

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Titre de la réunion :	Conseil d'administration	Date et heure :	Le 28 février 2017 à 13 heures			
But de la réunion :	Réunion publique	Endroit :	Best Western Plus Bathurst Salle : Acadie-Tétagouche			
Présidente :	Michelyne Paulin					
Secrétaire :	Sonia Haché-Lanteigne					
Participants						
Membres						
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)	
Membres d'office						
Gilles Lanteigne		Dre Nicole LeBlanc			Linda Sunderland	
Équipe de leadership						
Gisèle Beaulieu		Jacques Duclos			Johanne Roy	
Dre France Desrosiers		Stéphane Legacy			Pierre Verret	
AVIS DE RÉUNION			Pour	Documents		
				NC	NI	AD
1. Ouverture de la réunion						
2. Constatation de la régularité de la réunion						
3. Adoption de l'avis de réunion			D			✓
4. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels						
5. Adoption du procès-verbal de la réunion du 6 décembre 2016			D			✓
6. Questions découlant du procès-verbal et suivis			I	✓		
6.1 Position du Conseil d'administration sur la gestion du Programme extramural et des services alimentaires et environnementaux						
6.2 Réponse du ministre de la Santé aux 5 recommandations du Conseil d'administration du 28 juin 2016						
6.3 Plan régional de santé et d'affaires 2016-2019						
6.4 Programme extra-mural						
6.5 Recrutement de médecins à Grand-Sault						
7. Rapport du président-directeur général			I	✓		✓
8. Rapports des comités						
8.1 Comité exécutif				✓		
8.2 Comité de gouvernance et de mise en candidature (6 février 2017)			D	✓		✓
8.3 Comité des finances et de vérification (19 janvier 2017)			D	✓		✓
8.4 Comité de service à la clientèle, gestion de la qualité et de la sécurité (19 janvier 2017)			D	✓		✓
8.5 Comité stratégique de la recherche et de la formation (23 janvier 2017)			D	✓		✓
8.6 Comité de la planification stratégique (22 décembre 2016)			D	✓		✓

Légende : Pour : D = Décision I = Information C = Consultation
 Documents : NC = Note couverture NI = Note d'information AD = Autres documents

		NC	NI	AD
8.7 Comité médical consultatif (Rapport – 7 février 2017)	D	✓		
8.8 Comité professionnel consultatif (Rapport – 14 février 2017)	D	✓		
9. Privilèges temporaires des médecins	D	✓		✓
10. Correspondance	I	✓		✓
11. Documentation pour les membres	I	✓		✓
11.1 Management Lessons for High-functioning Primary Care Teams				
11.2 Critical Considerations for the Future of Patient Experience				
12. Histoire d'une expérience d'un patient		✓		
13. Relations avec la communauté / Services offerts				
13.1 Malnutrition et démarche de soins - Présentation	I	✓		✓
13.2 Société santé et mieux-être en français du N.-B. et Mouvement acadien des communautés en santé – Présentation	I	✓		✓
14. Autre point				
15. Levée de la réunion	D			
16. Évaluation de la réunion	C	✓		✓
17. Dialogue avec le public		✓		✓

Légende :

Pour :

Documents :

D = Décision

I = Information

C = Consultation

NC = Note couverture

NI = Note d'information

AD = Autres documents

AVIS DE RÉUNION

PROCÈS-VERBAL

Titre de la réunion :	Conseil d'administration	Date et heure :	Le 6 décembre 2016 à 13 heures
But de la réunion :	Réunion publique	Endroit :	Four Points by Sheraton (Edmundston) Salle : République A
Présidente :	Michelyne Paulin		
Secrétaire :	Sonia Haché-Lanteigne		

Participants

Membres					
Lucille Auffrey	√	Wesley Knight (quitte à 15 h 15)	√	Michelyne Paulin (Présidente)	√
Pauline Bourque	√	Norma McGraw	√	Denis M. Pelletier	√
Rita Godbout (Trésorière)	√	Gaitan Michaud	√	Sonia A. Roy (quitte à 15 h 15)	√
Gabriel Godin	√	Jean-Marie Nadeau	√	Claire Savoie	√
Émeril Haché	√			Anne C. Soucie (Vice-présidente)	√
Membres d'office					
Gilles Lanteigne	√	Dre Nicole LeBlanc	√	Linda Sunderland (quitte à 14 h 45)	√
Équipe de leadership					
Gisèle Beaulieu	√	Jacques Duclos	√	Johanne Roy	√
Dre France Desrosiers	√	Stéphane Legacy	√	Pierre Verret	√
Absente					
Brenda Martin	x				

PROCÈS-VERBAL

1. Ouverture de la séance

La présidente du Conseil d'administration souhaite la bienvenue aux participants et participantes et déclare la séance ouverte à 13 h 05.

2. Constatation de la régularité de la réunion

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

3. Adoption de l'avis de réunion

L'avis de réunion est présenté pour approbation.

MOTION 2016-12-06 / 01P

Proposé par Denis Pelletier

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le Conseil d'administration adopte l'avis de réunion.

Adopté à l'unanimité.

4. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels

Aucun conflit d'intérêts n'est signalé.

5. Adoption du procès-verbal de la réunion du 4 octobre 2016

Le procès-verbal de la réunion du 4 octobre 2016 est présenté pour approbation.

MOTION 2016-12-06 / 02P

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Lucille Auffrey

Et résolu que le Conseil d'administration adopte le procès-verbal de la réunion du 4 octobre 2016.

Adopté à l'unanimité.

6. Questions découlant du procès-verbal et suivis

Aucun suivi du procès-verbal du 4 octobre 2016 n'est noté.

7. Rapport du président-directeur général (P.-D.G.)

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. De ce rapport, sont ajoutés les sujets suivants :

- Engagement du personnel et du corps médical
 - Prix de mérite 2017
 - Plusieurs médecins se distinguent sur les scènes provinciale et nationale
- Gestion des ressources financières et matérielles
 - Clinique médicale du Haut-Madawaska à Clair
- Gestion des ressources humaines
 - Nomination d'une médecin-chef régionale
 - Amélioration de nos résultats en matière d'appréciation du rendement
- Relations avec nos partenaires et groupes communautaires
 - Rencontres et démarches de représentation
 - Liens tissés entre les Premières nations et les réseaux de santé
 - Nouvelle initiative en santé sexuelle à l'École secondaire Nepisiguit de Bathurst
- Gestion stratégique – Communication
 - Participation à la Semaine nationale de sensibilisation au cancer du col de l'utérus
 - Succès en matière de recrutement médical
 - Cadre de transparence et d'ouverture en matière de communication et de publication des résultats
- Mise en œuvre d'une culture de qualité et de sécurité des patients
 - Semaine nationale de la sécurité des patients soulignée en grand
- Relation avec le Conseil d'administration
 - Trois établissements hospitaliers célèbrent leur 25^e anniversaire
- Intégration des initiatives stratégiques et opérationnelles
 - Formation en ligne « Environnement sans fumée »
 - Entente avec les îles Saint-Pierre-et-Miquelon

Les membres du Conseil d'administration expriment leurs grandes inquiétudes face aux services de privatisation des services alimentaires et environnementaux qui touche la qualité de soins aux patients et du transfert du Programme extra-mural au privé. Ils demandent de communiquer au ministre de la Santé leurs inquiétudes.

8. Rapports des comités du Conseil d'administration**8.1 Comité exécutif**

Aucune réunion du Comité exécutif n'a eu lieu depuis la dernière réunion du Conseil d'administration.

8.2 Comité de gouvernance et de mise en candidature

Lucille Auffrey, présidente du comité, présente le rapport du Comité de gouvernance et de mise en candidature du 14 novembre 2016. Voici les points qui ont été soulignés :

- Rapport – Sous-comité des normes de gouvernance
- Entente de responsabilité (MOTION 2016-11-14 / 03GMC)
- Processus d'évaluation du rendement et du développement du médecin-chef et du président du Comité professionnel consultatif (CPC) (MOTION 2016-11-14 / 04GMC)
- Succession du président-directeur général (MOTION 2016-11-14 / 05GMC) et (MOTION 2016-11-14 / 06GMC)
- Personne au siège social
- Recommandation du Comité médical consultatif régional. Et résolu que Dre Solange Lanteigne de la zone 6 soit nommée pour siéger au Comité de gérance des antimicrobiens (MOTION 2016-11-14 / 07GMC)
- Gabarit de la note d'information (MOTION 2016-11-14 / 08GMC)
- Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration et de la session de formation

MOTION 2016-12-06 / 03P

Proposé par Lucille Auffrey

Appuyé par Sonia A. Roy

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

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2016-12-06 / 04P

Proposé par Gaitan Michaud

Appuyé par Sonia A. Roy

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.

Adopté à l'unanimité.**8.3 Comité de finances et de vérification**

Rita Godbout, présidente du comité, présente le rapport du Comité de finances et de vérification du 3 novembre 2016. Voici les points qui ont été soulignés :

- Suivis des recommandations du vérificateur externe 2015-2016
- Tableau de bord stratégique et opérationnel (septembre 2016)
- Demande de proposition pour vérificateurs externes (MOTION 2016-11-03 / 03FV)
- Priorisation des budgets capitaux 2017-2018 (MOTION 2016-11-03 / 04FV)
- Projet de la morgue et du laboratoire d'anatomie au CHUDGLD (MOTION 2016-11-03 / 05FV)
- Centre de médecine de précision du Nouveau-Brunswick
- États financiers en date du 30 septembre 2016 (MOTION 2016-11-03 / 06FV) et (MOTION 2016-11-03 / 07FV)

MOTION 2016-12-06 / 05P

Proposé par Rita Godbout

Appuyé par Pauline Bourque

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

Adopté à l'unanimité.**MOTION 2016-12-06 / 06P**

Proposé par Rita Godbout

Appuyé par Émeril Haché

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.

Adopté à l'unanimité.**8.4 Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité**

Anne Soucie, présidente du comité, présente le rapport du Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité du 3 novembre 2016. Voici les points qui ont été soulignés :

- Rapport des plaintes médicales
- Mise à jour de la démarche Agrément 2017
- Politique présence de la famille ou partenaire de soins
- Rapport trimestriel des incidents (T2)
- Rapport sur les préjudices aux patients
- Tableau de bord stratégique et opérationnel (septembre 2016)

MOTION 2016-12-06 / 07P

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Denis M. Pelletier

Et résolu que le Conseil d'administration accepte 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.

Adopté à l'unanimité.**8.5 Comité stratégique de la recherche et de la formation**

Pauline Bourque, présidente du comité, présente le rapport du Comité stratégique de la recherche et de la formation du 1er novembre 2016. Voici les points qui ont été soulignés :

- Révision du mandat
- Mise à jour du plan d'action (*annexe A du procès-verbal du 1^{er} novembre 2016*)
- Structure organisationnelle du secteur de la formation et de la recherche (*annexe B du procès-verbal du 1^{er} 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
- Décisions prises sans motion : (MOTION 2016/11/01-03-CSRF)
 - 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 2016-12-06 / 08P

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Lucille Auffrey

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

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2016-12-06 / 09P

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Jean-Marie Nadeau

Et résolu que le Conseil d'administration adopte la motion suivante : (MOTION 2016/11/01-03-CSRF) du Comité stratégique de la recherche et de la formation de la rencontre du 1er novembre 2016.

Adopté à l'unanimité.

8.6 Comité de la planification stratégique

Norma McGraw, présidente du comité, présente le rapport du Comité de la planification stratégique du 31 octobre 2016. Voici les points qui ont été soulignés :

- Planification de la retraite avec le Conseil les 5 et 6 décembre 2016 (MOTION 2016-10-31 / 04PS)

MOTION 2016-12-06 / 10P

Proposé par Norma McGraw

Appuyé par Sonia A. Roy

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

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2016-12-06 / 11P

Proposé par Norma McGraw

Appuyé par Denis M. Pelletier

Et résolu que le Conseil d'administration adopte la motion suivante : (MOTION 2016-10-31 / 04PS) du Comité de la planification stratégique de la rencontre du 31 octobre 2016.

Adopté à l'unanimité.

8.7 Comité médical consultatif

Dre Nicole LeBlanc présente le rapport du médecin-chef régional. Voici les points qui ont été soulignés :

- Nominations intérimaires de chefferies départementales

Elle présente également, en tant que présidente de ce comité, le rapport du Comité médical consultatif du 15 novembre 2016. Voici les points qui ont été soulignés :

- 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
- Projet des grands utilisateurs
- Politique sur l'aide médicale à mourir
- Politique sur la présence de la famille et partenaire de soins
- Demandes de nomination, de renomination et de changement de nomination (MOTION 2016/11/15-04-CMC)

MOTION 2016-12-06 / 12P

Proposé par Norma McGraw

Appuyé par Pauline Bourque

Et résolu que le Conseil d'administration accepte les demandes de nomination et de renomination du Comité médical consultatif du 15 novembre 2016.

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2016-12-06 / 13P

Proposé par Emeril Haché

Appuyé par Jean-Marie Nadeau

Et résolu que le Conseil d'administration accepte les changements de nomination en bloc du Comité médical consultatif du 15 novembre 2016.

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2016-12-06 / 14P

Proposé par Anne Soucie

Appuyé par Émeril Haché

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

Adopté à l'unanimité.

Une question est posée concernant le manque de médecin à Grand-Sault. Dre Desrosiers offrira une présentation au Conseil d'administration des détails concernant le recrutement des médecins et le manque de médecins de famille à Grand-Sault.

8.8 Comité professionnel consultatif

Linda Sunderland, présidente du comité, présente le rapport du Comité professionnel consultatif du 15 novembre 2016. Voici les points qui ont été soulignés :

- Suivi- clinique ambulatoire de contrôle de la Warfarin
- Politique sur le consentement à un traitement (MOTION 2016/11/15 03CPC)
- Politique – Présence de la famille dans nos milieux
- Présentation : Malnutrition
- Mise à jour secteur de la pratique professionnelle
 - Compétences avancées – test de Papanicolaou (MOTION 2016/11/15 04CPC)
 - Administration de médicaments (MOTION 2016/11/15 05CPC)
- Suivi concernant les taux de contentions
- 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

MOTION 2016-12-06 / 15P

Proposé par Gabriel Godin

Appuyé par Rita Godbout

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

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2016-12-06 / 16P

Proposé par Norma McGraw

Appuyé par Rita Godbout

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

Adopté à l'unanimité.

9. Privilèges temporaires des médecins

La vice-présidente des services médicaux, formation et recherche a octroyé des privilèges temporaires depuis la dernière réunion du Conseil d'administration (27 septembre au 25 novembre 2016). La liste est présentée pour

ratification.

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

MOTION 2016-12-06 / 17P

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Émeril Haché

Et résolu que le Conseil d'administration entérine la liste des privilèges temporaires du 27 septembre au 25 novembre 2016 déposée par le président-directeur général telle que présentée.

Adopté à l'unanimité.

10. Dossiers légaux

Aucun nouveau dossier légal n'a été entamé depuis la dernière réunion du Conseil d'administration.

11. Correspondance

Une liste de la correspondance reçue ou expédiée par le Conseil d'administration est présentée aux membres du Conseil d'administration.

12. Documentation pour les 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

Les membres du Conseil d'administration sont invités à suggérer des articles pour les prochaines rencontres.

13. Histoire d'une expérience d'un patient

13.1 Le professionnel de la santé devient patient

Monsieur Éric Gagnon, inhalothérapeute de formation avec 27 ans de pratique au Réseau de santé Vitalité dans l'établissement de l'Hôpital régional d'Edmundston, présente son expérience comme patient. Cette histoire porte à réfléchir sur les objectifs d'apprentissage suivant :

- 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.

La présidente remercie M. Gagnon de cette très belle présentation.

14. Relations avec la communauté / Services offerts

14.1 SANE

Dans le cadre d'une initiative qui découle du plan de rattrapage, Roxanne Paquette, coordonnatrice provinciale des infirmières examinatrices en cas d'agression sexuelle, présente 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 raisonnable. Il permet d'éduquer et sensibiliser la population sur les relations saines. Il

dessert la clientèle adulte, adolescente, pédiatrique et LGBTQ+.

La présidente remercie Mme Paquette de cette présentation très intéressante.

15. Autre point

15.1 Projet d'infrastructure

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 est offerte. Les sujets suivants ont été discutés.

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)

16. Levée de la séance

Émeril Haché propose la levée de la séance à 16 h 20.

17. Évaluation de la séance

Les membres du Conseil d'administration sont demandés de compléter l'évaluation de la séance.

18. Dialogue avec le public

Le dialogue avec le public a eu lieu.

Michelyne Paulin
Présidente du Conseil d'administration

Gilles Lanteigne
Secrétaire du Conseil d'administration

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 février 2017

Objet : **Questions découlant du procès-verbal et suivis**

6.1 Position du Conseil d'administration sur la gestion des services alimentaires et environnementaux

Lors d'une rencontre le 27 janvier 2017, à laquelle assistaient la Présidente et le P.-D.G., le Réseau de santé Vitalité a été informé de la décision du gouvernement de la privatisation des services alimentaires et environnementaux.

Une copie de la lettre acheminée au ministre de la Santé sous la signature de la Présidente et du P.-D.G. datée du 12 décembre 2016 est incluse dans la correspondance (item 10). La réponse du ministre de la Santé est également sous la même rubrique (item 10).

Dans cette correspondance datée du 17 janvier, mais reçue le 7 février 2017, le ministre de la Santé évoque les avantages prévus par le gouvernement par la privatisation des services.

Pour faire suite à ces échanges de correspondance entre le ministre de la Santé et le Réseau de santé Vitalité et à l'analyse de leur contenu, le Conseil d'administration est invité à se pencher sur les résolutions qui suivent.

Considérant que la proposition soumise à l'effet de maintenir les services alimentaires et environnementaux sous la responsabilité du Réseau de santé Vitalité démontre 1) des économies financières supérieures, 2) une meilleure qualité et intégration de ces services avec le volet clinique, 3) les résultats en matière de satisfaction des usagers et des taux d'infection nosocomiale et 4) des impacts moindres pour le personnel;

Considérant que le Réseau de santé Vitalité a partagé explicitement les résultats de l'analyse rigoureuse sur les avantages et inconvénients de recourir à une tierce partie pour la gestion des services alimentaires et environnementaux et qu'il a exercé ses responsabilités, ses pouvoirs et ses fonctions en lien avec son mandat qui lui est attribué dans la *Loi sur les Régies régionales de la santé*;

Considérant que le Conseil d'administration considère avoir rempli ses obligations en matière de fournir un avis éclairé au Ministre;

Proposition de résolution

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration demeure convaincu, suite à une analyse approfondie, que la gestion des services alimentaires et environnementaux devrait demeurer sous la responsabilité du Réseau de santé Vitalité et, ce, malgré les avantages présentés par le ministre de la Santé dans sa correspondance du 17 janvier et reçue le 7 février 2017.

Et résolu que le Conseil d'administration demande au ministère de la Santé de 1) clarifier son rôle, celui de Services Nouveau-Brunswick et celui de la Réseau de santé Vitalité dans l'évaluation de la proposition de Sodexo, 2) de divulguer l'état actuel des négociations en cours avec Sodexo et 3) de partager l'évaluation à jour des économies garanties anticipées en ayant recours à une tierce partie pour la gestion des services alimentaires et environnementaux.

6.2 Réponse du ministre de la Santé aux 5 recommandations du Conseil d'administration du 28 juin 2016

La réponse du ministre de la Santé aux 5 recommandations du Conseil d'administration émises en juin dernier a été reçue en mains propres le 27 janvier 2017 (voir copie de la correspondance à l'item 10).

En bref, les réponses n'apportent pas beaucoup d'information supplémentaire ou de nouvelles pistes pour répondre aux préoccupations exprimées. Par contre, la recommandation numéro 5 semble avoir été mal comprise. Le Conseil d'administration proposait une intégration des services aux personnes âgées et non une intégration des structures, ce qui semble avoir été mal interprété.

Proposition de résolution

Proposé
Appuyé

Que le Conseil d'administration clarifie auprès du ministère de la Santé que la recommandation numéro 5 : Intégrer les services aux personnes âgées portait non pas sur un changement de structure, mais plutôt sur une meilleure intégration des services de façon à éliminer les inefficiences entre les pourvoyeurs de services qui souvent sont au détriment des personnes qui les reçoivent.

6.3 Plan régional de santé et d'affaires 2016-2019

Le ministre de la Santé, dans une correspondance remise en mains propres le 27 janvier 2017, accueille favorablement le Plan régional de santé et d'affaires 2016-2019 soumis par le Conseil d'administration le 28 juin 2016 (voir copie de la correspondance à l'item 10).

Le Ministre exprime quelques réserves sur le Programme extra-mural et l'amélioration des services alimentaires et environnementaux. Il se dit en accord avec le Plan clinique qui fera l'objet d'un suivi annuel.

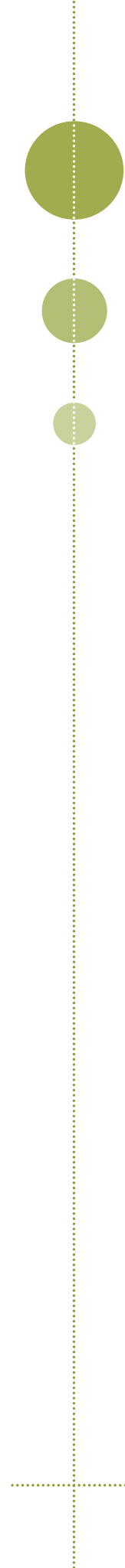
6.4 Programme extra-mural

Autre que l'information circulée dans la correspondance à laquelle il a déjà été référé dans les suivis précédents, le Conseil d'administration et l'Équipe de leadership ont été convoqués à une rencontre avec le Ministre, le Sous-ministre délégué des Services de santé et Affaires francophones - Division santé et le P.-D.G. de Medavie pour une rencontre à Moncton le 16 mars 2017.

6.5 Recrutement de médecins à Grand-Sault

Le 20 janvier dernier, Dre France Desrosiers et le P.-D.G. ont rencontré des membres de la communauté de Grand-Sault, soit M. Guildo Godbout, Dr Michel Landry, Dr Danie Roy et Dre Sylvie Sénéchal au sujet du recrutement des médecins à Grand-Sault. La planification concernant leurs besoins et les postes vacants qui persistent depuis plusieurs années furent discutés, ainsi que la stratégie de recrutement.

Dr Landry a rappelé qu'il y a déjà eu un stage organisé dans la région de Grand-Sault, mais que peu d'étudiants le choisissaient. Il va revoir à la faisabilité à l'intérieur du nouveau curriculum.



Une discussion autour des éléments nécessaires pour créer un milieu de pratique accueillant a eu lieu. Un travail d'équipe entre la communauté (espace) et des médecins locaux (parrainage/travail d'équipe) serait nécessaire. Le Réseau a précisé que son agente de recrutement locale pourrait également bénéficier de la collaboration d'un comité d'accueil local (communauté des médecins locaux).

Un autre moyen à explorer pour créer un milieu de pratique attrayant serait la mise en place du nouveau programme de médecine familiale de la Société médicale. Dre Desrosiers a fait un suivi auprès de la Société médicale du Nouveau-Brunswick. Andrew McLean de la Société médicale du Nouveau-Brunswick prévoit débiter une tournée dans la province et de prioriser la région de Grand-Sault afin d'expliquer, aux médecins en place, le nouveau programme et de vérifier l'intérêt de ces derniers qui pourrait avoir un impact positif pour attirer de nouveaux médecins.

Le Réseau a manifesté son désir d'encourager la participation des membres de la communauté et des médecins locaux aux foires de recrutement ciblées.

D'un autre côté, la création d'affichages plus attrayants sur le futur site web de la Province, pour les positions vacantes de la région est en cours en collaboration avec un groupe du ministère.

(Point 6.1 à 6.4)

Soumis le 16 février 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité

(Point 6.5)

Soumis le 16 février 2017 par Dre France Desrosiers, vice-présidente des Services médicaux, Formation et Recherche

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 février 2017

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

Le rapport du président-directeur général ici-bas couvre la période du 18 novembre 2016 au 10 février 2017. 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 16 février 2017 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 28 février 2017 Bathurst, Nouveau-Brunswick

Chers membres du Conseil d'administration,

Le rapport qui suit couvre la période du 18 novembre 2016 au 10 février 2017. 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.

Suite à votre approbation du Plan stratégique 2017-2020, au début du mois de janvier 2017, beaucoup de travail a été accompli dans les semaines qui ont suivi afin de développer le matériel de communication et de planifier les activités de lancement de ce document fondamental pour notre organisation. Par ailleurs, le travail se poursuit de manière assidue en vue d'être fin prêt pour la visite d'agrément du mois de juin prochain. Un exercice de simulation se déroule du 6 février au 3 mars 2017, et ce, à travers toute l'organisation. Cet exercice, qui reproduit partiellement les conditions réelles d'une visite, a comme objectif de mieux apprécier les forces du processus d'agrément. Plus de détails vous sont présentés dans le rapport du Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité.

En ce début d'année, il n'est pas trop tard pour vous offrir mes meilleurs vœux de santé, de bonheur et de prospérité pour 2017. J'anticipe avec plaisir l'occasion de poursuivre mon travail de collaboration avec tous les membres du Conseil d'administration.

Je vous souhaite une bonne lecture!

1. Engagement du personnel et du corps médical

1.1 Crise du verglas : mobilisation exceptionnelle du personnel

La crise du verglas, qui a secoué plusieurs régions du Nouveau-Brunswick il y a quelques semaines, a mis à l'épreuve la capacité de tous à s'adapter à des situations d'urgence. De nombreux intervenants ont dû redoubler d'engagement et d'altruisme pour assurer la continuité des services essentiels, dont les soins de santé.

Il convient de rendre hommage aux employés qui, même s'ils étaient eux-mêmes éprouvés par la panne de courant, ont travaillé sans relâche malgré la fatigue et le stress pour assurer le mieux-être de la population du Sud-Est, de la Péninsule acadienne et de la région Chaleur. Par leur mobilisation exceptionnelle, ils ont mis un baume sur la détresse et l'incertitude vécues par nos concitoyens.

Grâce à eux, le Réseau de santé Vitalité a été un partenaire de qualité dans la coordination des services de soutien aux sinistrés. Autant Énergie NB que l'Organisation des mesures d'urgence, pour ne nommer que ceux-ci, ont salué l'excellente collaboration du Réseau tout au long de cette crise.

2. Gestion stratégique / Communication

2.1 Améliorations apportées au site Internet du Réseau

Le site Internet du Réseau a fait l'objet d'une mise à jour complète au début du mois de février. Les couleurs ont été légèrement changées, le contenu a été remanié et de nouvelles sections ont été créées afin de mettre davantage en valeur les services offerts par le Réseau.

NOTE : La liste des communiqués de presse publiés pendant la période couverte par ce rapport est présentée en annexe 2.

3. Relations avec le Conseil d'administration

3.1 Séance de formation en matière de gouvernance

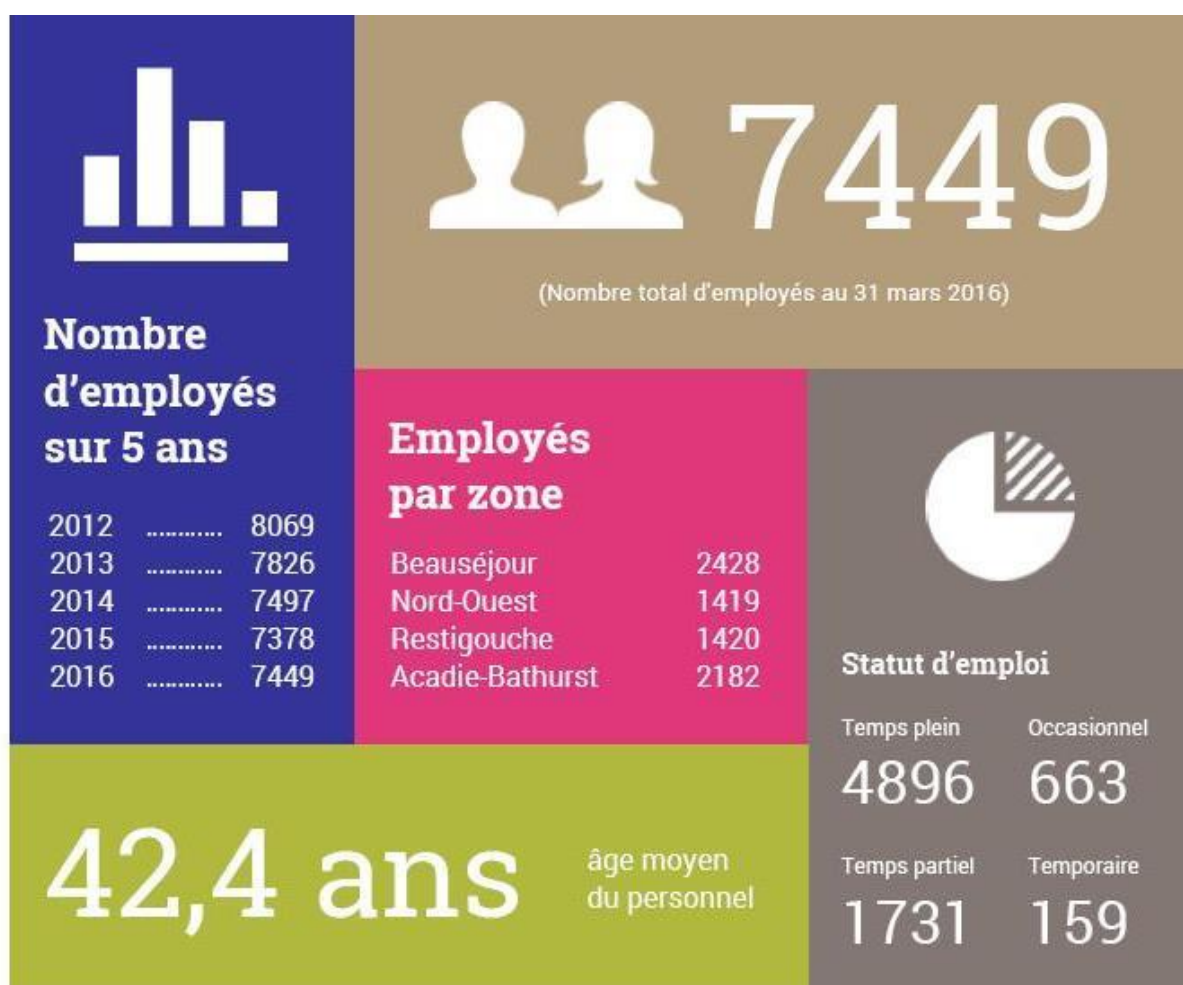
Tous les membres du Conseil d'administration sont invités à assister à une séance de formation d'une durée d'une journée, organisée par le ministère de la Santé en collaboration avec l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), le 23 mars prochain à

Fredericton. La séance portera sur la gouvernance efficace en matière de qualité et de sécurité des patients.

4. Gestion des ressources humaines

4.1 Un portrait de notre personnel

Un sommaire du profil des ressources humaines du Réseau a récemment été publié sur le Boulevard. Ce document présente les principales caractéristiques de la main d'œuvre du Réseau, des projections et les tendances générales.



5. Relations avec nos partenaires et groupes communautaires

5.1 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 plusieurs représentants municipaux et des regroupements communautaires intéressés au développement des services et des soins de santé dans leur région respective.

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

5.2 Nouveaux locaux plus spacieux pour le programme « Cœur en santé »

Des locaux fraîchement réaménagés du programme « Cœur en santé » ont été inaugurés au CEPS de l'Université de Moncton – campus de Moncton le 2 février dernier. Les patients en réadaptation cardiaque ont désormais accès à des installations plus spacieuses et à davantage d'équipement d'exercice. Ce projet a pu voir le jour grâce à l'appui financier de la Fondation canadienne de la santé cardiaque et de la Fondation CHU Dumont qui ont contribué à couvrir une partie du montant de 86 000 \$ qu'a coûté le réaménagement. Le programme « Cœur en santé » est offert conjointement par le Réseau et l'Université de Moncton – campus de Moncton depuis 1984.

6. Intégration des initiatives stratégiques et opérationnelles

6.1 Meilleure gestion de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

Le Réseau vise à améliorer la gestion de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et a mis en place récemment une initiative régionale à cet effet. Un modèle de gestion (basé sur le modèle d'Australie) a été adopté afin d'appuyer une approche de soins intégrés basée sur les meilleures pratiques, de favoriser l'optimisation des services existants et la participation du patient à la gestion de sa maladie. Depuis le mois de décembre dernier, chaque zone du Réseau bénéficie des services d'un coordonnateur pour les programmes de gestion de la MPOC et qui agit comme agent de liaison entre les services hospitaliers, le Programme extra-mural et le secteur des soins de santé primaires afin d'assurer une prise en charge optimale des patients. Plusieurs activités auront lieu au cours des prochains mois concernant la prévention et le dépistage de la MPOC.

6.2 Nouveau service de traitement des dépendances aux opioïdes

Un nouveau service de traitement des dépendances aux opioïdes est offert par le Réseau depuis janvier 2017. Ce service, qui s'arrime avec le Plan provincial de la santé 2013-2018, est en place à Bathurst et sera déployé dans les autres régions de notre territoire au cours des prochains mois. À noter que le Réseau de santé Horizon offre déjà ce service dans la zone Beauséjour par l'entremise du Service d'entretien à la méthadone situé à Moncton. Pour la mise en place de ce service, le Réseau a établi un partenariat avec le secteur privé afin d'intégrer les services de ses équipes multidisciplinaires aux cliniques de traitement des dépendances aux opioïdes et aux pharmacies communautaires dans les régions concernées. Les opioïdes sont une catégorie de drogues qui ont des effets similaires à ceux de la morphine. L'usage médical principal des opioïdes sur ordonnance consiste à soulager la douleur.

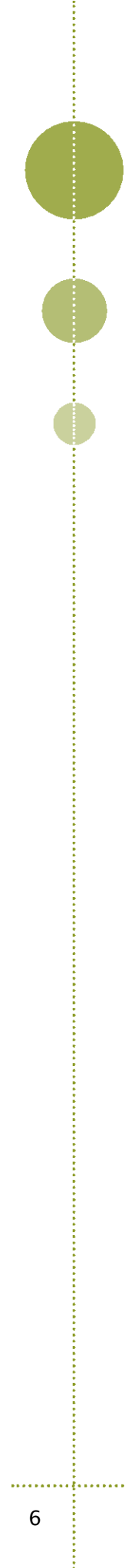
7. Mise en œuvre d'une culture de qualité et de sécurité des patients

7.1 Nous sommes à l'écoute des commentaires et des suggestions de nos patients

L'évaluation de l'expérience des patients est importante pour le Réseau et nous permet d'identifier nos forces et nos occasions d'amélioration en matière de soins et de services offerts à nos patients. À cette fin, plusieurs outils d'évaluation, dont nos sondages, ont été révisés ou sont en cours de révision.

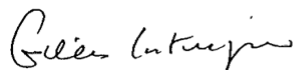
Le Réseau évalue de façon régionale la satisfaction des patients hospitalisés à l'aide d'un sondage, et ce, depuis 2013. Ce sondage a été révisé afin de mieux s'arrimer aux questions du sondage du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB), ce qui nous permettra de faire des études comparatives au niveau provincial et national. Le sondage révisé sera lancé en avril 2017. Par ailleurs, un sondage spécifique aux Services d'urgence a été développé en se basant sur un sondage validé du Conseil de la santé de l'Alberta. Certaines questions ont été ajoutées au sondage pour refléter la réalité de notre Réseau (p. ex. : l'hygiène des mains, l'identification des patients, la présentation du personnel). Ce sondage a été lancé en février 2017.

Le Centre Hospitalier Restigouche (CHR) a lancé un nouveau sondage en janvier dernier afin d'évaluer l'expérience de ses patients. Le sondage à l'intention des patients ayant reçu des soins sur une base ambulatoire (patients externes) a également été révisé et sera lancé en mars. D'autres services sont aussi en processus de développer un sondage de satisfaction propre aux soins et aux services qu'ils offrent, dont le Programme extra-mural.



Voilà qui fait le tour des principaux dossiers du Réseau pour la période du 18 novembre 2016 au 10 février 2017.

Le président-directeur général,



Gilles Lanteigne

ANNEXE 1 – Liste des rencontres et représentations du PDG (21 novembre 2016 au 10 février 2017)

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 24 novembre 2016 : Rencontre avec le regroupement des soins de santé de la région de Saint-Quentin
2. Le 30 novembre 2016 : Rencontre bilatérale avec le Réseau de santé Vitalité et le ministère de la Santé et rencontre du Comité conjoint ministériel du système de santé - Fredericton
3. Le 1^{er} décembre 2016 : Rencontre avec l'organisme Santé Catholique Internationale - Bathurst
4. Les 14 et 15 décembre 2016 : Réunion du Conseil d'administration de la Fondation de la recherche en Santé du Nouveau-Brunswick – Fredericton
5. Le 16 décembre 2016 : Rencontre avec l'Institut Atlantique de recherche sur le cancer (IARC) – Moncton
6. Le 19 décembre 2016 : Rencontre du Dr P.L., psychiatre de l'Université de Sherbrooke – Campbellton
7. Le 11 janvier 2017 : Rencontre avec le Forum des maires de Campbellton
8. Le 16 janvier 2017 : Rencontre du Dr S.R., consultant en qualité – Campbellton
9. Le 18 janvier 2017: Participation à une séance de planification stratégique du Conseil d'administration de Service Nouveau-Brunswick - Fredericton
10. Le 19 janvier 2017 : Participation à une invitation à une table ronde au sujet de la santé mentale et au sujet des soins à domicile – Moncton
11. Le 20 janvier 2017 : Rencontre avec le comité communautaire de l'Hôpital général de Grand-Sault - Bathurst
12. Le 24 et 25 janvier 2017 : Conseil d'administration de Medbuy – Ottawa
13. Le 26 janvier 2017 : Participation au discours sur l'état de la province – Fredericton
14. Le 27 janvier 2017 : Rencontre bilatérale avec le Réseau de santé Vitalité et le ministère de la Santé et rencontre du Comité conjoint ministériel du système de santé - Fredericton
15. Le 31 janvier 2017 : Participation au programme de formation médicale et de recherche - Moncton
16. Le 3 février 2017 : Visite des établissements de la Péninsule acadienne suite à la crise du verglas
17. Le 7 février 2017 : Rencontre du regroupement des soins de santé de la région de Saint-Quentin
18. Le 9 février 2017 : Conseil d'administration de Service Nouveau-Brunswick - Bathurst

ANNEXE 2 – Liste des communiqués de presse publiés (du 21 novembre 2016 au 10 février 2017)

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

Date de publication	Titre du communiqué
Le 1 ^{er} décembre 2016	La consultation pour le Plan stratégique 2017-2020 menée avec succès
Le 2 décembre 2016	Fermeture temporaire du Centre de santé de Jacquet River
Le 6 décembre 2016	Réunion publique ordinaire du Conseil d'administration – faits saillants
Le 19 décembre 2016	Un dégât d'eau touche le secteur de l'imagerie médicale
Le 22 décembre 2016	Diminution temporaire des services de radiologie générale à l'Hôpital de Tracadie-Sheila
Le 17 janvier 2017	Début d'incendie maîtrisé à l'Hôpital régional Chaleur
Le 17 janvier 2017	Le Réseau de santé Vitalité est proactif pour assurer l'excellence de ses services et des soins en santé mentale
Le 1 ^{er} février 2017	Crise du verglas : mise en place de services de soutien psychosocial additionnels

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 février 2017

Objet : **Comité exécutif**

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

Soumis le 13 février 2017 par Michelyne Paulin, présidente du Conseil d'administration.

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 février 2017

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

Vous trouverez ci-joint le rapport et le procès-verbal du Comité de gouvernance et de mise en candidature de la rencontre du 6 février 2017. Ce rapport sera présenté par Lucille Auffrey, présidente du comité. De ce rapport, découlent deux propositions, la première, de recevoir le rapport et la deuxième, l'adoption 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 de gouvernance et de mise en candidature de la rencontre du 6 février 2017.

2) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : MOTION 2017-02-06 / 03GMC, MOTION 2017-02-06 / 04GMC, MOTION 2017-02-06 / 05GMC, MOTION 2017-02-06 / 06GMC et MOTION 2017-02-06 / 07GMC du Comité de gouvernance et de mise en candidature de la rencontre du 6 février 2017.

Soumis le 16 février 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Rapport du Comité de gouvernance et de mise en candidature du Conseil d'administration

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 février 2017

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature a tenu une réunion régulière le 6 février 2017. Les sujets suivants ont été discutés :

- **Mise à jour – Entente de responsabilité** : à ce jour, l'entente de responsabilité n'a pas été signée par les réseaux de santé et le ministère. Les rencontres conjointes entre le ministère de la Santé, les présidentes des conseils et les présidents-directeurs généraux des deux réseaux se poursuivent.
- **Processus d'évaluation du rendement et du développement du médecin-chef et du président du Comité professionnel consultatif (CPC)** : il a été proposé de confier la responsabilité du processus comme tel au président-directeur général qui fera rapport au Comité d'évaluation du médecin-chef et du président du CPC.

MOTION 2017-02-06 / 03GMC

Proposé par Gaitan Michaud

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le président-directeur général soit mandaté responsable du processus d'évaluation du rendement et du développement du médecin-chef et du président du CPC pour faire rapport au Comité d'évaluation.

Adopté à l'unanimité.

- **Rapport – Sous-comité des normes de gouvernance** : le plan d'action va bon train, d'ailleurs déjà plusieurs politiques, outils et mécanismes sont en place pour rencontrer les critères sous chaque norme de gouvernance. D'autres activités sont en développement telles que l'amélioration des processus au niveau des services financiers ainsi que le suivi des recommandations des vérificateurs externes.
- **Gestion des discussions à huis clos** : le Réseau a reçu une plainte en juin 2016, en vertu de la Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée en provenance d'un organisme externe. Le contexte de la plainte est en lien avec les renseignements relatifs à une réunion du Comité consultatif sur les soins cliniques.

Une clarification sera transmise au Commissariat à l'accès à l'information et à la protection de la vie privée puisque le Comité consultatif sur les soins cliniques n'émane pas du Conseil d'administration. Pour faire suite à la recommandation, dorénavant les raisons pour lesquelles le Conseil d'administration estime qu'un sujet soit discuté à huis clos seront indiquées au procès-verbal.

MOTION 2017-02-06 / 04GMC

Proposé par Lucille Auffrey

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que les raisons pour lesquelles les comités relevant du Conseil d'administration et le Conseil d'administration estiment qu'il est nécessaire de tenir une réunion ou une partie d'une réunion à huis clos seront inscrites au procès-verbal.

Adopté à l'unanimité.

- **Projet de recherche – gouvernance et gestion des organisations de santé - Impacts des réformes** : ce projet permettra d’analyser en profondeur l’impact de la réforme tant au Nouveau-Brunswick qu’au Québec. À la fin de la recherche, les résultats seront partagés aux membres du Conseil d’administration d’ici la prochaine année.

MOTION 2017-02-06 / 05GMC

Proposé par Lucille Auffrey

Appuyé par Gaitan Michaud

Et résolu que le Conseil d’administration participe au projet de recherche intitulé « Gouvernance et gestion des organisations de santé : Impacts des réformes » sous acceptation également du Comité régional d’éthique du Réseau de santé Vitalité.

Adopté à l’unanimité.

- **Recommandation du Comité médical consultatif régional** : les médecins suivants ont accepté d’occuper des postes de chefferie départementale :
 - Dr Louis Thériault, chef du département de psychiatrie – 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 Guinard, 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 du département de gynécologie/obstétrique – zone 6
 - Dr Marc-André Doucet, chef du département de médecine de famille et urgence Chaleur – zone 6

MOTION 2017-02-06 / 06GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Lucille Auffrey

Et résolu que les nominations de chefferie départementale soient adoptées telles que présentées.

Adopté à l’unanimité.

- **Plan de mise à jour des politiques du Conseil d’administration** :

MOTION 2017-02-06 / 07GMC

Proposé par Lucille Auffrey

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que la révision des politiques soit intégrée au plan de travail des différents comités et soumise au Comité de gouvernance et de mise en candidature pour approbation en mai 2017.

Adopté à l’unanimité.

- **Session de formation – Institut canadien sur la sécurité des patients** : le ministère de la Santé en collaboration avec l’Institut canadien sur la sécurité des patients organise une session de formation destinée aux membres du Conseil d’administration des deux régies le 23 mars 2017 à Fredericton. Elle mettra l’accent sur la gouvernance en matière de qualité et de la sécurité des patients, puis elle sera offerte bilingue.
- **Évaluation de la dernière réunion du Conseil d’administration** : le taux de réponse est excellent et dans l’ensemble les commentaires sont positifs. Par ailleurs, certaines préoccupations ressortent dans les dossiers du programme extramural, des services alimentaires et de l’environnement. Ces dossiers seront suivis de près durant les prochains mois.

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité de Gouvernance et de mise en candidature pour la réunion du 6 février 2017 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

Titre de la réunion :	Comité de gouvernance et de mise en candidature	Date et heure :	Le 6 février 2017 à 09:00
		Endroit :	Vidéoconférence
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst (siège social)	(Gilles et Michelyne)
		Moncton : salle à l'Auberge	(Pauline)
		Edmundston : salle 2281	(Gisèle et Lucie)
Présidente	Lucille Auffrey	Grand-Sault : salle 0252	(Gaitan)
Secrétaire	Lucie Francoeur	Téléconférence :	(Sonia et Lucille)
Participants			
Lucille Auffrey	✓	Michelyne Paulin	✓
Gilles Lanteigne	✓	Sonia A. Roy	✓
Gisèle Beaulieu	✓	Pauline Bourque	✓
		Gaitan Michaud	✓
PROCÈS-VERBAL			

1. Ouverture de la séance

La séance est ouverte par Pauline Bourque à 09:09 qui préside la rencontre en remplacement de la présidente, Mme Lucille Auffrey. Cette dernière, en raison de problème technique est légèrement en retard.

2. Déclaration de conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

3. Adoption de l'ordre du jour**MOTION 2017-02-06 / 01GMC**

Proposé par Gaitan Michaud

Appuyé par Sonia A. Roy

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

Adopté à l'unanimité.

4. Adoption du procès-verbal du 14 novembre 2016**MOTION 2017-02-06 / 02GMC**

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Micheline Paulin

Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 14 novembre 2016 soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

5. Suivis de la dernière réunion tenue le 14 novembre 2016**5.1 Mise à jour – Entente de responsabilité**

Lors de la réunion conjointe entre le ministère de la Santé, les présidentes des conseils et les présidents-directeurs généraux des deux réseaux, le ministère a présenté le Tableau de bord du système de santé du 3^e trimestre. À ce jour, l'entente de responsabilité n'a pas été signée. Les rencontres se poursuivent.

Le ministre de la Santé a approuvé le Plan régional de santé et d'affaires 2016-2019. La correspondance sera partagée lors de la réunion du Conseil d'administration.

5.2 Processus d'évaluation du rendement et du développement du médecin-chef et du président du Comité professionnel consultatif

Le processus d'évaluation du rendement et du développement du médecin-chef et du président du Comité professionnel consultatif (CPC) a été approuvé lors de la réunion du Conseil tenue le 6 décembre dernier.

La performance du médecin-chef et du président du CPC est évaluée annuellement en fonction de l'année financière. Toutefois, il sera difficile de compléter le plan d'évaluation du rendement d'ici le 31 mars 2017. Donc, il est suggéré de repousser l'évaluation du médecin-chef au 31 mars 2018. Pour ce qui est de l'évaluation du rendement de la présidente du CPC, elle sera effectuée d'ici juin 2017 puisque son mandat termine cette année. Il est proposé de confier la responsabilité du processus comme tel au président-directeur général qui fera rapport au Comité d'évaluation du médecin-chef et du président du CPC.

MOTION 2017-02-06 / 03GMC

Proposé par Gaitan Michaud

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que le président-directeur général soit mandaté responsable du processus d'évaluation du rendement et du développement du médecin-chef et du président du CPC pour faire rapport au Comité d'évaluation.

Adopté à l'unanimité.

6. Affaires permanentes

6.1 Rapport – Sous-comité des normes de gouvernance

Une révision des actions à prendre a été effectuée pour chacune des activités d'amélioration lors de la réunion tenue le 2 février dernier. Gisèle Beaulieu rassure les membres que le plan d'action va bon train, d'ailleurs plusieurs politiques, outils et mécanismes sont en place pour rencontrer les critères sous chaque norme de gouvernance. D'autres activités sont en développement telles que l'amélioration des processus au niveau des services financiers ainsi que le suivi des recommandations des vérificateurs externes. Un exercice de simulation est prévu à la prochaine réunion du Conseil d'administration pour avoir un aperçu de quelle façon la rencontre se fait avec les visiteurs.

Un exercice d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance s'est tenu du 9 au 20 janvier 2017 pour se comparer à celui effectué en septembre 2015. Globalement les résultats sont positifs. Un plan d'amélioration sera développé pour adresser les lacunes.

7. Affaires nouvelles

7.1 Gestion des discussions à huis clos

Le Réseau de santé Vitalité a reçu une plainte en juin 2016, en vertu de la Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée en provenance d'un organisme externe. Le président-directeur général explique brièvement le contexte de la plainte en lien avec les renseignements relatifs à une réunion du Comité consultatif sur les soins cliniques.

La recommandation émise au Réseau de santé Vitalité et à son Comité consultatif sur les soins cliniques comportent trois volets :

1. de rédiger et de conserver les procès-verbaux de toutes les réunions ;
2. de s'assurer que lorsqu'une réunion est tenue, ou une partie d'une réunion est tenue à huis clos, que le procès-verbal de la réunion indique la nature du sujet qui doit être discuté à huis clos et les raisons pour lesquelles le conseil estime qu'il est nécessaire de tenir la réunion, ou la partie de la réunion à huis clos ; et,
3. de s'assurer que le procès-verbal adopté, autre que le procès-verbal d'une réunion, ou une partie de réunion, tenue à huis clos pour des motifs valables est mis à la disposition du public dans les deux langues officielles pendant les heures normales de bureau.

En premier lieu, une clarification sera transmise au Commissariat à l'accès à l'information et à la protection de la vie privée puisque le Comité consultatif sur les soins cliniques n'émane pas du Conseil d'administration. Dorénavant, les raisons pour lesquelles le Conseil d'administration estime qu'un sujet soit discuté à huis clos seront indiquées au procès-verbal.

MOTION 2017-02-06 / 04GMC

Proposé par Lucille Auffrey

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que les raisons pour lesquelles les comités relevant du Conseil d'administration et le Conseil d'administration estiment qu'il est nécessaire de tenir une réunion ou une partie d'une réunion à huis clos seront inscrites au procès-verbal.

Adopté à l'unanimité.

7.2 Projet de recherche – gouvernance et gestion des organisations de santé

Invitée : Stéphanie Collin

Madame Stéphanie Collin, professeure au département d'administration publique de l'Université de Moncton sollicite la participation du Conseil d'administration à son projet de recherche intitulé : Gouvernance et gestion des organisations de santé : Impacts des réformes. Le projet permettra d'analyser en profondeur l'impact de la réforme tant au Nouveau-Brunswick qu'au Québec.

Le projet consiste aux chercheurs de rencontrer des gens, faire des observations et lire des procès-verbaux pour ensuite faire une triangulation des données et une analyse profonde. En tout premier lieu, le projet doit obtenir les autorisations nécessaires des comités d'éthiques de la recherche des établissements concernés et des Conseils d'administration avant de procéder.

À la fin de la recherche, les résultats seront partagés aux membres du Conseil d'administration d'ici la prochaine année, en suivant le processus usuel.

MOTION 2017-02-06 / 05GMC

Proposé par Lucille Auffrey

Appuyé par Gaitan Michaud

Et résolu que le Conseil d'administration participe au projet de recherche intitulé « Gouvernance et gestion des organisations de santé : Impacts des réformes » sous acceptation également du Comité régional d'éthique de la recherche du Réseau de santé Vitalité.

Adopté à l'unanimité.

7.3 Recommandations du Comité médical consultatif régional (CMCR)

Le CMCR a tenu une réunion régulière le 15 novembre 2016, puis les médecins suivants ont accepté d'occuper des postes de chefferie départementale :

- Dr Louis Thériault, chef du département de psychiatrie – 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 Guinard, 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 du département de gynécologie/obstétrique – zone 6
- Dr Marc-André Doucet, chef du département de médecine de famille et urgence Chaleur – zone 6

MOTION 2017-02-06 / 06GMC

Proposé par Sonia A. Roy

Appuyé par Lucille Auffrey

Et résolu que les nominations de chefferie départementale soient adoptées telles que présentées.

Adopté à l'unanimité.

7.4 Plan de mise à jour des politiques du Conseil d'administration

Le calendrier de révision des politiques et procédures du Conseil d'administration a été approuvé l'automne dernier, puis il a été convenu que toutes les politiques du Conseil soient approuvées en bloc annuellement. Il est suggéré de confier la responsabilité aux différents comités du Conseil la révision des politiques. L'équipe de direction fera une première révision des politiques pour ensuite les partager aux membres des comités respectifs pour commentaire et approbation.

À la lumière du point 7.1, il serait intéressant d'élaborer une politique et procédure reliée à la gestion

des discussions à huis clos.

MOTION 2017-02-06 / 07GMC

Proposé par Lucille Auffrey

Appuyé par Sonia A. Roy

Et résolu que la révision des politiques soit intégrée au plan de travail des différents comités et soumise au Comité de gouvernance et de mise en candidature pour approbation en mai 2017.

Adopté à l'unanimité.

7.5 Session de formation – Institut canadien sur la sécurité des patients (ICSP) – 23 mars 2017

Le ministère de la Santé en collaboration avec l'Institut canadien sur la sécurité des patients organise une session de formation destinée aux membres du Conseil d'administration des deux régies le 23 mars 2017. La séance se tiendra à la salle du conseil Chancelier au Centre Wu à Fredericton. Elle mettra l'accent sur la gouvernance en matière de qualité et de la sécurité des patients, puis elle sera offerte bilingue.

Un comité organisateur a été mis sur pied, afin de personnaliser la session. L'équipe de la direction du Réseau a partagé plusieurs documents au ministère en lien avec cette session, entre autres le plan qualité 2016-2017, la planification stratégique 2017-2020, le mandat du Comité régional sur les services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité et les résultats du sondage sur la culture de sécurité.

Aussi, un souper est organisé la veille, soit le 22 mars au Centre Wu à Fredericton pour les membres du Conseil d'administration des Réseaux de santé Horizon et Vitalité.

7.6 Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration

Les résultats de la dernière réunion du Conseil d'administration sont partagés pour discussion et information. Le taux de réponse est excellent et dans l'ensemble les commentaires sont positifs. Par ailleurs, certaines préoccupations ressortent dans les dossiers du programme extramural, des services alimentaires et de l'environnement. Ces dossiers seront suivis de près durant les prochains mois.

Dès septembre, certains sujets seront pris en considération lors de la planification des rencontres avec le conseil, entre autres le temps consacré pour le dialogue avec le public. Pour une réunion productive et réussie, il faudra suivre l'ordre du jour et le temps alloué pour chaque sujet, dont un maximum de 15 minutes pour le discours d'un invité. Les discussions se prolongent parfois, mais il faudra recentrer le sujet avec tact. Ce volet sera réorganisé, afin de tenir compte aussi du travail journalistique pour faire véhiculer nos messages.

Aussi, un membre suggère de synthétiser les rapports de président de comité, afin de respecter la longueur prévue de la réunion.

8. Date de la prochaine réunion : le 30 mars 2017 à 09:00

9. Levée de la séance

La levée de la séance est proposée par Lucille Auffrey à 10:20.

Lucille Auffrey
Présidente du comité

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

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 février 2017

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

Vous trouverez ci-joint le rapport du Comité des finances et de vérification de la rencontre du 19 janvier 2017. Ce rapport sera présenté par Rita Godbout, présidente du comité. De ce rapport, découlent deux propositions, la première, de recevoir le rapport et la deuxième, l'adoption des 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 des finances et de vérification de la rencontre du 19 janvier 2017.

2) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : MOTION 2017-01-19 / 03FV, MOTION 2017-01-19 / 04FV et MOTION 2017-01-19 / 05FV du Comité des finances et de vérification de la rencontre du 19 janvier 2017.

Soumis le 13 février 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Rapport du Comité des finances et de vérification du Conseil d'administration

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 février 2017

Le Comité des finances et de vérification a tenu une réunion régulière le 19 janvier 2017. Les sujets suivants ont été discutés :

- **Plan de vérification 2016-2017** ; la directrice principale de la firme Raymond Chabot Grant Thornton a présenté brièvement le plan de vérification pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2017. Les rôles et responsabilités du Comité des finances et de vérification, du Conseil d'administration, de la direction ainsi que ceux des auditeurs ont été revus.

Depuis le 1^{er} avril 2016, les quatre systèmes financiers ont été consolidés en un seul, ce qui facilitera grandement le travail des auditeurs à l'avenir.

MOTION 2017-01-19 / 03FV

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que le plan de vérification 2016-2017 soit accepté tel que présenté par la directrice principale de la firme Raymond Chabot Grant Thornton.

Adopté à l'unanimité.

- **États financiers en date du 30 novembre 2016** : pour les huit premiers mois d'opération, soit du 1^{er} avril au 30 novembre 2016, le Réseau termine avec un surplus d'opérations de 4,091,549 \$ soit un déficit dans les revenus de 1,328,419 \$ et un excédent dans les dépenses de 5,419,968 \$. Cependant, certaines modifications budgétaires de l'ordre de 18,4 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.

Si la tendance des années antérieures se maintient, un surplus d'environ 6,900,000\$ est estimé dans les opérations pour l'année 2016-2017. Nous étudions actuellement la mise en place de projets qui appuieront nos buts stratégiques et opérationnels et nous anticipons utiliser une grande partie des surplus projetés.

MOTION 2017-01-19 / 04FV

Proposé par Gabriel Godin

Appuyé par Émeril Haché

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

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2017-01-19 / 05FV

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Micheline Paulin

Et résolu que les modifications budgétaires de l'ordre de 3,626,205 \$ 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 19 janvier 2017 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

Titre de la réunion :	Comité des finances et de vérification	Date et heure :	Le 19 janvier 2017 à 10:00
		Endroit :	Vidéoconférence
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst (siège social) :	(Gilles, Gabriel)
		Moncton : salle à l'Auberge	(Michelyne et Alain)
		Edmundston : salle 2281	(Gisèle et Lucie)
Présidente :	Rita Godbout	Campbellton : salle téléadaptation	(Wesley)
Secrétaire :	Lucie Francoeur	Lamèque : salle multi	(Émeril)
Participants			
Rita Godbout ✓	Michelyne Paulin ✓	Wesley Knight ✓	
Gilles Lanteigne ✓	Gabriel Godin ✓	Alain Bécharde ✓	
Gisèle Beaulieu ✓	Émeril Haché ✓		
PROCÈS-VERBAL			

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 (novembre 2016)

Invitée : Mireille Lanouette

Les membres passent en revue l'ensemble des indicateurs. Trois indicateurs se sont améliorés depuis le dernier rapport et atteignent ou dépassent maintenant leur cible, soit le coût par jour patient sur les unités des soins infirmiers, le taux d'erreurs de médicaments et le pourcentage de roulement externe des employés.

Mireille Lanouette souligne qu'il y a des données qui ne sont pas exactes dans la section des ressources humaines. En effet, la variance en ETP de l'année courante versus l'année précédente est 44.88 plutôt que 1.73, puis le taux de conformité dans les appréciations du rendement est à 36.5 % au lieu de 47.1 %.

Les facteurs qui expliquent la variance en équivalent temps plein (ETP) de 44.88 par rapport au total à date de l'année précédente sont en majorité l'ajout de nouveaux programmes.

Les indicateurs dont la performance se situe au-delà de la cible sont :

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

La campagne se poursuit pour faire augmenter le taux de conformité aux appréciations du rendement d'ici le 31 mars 2017. Au 30 novembre 2016, le taux se situait à 36.5 %. La cible à atteindre est de 65 % d'ici la fin mars 2017.

Dans l'ensemble, les tendances se maintiennent et on poursuit les efforts pour atteindre les cibles pour chacun des indicateurs.

2. Ouverture de la séance

La séance est ouverte par Rita Godbout 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 2017-01-19 / 01FV

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Gabriel Godin

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

Adopté à l'unanimité.

5. Adoption du procès-verbal du 3 novembre 2016

MOTION 2017-01-19 / 02FV

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Gabriel Godin

Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 3 novembre 2016 soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

6. Suivis de la dernière réunion du 3 novembre 2016

Une session de formation sur la gestion des risques sera planifiée en mars pour les membres du Conseil d'administration.

En ce qui concerne l'accélérateur linéaire au CHUDGLD, nous n'avons pas obtenu de précision sur les montants budgétaires qui seront accordés. Un suivi est attendu du ministère. Par ailleurs, on a reçu l'autorisation officielle du ministère pour réaliser le projet de la morgue au CHUDGLD. Aussi, un suivi est attendu du ministère quant à la privatisation des Services alimentaires et environnementaux.

7. Affaires nouvelles

7.1 Plan de vérification 2016-2017

Invitée : Lise Robichaud McGrath

Madame Lise Robichaud McGrath, directrice principale de la firme Raymond Chabot Grant Thornton passe en révision le plan de vérification pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2017. On passe en revue les rôles et responsabilités du Comité des finances et de vérification, du Conseil d'administration, de la direction ainsi que ceux des auditeurs. Le calendrier de réalisation est présenté, de même que les honoraires pour les services à rendre aux fins de la présente mission.

Depuis le 1^{er} avril 2016, les quatre systèmes financiers ont été consolidés en un seul, ce qui facilitera grandement le travail des auditeurs à l'avenir.

MOTION 2017-01-19 / 03FV

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Wesley Knight

Et résolu que le plan de vérification 2016-2017 soit accepté tel que présenté par la directrice principale de la firme Raymond Chabot Grant Thornton.

Adopté à l'unanimité.

8. Rapports

8.1 États financiers en date du 30 novembre 2016

Alain Bécharde présente les états financiers en date du 30 novembre 2016. Pour la période du 1^{er} avril au 30 novembre 2016, le Réseau a enregistré un surplus budgétaire de 4,091,549 \$ soit un déficit dans les revenus de 1,328,419 \$ et un excédent dans les dépenses de 5,419,968\$. Cependant, certaines modifications budgétaires de l'ordre de 18,4 M\$ sont considérées dans les états des résultats. De ce montant, une somme de 14,8 M\$ a été approuvée lors des deux dernières réunions. Donc, des modifications budgétaires totalisant 3,626,205 \$ sont soumises aujourd'hui pour approbation.

Si la tendance des années antérieures se maintient et basé sur les données financières des 8

premiers mois d'opération, nous sommes en mesure d'estimer un surplus d'environ 6,900,000 \$ dans les opérations pour l'année 2016-2017. Une décision finale du ministère de la Santé est toujours attendue sur les mesures d'efficacités, cependant nous étudions actuellement la mise en place de projets qui appuieront nos buts stratégiques et opérationnels et nous anticipons utiliser une grande partie des surplus projetés.

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

- Il y a une diminution dans le surtemps de 4,811 heures pour l'ensemble des secteurs, mais certains ont connu une augmentation significative tels que : soins infirmiers, services d'urgence, traitement des dépendances et santé mentale communautaire.
- En ce qui concerne les bénéficiaires, le déficit se situe dans les coûts pour le Travail sécuritaire Nouveau-Brunswick. Il y a une augmentation de 1,271,413 \$ comparativement à la même période l'année dernière. L'équipe des ressources humaines travaille activement sur le dossier.
- Le surplus budgétaire relié aux médicaments de 2,706,827 \$ est noté surtout dans le secteur de l'oncologie, en raison de l'achat de médicaments génériques, des types de cancer, une diminution dans le nombre de chimiothérapies et de nouveaux médicaments approuvés par le ministère. En hémodialyse, un surplus de 543,170 \$ est noté, étant donné une diminution du nombre de traitements et une gestion étroite des médicaments.

Félicitations à toute l'équipe du secteur des finances pour le beau travail accompli.

MOTION 2017-01-19 / 04FV

Proposé par Gabriel Godin

Appuyé par Émeril Haché

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

Adopté à l'unanimité.

MOTION 2017-01-19 / 05FV

Proposé par Émeril Haché

Appuyé par Michelyne Paulin

Et résolu que les modifications budgétaires de l'ordre de 3,626,205 \$ 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 16 mars 2017 à 10:00.

10. Levée de la séance

La levée de la séance est proposée par Wesley Knight à 11:40.

Rita Godbout
Présidente du comité

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

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 février 2017

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

Vous trouverez ci-joint le rapport du Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité de la rencontre du 19 janvier 2017. Ce rapport sera présenté par Anne Soucie, 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 de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité de la rencontre du 19 janvier 2017.

2) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : MOTION 2017-01-19 / 03SCGQS, MOTION 2017-01-19 / 04SCGQS et MOTION 2017-01-19 / 05SCGQS du Comité de service à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité de la rencontre du 19 janvier 2017.

Soumis le 13 février 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

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

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 février 2017

Le Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité a tenu une réunion régulière le 19 janvier 2017. Les sujets suivants ont été discutés :

- **Cannabis médicinal** ; les activités dans ce dossier sont en développement. L'ébauche actuelle de la politique prévoit que lorsque l'utilisation du cannabis médicinal est autorisée pendant l'hospitalisation, le patient devra assurer son propre approvisionnement et s'assurer de l'entreposage sécuritaire du produit. De plus, s'il choisit de fumer ou vaporiser le produit, le devra le faire à l'extérieur des propriétés du Réseau conformément à la politique d'environnement sans fumée. D'autres consultations sont requises avant de mettre en œuvre la politique.
- **Mise à jour de la démarche Agrément** ; les visiteurs d'Agrément Canada seront parmi nous du 18 au 23 juin 2017. Une activité de simulation sera déployée dans les quatre zones du Réseau du 6 février au 3 mars 2017. Tandis que pour les membres du Conseil d'administration, une activité de simulation propre à eux est prévue le 27 février 2017.
- **Mise à jour des indicateurs de performance du système de santé de l'Institut canadien sur l'information de la santé (ICIS)** ; une mise à jour de 15 indicateurs a été effectuée à la fin novembre. En ce qui a trait aux décès évitables, ils sont à la baisse dans les zones de Vitalité, sauf dans la zone 5. Des mesures incitatives seront mises en place, afin d'augmenter l'accès aux soins de santé primaire et aussi sur la prévention et la promotion de santé pour faire diminuer les décès évitables en milieu hospitalier.
- **Fiche de rendement du Nouveau-Brunswick du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB)** ; la province obtient une note globale de C ce qui indique que le rendement de notre système de santé est à peu près au milieu par rapport à celui des autres provinces.
- **Programme de gestion intégrée des risques** ; le programme a été révisé afin de refléter davantage les pratiques actuelles et le niveau de maturité de l'organisation en matière de gestion intégrée des risques. Un cadre conceptuel spécifique à la gestion intégrée des risques a aussi été développé, de même que des politiques qui s'appuient sur les différentes normes, les lois et les meilleures pratiques.

MOTION 2017-01-19 / 03SCGQS

Proposé par Linda Sunderland

Appuyé par Denis Pelletier

Et résolu que le Programme de gestion intégrée des risques soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité

- **Cadre de référence de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients** ; le cadre de référence est un modèle intégré qui soutient une culture d'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients. Il est aligné avec les dimensions de qualité généralement reconnues par Agrément Canada et le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick.

MOTION 2017-01-19 / 04SCGQS

Proposé par Jean-Marie Nadeau

Appuyé par Claire Savoie

Et résolu que le cadre de référence de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité

- **Plan de développement des ressources humaines (PDRH)** ; le PDRH est un cadre intégré des initiatives en matière de gestion des ressources humaines du Réseau de santé Vitalité. Il sert de toile de fond à un ensemble d'actions et de mesures structurantes qui permettront à la direction des ressources humaines d'atteindre tous ses objectifs.

MOTION 2017-01-19 / 05SCGQS

Proposé par Jean-Marie Nadeau

Appuyé par Dre Nicole LeBlanc

Et résolu que le plan de développement des ressources humaines (PDRH) soit adopté avec la modification suggérée.

Adopté à l'unanimité

- **Rapport sur la satisfaction des patients Q2** ; le taux régional de participation au sondage est 17 % comparativement à 21 % pour la même période de l'année précédente.
- **Rapport sur les événements indésirables** ; une politique et un processus régional sont en place pour la gestion des incidents préjudiciables. Le conseiller à la qualité et sécurité des patients de la zone supporte les équipes dans la mise en œuvre des recommandations et s'assure de la surveillance de celles-ci.
- **Tableau de bord stratégique et opérationnel (novembre 2016)** ; trois indicateurs se sont améliorés depuis le dernier rapport, soit le coût par jour patients sur les unités des soins infirmiers, le taux d'erreurs de médicaments et le pourcentage de roulement externe des employés.

Les facteurs qui expliquent la variance en équivalent temps plein (ETP) de 44.88 par rapport au total à date de l'année précédente sont en majorité l'ajout de nouveaux programmes.

La campagne se poursuit pour faire augmenter le taux de conformité aux appréciations du rendement d'ici le 31 mars 2017. Au 30 novembre 2016, le taux se situait à 36.5 %. La cible à atteindre est de 65 % d'ici la fin mars 2017.

Dans l'ensemble, les tendances se maintiennent et on poursuit les efforts pour atteindre les cibles pour chacun des indicateurs.

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 19 janvier 2017 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

Titre de la réunion :	Comité des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité	Date et heure : Endroit :	Le 19 janvier 2017 à 08:30 Vidéoconférence
But de la réunion :	Réunion régulière	Bathurst (siège social) : grande salle Edmundston : salle 2281 Campbellton : salle téléadaptation Moncton : salle 4D	(Claire) (Gisèle, Anne et Lucie) (Linda) (Michelyne, Chantal, Jean-Marie)
Présidente : Secrétaire :	Anne Soucie Lucie Francoeur	Jabber : Téléconférence :	(Denis) (Gilles et Dre LeBlanc)
Participants			
Anne Soucie ✓	Chantal Saumure ✓	Claire Savoie ✓	
Gilles Lanteigne ✓	Linda Sunderland ✓	Jean-Marie Nadeau ✓	
Gisèle Beaulieu ✓	Dre Nicole LeBlanc ✓	Denis Pelletier ✓	
Michelyne Paulin ✓			
PROCÈS-VERBAL			

1. Ouverture de la séance

La séance est ouverte par Anne Soucie à 08:35.

2. Déclaration de conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'est déclaré.

3. Adoption de l'ordre du jour**MOTION 2017-01-19 / 01SCGQS**

Proposé par Jean-Marie-Nadeau

Appuyé par Claire Savoie

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

Adopté à l'unanimité

4. Adoption du procès-verbal du 3 novembre 2016**MOTION 2017-01-19 / 02SCGQS**

Proposé par Linda Sunderland

Appuyé par Jean-Marie Nadeau

Et résolu que le procès-verbal de la réunion du 3 novembre 2016 soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité

5. Suivis de la dernière réunion du 3 novembre 2016**5.1 Cannabis médicinal**

Gisèle Beaulieu informe les membres des considérations importantes et de certains enjeux dans le dossier de l'utilisation du cannabis médicinal chez les patients hospitalisés au sein des établissements du Réseau de santé Vitalité.

L'ébauche actuelle de la politique prévoit que lorsque l'utilisation du cannabis médicinal est autorisée pendant l'hospitalisation, le patient devra assurer son propre approvisionnement et s'assurer de l'entreposage sécuritaire du produit. De plus, s'il choisit de fumer ou vaporiser le produit, il devra le faire à l'extérieur des propriétés du Réseau conformément à la politique d'environnement sans fumée.

Des consultations devront être effectuées avant de mettre en œuvre cette politique.

6. Affaires nouvelles

6.1 Mise à jour démarche agrément

Les visiteurs d'Agrément Canada seront parmi nous du 18 au 23 juin 2017. Chacune des équipes est en train de terminer la validation de la conformité des normes supportée par des preuves tangibles et mettre un plan d'action en œuvre devant la non-conformité à une preuve d'ici le 31 janvier 2017.

Une activité de simulation sera déployée dans les quatre zones du Réseau du 6 février au 3 mars 2017. L'exercice sera une reproduction partielle des conditions réelles d'une visite d'agrément. Un plan de communication détaillé est en œuvre et comprend entre autres, le retour des Info-agrément à la une du Lien lors de l'édition de février, la mise à niveau de la section agrément sur le Boulevard, des outils promotionnels à l'effigie de la visite.

Le lancement du sondage sur l'évaluation du fonctionnement de la gouvernance s'est amorcé le 8 janvier pour se terminer le 20 janvier 2017. À ce jour, 18 répondants sur 23 ont complété le sondage.

Une activité de simulation d'entrevue propre aux membres du Conseil d'administration est prévue le 27 février 2017.

Après la visite d'agrément, le rapport final sera décortiqué et les équipes de la qualité poursuivront le travail nécessaire pour conserver le statut d'organisme agréé. Des suivis seront partagés au comité sur une base régulière afin de mener à bien les initiatives du plan de la qualité.

6.2 Mise à jour des indicateurs de performance du système de santé de l'ICIS

L'Institut canadien sur l'information de la santé (ICIS) a mis à jour 15 indicateurs de la santé à la fin novembre 2016, dont 4 s'appliquent à la province et aux zones : décès à l'hôpital, décès évitables, décès évitables de causes pouvant être prévenues et décès évitables de causes traitables. La majorité des résultats sont dans la moyenne. Toutefois, les décès évitables sont à la baisse dans les zones de Vitalité sauf dans la zone 5. Des mesures incitatives seront mises en place, afin d'augmenter l'accès aux soins de santé primaire et aussi sur la prévention et la promotion de la santé pour faire diminuer les décès évitables en milieu hospitalier.

6.3 Fiche de rendement du Nouveau-Brunswick du CSNB

Le Conseil de la santé du N.-B. (CSNB) publie une fiche comparative de rendement du système de santé du N.-B. depuis six ans, laquelle démontre peu de progrès par rapport aux autres provinces. La province obtient une note globale de C ce qui indique que le rendement de notre système de santé est à peu près au milieu par rapport à celui des autres provinces. Deux zones de Vitalité (Nord-Ouest et Acadie Bathurst) obtiennent des notes de B et les autres zones ont C pour le rendement du secteur des soins aigus (hospitaliers).

En 2013, 87.1 % de la population ont reçu des services de soins aigus dans la langue officielle de leur choix. Les pourcentages des zones varient entre 93.4 % pour la zone 2 et 68.3 % pour la zone 5. Les résultats pour la population résidant dans les zones de Vitalité sont inférieurs à ceux d'Horizon. Des initiatives se poursuivent, afin de sensibiliser le personnel à tous les niveaux sur l'importance d'offrir des services dans la langue officielle choisie par le patient.

6.4 Programme de gestion intégrée des risques

Invitée : Diane Mignault

La directrice de la Gestion des risques et chef régionale de la Protection de la vie privée présente le Programme de gestion intégrée des risques qui a été révisé, afin de refléter davantage les pratiques actuelles et le niveau de maturité de l'organisation en matière de gestion intégrée des risques. Il vise à protéger des risques le public, les employés et l'organisation et s'applique à l'ensemble des risques qu'ils soient stratégiques, opérationnels, financiers, juridiques, environnementaux, épidémiologiques, etc. Dans le contexte de la révision de ce programme, un cadre conceptuel spécifique à la gestion intégrée des risques a aussi été développé.

Des politiques et procédures qui encadrent les aspects de la gestion intégrée des risques ont été mises en œuvre. Ces politiques s'appuient sur les différentes normes, les lois et les meilleures pratiques.

Le Réseau doit effectuer tous les trois ans l'évaluation des dangers, des risques et de la vulnérabilité de chaque établissement qui héberge des patients, afin d'atténuer les risques. Un outil a été développé par

le ministère de la Santé à cet égard.

Un membre suggère de réaliser une étude de cas plus spécifique aux membres du Conseil d'administration, afin de mieux illustrer ce qui se passe en réalité. Effectivement, une session de formation sera planifiée pour le Conseil au printemps sur la prise de décision intégrant les risques.

MOTION 2017-01-19 / 03SCGQS

Proposé par Linda Sunderland

Appuyé par Denis Pelletier

Et résolu que le Programme de gestion intégrée des risques soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité

6.5 Cadre de référence de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients

La directrice de la Qualité, Performance et Expérience patient présente le cadre de référence de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients par le biais d'une présentation électronique. Le cadre est aligné avec les dimensions de la qualité généralement reconnues par Agrément Canada et le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick.

Les principaux éléments ressortis de la présentation sont :

- les avantages du cadre de référence ;
- le contexte organisationnel ;
- les fondements de référence / conditions de réussite ;
- le modèle d'amélioration de la qualité ;
 - Qualité attendue – Que voulons-nous Faire ?
 - Qualité voulue – De quelle façon le Faisons-nous ?
 - Qualité rendue – Que donne ce que nous faisons ?
 - Qualité perçue – Que penses-t-on que nous faisons ?
- la structure de gouvernance qualité & rôles ;
 - Vigilance ; fait référence aux activités associées au rôle de **gouvernance**, comme la reddition de comptes et la surveillance de la qualité au sein de l'organisation. Ce rôle est principalement assumé par le Conseil d'administration qui analyse l'information fournie par plusieurs comités.
 - Stratégique ;
 - Tactique ;
 - Opérationnel.

L'implication de l'Équipe de leadership, du personnel, des médecins, des bénévoles et des patients et sa famille est primordiale à la réussite d'une démarche qualité.

Un membre demande de quelle façon on assure la cohérence de la qualité à travers tous nos établissements et comment elle se transpose ? Les pratiques et les processus liés à l'amélioration de la qualité, à la gestion des risques et à la sécurité des patients sont tout à fait cohérents. Aussi, les outils et les mécanismes pour évaluer la qualité des soins et des services sont uniformes pour l'ensemble de Vitalité.

En ce qui concerne le cadre conceptuel de gestion de la qualité d'Agrément Canada, un membre remarque qu'aucune dimension ne fait référence à ce que le client soit servi dans la langue officielle de son choix. Gisèle Beaulieu commente que ce n'est pas une dimension en soi, mais cet élément est directement associé à chacune des huit dimensions de la qualité. En plus, cet élément est rattaché au sondage de satisfaction de la clientèle. Le président-directeur général soulève qu'Agrément Canada se penche sur des critères spécifiques au niveau de la langue. Un suivi sera effectué pour voir où ils sont rendus.

MOTION 2017-01-19 / 04SCGQS

Proposé par Jean-Marie Nadeau

Appuyé par Claire Savoie

Et résolu que le cadre de référence de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients soit adopté tel que présenté.

Adopté à l'unanimité

6.6 Plan de développement des ressources humaines (PDRH)

Invité : Pierre Verret

Le vice-président aux Ressources humaines (RH) présente par le biais d'une présentation électronique le plan de développement des ressources humaines (PDRH). C'est un cadre intégré des différentes initiatives en matière de gestion des ressources humaines du Réseau de santé Vitalité. L'actuelle version de ce plan couvre l'année de référence financière 2017-2019, mais la portée de la majorité des initiatives s'étale sur les années à venir.

Les activités des services RH sont regroupées autour de deux grands thèmes ou deux grandes stratégies : les services de ressources humaines opérationnels qui comprennent la santé et la sécurité, les relations de travail, la rémunération et les avantages sociaux ainsi que la gestion du rendement, et les activités de nature plutôt stratégiques qui comprennent le recrutement et le maintien en poste des effectifs, les activités d'engagement du personnel, de reconnaissance et de mieux-être ainsi que le développement des compétences et du leadership organisationnel et la gestion de la relève.

En ce qui concerne la rémunération et les avantages sociaux, le Réseau souhaite procéder à une analyse des écarts pour ainsi renforcer son argumentaire auprès du Conseil du Trésor quant à ses préoccupations en matière d'équité salariale entre le personnel-cadre et non-syndiqué et le personnel syndiqué. Une question se pose à savoir s'il existe un écart salarial entre les hommes et les femmes au sein du Réseau ? Le Réseau est équitable à cet égard. D'ailleurs, il y a eu dans le passé certains rajustements pour un groupe d'employés qui touchait entre autres, le Service d'environnement.

En conclusion, le profil des ressources humaines au 31 mars 2016 est présenté. Le rapport présente un aperçu de la main-d'œuvre en dressant le bilan de la situation actuelle et tente, selon la disponibilité des données, de faire une projection des départs à la retraite pour les années à venir. Ledit rapport ne contient aucune donnée reliée au médecin à l'acte.

Linda Sunderland suggère d'ajouter la politique et procédure « Environnement alimentaires sains » dans la section 3.1 – Santé et sécurité. La modification sera apportée au PDRH.

MOTION 2017-01-19 / 05SCGQS

Proposé par Jean-Marie Nadeau

Appuyé par Dre Nicole LeBlanc

Et résolu que le plan de développement des ressources humaines (PDRH) soit adopté avec la modification suggérée.

Adopté à l'unanimité

7. Rapports

7.1 Rapport sur la satisfaction des patients Q2

Le rapport sur la satisfaction des patients Q2 est partagé à titre d'information. Le taux régional de participation au sondage est 17 % comparativement à 21 % pour la même période de l'année précédente. La cible visée est 20 %.

En ce qui concerne la zone 6, un faible taux de participation de 4 % est noté. La directrice de la Qualité, Performance et Expérience patient a demandé une analyse approfondie à cet égard. Un suivi sera apporté à la prochaine réunion.

7.2 Rapport sur les plaintes Q1 et Q2

Le rapport comprend les données du premier et du deuxième trimestre de l'année financière 2016-2017. Les membres sont invités à en prendre connaissance.

7.3 Rapport sur les événements indésirables

Une politique et un processus régional sont en place pour la gestion des incidents préjudiciables. Ces incidents sont signalés par le biais du rapport d'incident et analysés, afin de déterminer le besoin d'un comité de revue. D'avril à octobre 2016, un total de 9 revues a été effectué et 63 recommandations émises. Le conseiller à la qualité et sécurité des patients de la zone supporte les équipes dans la mise en œuvre des recommandations et s'assure de la surveillance des recommandations.

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 (novembre 2016)

Invitée : Mireille Lanouette

Les membres passent en revue l'ensemble des indicateurs. Trois indicateurs se sont améliorés depuis le dernier rapport et atteignent ou dépassent maintenant leur cible, soit le coût par jour patients sur les unités des soins infirmiers, le taux d'erreurs de médicaments et le pourcentage de roulement externe des employés.

Mireille Lanouette souligne qu'il y a des données qui ne sont pas exactes dans la section des ressources humaines. En effet, la variance en ETP de l'année courante versus l'année précédente est 44.88 plutôt que 1.73, puis le taux de conformité dans les appréciations du rendement est à 36.5 % au lieu de 47.1 %.

Les facteurs qui expliquent la variance en équivalent temps plein (ETP) de 44.88 par rapport au total à date de l'année précédente sont en majorité l'ajout de nouveaux programmes.

Les indicateurs dont la performance se situe au-delà de la cible sont :

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

La campagne se poursuit pour faire augmenter le taux de conformité aux appréciations du rendement d'ici le 31 mars 2017. Au 30 novembre 2016, le taux se situait à 36.5 %. La cible à atteindre est de 65 % d'ici la fin mars 2017.

Dans l'ensemble, les tendances se maintiennent et on poursuit les efforts pour atteindre les cibles pour chacun des indicateurs.

9. Date de la prochaine réunion : le 16 mars 2017 à 08:30.

10. Levée de la séance

La levée de la séance est proposée par Michelyne Paulin à 10:45.

Anne Soucie
Présidente du comité

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

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 février 2017

Objet : **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 23 janvier 2017. Ce rapport sera présenté par Pauline Bourque, présidente du comité. De ce rapport, découlent deux propositions, la première, de recevoir le rapport et la deuxième, l'adoption de trois motions contenues dans le rapport de la présidente.

1) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité stratégique de la recherche et de la formation de la rencontre du 23 janvier 2017.

2) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : MOTION 2017/01/23-03-CSR, MOTION 2017/01/23-04-CSR et MOTION 2017/01/23-05-CSR du Comité stratégique de la recherche et de la formation de la rencontre du 23 janvier 2017.

Soumis le 16 février 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Rapport du Comité stratégique de la recherche et de la formation du Conseil d'administration

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 février 2017

Le Comité stratégique de la recherche et de la formation a tenu une réunion régulière le 23 janvier 2017. Les sujets suivants ont été discutés :

- Mise à jour du plan d'action
- Liste à jour des projets de recherche
- Proposition de structure d'unité de recherche clinique
- Plan directeur – Recherche et Centre médical de précision du N.-B.
- Proposition d'un plan de travail pour le développement de la mission universitaire
- Guide : Directives générales pour chercheurs du Réseau de santé Vitalité

Voici les principales décisions prises à cette réunion :

Décisions prises sans motion :

- Les membres ont donné leur accord sur la proposition de structure d'unité de recherche clinique.

MOTION 2017/01/23-03-CSRF

Proposé par Michelyne Paulin

Appuyé par Gabriel Godin

Et résolu que le document « Plan directeur – Recherche et CMPNB » soit reçu tel que présenté comme un document de travail qui comprend les éléments spécifiques sur lesquels le Réseau doit davantage travailler.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

MOTION 2017/01/23-04-CSRF

Proposé par Gabriel Godin

Appuyé par Gaitan Michaud

Et résolu que la proposition d'un plan de travail pour le développement de la mission universitaire soit adopté tel que présenté.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

MOTION 2017/01/23-05-CSRF

Proposé par Michelyne Paulin

Appuyé par Gabriel Godin

Et résolu que le Guide : Directives générales pour chercheurs du RSV soit adopté tel que présenté.

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

Titre de la réunion :	Comité stratégique de la recherche et de la formation	Date et heure :	Le lundi 23 janvier 2017 à 10 heures
		Endroit :	Vidéoconférence
But de la réunion :	Réunion régulière	Moncton : Local 4091 :	P. Bourque, M. Paulin, B. Sonier Ferguson
Présidente :	Pauline Bourque	Grand-Sault – Local 0217 :	G. Michaud
Secrétaire :	Manon Frenette	Bathurst – siège social :	Dre Desrosiers, G. Lanteigne, G. Godin, M. Frenette

Participants

Pauline Bourque	√	Gaitan Michaud	√	Gilles Lanteigne	√
Lucille Auffrey	A	Dre France Desrosiers	√	Brigitte Sonier Ferguson	√
Gabriel Godin	√	Michelyne Paulin	√		

PROCÈS-VERBAL**1. Ouverture de la séance**

La séance débute à 10 heures. Aucun conflit d'intérêt n'est déclaré.

2. Adoption de l'ordre du jour**MOTION 2017/01/23-01-CSR**

Proposé par Gaitan Michaud

Appuyé par Gabriel Godin

Et résolu que l'ordre du jour soit adopté tel que circulé

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

3. Adoption du procès-verbal du 1^{er} novembre 2016

Le procès-verbal de la réunion du 1^{er} novembre 2016 est adopté tel que circulé.

MOTION 2017/01/23-02-CSR

Proposé par Michelyne Paulin

Appuyé par Gaitan Michaud

Et résolu que le procès-verbal du 1^{er} novembre 2016 soit adopté tel que circulé.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

4. Suivis de la réunion du 1^{er} novembre 2016**4.1. Mise à jour du plan d'action**

Une version mise à jour du plan d'action est présentée. La majorité des échéanciers sont respectés. Une description de tâches du directeur scientifique sera présentée à la prochaine réunion.

4.2. Liste à jour des projets de recherche

La liste à jour des projets de recherche est présentée à titre d'information. Aucune particularité n'est notée.

5. Affaires nouvelles

5.1. Unité de recherche clinique

Brigitte Sonier Ferguson présente une proposition de structure d'unité de recherche clinique ayant comme but de susciter l'engagement des chercheurs du Réseau de santé Vitalité et de favoriser une synergie entre les activités de recherche et le milieu clinique. Cette unité de recherche permettrait également de rallier les chercheurs académiques provenant de nos institutions universitaires partenaires et fournir un environnement de collaboration fertile pour la créativité scientifique et l'innovation.

Une discussion s'en suit et il est suggéré d'incorporer la structure globale de la recherche dans le document d'unité de recherche.

On demande comment cette structure va faciliter l'accès aux grandes sources de financement. On répond que l'objectif 1.2 de notre plan d'action est une stratégie de financement pour la recherche et qu'un plan plus global pour faciliter la collaboration pour le financement sera présenté à la prochaine réunion. On avait mentionné qu'à défaut d'affiliation universitaire de nos chercheurs, on voulait faciliter la collaboration, et l'unité de recherche était un des éléments qui nous aidait à faciliter cette collaboration.

Il est recommandé de faire preuve d'attention dans nos communications à l'effet que la recherche se finance par elle-même et qu'elle ne provient pas de l'argent mis envers les patients. Le Réseau a un désir de contribuer à l'avancement du savoir mais a aussi l'obligation de financement auprès de ses patients.

On souligne l'amélioration de la communication et de la collaboration avec la Fondation de recherche en santé du N.-B. comme axe stratégique que le Réseau veut poursuivre.

5.2 Plan directeur – Recherche et CMPNB

Ce document est en lien avec la venue du Centre médical de précision du N.-B. afin de présenter le contexte actuel du secteur de la formation et de la recherche incluant les activités du Bureau d'appui à la recherche régionale, les activités de recherche clinique, les défis actuels, les besoins en espaces et ressource humaine présents et futurs avec des projections de croissance.

Une discussion s'en suit et on précise qu'à ce moment-ci, ce document est présenté pour information et non pour approbation en raison de l'implication de plusieurs partenaires et des éléments du document qui ne sont pas du ressort du Réseau, entres autres :

- Une gouvernance avec l'U de M qui n'est pas nécessairement encore établie
- Financement - une rencontre est prévue à la mi-février avec les gens du ministère
- Positionnement par rapport au laboratoire de génétique moléculaire

À la lumière des discussions, le comité est d'accord de considérer ce document comme un document de travail, lequel sera partagé pour information à la réunion du Conseil d'administration de février.

MOTION 2017/01/23-03-CSRF

Proposé par Michelyne Paulin

Appuyé par Gabriel Godin

Et résolu que le document « Plan directeur – Recherche et CMPNB » soit reçu tel que présenté comme un document de travail qui comprend les éléments spécifiques sur lesquels le Réseau doit davantage travailler.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

Docteure Desrosiers indique qu'il serait bien d'envisager un plan de communication par rapport au Centre de médecine de précision. On suggère d'apporter ce sujet comme point à l'ordre du jour de la réunion avec l'Université de Moncton.

5.3 Proposition d'un plan de travail pour le développement de la mission universitaire

Brigitte Sonier Ferguson présente un plan de travail lequel propose des étapes à suivre pour développer et déployer la mission universitaire du Réseau. Le comité repasse le document et est d'accord sur son contenu.

MOTION 2017/01/23-04-CSR

Proposé par Gabriel Godin

Appuyé par Gaitan Michaud

Et résolu que la proposition d'un plan de travail pour le développement de la mission universitaire soit adopté tel que présenté.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

5.4 Présentation du Guide : Directives générales pour chercheurs du RSV

Ce guide, qui contient les directives générales pour les chercheurs du Réseau de santé Vitalité, est créé par le Bureau d'appui à la recherche et le Bureau de l'éthique. Il est circulé aux chercheurs afin de les diriger dans le processus de soumission d'un protocole de recherche au Réseau de santé Vitalité.

Ce guide est présentement en révision majeure pour refléter la nouvelle structure et le fonctionnement actuel du Bureau d'appui à la recherche.

MOTION 2017/01/23-05-CSR

Proposé par Michelyne Paulin

Appuyé par Gabriel Godin

Et résolu que le Guide : Directives générales pour chercheurs du RSV soit adopté tel que présenté.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

6. Autres

Aucun autre point n'est traité.

7. Date et lieu de la prochaine réunion

La prochaine réunion est prévue le lundi 13 mars à 10 heures par vidéoconférence.

8. Levée de la séance

La séance est levée à 11 h 10 sur une proposition de Gaitan Michaud.

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

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

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 février 2017

Objet : **Comité de la planification stratégique**

Vous trouverez ci-joint le rapport du Comité de la planification stratégique de la rencontre du 22 décembre 2016. Ce rapport sera présenté par Norma McGraw, 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 la planification stratégique de la rencontre du 22 décembre 2016.

Soumis le 13 février 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Rapport du Comité de la planification stratégique du Conseil d'administration

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 février 2017

Le Comité de la planification stratégique a tenu une réunion extraordinaire le 22 décembre 2016 par courrier électronique. Le sujet ci-dessous a été traité.

- Le **Plan stratégique 2017-2020** a été approuvé par tous les membres du Conseil d'administration par l'entremise d'un vote électronique entre le 22 décembre 2016 et le 4 janvier 2017.

Le mandat du Comité de planification stratégique est maintenant terminé, puisque la vision, la mission et les valeurs de l'organisme ont été élaborées, ainsi que son plan, ses buts et ses objectifs stratégiques. Pour cette raison, les deux prochaines réunions dudit comité seront annulées.

Le Conseil d'administration surveillera de près le progrès de la mise en œuvre du plan stratégique.

Ceci constitue le rapport de la présidente du Comité de la planification stratégique pour la réunion extraordinaire tenue le 22 décembre 2016 et je propose l'acceptation de ce rapport tel que présenté.

Norma McGraw

Présidente du Comité de la planification stratégique

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 février 2017

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

Vous trouverez ci-joint le rapport de la médecin-chef régional qui comporte deux volets 1) Médecin-chef régional; 2) Comité médical consultatif de la rencontre du 7 février 2017. 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 de deux motions contenues dans le rapport de la présidente.

1) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport de la Médecin-chef régional et de la présidente du Comité médical consultatif de la rencontre du 7 février 2017.

2) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte la motion suivante : MOTION 2017/02/07-02-CMC et MOTION 2017/02/07-08-CMC du Comité médical consultatif de la rencontre du 7 février 2017.

Soumis le 17 février 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Rapport de la médecin-chef régional et du Comité médical consultatif

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 février 2017

Rapport de la médecin-chef régional

Dre LeBlanc poursuit la transition des dossiers avec Dre Desrosiers et les médecins-chefs locaux. Voici quelques activités en cours, tel que :

- le processus de planification stratégique du Réseau,
- la révision du processus des plaintes médicales,
- les réunions dans les différentes zones avec les médecins-chefs locaux, les directeurs médicaux, les équipes de qualité et de gestion de risque, et la participation aux CMCL,
- la collaboration avec les services médicaux dans le développement de processus de régionalisation de la structure médicale.

Rapport de la présidente du Comité médical consultatif

Le Comité médical consultatif a tenu une réunion régulière le 7 février 2017. Les sujets suivants ont été discutés :

- Rapports présentés aux membres du CMC

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

- Tableau de bord du CMC (janvier 2017)
 - Rapport de progrès – Plan de qualité (janvier 2017)
 - Progrès de démarche d'agrément (janvier 2017)
 - Rapport sur les plaintes médicales (janvier 2017)
- Politique apportée au CMC pour consultation
La politique sur ***l'Usage du cannabis chez les patients hospitalisés*** a été apportée pour consultation et les suggestions seront rapportées au Comité de médicaments et thérapeutique pour révision.

- Politique déposée au CMC pour approbation
La politique sur ***l'Aide médicale à mourir*** a été discutée et adoptée par le Comité médical consultatif :

MOTION 2017/02/07-02-CMC

Il est proposé par Dre Anik Savoie et appuyé par Dr Ralph Holly que la *Politique sur l'Aide médicale à mourir* soit recommandée dans le but d'approbation comme présentée; **motion adoptée** avec 8 oui, 2 non et 2 abstentions.

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

Zone 1b - Demandes de nomination pour les privilèges

Privilèges adoptés par le Comité d'examen des titres le **19 janvier 2017**
Adoptés par le Comité médical consultatif local le **23 janvier 2017**
Adoptés par le Comité médical consultatif régional le **7 février 2017**

Après avoir étudié les dossiers, les membres du CMCR recommandent les demandes de nomination pour les privilèges des médecins suivants auprès du personnel médical et dentaire du Réseau de santé Vitalité Zone 1b jusqu'à la réunion du Conseil d'administration en **juin 2018**.

Médecins	Statut	Zone	Spécialité	Privilèges
Boucher Mélanie	Associé	1B	Hématologie-oncologie	Conditionnelle à obtenir preuve de son ACPM et signature du document de confidentialité
Julien, François	Invité	1B	Chirurgie générale	Conditionnelle à obtenir preuve de son ACPM et permis de pratique au NB pour 2017
LeBlond, Louis	Conseiller	1B	Orthopédie	Conditionnelle à obtenir son permis de pratique au NB pour 2017
Mallet, Bertin	Invité	1B	Médecine générale	Conditionnelle à obtenir son permis de pratique au NB pour 2017
Martin, Daniel	Conseiller	1B	Anesthésie	Conditionnelle à obtenir son permis de pratique au NB pour 2017
Witkowski, Ludivine	Associé	1B, 4, 5 et 6	Médecine interne	Conditionnelle à obtenir un permis de travail avec Immigration Canada

Zone 1b - Demandes changement de nomination pour les privilèges

Privilèges adoptés par le comité de vérification des titres le **19 janvier 2017**
Adoptés par le Comité médical consultatif local le **23 janvier 2017**
Adoptés par le Comité médical consultatif régional le **7 février 2017**

Après avoir étudié les dossiers, les membres du CMCR recommandent les demandes de changement de nomination pour les privilèges des médecins suivants auprès du personnel médical et dentaire du Réseau de santé Vitalité Zone 1b jusqu'à la réunion du Conseil d'administration en **juin 2018**.

Médecins	Statut	Zone	Spécialité	Privilèges
Landry, Patrice	Associé à actif	1B	Médecine générale	Médecin de famille
Macdonald, Mark	Suppléant à associé	1B	Orthopédie	Orthopédiste

Zone 4 - Demandes de nomination pour les privilèges

Privilèges adoptés par le Comité d'examen des titres le **7 décembre 2016**
Adoptés par le Comité médical consultatif local le **7 décembre 2016**
Adoptés par le Comité médical consultatif régional le **7 février 2017**

Après avoir étudié les dossiers, les membres du CMCR 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 la réunion du Conseil d'administration en **juin 2018**.

Médecins	Statut	Zone	Spécialité	Privilèges
Alaref, Amer	Suppléant	4	Médecine spécialisée	Radiologie
Cloutier, Francis	Suppléant	4	Médecine spécialisée	Radiologie
Naim, Cyrille	Suppléant	4	Médecine spécialisée	Radiologie
Roy, Marie-Josée	Suppléant	4	Médecine spécialisée	Pédiatre

MOTION 2017/02/07-08-CMC

Il est proposé par Dr Mohamed Benlamlih et appuyé par Dr Gaëtan Gibbs, d'approuver en bloc les demandes de nomination et changement de nomination pour les privilèges de la zone 1b qui ont été acceptées à la réunion du CMCL du 23 janvier 2017; les demandes de nomination pour les privilèges de la zone 4 qui ont été acceptées à la réunion du CMCL du 7 décembre 2016; motion 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 28 février 2017

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

Vous trouverez ci-joint le rapport du Comité professionnel consultatif de la rencontre du 14 février 2017. Ce rapport sera présenté par Linda Sunderland, présidente du comité. De ce rapport, découlent deux propositions, la première, de recevoir le rapport et la deuxième, l'adoption des quatre motions contenues dans le rapport de la présidente.

1) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration reçoit le rapport du Comité professionnel consultatif de la rencontre du 14 février 2017.

2) Proposition de motion :

Proposé
Appuyé

Et résolu que le Conseil d'administration adopte les motions suivantes : MOTION 2017/02/14 03CPC, MOTION 2017/02/14 04CPC, MOTION 2017/02/14 05CPC et MOTION 2017/02/14 06CPC du Comité professionnel consultatif de la rencontre du 14 février 2017.

Soumis le 16 février 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Rapport du Comité professionnel consultatif

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 février 2017

Le Comité professionnel consultatif a tenu une réunion régulière le 14 février 2017. Les sujets suivants ont été discutés :

- Mise à jour du secteur de la pratique professionnelle – Présentation du processus de sélection de la méthode choisie pour la consignation des notes cliniques - DARP
- Politique –Électrolytes en nutrition parentérale
- Politique – Aide médicale à mourir
- Politique – Identification des patients
- Présentation des rapports suivants :
 - Satisfaction des patients hospitalisés – Q2 2016-2017
 - Agrément Canada – mise à jour
 - Prévention des infections – Q1, Q2 et Q3 2016-2017

Les propositions suivantes ont été présentées :

MOTION 2017/02/14 03CPC

Proposé par Annie Boudreau

Appuyé par Claudine Godbout-Lavoie

Et résolu que le CPC appui la politique sur les électrolytes en nutrition parentérale avec la modification proposée -**NUT.4.10.10**.

Adopté à l'unanimité

MOTION 2017/02/14 04CPC

Proposé par Justin Morris

Appuyé par Annie Boudreau

Et résolu que le CPC appui la politique d'identification des patients **GEN.5.30.30**.

Adopté à l'unanimité

MOTION 2017/02/14 05CPC

Proposé par Annie Boudreau

Appuyé par Lise Gauthier

Et résolu que le CPC recommande la révision de la politique **GEN.3.10.17**, Admission et Identification des nouveau-nés.

Adopté à l'unanimité

MOTION 2017/02/14 06CPC

Proposé par Amanda Goguen-Boudreau

Appuyé par Thérèse Richard

Et résolu que la Méthode de documentation soit appuyée par le CPC.

Adopté à l'unanimité

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

Linda Sunderland - Présidente du Comité professionnel consultatif

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 février 2017

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 26 novembre au 17 février 2017.

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 26 novembre au 17 février 2017.

Soumis le 17 février 2017 par Dre France Desrosiers, vice-présidente des Services médicaux, Formation et Recherche.

TABLEAU DES PRIVILÈGES TEMPORAIRES -17 février 2017

Médecins	Spécialité	Catégorie	Date de privilèges		Zones
			Du	Au	
LAO, Dre Alexandra	Anatomo-pathologie	Associée	23 janvier 2017	21 avril 2017	1B
MELNYK, Dre Olena V.	Médecine familiale	Suppléant	9 janvier 2017	31 mars 2017	4
OUELLET, Dre Marie-Christine	Médecine familiale	Suppléant	1er février 2017	21 avril 2017	4
NADEAU, Dr Brandon	Radiologie	Suppléant	30 décembre 2016	24 mars 2017	5
OJUAWO, Dr Akinlolu	Obstétrique-gynécologie	Suppléant	27 janvier 2017	21 avril 2017	5
TRAER, Dr Joey	Art dentaire	Invité	23 décembre 2016	17 mars 2017	5
BERGERON-DUCHESNE, Maude	Médecine familiale	Suppléant	6 janvier 2017	31 mars 2017	6
BORDEAUX, Dr Patrick	Psychiatrie	Suppléant	30 janvier 2017	28 avril 2017	6
COMEAU, Dr Richard	Médecine familiale	Suppléant	7 janvier 2017	31 mars 2017	6
DUBÉ, Dre Karine	Médecine interne	Associé	1er janvier 2017	24 mars 2017	6
DUGUAY, Dr Yannick	Anesthésie	Associé	21 janvier 2017	14 avril 2017	6
HUSSAN, Dr Muhamad	Pathologie	Suppléant	10 janvier 2017	31 mars 2017	6
MCCANN, Dr John	Médecine familiale et urgence	Consultant	7 janvier 2017	31 mars 2017	6
ST-GERMAIN, Dr Pascal	Chirurgie	Suppléant	30 janvier 2017	28 avril 2017	6

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 février 2017

Objet : **Correspondance**

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

Cette documentation est pour information.

Soumis le 13 février 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Correspondance du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité - 2017-2018 (Point 10)

	Date	Destinataire	Expéditeur	Objet	Réponse
No.1	12 décembre 2016	Victor Boudreau	Gilles Lanteigne et Michelyne Paulin	Gestion du Programme extra-mural et des services alimentaires et environnementaux	17 janvier 2017
No.2	17 janvier 2017	Gilles Lanteigne	Victor Boudreau	Réponse au Services alimentaires et environnementaux (29 juin et 12 décembre 2016)	Pour information seulement
No.3	17 janvier 2017	Gilles Lanteigne	Victor Boudreau	Réponse au Plan régional de santé et d'affaires (29 juin 2016)	Pour information seulement
No.4	17 janvier 2017	Gilles Lanteigne	Victor Boudreau	Réponse aux cinq recommandations soumises le 29 juin 2016 qui émanent des travaux du Comité consultatif sur les services cliniques et de ses consultations	Pour information seulement
No.5	7 février 2017	Dr Hubert Dupuis	Michelyne Paulin	Commentaires suite à la réunion du Conseil d'administration du 6 décembre 2016	Pour information seulement
No.6	10 février 2017	Michelyne Pauline et membres du Conseil d'administration	Égalité Santé en Français	Privatisation des services alimentaires, environnementaux et autres	Pour information seulement
No.7	17 février 2017	Michelyne Pauline et membres du Conseil d'administration	Dr Rémi Leblanc	Privatisation des services alimentaires, environnementaux et autres	Pour information seulement
No.8	17 février 2017	Michelyne Pauline et membres du Conseil d'administration	Égalité Santé en Français	Suivi relatif à la privatisation des services alimentaires, environnementaux et autres	Pour information seulement
No.9	27 février 2017	Gilles Lanteigne	Tom Maston, Sous-ministre	Mise-à-jour du Programme extra-mural	Pour information seulement

Siège social - Head Office
 275, rue Main Street, Bureau - Suite 600
 Bathurst NB E2A 1K9
 506-544-2152
 www.vitalitenb.ca

Le 12 décembre 2016

Monsieur Victor Boudreau
 Ministre de la Santé
 Place HSBC
 C. P. 5100
 Fredericton, Nouveau-Brunswick
 E3B 5G8

OBJET : Gestion du Programme extra-mural et des services alimentaires et environnementaux

Monsieur le Ministre,

Le Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité a tenu une réunion ordinaire le mardi 6 décembre dernier à Edmundston. À l'occasion de nos délibérations, le Conseil d'administration a été informé de l'état d'avancement de deux dossiers importants pour le système de soins de santé de la province, soit le transfert de la gestion du Programme extra-mural ainsi que des services alimentaires et environnementaux à des entreprises du secteur privé. Nous comprenons que ces deux questions sont maintenant étudiées par le Conseil des ministres afin d'en arriver à une décision définitive.

La présente lettre a pour but de vous réitérer la position du Conseil d'administration relativement à ces deux dossiers ainsi que de vous exprimer notre profonde inquiétude face à l'éventualité où les changements proposés seraient acceptés en vue d'être mis en œuvre.

Dans une série de recommandations que le Conseil d'administration vous a acheminées en date du 29 juin 2016, nous vous demandons de maintenir la gestion et la livraison du Programme extra-mural sous l'autorité du Réseau de santé Vitalité. Compte-tenu de la nature clinique de ce programme, des liens déjà établis avec le corps médical et de son importance dans les services communautaires, nous croyons toujours qu'il s'agit de la voie à suivre afin d'assurer une meilleure qualité et continuité des services à la clientèle, le tout à un meilleur coût unitaire.

Par ailleurs, la position du Conseil d'administration quant à la gestion des services alimentaires et environnementaux demeure également la même. Comme indiqué dans notre correspondance du 29 juin 2016, nous recommandons de maintenir leur gestion sous la responsabilité du Réseau de santé Vitalité puisqu'il s'agit de la meilleure option selon les résultats de notre analyse exhaustive. Nous y voyons trois principaux avantages comparativement à l'option de confier ces services au secteur privé, soit : (1) des économies additionnelles, de l'ordre de 3,4 millions de dollars (sur une période de dix ans), comparativement à l'offre de la firme du secteur privé, (2) une meilleure qualité des services offerts aux patients étant donné leur valeur thérapeutique et leurs liens directs sur la santé et (3) l'évitement de mises à pied subites et massives d'employés permettant le maintien d'une main-d'œuvre qualifiée et engagée au sein du système public de soins de santé de la province.

Pour toutes les raisons expliquées ci-haut, le Conseil d'administration réitère sa position quant au maintien de la gestion et de la prestation de ces services au sein du Réseau de santé Vitalité. Nous

sommes persuadés que notre organisation demeure la meilleure entité afin de gérer et d'offrir ces services à la population du Nouveau-Brunswick de manière efficace, efficiente et dans une perspective d'amélioration continue.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

La présidente du Conseil d'administration,

Le président-directeur général,



Michelyne Paulin



Gilles Lanteigne

c.c. : Membres du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité
Monsieur Tom Maston, sous-ministre – Santé

Reçu le 7 février 2017



No. 2
REGU
07/02/2017

Le 17 janvier 2017

Monsieur Gilles Lanteigne
Président-directeur général et secrétaire du Conseil d'administration
Réseau de santé Vitalité
Siège social
275, rue Main, Bureau 600
Bathurst (N.-B.) E2A 1A9

Monsieur Lanteigne *Gilles*

Ceci est en réponse à la recommandation du Conseil d'administration de maintenir les services alimentaires et environnementaux sous la responsabilité du Réseau de santé Vitalité. Cette lettre adresse aussi les points soulevés dans votre lettre du 12 décembre dernier à ce sujet. Tel que discuté, le gouvernement étudie présentement l'externalisation de la gestion de ce service avec une tierce partie. Le gouvernement voit les avantages suivants de signer un contrat avec un organisme externe :

- La compagnie externe garantie les épargnes
- La compagnie externe se spécialise dans le domaine
- Permet aux régies de se concentrer sur l'aspect clinique
- Permet une approche provinciale qui traitera les employés et les patients de ce secteur de façon standardisée d'une régie à l'autre.

J'espère que je pourrai continuer de compter sur votre appui, peu importe la décision qui sera prise.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le ministre,

L'hon. Victor Boudreau

c.c. Michelyne Pauline, Présidente du Conseil d'administration





Reçu le 27 janvier
rencontre du 27 janvier au Ministère.

Le 17 janvier 2017

Monsieur Gilles Lanteigne
Président-directeur général et secrétaire du Conseil d'administration
Réseau de santé Vitalité
Siège social
275, rue Main, Bureau 600
Bathurst (N.-B.) E2A 1A9

Monsieur, *Gilles*

Je désire d'abord vous remercier pour la soumission de votre Plan régional de santé et d'affaires le 29 juin dernier. Je vous félicite ainsi que toute l'équipe qui a élaboré ce plan et qui démontre une collaboration au sein de tous les secteurs d'activité de la régie.

Le Plan régional de santé et d'affaires identifie les initiatives suivantes qui pourraient possiblement être à l'encontre de la direction du gouvernement :

- *Améliorer la prise en charge médicale des patients du Programme d'extra-mural et Améliorer l'intégration avec les soins et services extra-muraux*

Comme vous le savez, le gouvernement étudie la proposition de Medavie pour l'intégration des services de l'extra-mural, services ambulanciers et Télésoins. Les améliorations mises en place par la régie ne doivent pas être à l'encontre de toute décision qui pourrait être prise.

- *Améliorations de la performance dans les secteurs des services alimentaires et d'environnement*

Le gouvernement étudie actuellement l'option provinciale d'externaliser la gestion de ces services avec une tierce partie. La régie ne doit pas entreprendre de changements dans ces secteurs avant qu'une décision finale soit prise.



Monsieur Lanteigne
Le 17 janvier 2017
Page 2

Lors de notre rencontre du 30 novembre dernier, vous nous avez assuré que ce qui a été entrepris à date ne nuira pas à l'avancement d'initiatives provinciales. Je suis donc en mesure d'approuver votre plan d'affaires en sachant qu'aucun changement dans les secteurs ci-haut n'ira à l'encontre de décision future sur les initiatives à l'étude.

Pour ce qui est du Plan des services cliniques, je suis en accord avec les grandes lignes, des principes et des axes d'action de ce plan. Il faudra toutefois présenter chaque année les actions concrètes à mettre en œuvre dans le Plan de santé et d'affaires.

Je veux profiter de cette occasion pour vous remercier sincèrement de tout ce qui a été accompli par vous et le Conseil et j'apprécie tous les efforts que vous faites afin de transformer et d'améliorer notre système de santé.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le ministre,



L'hon. Victor Boudreau

c.c. Michelyne Paulin, Présidente du Conseil d'administration



*Reçu le 27 janvier
rencontre du 27 janvier au matin*

Le 17 janvier 2017

Monsieur Gilles Lanteigne
Président-directeur général et secrétaire du Conseil d'administration
Réseau de santé Vitalité
Siège social
275, rue Main, Bureau 600
Bathurst (N.-B.) E2A 1A9

Monsieur Lanteigne, *Gilles*

Cette lettre est en réponse aux recommandations qui m'ont été soumises le 29 juin et le 12 décembre dernier et reflète la position que je vous ai communiquée lors de notre rencontre du 30 novembre 2016.

Recommandation no 1 – Délégation d'autorité de fermer les lits

Le gouvernement a été très clair qu'il n'y aura aucune réduction de lits à court terme. Toute fermeture de lits ou de services doit être autorisée par le ministre.

Recommandation no 2 – Maintien de la gestion du Programme extra-mural

Le gouvernement étudie la proposition de Medavie pour l'intégration des services de l'extra-mural, les services ambulanciers et Télésoins. Aucune décision n'a été prise à ce jour.

Recommandation no 3 – Création d'un comité de travail conjoint dans le cadre du Plan d'action pour la répartition équitable des services de santé

Nous demandons d'utiliser les comités mis en place dans le cadre de l'entente de responsabilité entre la Province du N.-B. et les régies régionales de santé. Aussi, dans l'esprit du plan de rattrapage, et comme ce fut le cas au cours des dernières années, la régie de santé Vitalité a été offerte un premier droit de refus pour les nouveaux programmes.

Recommandation no 4 – Créer un comité pour recommander l'élimination des obstacles qui nuisent à l'utilisation efficiente des ressources

Cet enjeu pourrait aussi être identifié comme une priorité des comités cités dans l'entente de responsabilité.

Minister/Ministre
Health/Santé

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

www.gnb.ca



Monsieur Lanteigne
Le 17 janvier 2017
Page 2

Recommandation no 5 – Intégrer les services aux personnes âgées

Nous ne croyons pas que la solution à ces enjeux soit structurelle. Le ministère de la Santé, le ministère du Développement social et les régies travaillent déjà étroitement sur les dossiers liés aux personnes âgées sous la gouvernance de la stratégie « D'abord chez soi ». Aussi l'unité de priorité de la famille, qui relève du bureau du premier ministre, intègre sous une même gouvernance les initiatives affectant les personnes âgées. ✓

J'espère que nous pourrons continuer de travailler étroitement sur ces dossiers afin d'y trouver des solutions optimales.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le ministre,



L'hon. Victor Boudreau

c.c. Michelyne Pauline, Présidente du Conseil d'administration

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

Le 7 février 2017

Dr Hubert Dupuis
Égalité Santé en Français N.-B. Inc.
449, Chartersville
Dieppe, N.-B. E1A 5H1
Envoi par courriel : Jacques.verge@egalitesante.com

Objet : Commentaires suite à la réunion du Conseil d'administration du 6 décembre 2016

Dr Dupuis,

La présente fait suite à votre correspondance du 15 décembre dernier, dans laquelle vous nous faites part de vos commentaires suite à la réunion du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité du 6 décembre dernier.

Je désire dans un premier temps m'excuser de ne pas avoir répondu plus tôt à votre demande, tel que discuté avec M. Verge la semaine dernière. Il y a eu la saison des fêtes, suivie d'un court voyage à l'étranger, ensuite une semaine entière sans électricité et deux jours sans internet. Le mois de janvier a été mouvementé.

J'apprécie énormément votre rétroaction sur les réunions du Conseil d'administration. Nous allons continuer à nous améliorer sur la pertinence et l'importance des sujets discutés en réunion, et ce, toujours en accord avec notre cadre de transparence pour le public et les organismes tels que le vôtre. Nous serons toujours ouverts aux commentaires visant à améliorer nos rencontres et je vous invite à nous faire part de vos suggestions.

J'aimerais adresser les deux sujets auxquelles vous faites référence. Premièrement, l'amélioration et l'ajout de soins tertiaires continuent d'être une priorité dans un contexte budgétaire difficile et où l'amélioration des soins primaires à toute la population est aussi critique. Vos commentaires et vos interventions dans ce dossier sont appréciés.

Deuxièmement, pour la mise en œuvre du programme d'infirmière examinatrice en matière d'agression sexuelle (Sexual Assault Nurse Examiner, i.e. SANE), j'ai moi-même été surprise d'apprendre que les patientes de Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont doivent se déplacer vers le Moncton City Hospital pour recevoir des services. Le Réseau m'a informé récemment que ce programme était inexistant sur l'ensemble du Réseau et grâce au fonds de rattrapage, le programme a été mis en œuvre prioritairement dans les régions où les services étaient inexistants.

Dr Hubert Dupuis

Le 7 février 2017

Page 2

Le Réseau a complété l'implantation du programme à la Zone Nord-Ouest et dans la Péninsule acadienne. La mise en œuvre se poursuit pour compléter l'implantation en 2017, dans l'ensemble de la Zone Acadie-Bathurst, la Zone Restigouche et la Zone Beauséjour.

Présentement, les patientes du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont ont le choix de se faire examiner par le médecin traitant selon les protocoles établis ou d'être transférées au Moncton City Hospital, selon leur préférence. L'objectif de la mise en œuvre du programme est que les patientes soient toujours traitées à leur premier lieu de consultation.

En souhaitant que ces précisions répondent à vos inquiétudes, soyez assurés de ma collaboration entière pour continuer l'amélioration de notre réseau de santé.



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

c.c. Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité



Le vendredi 10 février 2017

Mme Michelyne Paulin, Présidente
Réseau de santé Vitalité
275, rue Main Bureau 600
Bathurst (Nouveau-Brunswick) E2A 1A9

Madame la Présidente,

Objet: Privatisation des services alimentaires, environnementaux et autres

Égalité Santé en français tient à démontrer son appui à Vitalité en ce qui concerne la privatisation des services alimentaires et environnementaux annoncée par le Ministre de la Santé. Vous trouverez sous pli une lettre qu'Égalité Santé en français vient d'acheminer au Ministre pour lui faire valoir notre position formelle quant à la privatisation de ces services.

Égalité Santé en français prend pour position qu'aucune loi du Nouveau-Brunswick n'habilite le Ministre à privatiser les services non-cliniques qui sont présentement sous la responsabilité de Vitalité. Cela étant, un décret du Ministre dans ce sens serait sujet à révision judiciaire.

Même si le Ministre peut justifier qu'il est habilité à prendre une telle mesure, la privatisation des services non-cliniques serait quand même sujette à révision judiciaire au motif qu'elle est déraisonnable, particulièrement à la lumière de l'étude de Vitalité sur la question, laquelle démontrait que le maintien de la gestion sur les services alimentaires et environnementaux était plus rentable que sa privatisation. Le Ministre doit justifier pourquoi l'étude de Vitalité est à écarter, ce que le Ministre ne fait pas dans sa lettre du 17 janvier à M. Gilles Lanteigne (Annexe F de notre lettre sous pli), laquelle fait simplement écarter l'étude de Vitalité d'un revers de main sans donner, au minimum, une justification comptable qui pourrait contredire les conclusions de Vitalité.

Dans sa lettre du 17 janvier 2017, le Ministre justifie la privatisation en citant pour avantage qu'elle permettrait d'uniformiser le traitement des employés et des patients d'une régie à l'autre. Le Ministre révèle par là-même le danger d'une telle privatisation à savoir l'absorption, morceau par morceau, des institutions de soins de santé de la communauté acadienne et francophone par les institutions de la majorité. Cette absorption, amorcée en 2008 avec la création de FacicorpNB, ne peut durer. Égalité Santé en français fait valoir depuis ce temps que la communauté acadienne et francophone du Nouveau-Brunswick a un droit constitutionnel à la gestion pleine et entière de ses institutions de soins de santé, ce qui exclut absolument que ces institutions soient grugées de l'intérieur sous prétexte de rationaliser ses services au bénéfice du plus grand nombre, lequel est dominé par la majorité anglophone.

Vitalité est dans ses droits de résister à la privatisation des services alimentaires et environnementaux, car la gestion des services non-cliniques lui appartient de droit. Vitalité est dans ses droits de refuser cette privatisation au motif qu'elle est contraire à la loi, qu'elle est déraisonnable et qu'elle va à l'encontre des droits constitutionnels de la communauté acadienne et francophone. Égalité Santé en français juge qu'il est du devoir de Vitalité, en tant



qu'institution de santé de la communauté acadienne et francophone de faire connaître au public sa position et ses arguments dans ce dossier. Égalité Santé est prête à prendre toutes les mesures nécessaires pour appuyer Vitalité dans son refus.

Veuillez agréer, Madame la Présidente, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Dr Hubert Dupuis
Président

p.j.

c.c. Membres du conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité
M. Gilles Lanteigne
Me Ronald F. Caza – CazaSaikaley s.r.l.
Me Gabriel Poliquin – CazaSaikaley s.r.l.



Le vendredi 10 février 2017

L'honorable Victor Boudreau
Ministre de la Santé
Place HSBC C. P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8

Monsieur le Ministre,

Objet: Privatisation des services alimentaires, environnementaux et autres

Au nom de la communauté acadienne et francophone du Nouveau-Brunswick, Égalité Santé en français vous demande de justifier de quel droit le Ministre de la Santé peut unilatéralement privatiser les services non-cliniques présentement sous la gestion des régies régionales de la santé (RRS).

Égalité santé en français a pris connaissance de l'intention de la Province de signer « *une entente à long terme avec une entreprise du secteur privé pour la gestion des services alimentaires, des services d'environnement et des services de préposés au transport des malades dans les établissements des Réseau de santé Vitalité et du Réseau de santé Horizon* » (**Annexe A** – Note de service de M. Gilles Lanteigne, 27 janvier 2017).

Ainsi, il apparaît que le Ministre de la Santé s'apprête à transférer la responsabilité pour la gestion des services susmentionnés, collectivement les « services non-cliniques », à une entreprise privée. L'exercice de cette prérogative serait légal si cette responsabilité appartenait en premier lieu au Ministre de la Santé, or elle ne l'est pas. La gestion des services non-cliniques tombe sous la responsabilité des RRS et non sous la responsabilité du Ministre de la Santé.

Égalité Santé en français a également pris connaissance d'une correspondance entre vous-même et M. Gilles Lanteigne en date du 17 janvier 2017 (**Annexe B** – Lettre de l'honorable Victor Boudreau à M. Gilles Lanteigne, 17 janvier 2017(a)). Dans cette correspondance, vous identifiez deux initiatives qui « *pourraient possiblement être à l'encontre de la direction du gouvernement* », à savoir :

- « *Améliorer la prise en charge médicale des patients du Programme d'extra-mural et Améliorer l'intégration avec les soins et services extra-muraux* » ;
- « *Améliorations de la performance dans les secteurs des services alimentaires et environnementaux* ».

Dans le premier cas, vous prévenez M. Lanteigne que ces améliorations « *ne doivent pas être à l'encontre de toute décision qui pourrait être prise* » concernant une « *proposition de Medavie pour l'intégration des services de l'extra-mural, services ambulanciers et Télé-soins* ».



Dans le deuxième cas, vous informez M. Lanteigne que « *le gouvernement étudie actuellement l'option provinciale d'externaliser la gestion de ces services avec une tierce partie. La Régie ne doit pas entreprendre de changement de ces secteurs avant qu'une décision finale soit prise.* »

Dans un cas comme dans l'autre, il y a lieu de questionner quel article de loi habilite Le Ministre à transférer la responsabilité de gestion des services non-cliniques à une entreprise privée, ou à quelconque autre entité. Jusqu'à justification précise du contraire, Égalité Santé du français prend la position qu'une telle décision de votre part est *ultra vires*.

La *Loi sur les régies régionales de la santé*, L.R.N.-B. 2011, c. 217 (la « *LRRS* ») prévoit que le Ministre « *établit et peut modifier un plan provincial de la santé qui comprend . . . le cadre stratégique, les paramètres et les normes pour la fusion des services cliniques et non cliniques fournis par les régies régionales de la santé* » (al. 6(1)h)). La *LRRS* habilite donc le Ministre à établir des balises à haut niveau (*cadre stratégique, paramètres, normes*) pour la fusion de services non-cliniques.

L'alinéa 6(1)h) ne peut être l'article de loi qui habilite le Ministre à privatiser la gestion des services non-cliniques. D'abord, l'établissement de ces normes doit se faire par le *Plan provincial de la santé*, et non par l'entremise d'un autre instrument (budget ou autre). Or le *Plan provincial de la santé 2013-2018* (le « *Plan provincial* ») ne contient aucune mention de la privatisation de services non-cliniques. La seule mention de services non-cliniques dans le *Plan provincial* se trouve dans une initiative confiée aux RRS qui « *vont passer en revue le modèle de prestation de services de soutien (p. ex. services d'entretien, services alimentaires)* » (**Annexe C** – *Plan provincial*, p. 22).

Le *Plan provincial* n'impose pas la privatisation comme norme, il exige simplement que les RRS passent en revue leur modèle de prestation. Comme vous savez, la Régie Vitalité a passé en revue son modèle de prestation de services alimentaires et environnementaux et elle en est venue à la conclusion qu'il était plus rentable d'en conserver la gestion que de la privatiser (**Annexe D** – Note d'information de Vitalité point 15.4 et présentation Powerpoint re services alimentaires et environnementaux).

La Régie Vitalité a accompli ce qu'elle devait faire aux termes du *Plan provincial* et en est venue à une conclusion qui est contraire à l'approche privilégiée par le Ministère. C'est sur cette base que la Régie Vitalité a pris la position de maintenir la gestion des services alimentaires et environnementaux (**Annexe E** – Lettre de M. Gilles Lanteigne, 29 juin 2016). La Régie Vitalité est en droit d'en venir à cette conclusion. *A contrario*, le Ministre n'est pas en droit de lui imposer un mode de gestion différent.

Égalité Santé en français reconnaît que la *LRRS* habilite le Ministre à donner des directives « *pour mettre en application le plan provincial de la santé* » et « *pour fixer des priorités et des lignes directrices qu'une régie régionale de la santé doit suivre dans l'exercice de ses responsabilités, de ses fonctions et de ses pouvoirs* » (al. 8(1)a) et b)). Le pouvoir de donner des directives ne peut justifier l'imposition de la privatisation des services non-cliniques.

À supposer que vous donniez la directive aux RRS de transférer la gestion des services non-cliniques à une entreprise privée, encore faudrait-il que cette directive soit donnée pour mettre en application le plan provincial de la santé. Or, comme on l'a vu, le *Plan provincial* ne prévoit

pas que les RRS changent leur mode de gestion sur le plan opérationnel; celui-ci ne fait qu'imposer la révision du mode de prestation. Une telle directive ne pourrait pas non plus être donnée dans le but de « *fixer des priorités et des lignes directrices* ». Le transfert de la gestion de services non-cliniques à des entreprises précises ne constitue pas une « *ligne directrice* » ou une « *priorité* », mais une consigne qui ne laisserait aucune marge de manœuvre aux RRS. Il est clair que l'intention du législateur était justement de laisser une marge de manœuvre opérationnelle aux RRS, marge que le Ministre peut baliser à haut niveau sans toutefois la contraindre absolument.

Dans votre lettre ci-jointe à l'Annexe B, vous dites être en mesure d'approuver le plan d'affaires de la Régie Vitalité « *en sachant qu'aucun changement dans les secteurs ci-haut n'ira à l'encontre de décision future sur les initiatives à l'étude.* » Égalité Santé reconnaît qu'en vertu du paragraphe 12(1) de la LRRS, « *le ministre peut assujettir une approbation qu'il accorde en vertu de la présente loi ou de ses règlements aux modalités et conditions qu'il juge appropriés.* » Votre lettre ci-jointe à l'Annexe B laisse entendre que vous imposez des conditions à l'approbation du plan d'affaires de la Régie Vitalité. Or les « *modalités* » ou « *conditions* » prévues au paragraphe 12(1) doivent être imposées dans les limites de votre pouvoir. Il est clair que la LRRS ne vous habilite pas à privatiser unilatéralement la gestion de services qui ne sont pas sous votre responsabilité. En forçant la privatisation de services non-cliniques par le biais de conditions à l'approbation d'un plan d'affaire, vous seriez en train d'accomplir indirectement ce que vous ne pouvez faire directement, ce que la loi interdit.

À supposer que le Ministre de la Santé soit habilité à privatiser des services non-cliniques sous la gestion des RRS, encore faudrait-il que la décision de ce faire soit raisonnable pour être légale. Égalité Santé prend pour position qu'une telle décision serait déraisonnable, voire inconstitutionnelle.

Dans sa révision du mode de prestation des services alimentaires, la Régie Vitalité a clairement démontré qu'il est plus rentable de maintenir la gestion de ces services que de la confier à une entreprise privée comme Sodexo (Annexe D). En réponse à cette analyse, vous avez répondu par une brève lettre qui ne saurait faire contrepois à l'analyse exhaustive de la Régie Vitalité (**Annexe F** - Lettre de l'honorable Victor Boudreau à M. Gilles Lanteigne, 17 janvier 2017(b)). Dans cette lettre, vous donnez les raisons suivantes pour « externaliser » les services alimentaires et environnementaux :

Le gouvernement voit les avantages suivants de signer un contrat avec un organisme externe :

- *La compagnie externe garantit les épargnes;*
- *La compagnie externe se spécialise dans le domaine;*
- *Permet aux régies de se concentrer sur l'aspect clinique;*
- *Permet une approche provinciale qui traitera les employés et les patients de ce secteur de façon standardisée d'une régie à l'autre.*

À la lumière de l'étude menée par la Régie Vitalité, il est inexact d'affirmer que « *la compagnie* » garantirait des économies. Au contraire, la Régie Vitalité a démontré que de meilleures économies peuvent être faites en maintenant la gestion des services alimentaires et



environnementaux. Si vous détenez des preuves au contraire, je vous demanderais de bien vouloir nous les faire connaître et les faire connaître au public.

Deuxièmement, le fait que « *la compagnie* » se spécialise dans le domaine n'est pas une raison en soit pour priver les RRS, et en particulier la Régie Vitalité, de la gestion pleine et entière de services non-cliniques qui sont essentiels à sa mission clinique. Comme le démontre le rapport de la Régie Vitalité (Annexe D), les services alimentaires et environnementaux ont une composante culturelle qu'il est impératif de respecter. Égalité Santé prend pour position que seule une institution de la communauté acadienne et francophone du Nouveau-Brunswick peut adéquatement gérer cet aspect.

Troisièmement, Égalité Santé entend démontrer que la distinction entre « *l'aspect clinique* » et l'aspect non-clinique du système de santé est fallacieuse, voire dangereuse. Les services non-cliniques sont intégraux à la mission médicale du système de santé. Même à supposer que la rationalisation des services non-cliniques est avantageuse sur le plan économique, ce qui n'est pas démontré, le fait d'ôter leur gestion à la Régie Vitalité mine la complétude institutionnelle de la communauté acadienne et francophone du Nouveau-Brunswick avec des effets dévastateurs sur sa pérennité.

Enfin, tout le danger de la privatisation se trouve dans votre dernière justification, à savoir qu'il est avantageux de traiter les employés et les patients « *de façon standardisée d'une régie à l'autre* ». La Régie Vitalité est une institution de la communauté acadienne et francophone. Cette institution existe justement pour préserver le caractère francophone des institutions de soins de santé de la communauté acadienne et francophone, lesquelles sont primordiales à sa vitalité et sa pérennité. La conception selon laquelle il est avantageux de traiter tous les patients de la même façon est à l'origine même du processus d'assimilation linguistique et culturelle à laquelle notre communauté est en proie.

Hors de ce contexte culturel, il peut sembler peu de chose de privatiser des services pour le bénéfice économique de tous les néo-brunswickois. Mais cette façon de faire ne tient pas compte du fait que ces services s'inscrivent dans un écosystème institutionnel qui est vital pour la pérennité de la communauté acadienne et francophone et qui est protégé par les droits constitutionnels de cette dernière.

Depuis 2008, les services non-cliniques autrefois sous la gestion de la communauté acadienne et francophone ont été, un à un, remis entre les mains d'institutions, publiques ou autres, de la majorité anglophone. Cette tendance ne peut durer.

C'est pourquoi Égalité Santé vous demande de bien vouloir justifier en vertu de quel droit le Ministre peut privatiser ces services non-cliniques. À supposer même qu'une telle justification soit possible, Égalité Santé vous demande de répondre de façon exhaustive en quoi une telle mesure serait raisonnable. À défaut de telles justifications, Égalité Santé n'aura aucun choix que de prendre toutes les mesures possibles pour empêcher qu'elles soient prises.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma haute considération.



Dr Hubert Dupuis
Président

p.j.

c.c. Me Ronald F. Caza – CazaSaikaley s.r.l.
Me Gabriel Poliquin – CazaSaikaley s.r.l.

A

Note de service

DATE Le 27 janvier 2017

DEST. Tous les employés

EXP. Gilles Lanteigne, président-directeur général

COPIES À Présidents syndicaux provinciaux

OBJET Mise à jour – demande de proposition d'une solution conjointe

CECI N'EST PAS UN AVIS DE RÉAMÉNAGEMENT DES EFFECTIFS

Lors du dépôt du budget en santé 2013-2014, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a annoncé son intention de signer une entente à long terme avec une entreprise du secteur privé pour la gestion des services alimentaires, des services d'environnement et des services de préposés au transport des malades dans les établissements du Réseau de santé Vitalité et du Réseau de santé Horizon.

Le 23 avril 2015, nous avons informé tous les employé(e)s, ainsi que le SCFP, de cette initiative. L'objectif d'un tel partenariat est d'apporter de nouvelles technologies et des pratiques de gestion plus novatrices. Nous prévoyons que des économies substantielles seront utilisées en uniformisant les processus de gestion de ces services, en coordonnant leur planification et améliorant leur efficacité opérationnelle.

Les réseaux Horizon et Vitalité débiteront bientôt les négociations qui mèneront à l'entente finale avec le fournisseur de services retenu. Les employé(e)s syndiqués demeureront à l'emploi des régies régionales de la santé et continueront de faire partie du SCFP 1252. Une fois le nouveau fournisseur en place, nous prévoyons des licenciements dans les services alimentaires, les services d'environnement et les services de préposés au transport des malades. Horizon et Vitalité travailleront avec les syndicats locaux, si et lorsqu'il y a lieu, afin d'aider les employé(e)s concernés avec le processus de réaménagement des effectifs afin d'assurer le respect de la convention collective. Nous ferons tout notre possible afin de réduire le nombre de postes affectés et fournir des alternatives par l'attrition, si possible.

Nous continuerons des mises à jour régulières à mesure que les renseignements seront connus.

B

Reçu le 27 janvier
rencontre du 27 janvier au Ministère

Le 17 janvier 2017

Monsieur Gilles Lanteigne
Président-directeur général et secrétaire du Conseil d'administration
Réseau de santé Vitalité
Siège social
275, rue Main, Bureau 600
Bathurst (N.-B.) E2A 1A9

Monsieur, *Gilles*

Je désire d'abord vous remercier pour la soumission de votre Plan régional de santé et d'affaires le 29 juin dernier. Je vous félicite ainsi que toute l'équipe qui a élaboré ce plan et qui démontre une collaboration au sein de tous les secteurs d'activité de la régie.

Le Plan régional de santé et d'affaires identifie les initiatives suivantes qui pourraient possiblement être à l'encontre de la direction du gouvernement :

- *Améliorer la prise en charge médicale des patients du Programme d'extra-mural et Améliorer l'intégration avec les soins et services extra-muraux*

Comme vous le savez, le gouvernement étudie la proposition de Medavie pour l'intégration des services de l'extra-mural, services ambulanciers et Télésoins. Les améliorations mises en place par la régie ne doivent pas être à l'encontre de toute décision qui pourrait être prise.

- *Améliorations de la performance dans les secteurs des services alimentaires et d'environnement*

Le gouvernement étudie actuellement l'option provinciale d'externaliser la gestion de ces services avec une tierce partie. La régie ne doit pas entreprendre de changements dans ces secteurs avant qu'une décision finale soit prise.



Monsieur Lanteigne
Le 17 janvier 2017
Page 2

Lors de notre rencontre du 30 novembre dernier, vous nous avez assuré que ce qui a été entrepris à date ne nuira pas à l'avancement d'initiatives provinciales. Je suis donc en mesure d'approuver votre plan d'affaires en sachant qu'aucun changement dans les secteurs ci-haut n'ira à l'encontre de décision future sur les initiatives à l'étude.

Pour ce qui est du Plan des services cliniques, je suis en accord avec les grandes lignes, des principes et des axes d'action de ce plan. Il faudra toutefois présenter chaque année les actions concrètes à mettre en œuvre dans le Plan de santé et d'affaires.

Je veux profiter de cette occasion pour vous remercier sincèrement de tout ce qui a été accompli par vous et le Conseil et j'apprécie tous les efforts que vous faites afin de transformer et d'améliorer notre système de santé.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le ministre,



L'hon. Victor Boudreau

c.c. Michelyne Paulin, Présidente du Conseil d'administration

C

rebâtir

LES SOINS DE SANTÉ *ensemble*

Plan provincial de la santé

2013-2018

Plan détaillé pour assurer la viabilité

New Brunswick
Nouveau Brunswick

Plan provincial de la santé
2013-2018

Publié par :

Province du Nouveau-Brunswick
Case postale 6000
Fredericton (N.-B.) E3B 5H1
CANADA

Imprimé au Nouveau-Brunswick

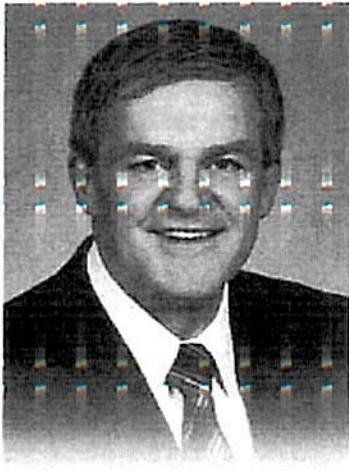
ISBN: 978-1-4605-0022-4

9129

Table des matières

Message du premier ministre	1
Message du ministre	3
Introduction : Le plan et son but	5
Rôle du Nouveau-Brunswick dans les soins de santé canadiens	6
Soins de santé et santé de la population : Fiche de rendement	7
Plan détaillé pour assurer la viabilité	9
La pierre angulaire	9
Rebâtir notre santé	11
Rebâtir notre système	14
Une vision claire	17
Rebâtir les soins de santé ensemble	19
Annexe A	
La reconstruction est déjà en cours	
Initiatives de l'année 1	20
Annexe B	
Consultations	23
Ce qui a été dit	24
Suggestions des intervenants	24
Premières Nations	25

Message du premier ministre



Les Néo-Brunswickois reçoivent d'excellents services de soins de santé par des professionnels de la santé compétents et compatissants. *Rebâtir les soins de santé ensemble : Le Plan provincial de la santé 2013-2018* est un plan quinquennal visant à préserver et à protéger le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick en améliorant les services offerts à nos collectivités et en rendant nos installations plus efficaces, plus novatrices et mieux intégrées.

La vision de notre gouvernement en ce qui concerne les soins de santé découle de la croyance fondamentale selon laquelle tous les Néo-Brunswickois ont besoin de services de soins de santé de qualité et méritent de recevoir de tels soins dans la langue de leur choix. Cela commence par la prestation de services de soins de santé primaires fiables – y compris l'accès à un médecin de famille – qui sont appuyés par un réseau d'hôpitaux sûrs, efficaces et efficaces fournissant des services à la fois viables sur le plan financier et clinique.

Il était impossible d'élaborer un tel plan sans d'abord discuter avec les Néo-Brunswickois et comprendre leurs points de vue. Nous sommes fiers que les Néo-Brunswickois aient été officiellement consultés – pour la première fois dans l'histoire – sur l'élaboration du plan provincial de la santé. Ces consultations nous ont, par ricochet, offert une possibilité historique de rebâtir notre système de soins de santé.

Les Néo-Brunswickois nous ont affirmé qu'ils sont prêts à jouer leur rôle dans l'amélioration des résultats de santé en adoptant un mode de vie plus sain – en mangeant plus sainement et en faisant de l'exercice plus souvent. Ils ont également admis que des changements étaient nécessaires pour protéger notre système de soins de santé universel.

En tant que premier ministre, je suis conscient que tous les Néo-Brunswickois ont à cœur notre système de soins de santé et qu'ils ont un rôle important à jouer. Je souhaite travailler de concert avec les Néo-Brunswickois afin de rebâtir les soins de santé de notre province afin qu'ils soient suffisamment fiables pour répondre aux besoins actuels des patients et résilients pour s'adapter aux priorités des générations futures.

Rebâtir les soins de santé ensemble : Le Plan provincial de la santé 2013-2018 est la pierre angulaire de nos efforts pour atteindre de meilleurs résultats individuels sur le plan de la santé et réaliser une réforme efficace et durable de notre système de soins afin que tous les Néo-Brunswickois bénéficient d'une meilleure qualité de vie.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'D. Alward'. The signature is stylized and fluid, written over a light background.

Premier ministre David Alward

Message du ministre



C'est avec plaisir que je vous présente *Rebâtir les soins de santé ensemble : Le Plan provincial de la santé 2013-2018*.

Ce plan évoque une province en santé, dotée d'un système de soins de santé viable et de renommée mondiale sur lequel tous les gens du Nouveau-Brunswick pourront compter pour obtenir les services dont ils auront besoin, et ce, pour les générations à venir.

Nous devons mettre en place un système de santé plus intégré et axé sur le patient qui contribue à maintenir et à améliorer la qualité de vie de toute la population du Nouveau-Brunswick.

Ce nouveau système doit offrir un meilleur accès aux soins de santé primaires ainsi qu'aux services de santé mentale et il doit également favoriser davantage la prévention et la gestion des maladies chroniques.

Ce système doit fournir des services durables, sûrs et de la plus grande qualité possible à un volume suffisant de patients pour garantir leur viabilité financière et

la capacité pour nos professionnels de la santé de maintenir leur expertise clinique.

Rebâtir les soins de santé ensemble : Le Plan provincial de la santé 2013-2018 fournit aux professionnels de la santé et aux administrateurs du système une orientation stratégique et une ligne directrice générale en matière de planification, de gouvernance et de prestation des soins de santé au Nouveau-Brunswick.

Le présent document porte également sur les mesures à prendre et comprend une liste des initiatives clés que les partenaires du secteur de la santé du Nouveau-Brunswick devront entreprendre afin de soutenir le plan.

Cette liste sera examinée et mise à jour annuellement. Des points de référence seront établis. Les progrès seront mesurés. Les étapes clés seront soulignées.

Le plan a été élaboré en tenant compte des milliers de commentaires que nous avons reçus du public durant une tournée de séances de consultation ainsi que des mémoires détaillés soumis par les médecins, le personnel infirmier, les pharmaciens et les patients de la province.

Ce plan regroupe les nombreuses initiatives relatives aux soins de santé entreprises par notre gouvernement en une vision globale qui tient compte des enjeux provinciaux en matière de soins de santé et qui a pour but d'aider les Néo-Brunswickois à reprendre leur santé en main et de concevoir un système qui soutiendra les générations futures.

Lors de ce processus de consultation, une évidence s'est imposée : les Néo-Brunswickois savent que le système de santé se trouve à la croisée des chemins et que des décisions doivent être prises. Ils nous ont dit très clairement qu'ils ne veulent plus dépenser des sommes supplémentaires dans les soins de santé. Ils veulent que nous utilisions l'argent qu'ils nous confient de manière plus efficace et efficiente. Le nouveau plan provincial de la santé abonde dans le même sens.

Le processus de consultation ne représentait que le rôle initial des Néo-Brunswickois dans le plan provincial de la santé. Le temps est venu pour nous, et pour les Néo-Brunswickois, d'assumer la responsabilité de notre santé et de travailler ensemble pour aborder les enjeux provinciaux en matière de soins de santé.

Notre objectif est d'assurer la santé de la population au moyen d'un système de soins de santé efficace, efficient et abordable. Ce document se veut un plan détaillé pour apporter des changements historiques afin de mettre en place un système de soins de santé viable qui répondra aux besoins actuels et futurs.

Hugh J. Flemming, c.r. Ministre de la Santé

Introduction : Le plan et son but

Le plan provincial de la santé offre aux partenaires et aux intervenants du secteur de la santé du Nouveau-Brunswick un plan détaillé pour la prestation de services de santé. Ce plan est utilisé pour gérer les services de soins de santé existants et les ressources connexes, élaborer de nouveaux programmes et politiques et prendre des décisions financières.

Rebâtir les soins de santé ensemble : Le Plan provincial de la santé 2013-2018 est un guide élaboré par le Nouveau-Brunswick pour instaurer un système de soins de santé viable. Il soutient la vision stratégique du gouvernement du Nouveau-Brunswick en ce qui concerne l'amélioration de la qualité de vie et la relance de l'économie tout en vivant selon ses moyens. Il est fondé sur sept principes :

- Accès : La capacité des patients et des clients à obtenir les soins ou services voulus au bon endroit et au bon moment en fonction de leurs besoins respectifs, et ce, dans la langue officielle de leur choix.
- Gamme de services appropriée : Les soins ou services offerts sont adaptés aux besoins des patients ou des clients et sont conformes aux normes établies.
- Efficacité : Les soins ou services offerts, les interventions pratiquées ou les mesures prises permettent d'obtenir les résultats désirés.
- Efficience : En arriver aux résultats désirés en faisant l'utilisation la plus efficiente possible des ressources.
- Équité : Viser la prestation de soins et de services équitables pour tous.
- Sécurité : Les risques potentiels de l'intervention ou de l'environnement sont évités ou limités.
- Viabilité clinique : Les programmes comptent au moins quatre ou cinq fournisseurs et le volume est suffisant pour maintenir l'expertise clinique.

Tout au long du processus de consultation, les intervenants du système et les Néo-Brunswickois ont affirmé que la transparence et la reddition de comptes sont des éléments clés de la réussite du plan, et qu'un aperçu général des objectifs stratégiques ne suffisait pas.

On a élaboré un plan détaillé des mesures à prendre et dressé une liste des initiatives clés, laquelle sera mise à jour tous les ans et servira à produire un rapport annuel afin que tous les Néo-Brunswickois puissent être informés de l'évolution de la situation.

Rôle du Nouveau-Brunswick dans les soins de santé canadiens

Comme tous les Canadiens, les Néo-Brunswickois ont à cœur le système de soins de santé public national. La *Loi canadienne sur la santé* tient compte de ces valeurs en soutenant le principe de l'« accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles ».

La *Loi canadienne sur la santé* est une loi fédérale qui vise à s'assurer que chaque citoyen canadien a accès à un niveau de services relativement comparable. Cependant, il incombe au gouvernement du Nouveau-Brunswick d'offrir de tels services aux Néo-Brunswickois.

L'accès universel aux services de soins de santé de qualité est un objectif louable que le Nouveau-Brunswick continue de viser. Il s'agit d'un défi majeur qui peut et doit être relevé par l'innovation et la prise de décisions fondées sur des principes.

Le gouvernement provincial est principalement responsable du financement des services de soins de santé fournis aux Néo-Brunswickois. Les transferts fédéraux relatifs à la santé ne représentent que 20 pour cent du coût du système de soins de santé du Nouveau-Brunswick qui s'est élevé à 3,1 milliards de dollars en 2012.

Les Néo-Brunswickois doivent donc assumer les 80 pour cent du coût du programme en progression rapide le plus dispendieux de la province. Le budget provincial pour les soins de santé est monté en flèche depuis 2004, alors que les dépenses globales s'élevaient à 2,4 milliards de dollars. De 2004 à 2011, les dépenses par personne en soins de santé ont augmenté de 53 pour cent au Nouveau-Brunswick comparativement à 42 pour cent à l'échelle nationale.

De nombreux Néo-Brunswickois nous ont affirmé lors des consultations que la province vit tout simplement au-dessus de ses moyens. L'augmentation des dépenses en soins de santé excède largement la capacité de la province à couvrir ces dépenses, et il est probable que la demande augmentera dans les années à venir. Ces personnes nous ont également précisé que la solution ne réside pas dans le simple fait de mettre encore plus d'argent sur la table.

L'amélioration de la santé des Néo-Brunswickois demande plus que des hôpitaux et du matériel. Il faut faire les bons investissements, aux bons endroits, en s'appuyant sur des données probantes. En outre, les bons soins doivent être offerts par les fournisseurs de soins les plus compétents.

Chiffres sur les soins de santé au N.-B.

- 6 000 \$ par minute : ce que les Néo-Brunswickois paient pour les soins de santé
- Budget de 3,1 milliards \$ (ministère de la Santé et soins de longue durée)
- 40 % du budget provincial
- Environ 80 % de toutes les dépenses en soins de santé sont payées par les taxes provinciales.

Soins de santé et santé de la population : Fiche de rendement

Le renouvellement des soins de santé est une priorité absolue. Les Néo-Brunswickois comprennent très bien que le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick (et du reste du Canada) subit une pression financière qui, selon toute vraisemblance, ne diminuera pas au fur et à mesure que la population vieillit. Ceux-ci souhaitent avoir accès à un système sûr, viable, efficient et efficace.

Il ne faut pas apporter de changements sans évaluer au préalable les aspects positifs du système et les points à améliorer.

Les professionnels de la santé du N.-B. fournissent des soins de premier ordre

Les services de soins de santé du Nouveau-Brunswick sont de première qualité et sont offerts par environ 20 000 professionnels de la santé, la plupart étant des médecins, des infirmières et d'autres professionnels de santé complémentaires.

Lorsque des patients ont besoin de soins d'urgence ou qu'ils sont atteints d'une maladie grave, le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick leur fournit les soins vitaux dont ils ont besoin. Les sondages montrent toujours que les Néo-Brunswickois sont satisfaits de la qualité des soins qu'ils reçoivent. Ils apprécient et respectent généralement leurs fournisseurs de soins et estiment qu'ils reçoivent de bons soins une fois qu'ils sont admis dans le système.

Faits en bref sur le système de santé du N.-B.

- Plus de 20 000 employés
- 74 % des dépenses en santé sont affectées à la rémunération des employés
- Les taux de tabagisme, d'obésité chez les adultes et de consommation malsaine d'alcool au N.-B. sont supérieurs à la moyenne canadienne.
- Environ 20 % des lits d'hôpitaux sont occupés par des personnes âgées ayant besoin de soins à long terme.

Problèmes en matière d'accès

L'accès à des soins en temps opportun en cas de troubles plus courants ou d'exams de santé périodiques est toutefois une source de frustration constante pour les Néo-Brunswickois. En 2011, le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB) a réalisé un sondage auprès des résidents du Nouveau-Brunswick et a constaté que, même si 93 pour cent des citoyens avaient un médecin de famille, seuls 30 pour cent d'entre eux obtenaient un rendez-vous le même jour ou le lendemain. Les Néo-Brunswickois peuvent attendre des mois avant d'obtenir un rendez-vous auprès d'un spécialiste ou de subir un examen diagnostique.

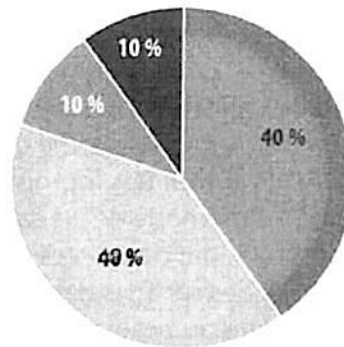
Pourtant, le niveau de dotation en ressources humaines dans le secteur de la santé au Nouveau-Brunswick est généralement plus élevé que la moyenne canadienne. Par exemple, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a rapporté en 2011 que le Nouveau-Brunswick comptait 113 médecins de famille ou omnipraticiens pour 100 000 personnes, alors que la moyenne canadienne est de 106 pour 100 000.

Défis liés à la santé de la population

Les Néo-Brunswickois ont investi considérablement dans les soins de courte durée, la technologie de pointe et les ressources humaines dans le secteur de la santé, mais les preuves portent à croire que nous pourrions mieux prendre soin de notre santé.

En fait, l'incidence du système de soins de santé sur l'état de santé général d'une personne n'est que de 10 pour cent.¹

Les principales causes de maladie et de décès dans les pays développés comme le Canada sont les maladies chroniques, dont le cancer, les cardiopathies et le diabète. Leur prise en charge coûte cher et il s'agit souvent d'un processus qui dure toute la vie.



Déterminants de la santé

- Environnement physique
- Soins de santé
- Déterminants sociaux
- Comportements

Il s'agit d'un défi très réel auquel fait face le Nouveau-Brunswick, puisque 70 pour cent de la population de personnes âgées est atteinte au moins d'un trouble chronique² et que le segment de la population qui connaît la croissance démographique la plus rapide de la province est âgé de 65 ans ou plus. Les statistiques de l'ICIS indiquent que les Néo-Brunswickois présentent des taux de tabagisme, d'obésité chez les adultes, de consommation malsaine d'alcool, de diabète, de cardiopathies et de maladies respiratoires supérieurs à la moyenne canadienne.

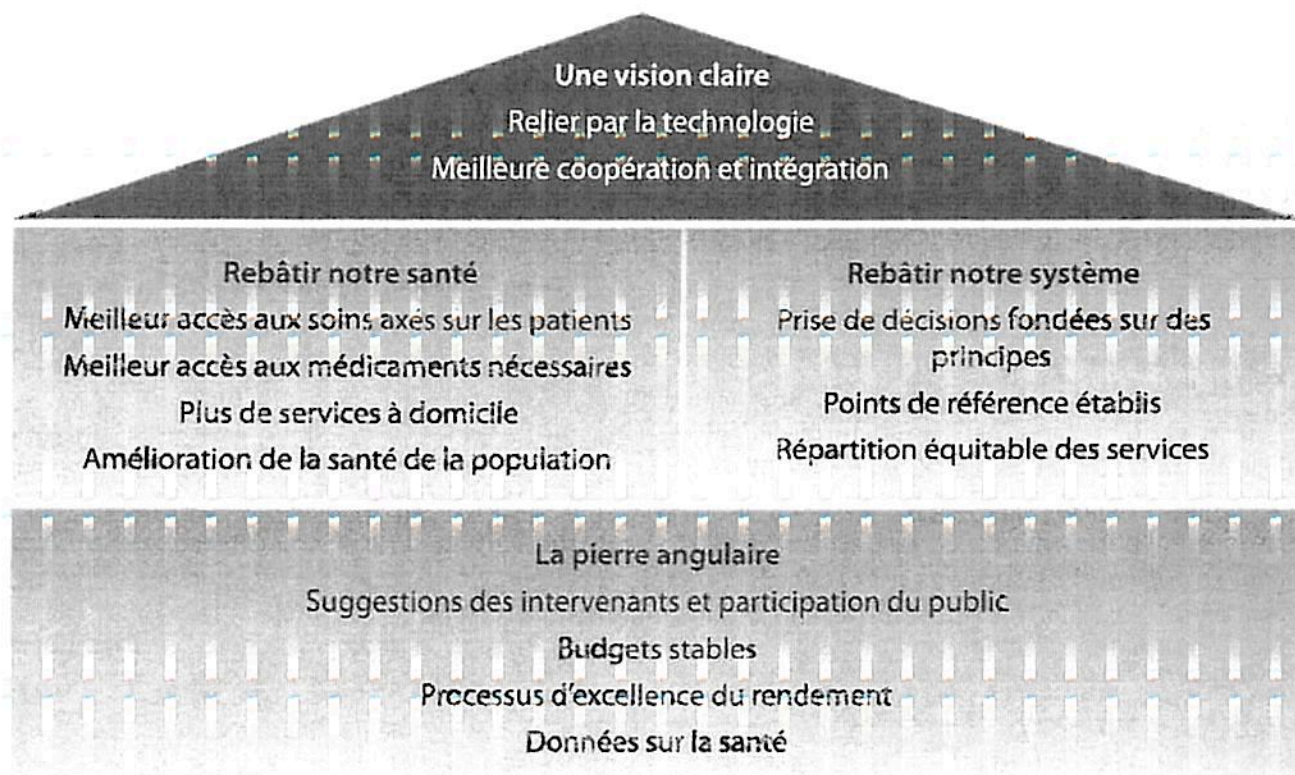
1 Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, Notre santé. Nos perspectives. Nos solutions, octobre 2010.

2 Conseil canadien de la santé, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2012.

Plan détaillé pour assurer la viabilité

Chaque projet de reconstruction exige un plan détaillé qui oriente le travail des partenaires concernés. Chaque partenaire lit le plan pour comprendre la façon dont son travail et son expertise contribuent à l'atteinte de l'objectif général.

Rebâtir les soins de santé ensemble : Le Plan provincial de la santé 2013-2018 a été élaboré par le gouvernement du Nouveau-Brunswick pour orienter la prestation de services de santé dans la province. Il regroupe les nombreux efforts de renouvellement du secteur de la santé en un tableau d'ensemble qui permettra de transformer le système de soins de santé de la province qui est fondé sur un modèle du 20^e siècle articulé autour des fournisseurs et des installations en une approche plus moderne axée sur l'adoption d'un mode de vie sain par les patients au sein de leur collectivité. Les Néo-Brunswickois seront appuyés par des professionnels de la santé de tout premier ordre plus accessibles et recevront, au besoin, des services dans des hôpitaux novateurs dont le rendement sera évalué et suscitera la prise de mesures au besoin.



La pierre angulaire

Chaque structure exige une base solide sur laquelle tout le reste repose. Cela est également le cas pour le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick.

Les travaux nécessaires pour rebâtir les soins de santé au Nouveau-Brunswick s'appuieront sur les suggestions des intervenants et les commentaires reçus du public durant les neuf séances de

participation du public, la promesse de budgets stables, l'introduction du processus d'excellence du rendement et de la mesure du rendement et le passage à la prise de décisions fondées sur des données probantes au moyen de données sur la santé.

Suggestions des intervenants et participation du public

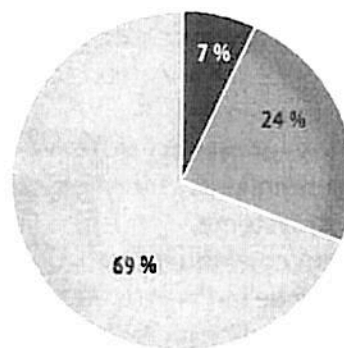
Pour la première fois dans l'histoire, les intervenants les plus importants du système de soins de santé du Nouveau-Brunswick – ses clients et ses patients – ont eu la possibilité de participer à l'élaboration du plan provincial de la santé. Ces consultations ont été tenues par le ministre de la Santé et coordonnées par le Conseil de la santé. L'annexe B du présent document contient un résumé du processus de consultation, et toutes les réponses et les idées reçues ont été compilées dans le rapport « Ce qui s'est dit », lequel est accessible sur le site Web du Conseil de la santé.

En plus des consultations publiques, d'excellents documents écrits ont été présentés au ministre par des associations professionnelles et des groupes communautaires. Ceux-ci sont accessibles sur le site Web du ministère de la Santé.

Les collectivités des Premières Nations du Nouveau-Brunswick ont fait part de la manière dont leur parcours historique s'est répercuté sur l'état de santé des Autochtones. Les compétences culturelles sont essentielles afin que les travailleurs de la santé puissent prodiguer des soins efficaces aux patients des Premières Nations.

Budgets stables

Depuis 2010, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a pris des mesures importantes pour limiter l'augmentation des dépenses dans le domaine des soins de santé. Depuis les deux dernières années, tous les partenaires du système ont collaboré pour améliorer la reddition de comptes au moyen de mesures du rendement, réaliser des réductions budgétaires pluriannuelles et améliorer la gestion des ressources.



Dépenses en soins de santé

- Fournisseurs de soins de santé
- Autres coûts*
- Paiements pour les soins de longue durée

* Comprend le Plan de médicaments sur ordonnance, les soins hospitaliers à l'extérieur de la province, les fournitures médicales et chirurgicales, la Société canadienne du sang.

Ces changements administratifs n'ont pas compromis les soins prodigués aux patients et ont produit des résultats significatifs. Le taux de croissance pour 2012-2013 est de 1,6 pour cent. En 2013-2014, le gouvernement du Nouveau-Brunswick vise un taux de croissance de zéro pour cent des dépenses en soins de santé.

Processus d'excellence du rendement

La réduction du coût des soins de santé peut favoriser la viabilité financière de notre système, mais ces changements doivent être apportés de manière judicieuse et efficiente pour être viables sur le plan clinique.

Réseau de santé Horizon a été l'un des six premiers adopteurs précoces du processus d'excellence du rendement du gouvernement du Nouveau-Brunswick, qui consiste en une approche des affaires à long terme axée sur les résultats. Le ministère de la Santé participe activement au processus d'excellence du rendement et travaille de concert avec FacilicorpNB et Réseau de santé Vitalité afin de le mettre en place dans l'ensemble du système.

Dans le domaine des soins de santé, l'excellence du rendement peut permettre de faire des économies et de réduire le gaspillage tout en augmentant la qualité des soins et la satisfaction des patients.

Données sur la santé

La capacité de prédire les demandes à venir et les répercussions financières de ces demandes sera un élément important du passage du système de soins de santé vers une gestion axée sur le rendement. Le ministère de la Santé gère une très grande quantité de données sur les types de services offerts aux Néo-Brunswickois, les résultats des soins et les dépenses connexes. Les données sur la santé transformeront ces renseignements en information qui pourra être utilisée pour prévoir ce qu'il adviendra ensuite et pour appuyer la prise de décisions fondées sur des données probantes.

Rebâtir notre santé

Les fournisseurs de soins qui travaillent en Santé publique, en soins de santé primaires et dans des services communautaires sont des éléments essentiels du système, puisque les services qu'ils offrent contribuent à l'amélioration de l'état de santé de la population.

L'accent mis sur les interventions préventives et les soins de santé primaires plutôt que sur les soins hospitaliers a été associé à l'amélioration de l'état de santé général. Un système axé sur les soins de santé primaires et la santé de la population est également plus susceptible de produire de meilleurs résultats de santé et d'accroître la satisfaction des patients.



Ce fait a été largement admis lors des consultations sur l'élaboration du présent plan. Le besoin pour les Néo-Brunswickois d'adopter un mode de vie plus sain et le désir d'améliorer l'accès aux soins de santé à l'échelle communautaire ont été des sujets importants abordés dans le cadre de toutes les séances tenues, et la plupart des citoyens ainsi que les organismes intervenants, le Conseil de la santé et les régies régionales de la santé étaient de cet avis. Cet avis concordait également avec plusieurs initiatives clés en cours de planification déjà annoncées par le gouvernement du Nouveau-Brunswick.

Meilleur accès aux soins axés sur les patients

Le *Cadre de soins de santé primaires pour le Nouveau-Brunswick* fournit un plan stratégique dans le but de repenser la prestation de soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick. La recherche l'établit clairement : le Nouveau-Brunswick doit former des équipes multidisciplinaires qui fourniront aux résidents un accès en temps opportun aux soins de santé primaires, ainsi qu'un soutien et un traitement coordonnés de la part des autres professionnels comme les infirmières, les diététistes, les conseillers et les inhalothérapeutes. Cette approche d'équipe permettra l'élaboration d'un plan de traitement intégré et global visant à lutter contre les maladies chroniques et l'obésité.

Les initiatives liées aux soins de santé primaires qui ont été annoncées à ce jour comprennent :

- quatre évaluations des besoins des collectivités en matière de santé;
- des équipes de santé familiale;
- Accès patient NB – un registre pour les Néo-Brunswickois qui n'ont pas de médecin de famille;
- un système de surveillance des médecins salariés.

Le gouvernement travaille également à prévenir et à gérer les maladies chroniques dans la province. Une *Stratégie globale sur le diabète pour les Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises* a été dévoilée, laquelle prévoit du financement pour les pompes à insuline aux enfants atteints de diabète. Divers programmes et outils en ligne ont aussi été mis en place à l'intention des patients et des professionnels de la santé.

De plus, les régies régionales de la santé planifieront et mettront en œuvre une *Stratégie de prise en charge thérapeutique de l'insuffisance cardiaque congestive*.

De même, le *Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick 2011-2018* souligne la nécessité de placer les clients au centre des soins par la promotion de la santé mentale, la transformation de la prestation des services dans tous les secteurs, la détection précoce des maladies mentales, une intervention efficace et les efforts visant à changer les attitudes négatives à l'égard des maladies mentales.

De nombreux ministères du gouvernement du Nouveau-Brunswick participent à la mise en œuvre du plan d'action, et une mise à jour a récemment été publiée.

Les initiatives liées au Plan d'action pour la santé mentale annoncées à ce jour comprennent :

- la mise en œuvre à l'échelle provinciale de services d'intervention précoce en cas de psychose;
- la création de places d'hébergement en milieu communautaire additionnelles pour les jeunes;
- deux projets pilotes mettant l'accent sur une approche intégrée pour la prestation de programmes à l'intention des enfants et des jeunes;
- le versement de 2,2 millions de dollars pour le financement des initiatives liées au plan d'action.

Meilleur accès aux médicaments nécessaires

De nombreux Néo-Brunswickois n'ont pas les moyens d'acheter les médicaments dont ils ont besoin pour rester en santé. Certains d'entre eux doivent avoir accès à des médicaments de base pour traiter une maladie chronique, lesquels les aident à préserver leur santé et à prévenir l'apparition d'une maladie grave et des coûts inutiles pour le système de soins de santé. D'autres Néo-Brunswickois doivent avoir accès à des médicaments onéreux.

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick élabore un nouveau régime d'assurance pour les médicaments sur ordonnance qui aidera les Néo-Brunswickois à surmonter les difficultés financières liées au coût des médicaments sur ordonnance.

Plus de services à domicile

Les soins de santé à domicile sont un excellent exemple de soins de santé intégrés axés sur les patients. Ils constituent une forme de soins économique préférable pour un grand nombre de Néo-Brunswickois, particulièrement les aînés et les personnes ayant besoin de soins palliatifs.

Le Programme extra-mural peut fournir un accès amélioré aux soins de santé appropriés. Ce programme offre déjà toute une gamme de services de soins de courte durée et de soutien à domicile et dans d'autres milieux non hospitaliers. Le ministère et les régies régionales de la santé accorderont une plus grande priorité au programme et ont travaillé de pair à l'élaboration de mesures et d'objectifs clairs visant à améliorer l'efficacité, l'efficience et la portée du Programme extra-mural.

À l'heure actuelle, plusieurs personnes âgées partout dans la province sont hospitalisées en attente d'une place dans un établissement de soins de longue durée, créant ainsi des pressions sur le système pour offrir des services de soins de courte durée aux patients nécessitant une hospitalisation.

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick a annoncé la création de plus de 1 000 nouveaux lits tant pour les foyers de soins que les foyers de soins spéciaux dans le but de réduire la pression exercée sur le système hospitalier.

De plus, les ministères du Développement social, des Communautés saines et inclusives et de la Santé travaillent ensemble à la préparation d'une initiative qui vise à assurer autant que possible la prestation de soins et de services de soutien à domicile. Cette initiative aidera les personnes âgées à rester dans leur résidence et à éviter leur hospitalisation ou leur admission prématurée dans des établissements de soins de longue durée.

Amélioration de la santé de la population

La Santé publique joue un rôle essentiel et maintient la santé de la population en examinant l'ensemble de ses besoins, en mettant l'accent sur la prévention des maladies, des blessures et des décès prématurés et en protégeant le public des risques associés aux événements dangereux.

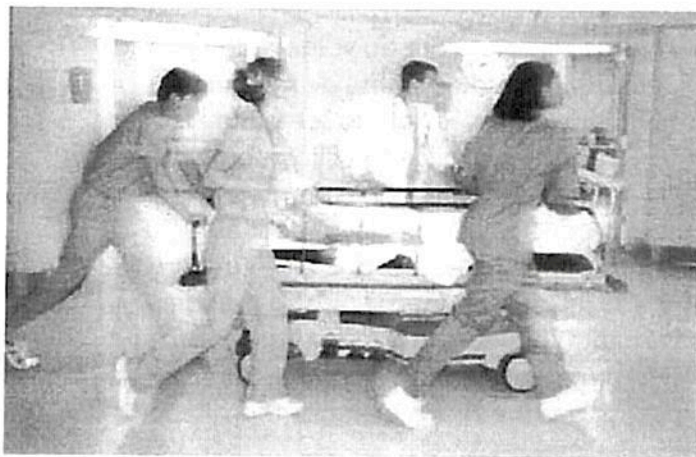
Bon nombre d'initiatives renforceront la surveillance et les capacités d'évaluation de la santé en vue d'améliorer l'efficacité des programmes existants et d'en créer de nouveaux, tout en tenant le public et les décideurs au courant des nouveaux besoins qui surviennent en matière de santé. Une attention particulière sera accordée à la prévention des blessures non intentionnelles, à la promotion de la salubrité des aliments et à une saine alimentation. Un plan d'action pour la santé des enfants, l'amélioration de la santé des populations des Premières Nations et la lutte contre les inégalités de longue durée en matière de santé dans divers secteurs représentent tous des secteurs d'intérêt de la Santé publique.

Les régies régionales de la santé lanceront également des initiatives pour accroître la sensibilisation aux réalités culturelles chez leur personnel et s'assurer que les membres des collectivités des Premières Nations reçoivent des services de grande qualité appropriés à leur culture.

Le dépistage du cancer permet de sauver des vies grâce au diagnostic et au traitement précoces. Réseau cancer Nouveau-Brunswick travaillera avec les praticiens en soins de santé primaires et les régies régionales de la santé pour mettre en œuvre des programmes organisés et ciblés de dépistage du cancer du côlon et du col de l'utérus, en plus du programme provincial de dépistage du cancer du sein qui porte déjà ses fruits.

Rebâtir notre système

Rebâtir un système de soins de santé viable exige une vision claire et un engagement à l'égard de l'excellence. Tous les Néo-Brunswickois ont le droit d'avoir accès à des services de soins de santé dans la langue de leur choix. Ces services doivent être sûrs, de qualité et offerts à un volume suffisant de patients pour assurer la viabilité financière du système et maintenir une expertise clinique.



Le ministère de la Santé et le Secrétariat du renouveau du système de santé travaillent ensemble pour optimiser la prestation des services cliniques dans l'ensemble de la province, qui passent des soins primaires aux soins tertiaires. Il sera donc nécessaire de planifier et de concevoir les services de soins de santé du Nouveau-Brunswick d'une manière intégrée en tenant compte de la petite population principalement rurale de cette province, du statut du Nouveau-Brunswick en tant que seule province officiellement bilingue du Canada et de ses fonctions centralisées de planification, de financement et autres fonctions connexes.

Prise de décisions fondées sur des principes

Les principes suivants s'appliqueront à toutes les décisions, tandis que les Néo-Brunswickois travailleront ensemble pour rebâtir notre système de soins de santé :

1. Qualité

De plus en plus de données confirment que les résultats des patients s'améliorent lorsque le volume augmente. L'obtention de meilleurs résultats dans les grands hôpitaux est davantage associée à une compétence institutionnelle marquée dans tous les aspects des soins que la compétence des médecins.

2. Efficacité

Un système de soins de santé efficient évite le chevauchement inutile des services et fait la meilleure utilisation possible des ressources humaines et financières disponibles.

3. Accès

Lorsque vient le moment de déterminer si l'accès à un service est approprié, il faut déterminer si la population cible reçoit le service en question, établir le temps d'attente et la distance qui doit être parcourue pour obtenir le service et déterminer si le service est offert dans la langue officielle choisie par le client.

4. Viabilité clinique

La viabilité clinique tient du volume de services offerts et du nombre de ressources humaines disponibles dans le secteur de la santé. Pour qu'un service soit cliniquement viable, il faut habituellement compter quatre ou cinq médecins par spécialité pour assurer un programme 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par année sans qu'il y ait de perturbation majeure. Il faut également un volume suffisant de patients pour assurer l'expertise des médecins et autres fournisseurs.

« [...] travailler en partenariat avec les professionnels pour élaborer une feuille de route [...] décrivant les soins offerts par chaque centre de soins tertiaires, afin de réduire la nécessité que chaque hôpital ait à utiliser le même matériel et à offrir les mêmes services coûteux. »

Société médicale du
Nouveau-Brunswick

De plus, il faut reconnaître que bon nombre de services de soins de santé sont interdépendants et qu'ils doivent aussi être viables. Par exemple, les services, comme la traumatologie, comptent sur plusieurs programmes viables pour arriver à offrir des soins de grande qualité (par exemple chirurgie générale, chirurgie orthopédique, médecine interne, neurochirurgie, etc.). C'est un concept qu'on appelle communément le regroupement des services.

Analyse comparative

Les gens évaluent généralement leurs réussites par rapport au rendement de leurs pairs. Les gens d'affaires mesurent leur part du marché. Les élèves se font compétition pour obtenir les meilleures notes. Les athlètes mesurent leurs meilleurs résultats et les buts marqués.

Nous pouvons et devons mesurer le rendement dans le domaine des soins de santé. Le Secrétariat du renouveau du système de santé a mis en place un processus d'analyse comparative pour déterminer le rendement des hôpitaux du Nouveau-Brunswick par rapport à d'autres établissements semblables de partout au pays et comparer leur rendement respectif.

Les services offerts par les hôpitaux du Nouveau-Brunswick sont mesurés afin d'améliorer leur qualité et leur efficacité. Ce processus permet aux administrateurs du système et aux professionnels de la santé de mettre en évidence ce qui se fait de bien au Nouveau-Brunswick et de déterminer la façon dont les leçons tirées et les innovations peuvent être appliquées à d'autres services. Il favorise également une meilleure compréhension des raisons pour lesquelles d'autres services peuvent être moins efficaces et des solutions possibles.

Répartition équitable des services

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick est résolu à offrir à tous les Néo-Brunswickois les services de soins de santé de grande qualité qu'ils méritent et dont ils ont besoin, et ce, sans qu'ils aient à surmonter d'obstacles linguistiques. Un *Plan d'action quinquennal pour la répartition équitable des services* a été annoncé.

Le plan d'action comprend une liste de services nouveaux ou élargis offerts dans toutes les régions de la province, qui visent à combler les lacunes du système de soins de santé du Nouveau-Brunswick. Il fait suite à l'engagement du gouvernement provincial d'améliorer la répartition des services pour la population francophone du Nouveau-Brunswick.

Dans le futur, les nouveaux services ne seront ajoutés au système de soins de santé du Nouveau-Brunswick que s'ils concordent avec les principes de viabilité financière et clinique, de sécurité, de qualité et de volume suffisant de patients. Si un nouveau service est ajouté ou si un service est élargi, il sera offert dans la mesure du possible par la régie de la santé qui ne l'offre pas actuellement.

Une vision claire

Tout comme une maison doit être couverte d'un toit solide pour protéger ses habitants, le plan provincial de la santé doit être fondé sur une vision claire qui le protégera et assurera son succès. *Rebâtir les soins de santé ensemble : Le Plan provincial de la santé 2013-2018* fournit une vision et une orientation à un système de soins de santé qui se prépare à vivre un changement démographique important de manière à demeurer viable pour les générations à venir. Dans le cadre de cette préparation, nos professionnels de la santé et les administrateurs du système seront appuyés par la technologie, les sept principes de conception, la compréhension de la nécessité d'une meilleure intégration des services et un esprit de coopération qui permettra la réforme des soins de santé.

Relier par la technologie

Les fournisseurs de soins de santé du Nouveau-Brunswick sont reliés les uns aux autres au moyen d'un large réseau de technologie de l'information connu sous le nom de dossiers de santé électroniques (DSE). Les DSE contiennent des renseignements cliniques pertinents comme les visites des patients à l'hôpital, les rapports d'imagerie diagnostique et les résultats de laboratoire.

La prochaine phase de l'évolution des DSE provinciaux est la mise en place de dossiers médicaux électroniques dans les cabinets de médecins, d'un système d'information sur les médicaments et d'un programme de surveillance pharmaceutique.

Les dossiers médicaux électroniques permettront aux médecins de famille de recueillir par voie électronique des renseignements sur leurs patients et de visualiser ces renseignements. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick travaille avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick pour mettre en œuvre les dossiers médicaux électroniques pour les médecins.

Le système d'information sur les médicaments permet d'effectuer le suivi des antécédents pharmaceutiques d'un patient et de surveiller les ordonnances délivrées afin de s'assurer de leur justesse et d'accroître la sécurité des patients. L'élément de surveillance des ordonnances de ce système facilitera l'identification précoce des patients exposés à un risque de toxicomanie et fournira des alertes ou des outils pour gérer l'obtention d'ordonnances multiples, l'exécution d'ordonnances par différentes pharmacies et les quantités excessives de produits narcotiques. L'Association des pharmaciens du Nouveau-Brunswick participe à ce projet.

Meilleures coopération et intégration

Les Néo-Brunswickois doivent travailler ensemble pour aborder les enjeux provinciaux en matière de soins de santé, reprendre leur santé en main et concevoir un système viable pour tous pour des générations à venir. Les fournisseurs de soins de santé du Nouveau-Brunswick doivent également travailler ensemble afin que le système soit intégré et abordable et pour qu'il reflète les principes clés mentionnés précédemment.

Tout au long du processus de consultation, les Néo-Brunswickois ont reconnu qu'il est essentiel d'élaborer un réseau de services provincial intégré dans lequel les gens peuvent travailler et être servis dans la langue de leur choix pour assurer la viabilité de notre système de soins de santé.

Chaque aspect du système de soins de santé du Nouveau-Brunswick doit être examiné à la lumière du contexte provincial, en comprenant son rôle et l'incidence de chaque service sur le reste du système.

Les soins de santé de courte durée sont de plus en plus spécialisés, et des décisions judicieuses doivent être prises afin d'assurer leur qualité, leur sécurité et leur efficacité. La province doit investir de façon stratégique dans la technologie pour suivre le rythme tout en veillant à ce que les services soient à la fois accessibles et abordables.

Il est également important de former des équipes intégrées de fournisseurs de soins de santé et de permettre aux professionnels de la santé d'exercer l'ensemble des fonctions prévues dans le cadre de leur pratique.

Rebâtir les soins de santé ensemble

Pour bâtir un système de soins de santé viable à long terme, efficace et efficient, la participation de chaque Néo-Brunswickois est nécessaire.

Les Néo-Brunswickois doivent travailler ensemble pour aborder les enjeux provinciaux en matière de soins de santé, reprendre leur santé en main et concevoir un système viable pour tous pour des générations à venir. Les fournisseurs et les administrateurs de soins de santé du Nouveau-Brunswick doivent également travailler ensemble afin que le système soit intégré et abordable et pour qu'il reflète les principes clés mentionnés précédemment.

Pour assurer le succès du plan, il faut s'engager fermement à faire preuve de transparence et de responsabilité. Tout au long du processus de consultation, les intervenants du système et les Néo-Brunswickois ont souligné qu'ils souhaitaient qu'on mette en place un plan détaillé visant à atteindre les objectifs fixés plutôt qu'une vision stratégique de haut niveau. On a insisté sur la reddition de comptes et la surveillance des projets et on juge essentiel de faire preuve de transparence, puisque les personnes consultées souhaitent pouvoir suivre les progrès réalisés par rapport au plan.

Par suite de cette recommandation, on publiera chaque printemps, dans le site Web du ministère (www.gnb.ca/santé), une liste des initiatives clés relatives au système de soins de santé décrivant les activités stratégiques entreprises par les partenaires du secteur de la santé dans la réalisation du plan provincial de la santé. L'annexe A du présent plan contient la liste des initiatives de la première année.

Pour en savoir davantage sur le plan de la santé, veuillez consulter le site Web du ministère (www.gnb.ca/santé).

Votre apport est important!

Si vous désirez donner votre opinion sur le plan provincial de la santé ou faire des suggestions sur les moyens d'améliorer le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick, vous pouvez le faire par courriel à Health.ConsultationSante@gnb.ca.

Annexe A

La reconstruction est déjà en cours

Initiatives de l'année 1

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick a déjà lancé plusieurs initiatives pour aider à rebâtir le système de soins de santé de la province.

Nous décrivons ces initiatives dans le tableau ci-dessous et nommons les partenaires du secteur de la santé qui en sont responsables.

Le gouvernement mettra cette liste à jour tous les ans à compter de 2014 et fournira des rapports réguliers sur l'état d'avancement de chaque initiative.

Cette liste d'initiatives présente les principales priorités du ministère de la Santé et des régions régionales de la santé (RRS) auxquelles il faudra répondre au cours de l'exercice 2013-2014. Un rapport d'étape suivra une fois l'exercice terminé, accompagné d'une liste semblable d'initiatives décrivant le travail qui devra être réalisé en 2014-2015. Le travail réalisé dans le cadre d'initiatives pluriannuelles ne sera présenté que pendant l'exercice au cours duquel ces initiatives devraient prendre fin.

Description des initiatives du Plan provincial de la santé	Rebâtir notre santé	Rebâtir notre système	Responsable	Principes guidant la conception du Plan provincial de la santé
Budget viable : Le ministère de la Santé va atteindre les cibles budgétaires fixées par le gouvernement.		<input checked="" type="checkbox"/>	Ministère de la Santé, Réseau de santé Horizon, Réseau de santé Vitalité, FacilicorpNB	Efficience, équité
Gains d'efficacité administrative et organisationnelle : Dans certains cas, en s'associant au Secrétariat du renouveau du système de santé, le Ministère et les RRS, réaliseront un certain nombre de projets en vue d'améliorer l'efficience et l'imputabilité du système de santé, de rationaliser l'administration et d'adopter des innovations dans le domaine de la santé.		<input checked="" type="checkbox"/>	Ministère de la Santé, Réseau de santé Horizon, Réseau de santé Vitalité, FacilicorpNB	Efficacité, efficience, sécurité, viabilité clinique
Régime d'assurance-médicaments pour les Néo-Brunswickois non assurés : Le Ministère va franchir une série d'étapes clés pour mettre en œuvre un régime d'assurance-médicaments à l'intention des Néo-Brunswickois non assurés.	<input checked="" type="checkbox"/>		Ministère de la Santé	Accès, gamme appropriée de services, équité
Distribution équitable des services : Le ministère de la Santé et les régions régionales de la santé vont mettre en œuvre les éléments du Plan d'action quinquennal pour des services de santé équitables dont la mise en œuvre est prévu en 2013-2014 (services provinciaux de médecine de l'obésité, perfectionnement des services d'oncologie, de rhumatologie, de pédopsychiatrie, désignation de centres hospitaliers universitaires).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ministère de la Santé, Réseau de santé Vitalité, Réseau de santé Horizon	Accès, gamme appropriée de services, équité, efficacité

Description des initiatives du Plan provincial de la santé	Rebâtir notre santé	Rebâtir notre système	Responsable	Principes guidant la conception du Plan provincial de la santé
À la maison d'abord : Les ministères de la Santé, du Développement social et des Communautés saines et inclusives vont s'associer pour mettre au point une philosophie, une vision et un plan d'action en matière de soins gériatriques, qui seront soumis à l'attention du gouvernement. Une fois adoptée, cette nouvelle approche permettra aux personnes plus âgées de rester plus longtemps chez elles et dans leur collectivité, ce qui représente une solution à la fois avantageuse pour les personnes âgées et beaucoup plus économique pour le gouvernement.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ministère du Développement social	Accès, gamme appropriée de services, efficacité, efficacité
Plan d'action pour la santé mentale : Le Ministère et les régions régionales de la santé mettront en œuvre un certain nombre des initiatives prévues au Plan d'action pour la santé mentale en vue d'améliorer les normes des programmes et de réduire le temps d'attente, de mettre au point de nouveaux modules de perfectionnement du personnel, d'accroître les capacités relativement aux citoyens vulnérables et aux jeunes.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ministère de la Santé, Réseau de santé Horizon, Réseau de santé Vitalité	Accès, gamme appropriée de services, efficacité, viabilité clinique
Soins de santé primaires - Diabète : Dans le cadre de la Stratégie globale sur le diabète, le Ministère va mettre au point un modèle de soins des pieds pour personnes à risque élevé, et renouveler et restructurer les programmes d'éducation sur le diabète à l'intention des patients. Les RRS vont travailler à mettre en place la stratégie provinciale qui devrait être prête en 2013-2014.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ministère de la Santé, Réseau de santé Horizon, Réseau de santé Vitalité	Accès, gamme appropriée de services, efficacité, efficacité, sécurité, viabilité clinique
Dépistage du cancer du côlon : Dans la première année, le ministère entreprendra la première étape pour l'établissement d'un programme provincial de dépistage du cancer du côlon.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ministère de la Santé	Accès, gamme appropriée de services, efficacité, efficacité, sécurité, équité, viabilité clinique
Soins de santé primaires - Maladies chroniques : Les RRS vont planifier et mettre en œuvre certains aspects de la Stratégie de gestion de l'insuffisance cardiaque congestive.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Réseau de santé Horizon, Réseau de santé Vitalité	Gamme appropriée de services, efficacité, efficacité, sécurité, équité, viabilité clinique
Méthodologie des services cliniques : Le Ministère va renouveler la méthodologie visant à veiller à la viabilité clinique et à la qualité des services cliniques. Il préparera notamment un plan de mise en œuvre.		<input checked="" type="checkbox"/>	Ministère de la Santé	Accès, gamme appropriée de services, efficacité, efficacité, équité, sécurité, viabilité clinique
Modèle de prestation d'un programme clinique : En réfléchissant à ses propres domaines prioritaires (p. ex., classification adéquate des lits; créer des équipes de travail aux compétences mixtes pour répondre aux besoins des patients), les RRS vont entreprendre des initiatives en vue d'améliorer la prestation du programme clinique.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Réseau de santé Horizon, Réseau de santé Vitalité	Gamme appropriée de services, efficacité, efficacité, sécurité, viabilité clinique
Étude comparative : Les RRS vont entreprendre des initiatives dans le cadre de l'étude comparative dirigée par le Secrétariat du renouveau du système de santé.		<input checked="" type="checkbox"/>	Réseau de santé Horizon, Réseau de santé Vitalité, FacilicorpNB	Gamme appropriée de services, efficacité, efficacité, viabilité clinique
Promotion de saines habitudes de vie : Les régions régionales de la santé appliqueront à plus grande échelle le modèle d'abandon du tabagisme d'Ottawa.	<input checked="" type="checkbox"/>		Réseau de santé Horizon, Réseau de santé Vitalité	Accès, gamme appropriée de services, efficacité
Soins de santé primaires - Registre provincial des patients sans médecin : Le Ministère va mettre en place et mettre en œuvre progressivement un registre des Néo-Brunswickois qui n'ont pas un fournisseur principal de soins de santé.		<input checked="" type="checkbox"/>	Ministère de la Santé	Gamme appropriée de services, efficacité, efficacité
Initiatives d'imagerie diagnostique : Les régions régionales de la santé normaliseront les processus de diagnostic et le temps d'attente des tests par imagerie à résonance magnétique (IRM).		<input checked="" type="checkbox"/>	Réseau de santé Horizon, Réseau de santé Vitalité	Accès, gamme appropriée de services, efficacité, efficacité, sécurité, équité, viabilité clinique

Description des initiatives du Plan provincial de la santé	Rebâtir notre santé	Rebâtir notre système	Responsable	Principes guidant la conception du Plan provincial de la santé
Soins de santé primaires - Dossiers médicaux électroniques : En association avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick, le Ministère va mettre au point un système de dossiers médicaux électroniques dans des contextes de prestation de soins en équipe afin de contribuer à offrir des soins de santé primaires de première qualité.		<input checked="" type="checkbox"/>	Ministère de la Santé	Efficacité, efficacité, sécurité
Liste provinciale des médicaments assurés : Le ministère de la Santé et les régies régionales de la santé continueront à mettre en œuvre le modèle d'une liste unique des médicaments assurés.		<input checked="" type="checkbox"/>	Ministère de la Santé, Réseau de santé Horizon, Réseau de santé Vitalité	Gamme appropriée de services, efficacité, sécurité, équité, viabilité clinique
Stratex : En collaboration avec ses partenaires, le ministère de la Santé va calculer la proportion du budget correspondant aux priorités stratégiques.		<input checked="" type="checkbox"/>	Ministère de la Santé	Gamme appropriée de services, efficacité
Services de soutien : Les RRS vont passer en revue le modèle de prestation des services de soutien (p. ex., services d'entretien, services alimentaires).		<input checked="" type="checkbox"/>	Réseau de santé Horizon, Réseau de santé Vitalité	Efficacité, sécurité
Gestion des ressources humaines : Les RRS vont entreprendre une série d'initiatives en vue d'améliorer les procédures de gestion des ressources humaines (p. ex., planification des horaires du personnel, gestion des congés de maladie, programme de mieux-être des employés).		<input checked="" type="checkbox"/>	Réseau de santé Horizon, Réseau de santé Vitalité, FacilicorpNB	Efficacité, sécurité, efficacité
Dictée/transcription : Pour améliorer les délais de dictée et de transcription, les RRS vont mettre en œuvre des initiatives d'utilisation de logiciel de reconnaissance de la voix dans le cadre des activités diagnostiques et des soins médicaux.		<input checked="" type="checkbox"/>	Réseau de santé Horizon, Réseau de santé Vitalité	Efficacité, efficacité
Système d'information sur les médicaments : Le ministère de la Santé poursuivra l'élaboration du système d'information sur les médicaments et le programme de surveillance pharmaceutique pour leur mise en œuvre en 2014-2015. Le programme de surveillance pharmaceutique aidera au dépistage précoce des patients à risque de dépendance et fournira des alertes et des outils pour gérer l'obtention d'ordonnances multiples, l'exécution d'ordonnances dans plusieurs pharmacies et des quantités excessives de narcotiques et autres médicaments contrôlés.		<input checked="" type="checkbox"/>	Ministère de la Santé	Accès, gamme appropriée de services, sécurité, efficacité
Premières nations : Les RRS entreprendront des initiatives dans le but de consolider les partenariats avec les collectivités des Premières nations, d'améliorer la sensibilisation aux réalités culturelles au sein du personnel des RRS ainsi que d'aider à assurer que les citoyens des collectivités des Premières nations reçoivent des services de grande qualité et qui tiennent compte des réalités culturelles.		<input checked="" type="checkbox"/>	Réseau de santé Horizon, Réseau de santé Vitalité	Accès, gamme appropriée de services, sécurité, équité
Le soutien spirituel : Le réseau de santé Vitalité normalisera tous les programmes de formation des bénévoles afin de favoriser une approche uniforme et holistique dans la prestation de services de soutien spirituel aux patients.		<input checked="" type="checkbox"/>	Réseau de santé Vitalité	Gamme appropriée de services, équité

Le *Processus d'excellence du rendement* (PER) du gouvernement du Nouveau-Brunswick vise à s'assurer que les activités stratégiques des ministères et organismes publics correspondent aux priorités et aux objectifs du gouvernement du Nouveau-Brunswick, qu'elles sont associées à des indicateurs de rendement et qu'elles sont réalisées dans les délais prévus. Chacune des initiatives présentées dans le tableau ci-dessous fait partie d'une liste plus importante de mesures approuvées par le gouvernement et faisant l'objet d'un suivi au moyen du PER.

Annexe B

Consultations

Les soins de santé ne peuvent être rebâti en vase clos. Le ministère de la Santé s'est vu confier le mandat prescrit par la loi de tenir des consultations sur l'élaboration du plan provincial de la santé avec les régies régionales de la santé; dans le passé, les intervenants habituels du système de santé y participaient également. Pour le présent plan, le ministère a aussi sollicité pour la première fois les intervenants les plus importants : les Néo-Brunswickois.

En juin et juillet 2012, le ministre de la Santé, accompagné du personnel du ministère de la Santé et du Conseil de la santé, a mené un processus de consultation de grande envergure au sujet du plan provincial de la santé. L'équipe de consultation a parcouru la province et a tenu des séances ouvertes dans neuf municipalités du Nouveau-Brunswick. En septembre 2012, une séance supplémentaire a eu lieu auprès des collectivités des Premières Nations du Nouveau-Brunswick.

« Les soins de santé pourraient être plus efficaces si on tenait davantage de séances publiques comme celle-ci pour aborder les problèmes. Beaucoup ont peur de dire ce qu'ils pensent, mais les réunions comme celle-ci rendraient les gens plus à l'aise de faire part de leurs préoccupations. »

Participant, Bathurst

Puisque les Néo-Brunswickois ne pouvaient pas tous participer aux séances de consultations publiques, on a créé une page Web pour recueillir les propositions de l'ensemble de la population. Que ce soit au cours des séances publiques ou du processus de consultation en ligne, nous avons reçu des milliers de propositions, allant des courts commentaires ou questions soumis par de simples citoyens aux mémoires complets déposés par des intervenants du système de santé. Dans l'ensemble, la réaction a été extraordinaire et de nombreuses bonnes suggestions ont été soumises aux fins d'étude.

Les travailleurs du système de santé sont pleinement conscients des enjeux avec lesquels le Nouveau-Brunswick doit composer. Le gouvernement était convaincu que ces renseignements devaient être communiqués à tous les Néo-Brunswickois afin qu'ils puissent apporter une contribution significative au plan provincial de la santé.

Au début de chaque séance de consultation, on a présenté une vidéo énonçant brièvement les faits et soulignant la réalité de la province. Les participants aux séances de consultation ont affirmé qu'elle devait être vue par tous les Néo-Brunswickois. Elle est disponible sur la page *Rebâtir les soins de santé ensemble* du site Web du ministère de la Santé (www.gnb.ca/santé) et les personnes qui n'ont pas été en mesure de participer à une séance publique sont encouragées à la visionner.

Ce qui a été dit

Le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick s'est chargé de la coordination des séances de consultation publique et a fourni au ministre de la Santé un excellent rapport présentant « ce qui s'est dit ». Nous avons reçu des milliers de réponses et d'idées, beaucoup abordant les mêmes sujets, notamment :

- Le Nouveau-Brunswick est en grande partie une province rurale, et les soins communautaires appropriés doivent être renforcés.
- Les soins de santé de courte durée sont de plus en plus spécialisés et fondés sur la technologie et il faut les centraliser si nous voulons en assurer la qualité, la sécurité et l'efficacité. La province doit investir de façon stratégique dans les technologies pour suivre le rythme tout en veillant à ce que les soins demeurent abordables.
- Il ne se produira pas de changement si nous continuons de la même façon.
- Le travail professionnel doit évoluer : il faut, par exemple, travailler au sein d'équipes coordonnées et dans la pleine mesure de son champ d'exercice. Les modèles de financement doivent être révisés. Grâce à cette évolution, les travailleurs de la santé seront plus efficaces et les Néo-Brunswickois auront un meilleur accès aux soins.
- Il faut aider les patients, les aidants, les familles et même les professionnels de la santé à cheminer efficacement dans le système de santé et à avoir accès en tout temps aux options de soins les plus appropriées.

Suggestions des intervenants

En plus des consultations publiques, d'excellents documents écrits ont été présentés au ministre par des associations professionnelles et des groupes communautaires. Vous pouvez les consulter sur le site Web du ministère de la Santé au www.gnb.ca/santé.

Premières Nations

Les collectivités des Premières Nations du Nouveau-Brunswick ont fait part de la manière dont leur parcours historique s'est répercuté sur l'état de santé actuel des Autochtones. Les compétences culturelles sont essentielles afin que les travailleurs de la santé puissent prodiguer des soins efficaces aux patients des Premières Nations. Les programmes et les outils utilisés pour aider à naviguer dans le système de la santé ont été désignés comme étant prioritaires. D'ailleurs, la navigation dans le système a été signalée comme l'une des principales faiblesses du système dans chacune des séances de consultation publique. Cette question sera abordée dans le plan, tout comme plusieurs autres initiatives clés à l'intention des Premières Nations.

« Il faut dialoguer davantage et établir des relations plus étroites avec les régies de la santé afin de connaître les besoins, les ressources existantes et les ressources nécessaires. »

Participant, consultation auprès des Premières Nations, Oromocto

D

Note d'information

Réunion du Comité de Finances et de vérification
Le 15 juin 2016

Objet : Services alimentaires et environnementaux

Décision recherchée : Proposition de maintenir la gestion des services alimentaires et d'environnement sous la responsabilité du Réseau de santé Vitalité (RSV) car il s'agit de la meilleure option suite à une analyse rigoureuse des deux possibilités.

Contexte

Ce dossier remonte à 2013 lorsque le Gouvernement a fait part de son intention de sous-traiter la gestion des services alimentaires et environnementaux dans le but de générer des économies. Les deux Régies ont alors procédé à un processus d'appel d'offre et la compagnie Sodexo a été retenue en janvier 2014 afin de procéder aux négociations d'un contrat provincial de dix ans. Les étapes finales de négociations sont prévues se terminer d'ici la fin juin 2016. Un contrat sera alors développé et soumis au Conseil d'administration (CA) pour recommandation au Ministère.

En avril 2014, le CA avait décidé de se retirer du processus d'appel d'offre mais en avril 2015, suite à des discussions avec les dirigeants et les instances gouvernementales, il fut décidé de poursuivre le processus tout en s'assurant d'inclure dans le calcul les coûts indirects tels que les coûts associés à l'administration des ressources humaines et à la gestion des griefs. Ces coûts réels viendraient diminuer les économies prévues.

Finalement, les négociations s'allongeant, il a été convenu avec le CA qu'une analyse détaillée des deux options; c'est-à-dire de maintenir les services à l'interne ou de les confier à Sodexo serait effectuée pour prise de décision avant la fin juin 2016.

Le RSV a participé activement au processus de négociation provincial mais en parallèle a développé un plan d'amélioration de la performance de ces secteurs d'activités et effectué une

analyse financière de cette proposition comparativement à celle de Sodexo. Les deux options ont été évaluées en utilisant la valeur actuelle nette (VAN).

La méthodologie de la VAN est une démarche éprouvée pour l'évaluation de projets dans le domaine financier. Elle consiste à analyser tous les flux de trésorerie (sorties et entrées de fonds) des projets et de les rapporter en dollars d'aujourd'hui. Les données sont présentées ici-bas dans les tableaux et aussi dans les annexes A et B.

Proposition de Sodexo

		Total 10 ans
Coûts d'opération		\$309,617,153
Coûts additionnels pour Vitalité due à l'implantation de la proposition de Sodexo		
a)	Responsable du Projet	\$254,013
b)	Responsable de la Qualité (1 ETP)	\$788,380
c)	Indemnités de départ	\$610,000
e)	Augmentation de l'accès WIFI	\$540,369
f)	Interface des systèmes cliniques	\$100,000
g)	Coût d'installation des équipements	\$744,000
h)	Coûts des griefs	\$460,000
i)	Supplantation (Bumping)	\$532,000
j)	Sodexo contribution aux griefs	(\$200,000)
Coûts		\$313,445,915
Valeur actuelle nette des coûts sur 10 ans		\$286,707,042

Note : Certains coûts associés à ce projet ne sont pas pris en considération dans les économies proposées par Sodexo (a à j) et ont été ajoutés dans l'analyse compte tenu qu'ils sont des coûts directs pour Vitalité. Ceux-ci représentent 3,828,762\$ sur 10 ans.

Proposition de Vitalité

		Total 10 ans
a)	Coûts d'opération	\$306,413,927
b)	Augmentation de l'accès WIFI	\$540,369
c)	Interface des systèmes cliniques	\$63,500
d)	Coûts des griefs	\$100,000
e)	Supplantation (Bumping)	\$105,000
f)	Dépenses en technologie Vitalité	\$442,434
g)	Dépenses en capital de Vitalité	\$2,191,540
Coûts		\$309,856,770
Valeur actuelle nette des coûts sur 10 ans		\$283,241,658

Note : Les points b à e qui totalisent 808,869 \$ sur 10 ans ainsi que les points f et g soit les dépenses en capital et en technologies qui totalisent 2,633,974\$ sur dix ans sont ajoutés afin de rendre les propositions comparables.

Comparaison financière

<u>Vitalité</u>	
Total des coûts de Vitalité sur 10 ans	\$ 309,856,770
Valeur actuelle nette	\$ 283,241,658
<u>Sodexo</u>	
Total des coûts de Sodexo sur 10 ans	\$ 313,445,915
Valeur actuelle nette	\$ 286,707,042
Économies Vitalité (Valeur actuelle nette)	\$ 3,465,384

Les résultats de l'analyse financière basés sur la valeur actuelle nette, indiquent que la proposition du RSV génère des économies additionnelles de 3,465,384\$ sur 10 ans par rapport à la proposition de Sodexo et ceci tient compte des coûts additionnels encourus par le RSV dans la proposition de Sodexo.

Analyse

Épargne :

Sodexo propose une garantie d'épargnes sur dix ans débutant l'année 3 avec une épargne de 85%, de 90% l'année 4 et de 95% les années subséquentes. Par contre, certaines conditions doivent être rencontrées et impliquent plusieurs acteurs tels que Sodexo, RSV, Horizon, ServiceNB, Ministère des Ressources Humaines etc. Cette garantie d'épargne peut être compromise si les parties impliquées ne s'entendent pas sur l'achèvement substantiel ou s'il y a des défis ou composantes non identifiées lors de la négociation du contrat. Les épargnes en valeur actuel nette sur dix ans sont présentées à l'annexe A.

Les économies du RSV débutent dès la première année et progressivement par la suite (voir annexe B pour les détails). Les économies additionnelles comparativement à la proposition de Sodexo sont principalement dues aux facteurs suivants :

- Frais administratifs (3,248,488\$);
- Investissement dans un centre d'appel (437,000\$);
- Frais pour le bureau corporatif de Sodexo (2,300,000\$);
- Frais récurrent pour l'investissement en technologie (243,000\$);
- Frais de démarrage (332,500\$);

- Modèle de livraison de service moins complexe;
- Investissement en capital étendu sur dix ans;
- Coûts d'opération (358,914\$).

Le RSV utilise les ressources existantes (humaines, technologiques etc.) ce qui a l'avantage de débiter les économies plus rapidement. Le « momentum » a été créé en développant le plan d'amélioration de la performance et les gestionnaires sont engagés dans la démarche.

Investissements :

Sodexo prévoit effectuer des investissements de l'ordre de 2,543,392\$ qui ne seront pas facturés à le RSV. Par contre, un coût additionnel de 744,000\$ devra être déboursé pour l'installation des équipements et un montant additionnel de 640,369\$ pour l'installation des technologies.

Pour sa part, le RSV prévoit investir 2,633,974\$ en équipements et technologies et ceci inclus les coûts d'installation. Le RSV devra aussi investir un montant additionnel de 603,869\$ pour l'installation des technologies. L'utilisation des fonds non partageables et le support des Fondations sont les sources de financement envisagées.

Le tableau suivant décrit les variances financières les plus marquantes entre les deux propositions.

PROPOSITION SODEXO	PROPOSITION VITALITÉ
Épargnes sur 10 ans 22,182,789\$ selon le calcul de Sodexo excluant les coûts supplémentaires que le RSV devra absorber	Épargnes de 3,465,383\$ de plus que Sodexo sur 10 ans pour un total de 25,648,172\$
Investissement 2,543,392\$ Inclus des frais de démarrage de 332,500\$ Exclus les frais d'installations	Investissement 2,633,974\$ Inclus les frais d'installations
Coûts supplémentaires de 3,828,762\$ pour les items de a à j dans la proposition de Sodexo	Coûts supplémentaires de 808,869\$ pour les items de b à e
Frais d'administration 3,248,488\$	Frais d'administration 0\$
Réduction de 79.8 ETP	Réduction de 52.5 ETP
Garanties contractuelles <ul style="list-style-type: none"> • Sodexo garantit les économies à partir de l'année 3 <ul style="list-style-type: none"> ○ 85 % année 3 (2,110,453\$) ○ 90 % année 4 (2,265,786\$) ○ 95 % année 5 à 10 (2,425,536\$) 	Économies selon la performance <ul style="list-style-type: none"> • RSV prévoit des économies à partir de l'année <ul style="list-style-type: none"> ○ Année 1 (549,446\$) ○ Année 2 (1,880,947\$) ○ Année 3 (2,103,672\$)

Ressources humaines :

En ce qui a trait à l'impact sur les Ressources humaines, Sodexo prévoit une réduction de 79.8 ETP commençant la première année et s'échelonnant sur 24 mois, soit la période d'implantation. L'impact est plus marqué au niveau des services alimentaires et dans la gestion.

Pour sa part, le RSV prévoit réduire ses effectifs de 52.5 ETP durant les trois premières années répartis dans les trois services (alimentaire, cafétéria et environnement). La réduction des ETP sera atteinte principalement par attrition, afin de minimiser le licenciement et éviter les chocs et perturbations au travail. De plus, le RSV croit essentiel de maintenir ses gestionnaires et superviseurs en place afin de bénéficier de l'expertise dans la mise en œuvre des initiatives, réduire les défis de relation de travail et éviter des indemnités de départ coûteuses.

Cafétéria :

Il est à noter que dans la réduction des coûts d'opération, les deux propositions prévoient fermer les cafétérias qui ne sont pas rentables. Sodexo propose d'en fermer sept et le RSV six soit : Stella Maris, St-Quentin, Grand-Sault, Campbellton, Caraquet et Lamèque. Pour ce qui est de la cafétéria de Tracadie, le RSV prévoit la garder ouverte le midi alors que Sodexo la fermera. Pour pallier aux effets de ces fermetures, les deux propositions prévoient augmenter les machines distributrices et offrir des aliments prêts à manger. Sodexo prendra en charge les machines distributrices et les revenus anticipés sont inclus dans leur projection d'épargnes. Le RSV prévoit poursuivre son partenariat avec les Auxiliaires et les Fondations pour gérer les machines distributrices et en contrepartie, demander d'appuyer les investissements requis pour les équipements et technologies.

Modèle de livraison de service

Essentiellement, les deux propositions (RVS et Sodexo) visent la standardisation des processus et des politiques et procédures, le rehaussement de la technologie, le remplacement d'équipements désuets, la satisfaction de la clientèle, la réduction des coûts d'opération, la formation du personnel et la mise en place de système de contrôle et de suivi (ex. : audits, indicateurs etc.). L'annexe C compare les éléments clés du modèle de livraison de service des deux propositions.

Toute transformation de service apporte des avantages mais comporte des risques. Tout ne peut pas être prévu dans un contrat de service. Les risques engendrés par la mise en œuvre du modèle de Sodexo sont supérieurs aux bénéfices escomptés. De façon sommaire, voici les éléments les plus marquants :

Risques

Proposition de Sodexo

- Gestion du contrat avec Sodexo (cogestion avec Vitalité, Horizon et SNB);
- Demande de modification (ordres de changement) entrainera des coûts supplémentaires;
- Gestion des ressources humaines par une autre entité mais dont les prises de décisions affectent le fonctionnement des opérations et la satisfaction de la clientèle (perte des connaissances du milieu et de l'expertise des superviseurs);
- Réaction négative des syndicats mais surtout des employés et risques élevés de griefs, de résistance aux changements, de congés de maladies etc.;
- Processus complexe par la mise en place d'un centre d'appel provincial pour répondre à tous les hôpitaux de la province;
- Insatisfaction de la clientèle par des choix de menu qui ne correspondent pas à leurs cultures et coutumes;
- Investissements insuffisants plus spécifiquement les années 3 à 10 et qui devront provenir du RSV ;
- Plus grande perte d'emploi et ne tenant pas compte de l'attrition;
- Objectifs premier de générer des profits.

Proposition du RSV

- Priorités concurrentes occasionnant des défis dans l'assignation et le support soutenu des ressources pour gérer la transformation (ex. : ceintures noires, conseillers en qualité, support du secteur des ressources humaines etc.);
- Défi de sécuriser les budgets nécessaires pour effectuer les investissements;
- Gestion du changement difficile et réactions des employés à la transformation (ex. : fermeture des cafétérias, ajustement des méthodes de travail et du nombre d'employés, gestion de l'assiduité etc.);
- Maintenir l'engagement à tous les niveaux.

En conclusions, le RSV a été un des premiers organismes à adopter une politique régionale pour fournir des environnements alimentaires sains et est le mieux placé pour poursuivre les initiatives en matière de saine alimentation tant pour les patients, le personnel et le grand public.

Le RSV a un lien très étroit avec les communautés ce qui favorisera l'acceptation des fermetures de cafétérias et la mise en place de solutions alternatives. Le respect des coutumes alimentaires et les traditions des gens ainsi que le maintien de l'achat local, lorsque économique, sont d'autres avantages importants.

La proposition d'améliorer la performance du RSV a été développée avec l'expertise interne et la collaboration des employés et dirigeants. Ses chances de succès sont plus élevées.

Recommandations

L'analyse financière du plan d'amélioration de la performance du RSV, par rapport aux coûts et aux implications de la proposition de Sodexo, indique qu'il y a des avantages financiers et qualitatifs tout en diminuant le risques de retenir les services à l'interne et de procéder le plus rapidement possible à la mise en œuvre de cette initiative.

L'analyse de la valeur actuelle nette démontre que la proposition du RSV générera 3,465,383\$ de plus que la proposition de Sodexo.

Pour toutes les raisons évoquées, nous recommandons au CA de maintenir la gestion des services alimentaires et d'environnement sous la responsabilité du RSV et d'appuyer la mise en œuvre du plan d'amélioration de la performance.

Soumis le 13 juin 2016 par Gisèle Beaulieu, Vice-présidente de la performance, qualité et affaires générales.

PROPOSITION DE SODEXO

	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Année 6	Année 7	Année 8
Coûts d'opération	\$30,343,754	\$29,487,120	\$29,043,457	\$29,639,330	\$30,246,811	\$30,883,699	\$31,532,688	\$32,164,532
Coûts additionnels pour Vitalité due à l'implantation de la proposition de Sodexo								
a) Responsable du Projet	\$83,000	\$84,660	\$86,353					
b) Responsable de la Qualité (1 ETP)	\$72,000	\$73,440	\$74,909	\$76,407	\$77,935	\$79,494	\$81,084	\$82,705
c) Indemnités de départ	\$610,000							
d) Augmentation de l'accès WIFI	\$49,350	\$50,337	\$51,344	\$52,371	\$53,418	\$54,486	\$55,576	\$56,688
e) Interface des systèmes cliniques	\$100,000							
f) Coût d'installation des équipements	\$248,000	\$248,000	\$248,000					
g) Coûts des griefs	\$230,000	\$230,000						
h) Supplantation (Bumping)	\$266,000	\$266,000						
i) Sodexo contribution aux griefs	(\$100,000)	(\$100,000)						
Coûts total	\$31,902,104	\$30,339,557	\$29,504,063	\$29,768,108	\$30,378,165	\$31,017,679	\$31,669,348	\$32,303,925
 Valeur actuelle nette des coûts sur 10 ans	\$286,707,042							

PROPOSITION DU RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ

	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Année 6	Année 7	Année 8
Coûts d'opération	\$29,277,803	\$28,505,228	\$28,849,852	\$29,439,969	\$30,049,861	\$30,681,606	\$31,338,102	\$32,023,378
a) Augmentation de l'accès WIFI	\$49,350	\$50,337	\$51,344	\$52,371	\$53,418	\$54,486	\$55,576	\$56,688
b) Interface des systèmes cliniques	\$63,500							
c) Coûts des griefs	\$50,000	\$50,000						
d) Supplantation (Bumping)	\$52,500	\$52,500						
e) Dépenses en technologie Vitalité	\$232,108	\$0	\$162,663	\$16,000	\$31,663	\$0	\$0	\$0
f) Dépenses en capital de Vitalité	\$777,000	\$487,140	\$389,400	\$93,000	\$136,000	\$147,000	\$27,000	\$79,000
Coûts total	\$30,502,261	\$29,145,205	\$29,453,259	\$29,601,339	\$30,270,942	\$30,883,092	\$31,420,678	\$32,159,065
Valeur actuelle nette des coûts sur 10 ans	\$283,241,658							

Comparaison des modèles de livraison de services

	PROPOSITION SODEXO	PROPOSITION RÉSEAU SANTÉ
TOUS LES SERVICES		
	Direction et gestion par Sodexo	Direction et gestion par RSV
	Portée provinciale	Portée régionale
	Équipe de gestion provinciale	Équipes de gestion régionale
	Changements opérationnels majeurs	Améliorations dans la livraison des se
	Contrat légal avec terme fixe et conditions	Politiques et procédures administrativ
	Perte de contrôle de nos opérations Processus d'exploitation requis (ex. :) <ul style="list-style-type: none"> • Changement d'ordres • Processus de validation (true ups process) • Résolution de conflits • Transition vers le nouveau modèle de gestion 	Plus grand contrôle des affaires admir Évite les conditions imposées par le c
	Engagement de 10 ans	Engagement continue
	Comité de gouvernance à trois niveaux	Structure de gouvernance existante du Mise en place d'équipes de projets av noires)
	Processus d'achat nationaux négociés par Sodexo	Processus d'achat régional et provinci
	Logiciels du RSV pour la planification des horaires de travail et de la paie "ESP and Workforce Timekeeper"	Logiciels du RSV pour la planification "ESP and Workforce Timekeeper"
	Utilisation du groupe Studer (une entreprise pour l'amélioration du rendement)	Ressources internes pour définir l'am tableau de bord etc.)
	Investissement dans un spécialiste en «Facteurs humains » afin d'aider au développement des processus, à la formation et la sécurité au travail	Implication des ressources internes da des processus: Conseillers amélioratic ceint. noires
	Une employée de Sodexo dédiée au contrôle des infections	Infirmières en prévention et contrôle c gestionnaire régionale
	Amélioration des processus (Lean)	Support du Bureau de projet avec exp ceintures noires
	Réactions des syndicats et des employés (s'opposent à la privatisation)	Support des syndicats pour la gestion
Suivi de la performance	32 indicateurs clés de performance visant à promouvoir et assurer la qualité font partis de la négociation du contrat Sodexo et seront suivis et rapportés à travers la structure conjointe de gouvernance. De nombreux indicateurs de performance clés comprennent des accords de niveau de service et certains précisent des sanctions financières	RSV surveille actuellement 20 des 31 négociés dans les exigences du contra montant supplémentaire de 6 indicate

	PROPOSITION SODEXO	PROPOSITION RÉSEAU SANTÉ
Financier	Épargnes sur 10 ans 22,182,789 \$ selon le calcul de Sodexo excluant les coûts supplémentaires que le RSV devra absorber	Épargnes de 3,465,383\$ de plus que S 25,648,172\$
	Investissement 2,543,392\$ Inclus des frais de démarrage de 332,500\$ Exclus les frais d'installations	Investissement 2,633,974\$ Inclus les frais d'installations
	Coûts supplémentaires de 3,828,762\$ pour les items de a à j dans la proposition de Sodexo	Coûts supplémentaires de 808,869\$ p du RSV
	Frais d'administration 3,248,488 \$	Frais d'administration 0 \$
	Réduction de 79.8 ETP	Réduction de 52.5 ETP
	Garanties contractuelles <ul style="list-style-type: none"> • Sodexo garanties les économies à partir de l'année 3 <ul style="list-style-type: none"> ○ 85 % année 3 (2,110,453\$) ○ 90 % année 4 (2,265,786\$) ○ 95 % année 5 à 10 (2,425,536\$) 	Économies selon la performance <ul style="list-style-type: none"> • RSV prévoit des économies à par <ul style="list-style-type: none"> ○ Année 1 (549,446\$) ○ Année 2 (1,880,947\$) ○ Année 3 (2,103,672\$)
	Incitatifs financiers chez Sodexo	Économies totales pour le RSV
	8 critères spécifiques pour "L'achèvement substantiel" qui garantissent l'épargne	Aucunes conditions générales entoura dirigeants envers la rigueur de la mise
SERVICES ALIMENTAIRES		
Gestions des opérations	<ul style="list-style-type: none"> • Implantation d'un système de commande informatisée « Expressly for You », • Commande au chevet • Modèle « Hôtesse » • Comité provincial pour la standardisation des menus • Gestion des opérations intégrée • Normalisations des processus et des politiques et procédures • Formation des employés • Achats fait par Sodexo via leur groupe d'achat • Normalisation des produits 	<ul style="list-style-type: none"> • Implantation du système de commande • Commande au chevet • Ajustements des rôles et responsabilités des menus et Préposés au Serv. d'alimentation et une automatisation accrue. • Comité régional pour la standardisation • Gestion des opérations par service • Normalisations des processus et procédures • Formation de base et avancée des employés approuvée par Santé publique • Établissements de contrat d'achat • Normalisation des recettes, menu
	<ul style="list-style-type: none"> • Sodexo gère le contrat de service dans tous les établissements 	<ul style="list-style-type: none"> • Cessation du seul contrat dans le l'Hôpital Régional Chaleur
Gestionnaires	<ul style="list-style-type: none"> • Transfert des gestionnaires à Sodexo (pertes des connaissances et d'expérience dans nos établissements) • Pertes d'appartenance de nos gestionnaires • Imputables à Sodexo • Les gestionnaires de Vitalité qui se joignent à Sodexo seront soumis à une nouvelle période de probation 	<ul style="list-style-type: none"> • Maintient les employés cadres experts dans leurs domaines et qui ont participé engagés à sa réussite • Imputables au RSV • Aucune nouvelle période de probation

	PROPOSITION SODEXO	PROPOSITION RÉSEAU SANTÉ
Superviseurs	Transition vers la Gestion ou éliminés et remplacés par les gestionnaires adjoints. Problèmes potentiels de relations de travail	Développement et formation de s imputables
Techn. Diet.	Remplacés par l'Hôtesse et des processus automatisés à la suite de l'implantation de « ProMenu and Expressly for You »	Classification est maintenue avec
Commis aux menus	Remplacés par des "Hôtesses"	Classification est maintenue mais l'automatisation
Production alimentaire	Service conventionnel sur place à l'exception du système cuisson-refroidissement, rethermalisation à Campbellton	Service conventionnel sur place à refroidissement, rethermalisation
Politique alimentaire	Respect de la politique sur une saine alimentation	Respect de la politique sur une sa
Menu du patient	Approche prescriptive du menu offert aux patients	Menu sélectif avec un minimum
Technologie	<ul style="list-style-type: none"> • Logiciel « Pro Menu » pour la gestion des menus, recettes et commandes • Création d'un centre de ressources provincial • Utilisations de tablettes informatiques • Investissements de 339,985\$ 	<ul style="list-style-type: none"> • Logiciel « Microgesta » pour la g • Dépendance continue des process en place dans le RSV • Utilisations de tablettes informati • Investissements de 222,484\$ • Coûts pour les interfaces 63,500\$
Équipements	<ul style="list-style-type: none"> • Remplacements d'équipement désuets • Investissements de 819,024\$ • Coût d'installations non-inclus 	<ul style="list-style-type: none"> • Remplacements d'équipement dé • Investissements de 1,911,000\$ • Inclus les coûts d'installations
CAFÉTÉRIAS		
Gestions des opérations	<ul style="list-style-type: none"> • Respect de la politique sur une saine alimentation • Gestion des opérations intégrée • Normalisations des processus et des politiques et procédures • Formation des employés • Achats fait par Sodexo via leur groupe d'achat • Normalisation des produits 	<ul style="list-style-type: none"> • Respect de la politique sur une sa • Gestion des opérations par servic • Normalisations des processus et c • Formation de base et avancée des approuvée par Santé publique • Établissements de contrat d'achat • Normalisation des produits
Machines distributrices	<ul style="list-style-type: none"> • Introduction de machines distributrices • Machines distributrices opérées par Sodexo • Revenus inclus dans la projection d'épargnes 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuer le partenariat avec les machines distributrices et le parta • Augmenter les machines distribu une réduction des heures d'ouver
Fermeture de Cafétéria	<ul style="list-style-type: none"> • Fermeture de 7 cafétérias : Stella Maris, St. Quentin, Grand Sault, Campbellton, Tracadie, Caraquet et Lamèque 	<ul style="list-style-type: none"> • Fermeture de 6 cafétérias non ren Sault, Campbellton, Caraquet et I le midi.
Technologie	<ul style="list-style-type: none"> • Système de point de vente (POS) • Investissements de 60,224\$ 	<ul style="list-style-type: none"> • Système de point de vente (POS) • Investissements de 30,000\$
Équipements	<ul style="list-style-type: none"> • Investissements en équipement de 159,451\$ 	<ul style="list-style-type: none"> • Investissements en équipement de

	PROPOSITION SODEXO	PROPOSITION RÉSEAU SANTÉ
	<ul style="list-style-type: none"> • Rénovations 138,751\$ • Coût d'installations non-inclus 	<ul style="list-style-type: none"> • Rénovations seront effectuées dans le cadre du rafraîchissement de l'installation
Impacts financier	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction des déficits de 3,240,570\$ pour terminer après 10 ans avec un déficit de 406,865\$ 	<ul style="list-style-type: none"> • Élimination des déficits des cafés et cafétérias non viables.
SERVICES ENVIRONNEMENTAUX		
Gestions des opérations	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de la technologie des microfibrilles • Utilisation de l'audit ATP, de « Dye Marker » et vérification visuelle. • Gestion des opérations intégrée • Normalisation des processus et des politiques et procédures • Formation des employés • Achats fait par Sodexo via leur groupe d'achat • Normalisation des produits 	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite de la mise en place de l'audit ATP dans les établissements • Implantation de l'audit ATP (mesures des surfaces nettoyées) et accroissement de la documentation et des rapports • Gestion des opérations par service • Normalisation des processus et des politiques • Formation des employés basée sur les normes de l'Association of Environmental Managers • Établissements de contrat d'achat • Normalisation des produits
	3 Centres d'excellence -- St. Jean, Moncton, Bathurst Programme CARES	Module d'éducation offert dans le cadre de la Collaboration du service de performance
Technologie	<ul style="list-style-type: none"> • Logiciel TDSS pour la gestion des lits • Logiciel TRAKKAR afin de mesurer la charge de travail • Création d'un centre de ressources provincial • Investissements de 363,091\$ • Implantation de « keywatcher » 	<ul style="list-style-type: none"> • Logiciel Westech Cleaning Audit • Program Excel – basé sur les normes provinciales et les normes de contrôle des infections de travail de chaque employé • Aucun centre d'appel • Investissements de 189,950\$ • Inclus une réserve de 120,000\$ pour l'achat de matériel • Standardisation des processus de travail
Équipements	<ul style="list-style-type: none"> • Remplacements d'équipement désuets • Achat d'une machine Xenex (UltraViolet Light Disinfecting System) • Investissements de 330,366 \$ • Coût d'installations non-inclus 	<ul style="list-style-type: none"> • Remplacements d'équipement désuets • Évaluation de l'utilisation potentielle d'un système de désinfection à lumière UV • Investissements de 221,540\$ • Coût d'installation négligeable

E





Objet : Services alimentaires et environnementaux

Contexte

- Annonce du Gouvernement en 2013 de sous-traiter la gestion des services alimentaires et environnementaux
- Objectif: générer des économies
- La Compagnie Sodexo a été retenue en janvier 2014 afin de procéder aux négociations d'un contrat provincial de dix ans
- Discussions précédentes avec le CA et autorisation de procéder à une analyse détaillée des deux options
- Les 2 options:
 - 1. Maintenir les services à l'interne
 - 2. Confier les services à Sodexo

Hypothèses utilisées pour déterminer la valeur actuelle nette (VAN)

- Analyses sur 10 ans (durée du contrat prévue)
- Taux d'inflation utilisé = 2%
- Taux d'actualisation utilisé = 2%
- Coûts supplémentaires au Réseau de Santé Vitalité pour la mise en œuvre de la proposition de Sodexo afin de rendre les analyses comparables

Proposition de Sodexo

	Total 10 ans
Coûts d'opération	\$309,617,153
Coûts additionnels pour Vitalité due à l'implantation de la proposition de Sodexo	
a) Responsable du Projet	\$254,013
b) Responsable de la Qualité (1 ETP)	\$788,380
c) Indemnités de départ	\$610,000
e) Augmentation de l'accès WIFI	\$540,369
f) Interface des systèmes cliniques	\$100,000
g) Coût d'installation des équipements	\$744,000
h) Coûts des griefs	\$460,000
i) Supplantation (Bumping)	\$532,000
j) Sodexo contribution aux griefs	(\$200,000)
Coûts total	<u>\$313,445,915</u>
Valeur actuelle nette des coûts sur 10 ans	\$ 286,707,042

Coûts supplémentaire points (a à j) de 3,828,762\$

Investissements de 2,543,392\$ pour l'équipement et la technologie

Proposition de Vitalité

	Total 10 ans
a) Coûts d'opération	\$306,413,927
b) Augmentation de l'accès WIFI	\$540,369
c) Interface des systèmes cliniques	\$63,500
d) Coûts des griefs	\$100,000
e) Supplantation (Bumping)	\$105,000
f) Dépenses en technologie Vitalité	\$442,434
g) Dépenses en capital de Vitalité	\$2,191,540
Coûts total	\$309,856,770
Valeur actuelle nette des coûts sur 10 ans	\$ 283,241,658

Coûts supplémentaire points (b à e) de 808,869\$ ainsi qu'un investissement de 2,633,974\$ pour l'équipement et la technologie

Comparaison des 2 propositions en utilisant la valeur actuelle nette (VAN)

Calcul de Vitalité:

Total des coûts Vitalité	\$ 309,856,770
Valeur actuelle nette	\$ 283,241,658

Calcul de Sodexo:

Total des coûts Sodexo	\$ 313,445,915
Valeur actuelle nette	\$ 286,707,042

Épargne Vitalité (Valeur actuelle nette) \$ 3,465,384

Proposition de Sodexo

- Épargnes sur 10 ans **22,182,789\$** (Exclus les coûts supplémentaires que le RSV devra absorber)
- Investissement 2,543,392\$ (Inclus des frais de démarrage de 332,500\$ et exclus les frais d'installations)
- Coûts supplémentaires de 3,828,762\$ pour les items de a à j dans la proposition de Sodexo
- Frais administratifs (3,248,488\$);
- Investissement dans un centre d'appel (437,000\$);
- Frais pour le bureau corporatif de Sodexo (2,300,000\$);
- Frais récurrent pour l'investissement en technologie (243,000\$)
- Fermeture de 7 cafétérias

Proposition du Réseau de santé Vitalité

- Épargnes de 3,465,383\$ en dollars 2016 de plus que Sodexo sur 10 ans pour un total de **25,648,172\$**
- Investissement 2,633,974\$ (Inclus les frais d'installations)
- Coûts supplémentaires de 808,869\$ pour les items de b à e
- Frais administratifs: 0\$
- Fermeture de 6 cafétérias

Garanties

- Sodexo garantit les épargnes à 85% à partir de la 3^{ième} année, de 90% à l'année 4 et de 95% pour les années subséquentes
- Portion garanties = 19,389,014 \$
- Portion non garanties des épargnes = 1,414,333 \$
- VAN à partir des économies garantie seulement
 - La VAN = 287,996,755 \$
 - Économies de 18,332,901 \$ comparativement à 19,622,614 \$
 - Une réduction de 1,289,713 \$ dans la VAN
- VAN du RSV = 4,755,096 \$ (2016)

Impact sur les ETP

Réduction d'ETP	Réduction Sodexo	Réduction Vitalité
Services alimentaires	(50.9)	(19.7)
Services d'environnements	(26.1)	(26.6)
Cafétérias	(2.8)	(6.2)
Total	(79.8)	(52.5)

Pour le Réseau de Santé Vitalité

- Maintien 27.3 ETP de plus que Sodexo
- Réduction surtout par attrition
- Maintien des superviseurs et gestionnaires
- Engagement des gestionnaires
- Gérance local

Investissements

Investissement de Sodexo	Équipement	Technologie	Coûts de démarrage	Total
Services alimentaires	819,024	339,985	117,500	1,276,509
Services d'environnements	330,366	363,091	125,000	818,457
Cafétérias	298,202	60,224	52,500	410,926
"Portering"	-		37,500	37,500
Total	1,447,592	763,300	332,500	2,543,392

Investissement de Vitalité	Équipement	Technologie	Coûts de démarrage	Total
Services alimentaires	1,911,000	222,484		2,133,484
Services d'environnements	221,540	189,950		411,490
Cafétérias	59,000	30,000		89,000
"Portering"	-			-
Total	2,191,540	442,434	-	2,633,974

Coût de démarrage inclus dans les coûts d'opération de Vitalité

Investissements

- Investissement supplémentaire de 743,948 \$ dans le remplacement des équipements dans la proposition du Réseau de Santé Vitalité (RSV)
- Investissement dans la technologie basé sur les besoins du RSV et le modèle de livraison de services
- Source de financement requis pour le RSV
 - Fonds non-partageables et le support des Fondations

Risques de la proposition de Sodexo

- Co-gestion du contrat de Sodexo (Vitalité, Horizon et SNB);
- Demandes de modification entrainera des coûts supplémentaires;
- Gestion des ressources humaines et impacts des décisions sur les opérations et la satisfaction de la clientèle;
- Réaction négative des syndicats;
- Processus complexe (centre d'appel provincial etc.);
- Insatisfaction de la clientèle - choix de menu, cultures et coutumes;
- Investissements insuffisants;
- Plus grande perte d'emploi;
- Objectifs premier de générer des profits.

Risques de la proposition du RSV

- Priorités concurrentes occasionnant des défis dans l'assignation et le support soutenu des ressources pour gérer la transformation;
- Défi de sécuriser les budgets nécessaires pour effectuer les investissements;
- Gestion du changement difficile et réactions des employés à la transformation;
- Maintenir l'engagement continue à tous les niveaux.

Expérience antérieure dans la province

Plusieurs hôpitaux au Nouveau-Brunswick on eu recours avec des compagnies semblables dans le passé et on tous annulé leur contrat:

- Hôpital régional de Campbellton
- Hôpital régional d'Edmundston
- Hôpital régional de Saint John
- Hôpital régional Dr Everett Chalmers

Rapport de recherche – CHUM/CUSM

- Le manque de transparence et l'impact inconnu d'une telle gestion;
- La sous-traitance de la gestion des services alimentaires accélère la perte de contrôle et le démantèlement des expertises accumulées dans le secteur public;
- Les faibles économies réalisées ne justifient pas les risques associés à la sous-traitance.

Rapport de recherche – CHUM/CUSM

- Les expériences négatives de sous-traitance de services alimentaires hospitaliers par des multinationales:
 - Souvent des échecs retentissants ou des pratiques condamnables au Canada et dans le monde
 - Impact sur les coûts d'une privatisation ainsi que sur la qualité de la nourriture.
- Les nouvelles tendances:
 - Accent sur des produits frais et locaux
 - Politiques alimentaires plus sévères.

Conclusion

- La proposition du RSV a été développée avec l'expertise interne;
- Chance de succès plus élevée;
- Mise en œuvre plus rapidement;
- Gérance locale;
- Analyse financière favorable – Économies additionnelles de 3,465,383 \$ (2016) de plus que Sodexo;
- Avantages qualitatifs;
- Leadership et expérience;
- Connaissance des services;

Conclusion (suite)

- Politique d'alimentation saine en place;
- Respect des coutumes alimentaires et les traditions des gens
- Maintien de l'achat local lorsque économique;
- Remplacer les fermetures de cafétérias non rentables par des alternatives adéquates et adaptées localement;
- Maintien des contrats de machines distributrices avec nos partenaires (Fondations, auxiliaires);
- Partenariat pour l'investissement requis dans les équipements et technologies.

Recommandation au CA

Maintenir la gestion des services alimentaires et d'environnements sous la responsabilité du Réseau de santé Vitalité.



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

Le 29 juin 2016

Honorable Victor Boudreau
Ministère de la Santé
Place HSBC
C.P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8

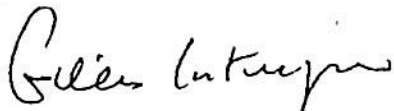
Objet : Services alimentaires et environnementaux du Réseau de santé Vitalité

Monsieur le Ministre,

Le Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité a tenu une réunion régulière le 28 juin dernier et lors de cette dernière, il a été recommandé de maintenir la gestion des services alimentaires et environnementaux sous la responsabilité du Réseau de santé Vitalité, puisqu'il s'agit de la meilleure option suite à une analyse rigoureuse. Le maintien à l'interne de ces services présente de nombreux avantages, dont une analyse financière favorable qui démontre des économies additionnelles de 3,4 millions de dollars (sur une période de dix ans) par rapport au projet proposé par l'entreprise du secteur privé.

Il nous fait plaisir de vous remettre une copie de la présentation qui a été offerte à la réunion du Conseil d'administration le 28 juin dernier, de même qu'une note d'information expliquant en détail l'analyse du dossier. Nous demeurons à votre disposition pour répondre à toute question entourant ce dossier.

Nous vous remercions à l'avance de l'attention que vous porterez à cette demande et nous vous prions d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Gilles Lanteigne
Président-directeur général
et secrétaire du Conseil d'administration

c.c. Monsieur Tom Maston, sous-ministre – Santé
Madame Renée Laforest, sous-ministre adjointe – Santé
Monsieur Claude Allard, sous-ministre délégué – Services de santé et Affaires francophones

pj

F

Reçu le 7 février 2017



RECU
07/02/2017

Le 17 janvier 2017

Monsieur Gilles Lanteigne
Président-directeur général et secrétaire du Conseil d'administration
Réseau de santé Vitalité
Siège social
275, rue Main, Bureau 600
Bathurst (N.-B.) E2A 1A9

Monsieur Lanteigne *Gillis*

Ceci est en réponse à la recommandation du Conseil d'administration de maintenir les services alimentaires et environnementaux sous la responsabilité du Réseau de santé Vitalité. Cette lettre adresse aussi les points soulevés dans votre lettre du 12 décembre dernier à ce sujet. Tel que discuté, le gouvernement étudie présentement l'externalisation de la gestion de ce service avec une tierce partie. Le gouvernement voit les avantages suivants de signer un contrat avec un organisme externe :

- La compagnie externe garantie les épargnes
- La compagnie externe se spécialise dans le domaine
- Permet aux régies de se concentrer sur l'aspect clinique
- Permet une approche provinciale qui traitera les employés et les patients de ce secteur de façon standardisée d'une régie à l'autre.

J'espère que je pourrai continuer de compter sur votre appui, peu importe la décision qui sera prise.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le ministre,

L'hon. Victor Boudreau

c.c. Michelyne Pauline, Présidente du Conseil d'administration

Minister/Ministre
Health/Santé

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

www.gnb.ca



Conseil des médecins et dentistes
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont
330, avenue Université
Moncton NB E1C 2Z3
Téléphone 506-862-4230 - Télécopieur: 506-869-2081

Vendredi, 17 février 2017

Madame Michelyne Paulin
Présidente du Conseil d'administration du
Réseau de santé Vitalité
275, rue Main Bureau 600
Bathurst (Nouveau-Brunswick) E2A 1A9

Objet: Privatisation des services alimentaires, environnementaux et autres

Madame la Présidente,

Je vous écris en tant que président du Conseil des médecins et dentistes du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont en raison que je tiens à démontrer mon appui à Vitalité en ce qui concerne la privatisation des services alimentaires et environnementaux annoncée par le ministre de la Santé. Je vous fais également parvenir une lettre que j'ai fait parvenir au ministre dans le but de lui faire part de nos inquiétudes quant à la privatisation de ces services.

Je pense que le ministre commet une erreur de privatiser les services "non-cliniques". Vitalité a proposé une solution moins coûteuse tout en conservant les emplois. La gestion doit demeurer avec Vitalité et il faut résister à cette privatisation. Nous risquons de perdre la touche "personnelle" et locale de ces services. Le personnel qui travaille auprès des services alimentaires et environnementaux est très inquiet de ces changements proposés de privatisation. On risque de brimer l'engagement des employés et leur fierté de travailler pour la régie de santé Vitalité.

Je vous appuie dans vos démarches pour préserver une gestion des services "non-cliniques".

Veuillez agréer, Madame la Présidente, l'expression de mes sentiments distingués.



Dr Rémi LeBlanc
Président du conseil de médecins et dentistes
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont

c.c.: Monsieur Gilles Lanteigne – Président-directeur général du Réseau de santé Vitalité
Membres du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité

Conseil des médecins et dentistes
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont
330, avenue Université
Moncton NB E1C 2Z3
Téléphone 506-862-4230 - Télécopieur: 506-869-2081

Vendredi, 17 février 2017

L'Honorable Victor Boudreau
Ministre de la Santé
Place HSBC
C.P. 5100
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8

Objet: Privatisation des services alimentaires, environnementaux et autres

Monsieur le Ministre,

Je vous écris en tant que président du Conseil des médecins et dentistes du Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont en raison de nos inquiétudes avec la privatisation des services alimentaires, environnementaux et des services de préposés au transport des malades dans les établissements du Réseau de santé Vitalité.

Les avantages potentiels de privatiser les "services non-cliniques" tels que stipuler par le gouvernement avec la compagnie Sodexo sont:

- *La compagnie externe garantie les épargnes;*
- *La compagnie externe se spécialise dans le domaine;*
- *Permet aux régies de se concentrer sur l'aspect clinique;*
- *Permet une approche provinciale qui traitera les employés et les patients de ce secteur de façon standardisée d'une régie à l'autre.*

Premièrement, le Réseau de santé Vitalité a proposé une solution plus économique tout en maintenant la gestion des services alimentaires et environnementaux. Je pense que l'on doit donner la chance à Vitalité de montrer qu'elle peut faire des économies avant de privatiser. De plus, au niveau des services alimentaires, on devrait mettre davantage d'effort pour utiliser nos ressources et acheter de nos producteurs locaux afin de stimuler l'économie locale au lieu de privatiser et importer nos aliments d'ailleurs.

.../2

Deuxièmement, la "compagnie" se spécialise dans le domaine ne justifie pas la privatisation de ses services. Nous risquons de perdre la touche "personnelle" et locale de ses services. Le personnel qui travaille auprès des services alimentaires et environnementaux est très inquiet de ces changements proposés de privatisation. On risque de brimer l'engagement des employés et leur fierté de travailler pour le Réseau de santé Vitalité.

Troisièmement, je pense que les services dits "non-cliniques" peuvent avoir une partie clinique comme un membre de ce personnel qui retrouve un patient en détresse doit lui venir en aide ou appeler à l'aide conformément à la mission des centres hospitaliers. Je pense que la priorité doit demeurer les patients et il devient important que les services "non-cliniques" demeurent aux aguets des besoins des patients.

Quatrièmement, une approche provinciale qui traitera les employés et les patients de façon standardisée d'une région à l'autre peut sembler une bonne idée sauf que les besoins ne sont pas les mêmes selon les régions, la taille de l'hôpital ou la langue.

Pour terminer, je ne comprends tout simplement pas pourquoi nous allons privatiser un service alors qu'il est clair qu'il n'y a pas de bénéfices financiers. Vitalité a proposé un plan qui n'enlève pas d'emplois et apporte des économies de plusieurs millions de dollars par rapport à privatiser ces services.

Je vous demande de reconsidérer la proposition du Réseau de santé Vitalité pour la gestion des services alimentaires et environnementaux et d'écouter les arguments avant de privatiser nos services "non-cliniques".

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments distingués.



Dr Rémi LeBlanc
Président du Conseil de médecins et dentistes
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont



Le vendredi 17 février 2017

Mme Michelyne Paulin, Présidente,
et Membres du Conseil d'administration
Réseau de santé Vitalité
275, rue Main Bureau 600
Bathurst (Nouveau-Brunswick) E2A 1A9

Mesdames, Messieurs

Objet: Suivi relatif à la privatisation des services alimentaires, environnementaux et autres

La présente fait suite à notre lettre en date du 10 février dernier dans laquelle Égalité Santé en français vous faisait part de son appui à Vitalité relativement à sa position concernant la privatisation des services alimentaires, environnementaux et des services de transport des malades.

Depuis notre dernière correspondance, nous avons pris connaissance d'une lettre de M. Réjean Bédard, directeur des Ressources humaines au Réseau de santé Vitalité, en date du 27 janvier 2017, laquelle est annexée en pièce jointe à la présente. Dans cette lettre, M. Bédard informe Mme Norma Robinson, présidente du SCFP 1252, que les réseaux de santé Vitalité et Horizon ont « l'intention » suivante, à savoir « *to sign a long-term partnership agreement with a private sector company for the management of food, environmental, and portering services within the hospital facilities of (VHN) and (HHN).* »

Cette lettre suscite de graves inquiétudes pour Égalité Santé, et devrait en faire de même pour le conseil d'administration de Vitalité car elle semble diamétralement contraire à la position qu'il a prise relativement à la privatisation de ces services. À notre connaissance, le conseil d'administration de Vitalité avait voté à l'unanimité contre la privatisation en juin 2016. À notre connaissance, le conseil d'administration n'a pas renversé sa décision depuis lors. Nous vous saurions gré de nous informer, et d'informer le public, si le conseil d'administration a voté pour renverser sa position initiale. Si tel n'est le cas, force est de conclure que la haute direction de Vitalité agit contrairement aux instructions du conseil d'administration.

Nos inquiétudes sont intensifiées par le fait que, selon les informations que nous avons obtenues de Mme Paulin, ni elle ni les membres du conseil d'administration n'ont été informés des démarches prises par la haute direction de Vitalité dans le sens de la privatisation.

Il appartient au conseil d'administration de Vitalité de déterminer les besoins et les priorités de la population desservie lui et d'affecter les ressources conformément à son plan d'affaire. La haute direction de Vitalité n'est pas habilitée à prendre ce genre de décision d'elle-même ou sur instruction du Ministre de la Santé ou de quiconque. Seul le conseil d'administration de Vitalité est souverain en ce qui concerne ce genre de décision. Nous encourageons donc le conseil d'administration de Vitalité de manifester son désaccord avec l'intention du Ministre et de donner instruction à sa direction en conséquence. Malgré l'intention annoncée du Ministre, nous



soutenons que la décision de privatiser les services alimentaires, etc. ne lui appartient aucunement et qu'il n'est pas trop tard pour arrêter toute procédures de négociation ou toute démarche en ce sens. Il appartient au conseil d'administration de ce faire.

Égalité Santé tient à réitérer son appui au conseil d'administration de Vitalité en ce qui concerne son opposition à la privatisation des services susmentionnés et dans l'exercice de ses pouvoirs à titre de personne morale indépendante, chargée d'administrer les institutions de services de soins de santé de la communauté acadienne et francophone.

Veillez agréer, Madame la Présidente, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Dr Hubert Dupuis
Président

p.j.

c.c. Membres du conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité
M. Gilles Lanteigne
Me Ronald F. Caza – CazaSaikaley s.r.l.
Me Gabriel Poliquin – CazaSaikaley s.r.l.

Ressources humaines Human Resources

Zone Beauséjour Beauséjour Zone

330, avenue Université Avenue
Moncton NB E1C 2Z3
506-862-4250

Zone Nord Ouest Northwest Zone

275, boul. Hébert Blvd
Edmundston NB E3V 4E4
506-739-2282

Zone Restigouche Restigouche Zone

63, promenade Gallant Drive
C.P. / P.O. Box 10
Campbellton NB E3N 3G2
506-760-4437

Zone Acadie-Bathurst Acadie-Bathurst Zone

1750, promenade Sunset Drive
Bathurst NB E2A 4L7
506-544-2373

400, rue des Hospitalières St
C.P. / P.O. Box 3180
Tracadie-Sheila NB E1X 1G5
506-394-3029

Siège social Head Office

275, rue Main St.
Bureau 600 / Office 600
Bathurst NB E2A 1A9
506-544-2162

January 27, 2017

Mrs. Norma Robinson,
President of Local 1252
4966 Route 130
Hillandale, NB E7J 5G2

Hi Norma,

We had previously notified you, on April 23, 2015 of the intention of Vitalité Health Network (VHN) and Horizon Health Network (HHN) to sign a long-term partnership agreement with a private sector company for the management of food, environmental, and portering services within the hospital facilities of (VHN) and (HHN).

We would like to inform you that this initiative will be moving forward with a public announcement and CUPE positions will be affected. Once the contract is signed, there will be layoffs and staff displacements. Every effort will be made to reduce affected positions and provide alternate opportunities through attrition, where possible. The collective agreement will be honored and respected as unionized employees will remain with CUPE 1252 and will continue to be employed by the Regional Health Authority.

When further information is available, Horizon/Vitalité Health would like to meet with you to discuss the establishment of a Workforce Adjustment Committee as required under Article 20.01 of the Collective Agreement. Our intent is to work collaboratively with you to minimize the impact on any employees.

Yours truly,



Réjean Bédard
Director of Human Resources, Labour Relations
and Occupational Health and Safety

CC. Pierre Verret, VP - Human Resources
Renée Laforest, Assistant Deputy Minister Corporate Services
Treasury Board, Employee Relations



Department of Health / Ministère de la Santé
Deputy Minister's Office / Bureau du sous-ministre
P.O. Box / Case postale 5100
Fredericton, NB / (N.-B.) E3B 5G8

Date : February 27, 2017 / le 27 février 2017

To / Dest. : Karen McGrath, President and Chief Executive Officer, Horizon Health Network /
présidente-directrice générale, Réseau de santé Horizon

Gilles Lanteigne, President and Chief Executive Officer, Vitalité Health Network /
président-directeur général, Réseau de santé Vitalité

From/Exp.: Tom Maston, Deputy Minister/Sous-ministre

Subject / Objet : Extra-Mural Program Update / Mise-à-jour du Programme extra-mural

As we are all aware, New Brunswick will be facing a health care challenge over the next couple of decades. This challenge will occur during a time when our workforce will not be growing at the same pace as the demands that will be placed on it. It will be essential that we maximize the utilization and capacity of the human resources available. We also know that, as much as possible, people want to remain in their homes for as long as possible. Increasing the capacity of our community based primary care services is a key aspect of the recently released New Brunswick Family Plan. (http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/eco-bce/Promo/family_plan/NBFamilyPlan.pdf)

The proposed Medavie model is focused on increasing access to care in the community and reducing/diverting hospital based care by leveraging the resources from the Extra-Mural Program (EMP), Ambulance New Brunswick (ANB) and Tele-Care 811. Increased capacity, improved coordination and standardization of care in the community will help to reduce the pressure for hospital-based care in the coming years. The model has been developed by looking at best practices from elsewhere and exploring how these could be incorporated into our already high performing system.

Comme vous le savez, le Nouveau-Brunswick sera confronté à un défi en matière de soins de santé au cours des prochaines décennies. Ce défi surviendra à un moment où la main-d'œuvre n'augmentera plus au même rythme que la demande à laquelle elle devra répondre. Il sera alors essentiel d'optimiser l'utilisation et notre capacité existante en ressources humaines. De plus, nous savons que les aînés, autant que faire se peut, veulent demeurer dans leur domicile aussi longtemps que possible. L'augmentation des soins primaires dans la collectivité est l'un des principaux éléments du Plan du Nouveau-Brunswick pour les familles récemment dévoilé.

(http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/eco-bce/Promo/family_plan/PlanDuNBPourLesFamilles.pdf)

Le modèle Medavie proposé vise à augmenter l'accès aux soins dans la collectivité et à réduire ou à rediriger les soins en milieu hospitalier en mettant à contribution les ressources du Programme extra-mural (PEM), d'Ambulance Nouveau-Brunswick (ANB) et de Télé-Soins 811. Au cours des prochaines années, l'accroissement des soins dans la collectivité, de même que l'optimisation de leur coordination et de leur normalisation, contribuera à atténuer la pression exercée sur les soins en milieu hospitalier. Ce modèle a été élaboré à la suite de l'examen des pratiques exemplaires utilisées ailleurs et des façons d'intégrer celles-ci à notre système, lequel offre déjà un excellent rendement.

A decision on the implementation of the proposed model is pending.

If approval for the proposed model is granted there will be a phased-in approach to its implementation. Specifically:

- It would begin with a 90-day transition period, during which EMP would remain with the Regional Health Authorities (RHAs). The 90 day transition will not have any impact on RHA staff or EMP patients.
- During this 90-day period, preparations will be made for the transition of EMP from the RHAs to a new Part III entity.
- The new Part III entity would be under the authority of the Minister of Health, ensuring that the government of New Brunswick has ultimate control over the direction of the entity.
- The Department of Health has established a Transition/ Implementation Steering Committee with associated working groups. Working group members will include representation from the RHAs, Medavie Health Services New Brunswick and the Department of Health.
- As the employer, Treasury Board will be taking the lead to work closely with union representatives of all impacted unions. Discussions will be held with unions regarding mobility issues. Collective agreements will be honored.

La décision concernant la mise en œuvre du modèle proposé n'a pas encore été rendue.

Si le modèle proposé est approuvé, il sera mis en œuvre de manière progressive. Plus précisément :

- il y aura une période initiale de transition de 90 jours, durant laquelle le PME continuera de relever des régies régionales de la santé (RRS). La période de transition de 90 jours n'aura aucun effet sur les employés des RRS ni sur les patients du PEM;
- durant cette période de 90 jours, les préparatifs seront réalisés afin de transférer les services à la nouvelle entité de la Partie III;
- la nouvelle entité de la Partie III relèvera du ministre de la Santé, ce qui permettra au gouvernement du Nouveau-Brunswick d'avoir le contrôle ultime sur celle-ci;
- le ministère de la Santé a créé un comité directeur sur la transition et la mise en œuvre du modèle, de même que des groupes de travail, lesquels seront composés de représentants des RRS, des services de santé Medavie du Nouveau-Brunswick et du ministère de la Santé;
- à titre d'employeur, le Conseil du Trésor assumera la responsabilité de travailler en étroite collaboration avec les représentants de tous les syndicats touchés. Les discussions porteront sur la mobilité des employés. Les conventions collectives en vigueur, seront respectées.

In the proposed model, Extra-Mural Program services will continue to be offered 7 days a week and 24 hours a day as a publicly funded service. It is our intention to increase the capacity of the program so that even more New Brunswickers can remain in their homes for as long as possible.

In closing, I kindly ask you to share this correspondence with all EMP managers and staff in your organization.

Sincerely,

En vertu du modèle proposé, les services du Programme extra-mural continueront d'être offerts 7 jours par semaine, 24 heures sur 24, à titre de service public. Nous comptons augmenter la capacité du programme afin de permettre à encore plus de Néo-Brunswickois de demeurer dans leur domicile le plus longtemps possible.

Pour terminer, je vous prie de bien vouloir communiquer la présente à tous les gestionnaires et employés du Programme extra-mural de votre organisme.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.



Tom Maston
Deputy Minister / Sous-ministre

cc : Susie Proulx-Daigle, President, New Brunswick Union /Présidente, Syndicat du Nouveau-Brunswick
Norma Robinson, President, CUPE 1252 /Présidente, SCFP 1252
Paula Doucet-Jones, President, New Brunswick Nurses Union / Présidente, Syndicat des Infirmières et Infirmiers du Nouveau-Brunswick

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 février 2017

Objet : **Documentation pour information aux membres**

Un article est partagé aux membres :

- Management Lessons for High-functioning Primary Care Teams
- Critical considerations for the Future of Patient Experience

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 13 février 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Management Lessons for High-Functioning Primary Care Teams

Erin E. Sullivan, PhD, research director, Harvard Medical School Center for Primary Care, and lecturer, Department of Global Health and Social Medicine, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts; Zara Ibrahim, researcher, Harvard Medical School Center for Primary Care; Andrew L. Ellner, MD, co-director, Center for Primary Care, Harvard Medical School, director, Program in Global Primary Care and Social Change, Harvard Medical School, assistant professor of medicine, Harvard Medical School, and associate physician, Division of Global Health Equity, Brigham and Women's Hospital, Boston; and Lindsay J. Giesen, intern, Harvard Medical School Center for Primary Care

EXECUTIVE SUMMARY

Healthcare leaders and managers have only an emerging understanding of how to create high-functioning primary care teams. Management scholars have researched and debated the fundamentals of high-functioning teams over the past few decades in a variety of industries, and it is critical that the primary care providers adopt management teachings to deliver better interprofessional care. This semistructured literature review, grounded in the management and healthcare literature, summarizes and applies relevant team frameworks and best practices from the past 35 years to the current primary care landscape. Relevant management strategies for primary care teams include teaming, working with existing teams, and customer-based teams. The management literature presents a number of recommendations for building successful professional teams, such as re-envisioning goals, promoting shared decision making, communicating effectively and interprofessionally, clarifying roles, learning from failure, and using organizational structures to support multidisciplinary teams. Common barriers include systems-level obstacles to communication and efficiency, hierarchies, lack of time and financial incentives, information and interest asymmetry, and the complexity of working with people from diverse backgrounds. Early adopters of team-based care also offer recommendations. The strategies identified offer healthcare managers insights on common but important primary care topics, such as time-sensitive and interprofessional care, workforce shortages and constraints, and patient-centered care. In addition, this article offers healthcare managers key recommendations on building teams, deconstructing current practice hierarchy, promoting culture change, creating role clarity for healthcare managers and team members, and incentivizing team-based care.

For more information about the concepts in this article, contact Dr. Sullivan at Erin_Sullivan@hms.harvard.edu.

INTRODUCTION

The need for accessible, efficient, cost-effective, and quality primary care is a recurring theme in the literature. The 15-minute physician visit model fails to provide acute, chronic, and preventive care and does not enable providers to build lasting relationships with patients or manage multiple diagnoses in line with evidence-based recommendations (Bodenheimer & Laing, 2007). These problems have caused a resurgence of interest in team-based primary care among key stakeholders, including government officials, providers, policy analysts, and researchers (Institute of Medicine, 2011; Iglehart, 2009). The rise of integrated models, such as accountable care organizations and patient-centered medical homes (PCMHs), the critical shortage of primary care physicians, the increasing number of patients covered by insurance since passage of the Affordable Care Act, the prioritization of interprofessional training, and the call for payment reform all suggest a solution that includes implementation of team-based primary care (Iglehart, 2009). By incorporating team-based frameworks and lessons from management, stakeholders can create innovative and holistic solutions for primary care that enable teams to achieve goals (Hackman, 1990). The purpose of this literature review is to examine the extensive management literature on this topic, as well as current trends and recommendations in the healthcare literature. This review focuses on applying this knowledge to primary care and considers the preliminary research conducted on primary care teams.

METHODS

Study Design

We conducted an extensive, semistructured review of management and healthcare literature to identify research on teams. We identified articles in the Business Source Complete (Premier, Elite, and Main Edition), Academic Search Complete (Premier, Elite, and Main Edition), Google Scholar, and PubMed databases, and we also identified relevant reports and white papers on prominent healthcare websites, including—but not limited to—The Commonwealth Fund, The Robert Wood Johnson Foundation, and The Johns Hopkins Primary Care Consortium. In addition, we examined cited works and references to discover additional publications. The following key search terms, as well as stems, variants, and synonyms, were used in combination across the databases: “management,” “teams,” “teamwork,” “interprofessional teams,” “cross-functional teams,” “high-functioning,” “high-performing,” “health care,” and “primary care.” Additionally, the MeSH (Medical Subject Headings) headings “primary health care” and “patient care team” were used in PubMed to focus results. We queried databases and collected articles dating from 1979 to 2015.

Inclusion Criteria and Articles Identified

All articles identified in the preliminary searches were selected because of their interdisciplinarity and potential applicability to healthcare. “Management” searches yielded results from the fields of general management, service management, operations management, crisis

management, organizational behavior, and strategy. We excluded articles from the field of information services because we determined that their technology-focused team structure was too narrow and did not directly apply to healthcare. Our search for "teams" and "teamwork" included, but was not limited to, literature detailing members of a team and their behavior, planning, and execution of teamwork, situations requiring teams, and benefits and challenges of teams. We also included seminal literature on "interprofessional" and "cross-functional" teams. For the terms "high functioning and high performing," we included literature pertaining to the distinction between successful and unsuccessful teams. When searching for the term "health care," we included only literature relevant to the field in general; with the exception of primary care, subspecialties were excluded. Within primary care, we included existing models and evidence of team-based care for adults from internal medicine, family medicine, pediatrics, and geriatrics; literature focusing on mental health was excluded because of its lack of integration with primary care.

After the preliminary search, we assessed article abstracts individually for their relevance to teamwork, team-based frameworks, and best practices in the field of management or healthcare. Special attention was paid to articles with potential applicability to primary care settings. We collected white papers on a case-by-case basis from prominent healthcare websites if they pertained to identified themes. For the articles and reports that met the inclusion criteria, a

full-text review was conducted. We categorized articles according to the date of publication (1979–2015), publication in peer-reviewed journals, publication in high-impact journals, and frequency of citations. A single reviewer (Z. I.) conducted all searches and reviewed abstracts and reports for inclusion.

Analysis

We conducted the analysis by creating lists of emerging themes and trends from the articles and categorizing the findings accordingly. The same reviewer (Z. I.) conducted the analysis, though input and feedback were obtained from the other authors. Preliminary search results yielded approximately 300 items, and of these, 97 were selected for an in-depth review based on relevance. An additional 11 white papers were added, and 22 articles were acquired after a review of references.

RESULTS

Defining Teams

No consensus exists regarding a definition for team. For the purposes of this review, we use Katzenbach and Smith's (2005, p. 165) definition; a team is "a small number of people with complementary skills who are committed to a common purpose, set of performance goals, and approach for which they hold themselves mutually accountable." Grumbach and Bodenheimer (2004) analyzed primary care sites with team-based care and concluded that the key characteristics of cohesive healthcare teams include clear goals with measurable outcomes, clinical and administrative systems that enable teamwork,

division of labor, training for all team members, and effective communication strategies. Table 1 summarizes key principles that were identified repeatedly in management and healthcare literature or highlighted in seminal literature. To establish the relevance to primary care specifically, we match each principle with an example from the primary care literature. With these core principles in mind, we turn to the management literature to gain clarity on the transition from group to team, as well as on effective team strategies applicable to primary care.

Mobilizing Teams

The mobilization period is the team-building stage. Decisions and actions during this period influence team development and performance (Cohen & Bailey, 1997). Hackman (1990) believes this phase is a major opportunity for leaders to create enabling conditions that should lead to desired outcomes. These conditions are

- appropriate team designs, including defined boundaries and levels of authority;

TABLE 1
Principles of a Team-Based Framework for Application in Primary Care

Team Principle (Management)	Application (Primary Care)
Leader's inclusiveness (words and deeds that invite member contributions); the leader encourages team members to speak up and offer different perspectives, clarifications, and feedback (Nembhard & Edmondson, 2006).	Physicians or other healthcare professionals in leadership positions should be responsible for fostering an environment that promotes team-based care by empowering all team members to participate in planning and decision making (Parikh, 2013).
Leaders must repeatedly present their vision of the performance goal to recharge team members' efforts (Katzenbach & Smith, 2005; Rashid, Edmondson, & Leonard, 2013).	Fixing primary care requires moving away from a supply-driven healthcare system based on volume and toward a patient-centered system based on value. This goal should be emphasized continuously (Porter & Lee, 2013).
Reshaped reality calls for re-envisioning goals and establishing new paths to success (Rashid et al., 2013).	Incorporate changing knowledge and guidelines into routine daily practice (Grol & Grimshaw, 2003).
Leaders in chaotic environments need to draw boundaries and turn away people whose efforts are no longer helpful (Rashid et al., 2013).	Team efforts should consider the inclusion or exclusion of healthcare professionals as patients' needs change (Lemieux-Charles & McGuire, 2006).
Teams need members with essential competencies and skills (Hackman, 1987).	Recruit most qualified team members based on patients' needs (Doherty & Crowley, 2013).

Team Principle (Management)	Application (Primary Care)
Assign clinical and coordination responsibilities for a patient's care based on who is the most effective, qualified, and available team member, while maintaining mutual accountability (Doherty & Crowley, 2013).	Consider physicians' time and cost and assign only those patients for whom they are equipped to care (Doherty & Crowley, 2013).
Teams should be dynamic and flexible based on roles determined by patients' needs and team members' competencies (Doherty & Crowley, 2013).	Nurse practitioners could be the first line of contact for urgent patient problems or provide ongoing care for chronically ill patients (Liu, Finkelstein, & Poghosyan, 2014).
Multidisciplinary teams bring together health professionals with distinct training, skills, knowledge, competencies, and patient care experiences to respond in a patient- and family-centered manner (Doherty & Crowley, 2013).	Medical knowledge is expanding and requires integration of disciplines to improve care (Parikh, 2013).
Collaborate, have shared commitment, and avoid excessive hierarchy (Katzenbach & Smith, 2005).	Physicians are often seen at the top of a rigid hierarchy in patient care. This model needs to change to foster mutual respect, share responsibility, make collective decisions, and deliver improved patient care (Nembhard & Edmondson, 2006).
Learn from failure as opposed to blaming individuals (Rashid et al., 2013).	The focus on patient outcomes creates a high-pressure environment. The key to success may be to create a psychologically safe environment in which the focus is on learning from mistakes, asking questions, and discussing dissenting views (Rashid et al., 2013).
Promote interprofessional communication to increase workplace morale and minimize patient harm. Key elements of communication are energy, engagement, and exploration (Parikh, 2013; Pentland, 2012).	In applied strategies for improving patient safety, a demonstration project designed to collect and analyze medical error reports from clinicians and staff, communication errors were identified in 70.8% of reports (Westfall et al., 2004). Patient handoffs and information sharing may be compromised by siloed education and work settings (Parikh, 2013).
Promote interprofessional education (WHO, 2010).	Interprofessional education can be incorporated in medical school and beyond (Parikh, 2013).
Provide organizational structures and systems to support teamwork (key supports: rewards system recognizing excellent team performance, an educational system/ training to supplement knowledge and expertise, and so forth) (Parikh, 2013).	Overarching organizational factors, such as leadership, incentives, and quality improvement strategies, have a major influence on the structure and functioning of practices and care (Rothman & Wagner, 2003).

- structure with tasks, team composition, and norms that foster full use of members' knowledge and skills;
- goals that are defined, compelling, and engaging;
- reinforcement in an organizational context through support and resources; and
- availability of expert team coaching throughout the team's life cycle.

Ericksen and Dyer (2004) examined whether high- and low-performing project teams differ in how their team members assemble and launch projects and the extent to which any differences become apparent during team performance. Comparisons of three high-performing and three low-performing teams in a field study of five major corporations showed that high performers build teams relatively quickly, plan thorough and detailed strategies, and hold kickoff meetings with shared decision making and participation as opposed to receiving top-down direction from leaders. In addition, high-performing teams effectively use the resources of time, tasks, and talent in tandem (Ericksen & Dyer, 2004). According to these authors, these strategies allow teams to work efficiently, define key competencies to finish tasks, and successfully complete projects by following an agreed-upon strategy.

Strategies

Primary Care Teams in Practice

A variety of practices, community health centers, and networks across the United States have implemented different models of team-based care. The Robert Wood Johnson Foundation (LEAP

Project) and The California HealthCare Foundation published preliminary findings regarding the key elements and innovations of successful teams, some of which are the following (Ladden et al., 2013; Sinsky et al., 2013):

- Proactive planned care, such as previsit laboratory tests and review of patient records by medical assistants to identify care gaps
- Shared clinical care and clerical tasks, with more clinical support staff per physician
- Team members practicing at the top of their licensè (e.g., nurses focusing on uncomplicated, preventive, acute, and chronic care)
- Frequent forums for communication, such as weekly team huddles
- Work-flow mapping and physical co-location of team members to encourage immediate consultations, brief interventions, and collaboration

Furthermore, a literature review by Xyrichis and Lowton (2008) offers best practices on interprofessional teams in the primary care setting. Two main factors that affect interprofessional teamwork are team structure (e.g., team members should be co-located, and the team should be small in size, occupationally diverse, have a leader, and be supported by the practice or organization) and team processes (e.g., team meetings, clear goals and objectives, and audits to evaluate team effectiveness) (Xyrichis & Lowton, 2008). The Primary Care Workforce Commission (2015), which advises the National Health Services in the United Kingdom, also offers recommendations informed by a

literature review, site visits, evidence, and panel meetings. The solutions offered vary from local to national levels and include encouraging a stronger population focus, increasing information technology services for patient communication, and expanding the workforce with new and redefined professional and staff roles. Although primary care practices are ultimately responsible for the care of their patients, teams will also include and work with community pharmacies, hospitals, and social service agencies (Primary Care Workforce Commission, 2015).

In addition, three comprehensive models in geriatrics—GRACE model, Guided Care, and PACE—are aimed at improving quality of care and quality of life while avoiding increased costs for older patients with complex needs (Boult & Wieland, 2010). All three models are based on care delivered by teams of primary care physicians, registered nurses, and other healthcare professionals in the primary care setting. They all incorporate the following:

- Comprehensive assessment
- Development of and adherence to an evidence-based, comprehensive care plan
- Proactive monitoring of patients
- Coordination of services in primary care, specialty care, hospitals, emergency departments, skilled nursing facilities, other medical institutions, and community agencies
- Facilitation of patient transitions from hospitals to post-acute care settings and access to community resources (e.g., meal programs and support groups)

Team-based care is not the norm in pediatrics, but it is becoming a more prevalent strategy to treat children with special healthcare needs (CSHCN). These children and youth require a spectrum of medical, mental health, social, and academic assistance that is coordinated in a single place and time (Antonelli, McAllister, & Popp, 2009). Parents also have a role on the team as advocates for their children who help develop their care plans. The Commonwealth Fund proposed the following set of functions for high-performing pediatric care teams to address the interrelated needs of the CSHCN population (Antonelli, McAllister, & Popp, 2009):

- Manages continuous communications and integrates critical care information
- Coaches and develops care plans with families
- Analyzes assessments and tracks tests, referrals, and outcomes
- Supports care transitions
- Facilitates team meetings
- Uses health information technology

Teaming

“Teaming” is one management strategy to build teams, and it is relevant to multidisciplinary primary care teams under pressure to perform. Teaming happens in almost every industry outside of healthcare (Edmondson, 2012). According to Edmondson (2012), Novartis Professor of Leadership and Management at the Harvard Business School, teaming is flexible teamwork and a way to bring together a group of people temporarily to identify and solve

problems. Implementing a teaming approach requires the combination of project management tasks (e.g., scoping out the project, structuring the group, and sorting tasks by level of interdependence) and team leadership (e.g., emphasizing purpose, building psychological safety, and embracing failure or conflict) to quickly address new challenges. This strategy allows team members to develop their knowledge, skills, and networks while accelerating the delivery of services. In short, "teaming is a way to get work done while figuring out how to do it better," and it can be incorporated in a setting in which needs and staff resources are constantly changing (Edmondson, 2012, p. 74).

Rashid et al. (2013) examine teaming in their analysis of the 2010 rescue mission of 33 Chilean mine workers. During a time of uncertainty (the probability of rescuing the mine workers was less than 1%), André Sougarret, a mining engineer leading the rescue efforts, enlisted a diverse group of highly skilled people and asked them to leave behind preconceived notions and prepackaged solutions. People on the rescue mission had to work in fluid, shifting arrangements and enlist or dismiss people as the situation required. This incident shows that excluding unhelpful people may be just as important as is including helpful people, and demands what Rashid et al. (2013) call "high-stakes leadership." High-stakes leadership is needed in time-pressured, make-or-break situations, which also occur in primary care.

Eisenhardt (1989) builds on the topic of high-stakes leadership by looking at teams with different

functional perspectives. In executive management teams composed of a CEO and heads of major functions, such as sales, finance, and engineering, she explores how teams can make fast decisions in high-velocity environments that result in high performance. In such environments, fast decision makers use more information and develop more alternatives than do slow decision makers, seek advice from all team members but focus on the advice from a few experienced members, and integrate decisions with an overall tactical plan. Fast decision making allows decision makers to keep pace with the constantly changing primary care landscape in the United States.

Bounded Teams

In cases in which teams are limited or confined to working with existing team members—or bounded teams—metrics help companies objectively identify unproductive team members without demoralizing other employees (Reichheld & Rogers, 2005). More specifically, team leaders can motivate employees by applying metrics to compensation, promotions, and career transitions. They accomplish this by rewarding exceptional hires and tapping that extra 10%, thus inspiring the best employees to stay and give their best (Reichheld & Rogers, 2005). Because of workforce shortages in primary care, it is necessary to explore strategies for bounded teams.

Gouillart and Billings (2013, p. 72) developed a team-based strategy for bounded teams called co-creation, which invites all involved "constituencies to collectively solve problems and exploit opportunities" for teamwork.

Leaders begin with the people they already have relationships with and then enlist their help to persuade more people to join them. These leaders effectively act as community organizers as they engage customers, suppliers, employees, partners, citizens, and regulators. This community-powered problem solving is a way to fuel continual innovation and value for both the organization and stakeholders. Co-creation is applicable to the dynamic setting of primary care in which clinicians and staff members must continuously adapt and solve problems while experiencing workforce constraints.

Cross-Functional Teams

The benefits of cross-functional teams in the field of product development have been demonstrated (Brown & Eisenhardt, 1995). For example, a team developing new software products may include a team leader or an executive sponsor, a marketing manager, a product owner, a technical writer, a database manager, and software developers. These team members bring their unique skill sets to the group and are all involved in building the new product. In traditional siloed environments, the integration, expansion, and recombination of knowledge are challenging. Cross-functional teams offer an effective approach to address these challenges. Defined as project groups with members from more than one functional area, such as engineering, manufacturing, or marketing, successful cross-functional teams hinge on integrated problem solving to maximize the breadth and depth of functional knowledge. Team members bring expertise to a problem,

integrating and expanding on potential solutions. Moreover, because of overlapping development phases, cross-functional teams can offer a productive and efficient process, thus leading to lower costs, lower prices, and greater product success. Primary care could benefit immensely from a cross-functional team approach. Primary care teams must retire the professional, siloed model and encourage cross-functional teams to capitalize on the collective knowledge, backgrounds, and experiences of professional and nonprofessional staff.

A key factor for success is the ability of cross-functional teams to communicate internally and externally. For example, because cross-functional teams bring together individuals across the spectrum of product development, team members are prone to interpret the same information differently (Brown & Eisenhardt, 1995). Similarly, the ability to communicate and incorporate information and expertise from outside the team or organization directly affects success. To promote clear communication internally, Brown and Eisenhardt (1995) recommend combining perspectives in a highly interactive and iterative fashion. To promote clear communication externally, they propose using a "gatekeeper," or a high-performing individual who communicates with people outside the team and specialty to gather, translate, and communicate external information.

Once communicated, information needs to be incorporated or turned into knowledge, which requires additional pathways. Although many such information pathways exist, both formally and informally, Grant (1996) recommends

two mechanisms for integrating knowledge in an organization: (1) direction in the form of directives, policies, or procedures; and (2) organizational routines, which involve codifying tacit knowledge into explicit rules and instructions so that choice is simplified into fixed responses. The literature on cross-functional teams in management offers insights on communication practices in primary care. The cross-functional team approach suggests that having defined pathways and protected systems for recombining knowledge, receiving knowledge, and incorporating knowledge is key to success (Grant, 1996). As team-based care becomes more common in primary care, clear communication channels between primary care teams, specialty care providers, and patients are crucial.

Customer-Based Teams

According to management literature, teams may be customer-centric and change on the basis of customers' needs, desires, and experiences. To create a customer-based model, Madsbjerg and Rasmussen (2014) assert that customers must be observed in their natural habitats to better understand their decisions. The authors discuss "sense-making," which, at its core, is studying how people experience life (i.e., phenomenology) and analyzing their motivations (Madsbjerg & Rasmussen, 2014). Standard market research tools such as market data analytics, conjoint analysis, surveys, and focus groups fall short in this endeavor. Lego researchers, for example, garnered insight by collecting data for months, interviewing parents and children, creating

photographs and video diaries, shopping with families, and studying toy shops (Wittenberg-Cox, 2014). This concept of sensemaking parallels the patient-centered approach in primary care and the changing—and often unpredictable—needs and choices of patients that affect team structure and dynamics.

In addition, John Chambers, then CEO of Cisco Systems, explained that Cisco learned early on to listen to customers to identify market transitions and "build collaboration into their DNA" (Fryer & Stewart, 2008). To capture the processes, technology, and culture for a market transition, Cisco is organized into cross-functional, collaborative boards and councils, which are the equivalent of social networking groups that work together in real time using technology. To incentivize this collaboration, Chambers based his employees' compensation on their collaborative abilities as opposed to their individual performance, forcing employees to work with each other and customers. Those who were unable to make this transition left the company. Components of Cisco's customer-based team model carry implications for incentivizing patient-centric, team-based primary care.

Barriers to High-Functioning Teams

Identifying and avoiding common barriers to productive teamwork are important considerations. Patrick Lencioni (2002), founder of the Table Group, lists five dysfunctions of a team that build on each other in the following order: absence of trust, fear of conflict, lack of commitment, avoidance

of accountability, and inattention to results. As Eisenhardt, Kahwajy, and Bourgeois (1997) explained, conflict is commonplace in strategic decision making. However, if the conflict is interpersonal, such that negative emotions take over, the conflict can impede the decision-making process. When managing interpersonal conflict, skillful decision makers focus on issues, not people, by means of facts, references to common goals, humor, and a sense of fairness exhibited through balanced power structures and consensus.

As discussed earlier, situations may arise in which teams do not have the freedom to add or remove members, which is a concern if unhelpful group members are present. According to Felps, Mitchell, and Byington (2006), the impact of negative group members can be minimized by withholding leadership positions and by monitoring or punishing consistent negative behavior. Felps et al. (2006) define negative group members as those who withhold effort from the group, express negative affect, or violate interpersonal norms. Alternatively, groups can empower positive members by reinforcing relationships or through use of tools, such as the 360-degree feedback approach that allows peers to comment on each other's behavior. Positive members generally work toward group goals with intensity and persistence, regulating their expression of feelings to facilitate comfortable interactions among group members. In any case, a quick response is critical to minimize any negative effects of poor behavior.

In some team-based primary care models, such as PCMHs, physicians

bring the highest level of training and preparation to lead integrated and multidisciplinary teams (American Academy of Family Physicians, 2012). Ghorob and Bodenheimer (2015) explained that because of their extensive medical training and legal liability, some physicians find it difficult to share responsibility for a patient panel. Table 2 summarizes common barriers to team formation and performance in primary care, as well as potential solutions from both the healthcare and primary care literature.

DISCUSSION

A consensus is emerging that effective teamwork is crucial in primary care. Teams take a variety of shapes and forms. However, key principles and strategies are gleaned from decades of robust research in the management literature.

Making the critical jump from a group of coworkers to a high-functioning care team brings challenges that need to be confronted by practice and systems leaders. When possible, the momentum to create a primary care team should begin in the mobilization period, which could be during the creation phase of a patient panel, for example, or during the launch of an effort to promote team-based care. In addition, the management strategy of teaming could prove useful when fast and appropriate care is required in a multidisciplinary setting. Achieving high-functioning teams through teaming might involve the difficult and painful process of removing team members who do not contribute to the overall goal or do not work well as team players. Removing team members

TABLE 2
Major Barriers to High-Functioning Teams in Primary Care

Barriers to Primary Care Teams	Potential Solutions	
<p>Risk aversion to experiment with a new model of care because human life is at risk, as well as legal liability (Nembhard & Edmondson, 2006).</p>	<p>Engaging healthcare professionals is difficult in a seemingly chaotic and uncertain landscape of team experimentation (Nembhard & Edmondson, 2006).</p>	<p>Build psychological safety and improvement efforts to create the willingness to change habits and promote enthusiasm for change and engagement (Nembhard & Edmondson, 2006).</p>
<p>Information is not shared (also known as information and interest asymmetry). Multidisciplinary teamwork that integrates knowledge and expertise from different sources is difficult to carry out in practice (Edmondson, Roberto, & Watkins, 2003).</p>	<p>Primary care physicians possess specialized medical expertise, whereas nurses and other healthcare workers have greater knowledge of daily patient interaction processes (Tucker & Edmondson, 2003).</p>	<p>Regular team huddles offer a designated time and space to discuss patient cases (Bodenheimer, 2011).</p>
<p>Collaborative learning does not occur naturally in primary care because of an imposed hierarchy (Edmondson et al., 2003). Patient outcomes are correlated with the degree of hierarchy in healthcare team interactions (Feiger & Schmitt, 1979).</p>	<p>Although nurses witness and experience a variety of problems and use a creative solutions to resolve emergent issues, they do not communicate their ideas across professional boundaries because of a well-entrenched status hierarchy in medicine (Edmondson et al., 2003).</p>	<p>Incentivize clinicians and staff members to work in teams (Schoen et al., 2006).</p>
<p>“Hamster healthcare” in which clinicians frequently find themselves in a constant state of mental exhaustion (Edmondson et al., 2003).</p>	<p>Finding the time to participate in team development is difficult for physicians, which hampers planning and cooperation (Edmondson et al., 2003).</p>	<p>Hamster healthcare has its origins in increasing complexity of care, payment models, and patient expectations. The delivery system should address these factors (Morrison & Smith, 2000).</p>

Barriers to Primary Care Teams	Potential Solutions	
Frequent transitions between caregivers in the continuity of care (Haggerty et al., 2003).	Shift changes, patient transfers, and academic hospital scheduling constraints complicate coordination and teamwork (Haggerty et al., 2003).	Create an online patient portal system through which patients can connect with the care team (Katz & Moyer, 2004).
Organizational complexity stemming from relationships and personalities, the challenge of team structure when compared with a hierarchical structure (Grumbach & Bodenheimer, 2004).	As team size increases, interpersonal communication increases exponentially and may overtake the benefits of teamwork. Some team members may shine as initiators, clarifiers, or encouragers, while others may play negative roles as dominators, blockers, evaders, and recognition seekers (Grumbach & Bodenheimer, 2004).	Use improvement processes informed by complexity science: Multimethod Assessment Process (MAP) and Reflective Adaptive Process (RAP) (Stroebel et al., 2005). Focus on task conflict, and differences in opinion rather than personality differences and interpersonal tensions (Smith & Edmondson, 2006).
Financial incentives: under the current fee-for-service payment model, no incentives for team-based care (Grumbach & Bodenheimer, 2004).	Practices set their panel primarily on the basis of profitability (Grumbach & Bodenheimer, 2004).	The incentive to avoid focusing on profitability may be to move from a fee-for-service model to other forms of global payment or shared-savings models, which are being incorporated in pilot medical homes (Auerbach et al., 2013).
Systems-level obstacles to communication and efficiency (e.g., not enough time allotted to schedule appointments, complete treatment authorization requests, or conduct follow-up phone calls) (Saba, Tache, Ward, Chen, & Hammer, 2011).	Health coaches need time for medication reconciliation, creation of an action plan, patient education, patient follow-up, and review of the patient panel with physicians (Saba et al., 2011).	Locate all team members in a central, open area to conduct clinical activity and interact easily with each other (Bodenheimer, 2011).

is an unfamiliar and uncomfortable task for many healthcare leaders, but it is crucial to create a culture of accountability and trust as well as to provide the level of service that patients deserve. Interpersonal conflict and Lencioni's (2002) five dysfunctions are other common barriers to team-based care, as discussed earlier. The hiring process offers a key opportunity to bring in the right people and reset the practice's culture and expectations.

The strategies of using metrics and co-creation to work with bounded teams are also relevant to primary care practices that may be limited by physician shortages or budgetary constraints. In these scenarios, team leaders, physicians, or others need to adopt the role of coach and incentivize team members to engage in team-based care, as well as engage the community to identify and achieve goals (Gottlieb, Sylvester, & Eby, 2008). For example, at Southcentral Foundation (SCF), a primary care-based health system in Alaska, physician salaries are driven by team performance to incentivize team-based care. Also, similar to a co-creation strategy, SCF engages the American Indian and Alaska Native communities in designing a system that achieves wellness through health and related services.

Customer-based team models, such as sensemaking and Cisco System's collaboration with customers, also draw critical parallels to the patient-centered approach of primary care practices. Compelling examples exist of the deconstruction of the current practice hierarchy—with the primary care physician at the top, professional staff in the middle, and nonprofessional staff at the

bottom—to promote patient-centered care. Several leading organizations have made significant progress toward achieving this cultural change (Chen et al., 2010). We should also note that physicians must learn to be managers and team players, but depending on team composition, constraints, and needs, the physician may not be the best team leader (Bodenheimer, 2011).

Study Limitations and Potential Areas of Future Investigation

As efforts are made to transition to team-based care in the primary care setting, it is critical to continuously assess the value of teamwork and opportunities for improvement. Instruments and tools for measuring team function are available in the management and healthcare literature, yet few are available in the primary care space. Also, this article focuses on literature pertaining to internal medicine, family medicine, geriatrics, and pediatrics, but we also acknowledge that specialties such as surgery and mental health contribute to advancements in team-based care. Although this review focuses on management principles, other industries, such as sports, also offer valuable insights on teams and should be considered for future research. Finally, the integration of information services and technology in the primary care team setting is also critical to consider.

CONCLUSION

Applying team-based care strategies from the management and healthcare literature to primary care teams can foster innovative and holistic solutions to challenges in primary care. The

management literature on teams is robust and extensive, offering a wealth of information and multidisciplinary recommendations for primary care teams. Because the model of primary care teams is relatively nascent, it is important that we continue to learn about teams inside and outside primary care and improve on existing models.

NOTE

The Harvard Medical School Center for Primary Care and the Southcentral Foundation recently formed a strategic partnership designed to foster collaborations in research, education, and practice.

ACKNOWLEDGMENT

The authors acknowledge Somava Stout for her guidance and feedback regarding this review.

REFERENCES

- American Academy of Family Physicians. (2012, September 18). *Primary care for the 21st century: Ensuring a quality physician-led team for every patient*. Retrieved from http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/about_us/initiatives/AAFP-PCMHWhitePaper.pdf?cmpid=npp12_ad_com_na_van_1
- Antonelli, R. C., McAllister, J. W., & Popp, J. (2009). *Making care coordination a critical component of the pediatric health system: A multidisciplinary framework*. New York, NY: Commonwealth Fund.
- Auerbach, D. I., Chen, P. G., Friedberg, M. W., Reid, R., Lau, C., Buerhaus, P. I., & Mehrotra, A. (2013). Nurse-managed health centers and patient-centered medical homes could mitigate expected primary care physician shortage. *Health Affairs (Project Hope)*, 32(11), 1933-1941.
- Bodenheimer, T. (2011). Lessons from the trenches: A high-functioning primary care clinic. *New England Journal of Medicine*, 365(1), 5-8.
- Bodenheimer, T., & Laing, B. Y. (2007). The teamlet model of primary care. *Annals of Family Medicine*, 5(5), 457-461.
- Boult, C., & Wieland, G. D. (2010). Comprehensive primary care for older patients with multiple chronic conditions: "Nobody rushes you through." *Journal of the American Medical Association*, 304(17), 1936-1943.
- Brown, S. L., & Eisenhardt, K. M. (1995). Product development: Past research, present findings, and future directions. *Academy of Management Review*, 20(2), 343-378.
- Chen, E. H., Thom, D. H., & Hessler, D. M., Phengrasamy, L., Hammer, H., Saba, G., & Bodenheimer, T. (2010). Using the teamlet model to improve chronic care in an academic primary care practice. *Journal of General Internal Medicine*, 25(4), 610-614.
- Cohen, S. G., & Bailey, D. E. (1997). What makes teams work: Group effectiveness research from the shop floor to the executive suite. *Journal of Management*, 23(3), 239-290.
- Doherty, R. B., & Crowley, R. A. (2013). Principles supporting dynamic clinical care teams: An American College of Physicians position paper. *Annals of Internal Medicine*, 159(9), 620-626.
- Edmondson, A. C. (2012). Teamwork on the fly. *Harvard Business Review*, 90(4), 72-80.
- Edmondson, A. C., Roberto, M. A., & Watkins, M. D. (2003). A dynamic model of top management team effectiveness: Managing unstructured task streams. *The Leadership Quarterly*, 14(3), 297-325.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Making fast strategic decisions in high-velocity environments. *Academy of Management Journal*, 32(3), 543-576.
- Eisenhardt, K., Kahwajy, J., & Bourgeois, L. (1997). How management teams can have a good fight. *Harvard Business Review*, 75(4), 77-85.
- Ericksen, J., & Dyer, L. (2004). Right from the start: Exploring the effects of early team events on subsequent project team development and performance. *Administrative Science Quarterly*, 49(3), 438-471.
- Feiger, S. M., & Schmitt, M. H. (1979). Collegiality in interdisciplinary health teams: Its measurement and its effects. *Social Science & Medicine*, 13A(2), 217-229.
- Felps, W., Mitchell, T., & Byington, E. (2006). How, when, and why bad apples spoil the barrel: Negative group members and dysfunctional groups. *Research in Organizational Behavior*, 27, 175-222.
- Fryer, B., & Stewart, T. (2008). Cisco sees the future. *Harvard Business Review*, 86(11), 72-79.

PATIENT EXPERIENCE

Critical Considerations for the Future of Patient Experience

Jason A. Wolf, PhD, CPXP, president, The Beryl Institute, Nashville, Tennessee

Healthcare leaders need to take a fresh look at patient experience through a new and wider set of lenses and fully consider all that it encompasses. In entering what Donald Berwick (2016) identifies as a new era for healthcare—a moral era committed to fundamentals such as access, quality, civility, and transparency—we find ourselves in an experience era. In this era, the voices of all stakeholders matter, value takes on new meaning, incentives shift, and a sense of purpose is reignited (Wolf, 2016). We need to look at experience in a new way to avoid the complacency of simply applying tactics to problems. This new era calls on leaders to recognize the compelling strategic purpose in focusing on patient experience and the factors that influence it. This purpose must be the rallying cry for leaders, for all those who work in healthcare, and for all those it serves.

FUNDAMENTAL FOUNDATION

A conversation about patient experience today must first focus on aligning perspective, on defining what *experience* means, and understanding all that it comprises. At its core, healthcare is about human beings caring for human beings. We lose touch with this fundamental principle when adding layers of professional titles, technical skills, diagnostic labels, and so on. For healthcare to be effective and meet the needs of both those it serves and those who chose caring as a profession, this principle must remain at the heart of every intention and action.

Patient Perceptions

The Beryl Institute, the global community of practice dedicated to improving the patient experience through collaboration and shared knowledge, defines patient experience as the “sum of all interactions, shaped by an organization’s culture, that influence patient perceptions across the continuum of care” (Wolf, Niederhauser, Marshburn, & LaVela, 2014). This simple phrase presents some complex opportunities. Healthcare is about the interactions—both clinical and interpersonal—through which work is conducted. These interactions are driven by the type of organizations that leaders build and reinforce through their actions and stated expectations at all touch points on the continuum of care. However, in the new consumer-centric world, the perception of the customer—the patient, family members, and the community served—is reality and the ultimate measure of success.

From the viewpoint of those engaging in healthcare today, experience and its evaluation should encompass all that people encounter. Experience includes quality, safety, and service moments, and it is influenced by costs and decisions driven by a focus on broader population health issues that dictate both clinical and operational strategy. This shift from the way in which experience has traditionally been viewed—as simply satisfaction, service, or amenities—is significant and must be a purposeful choice for leaders.

Fundamental Objectives

Experience serves as the key driver of four fundamental healthcare objectives. First and foremost are the *clinical outcomes* that support the ill or injured seeking care. Second, *financial outcomes* ensure that organizations remain viable so they can address their mission of care. Third, even before healthcare became the increasingly consumer-focused and value-driven world it is today, experience was a driver of *consumer loyalty* to a particular healthcare organization. Finally, *community reputation* refers to the broader community's positive perceptions of a healthcare organization's contributions.

The implications of these objectives are clear. Experience is not just about satisfaction or about service; it is the strategic foundation and focus that call for a forward line of sight about factors that will influence leadership in the years ahead.

CRITICAL CONSIDERATIONS

Several factors—including competing policy pressures and related financial constraints, a rapidly growing number of individuals accessing healthcare, and the challenges posed by a shrinking pool of clinicians with varied professional expectations—require the current healthcare model to think, structure, and act in new ways.

Progress in this new era of experience calls for a shift in efforts grounded in some critical considerations. While some of these efforts may be distinct areas of focus or defined initiatives for organizations, our challenge is to begin thinking about how to align and integrate these actions for greater strategic significance.

Shift in Language From Centeredness to Collaboration and Partnership

Healthcare leaders and clinicians must focus on ways to engage patients and families as active partners along the entire healthcare journey and work to change the provider-centric language to one of collaboration.

Shift in Technology From Internal Processes to Accessible, Practical, and Externally Facing Applications

Technology will no longer be used simply for reporting or documentation purposes, but will serve as a point of access, information, and communication. To engage all stakeholders, technology needs to be streamlined, simplified, and externally focused.

Expansion of Transparency to Include Greater Understanding of Healthcare

Although current efforts to share scores and pricing information are fundamental, transparency in its broadest sense requires enhanced understanding of information pertaining to care and the processes through which it is delivered. Therefore, transparency must include support for expanded healthcare literacy so that people are informed and engaged and can be effective partners in healthcare decisions.

Freeing of Data to Enable More Immediate and Impactful Decisions, Actions, and Results

The dilemma of lagging data collected via standardized surveys will be eclipsed by efforts to gain immediate and actionable feedback. Organizations will gather, own, and analyze data, potentially creating a race for new resources to collect real-time information and develop simplified analytical tools to move to action more rapidly and effectively.

Explosion in Choice Driven by a Proliferation of Potential Points of Care

As healthcare offers new points of service, choice will be driven by all that experience encompasses. Convenience, personal treatment, environment, and outcomes will be equal factors in the choices people make when seeking care and, in turn, drivers of healthcare spending and investment, with measurable financial implications for an organization.

Reframing of Expectations Driven by New and Expanded Points of Comparison

Healthcare organizations traditionally have viewed their competition as the other facility across town, but this perspective no longer fits. Instead, patients' expectations will be determined by the broader consumer landscape. Individuals' experiences in other consumer settings or even online will profoundly influence their expectations of healthcare as well.

COMMITMENT TO ACTION

The rapidly changing healthcare environment does not allow for long periods of planning. The issues examined here require leaders to undertake comprehensive and integrated efforts in their organizations, in the way in which they operate, and in how they engage healthcare consumers. In upcoming columns in this series, several organizations will present clear examples of practices that, if woven together rather than implemented piecemeal, can address the opportunities laid out earlier.

Those proven practices include critical, evidence-based, and outcomes-focused efforts such as the following:

- Identification and selection of the right employees and a commitment to employee engagement
- Implementation of a clearly defined and consistent process for engaging patients and family members in both clinical and nonclinical decisions

- Execution of effective rounding processes by people at all levels in the organization
- Application of transparent handoffs—such as the bedside shift report—in partnership with patients and families

Our challenge is not to be enticed by short-term tactical gains at the expense of missing the strategic opportunities emerging from the major shifts now taking place.

Healthcare's intention to help, heal, and serve may be best supported by a purposeful, comprehensive, and strategic focus on patient experience with a broadened perspective of all it truly encompasses. Great opportunities await in reframing perspectives, reprioritizing goals, and driving critical practices that will lead to improved collective results. The task now is to commit to a new way of thinking and acting and to realign purpose so that patient experience is the foundation of all that we seek to achieve.

REFERENCES

- Berwick, D. M. (2016). Era 3 for medicine and health care. *Journal of the American Medical Association*, 315(13), 1329–1330.
- Wolf, J. A. (2016, May 5). It is time for the experience era. [Web blog post]. Retrieved from <http://www.theberylinstitute.org/blogpost/593434/246197/It-is-Time-for-the-Experience-Era>
- Wolf, J. A., Niederhauser, V., Marshburn, D., & LaVela, S. L. (2014). Defining patient experience. *Patient Experience Journal*, 1(1). Retrieved from <http://pxjournal.org/journal/vol1/iss1/3>

For more information about the concepts in this column, contact Dr. Wolf at jason.wolf@theberylinstitute.org.

Note d'information

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 février 2017

Objet : **Histoire d'une expérience d'un patient**

Il n'y aura pas d'histoire d'expérience d'un patient à cette réunion. Ce sujet est remis à la prochaine réunion.

Soumis le 13 février 2017 par Gisèle Beaulieu, vice-présidente de la Performance, de la Qualité et des Services généraux.

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 février 2017

Objet : **Présentation sur la malnutrition en contexte hospitalier et la démarche de soins**

Manon Laporte, diététiste, ainsi que Linda Sunderland, diététiste et gestionnaires des Services de Nutrition clinique de la Zone Restigouche et Acadie-Bathurst, présenteront les résultats d'une recherche à laquelle le Réseau de santé Vitalité a participé. Cette étude démontre l'importance de la nutrition dans les services de santé.

Vous trouverez la présentation jointe à cette note. Une quinzaine de minutes a été prévue pour la présentation et Madame Laporte et Madame Sunderland pourront répondre aux questions des membres du Conseil d'administration.

Soumis le 16 février 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

La malnutrition dans les hôpitaux canadiens : état de la situation et solutions proposées

Groupe de travail canadien sur la malnutrition (GTCM)

Manon Laporte, Dt. P, M.Sc, CNSC
Linda Sunderland, Dt.P. et Gestionnaire
Nutrition clinique zone 5 et Bathurst
Réseau de santé Vitalité

28 février 2017

Améliorer les soins nutritionnels au Canada



Canadian
Malnutrition
Task Force

le Groupe de
travail canadien
sur la malnutrition

Qui est le GTCM ? (membres originaux)

Johane Allard, MD, FRCPC	Ontario
Paule Bernier, PDt, MSc	Quebec
Donald Duerksen, MD, FRCPC	Manitoba
Leah Gramlich, MD, FRCPC	Alberta
Khursheed Jeejeebhoy, MBBS, PhD, MRCP, FRCP	Ontario
Heather Keller, RD, PhD, FDC	Ontario
Manon Laporte, RD, MSc, CNSC	New Brunswick
Hélène Payette, PhD	Quebec

Directrice générale

Bridget Davidson, RD, MSc

Ontario



Canadian
Malnutrition
Task Force

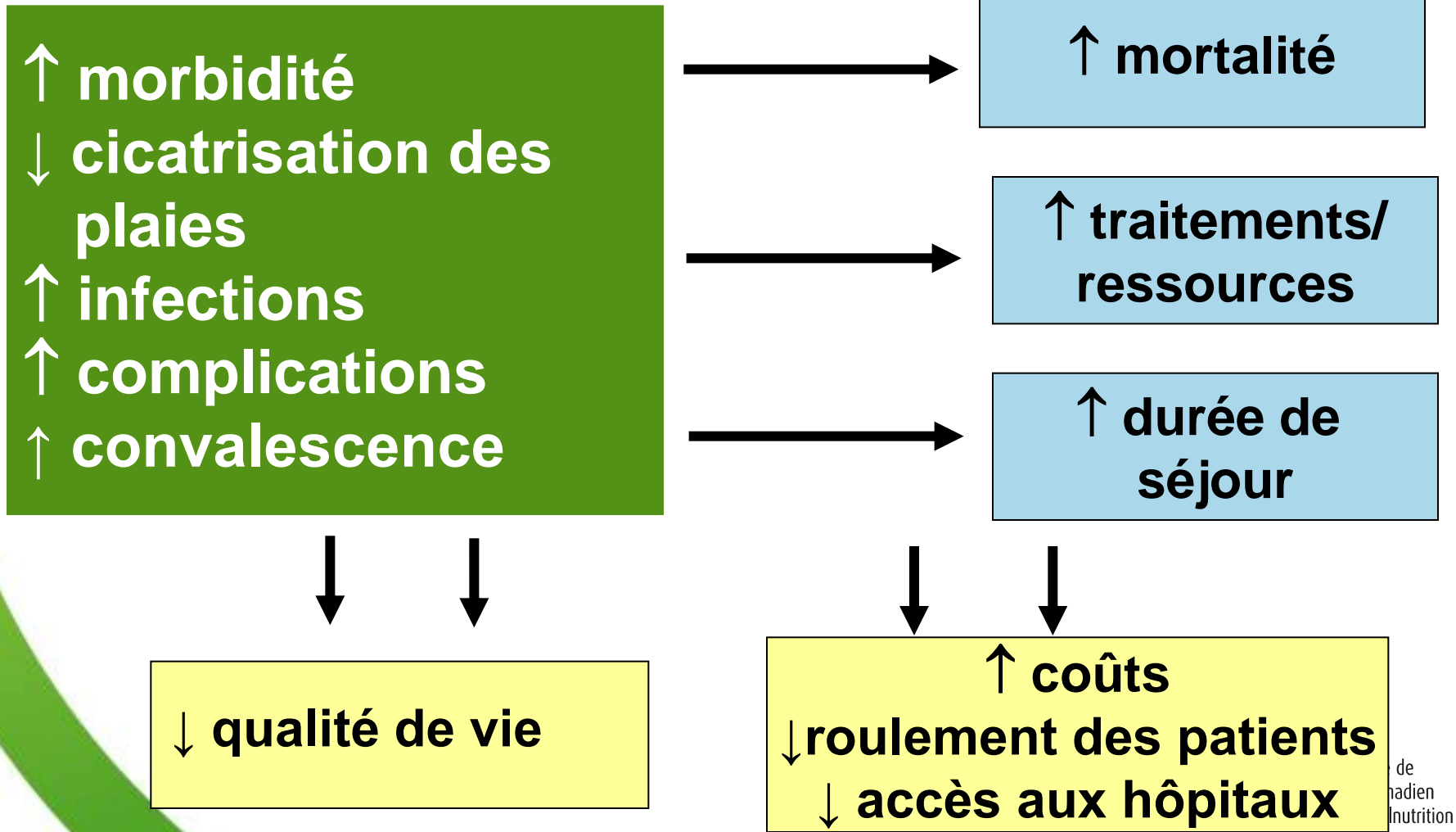
le Groupe de
travail canadien
sur la malnutrition

Plan

- La Malnutrition – mise en contexte
- L'état de la situation dans les hôpitaux canadiens :
Prévalence & Conséquences :
humaines et économiques
Ce que l'équipe de soins de santé en pense...
Ce que le patient en pense...
- Les solutions ... Agissons tous ensemble
L'Algorithme « Démarche intégrée de soins nutritionnels en contexte de soins aigus » INPAC
- Conclusion



Malnutrition



Étude sur les soins nutritionnels dans les hôpitaux canadiens

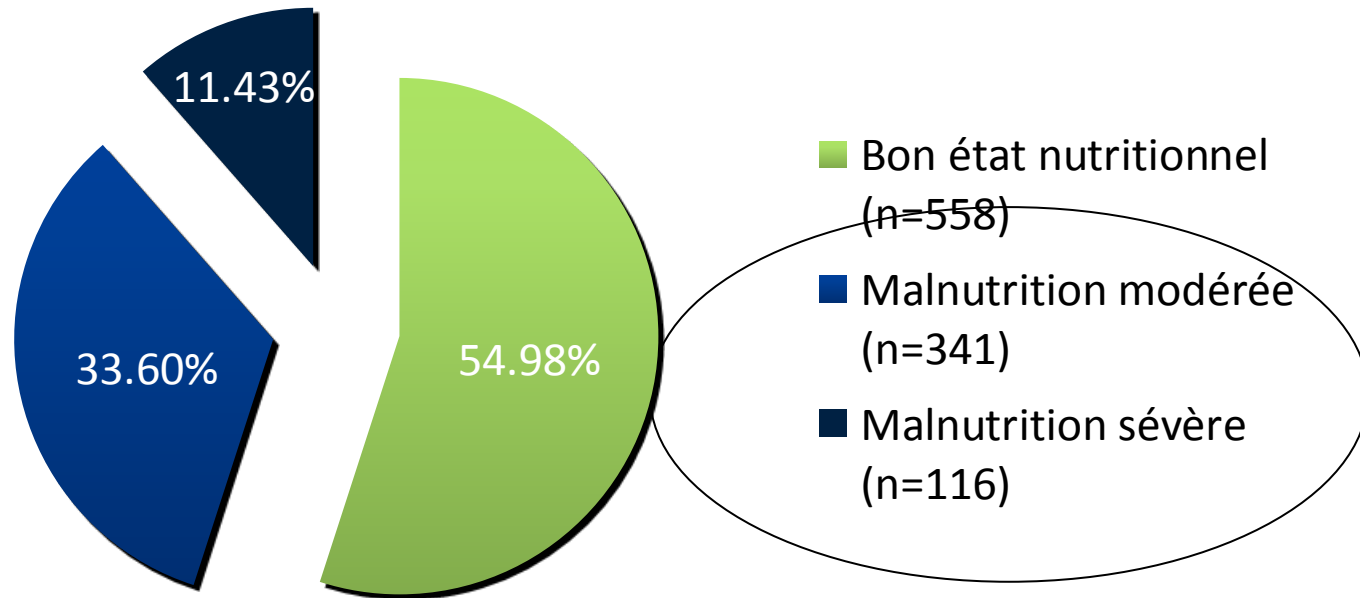
- n = 1022 patients, 18 hôpitaux, 8 provinces



- Hôpital régional de Campbellton, 40 patients (été et automne 2010)
- Centre Hospitalier Universitaire Dr GL-Dumont, 60 patients (automne et hiver 2011)

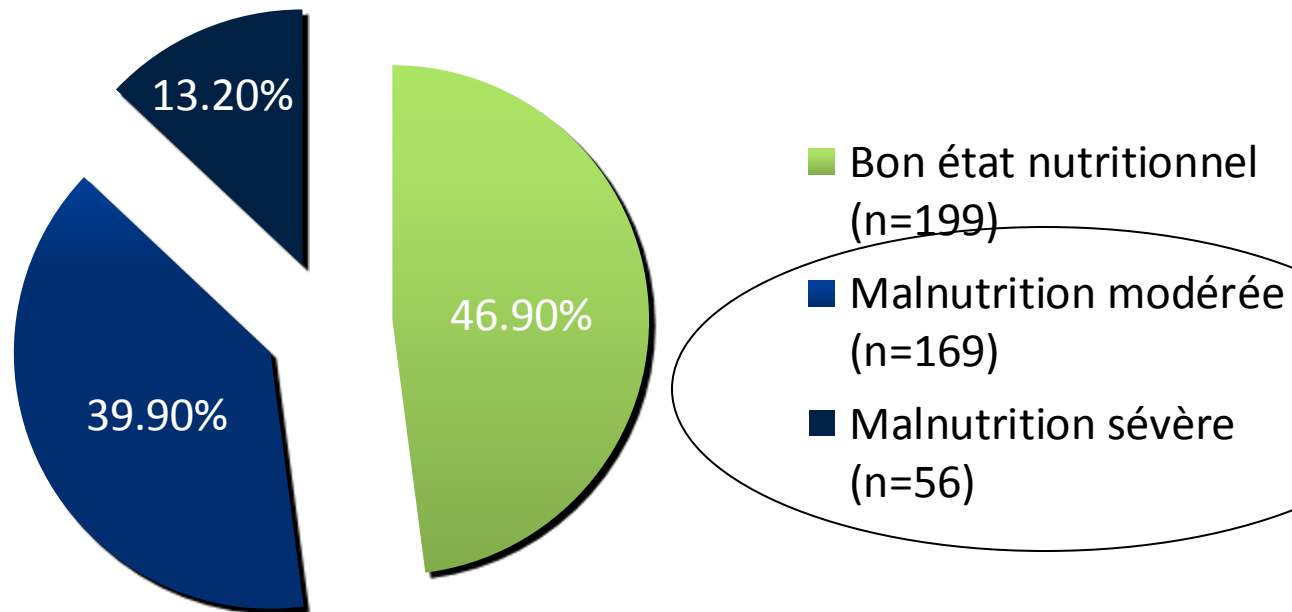


Prévalence de malnutrition à l'admission selon ÉGS



1 cas sur 4 des patients mal nourris est détecté

Prévalence de la malnutrition au congé selon ÉGS (séjour ≥ 7 j)



1 cas sur 4 des patients mal nourris est détecté

Allard J, Keller H, Jeejeebhoy KN et al. Clin Nutr 2016



Canadian
Malnutrition
Task Force

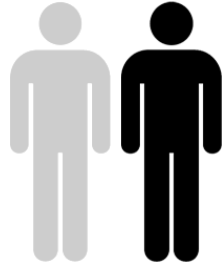
le Groupe de
travail canadien
sur la malnutrition

Sommaire des données canadiennes

- Des apports alimentaires < 50% et la malnutrition sont des prédicteurs indépendants de la **durée de séjour**.
- La proportion de patients **réadmis à l'hôpital en dedans de 30 jours** suivant le congé est plus élevée chez ceux mal nourris que chez les patients ayant un bon état nutritionnel.
- Il y a un intérêt chez les médecins et personnel infirmier à soulever les problèmes nutritionnels : 91% du personnel infirmier est d'accord à ce qu'un **outil de dépistage de la malnutrition** face partie de leur questionnaire à l'admission.



LA MALNUTRITION EST UN FACTEUR PRÉDICTIF D'UNE HOSPITALISATION LONGUE ET COÛTEUSE



Près de **1** Canadien sur **2** admis à l'hôpital est atteint de malnutrition¹

D'autres études ont montré que les patients atteints de malnutrition sont

Conséquences pour les hôpitaux

2-3 jours de plus à l'hôpital¹

2 K\$ Coût additionnel moyen/patient²

2 x plus susceptibles d'être réhospitalisés³

6 x plus susceptibles de décéder³

Et si se nourrir est une nécessité pour tous, un plaisir pour beaucoup, un péché pour certains, **c'est aussi un défi pour d'autres...**

Salle JY, Lissandre JP, Morizio A. et al. 2010

Ce que les patients en pensent...

Étude sur les soins nutritionnels dans les hôpitaux canadiens : Sondage auprès des patients, au congé, n = 887

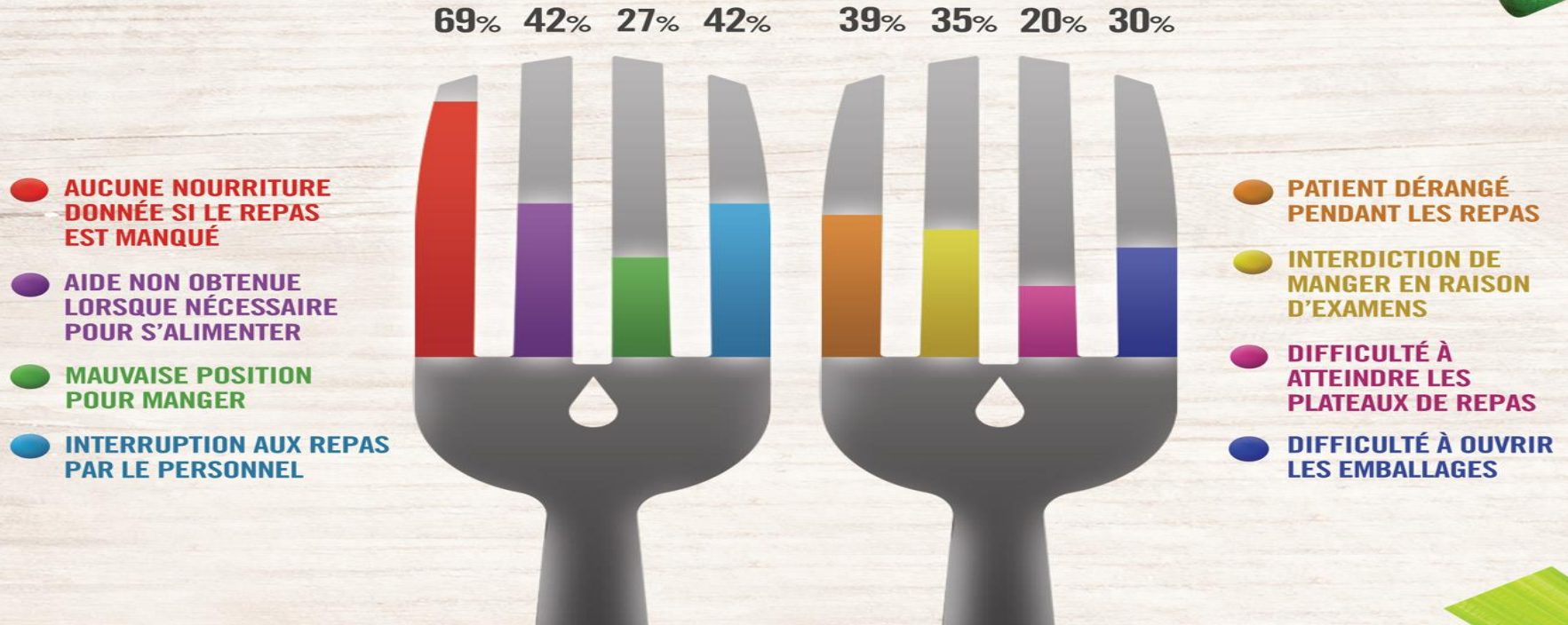


Canadian
Malnutrition
Task Force

le Groupe de
travail canadien
sur la malnutrition

LES ALIMENTS FONT PARTIE DU TRAITEMENT.

ALORS, QU'EST-CE QUI EMPÊCHE LES PATIENTS DE MANGER ADÉQUATEMENT?



Les causes de la malnutrition dans les hôpitaux sont en grande partie de petites choses sur lesquelles nous, les professionnels de la santé, pouvons agir. Pendant la Semaine canadienne de sensibilisation à la malnutrition, donnons-nous comme défi de trouver des solutions à ces petits problèmes et de faire une grosse différence dans la vie de nos patients.

LES ALIMENTS, TOUT COMME LES MÉDICAMENTS,
FONT PARTIE DU TRAITEMENT.

Agissons tous ensemble pour pallier à la malnutrition

Algorithme

« Démarche intégrée de soins nutritionnels en contexte de soins aigus »

INPAC

**«INTEGRATED NUTRITION
PATHWAY FOR ACUTE CARE »**



Canadian
Malnutrition
Task Force

le Groupe de
travail canadien
sur la malnutrition

Admission

Dépistage nutritionnel au moment de l'admission

- L'infirmière qui procède à l'admission remplit l'Outil canadien de dépistage nutritionnel (OCDN) :
1. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous perdu du poids SANS AVOIR ESSAYÉ de perdre ce poids?
 2. DEPUIS PLUS D'UNE SEMAINE, mangez-vous moins que d'habitude?

Jour 1

PATIENT NON À RISQUE
(« Non » à au moins une des questions)

Bon état nutritionnel (ÉGS A)

PATIENT À RISQUE
(« Oui » aux deux questions)

Évaluation globale subjective (ÉGS)

Effectuée par une diététiste ou une personne désignée

Malnutrition légère ou modérée (ÉGS B)

Malnutrition grave (ÉGS C)

Jour 1 et plus

Classe A:

Soins nutritionnels standard

Classe B:

Soins nutritionnels avancés

Classe C:

Soins nutritionnels spécialisés

Si l'apport alimentaire est < 50 %

Si l'apport alimentaire est < 50 % après 3 jours

Soins nutritionnels après la sortie de l'hôpital

Outil canadien de dépistage nutritionnel (OCDN)

Laporte, Keller, Payette *et al.*, *EJCN* 2015

≠
Évaluation
nutritionnelle

Dépister les patients présentant un risque de malnutrition

	Date:		Date:	
	Admission		Nouveau dépistage	
Poser les questions suivantes au patient*	Oui	Non	Oui	Non
Au cours des 6 derniers mois, avez-vous perdu du poids SANS AVOIR ESSAYÉ de perdre ce poids? <small>Si le patient dit avoir perdu du poids, mais l'avoir repris par la suite, considérez que sa réponse est « non ».</small>				
DEPUIS PLUS D'UNE SEMAINE , mangez-vous moins que d'habitude?				
Deux réponses affirmatives (OUI) indiquent un risque de malnutrition†				

* Si le patient n'est pas en mesure de répondre aux questions, il est possible d'interroger une tierce personne pouvant fournir l'information. Si le patient ne sait pas trop s'il a perdu du poids ou non, lui demander si ses vêtements sont moins serrés qu'avant.

Mise en œuvre au Réseau de santé Vitalité :

- OCDN au dossier médical pour un dépistage à l'admission par le personnel infirmier
- Formation aux diététistes sur l'ÉGS
- Suivis plus rigoureux des apports alimentaires en cours d'hospitalisation
- Soutien des techniciennes en établissement des régimes et menus
- Sensibilisation / renforcement des soins nutritionnels de base auprès du personnel infirmier, etc.
- Développement d'indicateurs de rendement



Conclusion

La malnutrition dans les hôpitaux canadiens :

- Existe !
- Conséquences néfastes sérieuses : patients, coûts et système de santé
- Est un évènement indésirable qui peut être évité
- Les causes sont en grande partie de petites choses sur lesquelles il est possible d'agir
- Approche multi-paliers (interdisciplinaire)







Canadian
Malnutrition
Task Force

le Groupe de
travail canadien
sur la malnutrition

Agissons tous ensemble...

- À partir de maintenant, donnons-nous comme défi de trouver des solutions afin que nos patients réussissent à s'alimenter adéquatement...
- Car nous pouvons faire une grosse différence dans leur vie et pallier à la malnutrition...
- Engagement de tous...
- **Un changement de culture s'impose**
- **LES ALIMENTS (NUTRITION) FONT PARTIE DU TRAITEMENT**



www.nutritioncareincanada.ca



Canadian
Malnutrition
Task Force

le Groupe de
travail canadien
sur la malnutrition

Français

[HOME](#) [ABOUT US](#) [YOUR VIEW](#) [NOTEWORTHY NEWS](#) [CONTACT US](#)



[NUTRITION CARE IN HOSPITALS: STUDY](#)

[PARTNERS AGAINST MALNUTRITION \(PAM/PCM\)](#)

[RESOURCES](#)

[SPONSORS](#)

The Canadian Malnutrition Task Force

Merci !
Questions ?



Canadian
Malnutrition
Task Force

le Groupe de
travail canadien
sur la malnutrition

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 février 2017

Objet : **Présentation de la Société santé et mieux-être en français du N.-B. et du Mouvement acadien des communautés en santé**

Une présentation de la Société santé et mieux-être en français du N.-B. et du Mouvement acadien des communautés en santé sera offerte par Barbara Paulin, directrice générale du Mouvement acadien des communautés en santé et Gilles Vienneau, directeur général de la Société santé et mieux-être en français du N.-B.

Vous trouverez la présentation jointe à cette note. Le temps prévu est de 20 minutes, ce qui inclut les questions des membres du Conseil d'administration.

Soumis le 16 février 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.



Société

Santé et Mieux-être en français
du Nouveau-Brunswick



NOTRE SANTÉ, NOTRE MIEUX-
ÊTRE, C'EST NOTRE AFFAIRE!

Présentation au Réseau de santé Vitalité
Le 28 février 2017
Bathurst, N.-B.

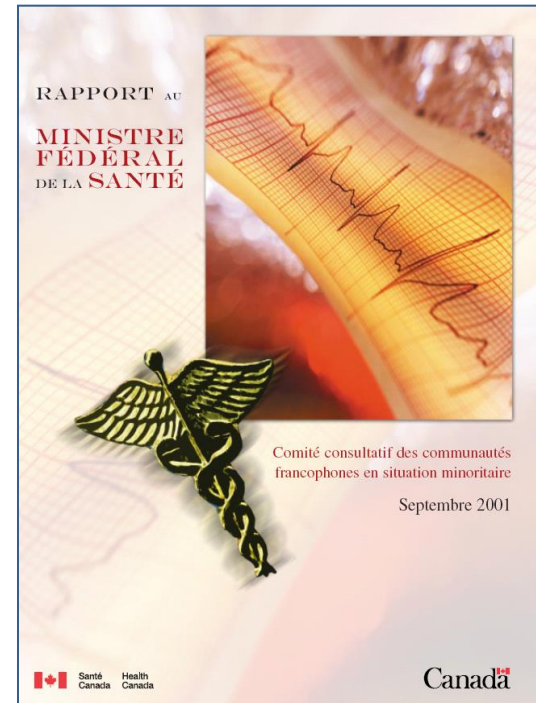
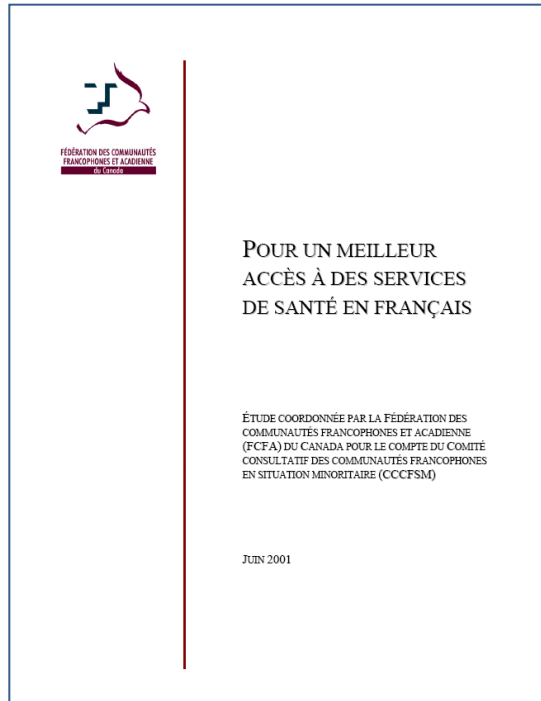


Plan de la présentation

1. Portrait de la SSMEFNB
2. Le modèle de partenariat
3. Le mouvement national
4. Santé et Mieux-être en français au N-B
5. Portrait du MACS-NB
6. L'approche Communautés – Écoles en santé
7. Notre vision de la santé
8. Connexions SSMEFNB & MACS-NB
9. Partenariat avec Réseau de santé Vitalité
10. Questions



Nos origines

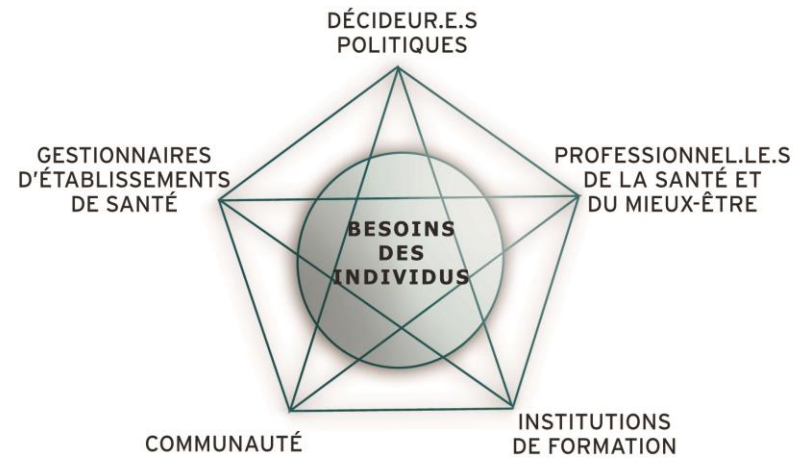
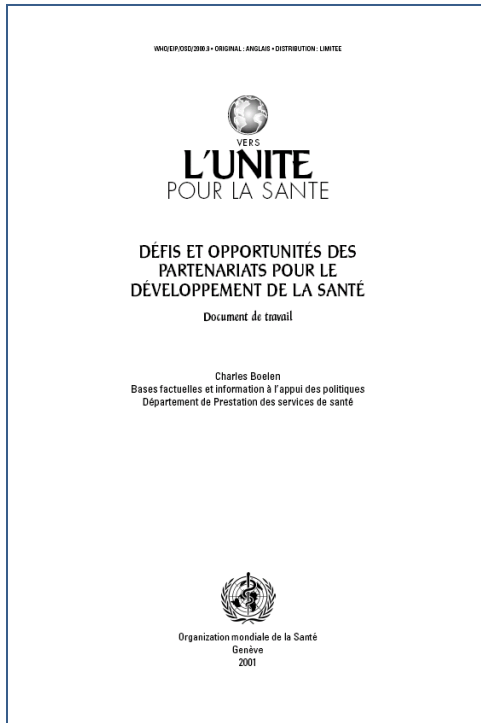


http://fcfa.ca/user_files/users/40/Media/Pour%20un%20meilleur%20acc%C3%A8s%20%C3%A0%20des%20services%20de%20sant%C3%A9%20en%20fran%C3%A7ais.pdf

http://www.santefrancais.ca/uploads/pages-ssf/CCCFSM_rapport_LR.pdf



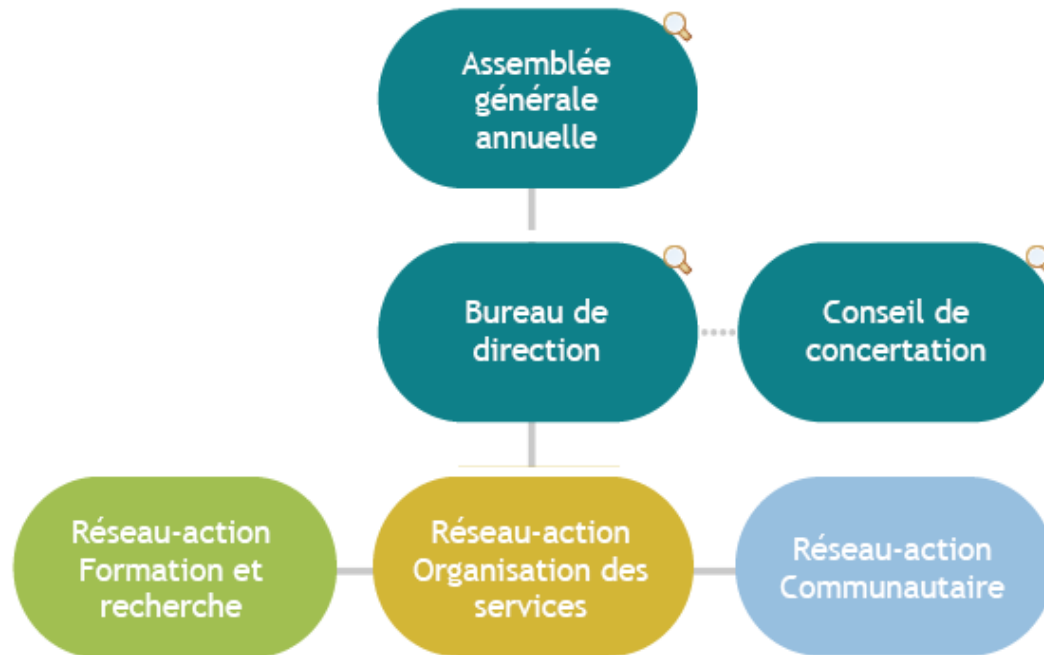
Le modèle de partenariat



http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67346/1/WHO_EIP_OSD_2000.9_fre.pdf?ua=1



La structure de la SSMEFNB



<http://www.ssmefnb.ca>



Vision et mission de la SSMEFNB

Vision	Mission
<p>La SSMEFNB est l'intervenante privilégiée dans le domaine de la santé et du mieux-être de la communauté acadienne et francophone du Nouveau-Brunswick. Elle stimule les partenariats permettant la participation de tous et toutes à la prise en charge individuelle et collective dans l'amélioration de leur santé et de leur mieux-être.</p>	<p>La SSMEFNB est un collectif qui réseaute équitablement les acteurs et les partenaires de la santé et du mieux-être afin de coordonner, concerter et promouvoir leur engagement dans l'amélioration de l'état de santé et du mieux-être de la communauté acadienne et francophone du Nouveau- Brunswick.</p>

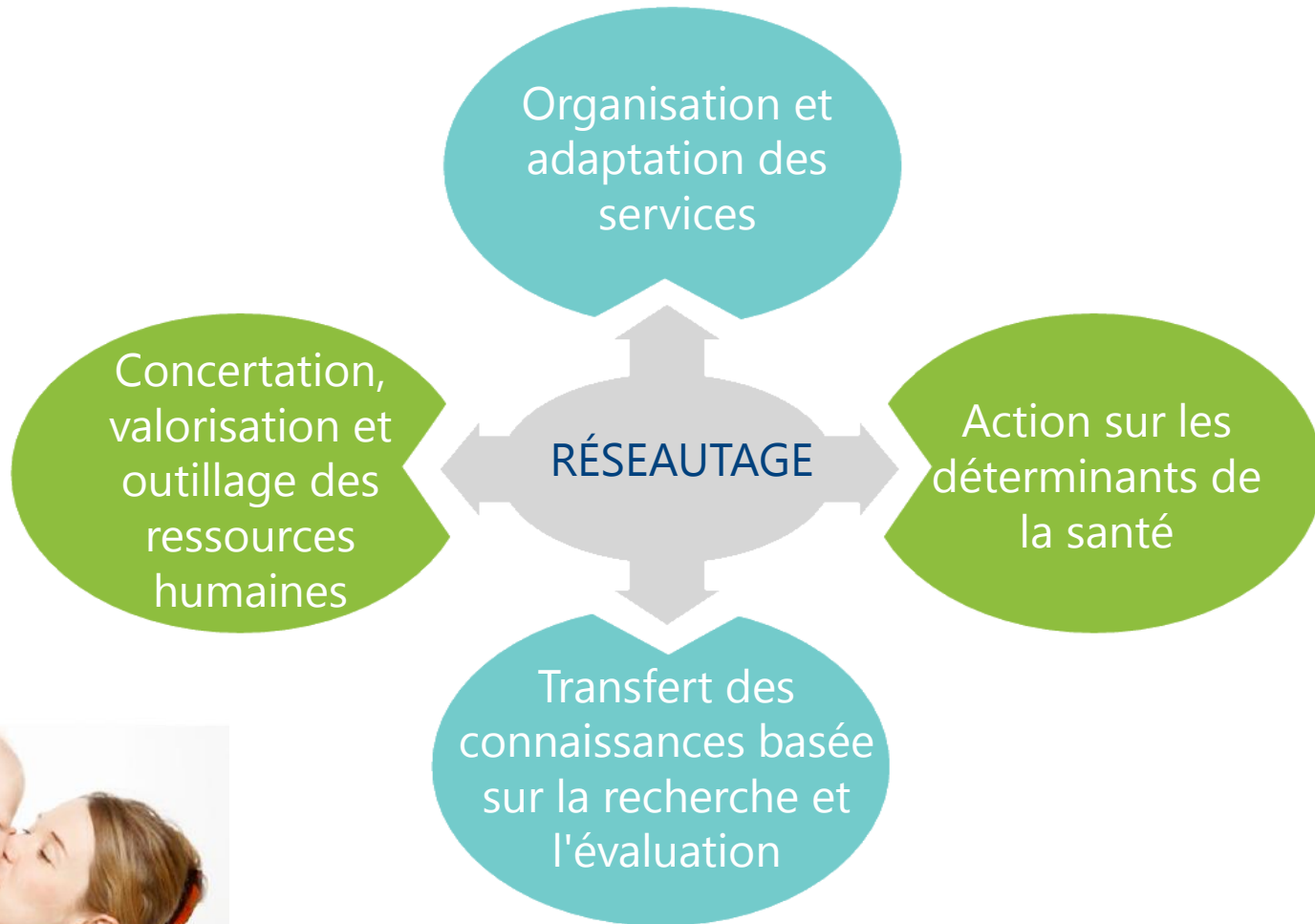


Le mouvement national



www.santefrancais.ca

Axes stratégiques du mouvement



Santé et mieux-être en français au N-B

- Réseau action formation et recherche
 - <http://www.ssmefnb.ca/index.php/2011-08-03-17-21-54/2011-08-05-19-41-57/14-formation-et-recherche/149-activites-du-rafr-realisees-en-2013-2014>
- Réseau action communautaire
 - <http://www.ssmefnb.ca/index.php/2011-08-03-17-21-13/activites-en-cours>
- Réseau action organisation des services
 - <http://www.ssmefnb.ca/index.php/2011-08-03-17-21-36/activites-en-cours>





**MOUVEMENT ACADIEN
DES COMMUNAUTÉS EN SANTÉ
DU NOUVEAU-BRUNSWICK**



Le MACS-NB : un organisme à découvrir

Un
RÉSEAU
en route
vers le
MIEUX-ÊTRE!

Réseau de santé Vitalité

28 février 2017



Mission du MACS-NB

Agir comme réseau de mobilisation et d'accompagnement des communautés et populations locales de l'Acadie du Nouveau-Brunswick dans la prise en charge de leur mieux-être.

Pour ce faire, il fait la promotion du modèle de **Communautés – Écoles en santé.**

Un
RÉSEAU
en route
vers le
MIEUX-ÊTRE!





Un
RÉSEAU
en route
vers le
MIEUX-ÊTRE!

Le MACS-NB, c'est :

- Un réseau communautaire en faveur du mieux-être;
- Qui fait place aux communautés et à la participation citoyenne;
- Stimule la mobilisation et accompagne la prise en charge;
- Tente de connecter les acteurs, les initiatives et les communautés;
- Un rapprocheur entre communautés et système
- Un réseau visant l'influence des politiques publiques
- Fait la promotion des bons coups de ses membres et de la vitalité communautaire de l'Acadie du Nouveau-Brunswick.





Un
RÉSEAU
en route
vers le
MIEUX-ÊTRE!

Orientations stratégiques

- 1. Vitalité du mouvement francophone des Communautés/Écoles en santé**
 - a) Animer et stimuler le concept de Communautés-Écoles en santé
 - b) Assurer le développement durable du MACS-NB comme réseau rassembleur des francophones du N.-B. autour du mieux-être
 - c) Agir comme passerelle de connexion entre les communautés francophones et le système de santé

- 2. Renforcement des capacités d'action et d'influence du MACS-NB et de ses membres**
 - d) Développer des ressources et outils à l'intention des membres pour appuyer et accompagner la prise en charge de la santé et du mieux-être en français
 - e) Faire valoir la participation citoyenne et communautaire comme levier de transformation du système de santé
 - f) Bâtir sur les acquis du MACS-NB et l'expertise des francophones du N.-B. en matière de mieux-être

- 3. Promotion de la santé et du mieux-être**
 - g) Positionner l'importance du mieux-être dans la santé
 - h) Partager les histoires à succès et bonnes pratiques francophones
 - i) Dynamiser les partenariats en mieux-être en français





Nos membres = la force de notre mouvement

114 membres, soit :

- **43 Communautés et Organisations en santé**
- **44 Écoles en santé**
- **27 groupes associés et amis**

Connexion avec plus de 150 groupes - acteurs – partenaires intéressés au mieux-être au NB et au Canada

Un
RÉSEAU
en route
vers le
MIEUX-ÊTRE!





Un
RÉSEAU
en route
vers le
MIEUX-ÊTRE!

L'approche Communautés – Écoles en santé

- Reconnue par OMS 1986 et sa Commission sur déterminants sociaux de la santé 2008, Gouvernement du Québec 1988, mouvement Santé en français 2013, etc.
- Lancée en 1996 au NB par AFMNB, CBPA, SANB
- Réseaux provinciaux au QC, CB, ONT & NB
- Consortium national Écoles en santé
- Reconnaissance grandissante de sa pertinence par multiples plateformes





Initiatives « Communautés en santé » :

Un cadre d'action sur les déterminants de la santé

VALEUR FONDAMENTALE

Renforcement des capacités et du pouvoir d'agir (sur le plan individuel, organisationnel, communautaire)

Principales composantes des Communautés en santé

Participation
Communautaire/
Citoyenne

Collaboration
Multisectorielle

Engagement
Politique

Politiques Publiques
Favorables
à la Santé

Développement
Communautaire axé
sur les Ressources

Action intégrée sur les déterminants de la santé

- Revenu et classe sociale
- Réseaux de soutien social
- Niveau d'études et d'alphabétisation
- Situation d'emploi/ conditions de travail
- Environnements sociaux
- Environnements physiques
- Habitudes d'hygiène personnelle et habiletés d'adaptation
- Développement sain des enfants
- Bagage biologique et génétique
- Services de Santé
- Sexe
- Culture

Exemples des résultats

Individu

- Habiletés/Comportements
- Participation sociale
- Mode de vie
- Connaissances
- État de santé
- Participation

Organisation

- Développement des compétences
- Connaissances essentielles
- Communication
- Reconnaissance
- Fourniture de services/ Accès aux services
- Gouvernance

Communauté

- Société
- Économie
- Culture
- Environnement
- Politiques publique favorables à la santé
- Résilience
- Inclusion Sociale

Région / Province / Pays

- Gouvernance
- Législation
- Programmes
- Politiques publique favorables à la santé

Notre vision de la santé

- **Inclusive des grands déterminants de la santé**

(Revenu et situation sociale / Réseaux de soutien social / Niveau d'instruction / Emploi et conditions de travail / Environnements sociaux / Environnements physiques / Habitudes de santé et capacités d'adaptation personnelles / Développement sain durant l'enfance / Services de santé / Culture / Sexe / Patrimoine biologique et génétique)

- **Riche d'une participation citoyenne et communautaire accrue**

- **Inspirée des valeurs de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé**

- **Axée vers des soins et services de santé primaire transformés, durables et répondant aux besoins de la population**



Lieux de connexion

SSMEFNB & MACS-NB

- Protocole de collaboration autour de santé et mieux-être en français
- Entente de service : coordination du Réseau-action Communautaire et du volet Promotion de la santé au NB par MACS-NB
- Alliés dans stratégie du mieux-être communautaire en français au NB et partenaires reconnus de la Stratégie du mieux-être 2014-2021 du GNB
- Partenaires dans mouvement Santé en français au Canada
- Groupes ressources de la Société Santé en français du Canada en promotion santé et pour les normes linguistiques
- Collaborateurs avec composantes du Réseau Horizon
- Partenaires du ministère de la Santé dans la Santé en français
- Ministère de l'Éducation et Petite enfance : écoles communautaires / Écoles en santé
- Mise en valeur et célébration des bons coups de la communauté acadienne
- Appui à la participation communautaire francophone



Partenaires du Réseau de santé Vitalité

- Partenariat officiel signé en novembre 2014 entre Réseau de santé Vitalité/MACS-NB/SSMEFNB : santé primaire
- Participation MACS-NB & SSMEFNB au Comité sur les soins de santé primaire et sous-comités de Vitalité
- Représentation de Vitalité aux 3 réseaux-action de la SSMEFNB et sur son conseil de concertation
- Entente MACS-NB & Vitalité pour soutien financier en échange de visibilité du RSV dans revue le RéseauMACS
- Directrice des SSP sur CA du MACS-NB et instances de Vitalité membres du MACS-NB
- Partage d'outils et de ressources en français
- Collaborations mutuelles dans programmes et initiatives en santé et mieux-être



**Le MACS-NB et la SSMEFNB :
toujours ouverts aux
partenariats mutuellement
avantageux!**



**« Seul on va plus vite,
ensemble on va plus loin... »**

Revue de Développement social

Merci!

Questions



www.ssmefnb.ca



Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 février 2017

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 13 février 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.

Note couverture

Réunion publique du Conseil d'administration
Le 28 février 2017

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, aucune demande n'a été reçue. Nous attendons toutefois une demande d'Égalité Santé en Français qui a signifié son intention de se présenter.

Soumis le 20 février 2017 par Gilles Lanteigne, président-directeur général du Réseau de santé Vitalité.