomination et de changement de nomination des zones 4 et 5 ont été soumises et approuvées par le Comité médical consultatif et sont soumises pour adoption par le Conseil d'administration (CA) jusqu'à sa réunion en juin 2018 telles qu'indiquées aux tableaux des pages suivantes.

### **DEMANDES DE NOMINATION POUR LES PRIVILÈGES DE LA ZONE 4**

Privilèges adoptés par le Comité de vérification des titres le 31 octobre 2016  
Adoptés par le Comité médical consultatif local le 2 novembre 2016  
Adoptés par le Comité médical consultatif régional le 15 novembre 2016

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

Médecins	Statut	Zone	Spécialité	Privilèges
Dr Josée Larin	Suppléant	4	Médecine familiale	Médecine familiale
Dr Davide Marchionni	Suppléant	4	Médecine familiale	Médecine familiale
Dr Ali Mehrabian	Suppléant	4	Médecine spécialisée	Médecine nucléaire
Dr Ward Murdock	Suppléant	4	Chirurgie	Gynécologie/Obstétrique
Dr Roxanne Ouellet	Suppléant	4	Médecine familiale	Médecine familiale

### **DEMANDES DE RENOMINATION POUR LES PRIVILÈGES DE LA ZONE 4**

Privilèges adoptés par le Comité de vérification des titres le 31 octobre 2016  
Adoptés par le Comité médical consultatif local le 2 novembre 2016  
Adoptés par le Comité médical consultatif régional le 15 novembre 2016

Après avoir étudié les dossiers, les membres du comité recommandent la demande de renomination pour les privilèges du médecin suivant auprès du personnel médical et dentaire du Réseau de santé Vitalité - Zone 4 jusqu'à l'assemblée du Conseil d'administration en **juin 2018**.

Médecins	Statut	Zone	Spécialité	Privilèges
Dr Léo Gagnon	Chirurgie	4	Chirurgie	Dentiste



## DEMANDES DE CHANGEMENT DE NOMINATION POUR LES PRIVILÈGES DE LA ZONE 4

Privilèges adoptés par le Comité de vérification des titres le 31 octobre 2016  
 Adoptés par le Comité médical consultatif local le 7 novembre 2016  
 Adoptés par le Comité médical consultatif régional le 15 novembre 2016

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

Médecins	Statut	Zone	Spécialité	Privilèges
Dre Natacha Dion	Associé à actif	4	Médecine familiale	Médecine familiale
Dre Marie-Christine Lévesque	Associé à actif	4	Médecine familiale	Médecine familiale
Dr Jessy Phillips	Associé à actif	4	Médecine familiale	Médecine familiale

## DEMANDES DE NOMINATION POUR LES PRIVILÈGES DE LA ZONE 5

Privilèges adoptés par le Comité de vérification des titres le 27 septembre 2016  
 Adoptés par le Comité médical consultatif local le 4 octobre 2016  
 Adoptés par le Comité médical consultatif régional le 15 novembre 2016

Après avoir étudié les dossiers, les membres du comité recommandent les demandes de nomination pour les privilèges des médecins suivants auprès du personnel médical et dentaire du Réseau de santé Vitalité - Zone 5 jusqu'à l'assemblée du Conseil d'administration en **juin 2018**.

Médecins	Statut	Zone	Spécialité	Privilèges
Dre Xuejiao (Joanna) Li	Associé	5	Médecine familiale	Médecine de famille
Dre Nadia Caron	Associé Suppléant	5 4	Médecine familiale	Médecine familiale
Dr Vincent Dumouchel	Suppléant	5	Médecine familiale	Médecine de famille * <b>Conditionnel à recevoir preuve d'ACPM et permis du Collège des médecins et chirurgiens du NB lors de remplacement.</b>
Dr Martin Robichaud	Associé	5	Médecine	Imagerie médicale
Dre Hila Zommer	Associé	5	Chirurgie	Ophtalmologie * <b>Conditionnel à recevoir preuve d'ACPM</b>
Dr Oscar Diaz Noriega	Suppléant	5	Médecine	Médecine de famille * <b>Conditionnel à recevoir preuve d'ACPM et permis du Collège des médecins et chirurgiens du NB lors de remplacement.</b>
Dre Lind Grant-Oyeye	Associé	5	Psychiatrie	Psychiatrie

## DEMANDES DE CHANGEMENT DE NOMINATION POUR LES PRIVILÈGES DE LA ZONE 5

Privilèges adoptés par le Comité de vérification des titres le 27 septembre 2016  
 Adoptés par le Comité médical consultatif local le 4 octobre 2016  
 Adoptés par le Comité médical consultatif régional le 15 novembre 2016

Après avoir étudié les dossiers, les membres du comité recommandent les demandes de changement de nomination pour les privilèges des médecins suivants auprès du personnel médical et dentaire du Réseau de santé Vitalité - Zone 5 jusqu'à l'assemblée du Conseil d'administration en **juin 2018**.

Médecins	Statut	Zone	Spécialité	Privilèges
Dr C. MacDonald	Actif à inviter	5	Médecine familiale	Médecine familiale
Dr Nazila Khanahmadi	Associé à actif	5	Médecine familiale	Médecine familiale

### DEMANDES DE NOMINATION POUR LES PRIVILÈGES DE LA ZONE 6

Privilèges adoptés par le Comité de vérification des titres le 4 octobre 2016  
 Adoptés par le Comité médical consultatif local le 2 novembre 2016  
 Adoptés par le Comité médical consultatif régional le 15 novembre 2016

Après avoir étudié les dossiers, les membres du comité recommandent les demandes de nomination pour les privilèges des médecins suivants auprès du personnel médical et dentaire du Réseau de santé Vitalité - Zone 6 jusqu'à l'assemblée du Conseil d'administration en **juin 2018**.

Médecins	Statut	Zone	Spécialité	Privilèges
Dre Janick Boudreau	Associé	6	Médecine familiale	Médecine familiale
Dre Marie-Christine Haché	Associé	6	Médecine familiale	Médecine familiale
Dr Marc-André Collin	Associé	6	Chirurgie	Chirurgie plastique
Dre Christine Duclos	Associé	6	OBGYN	OBGYN
Dre Véronique Roussel	Associé	6	Chirurgie	Chirurgie générale
Dre Marylène Doucet	Associé	6	Médecine familiale	Médecine familiale
Dre Anik-Josée LeBlanc	Associé	6	Médecine familiale	Médecine familiale
Dre Renée Thériault	Associé	6	Médecine familiale	Médecine familiale
Dre Annelise Gallien	Associé	6	Médecine interne	Médecine interne
Dre Marie-Hélène Ranger	Associé	6	Médecine familiale	Médecine familiale
Dre Isabelle Royer	Suppléant	6	Médecine familiale	Médecine familiale
Dre Eve-Aimée Thibaudeau	Suppléant	6	Chirurgie	ORL
Dre Gabrielle Roy	Suppléant	6	Chirurgie	Chirurgie générale
Dr Alexandre Bougie	Suppléant	6	Chirurgie	Chirurgie générale
Dr Ayman Habiba	Suppléant	6	Pédiatrie	Pédiatrie
Dre Geneviève Hardy	Suppléant	6	Médecine familiale	Médecine familiale
Dr Sylvain Mailhot	Suppléant	6	Pathologie	Pathologie
Dre Karyne Martel	Suppléant	6	Chirurgie	Chirurgie générale
Dre Mélissa Chiasson	Suppléant	6	Médecine interne	Médecine interne
Dr Rémi Blanchette	Suppléant	6	Imagerie médicale	Imagerie médicale
Dr Pierre-Luc Bécotte	Suppléant	6	Imagerie médicale	Imagerie médicale
Dr Francis Cloutier	Suppléant	6	Imagerie médicale	Imagerie médicale
Dre Josée Larin	Suppléant	6	Médecine familiale	Médecine familiale
Dr Marc-André Pinault	Suppléant	6	Chirurgie	Chirurgie générale
Dr Hébert Rubin	Suppléant	6	Chirurgie	Chirurgie générale

## DEMANDES DE RENOMINATION POUR LES PRIVILÈGES DE LA ZONE 6

Privilèges adoptés par le Comité de vérification des titres le 4 octobre 2016  
Adoptés par le Comité médical consultatif local le 2 novembre 2016  
Adoptés par le Comité médical consultatif régional le 15 novembre 2016

Après avoir étudié les dossiers, les membres du comité recommandent la demande de renomination pour les privilèges du médecin suivant auprès du personnel médical et dentaire du Réseau de santé Vitalité - Zone 6 jusqu'à l'assemblée du Conseil d'administration en **juin 2018**.

Médecins	Statut	Zone	Spécialité	Privilèges
Dre Caroline Poirier	Suppléant	5	GYN-OBS	GYN-OBS
	Suppléant	6		
Dr Xuan Huyen Pham	Suppléant	6	Médecine nucléaire	Imagerie médicale

## DEMANDES DE CHANGEMENT DE NOMINATION POUR LES PRIVILÈGES DE LA ZONE 6

Privilèges adoptés par le Comité de vérification des titres le 4 octobre 2016  
Adoptés par le Comité médical consultatif local le 2 novembre 2016  
Adoptés par le Comité médical consultatif régional le 15 novembre 2016

Après avoir étudié les dossiers, les membres du comité recommandent les demandes de changement de nomination pour les privilèges des médecins suivants auprès du personnel médical et dentaire du Réseau de santé Vitalité - Zone 6 jusqu'à l'assemblée du Conseil d'administration en **juin 2018**.

Médecins	Statut	Zone	Spécialité	Privilèges
Dre Rebecca Arseneau	Associé à actif	6	Médecine familiale	Médecine familiale
Dre Andréa Bosneaga	Associé à actif	6	Anesthésie	Anesthésie
Dr Muhammad Rasul	Associé à actif	6	Pathologie	Pathologie

### **MOTION 2016/11/15-04-CMC**

Il est proposé par Dre Anik Savoie et appuyé par Dr Ralph Holly, d'approuver en bloc les demandes de nomination, renomination et changement de nomination pour les privilèges de la zone 4 qui ont été acceptées à la réunion du Comité médical consultatif local de la zone 4 du 2 novembre 2016, les demandes de nomination et de changement de nomination pour les privilèges de la zone 5 qui ont été acceptées à la réunion du Comité médical consultatif local de la zone 5 du 4 octobre 2016 ainsi que les demandes de nomination, renomination et changement de nomination pour les privilèges de la zone 6 qui ont été acceptées à la réunion du Comité médical consultatif local de la zone 6 du 2 novembre 2016. **ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ**

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

Dre Nicole LeBlanc  
Médecin-chef régional

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 6 décembre 2016

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

Vous trouverez ci-joint le rapport du Comité professionnel consultatif de la rencontre du 15 novembre 2016. Ce rapport sera présenté par Linda Sunderland, la Présidente du comité. De ce rapport, découlent deux propositions, la première, de recevoir le rapport et la deuxième, l'adoption des trois motions contenues dans le rapport de la présidente.

1) Proposition de motion :

Proposé  
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité professionnel consultatif de la rencontre du 15 novembre 2016.

2) Proposition de motion :

Proposé  
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : (MOTION 2016/11/15 03CPC), (MOTION 2016/11/15 04CPC) (MOTION 2016/11/15 05CPC) du Comité professionnel consultatif de la rencontre du 15 novembre 2016.

Soumis le 25 novembre 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

**Réunion de la présidente  
Comité professionnel consultatif  
Réunion tenue le 15 novembre 2016**

(Pour la réunion publique)

Le Comité professionnel consultatif a tenu une réunion régulière le 15 novembre 2016. Les sujets suivants ont été discutés :

- Suivi- clinique ambulatoire de contrôle de la Warfarin – CSCSJ- dossier sera poursuivi par la PP
- Mise à jour secteur de la pratique professionnelle – Méthode choisie pour la consignation des notes cliniques -DARP
- Présentation : Malnutrition en contexte hospitalier et la Démarche intégrée en soins nutritionnels et Projet de dépistage, prévention et gestion de la malnutrition dans les milieux hospitaliers du Réseau
- Suivi concernant les taux de contentions- politique en révision avec collaboration du secteur de la Pratique professionnelle – outil de mesure/indicateur à venir
- Politique – Présence de la famille dans nos milieux
- Présentation des rapports suivants :
  - Rapport des plaintes Q1 et Q2
  - Agrément Canada – mise à jour
  - Rapport trimestriel des incidents (T-2)
  - Rapport sur la prévention des infections – Q1 et Q2

Les propositions suivantes ont été présentées :

**MOTION 2016/11/15 03CPC**

Proposé par Claudette Boudreau

Appuyé par Annie Boudreau

Et résolu que le CPC appuie tel quel la politique sur le consentement à un traitement.

**Adopté à l'unanimité.**

**MOTION 2016/11/15 04CPC**

Proposé par Amanda Goguen-Boudreau

Appuyé par Annie Boudreau

Et résolu que la politique « Compétences avancées – tests de Papanicolaou » soit appuyée par le CPC.

**Adopté à l'unanimité.**

**MOTION 2016/11/15 05CPC**

Proposé par Annie Boudreau

Appuyé par Melissa Deschênes

Et résolu que la politique « Administration des médicaments » soit appuyée par le CPC à condition que le suivi du point 14.4 de la politique soit effectué.

**Adopté à l'unanimité.**

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité professionnel consultatif pour la réunion du 15 novembre 2016 et je propose l'acceptation de ce rapport tel que présenté.

Linda Sunderland - Présidente du Comité professionnel consultatif

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 6 décembre 2016

Objet : **Privilèges temporaires**

Cette note a pour but de vous informer des privilèges temporaires des médecins du Réseau de santé Vitalité pour approbation en date du 27 septembre au 25 novembre 2016.

Proposition de motion :

Proposé  
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les privilèges temporaires des médecins du Réseau de santé Vitalité en date du 27 septembre au 25 novembre 2016.

Soumis le 25 novembre 2016 par Dre France Desrosiers, vice-présidente des Services médicaux, Formation et Recherche

## TABLEAU DES PRIVILÈGES TEMPORAIRES - 25 novembre 2016

Médecins	Spécialité	Catégorie	Date de privilèges		Zones
			Du	Au	
JULIEN, Dr François	Chirurgie générale	Invité	28 octobre 2016	20 janvier 2017	1B
LEBLOND, Dr Louis	Orthopédie	Conseiller	7 novembre 2016	3 février 2017	1B
MARTIN, Dr Daniel	Anesthésie	Conseiller	31 octobre 2016	20 janvier 2017	1B
MARTIN ST-AMAND, Dr Gabriel	Médecine familiale	Associé	1er octobre 2016	23 décembre 2016	4
PELSSER, Dr Vincent	Imagerie diagnostique	Suppléant	27 octobre 2016	20 janvier 2017	5
PINAULT, Dr Marc-André	Chirurgie	Suppléant	4 novembre 2016	27 janvier 2017	5
TOUMA, Dr Georges	Chirurgie	Suppléant	6 octobre 2016	30 décembre 2016	5
WHALEN, Dre Kim	Médecine familiale	Stagiaire clinique	6 octobre 2016	30 décembre 2016	5
COMEAU, Dr Richard	Médecine familiale	Actif	13 octobre 2016	6 janvier 2017	6
DUGUAY, Dr Yannick	Anesthésie	Suppléant	28 octobre 2016	20 janvier 2017	6
MCCANN, Dr John	Médecine familiale et urgence	Consultant	14 octobre 2016	6 janvier 2017	6

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 6 décembre 2016

Objet : **Dossiers légaux**

Cette note a pour but de vous informer qu'il n'y a eu aucun nouveau dossier légal depuis la dernière réunion du Conseil d'administration.

Soumis le 25 novembre 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.



Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 6 décembre 2016

Objet : **Correspondance**

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

Cette documentation est pour information.

Soumis le 25 novembre 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

## Correspondance du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité - 2016-2017 (Point 11)

---

<b>Date</b>	<b>Destinataire</b>	<b>Expéditeur</b>	<b>Objet</b>	<b>Réponse</b>
17 octobre 2016	Gilles Lanteigne et membres de la Société	Société médicale du N.-B.	Manque de médecins dans notre région	Pour information seulement

Le 17 octobre, 2016

Société Médicale du Nouveau-Brunswick  
21 Boul. Alison  
Fredericton, N.-B.  
E3C 2N5

Distingués membres de la Société,

Quelques mots afin de bien vous préciser la situation relative au manque de médecins dans notre région.

Cette pénurie de médecins existe depuis au-delà de huit ans. À date nous nous retrouvons avec deux numéros de médecin à combler. Nous avons à maintes reprises fait appel à la Régie, aujourd'hui Réseau de la santé Vitalité afin d'obtenir le nombre de médecins requis pour remplir les postes vacants. Postes vacants créés par ces médecins qui ont soit pris leur retraite ou qui ont simplement quitté la région. Nous avons même, au fil des ans, rejoint les ministres de la Santé, les députés de notre circonscription et en dernier essor le premier ministre de l'époque afin de trouver solution à ce dossier épineux de manque de médecins.

Nous reconnaissons qu'il devient de moins en moins intéressant pour un nouveau médecin de s'établir dans un milieu rural compte tenu des limitations dans les services à offrir et les moyens d'améliorer son apprentissage et ou recyclage, voir même de travailler en équipe. N'oublions pas aussi le coté social, celui du divertissement et autre qui peut être totalement différent dans un grand centre. Néanmoins il en demeure qu'en milieu rural tout comme en grande ville la maladie existe et doit être traitée.

Les citoyens et les citoyennes de la province ont accepté la formation d'une école française en médecine à Moncton. École fondée pour répondre à la demande croissante de manque de médecin de partout à travers la province. Malheureusement, le fait demeure que nos jeunes médecins ne démontrent que très peu d'intérêt à vouloir pratiquer en milieu rural. Tellement que ça en est devenu une situation intolérable spécialement pour les gens du Nord qui ne peuvent plus se trouver un médecin de famille. Est-ce un manque de sensibilisation auprès de nos médecins en formation à l'École de Médecine? Quoi qu'il en soit voilà qu'aujourd'hui après des années d'attente, il nous paraît que cette situation est devenue quasi insoluble auprès du Réseau et du gouvernement.

Il nous incombe donc d'intervenir auprès d'autres organismes afin de trouver solution à cette situation. C'est ainsi que votre société avec ses membres bien formés et connaissant dans la pratique de la médecine a sûrement la capacité de préciser et de présenter à la fois au Réseau et au Gouvernement des pistes de solution à ce problème qui ne va que de s'aggraver dans le futur.

Société Médicale du Nouveau-Brunswick

Nous vous demandons comme membre du Comité communautaire de la santé/ HGGG, même implorons, de bien vouloir étudier ce dossier et en concertation avec le Réseau et le Gouvernement mettre fin à cette pénurie de médecins et ce en milieu rural en particulier.

Veillez agréer, chers membres, l'expression de nos sentiments les plus distingués.

Eric J. Roy, Membre cofondateur ; lettre écrite à la demande du

«Comité communautaire de la santé de l'Hôpital général de Grand-Sault »

cc.

Briant Gallant, Premier Ministre du Nouveau-Brunswick

Gilles Lanteigne, PDG Réseau de santé Vitalité

Victor Boudreau, Ministre de la Santé

Pierre Verret, V.P. Ressources humaines, Réseau de santé Vitalité

Chuck Chiasson, Député Libéral Victoria-La-Vallée

Rita Godbout et Gaitan Michaud, Membres du C. A. Réseau de santé Vitalité

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 6 décembre 2016

Objet : **Documentation pour information aux membres**

Deux articles sont partagés aux membres :

- How to find the ideal Chief Medical Officer
- Vision Statement Quality and Organisational Performance in U.S. Hospitals

Nous invitons tous les membres à suggérer des articles pour nos prochaines rencontres. Si certains membres ont des commentaires ou des réflexions suite à ces lectures nous vous invitons à les partager pendant la rencontre.

Bonne lecture!

Soumis le 25 novembre 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

## *How to Find the Ideal Chief Medical Officer*

*John Byrnes, MD, president and CEO, Byrnes Group LLC, Ada, Michigan*

**H**ave you ever hired the wrong physician executive—a physician who was well respected and a superb clinician, but for some reason failed as a leader? We have probably all been there. Unfortunately, this problem is all too common.

The fallout from bad hiring decisions can be costly. A failed hire costs hospitals and healthcare systems not only the fee paid to the executive recruiter but also severance pay (in many cases) and the expense of hiring a replacement. The total cost can be well over \$500,000 for a typical chief medical officer (CMO). Healthcare leaders need to do everything possible to avoid these mistakes.

So how *do* we select highly effective physician executives who will be successful leaders in our organizations?

### **MY FORMULA FOR SUCCESS**

I have been a system CMO twice. In one of these positions, I was responsible for hiring CMOs for three hospitals across the healthcare system. Each hospital was unique, not only in culture but also in size and geographic location. A CMO who would be perfect for one hospital might not be successful in another. Hiring three CMOs with distinctive skill sets that matched the organizations' needs was no small feat.

If you are in a similar position, I recommend three steps: (1) partner with leadership to appoint a selection committee, (2) have the selection committee read relevant literature, and (3) retain an experienced executive recruiter.

#### **Partner With Leadership to Appoint a Selection Committee**

As a system CMO seeking to hire three hospital CMOs, I first partnered with the CEO and other members of the C-suite at each hospital to appoint a selection committee at the local site. Each committee was made up of C-suite executives and physician leaders from throughout the hospital. Everyone on the committee had input during the selection process, but the hospital CEO had the final word.

#### **Have the Selection Committee Read Relevant Literature**

Selection committee members should read books and articles about physician leadership. Everyone on my health system's selection committees read two books. *Developing Physician Leaders for Successful Clinical Integration* (Dye & Sokolov, 2013) contains valuable advice on selecting, developing, and mentoring physician leaders.

It was perfect for our situation. The second book, *Exceptional Leadership: 16 Critical Competencies for Healthcare Executives* (Dye & Garman, 2015), is a review of the essential leadership competencies for healthcare executives. Dye and Garman (2015, xiii) define *competencies* as "a set of professional and personal skills, knowledge, values, and traits that guide a leader's performance." The selection committees found both books to be good refreshers for executives with considerable hiring experience and useful introductions for those hiring their first CMO.

The selection committees focused on four groups of sought-after leadership competencies (Dye & Garman, 2015):

- Well-cultivated self-awareness (leading with conviction, using emotional intelligence)
- Compelling vision (developing vision, communicating vision, earning trust and loyalty)
- A real way with people (e.g., listening like you mean it, giving great feedback, mentoring, developing high-performing teams)
- Masterful execution (e.g., building true consensus, driving results, stimulating creativity, cultivating adaptability)

The selection committees then combined these competencies with a key lesson described in *Developing Physician Leaders for Successful Clinical Integration* (Dye & Sokolov, 2013). As noted earlier, CMO roles can differ greatly in terms of the skills and competencies needed for success. These three scenarios illustrate the competencies needed for various CMO roles:

- A medium-sized hospital in a noncompetitive market is organized in a fairly traditional manner. The CMO serves as a liaison with the hospital's mostly independent medical staff. The leadership competencies likely to receive greater emphasis are listening like you mean it, earning loyalty and trust, and building consensus; of less significance are being visionary, communicating vision, and driving results.
- A health system comprising six hospitals in two highly competitive markets with several hundred employed physicians and immediate plans for significant clinical integration likely would place greater emphasis on being visionary, communicating vision, cultivating adaptability, and building consensus.
- A small rural hospital that serves as the only acute care facility in a 50-mile radius, with employed physicians mostly younger than 45, would likely place greater emphasis on the leadership competencies of listening like you mean it, giving feedback, mentoring others, developing teams, energizing staff, generating informal power, and building consensus.

The selection committees with which I worked used this insight to identify key competencies needed for each of the three hospitals in the system. We also learned to avoid one of the most common hiring mistakes—placing undue emphasis on

chemistry and presentation when, according to Dye and Sokolov (2013), culture/fit and leadership should be the focus of attention.

### **Retain an Experienced Executive Recruiter**

The third step in finding the right CMO is retaining a highly respected and successful executive recruiter with extensive experience recruiting physician executives. CMO searches can be particularly difficult because the pool of available and qualified candidates is limited and a high percentage of first-time physician executives fail. The recruiter should have exceptional insight in how to hire physician executives who will succeed—as well as a huge file of potential candidates.

### **FINAL THOUGHTS**

Hiring a CMO who will succeed in an organization with a unique culture is not an easy task. Many of us default to internal candidates because they already know the culture. Sometimes this is the right way to go. At other times, bringing in someone from the outside is best: an individual with a variety of experiences in different organizations and a successful track record in similar positions. I have hired CMOs both internally and externally, and succeeded and failed with both approaches. However, the last time I batted 1.000 was when I used the three steps described here.

### **REFERENCES**

- Dye, C. F., & Garman, A. N. (2015). *Exceptional leadership: 16 critical competencies for healthcare executives*. Chicago, IL: Health Administration Press.
- Dye, C. F., & Sokolov, J. J. (2013). *Developing physician leaders for successful clinical integration*. Chicago, IL: Health Administration Press.

For more information about the concepts in this column, contact Dr. Byrnes at [john@johnbynesmd.org](mailto:john@johnbynesmd.org).



---

# Vision Statement Quality and Organizational Performance in U.S. Hospitals

*Rachna Gulati, PhD, doctoral student, University of Texas School of Public Health, Houston, at time of study (now independent consultant); Osama Mikhail, PhD, professor, Management, Policy & Community Health, University of Texas School of Public Health; Robert O. Morgan, PhD, professor, Management, Policy & Community Health, University of Texas School of Public Health; and Dean F. Sittig, PhD, professor, Biomedical Informatics, University of Texas School of Biomedical Informatics*

---

## EXECUTIVE SUMMARY

Vision statements are considered to be important for organizational transformation and business success. Developing a vision allows leaders to think about their hopes and aspirations for the organization's future. Ideally, all business decisions, plans, and activities should be directed toward fulfillment of the company's vision. This report advances the existing vision components framework and evaluates the relationship between quality of vision statements and organizational performance. Our goal was to assess whether a good vision statement helps managers improve organizational performance. To our knowledge, this is the first study of its kind in the U.S. healthcare environment. We examined the vision statements of 312 acute care hospitals for the quality of their structural components and ranked them accordingly. We also collected data pertaining to organizational performance to measure financial and growth-related performance. We used these to assess the correlation between vision statement quality and the percentage change in performance measures for the past 5 years. The study results showed a statistically significant positive correlation between vision statements and at least one of four performance measures for several geographic regions studied. A positive correlation was found between vision statements and one of the financial performance measures in 13 of the 17 states studied; these correlation coefficients ranged from weak to strong. The correlation coefficient for 7 states (41%) was statistically significant. This study emphasizes the importance of creating an effective vision statement, assesses the components of strong vision statements, and highlights the relationship between vision statements and organizational performance.

For more information about the concepts in this article, contact Dr. Gulati at [rachna.c.gulati@gmail.com](mailto:rachna.c.gulati@gmail.com).

## INTRODUCTION

The vision statement (or vision) commonly provides a concept of an organization's "destination." It also helps leaders create and communicate an effective road map for the organization (Kaplan, 1996; Swanye, Duncan, & Ginter, 2012). Kantabutra (2008) described vision as a "mental model" or "conceptual representation" of an organization's future. Various definitions of vision exist; however, they all portray a future picture of the organization and stress the need for goals and strategies to be directed toward achievement of this envisioned future (Zuckerman, 2000).

Bennis and Nanus (1985) reported that the lack of a clear vision is a major cause of declining effectiveness in many organizations. Multiple theorists have discussed the importance of organizational vision and its relationship to business performance; they propose that vision must be action oriented and innovative and take into consideration the organization's mission and values (Beckhard & Pritchard, 1992; Collins & Porras, 1996; Daft & Weick, 1984; Isenberg, 1987; Kouzes & Posner, 1987; Maccoby, 1981; Westley & Mintzberg, 1989; Slater, 1993; Timmons, Smollen, & Dingee, 1990).

According to Baum, Locke, and Kirkpatrick (1998), vision is an essential facet of strategic change, and organizations that create a future picture describe their vision as a proactive reaction to the changing needs of the environment. Despite vision's importance in organizational alignment and performance improvement, a limited number of empirical studies have actually examined the relationship between a vision statement and organizational

performance. Several authors (Bart, Bontis, & Taggar, 2001; Bart & Hupfer, 2004; Bart & Tabone, 1999) conducted studies of mission statements and their impact on organizational performance in the Canadian healthcare environment. However, to our knowledge, no empirical literature exists pertaining to organizational performance and vision statements in U.S. hospitals.

The purpose of this research is to examine the quality of vision statements in U.S. acute care hospitals and to assess their impact, if any, on organizational performance measures related to finance and growth.

## BACKGROUND

### Vision and Mission Statements

Although strategic management distinguishes between "vision" and "mission" statements, many companies use the terms interchangeably (Sufi & Lyons, 2003). A vision statement describes a desirable future state and long-term organizational goals. A mission statement serves as a backdrop for the company's purpose and strategy; moreover, mission statements influence key priorities because they are formed on the basis of the organization's core values and beliefs (Collins & Porras, 1991; Falsey, 1989; Ireland & Hitt, 1992; Williams, 2008). According to Sufi and Lyons (2003), mission statements include broad elements such as purpose, strategy, values, and behavioral standards. Organizational purpose, together with values, determines the philosophy or core ideology of an organization, which can be defined as a rich system of values and beliefs shared by its members that distinguish it from other organiza-

tions (Collins & Quinn, 1995).

Collins and Porras (1996) state that vision is a "mental model" of an organization's future. Various definitions of vision exist; however, they all portray a future picture of the organization and stress the need for goals and strategies to be directed toward achievement of this envisioned future (Zuckerman, 2000).

### Vision and Organizational Performance

To measure the relationship between organizational vision and performance, researchers have used a variety of financial, productivity, and quality measures. The literature on the relationship between vision and performance in the healthcare industry is limited. These measures include patient satisfaction (Langan, 2009; Langan & Lang, 1998). Li and Wang (2009) conducted a study of health care organizations and found that vision measures and organizational performance are positively related. Cost or financial performance and quality-related measures are also valued by leadership. The literature on financial performance measures and organizational vision is limited. Barzi, Mikhail, and Hitt (2008) found that vision statements come at the cost of financial performance.

Several authors (Collins & Porras, 1991; Ireland & Hitt, 1992; Williams, 2008) have argued that organizations can cultivate a strong vision statement, which can help employees' performance toward organizational goals (Porras, 1991; Ireland & Hitt, 1992; Williams, 2008).

tions (Collins & Porras, 1996; Mintzberg & Quinn, 1996).

Collins and Porras (1996) proposed that vision statements must reflect the organization's core ideology and envisioned future. They created a framework for successful vision creation. Collins and Porras (1996) define the envisioned future as "Big, Hairy, Audacious Goals" (BHAGs) created by senior leaders that direct the organization's efforts. They state that vision helps the organization preserve its core purpose and values while focusing on a progressive future.

### Vision and Organizational Performance

To measure performance, healthcare organizations use administrative, financial, process, and clinical outcome measures. The critical question facing healthcare leaders is how to prioritize these measures in today's highly competitive healthcare environment (Erwin, 2009; Langabeer, 2008; Sicotte et al., 1998). Li and Benton (1996) conducted a study of healthcare performance measures and concluded that service cost or financial performance and quality-related performance are most valued by leaders. Healthcare organizations' performance cannot be based on financial measures only. Although financial viability is important, it cannot come at the cost of quality (Sadeghi, Barzi, Mikhail, & Shabot, 2013).

Several authors have shown that mission and vision shape behavior and can cultivate a high level of commitment, which eventually influences employees' performance and contributes toward operational success (Collins & Porras, 1991; Daniel, 1992; Domm,

2001; Jing, Avery, & Bergsteiner, 2014; Klemm, Sanderson, & Luffman, 1991; Mullane, 2002).

Jing, Avery, and Bergsteiner (2014) used a multistakeholder and multimeasure approach to assess the relationship between vision communication and performance in 100 retail pharmacies in Australia. To obtain multiple perspectives, they performed face-to-face interviews with managers, employees, and customers. The authors evaluated the impact of vision communication on four organizational performance measures: financial assessments, employee and customer satisfaction, productivity, and staff retention. Jing, Avery, and Bergsteiner (2014) concluded that a positive correlation existed between vision communication and financial performance, staff productivity, and staff retention in small professional service firms. The managers who communicated the vision to staff outperformed their counterparts on various performance measures. This study provides insight regarding effective communication and its relationship to performance. However, major drawbacks of this study were that financial data were self-reported and the study samples were only from a large city.

The literature discussed earlier suggests that some indirect evidence exists showing a relationship between organizational vision and performance in some industries. However, the subject has not been explored to any great extent in healthcare (Bart & Baetz, 1998; Bart et al., 2001; Kantabutra, 2006). Moreover, we did not find any study that assessed this relationship in the U.S. hospitals specifically. Therefore, we

undertook this study to determine whether a direct correlation exists between vision statement quality in selected hospitals and organizational performance.

### CONCEPTUAL MODEL OF VISION COMPONENTS

We found Collins and Porras's (1996) vision framework to be the most compelling for the purpose of analyzing vision statements. According to these authors, a well-conceived vision consists of two major components: core ideology and envisioned future (i.e., BHAGs). They noted that the core ideology is static, but envisioned future changes with time. Collins and Porras stated that organizations assess the environment to create an effective mission; however, they did not discuss the importance of continuously assessing the environment to allow re-creation of a compelling vision. Although an organization's mission rarely changes, its vision can change multiple times with growth and maturity and in response to changing environmental needs.

Our proposed vision creation model is different from Collins and Porras's vision components model. We added "environmental factors" because executives must continuously assess the environment in creating and re-creating vision statements (Figure 1). By scanning the environment continuously, healthcare leaders can attain a broader picture of the organization's internal and external environment.

The external analysis will help organizations understand the changing needs of the customer, community, and economy; governmental mandates;

policies; and technical and scientific advancements locally, regionally, and globally. The internal analysis will provide a wider view of the current state of the organization and the needs of the employees. Figure 1 depicts our study model; we have augmented the Collins and Porras model by adding the environmental factor. We assess hospital vision statements based on our study model components, wherein vision statements that include goals to address long-term needs associated with patients, society, the community, government policy, technical advancement, or employees are scored higher than statements lacking a purposeful goal.

### METHODS

#### Study Design

The purpose of this study was to assess vision statements of selected acute care hospitals. We examined the vision statements for the presence of identified vision components and ranked them accordingly. We then assessed the relationship of the statements with growth and financial performance measures for the hospitals (Figure 2).

#### Study Sample

The study sample consisted of acute care hospitals included in *U.S. News & World Report's* "Best Hospitals" for 2014–2015 (Olmsted et al., 2014). To be eligible for consideration, hospitals must be not-for-profit and should meet at least one of four suggested criteria: (1) teaching hospital, (2) affiliation with a medical school, (3) 200 or more beds, or (4) at least four of eight technologies regarded as highly important and advanced for effective patient care. Hospitals that were

FIGURE 1  
Vision Creation

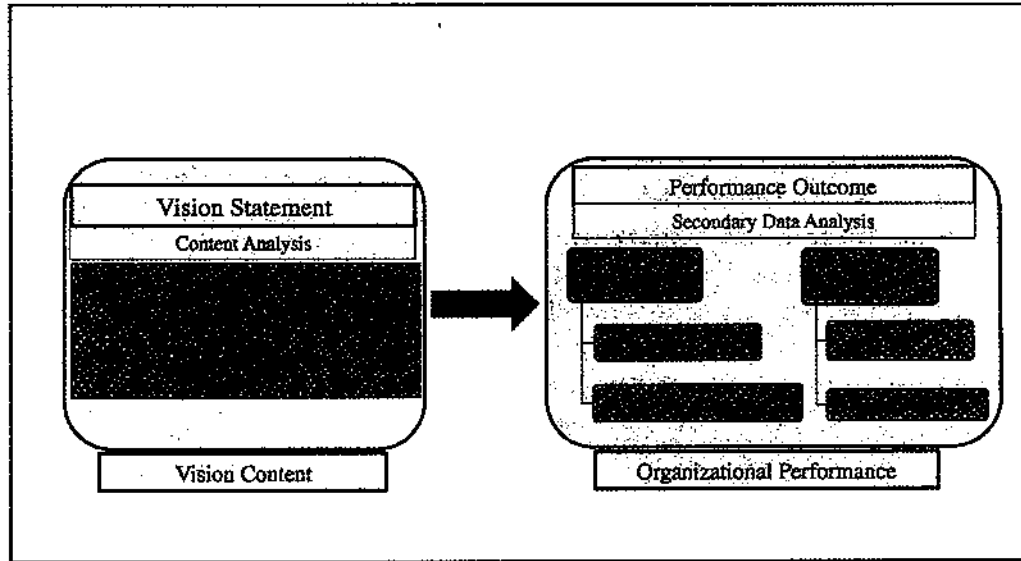
FIGURE 2  
Vision Statement



**FIGURE 1**  
Vision Creation Model



**FIGURE 2**  
Vision Statements and Performance Outcomes



part of the American Hospital Association (AHA, 2015) universe were automatically considered for inclusion in the report (Olmsted et al., 2014). Along with strong eligibility criteria, the "Best Hospitals" report maintains strict ranking criteria. The hospitals are ranked on the basis of performance, which is measured in terms of structure, process, and outcome. The structural aspect includes hospital volume, technology, and other resources. Data related to structure are collected primarily from the AHA Annual Survey of Hospitals. Process is evaluated on the basis of the hospital's reputation for delivering consistently high-quality care. Indicators of patient safety are also assessed as part of this process aspect. Finally, the outcome aspect of performance is based on patient survival/risk-adjusted mortality data. Further details of the *U.S. News & World Report's* "Best Hospitals" ranking methodology are found in the report (Olmsted et al., 2014).

### Geographic Regions and Sample Size

We chose the top 15 to 20 hospitals from each of 17 selected regions (i.e., states) from the "Best Hospitals" regional list. We gave higher priority to regions with more cities, which allowed us to better address diversity. We created a list of 317 hospitals, which provided a good representation of the highest-rated U.S. hospitals. We should point out that because of the data source, we were unable to address individual hospital characteristics in this study.

### Data Collection

One of us (R.G.) searched the hospitals' websites to locate the vision statement.

We examined each hospital's vision statement for the presence of certain components. Well-structured statements were ranked higher than statements that merely restated the hospital's mission statement.

We collected performance-related data from the American Hospital Directory (AHD) (2015) database. According to its website, the AHD repository contains data pertaining to more than 6,000 hospitals across the United States. Sources of data include Medicare claims and hospital cost reports. We chose returns on assets and operating margins to assess financial performance and change in total patient revenue. We analyzed total patient discharge data for the percentage change in performance measures for 2009 to 2013 (5 years). We located data for 312 of the 317 hospitals, and excluded from the study the five hospitals for which no data were available.

## ANALYTICAL TECHNIQUES

### Evaluation of Vision Statements

We evaluated vision statements for quality using a content analysis methodology. As discussed earlier, we based our model on the framework of Collins and Porras (1996).

We analyzed the vision statements for the presence of mission elements, values, long-term goals, and environmental factors. As noted earlier, an organization's mission is its core purpose or identity. Hence, we created a list of common components in the mission statements of hospitals. We also created a list of common components of value statements for the acute care hospitals in our study. Environmental factors

included geog  
nity, governm  
forth (Figure 3  
We ranked  
according to th  
stated element  
rankings, which

### Performance M

Li and Benton  
detailed study  
ment criteria in  
tions. They cor  
measurement c  
sions: cost or fi  
quality. Accord  
internal measu  
performance c  
resources and  
nal measures in  
and market sha  
quality include  
service quality,  
include custom

FIGURE 3  
Evaluation Catego

- Mission Element
- Core Purpose
    - Advance clinical research
  - Education and training
  - Healing
  - Collaboration
  - Improve health
  - Eliminate suffering

included geographic location, community, government regulations, and so forth (Figure 3).

We ranked the vision statements according to the presence of the above-stated elements. Table 1 shows the rankings, which range from 0 to 3.

**Performance Measures**

Li and Benton (1996) performed a detailed study of performance measurement criteria in healthcare organizations. They concluded that performance measurement consists of two dimensions: cost or financial status and quality. According to these authors, internal measures of cost and financial performance consist of utilization of resources and product efficiency; external measures include financial status and market share. Internal measures of quality include process quality and service quality, and external measures include customer-perceived quality and

customer satisfaction. For our study, we assessed the change in total discharges and in net patient revenue as measures of utilization and growth. We also assessed product efficiency using data for operating margins and return on assets. Although many researchers have reported that market share is a good measure of organizational performance (Li & Benton, 1996; Sadeghi et al., 2013), we could not use market share because of the unavailability of any reliable data source.

Another reason for choosing operating margin and return on assets as performance measures is that earnings and profitability in not-for-profit healthcare settings are directly aligned with operational efficiency. We also conducted interviews with five CEOs of large, acute care hospitals. They suggested that net operating margin is a crucial performance measure for healthcare organizations. We did not assess

**FIGURE 3**  
Evaluation Categories for Vision Statements

Internal Elements	External Elements
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Core Purpose</li> <li>○ Advance clinical research</li> <li>○ Education and training</li> <li>○ Healing</li> <li>○ Collaboration</li> <li>○ Improve health</li> <li>○ Eliminate suffering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Excellence</li> <li>○ Compassion</li> <li>○ Diversity</li> <li>○ Innovation</li> <li>○ Accountability</li> <li>○ Be the best regionally</li> <li>○ Be on the top 20 list nationally</li> <li>○ Be considered best among our customers</li> <li>○ Make cancer history</li> <li>○ Customers' needs</li> <li>○ Societal needs</li> <li>○ Community needs</li> <li>○ Market (competitors, economy)</li> <li>○ Government regulations</li> <li>○ Technical advancement</li> <li>○ Geographic location</li> </ul>

**TABLE 1**  
Vision Statement Ranking

Presence of Vision Components	Ranking
Vision not present	0
Mission or value restated	1
Only a goal statement	1
Presence of mission, values, and goals	2
Presence of mission, value, and environment-focused goals	3
Presence of mission, value, environmental factor, and goals	3

hospitals on the basis of quality because the *U.S. News & World Report* "Best Hospitals" report ranked them on the basis of their high quality in comparison with other hospitals in the region.

**RESULTS**

**Vision Statement Quality**

As shown in Table 2, 169 of 312 hospitals received a ranking of 3 (i.e., they contained all four vision components: mission, values, goals, and environmental factors). Seventy hospitals received a ranking of 2, 46 hospitals received a ranking of 1, and the remaining 27 hospitals received a ranking of 0 because they did not have any vision statements. Two independent raters further assessed the rankings for association using Spearman's rho. The correlation coefficient was 0.929, indicating very strong correlation, which validates the ranking. This was confirmed by a very high correlation coefficient of 0.9623, with  $p < .0001$ , as determined by regression analysis.

The following are sample vision statements that received rankings of 1, 2, or 3:

- **Ranking 1:** "To position ourselves among the top 10 of the nation's leading cancer centers"
- **Ranking 1:** "Become one of the nation's preeminent healthcare organizations"
- **Ranking 2:** "To be the first choice for our patients, physicians, employees and community"
- **Ranking 2:** "The University of . . . will be nationally recognized for excellence in patient care, medical education, and biomedical research."
- **Ranking 3:** "We will continue to develop as a nationally recognized academic health science center. In collaboration with the community, we will provide excellence in education, research, and patient care programs. Our vision for the future includes a commitment to working with other providers to make comprehensive and advanced clinical services available to the public while emphasizing quality and service. We will be a leader in developing an innovative healthcare delivery system and educational consortium that respond to the needs of the community."

**TABLE 2**  
Vision Quality R

State

- California
- New York
- Massachusetts
- Texas
- Florida
- Ohio
- Pennsylvania
- Tennessee
- North Carolina
- Virginia
- Connecticut
- Michigan
- Wisconsin
- Colorado
- Georgia
- Illinois
- Arizona
- United States

- **Ranking 3:** "and cost-effective Chippewa Valley region in while maintaining values of the

**Vision Statement**

We used the Per-sis method to d-ship between vi-financial perfor-as growth meas- validity of resul-



**TABLE 2**  
**Vision Quality Rankings, According to State**

State	Number of Hospitals				TOTAL
	Vision Rank 0	Vision Rank 1	Vision Rank 2	Vision Rank 3	
California	1	3	5	10	19
New York	2	2	2	13	19
Massachusetts	2	2	1	14	19
Texas	3	1	7	8	19
Florida	3	6	1	10	20
Ohio	2	2	6	10	20
Pennsylvania	3	2	3	12	20
Tennessee	2	2	4	11	19
North Carolina	0	4	4	12	20
Virginia	0	3	2	14	19
Connecticut	1	3	3	2	9
Michigan	3	1	7	9	20
Wisconsin	0	5	6	6	17
Colorado	1	5	6	5	17
Georgia	3	4	4	8	19
Illinois	1	1	4	15	21
Arizona	0	0	5	10	15
United States	27	46	70	169	312

- **Ranking 3:** "We will provide quality and cost-effective healthcare for the Chippewa Valley and western Wisconsin region in partnership with others, while maintaining the tradition and values of the Hospital Sisters."

#### **Vision Statement and Performance**

We used the Pearson correlation analysis method to determine the relationship between vision statements and financial performance measures, as well as growth measures. To assess the validity of results, regression analysis

was performed (the regression analysis tables are available on request from the corresponding author). Table 3 shows the summary statistics for vision and various performance measures. Changes in operating margin were mixed across states. Although total discharges decreased in most states, return on assets and net patient revenue increased in many. We found a positive correlation between vision statements and at least one financial performance measure in 13 of 17 states (Table 4). In addition, a statistically significant

correlation was found between vision statements and at least one performance measure in 7 of 17 states. However, for the aggregated data in all 17 states, the results of our analysis show no correlation between the quality of vision statements and the assessed performance measures.

**Vision Statement and Financial Performance**

Our analysis of calculated correlation coefficients for financial performance measures indicates a positive relationship for some states; however, these significant correlations were scattered. For the operating margin performance measure, the correlation coefficients for Virginia were statistically significant ( $p < .05$ ). For the return on assets performance measure, significant positive correlation coefficients were obtained for North Carolina ( $p < .05$ ) and California ( $p < .05$ ).

**Vision Statement and Growth**

Correlation coefficients for growth indicate a positive relationship for some states. For net patient revenue growth, the results for Tennessee show a positive but marginally statistically significant relationship ( $p < .1$ ). However, regression analysis for California indicates a positive statistically significant correlation coefficient ( $p < .05$ ). A marginally significant positive correlation coefficient was found between vision and total discharges for Tennessee ( $p < .1$ ), Wisconsin ( $p < .1$ ), and Texas ( $p < .1$ ), and a highly significant positive relationship was shown for Georgia ( $p < .01$ ).

**DISCUSSION**

The results of our study show a correlation between vision ranking and the selected performance parameters for at least one measure in 13 states; all of the correlations were in a positive direction. A statistically significant correlation was found between vision statements and at least one of the performance measures in 7 of the 17 states studied (Table 4). It is worth noting that all of the statistically significant correlations were positive. However, this relationship was not consistent for any specific performance measure; it was spread between all four measures in different states. Also, given the number of tests conducted, the low number of significant correlations constitutes only weak evidence that an association might exist between vision statement quality and hospital performance. This is understandable, as we were unable to collect information about who created the vision statement and whether it was communicated and implemented effectively.

Kantabutra (2006) found a positive but indirect correlation between vision content and vision alignment with employee satisfaction, customer satisfaction, and financial outcomes, suggesting that it is difficult to directly relate vision attributes and contents to performance measures. Jing et al. (2014) established a positive correlation between vision/vision communication and financial performance, staff productivity, and staff retention in small professional service firms. They concluded that managers who communicated the vision to staff members outperformed their counterparts on

**TABLE 3**  
**Summary Statistics for Vision and Performance Measures**

State	Mean	Standard Deviation
-------	------	--------------------

**TABLE 3**  
**Summary Statistics for Vision and Performance Measures**

State	Vision Ranking	Mean					Standard Deviation				
		Operating Margin, %	Return on Assets, %	Net Patient Revenue, %	Total Discharges, %	Vision	Operating Margin	Return on Assets	Net Patient Revenue	Total Discharges	
California	2.26	563.48	43.27	111.38	1.81	0.93	27.79	0.69	5.90	0.13	
New York	2.37	-3.62	28.34	32.30	-17.44	1.07	1.31	0.13	1.16	0.19	
Massachusetts	2.42	-175.54	12.62	28.16	-6.42	1.07	3.50	0.17	1.09	0.22	
Texas	2.05	-14.70	7.51	84.66	3.54	1.08	1.24	0.38	2.52	0.24	
Florida	1.90	122.17	9.12	35.76	-9.91	1.21	2.72	0.18	1.93	0.18	
Ohio	2.20	-23.28	10.47	92.16	-17.47	1.01	15.41	0.14	4.58	0.09	
Pennsylvania	2.20	-87.45	13.15	-48.30	-16.12	1.15	1.75	0.15	3.27	0.14	
Tennessee	2.26	-56.20	-2.09	415.05	15.02	1.05	1.30	0.34	18.00	0.13	
North Carolina	2.40	-39.30	18.39	0.16	-10.81	0.82	3.70	0.15	0.65	0.11	
Virginia	2.58	245.77	17.41	9.41	0.46	0.77	7.32	0.15	1.49	0.13	
Connecticut	1.67	-342.97	21.39	54.17	-5.32	1.00	9.84	0.23	1.54	0.13	
Michigan	2.12	-1.11	9.50	45.41	-13.24	1.11	1.27	0.13	1.11	0.11	
Wisconsin	2.06	3.19	179.94	47.74	11.16	0.83	0.91	6.51	1.17	0.15	
Colorado	1.81	25.50	21.75	-0.17	-3.17	0.91	0.64	0.18	1.01	0.19	
Georgia	1.89	-80.20	14.37	1.98	-3.62	1.15	1.57	0.31	1.21	0.17	
Illinois	2.57	-196.01	5.26	21.14	-10.52	0.81	15.67	0.30	1.41	0.14	
Arizona	2.67	-338.51	9.72	-61.02	-10.21	0.49	13.04	0.15	4.75	0.19	
United States	2.22	12.25	23.81	174.71	-8.50	0.99	3.58	1.57	20.64	0.17	

**TABLE 4**  
**Vision and Performance Correlation Data for 17 States**

State	Financial Performance		Growth	
	Operating Margin	Return on Assets	Net Patient Revenue	Total Discharges
California	0.159	0.599*	0.517**	-0.344
New York	-0.314	0.205	0.323	0.019
Massachusetts	0.111	-0.106	0.251	0.278
Texas	-0.022	-0.194	0.207	0.409***
Florida	-0.101	0.002	-0.075	0.106
Ohio	0.001	0.082	-0.091	-0.298
Pennsylvania	0.117	-0.144	-0.056	-0.014
Tennessee	-0.270	-0.088	0.394***	0.422***
North Carolina	-0.096	0.483**	-0.131	-0.224
Virginia	0.472**	0.299	0.244	0.358
Connecticut	0.251	-0.507	0.385	0.427
Michigan	0.104	-0.041	0.245	0.288
Wisconsin	-0.028	-0.110	0.000	0.463***
Colorado	0.062	-0.029	-0.063	-0.135
Georgia	-0.158	-0.247	-0.323	0.582*
Illinois	-0.165	0.076	-0.123	-0.049
Arizona	0.387	-0.203	0.154	-0.274
Aggregate Data	-0.026	0.009	-0.022	-0.004

*Note.* +.70 or higher = very strong positive relationship; +.40 to +.69 = strong positive relationship; +.30 to +.39 = moderate positive relationship; +.20 to +.29 = weak positive relationship; and +.01 to +.19 = no or negligible relationship.

\**p* < .01.

\*\**p* < .05.

\*\*\**p* < .1.

various performance measures. Hence, to realistically assess the impact of vision on organizational performance, knowledge of how the organization has communicated its vision and has transformed vision into organizational goals and objectives is essential. Collins and Porras (1996) stated that alignment

translates vision from good intentions to concrete reality.

Future studies should be conducted to assess the communication and implementation process in hospitals and how leadership perceived the impact on organizational performance measures. Communication also needs to

galvanize emp efforts with or help realize th Baum et al. (1' levels of empla regard is challe organization.

In addition communicatio many healthca priority to qua implementing records; consec financial target during the past (1996) suggest healthcare orga importance to customer care, be the path to l All of the organ were ranked be regions; hence, cial viability an not their top pr will reap the be the coming yea

Because the and selection cr criteria develop *World Report* "B (Olmsted et al., possible for us t terms of hospita such variability sample bias. Th of a wide range possible that we hospitals with l hospitals. Futur more in-depth c investigators are characteristics an

galvanize employees to align their efforts with organizational goals and help realize the vision. According to Baum et al. (1998), achieving high levels of employee involvement in this regard is challenging for any organization.

In addition to the issue of vision communication, it is possible that many healthcare organizations gave priority to quality improvement and implementing electronic healthcare records; consequently, growth and financial targets may have faltered during the past 5 years. Li and Benton (1996) suggested from a study that the healthcare organizations give prime importance to providing highest-quality customer care, which they presume to be the path to future financial success. All of the organizations in this study were ranked best in quality in their regions; hence, we can infer that financial viability and service expansion were not their top priority, and they likely will reap the benefits of high quality in the coming years.

Because the hospital specifications and selection criteria were based on criteria developed for the *U.S. News & World Report* "Best Hospitals" report (Olmsted et al., 2014), it was not possible for us to assess variability in terms of hospital characteristics, and such variability may have created a sample bias. The study sample consisted of a wide range of hospitals, and it is possible that we compared some small hospitals with large, well-established hospitals. Future research can consist of more in-depth case studies in which investigators are able to assess hospital characteristics and examine specific

tools and practices implemented to improve performance.

Organizational performance is significantly affected by economic and social factors that may vary according to region, and such factors may have contributed to differences in performance. The data used for this study are from 2009 to 2013, a period of economic downturn, and this could have adversely affected organizational performance. Such external factors may have been strong enough to affect organizations with the highest-quality vision statements and most effective implementation.

Healthcare reform has resulted in some reduced payments to hospitals, which has had an effect on performance. Many hospitals have a larger share of Medicaid- and Medicare-enrolled patients than patients with private insurance, and the performance of such hospitals has been affected by new federal regulations. In addition, many states have not expanded Medicaid eligibility, yet uninsured individuals continue to seek care at hospitals. Thus, although costs have not declined, the decrease in payments has resulted in reduced return on assets, total patient revenue, and an overall decline in margins (Pope, 2013).

### STUDY LIMITATIONS

Several studies have compared vision with performance in industries other than healthcare (Bart & Baetz, 1998; Bart et al., 2001; Kantabutra, 2006). Baum et al. (1998) pointed out that justifying study results is difficult until one has information related to vision communication. Some organizations

may not use key performance indicators to monitor the effectiveness of vision communication, and the annual goal-setting process may not align performance indicators with vision. Further, organizations typically do not disclose this information to the public.

Finally, the distribution of vision quality rankings was somewhat skewed toward high scores. The restricted range of vision quality rankings reduced our power to detect associations between vision statement quality and hospital performance. As discussed earlier, the study also did not compare individual hospital characteristics or the major services provided. It is possible that these organizations varied significantly with regard to the quality of management, cost-effectiveness skills of the medical staff, proportion of different services provided, and so forth, which may have directly affected their financial performance. For example, tertiary services tend to have good margins with respect to costs and third-party payments. Another study limitation is that it considered only limited performance measures; with major changes in healthcare regulations, it is possible that hospitals may have changed their focus to improving quality-related factors.

## CONCLUSION

Overall, the results of our study indicate only marginal correlation between vision statements and organizational performance parameters. However, this correlation was in the positive direction for all statistically significant

relationships. Although the results do not indicate a strong relationship, it is possible that the measures studied could have been affected by multiple internal or external factors, as noted in the Discussion section. Also, performance in some states was strong to begin with and, thus, the incremental improvement in performance was relatively small compared with the improvement in other states. The scope of the study also was limited to certain performance measures; perhaps these not-for-profit community-based hospitals focused on meeting the needs of the community rather than on financial performance. This emphasis can significantly affect strategies and priorities. Also, we did not examine the vision communication and implementation processes. Therefore, future studies should examine the process by which a hospital's vision statement is developed, communicated, and implemented.

## NOTE

Regression analysis data are available on request from the corresponding author.

## REFERENCES

- American Hospital Association (AHA). (2015). AHA data viewer: Data collection methods. Retrieved from <http://www.ahadataviewer.com/about/data/>
- American Hospital Directory. (2015). AHD.com. Retrieved from AHD.com.
- Bart, C. K., & Baetz, M. C. (1998). The relationship between mission statements and firm performance: An exploratory study. *Journal of Management Studies*, 35(6), 823-853.
- Bart, C. K., Bontis, N., & Taggar, S. (2001). A model of the impact of mission statement on firm performance. *Management Decision*, 39(1), 19-35.
- Bart, C. K., & Hupfer, M. (2004). Mission statements in Canadian hospitals. *Journal*

- of Health Or*, 18(2), 92-1
- Bart, C. K., & Tab statement ra alignment ir sector. *Health*, 23(4), 54-6
- Bart, C. K., & Tab statement co mance in the health care s *Review*, 24(3)
- Bart, C. K., & Tab statement in hospitals: *De Care Manage*
- Baum, J. R., Locke (1998). A lon of vision and venture grow *Journal of App*
- Beckhard, R., & Pr the essence. *So* 25-28.
- Bennis, W., & Nan strategies for t Harper & Rov
- Collins, J. C., & Pe tional vision: *California Ma* 30-52.
- Collins, J. C., & Pe October). *Bui Harvard Busin*
- Daft, R. L., & Weic model of orga systems. *Acade* 9(2), 284-29
- Daniel, A. L. (1992 role of the chi *Planning*, 25(2
- Dommm, D. R. (200 ing employee *Strategy Review*
- Erwin, D. (2009). ( performance: : process. *Hospit Perspectives on*
- Falsey, T. (1989). C mission staten NY: Quorum I
- Ireland, R. D., & Hi statements: *Im*

- of *Health Organization and Management*, 18(2), 92–110.
- Bart, C. K., & Tabone, J. C. (1998). Mission statement rationales and organizational alignment in the not-for-profit healthcare sector. *Health Care Management Review*, 23(4), 54–69.
- Bart, C. K., & Tabone, J. C. (1999). Mission statement content and hospital performance in the Canadian not-for-profit health care sector. *Health Care Management Review*, 24(3), 18–29.
- Bart, C. K., & Tabone, J. C. (2000). Mission statement in Canadian not-for-profit hospitals: Does process matter? *Health Care Management Review*, 25(2), 45–63.
- Baum, J. R., Locke, G. A., & Kirkpatrick, S. A. (1998). A longitudinal study of the relation of vision and vision communication to venture growth in entrepreneurial firms. *Journal of Applied Psychology*, 83(1), 43–54.
- Beckhard, R., & Pritchard, W. (1992). *Changing the essence*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 25–28.
- Bennis, W., & Nanus, B. (1985). *Leaders: The strategies for taking charge*. New York, NY: Harper & Row; 1–9.
- Collins, J. C., & Porras, J. I. (1991). Organizational vision and visionary organizations. *California Management Review*, 34(1), 30–52.
- Collins, J. C., & Porras, J. I. (1996, September–October). Building your company's vision. *Harvard Business Review*, 65–77.
- Daft, R. L., & Weick, K. E. (1984). Towards a model of organizations as interpretation systems. *Academy of Management Review*, 9(2), 284–295.
- Daniel, A. L. (1992). Strategic planning: The role of the chief executive. *Long Range Planning*, 25(2), 97–104.
- Dommm, D. R. (2001). Strategic vision: Sustaining employee commitment. *Business Strategy Review*, 12(4), 39–48.
- Erwin, D. (2009). Changing organizational performance: Examining the change process. *Hospital Topics: Research and Perspectives on Healthcare*, 87(3), 28–29.
- Falsey, T. (1989). Corporate philosophies and mission statements (pp. 4–6). New York, NY: Quorum Books.
- Ireland, R. D., & Hitt, M. A. (1992). Mission statements: Importance, challenge and recommendations for development. *Business Horizons*, 33(3), 34–42.
- Isenberg, D. J. (1987, March). The tactics of strategic opportunism. *Harvard Business Review*, 92–97.
- Jing, F. F., Avery, G. C., & Bergsteiner, H. (2014). Enhancing performance in small professional firms through vision communication and sharing. *Asia Pacific Journal of Management*, 31(2), 599–620.
- Kantabutra, S. (2006). Relating vision-based leadership to sustainable business performance: A Thai perspective. *Kravis Leadership Institute Leadership Review*, 6, 37–53.
- Kantabutra, S. (2008). What do we know about vision? *Journal of Applied Business Research*, 24(2), 127–138.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996, January–February). Using the balanced scorecard as a strategic management system. *Harvard Business Review*, 74(1), 75–85.
- Klemm, M., Sanderson, S., & Luffman, G. (1991). Mission statements: Selling corporate values to employees. *Long Range Planning*, 24(3), 73–78.
- Kouzes, J. M., & Posner, B. Z. (1987). *The leadership challenge: How to get extraordinary things done in organizations*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Langabeer, J. II. (2008). Hospital turnaround strategies. *Hospital Topics*, 86(2), 3–10.
- Li, L. X., & Benton, W. C. (1996). Performance measurement criteria in health care organizations: Review and future research directions. *European Journal of Operational Research*, 93(3), 449–468.
- Maccoby, M. (1981). *The leader*. New York, NY: Simon & Schuster.
- Mintzberg, H., & Quinn, J. (1996). *The strategy process: Concepts, contexts, cases*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Mullane, J. V. (2002). The mission statement is a strategic tool when used properly. *Management Decision*, 40(5), 448–455.
- Olmsted, M. G., Geisen, E., Murphy, J., Bell, D., Morley, M., & Stanley, M. (2014). *Methodology: U.S. News & World Report best hospitals 2014-15*. Retrieved from [http://www.usnews.com/pubfiles/BH\\_2014\\_Methodology\\_Report\\_Final\\_Jul14.pdf](http://www.usnews.com/pubfiles/BH_2014_Methodology_Report_Final_Jul14.pdf)
- Pope, C. (2013, August 9). Legislating low prices: Cutting costs or care? The Heritage Foundation. (2834), 1–16.

- Sadeghi, S., Barzi, A., Mikhail, O., & Shabot, M. (2013). *Integrating quality and strategy in health care organizations*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Publishers.
- Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., Barnsley, J., Béland, F., Leggat, S. G., . . . Brémond, M. (1998). A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health Services Management Research*, 11(1), 24-48.
- Slater, R. (1993). *The new GE: How Jack Welch revived an American institute*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Sufi, T., & Lyons, H. (2003). Mission statements exposed. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 15(5), 255-262.
- Swayne, L. E., Duncan, J. W., & Ginter, M. P. (2012). *Strategic management of health care organizations* (6th ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Timmons, J. A., Smollen, L. E., & Dingee, A. M. Jr. (1990). *New venture creation: Entrepreneurship*. (3rd ed.). Homewood, IL: Richard D. Irwin.
- Westley, F., & Mintzberg, H. (1989). Visionary leadership and strategic management. *Strategic Management Journal*, 10(S1), 17-32.
- Williams, L. S. (2008). The mission statement: A corporate reporting tool with a past, present, and future. *International Journal of Business Communication*, 45(2), 94-119.
- Zuckerman, A. M. (2000). Creating a vision for the twenty-first century healthcare organization. *Journal of Healthcare Management*, 45(5), 294-305.

## PRACTITIONER APPLICATION

*Phillip D. Robinson, FACHE, president, Lankenau Medical Center, Wynnewood, Pennsylvania*

I am surprised by the scarcity of studies linking organizational performance to the vision statement. While the study findings might seem obvious, a strong and meaningful vision statement clearly drives other aspects of the organization's strategies, plans, and performance.

Articulating an organization's vision is the single most important aspect of the planning process. And while it is the briefest and most succinct part of an organization's look forward (i.e., where it wants to be and in what direction it wants to go), the vision statement is often one of the most difficult to craft.

The study is valuable because it connects the strength of vision statements to organizational performance, even though the linkages are not as strong as might be expected. Gulati et al. also point out critical components of the most effective statements.

One of the great advantages of working in healthcare for so long and, in particular, for several great systems during the past four decades, is seeing the evolution of the planning process. What was once an inwardly focused process is now one focused outwardly on the local community, the entire population, and the health of those we

serve. I content part, to the in planning proc healthcare ent our vision stat

Another p once the vision holders in the "elevator speech every day, th

I applaud t an organization: beyond its con challenges, suc patients in the change in paye

Over time, do not make si needs a new vi



serve. I contend that this movement toward a broader external focus is due, in large part, to the inclusion of vision statements—Big Hairy Audacious Goals—in the planning process. Our focus has shifted from a hospital-centric delivery system to healthcare entities that now work toward optimizing the health of all we serve, and our vision statements have evolved to drive that transformation.

Another poignant aspect of the study—and one that is sometimes overlooked once the vision statement is completed—is the need to communicate it to all stakeholders in the organization. Think of the vision statement as the organization’s “elevator speech”; if each member of the organization can grasp it, believe it, and live it every day, the statement will have the greatest impact.

I applaud the authors for calling attention to regional differences that can affect an organization’s performance, especially the social and economic factors that can be beyond its control. Even hospitals with the best vision statements can face external challenges, such as an economic downturn that results in a spike of uninsured patients in the population or the loss of a major employer that results in a significant change in payer mix.

Over time, many more organizations may find themselves in this situation if we do not make significant changes in health policy and funding. Perhaps the country needs a new vision statement to guide that process!

## Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 6 décembre 2016

**Objet : Quand tout bascule! Lorsque le professionnel de la santé devient patient**

Au printemps 2016, le Conseil d'administration a débuté, dans le cadre de son approche centrée sur la personne et sa famille, à écouter et réfléchir sur des situations réelles vécues par des personnes qui ont reçu des services du Réseau de santé Vitalité. Ces histoires peuvent être présentées par la personne ayant reçu ces services ou par une histoire documentée.

Pour la rencontre, nous avons un témoignage direct d'un patient.

Une période de 30 minutes a été prévue à la rencontre. Les membres auront l'occasion de poser des questions et de partager leur réflexion. La présentation de Monsieur Gagnon est jointe à la documentation.

## Objectifs d'apprentissage :

- Examiner et décrire l'expérience de soins au patient du point de vue d'un patient qui est aussi un professionnel de la santé.
- Réfléchir aux questions importantes dans la mise en œuvre d'initiatives de soins axées sur le patient et la famille.
- Comment cette expérience aura eu une incidence sur le rapport avec les patients à l'avenir.

Soumis le 28 novembre 2016 par Gisèle Beaulieu, vice-présidente de la Performance, Qualité et Services généraux.



# Présentation au Conseil d'administration Monsieur Éric Gagon

Quand tout bascule!

Lorsque le professionnel de la santé devient patient!

Décembre 2016

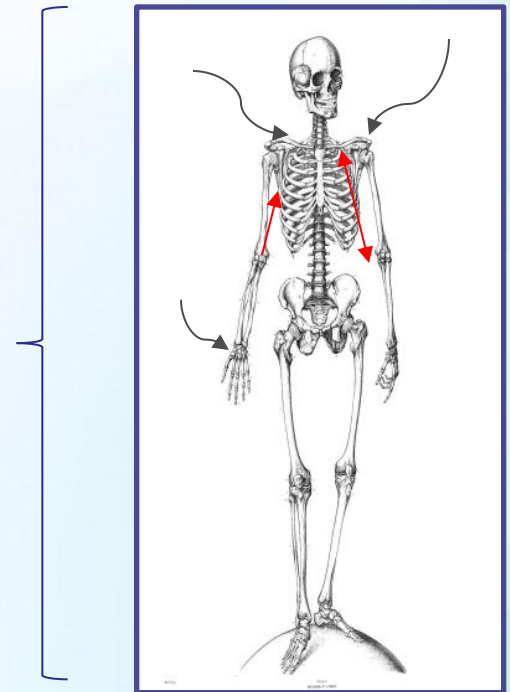
# Contexte

**Inhalothérapeute de formation – 27 ans de pratique**

**Accident de la route – 15 août 2015**

**Prise en charge immédiate et cheminement :**

- Ambulance
- Urgence et Soins intensifs - HRE
- Transfert à Québec (chirurgie)
- 30 fractures
- Retour HRE



# Mon vécu - Soins intensifs

## Statut

- Personnel efficace et entraîné (urgence et soins intensifs)
- Chanceux d'avoir accès à l'imagerie médicale de qualité
- Maintien des fonctions vitales (coma, intubé, médicaments très puissants, protocole de sédation)

## Intensité émotionnelle et anxiogène

- Pour la famille
- Quelle sera la suite pour notre père
- Que faire? Support de la part du personnel
- Niveau de stress élevé pour le personnel qui est aussi mes collègues de travail



# Mon vécu - Soins intensifs

## Au réveil

- Délirium post intubation à Québec, traité avec **patience** et **compassion** comme je le vois souvent ici à Edmundston
- Douleurs intenses – narcotiques, hallucinations
- Me réveil et parle en anglais
- Incompréhension de ce qui m'arrive – ça va vite dans ma tête
- Arrache les tubes – contentions
- **Vulnérabilité**, car aucun contrôle, complètement dépendant
- Anxiogène au max

# Mon vécu - À l'étage

## Communication professionnelle v/s patient

- Identification, plan de soins pour le quart de travail, identification de mes besoins (hygiène assistée, exercices, glace, etc.)
- Explications de la situation et état (thoracotomie et l'ensemble des blessures....)

## Médicaments affectant mon niveau de concentration :

Pas en contrôle de moi-même à 100% = **Vulnérabilité**

- Oublie questions au médecin et autres professionnels
- Il fut important parfois d'avoir du personnel attentif aux besoins et qui s'arrête pour parler avec moi
- Peur, angoisse face au futur, inconnu

# Mon vécu - À l'étage

*« Vu et soigné souvent des polytraumatisés,  
mais première fois que j'en suis un! »*

## Évolution des soins

- Inhalothérapie (thérapie respiratoire)
- Physiothérapie
- Ergothérapie
- Diététique, etc.



# Planification du congé

## Attente - évolution lente – 2 choix :

- Rester assis dans ma chaise
- Me prendre en main et être positif



## Apprendre à gérer mes médicaments

## Renouer avec les activités de la vie quotidienne (hygiène personnelle)

## Reconditionnement (exercices respiratoires et physiothérapie)

## Besoins spécifiques à la maison (lit, canne et préparation des repas)

- Générosité des collègues
- Support familial

# Appréciation des soins



## Empathie et compassion

- Aide pour hygiène et conformité de l'heure des médicaments du coucher
- Confort et ergonomie

## Écoute active

**Contact humain (toucher, communiquer et situer dans le temps et lieu)**

**Identification avec nom et rôle**

**Mise à jour de ma condition**

# Appréciation des soins

**Environnement très propre**

**Transport sécuritaire et courtois en fauteuil roulant**

**Sourires et énergie du personnel**

**Nourriture** « *Ben oui!!!! Sérieusement! Choix de portion, bon goût (la plupart du temps) lol* »

# Pistes d'amélioration

## Humanisme : bien que ce soit déjà appliqué par plusieurs

- Importance que le personnel s'arrête et demande au patient s'il a des questions
- Essayer d'anticiper les questions du patient sur le plan stress
- Importance du contact humain, seulement prendre le temps de le faire



# Pistes d'amélioration

## **Bruit : environnement ne favorisant pas le sommeil**

- Adressographe (prendre un virage informatique)
- Chariot de livraison des cabarets et panier de linges (fermer la porte doucement)
- Salle de bain partagée (intimité) et objet métallique (urinal)
- Personnel (éclat de rire, parle fort)
- Porte d'escalier (la tenir lorsqu'elle ferme ou installer des portes en carton)

# Pistes d'amélioration

## Confidentialité :

- Avoir un endroit pour rencontrer les familles. Un salon partagé si plusieurs familles sont présentes n'est pas l'idéal
- Discussion familiale dans le corridor à revoir
- Être plus discret lors de partage d'information entre professionnels



# Tel que rapporté par un patient... As reported by a patient....

**ÉTOILE**

de la qualité  
et sécurité des patients!



Quality and Patient Safety  
**STAR!**



**Éric Gagnon** was excellent and very professional. He was also very accommodating in both languages.

Thérapie respiratoire, HRE



**Merci de votre attention**



## Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 6 décembre 2016

**Objet : Présentation SANE**

Dans le cadre d'une initiative qui découle du plan de rattrapage, Alison White, directrice du programme médical, présentera le programme SANE. Ce programme offre des soins aux victimes d'agression sexuelle et de violence conjugale. Il permet d'assurer des soins et des services spécialisés répondant à des besoins complexes et très particuliers des victimes. De plus, il assure l'accès aux services d'une infirmière SANE dans un délai et un endroit géographique raisonnables. Il permet d'éduquer et sensibiliser la population sur les relations saines. Il dessert la clientèle adulte, adolescente, pédiatrique et LGBTQ+.

Vous trouverez la présentation jointe à cette note.

Soumis le 17 novembre 2016 par Stéphane Legacy, vice-président des Services de consultation externe et Services professionnels



14.1

# Soins offerts aux victimes d'agression sexuelle et de violence conjugale

Roxanne Paquette, Inf. BSc., II, SANE-A, SANE-P  
Coordonnatrice provinciale des programmes des infirmières  
examinatrices des cas d'agression sexuelle

# Qu'est ce que le programme SANE?

**S** exual

**A** ssault

**N** urse

**E** xaminer

- \* Programme axée sur les soins aux victimes d'agression sexuelle de de violence conjugale, le tout prodigué par un personnel infirmier.
- \* Désert la clientèle suivant: adultes, adolescentes, pédiatriques et LGBTQ+

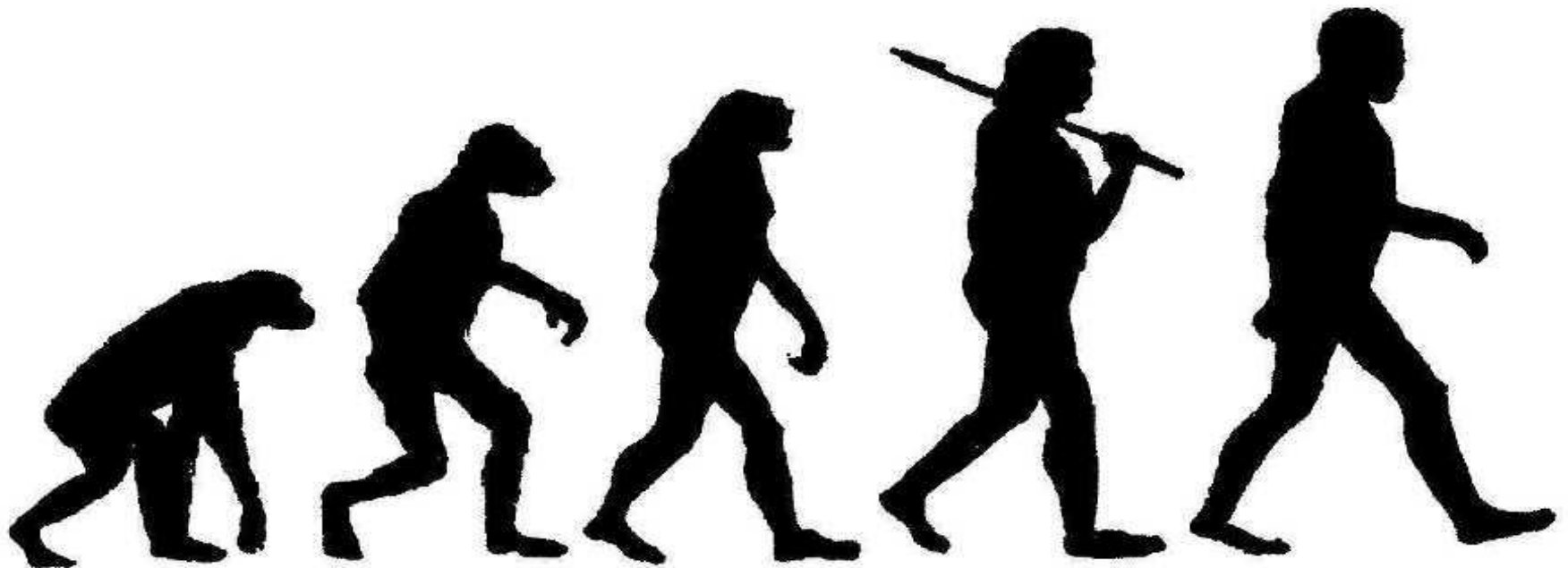
# Qui sont les infirmières SANE

- \* Il ou IP
- \* Intérêt dans les soins de victimes de violence sexuelle et désir développer une expertise médico-légale
- \* 64 heures de formation initiale
- \* Au moins 36 heures d'éducation continu par année
- \* Reçoivent du support 24/7 pour questions ou inquiétudes
- \* Support offert après chaque patient vue dans le cadre du programme (révision de dossier, débriefing, enseignement, etc.)

# Objectifs du programme

- \* Assurer des soins et des services spécialisés répondant à des besoins complexes et très particuliers des victimes;
- \* Maximiser les options offertes aux victimes pour promouvoir leur rétablissement et leur guérison ainsi que la possibilité d'augmenter le taux de condamnation des agresseurs;
- \* Obtenir des prélèvements d'ADN de qualité;
- \* Effectuer les aiguillages vers les ressources spécialisées et d'assurer la collaboration des partenaires communautaires et gouvernementaux;
- \* Assurer l'accès aux services d'une infirmière SANE dans un délai et un endroit géographique raisonnables.
- \* Éduquer et sensibiliser la population sur les relations saines

# Historique



# International Association of Forensic Nursing IAFN

- \* Réseau de plus de 3000 membres
- \* Certification, Éducation, Conférences
- \* Standards de pratique et d'éducation



# Historique au Nouveau-Brunswick

2004  
Hôpital de  
Moncton

2014  
Hôpital Régional Dr.  
Everett Chalmers  
Coordonnatrice  
provinciale

2006  
Hôpital  
Régionale de St-  
Jean

2015  
Hôpital Régionale  
d'Edmundston  
Centre hospitalier  
de l'Enfant Jésus  
Équipe mobile  
Hôpital de  
Tracadie-Sheila

2016  
Hôpital de  
Miramichi  
Équipe mobile  
Hôpital de St-  
Quentin  
Équipe mobile  
Hôpital de Grand-  
Sault





Pourquoi avons-nous besoin de programmes SANE?

# Statistiques

(Enquête sur la violence envers les femmes, Statistique Canada, Égalité des femmes)

- \* 1 femme sur 4 et 1 homme sur 6 sera victime d'agression sexuelle au courant de sa vie
- \* En 2011, au NB, 539 agressions sexuelles ont été rapportées à la police pour un taux de 71 par 100 000 habitants. La moyenne Canadienne est de 61 pour 100 000 habitants.
- \* Depuis l'implantation du programme SANE dans le réseau Vitalité, soit dans les derniers 11 mois, nous avons pu venir en aide à 31 victimes

# Statistiques chez nos petits

(Statistique Canada)

- \* Dans plus de 58% des agressions sexuelles signalées à la police en 2007, les victimes étaient de enfants
- \* Les enfants de moins de 12 ans représentent 25% des victimes
- \* Depuis l'implantation du programme SANE dans le réseau Vitalité, soit dans les derniers 11 mois, nous avons pu constater que plus de 78% des victimes d'agression sexuelle vu dans le programme sont des jeunes de moins de 18 ans et plus de la moitié (57%) ont moins de 13 ans

# Les besoins de victimes d'agression sexuelle sont complexes

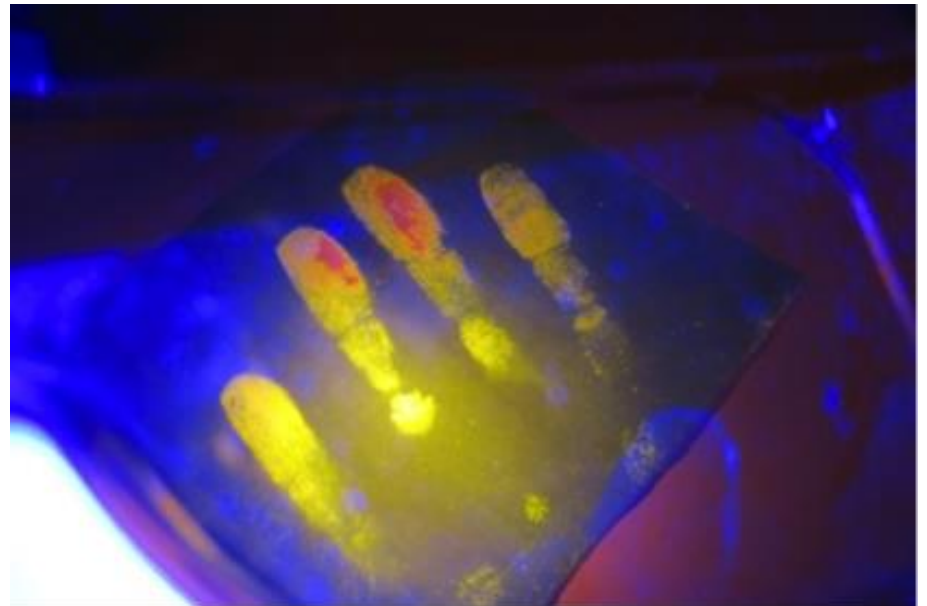
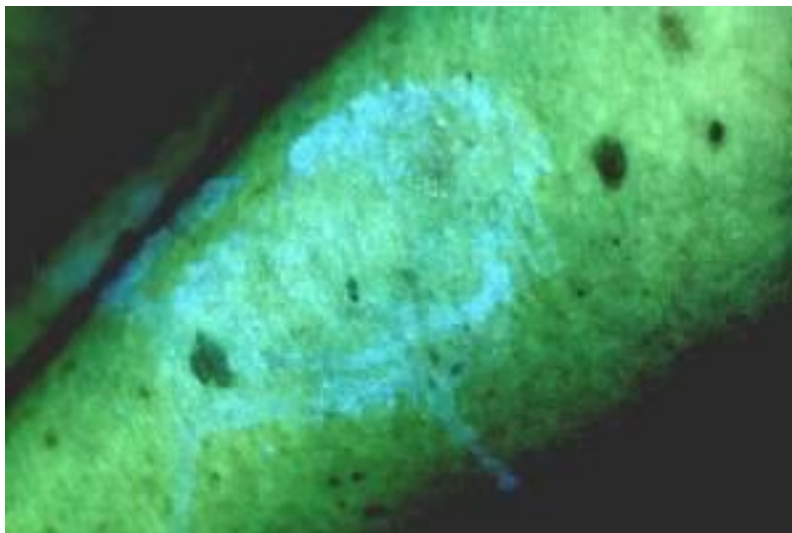
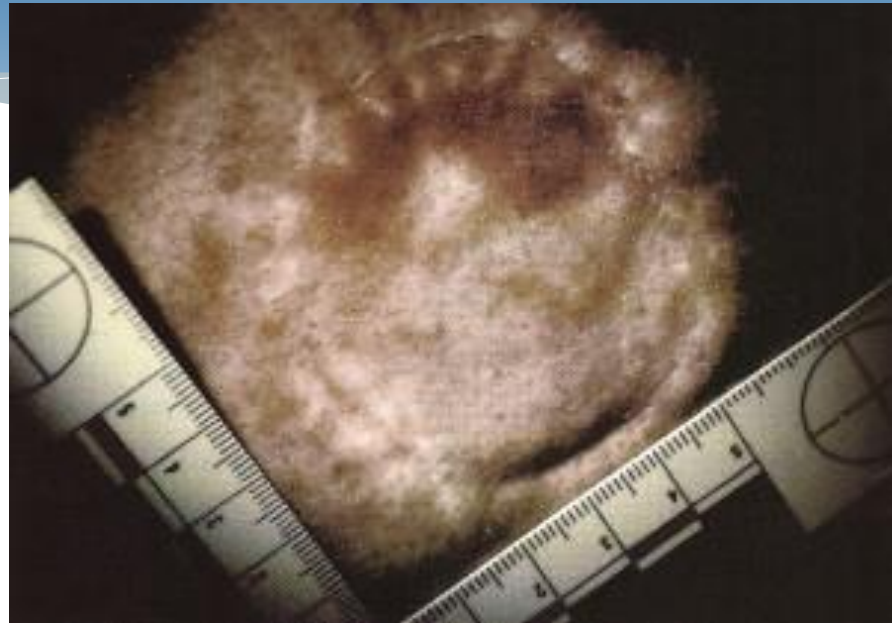
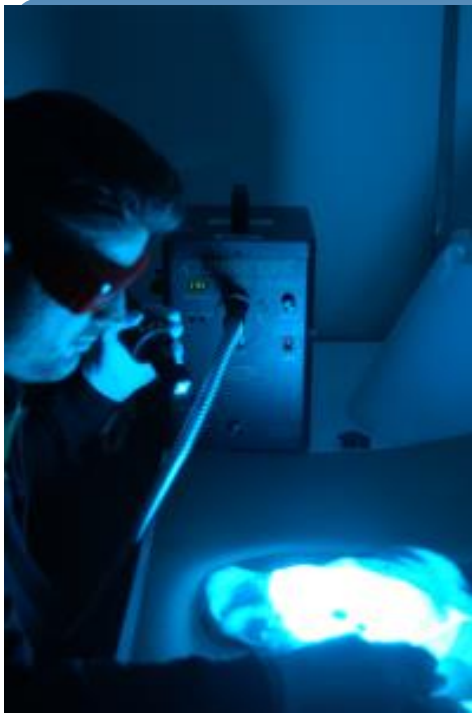
- \* L'agression à caractère sexuelle un acte de domination, d'humiliation, d'abus de pouvoir, de violence. C'est le seul crime où on demande à la victime de se justifier.
- \* Professionnel de la santé non formé peut difficilement offrir des soins optimaux et holistiques à ces patients.
- \* Souvent des cas peu prioritaires donc peuvent attendre un long moment avant de voir le médecin = détresse psychologique, remise en question de la pertinence de la divulgation et détérioration des preuves médico-légales
- \* Jugements, commentaires = re-victimisation

# Bénéfices d'un programme SANE

- \* Plus de victimes rapporte l'agression à la police
- \* Meilleure qualité de preuves médico-légales et qualité des soins
- \* Meilleures conclusions lors du processus judiciaire
- \* Meilleure qualité des soins, assure une meilleure récupération et aide au processus de guérisons du traumatisme de l'agression
- \* Libère les médecins et infirmières de l'urgence pour ces cas
- \* L'infirmière SANE est celle appelée à témoigner en cours et non le médecin
- \* Assure un suivi juste et approprié pour ces patients, limitant ainsi les visites de retour à l'urgence

# Trois options seront offert au patient







# À la suite du congé

- \* Le patient va recevoir un appel de l'infirmière coordonnatrice 2 à 3 jours suivant l'examen médico-légale:
  - \* Offrir du support
  - \* Répondre aux questions et aux inquiétudes
  - \* Donner les résultats des prélèvements (sérologie et microbiologie)
  - \* Céduler un rendez-vous de suivi si nécessaire

# Violence conjugale



## Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 6 décembre 2016

**Objet : Projet de construction et rénovation**

Vous trouverez ci-joint une mise à jour des projets de construction et rénovation pour l'année 2016-2017 conformément au budget annoncé par le Ministère de la Santé soit :

**Budget d'immobilisation à long terme**

Total : 39,8 M \$ dont :

- 17,8 M \$ (Services chirurgicaux au CHUDGLD)
- 3,4 M \$ (2 M \$ Centre d'excellence à Campbellton et 1.4 M \$ Démolition du CHR)
- 18,6 M \$ (18.2 M % Agrandissement à l'Hôpital Régional Chaleur et 400,000 \$ Centre de Santé Paquetville)

**Budget de rénovation majeur**

Total : 2.2 M \$ dont :

- 1 M \$ (800 K \$ Champs d'épuration Stella-Maris-de-Kent et 200 K \$ système de contrôle des ascenseurs au CHUDGLD)
- 800 K \$ (Compléter pharmacie satellite de l'oncologie à l'Hôpital Régional d'Edmundston)
- 400 K \$ (Réparation ascenseurs à Caraquet et Lamèque).

Madame Gisèle Beaulieu fera une présentation de ces projets pendant la rencontre et répondra aux questions des membres. La présentation est jointe à cette note couverture.

Soumis le 28 novembre 2016 par Gisèle Beaulieu, vice-présidente de la Performance, de la Qualité et des Services généraux





# Projets de construction 2016-2017



# Région Beauséjour

# Projets de construction 2016-2017

## Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont Services chirurgicaux

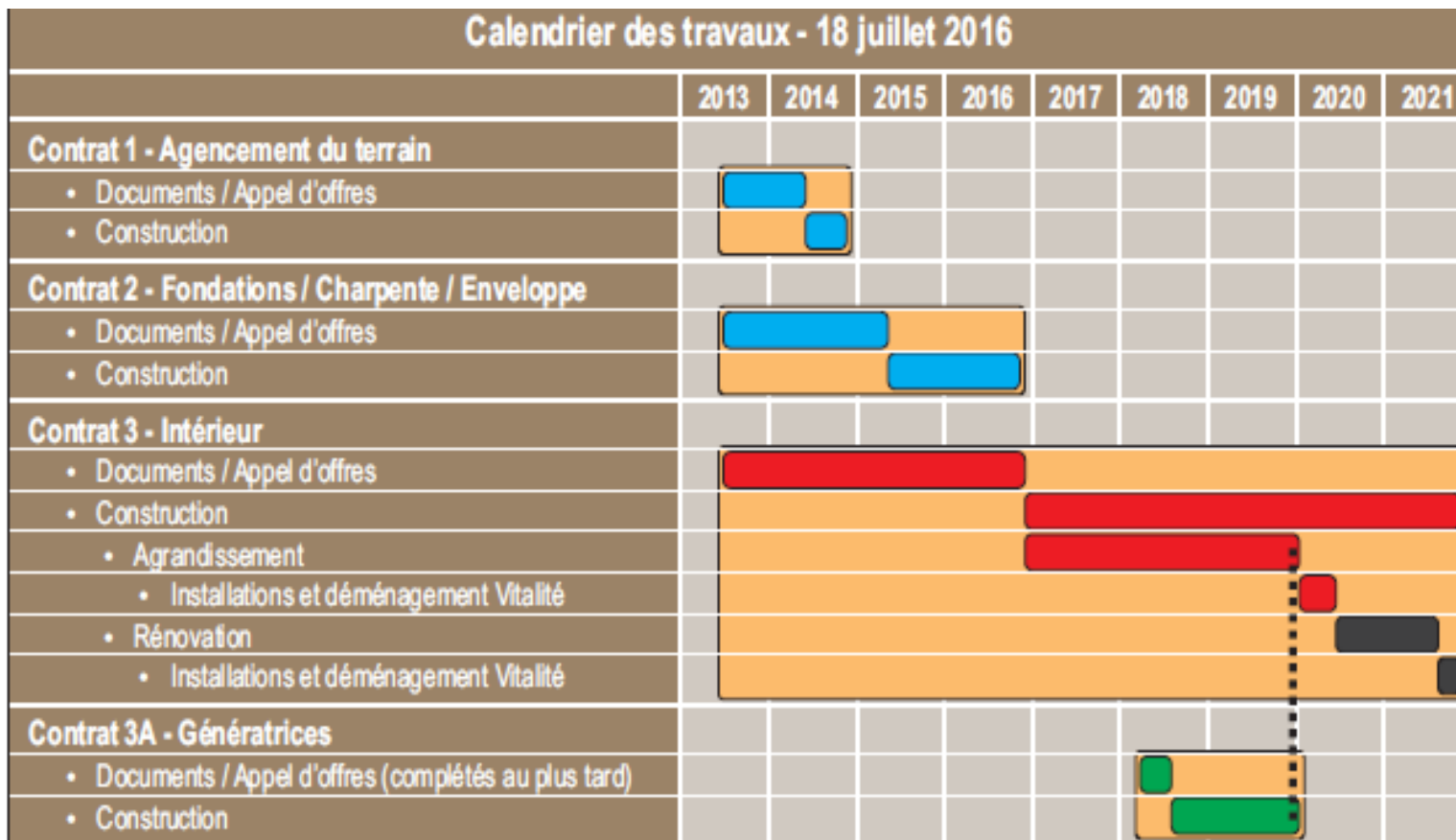


# Services chirurgicaux

- Budget total prévu du projet – 101 M \$
- Budget annoncé 2016-2017 par le ministère de la Santé : 17,8 M \$
- Budget d'équipement est de 8,9 M \$
- Situation actuelle :
- Construction (contrat n° 2 - enveloppe) débutée en mars 2015 et présentement prévu d'être complétée 2 décembre 2016
- Appel d'offres pour le contrat n° 3 (intérieur et rénovations) : sorti 17 novembre 2016 (fermeture 17 janvier 2017)
  - Ouverture bloc opératoire, service de stérilisation, soins intensifs, physio/ergo prévue : juillet 2020
  - Ouverture nouveaux soins intermédiaires prévue : déc. 2021



# Services chirurgicaux

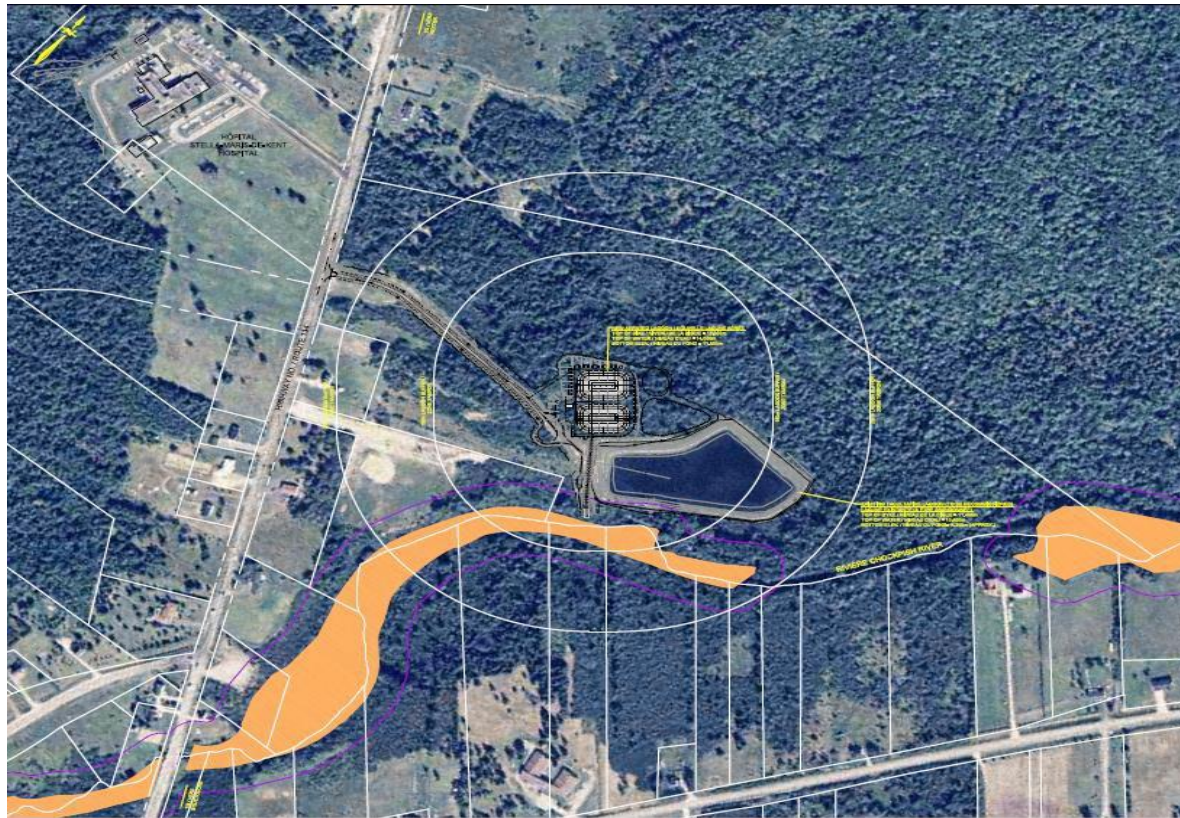


## Bassins traitement des eaux usées

- Budget total prévu du projet – 1,65 M \$
- Budget annoncé par le ministère de la Santé (2016-2017): 800 000 \$
- Phase 1 : exécutée de septembre 2015 à novembre 2015 - Construction du chemin d'accès et des deux bassins
- Phase 2: Construction de l'usine d'aération sera terminée début décembre 2016

# Hôpital Stella-Maris-de-Kent

## Bassins traitement des eaux usées



# Nouvelle morgue au CHU Dr-Georges-L.-Dumont

- Budget : 2,1 M \$, coûts partagés entre le Réseau et le Centre de formation médicale (CFM).
- Nouvel espace de 2,500 pi<sup>2</sup> remplacera de l'espace présent de 650 pi<sup>2</sup> et qui inclus :
  - salle de réunion
  - salle d'éducation
  - espace de visionnement en plus d'une salle d'autopsie
  - un réfrigérateur adapté
- Phase de concept terminée. Phase préliminaire débutée.
- Début de la construction: prévue en juin 2017

# Clinique du sommeil CHU Dr-Georges-L.-Dumont

- Budget : 700 000 \$
- Nouveaux locaux de 2300 pi<sup>2</sup> remplaceront l'espace présent approximatif de 1000 pi<sup>2</sup> et inclus :
  - quatre chambres à coucher
  - une salle d'acquisition
  - un bureau
  - une salle ambulatoire
  - une réception
- Construction débutée et projet prévu d'être complété à la mi-décembre 2016.

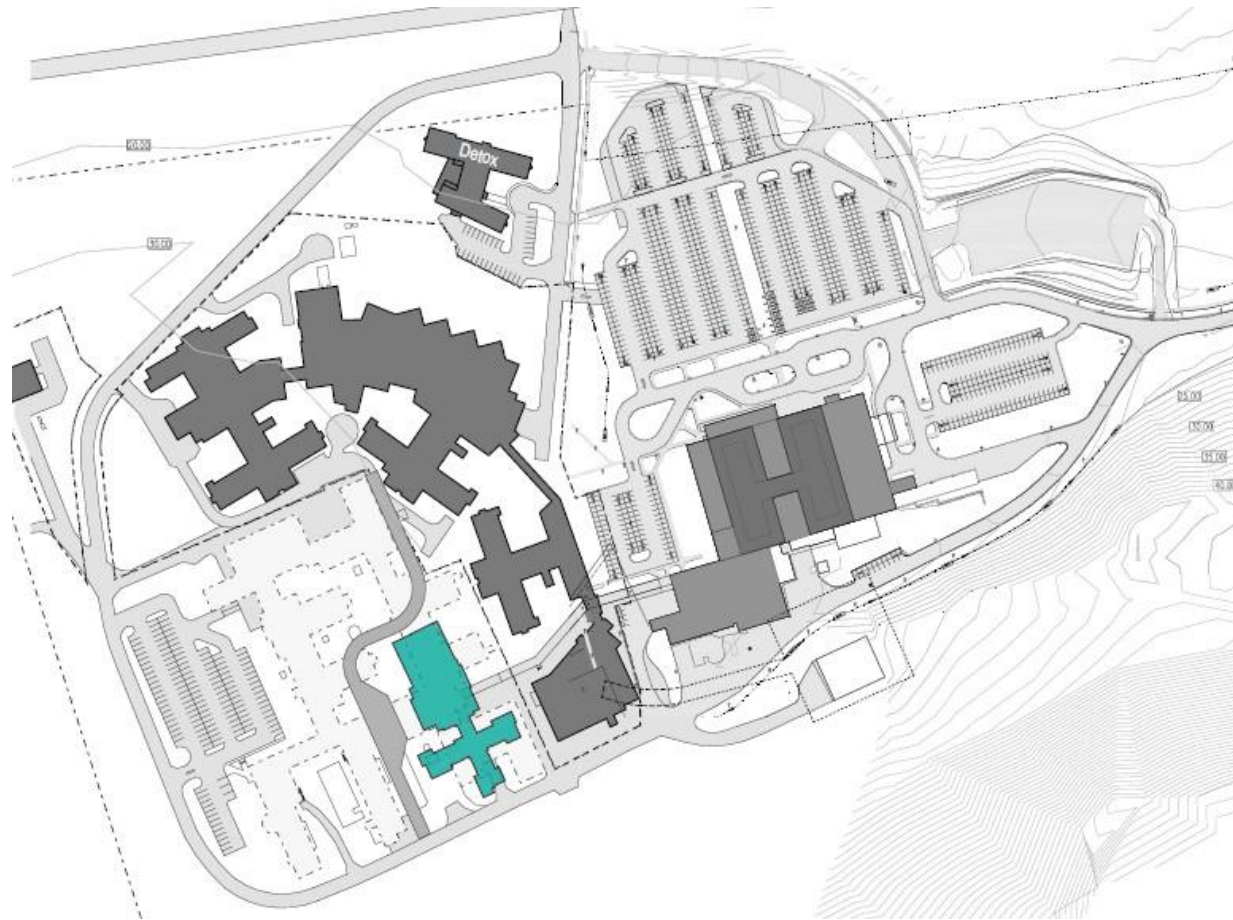


# Région Restigouche

# Centre provincial d'excellence pour jeunes

- Budget total prévu pour ce projet : 14,3 M \$
- Budget annoncé par le ministère de la Santé (2016-2017): 2,0 M \$ (pour le début des plans architecturaux).
- Nouveau centre accueillera 15 patients (10 non sécurisés + 5 sécurisés).
- Nouvel édifice : 28 000 pi<sup>2</sup> , un niveau raccordé au circuit de passerelles internes existantes (avec le CHR et l'HRC).
- Plan d'adjacent approuvé le 29 mars 2016.
- Construction prévue débutée en juin 2017 pour une durée d'environ 12 mois.
- Date de mise en service par le Réseau : mi-octobre 2018.

# Démolition de l'ancien Centre Hospitalier Restigouche avec construction d'un nouveau stationnement

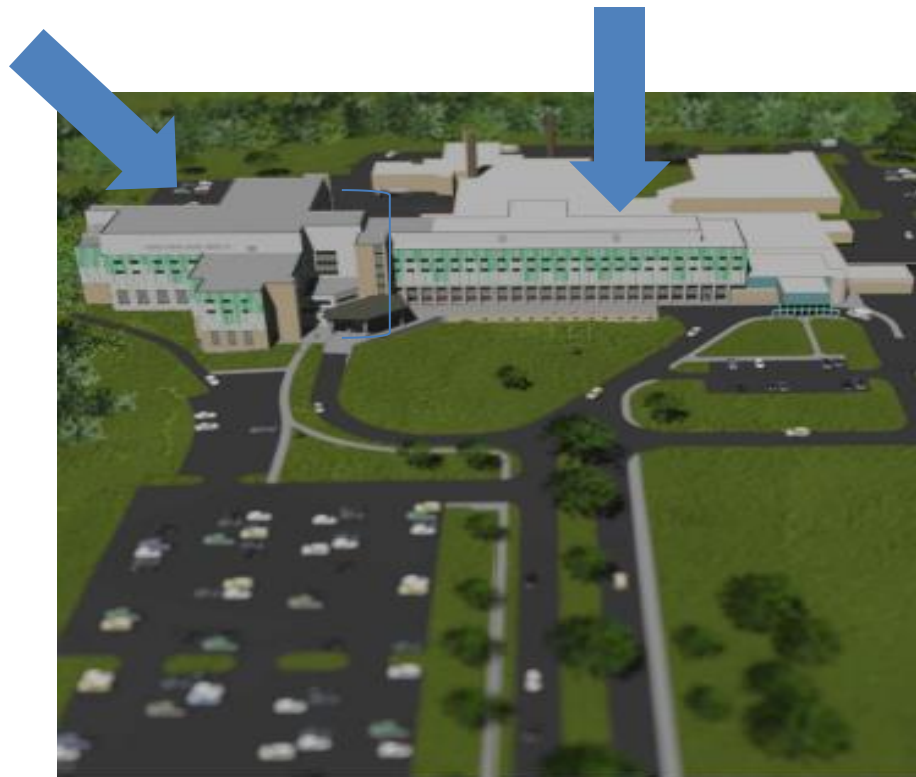






# Région Acadie-Bathurst

# Agrandissement et rénovations Hôpital régional Chaleur



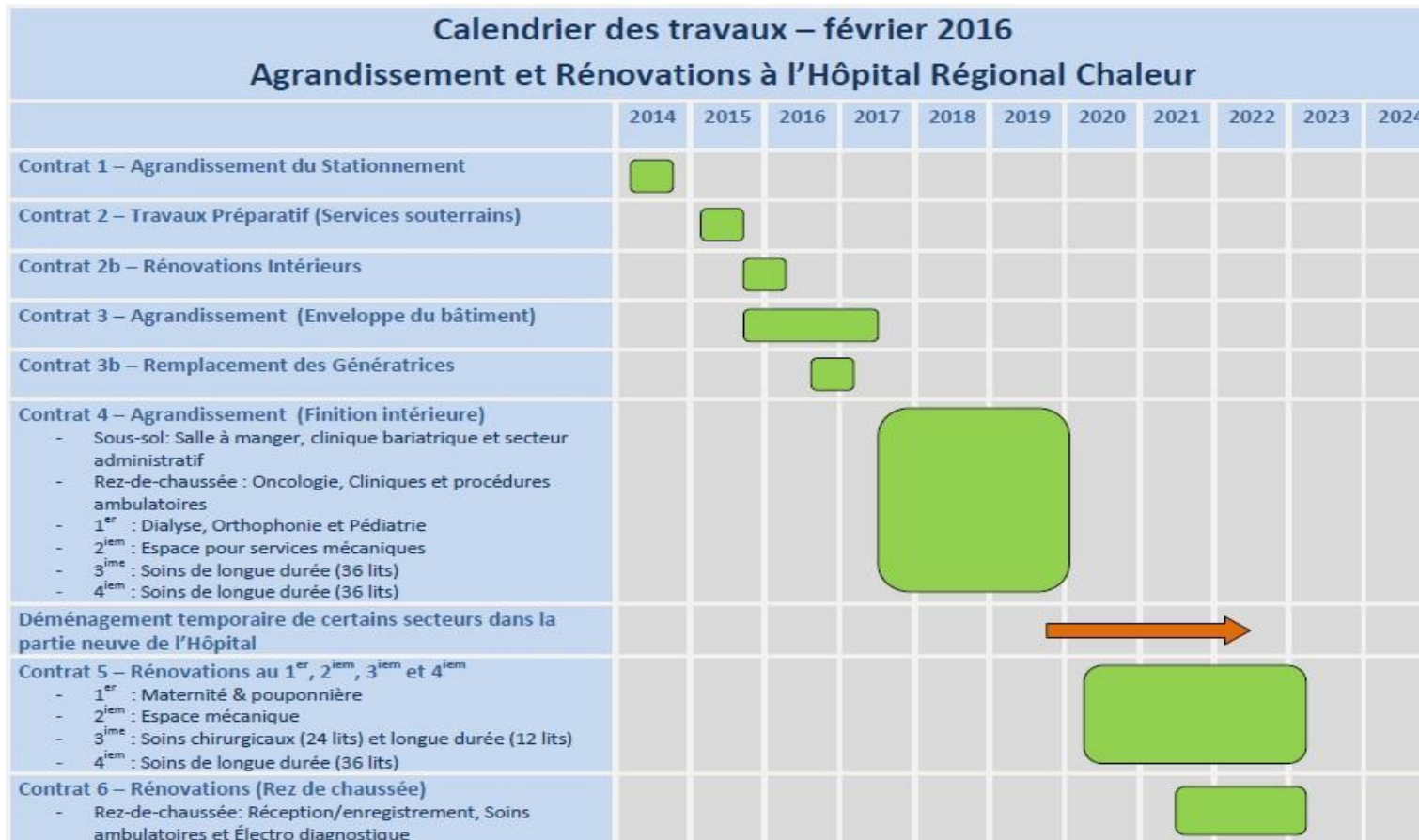
Agrandissement de  
7 étages = 22  
000m<sup>2</sup> total de  
nouvelle superficie.

Rénovation de 6  
étages = 11 500m<sup>2</sup>  
total de superficie  
existante affectée.

# Agrandissement et rénovations Hôpital régional Chaleur

- Budget total prévu du projet : 217 M \$ (dont 144 M \$ en budget de construction)
- Budget annoncé par le ministère de la Santé (2016-2017) : \$18,2 M \$
- Budget d'équipement : 21 M \$, dont 6 M \$ pour la construction
- Situation actuelle :
- Construction (contrat n° 3 - enveloppe) débutée en octobre 2015 et prévue d'être complétée en juillet 2017
- Appel d'offres pour le contrat n° 4 (intérieur et rénovations) : 30 janvier 2017 (fermeture 30 mars 2017). Construction en juillet 2017
  - Ouverture unités de soins de longues durées (72 lits des 144) prévue au début 2020 en plus de la dialyse, orthophonie et pédiatrie, secteur administratif, etc.
- Rénovations des autres unités de soins : 2020 à 2023

# Agrandissement et rénovations Hôpital régional Chaleur



# Centre de santé de Paquetville

- Budget annoncé par le ministère de la Santé (2016-2017) : 400 000 \$.
- Agrandissement et rénovation du centre actuel
- Ajout d'un service de phlébotomie et autres services
- Phase de planification en cours par une firme d'architecte
- Travaux débuteront au printemps 2017 pour être complétés à la fin octobre 2017



# Région Nord-Ouest

# Pharmacie – Hôpital régional d'Edmundston

- Budget: 800 000 \$ en 2016-2017
- Rénovation des espaces pour la préparation des médicaments intraveineux
- Fin du projet prévue pour mars 2017

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 6 décembre 2016

Objet : **Évaluation de la séance**

Une évaluation doit être complétée par les membres du Conseil d'administration après chaque réunion. Le but consiste à évaluer l'efficacité globale de la réunion du Conseil d'administration.

Cette évaluation sera partagée au Comité de gouvernance et de mise en candidature lors de leur prochaine rencontre afin de déterminer si des changements peuvent être effectués dans le but d'accroître le fonctionnement du Conseil d'administration.

Vous trouverez ci-joint le formulaire d'évaluation de la séance que vous devez compléter et remettre à Sonia avant de quitter.

Soumis le 25 novembre 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.



## Formulaire d'évaluation

### Réunion publique du Conseil d'administration

Le but de ce formulaire est d'évaluer l'efficacité globale du processus de la réunion publique du Conseil d'administration. Veuillez s.v.p. classer les éléments suivants sur une échelle de 1-5, où un "1" ne répond pas à vos attentes et un "5" dépasse vos attentes. Cette évaluation nous guidera afin de savoir où les changements peuvent être effectués dans le but d'accroître notre productivité.

	Dépasse vos attentes		Rencontre vos attentes		Ne réponds pas à vos attentes		Sans objet
	5	4	3	2	1		
1) Les documents ont été fournis suffisamment à l'avance pour se préparer aux réunions.	5	4	3	2	1		
2) La durée de temps était appropriée pour chaque sujet à l'ordre du jour.	5	4	3	2	1		
3) La mise à jour et le rapport du P.-D.G. étaient pertinents.	5	4	3	2	1		
4) La documentation permettait de comprendre les enjeux et d'appuyer la prise de décision.	5	4	3	2	1		
5) La direction était préparée et impliquée.	5	4	3	2	1		
6) Les membres du conseil étaient préparés.	5	4	3	2	1		
7) Les membres du conseil ont participé aux discussions.	5	4	3	2	1		
8) Le conseil était axé sur les questions de stratégie et de politique.	5	4	3	2	1		
9) Les discussions étaient pertinentes.	5	4	3	2	1		
10) La prise de décisions était guidée par les valeurs et des données probantes.	5	4	3	2	1		
11) Les suivis identifiés étaient clairs.	5	4	3	2	1		
12) Les discussions/divergences d'opinions ont été gérées de façon efficace.	5	4	3	2	1		
13) Les conflits d'intérêts ont été identifiés et gérés.	5	4	3	2	1		
14) Les sujets identifiés à la réunion publique étaient-ils appropriés ?	5	4	3	2	1		

Veuillez s.v.p. utiliser cet espace pour plus amples commentaires :

---



---

Veuillez nous fournir des idées au niveau de l'éducation ou des discussions génératives pour des sujets de discussion futurs :

---



---

Remettre le formulaire complété à l'adjointe administrative du P.-D.G. Merci!

## Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration  
Le 6 décembre 2016

**Objet : Dialogue avec le public**

Chaque séance publique du Conseil d'administration est suivie d'une période de dialogue avec le public d'une durée maximale de 30 minutes.

Des groupes ou individus peuvent soumettre leur(s) question(s) jusqu'à trois jours ouvrables avant la date de la réunion. Ceci assure le bon déroulement des échanges et permet de préparer des réponses complètes et en temps opportun.

La période de 30 minutes est répartie équitablement entre tous les groupes ou individus qui ont des questions avec un temps maximum de 15 minutes advenant qu'il y ait 2 ou moins d'intervenants. Le temps maximum de 15 minutes est pour l'ensemble d'un groupe même si plus d'une personne représente ce dernier.

Au moment de préparer la réunion, trois demandes ont été reçues :

- 1) Le Comité communautaire de la santé/HGGS a soumis 3 questions qui seront posées pendant la période d'échanges avec le public (voir correspondance incluse).
- 2) Égalité Santé en Français Inc. - a soumis 3 questions (voir correspondance incluse).
- 3) Égalité Santé en Français Inc. - 8 points de discussion (voir correspondance incluse).

Comme il reste encore une semaine avant la rencontre il est fort probable que nous recevions d'autres questions.

Soumis le 25 novembre 2016 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Points de discussion d'Égalité Santé en Français Inc. reçus le 28 novembre 2016.

- La politique de transparence du réseau et les demandes d'Égalité Santé ;
- Le Plan quinquennal de rattrapage ;
- Le programme Extra-mural ;
- La prise en main par le Conseil d'administration de Vitalité des pouvoirs prévus dans le Loi;
- Les difficultés du public à trouver le responsable lors de problèmes ou d'inconvénients ;
- La consultation dans le cadre du Plan stratégique ;
- Le mandat du comité stratégique de recherches ;
- Le nombre de postes éliminé suite à la réorganisation de mars 2016

Comité communautaire de la santé/ HGGS  
15, rue Church, Grand-Sault, NB E3Z 2N3

Le 23 novembre 2016

Réseau de santé Vitalité  
275, rue Main – bureau 600  
Bathurst NB E2A 1A9

À qui de droit :

Quelques membres du Comité communautaire de la santé de l'Hôpital général de Grand-Sault seront présents à la réunion ordinaire du Réseau de santé Vitalité à Edmundston le mardi 6 décembre prochain.

Voici trois questions qui vous seront adressées lors de la période de dialogue avec le public :

- 1. Manque de médecins de famille:** Pour la quatrième année consécutive, une demande de médecins additionnels pour la région de Grand-Sault. Cette situation est devenue une urgence car un autre médecin de famille vient tout juste de prendre sa retraite – aucun remplaçant à date. Est-ce que Vitalité peut adresser cette situation? Le Comité communautaire de la santé / HGGS a récemment fait parvenir une lettre à cet effet à la Société médicale des médecins.
- 2. Infirmière praticienne:** Est-ce que le Réseau de santé Vitalité a fait des démarches pour l'embauche d'une infirmière praticienne pour la région de Grand-Sault? À cause du manque de médecins, le Comité croit que l'embauche d'une infirmière praticienne pourrait avoir un impact positif afin de mieux desservir la population de Grand-Sault et ses communautés environnantes.
- 3. RADIOLOGISTE :** L'entente en date du 25 octobre 2011 à l'effet que « les radiologistes d'Edmundston ont finalement accepté de venir à l'Hôpital général de Grand-Sault une journée/semaine et ce sur une base de rotation » a été rompue suite au départ d'un radiologiste à la retraite à l'Hôpital régional d'Edmundston. Sachez que nos services en imagerie ont grandement été affectés. Quand ce problème sera-t-il résolu autant pour Edmundston que pour Grand-Sault?

Guido Godbout, président

Comité communautaire de la santé/ HGGS

Questions d'Égalité Santé en Français Inc. reçus le 27 novembre 2016.

1. Puisque je suis francophone et que je veux me faire soigner en français dans une institution francophone, je veux savoir quel(s) (s) **nouveau(x)** service(s) clinique(s) a ou ont été mis en place depuis mars 2016 qui n'étai(en)t pas en place avant mars 2016 ?
2. Pourquoi la radio est-elle au poste anglophone dans un établissement du réseau ? Avez-vous une politique linguistique et qui en est responsable ?
3. Comment allez-vous régler le problème de stationnement du CHUD qui s'est amplifié dernièrement ?