

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Titre de la réunion :	Comité de gouvernance et de mise en candidature	Date et heure :	Le 9 juin 2022 à 9 heures	
But de la réunion :	Réunion régulière	Endroit :	Teams	
Présidente :	Monica L. Barley (par intérim)			
Secrétaire de direction :	Lucie Francoeur			
Participants				
Membres votants				
Monica L. Barley (présidente par intérim)		Roger Clinch		Janice Goguen
Membres d'office				
Dre France Desrosiers		Denis M. Pelletier par intérim (ayant droit de vote)		
Invités				
Gisèle Beaulieu		Me Alexandre Levasseur		
ORDRE DU JOUR				
Heure	Sujets		Pages	Action
9 h 00	1. Ouverture de la réunion			Décision
9 h 01	2. Constatation de la régularité de la réunion			Information
9 h 02	3. Adoption de l'ordre du jour		1 - 2	Décision
9 h 03	4. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels			
9 h 05	5. Résolutions en bloc			Décision
	5.1	Adoption des résolutions en bloc		
	5.2	Adoption du procès-verbal du 14 février 2022	3 - 6	
	5.3	Suivis de la dernière réunion tenue le 14 février 2022	7	
	5.4	Plan de travail annuel 2021-2022	8 - 9	
	5.5	Révision des politiques et procédures	10 - 155	
	5.6	Mandat du Comité professionnel consultatif	156 - 162	
	5.7	Nominations - Comité professionnel consultatif	163	
	5.8	Nomination du président du Comité professionnel consultatif	164	
	5.9	Nominations - Comité d'éthique de la recherche	165	
	5.10	Nomination du médecin-chef régionale	166	
	5.11	Nominations - Comités médicaux consultatifs locaux	167 - 168	
	5.12	Nominations - Comité médical consultatif	169	
	5.13	Nominations - médecins-chefs de zone	170	
	5.14	Nominations de membres du Comité médical consultatif	171	
	5.15	Mandat du Comité médical consultatif	172 - 175	
	5.16	Nominations - Comité consultatif des patients et familles	176	
	5.17	Auto-évaluations, évaluation du président du Conseil, des présidents et présidentes des divers comités et évaluations par les pairs	177	
	5.18	Calendrier des réunions du Conseil d'administration	178 - 179	
	5.19	Manuel d'orientation des membres du Comité professionnel consultatif	180 - 197	
	5.20	Plan de formation du Conseil d'administration 2022-2023	198 - 200	
	5.21	Plan de travail du Comité de gouvernance 2022-2023	201 - 202	
	5.22	Planification stratégique 2023-2025	203 - 204	
	5.23	Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration	205 - 209	
9 h 15	6. Autres			
	6.1	Nomination des dirigeants, des présidents et des membres des comités	210 - 213	Décision
9 h 35	6.2	Fiches d'information sur les normes de gouvernance	214 - 240	Information
9 h 45	6.3	Registre de risque – dimension gouvernance	241 - 243	Décision

9 h 55	7. Date de la prochaine réunion : à confirmer		Information
9 h 56	8. Levée de la réunion		Décision

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL

Titre de la réunion :	Comité de gouvernance et de mise en candidature	Date et heure :	Le 14 février 2022 à 09:00		
		Endroit :	Teams		
But de la réunion :	Réunion régulière				
Président :	Denis M. Pelletier				
Secrétaire :	Lucie Francoeur				
Participants					
Denis M. Pelletier	✓	David Savoie	✓	Janice Goguen	✓
Dre France Desrosiers	✓	Monica L. Barley	✓	Roger Clinch	✓
Gisèle Beaulieu	A				
PROCÈS-VERBAL					

1. Ouverture de la réunion

La réunion est ouverte par Denis M. Pelletier à 09:08.

2. Constatation de la régularité de la réunion

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

3. Adoption de l'ordre du jour**MOTION 2022-02-14/ 01GMC**

Proposé par Monica L. Barley

Appuyé par Roger Clinch

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

Adopté à l'unanimité.

4. Déclaration de conflit d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt n'est déclaré.

5. Résolutions en bloc

5.1 Adoption des résolutions en bloc

5.2 Adoption du procès-verbal du 15 novembre 2021

5.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 15 novembre 2021

5.4 Plan de travail annuel 2021-2022

5.5 Nomination d'un nouveau membre au Comité médical consultatif

5.6 Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration

Le président demande aux membres si certains points des résolutions en bloc doivent être retirés ou si les résolutions en bloc sont adoptées telles que présentées. Aucun point n'étant retiré, les résolutions en bloc sont adoptées telles que présentées.

MOTION 2022-02-14 / 02GMC

Proposé par Monica L. Barley

Appuyé par Janice Goguen

Et résolu que les résolutions en bloc soient adoptées telles que présentées.

Adopté à l'unanimité.

6. Autres

6.1 Politique et procédure CA-410 « Cadre d'évaluation »

L'échelle d'évaluation du formulaire d'évaluation des réunions à huis clos et publiques du Conseil d'administration a été modifiée à la lumière des commentaires obtenus des membres et des résultats des évaluations. Aussi, une révision a été effectuée audit formulaire à la question numéro 2, afin de la rendre plus appropriée à l'évaluation : « Les informations de la PDG étaient pertinentes. » au lieu de « Le rapport du P.-D.G. était pertinent ». Le président du comité demande s'il y a lieu d'effectuer une évaluation pour les autres réunions, entre autres pour la séance de formation et celle avec la présidente-directrice générale. Tous les membres conviennent de garder le statu quo.

MOTION 2022-02-14 / 03GMC

Proposé par Monica L. Barley

Appuyé par Janice Goguen

Et résolu que la politique et procédure CA-410 « Cadre d'évaluation » soit approuvée telle que présentée.

Adopté à l'unanimité.

6.2 Plan de travail – normes et sondages de gouvernance

Un plan d'action est présenté chaque réunion, afin de suivre l'évolution de la mise en œuvre des activités d'amélioration d'ici la prochaine visite d'Agrément prévue du 19 au 24 juin 2022. Un exercice de simulation d'une visite d'agrément avec les membres du Conseil est prévu le lundi 14 mars 2022 pour avoir un aperçu de quelle façon la rencontre se fait avec les visiteurs. D'ailleurs, le Réseau a embauché un médecin, visiteur agréé d'Agrément Canada, a effectué la simulation d'entrevue avec le Conseil d'administration.

MOTION 2022-02-14 / 04GMC

Proposé par Monica L. Barley

Appuyé par Janice Goguen

Et résolu que le plan de travail sur les normes de gouvernance soit approuvé tel que présenté.

Adopté à l'unanimité.

Un membre pose la question à savoir quand est prévu la prochaine évaluation du rendement et du développement de la P.-D.G., celle-ci est prévue en mars 2022.

6.3 Assemblée générale annuelle du Conseil d'administration

Invitée : Françoise Roy, consultante en communications stratégiques

Cette année, nous voulons dynamiser l'Assemblée générale annuelle qui se déroulera le 21 juin 2022.

Mme Françoise Roy, consultante en communications stratégiques est invitée à la rencontre dans le but de proposer quelques principes pour rendre cette réunion plus dynamique.

Approche proposée :

- un thème, fil conducteur dans les messages ;
- des outils comme des vidéos pour mettre en valeur certains contenus, par exemple : accomplissements, reconnaissances, témoignages ;
- l'aménagement de la salle pour offrir une meilleure expérience pour tous les participants, par exemple : éclairage, son, visuel.

Après discussion, tous les membres sont d'accord avec le concept de choisir un thème de réunion, de mettre l'emphase sur le succès et de reconnaître la valeur de ceux qui y ont contribué. Nous ne pouvons passer sous silence les efforts soutenus des différents partenaires qui ont contribué de près ou de loin à l'amélioration continue des soins et des services offerts dans le Réseau. Malgré les répercussions de la pandémie, le Réseau de santé Vitalité a été en mesure de garder le cap et de faire avancer les principaux dossiers.

L'aménagement de la salle, l'éclairage, les équipements et accessoires appropriés sont aussi des facteurs essentiels à ne pas négliger pour le bon déroulement d'une réunion professionnelle.

Le témoignage d'un patient ayant navigué dans le Réseau et le système de santé sera maintenu aux réunions du Conseil d'administration.

Quelques suggestions ressortent, entre autres d'offrir une formation aux gens concernés sur les étapes de préparation d'une présentation et comment captiver son auditoire.

Madame Roy demeure ouverte aux commentaires, donc tous sont invités à acheminer leurs suggestions/idées à la présidente-directrice générale qui les transmettra à la consultante.

À la lumière des discussions, Mme Roy mettra par écrit les différentes suggestions exprimées et poursuivra les travaux, afin d'améliorer l'efficacité et le déroulement de l'Assemblée générale annuelle prévue le 21 juin prochain.

MOTION 2022-02-14 / 05GMC

Proposé par Roger Clinch

Appuyé par Monica L. Barley

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature mandate Mme Françoise Roy, consultante en communications stratégiques, pour poursuivre les travaux amorcés dans le but de dynamiser le déroulement de l'Assemblée générale annuelle prévue le 21 juin 2022.

Adopté à l'unanimité.

6.4 Planification stratégique 2023-2026

Le Réseau entamera une démarche de planification stratégique cet automne, afin de mettre à jour sa mission, vision, valeurs et d'établir son plan et buts stratégiques. La première étape consiste à l'embauche de la firme d'experts-conseils en planification. Pour cette raison, nous sollicitons la participation d'un membre du Comité de gouvernance et de mise en candidature pour siéger au Comité de sélection de la firme et de participer au développement du plan de travail qui inclura les principales activités, ainsi que les échéanciers. Mme Janice Goguen se porte volontaire à faire partie du Comité de sélection de la firme.

MOTION 2022-02-14 / 06GMC

Proposé par Janice Goguen

Appuyé par David Savoie

Et résolu que Mme Janice Goguen soit nommée pour siéger au Comité de sélection de la firme d'experts-conseils en planification.

Adopté à l'unanimité.

6.5 Nomination des dirigeants, des présidents et des membres des comités

Chaque année, les membres du Conseil doivent manifester leur préférence à faire partie de l'un ou l'autre des comités qui relèvent du Conseil d'administration. Nous enclencherons ce processus d'ici le prochain mois. Un tableau sous forme de grille sera circulé à chaque membre où celui-ci indiquera ses choix, ainsi que son intérêt à la vice-présidence du Conseil et à présider un comité permanent. La sélection des membres sur chacun des comités sera effectuée par le Comité de gouvernance et de mise en candidature basée sur des critères de sélection. Les recommandations seront acheminées au Conseil pour approbation lors de l'Assemblée générale annuelle.

MOTION 2022-02-14 / 07GMC

Proposé par Monica L. Barley

Appuyé par David Savoie

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature recommande au Conseil d'administration d'enclencher le processus des avis d'intérêts des membres à siéger sur les comités du Conseil et pour devenir président d'un comité ou vice-président du Conseil.

Adopté à l'unanimité.

7. **Date de la prochaine réunion** : 6 juin 2022 à 09:00

8. **Levée de la réunion**

La levée de la réunion est proposée par Monica L. Barley à 09:47.

Denis M. Pelletier
Président du comité

Dre France Desrosiers
Secrétaire du Conseil d'administration

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 9 juin 2022

Objet : **Suivis de la dernière réunion tenue le 14 février 2022**

Il n'y a aucun suivi découlant du procès-verbal, sauf ceux indiqués à l'ordre du jour de la rencontre.

Soumis le 16 mai 2022 par Gisèle Beaulieu, VP – Gestion des risques, Intelligence d'affaires et chef de l'Information

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 9 juin 2022

Objet : Plan de travail annuel 2021-2022

À titre d'information, le plan de travail 2021-2022 est présenté à chaque réunion, afin de suivre l'évolution des activités.

Soumis le 16 mai 2022 par Gisèle Beaulieu, VP – Gestion des risques, Intelligence d'affaires et chef de l'Information

PLAN DE TRAVAIL 2021-2022

Comité de gouvernance et de mise en candidature

Date de la réunion	Activités
Septembre 2021	<ul style="list-style-type: none"> • Recommande des séances de formation à l'intention du Conseil d'administration • Soumet la sélection des membres pour le remplacement de postes devenus vacants avant la fin de leur mandat pour les membres de tous les comités du conseil, le CPC et le CMC • Révision du plan de travail et calendrier de réunions du Conseil pour approbation au Conseil d'administration • Révision des mandats et des plans de travail des comités du conseil et recommande l'approbation au Conseil d'administration • Évaluation du fonctionnement des réunions du CA • Suivi du plan de travail sur les normes de Gouvernance en prévision de la visite d'Agrément.
Novembre 2021	<ul style="list-style-type: none"> • Soumet la sélection des membres pour le remplacement de postes devenus vacants avant la fin de leur mandat pour les membres de tous les comités du conseil, le CPC et le CMC • Fournir des conseils sur la planification de la retraite du Conseil et de la révision annuelle du plan stratégique • Évaluation du fonctionnement des réunions du CA • Suivi du plan de travail sur les normes de Gouvernance en prévision de la visite d'Agrément.
Février 2022	<ul style="list-style-type: none"> • Soumet la sélection des membres pour le remplacement de postes devenus vacants avant la fin de leur mandat pour les membres de tous les comités du conseil, le CPC et le CMC • S'assure de l'évaluation de la performance du PDG, médecin-chef et président du CPC • Conduite du sondage d'évaluation du Conseil et des membres. Révision des résultats • Évaluation du fonctionnement des réunions du CA • Suivi du plan de travail sur les normes de Gouvernance en prévision de la visite d'Agrément.
Juin 2022	<ul style="list-style-type: none"> • Révision des mandats et des plans de travail des comités du conseil et recommande l'approbation au Conseil d'administration • Révision et approbation en bloc des politiques et procédures du Conseil d'administration • Révision du plan de travail et calendrier des réunions du Conseil pour approbation au Conseil d'administration • Recrutement et nomination des dirigeants et présidents des comités du Conseil • Soumet la sélection pour la mise en candidature pour les postes de vice-président et de trésorier, les membres de tous les comités du conseil ainsi que pour les postes au sein du CPC et du CMC • Évaluation du fonctionnement des réunions du CA • Participation à la visite d'Agrément

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature

Date : le 9 juin 2022

Objet : Révision des politiques et procédures

Les révisions des politiques et procédures du Conseil d'administration sont soumises pour approbation :

1. Raison d'être du Réseau de santé Vitalité (CA-100)
2. Image de marque, vision, mission et valeurs (CA-110)
3. Conseil d'administration et régime de gouvernance (CA-120)
4. Code de conduite et morale à l'intention des membres (CA-135)
5. Fonctions du président (CA-140)
6. Fonctions du vice-président (CA-150)
7. Fonctions du trésorier (CA-160)
8. Fonctions du secrétaire (CA-170)
9. Fonctions du président-directeur général (CA-180)
10. Planification stratégique (CA-190)
11. Code d'éthique (CA-205)
12. Orientation des nouveaux membres (CA-210)
13. Rémunération des membres (CA-215)
14. Langues officielles (CA-220)
15. Communications et relations publiques (CA-225)
16. Succession du président-directeur général (CA-235)
17. Gestion de la qualité, de la sécurité des patients et des risques (CA-240)
18. Santé et sécurité au travail (CA-241)
19. Considérations éthiques (CA-245)
20. Protection des renseignements confidentiels – confidentialité (CA-250)
21. Documentation numérisée (CA-255)
22. Dénonciation d'irrégularités (CA-260)
23. Limite d'autorisation de dépenses (CA-265)
24. Présence aux réunions du Conseil d'administration et des comités (CA-270)
25. Investissements (CA-275)
26. Comités du Conseil d'administration (CA-300)
27. Comité exécutif (CA-310)
28. Comité de gouvernance et de mise en candidature (CA-320)
29. Comité des finances et de vérification (CA-330)
30. Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients (CA-350)
31. Mandat du Comité consultatif des patients et des familles (CA-360)
32. Comité stratégique de la recherche et de la formation (CA-395)
33. Comité ad hoc des Ressources humaines (CA-396)
34. Évaluation du rendement et du développement du président-directeur général (CA-400)
35. Cadre d'évaluation (CA-410)
36. Processus d'évaluation du médecin-chef et du président du Comité professionnel consultatif (CA-430)

Proposé

Appuyé

Et résolu que l'ensemble des politiques et procédures du Conseil d'administration soient acceptées telles que présentées.

Adopté

Soumis le 2 juin 2022 par Gisèle Beaulieu, VP – Gestion des risques, Intelligence d'affaires et chef de l'Information

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	RAISON D'ÊTRE DU RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ		N° : CA-100
Section :	Gouvernance générale	Date d'entrée en vigueur :	2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2021-06-22
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le :	2022-06-21
Établissement(s)/ programme(s) :			

Dispositions générales

Le Réseau de santé Vitalité (le « Réseau ») fonctionne en français et a été créé dans le but d'assurer la prestation et l'administration des services de santé dans la région pour laquelle il a été établi bien qu'il puisse offrir des services de santé dans une autre région si son plan régional de santé et d'affaires l'y autorise.

Détermination des besoins en santé

Pour s'acquitter de ses responsabilités, le Réseau :

- a) détermine les besoins en santé de la population qu'il dessert;
- b) détermine les priorités dans la prestation de services de santé à la population qu'il dessert;
- c) affecte les ressources conformément au plan régional de santé et d'affaires.

Prestation des services de santé

Le Réseau peut offrir des services de santé seulement :

- a) lorsqu'il existe des besoins pour de tels services de santé;
- b) lorsque ces services sont compris dans un plan approuvé par le ministre de la Santé;
- c) lorsque ces services sont compatibles avec le plan provincial de la santé;
- d) lorsque les ressources nécessaires pour offrir ces services sont disponibles.

Consultation et engagement

Le Réseau consulte la population pour identifier ses besoins de santé, ses besoins en services de santé, les priorités dans la prestation de services de santé et si les besoins de santé de la région sont satisfaits.

Le Réseau sollicite la participation publique par le biais d'un processus d'engagement avec ses partenaires dans ses activités de planification et de prise de décision. Ses principaux partenaires sont :

- 1) Les patients et leur famille;
- 2) Les communautés francophones, anglophones, autochtones et les nouveaux arrivants;
- 3) Les décideurs;
- 4) Les gestionnaires de la santé;
- 5) Le personnel du secteur de la santé;
- 6) Les établissements de formation en santé;
- 7) Le ministère de la Santé, le Réseau de santé Horizon, EM/ANB Inc., le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick et Service Nouveau-Brunswick;
- 8) Le ministère du Développement social et les foyers de soins;
- 9) Les organismes municipaux, etc.

Prestation de services

Le Réseau veille à ce que les services de santé soient fournis par ses employés et son personnel ou au moyen d'ententes avec le gouvernement ou avec d'autres personnes conformément aux normes provinciales, aux paramètres établis, aux directives et aux lignes directrices ainsi qu'aux objectifs de rendement fixés par le ministre pour ces services.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	IMAGE DE MARQUE, VISION, MISSION ET VALEURS	N° : CA-110
Section :	Gouvernance générale	Date d'entrée en vigueur : 2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2021-06-22
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le : 2022-06-21
Établissement(s)/programme(s) :		

Image de marque

Le Réseau a la particularité d'être une régie ayant une gouvernance francophone qui doit servir la population dans les deux langues officielles. Il a choisi de faire ressortir cette spécificité en adoptant l'image de marque suivante :



Vision

Ensemble, vers une population en santé

Le Nouveau-Brunswick vit des défis importants et il a une population globalement moins en santé qu'ailleurs au Canada. Afin de réaliser sa vision, le Réseau doit aider la population à mieux prendre en charge sa santé.

Le Réseau s'engage à investir davantage en prévention de la maladie et en promotion de la santé, à mieux outiller les gens et à travailler en collaboration avec ses partenaires.

Mission

Améliorer la santé de la population

Nous livrons des soins et des services de santé de qualité qui répondent aux besoins de la population grâce à l'engagement, à la recherche et à l'évaluation.

Valeurs

Les valeurs imprègnent la culture organisationnelle. Elles encadrent et guident les comportements et les pratiques quotidiennes du personnel, du corps médical et des bénévoles. Le Réseau a adopté les valeurs suivantes :

Respect

Nous protégeons la dignité des gens. Nous faisons preuve d'ouverture et d'écoute et favorisons le dialogue.

Compassion

Nous faisons preuve d'empathie envers les autres, nous adoptons une approche réconfortante et sans jugement.

Intégrité

Nous sommes honnêtes et dignes de confiance et protégeons la vie privée.

Imputabilité

Nous sommes transparents, responsables et redevables de nos actions.

Équité

Nous offrons des soins et services de qualité tout en assurant le meilleur accès possible.

Engagement

Nous sommes fiers de nous investir et de viser l'excellence. Nous valorisons nos efforts et notre travail accompli. Nous célébrons nos succès.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	CONSEIL D'ADMINISTRATION ET RÉGIME DE GOUVERNANCE		N° : CA-120
Section :	Gouvernance générale	Date d'entrée en vigueur :	2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2021-12-07
Approbateur:	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le :	2022-06-21
Établissement(s)/Programme(s) :			

POLITIQUE

Dispositions générales

Le Conseil d'administration (le « Conseil ») est responsable de la gouvernance du Réseau de santé Vitalité (le « Réseau ») et, par le biais du président-directeur général (le « P.-D.G. »), il s'assure que des processus de gestion appropriés sont mis en place pour réaliser une bonne et saine gouvernance de l'organisation.

Cette politique présente un sommaire de la structure de gouvernance et réfère le lecteur aux politiques spécifiques établies par le Conseil.

Taille du Conseil d'administration

Le Conseil est composé de quinze membres ayant droit de vote, dont sept membres nommés par le ministre et huit membres élus par la population, ainsi que de trois membres sans droit de vote : le P.-D.G., le président du Comité professionnel consultatif et le président du Comité médical consultatif.

Mandat des membres du Conseil d'administration

1. Les membres du Conseil nommés en vertu de la *Loi sur les régies régionales de la santé* occupent leur poste au gré du ministre pour un mandat renouvelable de quatre ans, sauf dans des circonstances extraordinaires décrétées par le gouvernement.
2. Les membres ~~élus au~~ du Conseil ayant droit de vote acceptent leurs fonctions en prêtant serment au moyen de la formule que leur fournit le ministre à la première réunion du Conseil après ~~les élections~~ leur nomination. Le membre élu demeure ~~ils demeurent~~ en fonction jusqu'à ce que son ~~au jour où un~~ successeur prête serment. Le membre nommé en vertu de la *Loi sur les régies régionales de la santé* occupe son poste au gré du ministre pour un mandat renouvelable de quatre ans.

Fonctions des membres du Conseil d'administration et directives pour les comités

1. Les fonctions du président du Conseil (CA-140), du vice-président (CA-150), du trésorier (CA-160) et du président-directeur général (CA-180), les responsabilités et obligations des membres du Conseil (CA-135) et les directives pour les comités du Conseil (CA-300) sont en place pour guider le Conseil dans l'exécution de son mandat.
2. Le Comité de gouvernance et de mise en candidature s'assure que les fonctions et les directives mentionnées font l'objet d'une révision annuelle et propose des changements pour approbation par le Conseil d'administration, au besoin.

Responsabilités clés du Conseil d'administration

1. Le ministre nomme le président du Conseil parmi les membres du Conseil ayant droit de vote.
2. Le ministre nomme le P.-D.G., lequel occupe son poste au gré du ministre, et rend compte au Conseil de la gestion générale et de la conduite des affaires internes du Réseau.
3. Le Conseil, par le biais du président du Conseil et du Comité de gouvernance et de mise en candidature, doit s'assurer qu'une évaluation annuelle du P.-D.G. a lieu et qu'un plan de relève du P.-D.G. est en place en cas d'incapacité d'agir du P.-D.G.

Rôle du Conseil

1. Les membres supervisent la gestion des activités et des affaires de la régie régionale la santé :
 - a) Planification. Superviser l'élaboration et l'application des plans stratégiques, opérationnels et financiers, y compris les objectifs annuels.
 - b) Gestion du risque. Déterminer, gérer et surveiller les possibilités et les risques pour la régie régionale de la santé et s'assurer de la mise en œuvre adéquate de systèmes pour gérer ces risques.
 - c) Politiques. Approuver, modifier et surveiller la conformité avec l'ensemble des politiques importantes régissant les activités de la régie régionale de la santé.
 - d) Exécution. Évaluer régulièrement les progrès en matière d'atteinte des objectifs énoncés dans les plans stratégiques.
 - e) Finances. Approuver les rapports financiers et les décisions financières majeures.
 - f) Rapports. S'assurer que les résultats financiers sont déclarés de façon juste et en conformité avec les principes comptables généralement reconnus. S'assurer que le rendement financier de la régie régionale de la santé est communiqué de façon adéquate au gouvernement, ponctuellement et régulièrement.

- g) Communications. S'assurer que le Conseil entretient des communications ouvertes et claires avec le personnel et les membres du personnel médical, de façon conforme aux règlements administratifs, afin d'offrir aux patients les meilleurs soins et services possible. S'assurer que la régie régionale de la santé communique efficacement avec le gouvernement, les intervenants et le grand public et qu'il offre à ces intervenants des moyens efficaces de soumettre des commentaires et de communiquer avec l'équipe de leadership et le Conseil.
2. Le Conseil n'a pas l'obligation **légale** de s'appuyer sur la seule expertise de ses membres ou sur celle des gestionnaires pour prendre ses décisions. Il peut faire appel à des **aviseurs**-experts qui lui offriront des conseils, au besoin, pour l'aider à prendre des décisions éclairées.

Rôle des membres

1. En vertu du droit public, un membre doit faire preuve du degré de diligence et de compétences qu'une personne raisonnablement prudente mettrait en œuvre dans des circonstances similaires. Cette norme dépend des caractéristiques particulières que le membre apporte à son poste en ce qui a trait aux problèmes devant être traités par le Conseil.
2. **Chaque membre doit assister aux réunions du Conseil et de ses comités conformément au règlement administratif B.3.0.1 et également en respect à la politique CA-270 « Présence aux réunions du Conseil d'administration et des comités ».**
3. Un membre doit ~~être présent aux réunions du Conseil, dans leur intégralité, et~~ accorder le temps et l'attention nécessaires à la prise de décisions éclairées sur les questions traitées **lors des réunions du Conseil et de ses comités en tenant compte des données probantes et des meilleures pratiques reconnues disponibles. Il doit également étudier de façon plus détaillée certains domaines de responsabilités importants lorsqu'il siège sur les comités créés par le Conseil.**
4. Un membre doit participer sans réserve et avec franchise aux délibérations et aux discussions du Conseil.
5. ~~Un membre doit être présent aux comités créés par le Conseil afin d'étudier de façon plus détaillée certains domaines de responsabilité importants.~~
6. Un membre doit offrir des conseils stratégiques et appuyer le P.-D.G., qui est nommé par le ministre et chargé d'assurer au quotidien le leadership et la gestion de la régie régionale de la santé. Un membre doit comprendre la différence entre gouvernance et gestion. Il ne doit pas s'ingérer et interférer dans les domaines de responsabilité du P.-D.G. ni du personnel.
7. Un membre doit s'assurer que la régie régionale de la santé est gérée en conformité avec les lois et règlements applicables ainsi que les règlements administratifs et les politiques du Réseau.
8. Un membre doit participer à la surveillance et à l'évaluation de la réussite de la régie régionale de la santé et du P.-D.G.

Connaissances des membres

1. Un membre doit comprendre les activités de la régie régionale de la santé, sa structure de gouvernance et son orientation stratégique.

2. Un membre doit connaître les problématiques liées aux soins de santé et la façon dont la régie régionale de la santé s'intègre au sein du système de soins de santé provincial.
3. Un membre doit comprendre l'environnement réglementaire, juridique, social et politique de la régie régionale de la santé.
4. Un membre doit participer aux séances d'orientation et aux programmes de formation continue qui sont offerts.
5. Un membre doit arriver préparé aux réunions du Conseil en ayant lu l'ensemble des rapports et des documents nécessaires à l'avance.

Position de confiance des membres

1. Un membre doit agir honnêtement, de bonne foi et dans le meilleur intérêt de la régie régionale de la santé et de la province du Nouveau-Brunswick. Il doit faire preuve de normes éthiques élevées.
2. Un membre doit démontrer ses capacités de jugement, son ouverture à l'avis d'autrui et sa capacité à interagir de façon constructive et adéquate avec ses collègues et le personnel. Un membre doit avoir suffisamment de confiance pour prendre des décisions difficiles pour le bien de la province et le désir de prendre ces dernières.
3. Que le membre soit élu ou nommé, pour qu'il puisse, lors des délibérations du Conseil, apporter ses connaissances ou son avis d'expert, l'intérêt fondamental de la régie régionale de la santé doit primer en tout temps. Un membre ne doit pas agir dans l'intérêt particulier d'une circonscription ou d'un groupe au sein de la régie régionale de la santé.
4. Un membre ne doit pas agir à des fins de profit personnel. Il doit dévoiler au Conseil tout intérêt personnel qu'il peut avoir dans une affaire examinée.
5. Un membre doit maintenir les exigences de confidentialité établies par le Conseil.
6. Lorsqu'une décision a été prise par le Conseil, le membre doit la soutenir.

Comités du Conseil d'administration

Les comités du Conseil sont des mécanismes qui permettent un examen plus approfondi des principaux domaines dont le Conseil d'administration a la responsabilité. Le rôle des comités est d'appuyer le Conseil dans l'exécution de ses responsabilités. Les comités du Conseil sont : 1) Comité exécutif; 2) Comité des finances et de vérification; 3) Comité de gouvernance et de mise en candidature; 4) Comité sur la qualité des soins et la sécurité des patients; 5) Comité stratégique de la recherche et de la formation.

Par souci de transparence et afin de tenir tous les membres du Conseil informés des travaux des comités, la documentation, y compris les ordres du jour, sont mis à la disposition de tous les membres du Conseil en même temps qu'elle est mise à la disposition des membres des comités.

Réunions et ordres du jour des réunions des comités du Conseil d'administration

1. Les comités du Conseil se rencontrent quelques semaines avant les réunions ordinaires du Conseil.
2. Chaque comité achemine un rapport d'activités au Conseil après chacune de ses réunions.
3. Le président de chaque comité prépare, en consultation avec le vice-président désigné, l'ordre du jour de chaque réunion du comité.
4. L'ordre du jour et les documents y afférents sont distribués au moins sept jours avant la réunion.
5. Les membres du Conseil peuvent suggérer des points à insérer à l'ordre du jour avant qu'il soit distribué aux membres. Par la suite, un travail doit se faire avec le président du Conseil ou du comité pour évaluer de façon globale le sujet en lien avec la mission, le mandat et les priorités stratégiques, en déterminer la pertinence et établir s'il s'agit d'un élément d'information ou un sujet qui nécessite une décision. Si le sujet est accepté, il faut avoir suffisamment de temps pour la préparation de la documentation avant l'envoi des documents.
6. Sauf en cas de situation exceptionnelle qui survient entre le moment où les documents sont distribués et le moment où le comité doit se rencontrer, aucun sujet ne peut être ajouté à l'ordre du jour au moment même de la réunion, à moins d'une acceptation de tous les membres du comité.
7. Le Conseil peut utiliser l'ordre du jour de consentement (résolutions en bloc ou « consent agenda ») pour les réunions de ses comités. L'ordre du jour de consentement est une pratique qui consiste à regrouper tous les éléments de routine, de pure formalité et d'information non controversés ne nécessitant pas de délibération afin de les adopter en bloc, sans discussion. Tous les éléments rassemblés dans l'ordre du jour de consentement sont adoptés d'une seule voix. Si un membre estime qu'un élément de l'ordre du jour de consentement mérite de faire l'objet d'un examen et d'une discussion avant une décision, il peut en faire part au Conseil. Le point sera alors retiré de l'ordre du jour de consentement en vue d'une discussion à un moment ultérieur de la réunion.

Le « code Morin » est utilisé en tant que guide d'assemblée délibérante. Les questions soulevées aux réunions du comité sont tranchées à la majorité des voix exprimées par les membres présents ayant droit de vote.

Comités spéciaux

Les comités spéciaux sont des comités établis pour une durée déterminée en vue de tâches spécifiques et sont appelés à être dissous une fois leur mandat terminé.

Réunions et ordres du jour des réunions du Conseil d'administration

1. Le Conseil se réunit au moins quatre fois par année financière; le nombre inclut l'assemblée annuelle.
2. Le Conseil peut aussi tenir des réunions extraordinaires à la demande du président ou, en son absence, du vice-président ou à la demande écrite de trois membres du Conseil (indiquant les sujets à aborder).
3. Le président du Conseil, en consultation avec le P.-D.G. à titre de secrétaire du Conseil, prépare l'ordre du jour de chaque réunion du Conseil.
4. Dans le cas des réunions ordinaires et des rencontres à huis clos du Conseil, l'ordre du jour et les documents y afférents sont distribués au moins sept jours avant la réunion. Les membres du Conseil peuvent proposer des ajouts à l'ordre du jour avant qu'il soit distribué aux membres. Par la suite, un travail doit se faire avec le président du Conseil pour évaluer de façon globale le sujet en lien avec la mission, le mandat et les priorités stratégiques, en déterminer la pertinence et établir s'il s'agit d'un élément d'information ou un sujet qui nécessite une décision. Si le sujet est accepté, il faut avoir suffisamment de temps pour la préparation de la documentation avant l'envoi des documents.
5. Sauf en cas de situation exceptionnelle qui survient entre le moment où les documents sont distribués et le moment où le Conseil doit se rencontrer, aucun sujet ne peut être ajouté à l'ordre du jour au moment même de la réunion, à moins d'une acceptation de tous les membres du Conseil.
6. Le Conseil peut utiliser l'ordre du jour de consentement (résolutions en bloc ou « consent agenda »). L'ordre du jour de consentement est une pratique qui consiste à regrouper tous les éléments de routine, de pure formalité et d'information non controversés ne nécessitant pas de délibération afin de les adopter en bloc, sans discussion. Tous les éléments rassemblés dans l'ordre du jour de consentement sont adoptés d'une seule voix. Si un membre estime qu'un élément de l'ordre du jour de consentement mérite de faire l'objet d'un examen et d'une discussion avant une décision, il peut en faire part au Conseil. Le point sera alors retiré de l'ordre du jour de consentement en vue d'une discussion à un moment ultérieur de la réunion.

Le « code Morin » est utilisé en tant que guide d'assemblée délibérante. Les questions soulevées aux réunions du Conseil et de ses comités sont tranchées à la majorité des voix exprimées par les membres présents ayant droit de vote.

Réunions publiques du Conseil d'administration

1. Les réunions du Conseil sont ouvertes au public.
2. Le Conseil peut tenir une réunion ou une partie d'une réunion à huis clos s'il considère que la réunion ou la partie de réunion pourrait :
 - a) Comprendre des renseignements spécifiques sur un individu identifiable;
 - b) Comprendre des renseignements sur les questions relatives à la gestion des risques ou aux soins des patients;
 - c) Porter préjudice aux mesures de sécurité mises en place par le Réseau;
 - d) Compromettre l'efficacité avec laquelle le Réseau exerce ses fonctions et responsabilités.
3. Le procès-verbal de la réunion publique peut indiquer qu'une partie de la réunion a eu lieu à huis clos pour les raisons énumérées au point 2 sans autres détails supplémentaires.

Réunions du Conseil d'administration sans la présence de l'équipe de leadership

1. Les pratiques permettant de bâtir des relations, la confiance et la cohésion au sein des membres du Conseil sont essentielles pour permettre au Conseil de développer une compréhension de son rôle. L'une de ces pratiques est la tenue régulière de séances sans la présence de l'équipe de leadership, normalement à un moment prédéterminé dans l'horaire des réunions ordinaires du Conseil et une autre sans la présence du P.-D.G.
2. De telles réunions peuvent être utilisées pour donner des commentaires au sujet des processus du Conseil, incluant la qualité et la nature de l'information fournie au Conseil, ou encore pour traiter de sujets qui peuvent être plus difficiles pour certains membres du Conseil à traiter en présence des membres de l'équipe de leadership. Elles peuvent aussi offrir l'occasion pour les membres de discuter de points où la performance des membres pourrait être améliorée.
3. Toute préoccupation au sujet de l'équipe de leadership ou du P.-D.G. soulevée lors de ces séances doit être rapidement communiquée directement au P.-D.G. par le président du Conseil.

Relations entre le Conseil d'administration et l'équipe de leadership

1. Les membres du Conseil peuvent faire part de leurs préoccupations ou de leurs questions au sujet de la performance de l'équipe de leadership au président du Conseil ou au P.-D.G.
2. Les membres du Conseil doivent respecter la structure de gestion organisationnelle et ne doivent s'immiscer d'aucune façon dans la gestion du personnel.

Orientation des nouveaux membres du Conseil d'administration et formation continue

1. Le Comité de gouvernance et de mise en candidature et le P.-D.G. partagent la responsabilité de voir à ce qu'il y ait un programme d'orientation des nouveaux membres du Conseil et à ce que les membres du Conseil reçoivent de la formation continue au besoin.
2. Un programme d'orientation et de formation sera offert aux nouveaux membres du Conseil, lequel comprendra notamment de l'information écrite sur les responsabilités et obligations des membres du Conseil et sur les activités et opérations du Réseau, des procès-verbaux des récentes réunions du Conseil ainsi que des occasions de rencontre et de discussion avec l'équipe de leadership du Réseau.
3. Le programme d'orientation pour chaque nouveau membre sera adapté en fonction des besoins du membre et selon ses domaines d'intérêt particulier.
4. Une composante éducative sera incluse à chaque réunion du Conseil et devra se concentrer sur les changements au sein de l'environnement dans lequel évolue le Réseau et sur les dossiers importants.

Évaluation du fonctionnement du Conseil d'administration

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature est responsable de voir à ce qu'il y ait un processus annuel d'évaluation du fonctionnement du Conseil, de ses comités et de ses membres comportant également la possibilité d'identifier les moyens d'améliorer leur rendement.

Conseillers externes aux membres et aux comités du Conseil d'administration

Un comité ou un membre du Conseil peut à l'occasion avoir besoin des services d'un consultant ou d'un conseiller pour l'aider dans des dossiers dont la responsabilité lui est confiée. Un comité ou un membre du Conseil qui souhaite engager un conseiller externe aux frais du Réseau doit au préalable obtenir l'autorisation du président du Conseil, normalement en consultation avec le P.-D.G. qui se chargera de retenir ces services.

Révision du mandat du Conseil d'administration

Le Conseil doit réviser son mandat annuellement et le soumettre au Comité de gouvernance et de mise en candidature pour vérification afin de s'assurer que le mandat est conforme aux lois, aux règlements et aux principes de bonne gouvernance d'organismes publics.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	CODE DE CONDUITE ET DE MORALE À L'INTENTION DES MEMBRES		N° : CA-135
Section :	Gouvernance générale	Date d'entrée en vigueur :	2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2021-06-22
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le :	2022-06-21
Établissement(s)/programme(s) :			

BUTS

Le code de conduite et morale à l'intention des membres (en annexe) a pour objet de préserver et de renforcer la confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration du Réseau, de favoriser une saine gestion de ce dernier et de responsabiliser les membres du Conseil.

Il appartient à tous les membres du Conseil de bien connaître le code de conduite et morale et de mettre en pratique les principes d'éthique dont il découle. Les membres du Conseil doivent favoriser le respect de ces principes par leur conduite exemplaire. Le Réseau s'engage à préserver les valeurs en appliquant le code de conduite et de morale à chacune des sections et à chaque décision prise.

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



Code de conduite et morale

des membres du Conseil d'administration

Adopté par le Conseil d'administration le 26 juin 2018

PRÉAMBULE

Mandat

Le Réseau de santé Vitalité assure la prestation des services de santé et les administre dans la région pour laquelle il est établi.

Conseil d'administration

Le Réseau de santé Vitalité est un leader francophone au service de ses collectivités. Il contribue de manière importante à la santé de la population grâce à la qualité des soins et des services qu'il offre, à la recherche et à la formation continue de son personnel. Le Réseau est déterminé à s'assurer que, dans tous les aspects de ses activités, il respecte les normes les plus élevées pour conserver la confiance du public et préserver son intégrité aux yeux du public. L'organisation évolue dans un milieu changeant et la population servie est diversifiée. Les membres du Conseil et des comités ont des expériences variées, une formation unique et une éducation très différente. Il est important d'obtenir un engagement commun pour améliorer la santé et la qualité de vie des clients, et développer et entretenir de relations solides avec les partenaires du Réseau et les autres intervenants. C'est grâce à la qualité et à l'intégrité des personnes qui font partie du Réseau qu'il a été, et continuera d'être possible, d'offrir des soins de grande qualité.

L'organisation évolue dans un milieu complexe où les enjeux réglementaires, politiques, sociaux, commerciaux et technologiques se renouvellent sans cesse. En adhérant aux principes d'éthique les plus élevés, nous réussissons à atteindre, voire dépasser, les résultats que nous visons et gagnons la confiance de nos patients, nos clients, nos partenaires et nos fournisseurs.

Il appartient à tous les membres du Conseil de bien connaître le *Code de conduite et morale* et de mettre en pratique les principes d'éthique qui en découlent. Les membres du Conseil doivent favoriser le respect de ces principes en adoptant une conduite exemplaire. Préservons nos valeurs en appliquant le *Code de conduite et morale* dans chacune de nos actions et chacune de nos décisions.

TABLE DES MATIÈRES

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	4
1.1 Objet	4
1.2 Champ d'application	4
1.3 Adoption, révision et interprétation	4
2. PRINCIPES D'ÉTHIQUE	5
2.1 Mission, valeurs et principes généraux du réseau	5
2.2 Respect du droit et des lois applicables	5
2.3 Honnêteté, loyauté et intégrité	5
2.4 Compétence, prudence, diligence, efficacité et assiduité	6
2.5 Relations professionnelles	6
2.6 Conduite respectueuse et prise de décisions éclairées	6
3. RÈGLES DE DÉONTOLOGIE	7
3.1 Discrétion et confidentialité	7
3.2 Solidarité d'entreprise	8
3.3 Conflits d'intérêts	8
3.4 Utilisation des biens et des ressources du réseau à des fins personnelles	10
3.5 Cadeaux, marques d'hospitalité et autres avantages	11
3.6 Prestation de services de conseil et d'autres services	12
3.7 Considérations politiques et réserve	12
3.8 Communication avec les représentants des médias et le public	12
3.9 Obtention des conseils d'un avocat	13
4. MODALITÉS D'APPLICATION	13
4.1 Déclaration obligatoire	13
4.2 Déclaration d'intérêts et du statut du membre du conseil	13
4.3 Défaut de se conformer et sanctions	14
4.4 Divulgateion et rapport	14
4.5 Appel, suspension et décision sur l'appel	16
4.6 Cessation des fonctions	17

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 OBJET

Le code a pour objet de préserver et de renforcer la confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration du Réseau, de favoriser une saine gestion de ce dernier et de responsabiliser les membres du Conseil.

Le code établit des lignes directrices relativement aux questions suivantes :

- la discrétion et la confidentialité;
- l'indépendance;
- les conflits d'intérêts;
- l'utilisation des biens et des ressources du Réseau à des fins personnelles;
- les cadeaux, les marques d'hospitalité et les autres avantages;
- la prestation de services de conseil et d'autres services;
- les considérations politiques et la réserve;
- la communication avec les représentants des médias et le public.

1.2 CHAMP D'APPLICATION

Le présent code s'applique à tous les membres du Conseil d'administration, y compris les membres d'office.

1.3 ADOPTION, RÉVISION ET INTERPRÉTATION

Le conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité approuve le code de conduite et morale sur la recommandation du Comité de gouvernance et de mise en candidature.

Dans l'exercice de leurs fonctions, les membres du Conseil d'administration, y compris les membres d'office, sont tenus de respecter les valeurs du Réseau, de même que les principes d'éthique et de bonne gouvernance, et de se conduire de manière à :

- Promouvoir le mandat, la mission, la vision et les valeurs du Réseau;
- Maintenir l'engagement du Réseau à l'égard de la prise de décisions éthiques;
- Maximiser leur contribution au sein du Réseau;
- Assurer l'intégrité et l'impartialité dans la prise de décision;
- Promouvoir la santé, la sécurité et le bien-être des clients et des employés;
- Assurer le respect des règlements administratifs, des politiques et des procédures du Réseau ainsi que préserver la confidentialité de l'information (orale et écrite), des documents et des rapports du Réseau;
- Veiller au respect des lois, des règles et des règlements et signaler tout manquement au code ou tout comportement illégal ou contraire à l'éthique;
- Présenter une image positive du Réseau; et
- Prendre en considération une approche ou une position globale du Réseau.

En cas de divergence, les principes et les règles les plus exigeants s'appliquent.

En cas de doute, le membre du Conseil doit agir dans l'esprit de ces principes et de ces règles. Sa conduite doit pouvoir résister à l'examen public le plus minutieux.

Aux fins d'application du code, l'interdiction de poser un geste inclut la tentative de poser ce geste et toute participation ou incitation à le poser.

2. PRINCIPES D'ÉTHIQUE

2.1 MISSION, VALEURS ET PRINCIPES GÉNÉRAUX DU RÉSEAU

Le Réseau a pour mission d'améliorer la santé de la population. Nous livrons des soins et des services de santé de qualité qui répondent aux besoins de la population grâce à l'enseignement, à la recherche et à l'évaluation. Dans le cadre de son mandat, le membre du Conseil d'administration contribue à réaliser la mission du Réseau et s'engage à promouvoir les valeurs du Conseil d'administration et les valeurs organisationnelles.

Les valeurs du Conseil d'administration sont les suivantes :

- la vigilance;
- l'intégrité;
- la responsabilité.

Les valeurs organisationnelles sont les suivantes :

- le respect;
- la compassion;
- l'intégrité;
- l'imputabilité;
- l'équité;
- l'engagement

De plus, le membre du Conseil s'engage à appliquer les principes de gestion suivants :

- s'appuyer sur la compétence des membres du Conseil d'administration et du personnel du Réseau;
- s'appuyer sur les données probantes et meilleures pratiques connues;
- veiller à la sécurité des personnes et à la protection des ressources matérielles du Réseau;
- favoriser des comportements professionnels et intègres en toutes circonstances;
- favoriser la transparence de la gestion et le respect de principes d'éthique élevés.

2.2 RESPECT DU DROIT ET DES LOIS APPLICABLES

La contribution du membre du Conseil doit se faire, pendant toute la durée de son mandat, dans le respect des lois et des règlements auxquels le Réseau et lui-même sont assujettis.

2.3 HONNÊTÉTÉ, LOYAUTÉ ET INTÉGRITÉ

Pendant toute la durée de son mandat, le membre du Conseil doit agir avec honnêteté, loyauté et intégrité. Il doit prendre ses décisions indépendamment de toute considération allant à l'encontre de la mission, de la vision et des intérêts du Réseau.

Tous les membres du Conseil et des comités entretiennent une relation fiduciaire avec la régie régionale de la santé. En tant que fiduciaires, les membres doivent agir honnêtement, de bonne foi et dans l'intérêt de l'organisation. Lorsqu'ils représentent le Réseau, les membres doivent différencier leur propre représentation de celle de l'organisation.

Tous les membres, y compris les membres d'office, sont tenus de remplir les mêmes obligations et de respecter les mêmes normes de diligence. Les membres qui **cherchent font partie à représenter** d'un groupe, une région, une **spécialisation profession** ou une cause en particulier doivent agir **sans équivoque** dans l'intérêt **supérieur** de l'organisation. **même si cela va à l'encontre des intérêts du groupe qu'ils représentent.**

2.4 COMPÉTENCE, PRUDENCE, DILIGENCE, EFFICACITÉ, CURIOSITÉ D'ESPRIT, PERSPICACITÉ ET ASSIDUITÉ

Dans l'exercice de ses fonctions, le membre du Conseil doit faire preuve de compétence, de prudence, de diligence, d'efficacité, **d'une grande curiosité d'esprit, de perspicacité ainsi que** d'assiduité. Il doit maintenir ses connaissances à jour, avoir un jugement professionnel indépendant et impartial et contribuer aux délibérations au mieux de ses compétences pour être en mesure de servir les intérêts du Réseau et de ses clientèles, et ce, dans les meilleures circonstances possibles.

Le membre du Conseil a le devoir de prendre connaissance du présent code ainsi que des politiques, des directives et des règles établies par le Réseau, de s'y conformer et d'en promouvoir le respect. Il doit également se tenir au courant du contexte environnemental (économique, social et politique) dans lequel le Réseau évolue et exerce sa mission.

Enfin, le membre du Conseil doit s'engager à consacrer le temps nécessaire pour acquérir une connaissance de la mission et du fonctionnement du Réseau, de ses enjeux et des risques qui y sont associés, ainsi que des défis à relever. Il doit aussi consacrer le temps et l'attention nécessaires à la maîtrise des dossiers soumis au Conseil d'administration.

2.5 RELATIONS PROFESSIONNELLES

Le membre du Conseil doit entretenir à l'égard de toute personne et du Réseau des relations fondées sur le respect dans un esprit de collaboration.

2.6 CONDUITE RESPECTUEUSE ET PRISE DE DÉCISIONS ÉCLAIRÉES

Il est reconnu que les membres du Conseil et des comités apportent au Conseil des

antécédents, des compétences et de l'expérience diversifiés. Les membres ne seront pas toujours d'accord sur toutes les questions. Tous les débats se dérouleront dans un climat de respect mutuel et de courtoisie. L'autorité du président du Conseil doit être respectée par tous.

Les membres du Conseil et des comités doivent :

- Parler des intérêts de l'ensemble des membres et de la collectivité;
- Parler pour eux-mêmes plutôt qu'en tant que représentant d'un groupe;
- Exprimer des points de vue supplémentaires ou différents et inviter les autres à en faire autant;
- S'abstenir d'adopter une conduite en dehors des réunions du Conseil qui pourrait avoir pour effet de créer des factions et de limiter les discussions libres et ouvertes;
- Faire preuve d'équilibre dans leurs efforts pour comprendre les autres et se faire comprendre;
- Examiner à l'avance tous les documents requis pour les discussions et les décisions du Conseil d'administration.

Les cadres de prise de décisions du Conseil d'administration fournissent également une orientation pour les discussions et la prise de décisions.

3. RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

3.1 DISCRÉTION ET CONFIDENTIALITÉ

Le membre du Conseil est tenu à la discrétion quant à toute information dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions et au respect, pendant son mandat, du caractère confidentiel de l'information reçue. Les délibérations et les décisions du Conseil d'administration, les positions défendues par les membres du Conseil et les votes de ces derniers sont confidentiels.

Le membre du Conseil ne peut pas utiliser l'information confidentielle à son profit personnel ou au profit d'autres personnes (physiques ou morales) ou d'un groupe d'intérêts.

Le membre du Conseil a la responsabilité de prendre des mesures visant à protéger la confidentialité de l'information à laquelle il a accès. Il doit notamment :

- I. ne pas laisser les documents du Conseil d'administration à la vue d'un tiers ou d'un membre du personnel non concerné;
- II. ne pas télécharger sur de l'équipement utilisé à des fins personnelles et professionnelles l'information transmise dans le cadre de son mandat;
- III. prendre des mesures appropriées pour assurer la protection des documents;
- IV. éviter toute discussion pouvant révéler de l'information confidentielle;
- V. ne pas transmettre à une personne autre qu'un membre du Conseil

d'administration un document du Conseil d'administration sans l'autorisation préalable du Réseau;

- VI. se départir de tout document confidentiel du Conseil d'administration qui n'est plus nécessaire à l'exécution de son mandat en le déchiquetant ou en le remettant au secrétaire du Conseil;
- VII. respecter le matériel mis à sa disposition;
- VIII. remettre, à la cessation de son mandat, sa tablette électronique, ainsi que tout document détenu concernant le Conseil d'administration, y compris le cahier du membre du Conseil, au secrétaire du Conseil.

3.2 SOLIDARITÉ D'ENTREPRISE

Les membres du Conseil et des comités reconnaissent que les actions dûment autorisées par le Conseil doivent être appuyées par tous les membres et que le Conseil s'exprime d'une seule voix. Les membres qui se sont abstenus de voter ou ont voté contre une résolution doivent adhérer à la décision de la majorité des membres et l'appuyer.

Les membres du Conseil et des comités doivent :

- soutenir et expliquer toutes les décisions du Conseil d'administration à l'interne et à l'externe, même si leur point de vue est minoritaire;
- s'abstenir de divulguer des divergences d'opinions au Conseil ou d'en discuter en dehors des réunions du Conseil, en particulier avec le personnel, les bénévoles ou les clients;
- s'abstenir de demander des renseignements au personnel pour contester une décision sans que le président du Conseil d'administration ou le président-directeur général n'en ait connaissance;
- transmettre les plaintes ou les questions relatives au Réseau au président-directeur général, qui leur fera part de ses commentaires sur les mesures prises.

3.3 CONFLITS D'INTÉRÊTS

Il est de la responsabilité de chacun des membres du Conseil de prendre les précautions nécessaires pour éviter de se placer dans une situation de conflit entre leurs intérêts personnels et les obligations liées à la réalisation de leur mandat. Le membre du Conseil doit aussi éviter de se placer dans une situation pouvant jeter un doute raisonnable sur sa capacité à s'acquitter de ses devoirs avec honnêteté et impartialité. Lorsqu'une telle situation survient, même indépendamment de sa volonté, il doit le divulguer immédiatement au président du Conseil d'administration et y remédier sans tarder.

Pour qu'il y ait conflit d'intérêts, il suffit d'une situation de conflit apparent¹ ou potentiel² ou d'une possibilité réelle, fondée sur des liens logiques, que l'intérêt personnel est préféré à l'intérêt du Réseau. Il n'est pas nécessaire que le membre ait réellement profité de sa

charge pour servir ses intérêts ou qu'il ait agi à l'encontre des intérêts du Réseau. Le risque qu'un conflit d'intérêts se produise est suffisant, puisqu'il peut mettre la crédibilité de l'organisation en doute. Aux fins de précision, un membre du Conseil est en conflit d'intérêts s'il permet, ou semble permettre, que ses intérêts personnels ou ceux de sa famille, d'autres parents ou de personnes ayant des liens avec lui, compromettent sa capacité de remplir ses fonctions au sein du Réseau de façon objective, impartiale et efficace.

Le membre du Conseil doit, notamment, éviter de se trouver dans une situation où lui ou un membre de sa famille immédiate, d'autres parents ou d'autres personnes ayant des liens avec lui, puissent tirer profit, directement ou indirectement, d'un contrat conclu pour le Réseau ou influencer la prise de décision.

Le membre du Conseil qui a des obligations envers d'autres entités peut parfois se trouver en situation de conflit d'intérêts. Dans le cas où le code ne prévoit pas la situation dans laquelle se trouve le membre, ce dernier doit déterminer si son comportement respecte ce à quoi le Réseau peut raisonnablement s'attendre de la conduite d'un membre du Conseil dans ces circonstances. Le membre du Conseil doit également déterminer si une personne raisonnablement bien informée conclurait que les intérêts qu'il détient dans l'autre entité risquent d'influencer ses décisions et de nuire à son objectivité, à son intégrité ou à son impartialité. À cet égard, il peut consulter le Comité de gouvernance et de mise en candidature.

Les situations suivantes peuvent constituer des conflits d'intérêts :

- Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du Conseil d'administration;
- Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet du Réseau;
- Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du Réseau;
- Avoir une réclamation litigieuse contre le Réseau;
- Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

Les membres se conforment aux obligations énoncées dans l'article 25 de la *Loi sur les régies régionales de la santé*, L.R.N.-B. 2011, c. 217, dont une copie figure à l'annexe B du code, et aux obligations énoncées dans l'article B.10.0 des Règlements administratifs du Réseau.

Un membre divulgue ou déclare tout conflit d'intérêts dès qu'il en a connaissance et au plus tard :

- À la réunion où la question qui fait l'objet du conflit est examinée; ou
- À la première réunion qui se tient après l'apparition du conflit.

Sans limiter la portée générale de ce qui précède, tout membre doit :

- solliciter auprès du président du Conseil ou de toute autre personne les avis nécessaires pour déterminer l'existence ou non d'un conflit d'intérêts dans les situations où le membre soupçonne l'existence d'un conflit d'intérêts;
- éviter d'utiliser sa position au sein du Conseil pour solliciter des clients dans le cadre de ses affaires personnelles ou des affaires dirigées par un frère, une sœur ou un enfant ou une personne envers qui le membre a quelque obligation que ce soit;
- se conformer aux obligations de divulgation et de rapport énoncées dans le présent code lorsqu'il a des motifs raisonnables de croire que les intérêts d'un autre membre sont en conflit avec les intérêts du Réseau.

Un membre du Conseil qui a divulgué un conflit d'intérêts, dont l'existence a été confirmée, ou qui se trouve effectivement en conflit d'intérêts :

- doit s'abstenir de prendre part aux discussions ou au vote portant sur le sujet en question, mais peut faire partie du quorum de la réunion du Conseil;
- peut demeurer dans la salle, si la réunion est publique, mais ne doit pas prendre part à la partie de la réunion pendant laquelle le sujet donnant lieu à un conflit d'intérêts est discuté et doit quitter la salle avant tout vote portant sur ce sujet;
- doit quitter immédiatement la réunion, si elle est à huis clos, et ne pas y retourner avant que toute discussion et tout vote sur le sujet donnant lieu au conflit d'intérêts ne soient terminés;
- doit s'abstenir d'influencer ou de tenter d'influencer les discussions ou le vote du Conseil sur la ou les questions afférentes au sujet donnant lieu au conflit d'intérêts.

3.4 UTILISATION DES BIENS ET DES RESSOURCES DU RÉSEAU À DES FINS PERSONNELLES

Le membre du Conseil ne doit pas confondre les biens et les ressources du Réseau avec les siens et ne doit pas les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers.

Les biens et les ressources du Réseau incluent notamment :

- les biens matériels, y compris les biens électroniques;
- le personnel;
- le travail accompli par le personnel ou par une tierce partie, les dirigeants et les membres du Conseil du Réseau.

Chaque membre du Conseil a l'obligation de protéger les biens et les ressources du Réseau et peut les utiliser seulement au profit de l'organisation.

3.5 CADEAUX, MARQUES D'HOSPITALITÉ ET AUTRES AVANTAGES

Le Réseau est particulièrement sensible à la façon dont le public perçoit les cadeaux, les marques d'hospitalité et les autres avantages que peut recevoir un membre du Conseil. Le membre du Conseil doit donc faire preuve de jugement pour éviter les situations de conflits.

Sous réserve de l'exception mentionnée dans le paragraphe suivant, le membre du Conseil (y compris les membres de sa famille immédiate) ne peut, directement ou indirectement, accepter ou solliciter des cadeaux, des marques d'hospitalité ou d'autres avantages (y compris une commission, des honoraires, un salaire, un paiement ou des articles comme des chèques-cadeaux, des titres, un abonnement ou des billets gratuits ou réduits pour des événements sportifs ou culturels). Il ne peut pas non plus, directement ou indirectement, accepter ou solliciter des cadeaux, des marques d'hospitalité ou d'autres avantages qui pourraient compromettre ou sembler compromettre son objectivité, son intégrité ou son impartialité dans le cadre de son mandat, ou qui pourraient le rendre redevable envers la personne, l'entreprise ou l'organisation qui les donne. Il ne peut pas non plus accepter de traitements de faveur ou de prix préférentiels d'un fournisseur existant ou éventuel du Réseau en raison de son mandat.

Le membre du Conseil peut accepter des cadeaux, des marques d'hospitalité ou d'autres avantages seulement s'ils répondent aux critères suivants :

- Ils découlent d'activités ou d'événements liés à la réalisation de son mandat;
- Ils ne compromettent pas, ni ne semblent compromettre son objectivité, son intégrité ou son impartialité, ni celles du Réseau ou de toute autre personne et, dans tous les cas, sont d'usage et de valeur modeste. S'ils ne sont pas d'usage et de valeur modeste, le membre du Conseil doit immédiatement demander conseil au président du Conseil d'administration, qui lui indiquera la conduite à tenir.

Dans le cadre de ses actions, le membre du Conseil doit, le cas échéant, prendre les mesures suivantes :

- Dissuader les fournisseurs existants ou éventuels de lui offrir des cadeaux, des marques d'hospitalité et d'autres avantages;
- Informer les fournisseurs existants ou éventuels qu'ils ne peuvent maintenir une relation professionnelle avec lui que s'ils se conforment au code, retourner les cadeaux, les marques d'hospitalité et les autres avantages inappropriés accompagnés

d'un exemplaire du code à titre de référence et toujours demander conseil au président du Conseil d'administration en cas de doute.

S'il est impossible de refuser des cadeaux, des marques d'hospitalité ou d'autres avantages non conformes aux critères énoncés ci-dessus, le membre du Conseil doit immédiatement demander conseil au président du Conseil d'administration, qui lui indiquera la conduite à tenir.

3.6 PRESTATION DE SERVICES DE CONSEIL ET D'AUTRES SERVICES

Le membre du Conseil ne doit pas offrir ni dispenser, sur une base contractuelle, des services de conseil ou d'autres services au Réseau, que ce soit à titre personnel ou par l'intermédiaire d'une organisation dans laquelle lui ou une personne qui lui est liée détient des intérêts.

3.7 CONSIDÉRATIONS POLITIQUES ET RÉSERVE

Le membre du Conseil doit prendre ses décisions indépendamment de toute considération politique partisane afin de préserver l'intégrité et l'impartialité du Réseau et de s'assurer d'agir dans l'intérêt du Réseau et de sa clientèle. Par ailleurs, il doit toujours faire preuve de réserve dans la manifestation publique de ses opinions politiques.

3.8 COMMUNICATION AVEC LES REPRÉSENTANTS DES MÉDIAS ET LE PUBLIC

Le Conseil a adopté une politique concernant la désignation d'un porte-parole au nom du Conseil afin d'assurer la cohérence des messages diffusés par l'organisation. Le président du Conseil d'administration est le porte-parole du Réseau pour les questions liées à la gouvernance et à la reddition de comptes du Conseil d'administration. Le président-directeur général ou son représentant, nommé de temps à autre par le président-directeur général, est le porte-parole du Réseau pour les questions opérationnelles. Le président-directeur général et le président du Conseil d'administration détermineront mutuellement leurs rôles respectifs, le cas échéant. Aucun membre du Conseil d'administration ou d'un comité ne sera porte-parole du Conseil d'administration, à moins que le président du Conseil ne lui délègue expressément cette responsabilité. Lorsqu'elles sont ainsi autorisées, les représentations du membre du Conseil ou du comité doivent être conformes aux positions et aux politiques acceptées par le Conseil.

Le membre du Conseil est autorisé à faire des présentations devant d'autres groupes lors de séminaires publics, de conférences ou d'événements similaires. Lors de ces séminaires, de ces conférences et de ces autres événements, il doit préciser qu'il s'exprime à titre personnel et non au nom du Réseau. Ses remarques doivent être d'ordre général, et il doit éviter de faire des observations sur les activités du Réseau.

Seuls les porte-parole désignés par le Conseil d'administration sont autorisés à communiquer avec les médias pour les affaires du Réseau. Tout membre du Conseil ou d'un comité qui est interrogé par des journalistes ou d'autres représentants des médias doit adresser ces personnes au président-directeur général du Réseau.

Les membres du Conseil sont également tenus d'éviter d'émettre des commentaires sur les médias sociaux au sujet des activités, des décisions et des positions du Réseau.

3.9 OBTENTION DES CONSEILS D'UN AVOCAT

Les demandes visant à obtenir des avis ou des conseils de l'extérieur au sujet de questions dont le Conseil est saisi peuvent être présentées par l'entremise du président du Conseil.

4. MODALITÉS D'APPLICATION

4.1 DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Le membre du Conseil doit déclarer par écrit au président du Conseil d'administration et au Ministre toute situation susceptible d'affecter son statut.

De plus, le membre du Conseil qui a un intérêt direct ou indirect dans une organisation, une entreprise, une association ou relativement à une affaire quelconque mettant en conflit son intérêt personnel et celui du Réseau doit, sous peine de révocation, le divulguer préalablement à la séance ou dès qu'il en a connaissance au président du Conseil d'administration et, le cas échéant, s'abstenir de participer à toute délibération et à toute décision portant sur cette organisation, cette entreprise, cette association ou cette affaire.

Il doit, en outre, se retirer de la séance pour la durée des délibérations et du vote relatifs à cette question afin de ne pas influencer la décision.

Le président du Conseil d'administration doit, quant à lui, faire sa déclaration au secrétaire du Conseil et au Comité de gouvernance et de mise en candidature.

Le procès-verbal doit faire état de l'absence du membre ou de son abstention dans les délibérations.

4.2 DÉCLARATION D'INTÉRÊTS ET DU STATUT DU MEMBRE DU CONSEIL

Lorsqu'un membre du Conseil entre en fonction au Réseau, il doit remplir le formulaire intitulé *Déclaration des membres du Conseil d'administration* et le remettre au président

du Conseil d'administration.

Dans ce formulaire, le membre doit :

- signer une déclaration officielle stipulant qu'il a lu et compris le code et qu'il s'y conformera;
- fournir les renseignements suivants :
 - le nom et l'adresse de l'organisme, de l'entreprise, de l'association ou de toute autre organisation pour lesquels il agit à titre de dirigeant ou d'employé ainsi que la fonction qu'il y occupe et la date de son entrée en fonction;
 - le nom et l'adresse des sociétés, des associations ou des organismes, à but lucratif ou sans but lucratif, des sociétés de personnes ou de toutes les autres organisations avec lesquels il est associé;
 - toute situation sur le plan personnel, professionnel ou philanthropique concernant un membre de sa famille ou lui-même, qui est susceptible de créer un conflit dans l'exercice de son mandat au Conseil d'administration;
 - les renseignements relatifs à la qualification de son statut autonome.

En début d'année financière, le président du Conseil d'administration demande aux membres du Conseil de valider l'exactitude des renseignements apparaissant dans le formulaire de *Déclaration des membres du Conseil d'administration*.

Par ailleurs, toute modification à la déclaration d'un membre du Conseil doit être faite par la mise à jour du formulaire de *Déclaration des membres du Conseil d'administration* et transmise au président du Conseil d'administration. La déclaration du président du Conseil d'administration est transmise au secrétaire du Conseil.

Une déclaration de modification d'intérêts communiquée verbalement par un membre du Conseil et consignée au procès-verbal d'une réunion du Conseil d'administration tient lieu de déclaration écrite. L'information sera consignée dans le dossier de déclaration d'intérêts du membre du Conseil.

4.3 DÉFAUT DE SE CONFORMER ET SANCTIONS

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature est responsable de la surveillance et du contrôle de la conformité au code.

Les membres doivent se conformer au code. Tout manquement à cet égard peut mener à la destitution du membre, selon les circonstances. Tout manquement sera traité de la façon appropriée compte tenu des circonstances.

4.4 DIVULGATION ET RAPPORT

Le respect du code est une responsabilité partagée par chacun des membres du Conseil. Ainsi, le membre du Conseil qui connaît ou **ayant un soupçon raisonnable de croire** l'existence d'une situation susceptible de contrevenir au code doit la dénoncer au président du Comité de gouvernance et de mise en candidature. L'omission de signaler une infraction connue ou raisonnablement soupçonnée constitue en soi une infraction au code. Cette dénonciation doit être faite par écrit, de façon confidentielle, et contenir l'information suivante :

- I. l'identité de l'auteur ou des auteurs de l'infraction;
- II. la description de la situation;
- III. la date ou la période de la survenance ou de l'émergence de la situation;
- IV. une copie de tout document qui soutient la dénonciation.

Pour les fins du rapport exigé en vertu du présent code, tout rapport doit être transmis au président du Comité de gouvernance et de mise en candidature par courriel, par courrier ordinaire ou en personne à l'adresse indiquée ci-dessous. Dans l'éventualité où le rapport d'une infraction mettrait en cause le président du Comité de gouvernance et de mise en candidature, le rapport devrait être adressé au président du Conseil à l'adresse suivante:

Réseau de santé Vitalité
Siège social
275, rue Main, bureau 600, Bathurst (N.-B.) E2A 1A9

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature veillera à la mise en place de mesures appropriées pour l'enquête et le suivi de tout rapport reçu et il veillera à ce que le rapport fasse l'objet d'une enquête prompte et approfondie par ledit Comité de gouvernance et de mise en candidature, un comité spécial du Conseil établi à cette fin ou un enquêteur externe. Si les circonstances l'exigent, le rapport pourra être adressé à la police ou aux autorités compétentes.

Les actions prises par le Comité de gouvernance et de mise en candidature et la partie ou les parties mandatées pour mener l'enquête pourront varier selon la nature du rapport ou de l'infraction alléguée. Sous réserve de toute divulgation nécessaire pour mener l'enquête et de la prise de mesures de redressement et sous réserve de toute règle de droit (obligeant la divulgation dans certaines circonstances), tous les renseignements faisant l'objet d'un rapport et divulgués au cours d'une enquête demeureront confidentiels et seront rendus disponibles selon le principe d'accès sélectif.

L'enquêteur mènera toutes les enquêtes jugées pertinentes et pourra consulter le membre, l'auteur du rapport et toute autre personne, au besoin, mais il n'aura aucune

obligation de tenir une audience formelle. Le membre faisant l'objet du rapport doit recevoir un avis écrit de la nature de toute allégation à son encontre dans les dix (10) jours de la date du rapport et il pourra y répondre par écrit ou demander un entretien avec l'enquêteur dans les dix (10) jours suivant la réception de l'avis prévu dans le présent paragraphe. L'enquêteur doit compléter l'enquête dans les trente (30) jours suivant le début de son mandat d'enquête et :

- préparer un rapport faisant état de ses conclusions et de ses recommandations (le « rapport d'enquête »), lequel sera soumis au président du Comité de gouvernance et de mise en candidature dans les quinze (15) jours suivant l'achèvement de l'enquête;
- sur réception du rapport d'enquête, le président convoque une réunion du Comité de gouvernance et de mise en candidature, qui fait l'étude du rapport dans les quinze (15) jours suivant sa réception et :
 - adopte le rapport d'enquête en totalité ou en partie;
 - si une infraction a été commise, décide quelle sanction, s'il y a lieu, devrait être imposée à l'endroit du membre faisant l'objet du rapport et du rapport d'enquête;
 - les sanctions imposées par le Comité de gouvernance et de mise en candidature peuvent consister en une réprimande, une suspension, une déchéance de charge ou toute autre sanction jugée appropriée, selon la gravité et la nature de l'infraction.

La décision et, le cas échéant, la sanction imposée par le Comité de gouvernance et de mise en candidature sont communiquées par écrit au membre faisant l'objet du rapport d'enquête ainsi qu'au Conseil. La décision doit être communiquée au Ministre, avec les motifs à l'appui, dans les cinq (5) jours suivant la date de la décision du Comité de gouvernance et de mise en candidature. La sanction imposée au membre faisant l'objet du rapport d'enquête entre en vigueur à la date précisée dans la lettre de décision du Comité de gouvernance et de mise en candidature.

4.5 APPEL, SUSPENSION ET DÉCISION SUR L'APPEL

Le membre faisant l'objet du rapport d'enquête, qui est en désaccord avec la décision et, le cas échéant, la sanction imposée par le Comité de gouvernance et de mise en candidature, peut interjeter appel auprès des membres du Conseil à une réunion extraordinaire du Conseil convoquée à cet effet en donnant au secrétaire du Conseil un avis écrit de son intention de le faire dans les trente (30) jours suivant la réception de la décision du Comité de gouvernance et de mise en candidature.

Suspension de la décision et de la sanction

- Si le membre faisant l'objet du rapport d'enquête donne l'avis de trente (30) jours, la décision, et le cas échéant, la sanction imposée par le Comité de gouvernance et de mise en candidature sont suspendues jusqu'à la résolution des membres.

Décision sur l'appel

- En cas d'appel, la majorité (ou un pourcentage supérieur précisé dans les règlements administratifs) des membres présents à l'assemblée extraordinaire convoquée à cette fin confirment ou annulent, rétroactivement, par résolution, la décision, et le cas échéant, la sanction imposée par le Comité de gouvernance et de mise en candidature.
- Il est entendu que le membre faisant l'objet du rapport d'enquête pourra, s'il le désire, faire des représentations auprès des autres membres lors de la réunion extraordinaire.
- La décision d'appel au Conseil doit être communiquée par écrit au membre faisant l'objet de l'appel à l'intérieur de 30 jours ouvrables ou au ministre lorsque la recommandation fait référence à une suspension ou à un retrait des fonctions du membre.

Calcul des délais

- Dans le présent code, à moins que le contexte n'indique le contraire, les normes suivantes régissent le calcul des délais prescrits :
 - Si le délai est exprimé en jours, il se calcule en excluant le premier jour, mais en y incluant le dernier;
 - Si le délai est inférieur à sept (7) jours, il ne faut pas tenir compte des jours fériés;
 - Si le délai prévu pour accomplir un acte ou pour entreprendre une étape de procédure expire un jour férié, l'acte peut être accompli ou l'étape entreprise le premier jour suivant qui n'est pas jour férié.

4.6 CESSATION DES FONCTIONS

Après avoir cessé d'être membre du Conseil d'administration du Réseau, un membre du Conseil ne peut pas agir de manière à tirer un avantage indu de sa charge antérieure. Il ne peut pas non plus donner à une personne ou à une organisation des conseils fondés sur des renseignements concernant le Réseau qui n'étaient pas du domaine public et qu'il a obtenus pendant qu'il siégeait au Conseil d'administration.

Il lui est également interdit, dans l'année qui suit la fin de ses fonctions, d'agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre activité à laquelle le Réseau est partie et à propos de laquelle il détient de l'information qui n'est pas du domaine public.

Les membres du Conseil d'administration du Réseau ne peuvent pas traiter, dans les circonstances qui sont prévues au paragraphe précédent, avec le membre du Conseil qui y est visé, dans l'année où celui-ci a quitté ses fonctions.

JE RECONNAIS avoir lu et compris le Code de conduite et morale des membres du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité et j'accepte de m'y conformer en tout temps.

Signature

Nom (en caractères d'imprimerie)

Date

Déclaration des membres du Conseil d'administration

Statut de la déclaration

- Déclaration annuelle (Indiquez l'année civile en cours.)
- Mise à jour de la déclaration annuelle (Indiquez la date.)

1. Déclaration des intérêts

a. Organismes, entreprises, associations ou autres organisations pour lesquels vous agissez à titre de membre du conseil, de travailleur autonome, d'employé ou de bénévole

Inscrivez le nom et l'adresse des organismes, des entreprises, des associations ou de toute autre organisation pour lesquels vous agissez à titre de membre du conseil, de travailleur autonome, d'employé ou de bénévole. Inscrivez également votre fonction, la date de votre entrée en fonction, de même que la nature de votre intérêt en lien avec les responsabilités dévolues au Réseau.

- Ne s'applique pas*

Nom : _____

Adresse : _____

Fonction : _____

Date d'entrée en fonction : _____

Nature de l'intérêt : _____

[Pour ajouter une déclaration, cliquez sur le signe + ci-contre qui apparaît lors de la saisie.](#)

b. Sociétés par actions, fiducies, sociétés de personnes ou autres organisations avec lesquelles vous avez des liens

Inscrivez le nom et l'adresse des sociétés par actions, des fiducies, des sociétés de personnes ou des autres organisations, à but lucratif ou sans but lucratif, pour lesquelles vous agissez à titre de membre du conseil ou de fiduciaire, que vous contrôlez ou dont vous détenez plus de 5 % des droits de vote. Inscrivez également le nom et l'adresse des sociétés ou des autres organisations pour lesquelles vous offrez, sur une base contractuelle, des services de conseil ou d'autres services et dans lesquelles vous détenez des intérêts importants en lien avec les responsabilités dévolues au Réseau.

- Ne s'applique pas*

Nom : _____

Adresse : _____

Champ d'activité : _____

Nature de l'intérêt : _____

[Pour ajouter une déclaration, cliquez sur le signe + ci-contre qui apparaît lors de la saisie.](#)

Inscrivez le nom et l'adresse des sociétés par actions, des fiducies, des sociétés de personnes ou des autres organisations, à but lucratif ou sans but lucratif, dans lesquelles vous ou un membre de votre famille immédiate, d'autres parents ou d'autres personnes ayant des liens avec vous détenez des intérêts importants en lien avec les responsabilités dévolues au Réseau.

Ne s'applique pas*

Nom : _____

Adresse : _____

Champ d'activité : _____

Nature de l'intérêt : _____

Lien à préciser : _____

Pour ajouter une déclaration, cliquez sur le signe + ci-contre qui apparaît lors de la saisie.

c. Autre situation

Inscrivez toute situation sur le plan personnel, professionnel ou philanthropique dans laquelle vous ou un membre de votre famille immédiate, d'autres parents ou d'autres personnes ayant des liens avec vous détenez des intérêts et qui est susceptible de créer un conflit avec l'exercice de votre mandat au sein du Conseil d'administration du Réseau.

Ne s'applique pas*

Nom : _____

Champ d'activité : _____

Nature de l'intérêt : _____

Lien à préciser : _____

Pour ajouter une déclaration, cliquez sur le signe + ci-contre qui apparaît lors de la saisie.

2. Déclaration du statut du membre du Conseil

Indiquez votre statut du membre du Conseil

Nommé(e) Élu(e)

	Oui	Non
Êtes-vous employé par le Réseau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous employé par le gouvernement ou un organisme gouvernemental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un membre de votre famille immédiate fait-il partie de la haute direction du Réseau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Déclaration et signature

Je soussigné(e), membre du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité :

- atteste que les déclarations ont été faites de bonne foi et au mieux de mes connaissances;
- déclare avoir pris connaissance du Code de conduite et morale des membres du Conseil d'administration du Réseau et en comprendre le sens et la portée. Dans cet esprit, je m'engage à remplir avec impartialité, honnêteté et indépendance, au mieux de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs et les responsabilités découlant de mon rôle du membre du Conseil, en plus de faire preuve en tout temps d'une conduite empreinte d'éthique.

J'ai signé à _____ ce _____^e jour du mois de _____ 20__.

Signature du membre du Conseil d'administration

J'ai signé à _____ ce _____^e jour du mois de _____ 20__.

Signature du président du Conseil d'administration

**LOI SUR LES RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ, L.R.N.B. 2011, c. 217
PARTIE 3**

Section B – Structure et administration

Conflit d'intérêts

25(1) Il est interdit à tout membre d'un conseil de voter ou de se prononcer sur une question soumise au conseil si :

- a) le membre a un intérêt dans la question autre qu'un intérêt inhérent à ses fonctions de membre;
- b) le membre a un intérêt financier direct ou indirect dans la question;
- c) un parent, un conjoint, un frère, une sœur ou un enfant du membre a un intérêt dans la question;
- d) le membre est un dirigeant, un employé ou un représentant d'une personne morale ou d'une association non personnalisée, ou autre association de personnes qui a un intérêt dans la question.

25(2) Lorsqu'un membre est en conflit d'intérêts, il divulgue au conseil la nature et l'étendue de l'intérêt soit par écrit, soit en demandant que ce conflit soit mentionné au procès-verbal de la réunion du conseil.

25(3) Un membre divulgue tout conflit d'intérêts :

- a) à la réunion où la question qui fait l'objet du conflit est étudiée;
 - b) si le membre ne se trouve pas en conflit d'intérêts au moment décrit à l'alinéa, a), à la première réunion qui se tient après l'apparition du conflit.
- 2002, ch. R-5.05, art. 25.

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	FONCTIONS DU PRÉSIDENT		N° : CA-140
Section :	Orientation – Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur :	2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2021-06-22
Approbateur:	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le :	2022-06-21
Établissement(s)/programme(s) :			

POLITIQUE

Dispositions générales

Le président est nommé par le ministre parmi les membres du Conseil d'administration (le « Conseil ») ayant droit de vote.

Le président :

1. préside toutes les réunions du Conseil et gère les affaires du Conseil conformément aux lois et aux règlements en vigueur ainsi qu'aux politiques de gouvernance du Conseil; il doit notamment s'assurer que le Conseil est bien structuré, fonctionne efficacement et remplit ses obligations et responsabilités.
2. remplit les obligations fiduciaires d'un administrateur.
3. préside le Comité exécutif.
4. établit le lien clé entre le président-directeur général et le conseil pour renforcer l'intelligibilité et la compréhension mutuelle des rôles et des attentes du conseil et du personnel de gestion. Il entretient de bonnes relations de travail avec le président-directeur général (le « PDG ») et veille au maintien de rapports efficaces entre le ministre intéressé, les autres représentants du gouvernement et les partenaires clés.
5. est un membre d'office ayant droit de vote de tous les comités permanents du Conseil.
6. remplit toute autre fonction déterminée par le Conseil.
7. fait un compte rendu des activités de la régie à chaque assemblée annuelle.

Fonctions et responsabilités

Relation avec la direction

Le président du Conseil a les responsabilités suivantes :

1. Conseiller le PDG et lui prêter une oreille attentive, notamment en l'aidant à examiner les stratégies, définir les enjeux, assurer l'obligation de rendre des comptes **aux parties prenantes conformément aux meilleures pratiques et obligations législatives, ainsi que d'aider le PDG à ~~et~~ établir des relations.** Le président dirige le Conseil d'administration qui, lui-même, a autorité sur le PDG.
2. Représenter le Réseau de santé Vitalité (le « Réseau »).
3. Veiller à tenir le PDG au courant des préoccupations du gouvernement, du Conseil et des autres partenaires.
4. Diriger le Conseil dans l'examen et l'évaluation du rendement de le PDG, assurer l'imputabilité du PDG et veiller à ce que le PDG mette en place les plans de relève et de perfectionnement de l'équipe de leadership.
5. Travailler en étroite collaboration avec le PDG pour veiller à bien exposer les stratégies, les plans et le rendement de la direction aux membres du Conseil.
6. Agir à titre de principal porte-parole du Conseil.
7. Favoriser le maintien d'une relation constructive harmonieuse et de confiance entre le Conseil et l'équipe de leadership.

Gestion du Conseil d'administration

Le président du Conseil a les responsabilités suivantes :

1. Présider les réunions du Conseil et veiller à ce que l'on aborde les questions pertinentes.
2. Assumer la responsabilité du bon fonctionnement du Conseil.
3. Veiller à ce que les membres du Conseil connaissent leurs responsabilités et obligations envers le Réseau, le gouvernement et les autres partenaires et qu'ils jouent un rôle significatif et remplissent leur mandat au cours des réunions ou au sein des comités du Conseil.
4. S'assurer que le conseil joue pleinement son rôle, notamment à l'égard de l'approbation des orientations stratégiques, de la gestion de la performance et des risques ainsi que de la surveillance effective de la direction.
5. Est amené à faire en sorte que la responsabilité de supervision du Conseil ne s'exerce pas au détriment de celles plus opérationnelles de la direction générale.

6. S'assurer que les membres du Conseil agissent pour le bien du Réseau qu'ils administrent, et non en fonction des intérêts du groupe social ou professionnel dont ils sont issus.
7. Déterminer la fréquence des réunions du Conseil.
8. Aider le Comité de gouvernance et de mise en candidature à élaborer les critères de sélection des membres du Conseil et la liste des candidats éventuels à recommander au gouvernement aux fins de nomination et communiquer avec le gouvernement au sujet de ces critères. Il veille, avec l'apport du Comité de gouvernance et de mise en candidature, à ce que la provenance des membres du conseil soit suffisamment diversifiée, de façon que sa composition constitue une réelle valeur ajoutée.
9. Il s'emploie à créer un climat de confiance et de solidarité entre les membres. ~~Au besoin, il rencontre individuellement ceux qui manifestent des positions divergentes ou dissidentes, afin de rétablir la cohésion au sein du Conseil.~~
10. Assurer la liaison et la communication avec tous les membres du Conseil et les présidences de comité pour coordonner la rétroaction des membres et maximiser l'efficacité du Conseil d'administration et de ses comités.
11. Apporter son aide et assurer la coordination de l'ordre du jour, des trousseaux d'information et des événements pertinents pour les réunions du Conseil, de concert avec le PDG et l'adjoint administratif du Conseil. Réviser les procès-verbaux et signer les ententes.
12. Veiller à ce que les membres du Conseil comprennent, examinent, surveillent et approuvent les principaux projets du Réseau en temps opportun.
13. Veiller à ce que le Conseil reçoive des mises à jour adéquates et régulières de le PDG relativement à toutes les questions importantes pour le bien-être et l'avenir du Réseau.
14. Développer des consensus et favoriser le travail d'équipe au sein du Conseil.
15. Examiner les questions de conflits d'intérêts des membres du Conseil.
16. Veiller, en collaboration avec le PDG, à ce que l'information demandée au Conseil par les membres ou les comités soit fournie avec diligence et réponde à leurs besoins.
17. Veiller à la tenue d'évaluations à intervalles réguliers pour le Conseil, le président du Conseil, les comités et les membres du Conseil.

Relations avec le gouvernement et les autres partenaires

Le président du Conseil agit à titre de principal lien entre le Conseil, le ministre et le ministère et les autres agences gouvernementales pour les dossiers traitant du Conseil et le PDG agit à titre de principal lien pour la gestion et les affaires de l'organisation.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	FONCTIONS DU VICE-PRÉSIDENT		N° : CA-150
Section :	Orientation - Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur :	2022-06-21
Mandataire:	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2021-06-22
Approbateur:	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le :	2022-06-21
Établissement(s)/programme(s) :			

POLITIQUE

Disposition générale

1. Le vice-président du Conseil d'administration (le « Conseil ») est élu parmi les membres du Conseil lors de l'Assemblée générale annuelle du Réseau de santé Vitalité, suite à une recommandation du Comité de gouvernance et de mise en candidature.
2. Le mandat de la vice-présidence est d'une année renouvelable.

Fonctions du vice-président

1. Le vice-président doit avoir tous les pouvoirs et remplir toutes les fonctions du président en cas d'absence ou d'incapacité de ce dernier, ainsi que d'autres fonctions définies de temps à autre par le Conseil.
2. Advenant la démission du président du Conseil, le vice-président remplit les fonctions de la présidence du Conseil jusqu'à ce qu'une nouvelle personne soit nommée à ce poste.
3. Si le président et le vice-président du Conseil sont tous deux absents ou incapables de remplir leurs fonctions, le Conseil élit un président intérimaire parmi les membres du Conseil pour présider une réunion ou pour tout autre objet déterminé par le Conseil.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	FONCTIONS DU TRÉSORIER		N° : CA-160
Section :	Orientation – Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur :	2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2021-06-22
Approbateur:	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le :	2022-06-21
Établissement(s)/programme(s) :			

POLITIQUE

Nomination, mandat et qualités requises

1. Le trésorier du Conseil est élu parmi les membres du Conseil ayant droit de vote lors de l'assemblée générale annuelle du Conseil et à la suite d'une recommandation du Comité de gouvernance et de mise en candidature.
2. Le trésorier doit avoir des connaissances en gestion financière.
3. La durée du mandat du trésorier est d'une année; le mandat peut être renouvelable.

Fonctions du trésorier du Conseil d'administration

Le trésorier doit :

1. assurer la garde et le contrôle de tous les dossiers de titres, de tous les dossiers de fonds et des dossiers financiers;
2. présider le Comité des finances et de vérification;
3. soumettre un rapport financier au Conseil lors de chaque réunion ordinaire et un rapport annuel lors de l'assemblée annuelle du Conseil;
4. remplir toute autre fonction que lui confie le Conseil.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	FONCTIONS DU SECRÉTAIRE		N° : CA-170
Section :	Orientation - Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur :	2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2021-06-22
Approbateur:	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le :	2022-06-21
Établissement(s)/programme(s):			

POLITIQUE

Le secrétaire du Conseil d'administration (le « Conseil ») est le président-directeur général.

Fonctions du secrétaire

Le secrétaire doit :

- a) veiller à ce qu'un procès-verbal soit consigné pour chaque réunion;
- b) veiller à ce que la correspondance du Conseil soit traitée;
- c) veiller à ce que tous les rapports requis en vertu des lois et des règlements du Nouveau-Brunswick soient préparés;
- d) être le gardien de tous les procès-verbaux, des documents et des registres du Réseau de santé Vitalité (le « Réseau »);
- e) être le gardien du sceau du Réseau;
- f) veiller à ce que les avis de réunion du Conseil et des comités du Conseil soient envoyés aux membres;
- g) remplir d'autres fonctions dictées par le Conseil;
- h) veiller à ce que le Réseau respecte les lois et les règlements le régissant, ses règlements administratifs, ses règles ainsi que ses politiques;
- i) conseiller et appuyer le président et les membres du Conseil dans l'exercice de leurs fonctions;

Politique / Procédure N° : CA-170

- j) agir à titre de lien au niveau des communications et d'information pour les membres du Conseil;
- k) administrer, de concert avec le Comité de gouvernance et de mise en candidature, le code de conduite et morale et les directives en matière de conflits d'intérêts à l'intention des membres du Conseil.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	FONCTIONS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL	N° : CA-180
Section :	Orientation – Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur : 2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2021-06-22
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le : 2022-06-21
Établissement(s)/Programme(s) :		

POLITIQUE

Dispositions générales

Le ministre nomme un président-directeur général, lequel occupe son poste au gré du ministre et rend compte au Conseil d'administration (le « Conseil ») de la gestion générale et de la conduite des affaires internes de la régie régionale de la santé (la « RRS ») dans le cadre des règlements administratifs, des règles des règlements administratifs, des politiques et des directives du Conseil. Dans ces règlements administratifs, le PDG désigne le président-directeur général ou son délégué.

Fonctions

Le PDG est notamment dans le cadre de ses fonctions :

1. Responsable de la gestion de la RRS;
2. Responsable de la sélection, de l'embauche, du contrôle, du perfectionnement, de l'orientation et du renvoi de tous les employés;
3. Tenu d'assister à toutes les réunions du Conseil et de ses comités, à moins d'en être exempté par le Conseil;
4. Membre d'office sans droit de vote de tous les comités de la RRS, y compris tous les comités et les sous-comités du Conseil;
5. Responsable de prendre les mesures nécessaires pour répondre aux exigences du plan de santé et d'affaires approuvé de la RRS, de la *Loi sur les régies régionales de la santé* et de la *Loi hospitalière* et ses règlements, d'appliquer les règlements administratifs, les règles des règlements administratifs et les politiques du Conseil et de veiller à ce que le personnel de la RRS respecte toutes les lois applicables à la RRS;
6. Tenu de nommer un délégué à son choix;
7. Seul tenu de rendre compte au Conseil des questions portant sur la qualité et la sécurité à la section B.13.5 des règlements administratifs (responsabilités du médecin-chef).

Responsabilités

1. Élaborer des plans stratégiques et opérationnels et des plans de santé et d'affaires conformes à la vision et à la mission du Réseau et les recommander au Conseil, y compris la préparation de mises à jour ou encore de modifications à ces plans, au besoin, et signifier l'implication du Conseil dans les étapes initiales de l'élaboration de stratégies.
2. Mettre en œuvre les plans d'exploitation et d'immobilisations annuels approuvés par le Conseil ainsi qu'en assurer le suivi sur les plans opérationnels et financiers et l'atteinte des résultats escomptés. Présenter des rapports au Conseil à intervalles réguliers à cet égard et prendre les mesures d'amélioration qui s'imposent.
3. Effectuer des prévisions annuelles des revenus, des dépenses, des résultats opérationnels et du rendement financier.
4. Tenir les membres du Conseil au fait de toutes les questions importantes d'ordre opérationnel, financier ou autre touchant le Réseau, incluant celles provenant des divers paliers de gouvernement et des partenaires.
5. Autoriser l'engagement de fonds dans les projets d'immobilisations figurant dans les budgets approuvés par le Conseil.
6. Conclure des ententes, des contrats, des baux et d'autres transactions dans la conduite des affaires ordinaires de façon à poursuivre les stratégies, les plans et les objectifs approuvés par le Conseil à condition, cependant, de présenter des rapports réguliers et opportuns au Conseil relativement aux engagements et aux risques importants.
7. Déterminer les principaux risques liés aux opérations du Réseau et mettre en place les systèmes nécessaires pour gérer ces risques.
8. Développer et maintenir en place une structure organisationnelle solide et efficace et voir au recrutement, à l'embauche et, le cas échéant, au congédiement des employés ainsi qu'à leur formation et à leur perfectionnement.
9. Donner aux membres du Conseil l'occasion de rencontrer les cadres clés du Réseau lors des réunions du Conseil et des comités.
10. Veiller à ce que les responsabilités et les pouvoirs de tous les membres du Réseau soient clairement définis.
11. Établir des mécanismes de contrôle et de coordination efficaces pour toutes les opérations et les activités et assurer l'intégrité des systèmes de contrôle interne et de gestion, de même que des systèmes cliniques.
12. Assurer des communications efficaces avec les ministres concernés et entretenir de bonnes relations avec les organismes non gouvernementaux, les établissements d'enseignement, les organismes professionnels de réglementation, les autres organismes offrant des soins de santé, le grand public, les fondations et les autres partenaires clés.

13. Agir à titre de porte-parole principal du Réseau en matière de gestion.
14. Assurer le fonctionnement sécuritaire et efficace du Réseau et veiller au respect des directives et des pratiques du Réseau en matière de gestion, d'environnement, de santé et de sécurité.
15. Veiller à ce que toutes les opérations et les activités du Réseau soient menées conformément aux lois, aux règlements, au code de conduite et de morale et aux lignes directrices en matière de conflits d'intérêts (CA-135), aux codes de valeurs organisationnelles, aux pratiques commerciales loyales, de même que conformément aux directives et aux pratiques approuvées par le Conseil.
16. Promouvoir une culture organisationnelle favorisant des pratiques conformes à la déontologie et le respect en milieu de travail, de même que le respect de la personne et la responsabilité sociale.
17. S'assurer que la qualité, la sécurité et la gestion des risques sont des priorités pour l'organisation afin de garantir la prestation de soins de la plus haute qualité aux patients et aux clients du Réseau.
18. Créer un milieu de travail positif favorable à la créativité et à l'innovation, qui encourage la communication responsable, ouverte, transparente et efficace et qui stimule la satisfaction des membres du personnel, des médecins et des bénévoles.
19. Assurer une présence visible et accessible à l'intérieur du Réseau de sorte à favoriser des relations solides avec tous les niveaux de gestion, les membres du personnel et les syndicats.
20. Établir des liens étroits avec les fondations et les organismes auxiliaires associés en participant activement à leurs activités.
21. Appuyer l'intégration du système de santé et la création de liens solides avec la collectivité et d'autres partenaires des soins de santé dans le but d'améliorer l'état de santé de la population.
22. Établir et conserver une forte présence dans la collectivité en communiquant ouvertement et régulièrement avec la population et en participant avec enthousiasme à des activités communautaires.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	PLANIFICATION STRATÉGIQUE		N° : CA-190
Section :	Gouvernance générale	Date d'entrée en vigueur :	2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2021-06-22
Approbateur:	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le :	2022-06-21
Établissement(s)/programme(s):			

BUT

Définir le rôle du Conseil d'administration (le « Conseil »), de même que les principes généraux dans le cadre du processus de planification stratégique.

DÉFINITIONS

À l'externe : représente les publics cibles suivants : les patients et leur famille, la population en général, les Premières Nations, les organismes communautaires, les organismes de sensibilisation et de soutien, les mouvements associatifs et les municipalités

À l'interne : représente les publics cibles suivants : les médecins, les employés, les syndicats, les gestionnaires, l'équipe de leadership et le Conseil d'administration

POLITIQUE

Le Conseil doit superviser le processus de planification stratégique pour élaborer la vision, la mission et les valeurs de l'organisation, ainsi que pour établir son plan, ses buts et ses orientations stratégiques.

L'approbation et le suivi du plan stratégique sont la responsabilité du Conseil.

Cadre du processus de planification stratégique

1. De façon générale, le processus respecte les principes suivants :
 - a) une démarche consultative à l'interne, ainsi qu'à l'externe;
 - b) le développement d'un plan stratégique triennal;
 - c) une diffusion à l'interne et à l'externe du plan stratégique et de l'évolution des progrès.

2. La démarche de planification stratégique comprend la révision des éléments suivants :
 - a) l'énoncé de mission;
 - b) l'énoncé de vision à long terme;
 - c) les valeurs.

3. La démarche comprend la détermination des forces, des faiblesses, des menaces et des possibilités du Réseau. Pour ce faire, les éléments suivants sont analysés :
 - a) les besoins en santé de la population dans tout le continuum de services;
 - b) les facteurs politiques, économiques, sociaux, environnementaux et technologiques;
 - c) les plans de développement antérieurs, y compris le plan stratégique et le Plan régional de santé et d'affaires;
 - d) les orientations ministérielles et gouvernementales, ainsi que les priorités d'autres parties prenantes (ex. : Agrément Canada).

4. L'analyse de l'environnement conduit à la détermination des grands enjeux organisationnels, desquels découlent :
 - a) les orientations stratégiques;
 - b) les objectifs stratégiques.

5. Des réunions et/ou des retraites du Conseil ont lieu pour :
 - a) appuyer et/ou réaffirmer la vision, la mission et les valeurs;
 - b) superviser le processus de planification stratégique et approuver le plan stratégique;
 - c) réviser le plan stratégique au besoin et établir les priorités annuelles;
 - d) suivre les progrès en vue d'atteindre les résultats stratégiques.

6. Une fois le plan stratégique développé, toutes les initiatives stratégiques entreprises par l'organisation sont mesurées par rapport au progrès vers la réalisation du plan.

7. Un plan opérationnel annuel est élaboré à partir des priorités établies par le Conseil. Il assure l'atteinte de l'ensemble des objectifs du plan stratégique à la fin du cycle triennal.

8. Le plan opérationnel est sous la responsabilité du P.-D.G. et fait partie intégrante de l'évaluation de la performance de la direction. En outre, les objectifs annuels sont utilisés pour déterminer les objectifs de rendement des cadres supérieurs.

9. Un examen annuel des objectifs de l'organisation est effectué par le P.-D.G. et les cadres supérieurs en vue d'un examen par le Conseil.

10. Des rapports de suivi et de progrès sont fournis au Conseil sur une base régulière selon le plan de travail annuel du Conseil, ainsi que le cycle de planification du Réseau.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	CODE D'ÉTHIQUE	N° : CA-205
Section :	Orientation – Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur : 2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2021-06-22
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le : 2022-06-21
Établissement(s)/programme(s) :		

BUT

Définir les responsabilités des membres du Conseil d'administration (le « Conseil ») et du président-directeur général (le « PDG ») relativement au code d'éthique du Réseau de santé Vitalité (le « Réseau »).

POLITIQUE

1. Tous les membres du Conseil doivent recevoir une copie du code d'éthique du Réseau en début de mandat et subséquemment en cours de mandat lorsque le code d'éthique est révisé.
2. Les membres du Conseil doivent appuyer le [code d'éthique](#) du Réseau (RP-117B).
3. Le PDG doit mettre en place toute structure, toute campagne de promotion, tout processus ou toute directive permettant la mise en œuvre du code d'éthique du Réseau.
4. Le PDG doit soumettre au Conseil des rapports périodiques faisant état de la situation de la question éthique au sein du Réseau, y compris des mesures correctrices, le cas échéant. Il doit également signaler au Conseil tout manquement au code d'éthique et les mesures prises en ce sens.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	ORIENTATION DES NOUVEAUX MEMBRES		N° : CA-210
Section :	Orientation – Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur :	2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2021-06-22
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le :	2022-06-21
Établissement(s)/programme(s) :			

BUTS

1. Permettre aux membres d'acquérir les connaissances nécessaires et d'avoir la compréhension indispensable à tout membre du Conseil d'administration (le «Conseil») qui se veut efficace.
2. Raffermer les liens entre les nouveaux membres et ceux déjà en poste en leur permettant de s'entraider et de s'entendre sur la façon dont ils s'acquitteront de leurs tâches.

POLITIQUE

1. Le manuel d'orientation des nouveaux membres et le tableau des activités de mentorat sont approuvés par le Comité de gouvernance et de mise en candidature.
2. L'orientation des nouveaux membres est planifiée et organisée par le président du Conseil et le président-directeur général (le «P.-D.G.»). Ces derniers ont recours à de l'expertise au sein du Réseau de santé Vitalité (le «Réseau») et à de l'expertise externe, s'il y a lieu, en fonction des besoins et des domaines d'intérêt particuliers des nouveaux membres.
3. Pendant la première année d'un nouveau membre au sein du Conseil, les membres en poste sont appelés à agir à titre de mentors auprès de ce nouveau membre.

Chaque nouveau membre (y compris un nouveau médecin chef et un nouveau président du Comité professionnel consultatif) reçoit une orientation complète selon les dispositions suivantes :

1. Orientation préalable à la première réunion du Conseil faisant suite à sa nomination
 - a. Il reçoit le Manuel d'orientation.

- b. Il participe à l'orientation avec le président du Conseil, le P.-D.G. et le mentor désigné.
 - c. Il rencontre le mentor désigné.
 - d. Il révise les politiques du Conseil et les règles de bonne gouvernance.
 - e. Il révise les rôles et les responsabilités des membres du Conseil et les responsabilités du personnel.
 - f. Il reçoit un aperçu de l'historique du Réseau, de ses caractéristiques, de ses défis et de ses possibilités ainsi que des dossiers et des tendances qui semblent se dégager.
 - g. Il révise les mandats des différents comités du Conseil et discute des intérêts et des compétences pour siéger à certains de ces comités.
 - h. Il examine les procès-verbaux des dernières réunions.
 - i. Il signe et retourne les documents suivants :
 - i. Énoncé de conflit d'intérêts;
 - ii. Gage de confidentialité;
 - iii. Code d'éthique;
 - iv. Intérêt à participer à certains comités;
 - v. Tableau des activités de mentorat.
2. Orientation et formation continue pendant la première année
- a. Orientation sur le rôle et les responsabilités d'une gouvernance efficace.
 - b. Orientation vers le monde des soins de santé et des hôpitaux.
 - c. Orientation au Réseau en tant qu'organisation.
3. Activités qui peuvent être accomplies pendant la première année au sein du Conseil
Le mentor est responsable d'établir le premier contact avec le nouveau membre. Par la suite, le mentor et le nouveau membre établissent ensemble un plan de rencontres, la fréquence à laquelle les rencontres auront lieu, etc. en se basant sur les paramètres suivants :

Phase 1 – Durant les 6 premiers mois, le nouveau membre :

- Siège au moins une fois à chaque comité au besoin;
- Continue de rencontrer régulièrement son mentor avant chaque réunion du Conseil et accomplit les activités jugées nécessaires dans le tableau des activités de mentorat;
- Lit des références, des articles et des journaux sur la gouvernance;
- Participe aux séances de formation continue offertes par le Conseil.

Phase 2 – Durant les 12 premiers mois, le nouveau membre :

- Continue de rencontrer régulièrement son mentor et accomplit les activités jugées nécessaires dans le tableau des activités de mentorat;
- Continue de lire des journaux et des articles appropriés sur la gouvernance;
- Participe aux séances de formation continue;
- Assiste à l'assemblée générale annuelle.

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

Cadre de référence pour le mentor et le nouveau membre du Conseil

Le cadre de référence contient des exemples suggérés d'activités auxquelles le mentor et le nouveau membre du Conseil peuvent participer ensemble dans le but de créer une expérience de mentorat enrichissante et structurée. Ces activités peuvent servir d'évaluation entre le mentor et le nouveau membre à tout moment. Le tableau sert à noter les activités accomplies et s'il y a lieu de poursuivre d'autres possibilités d'apprentissage.

Tableau des activités de mentorat	Date accomplie
Un mentor est assigné à chaque nouveau membre du Conseil.	
Le mentor et le nouveau membre sont présentés lors d'une réunion initiale commune avec le président du Conseil et le P.-D.G.	
Le mentor et le nouveau membre partagent leur expérience professionnelle mutuelle, expertise et de l'expérience avec les soins de santé.	
Le mentor planifie un appel initial ou une rencontre avec le nouveau membre.	
Le mentor et le nouveau membre discutent et s'entendent sur comment ils vont travailler ensemble.	
Le mentor et le nouveau membre participent à la session d'orientation pour les nouveaux membres du Conseil.	
Le mentor attire l'attention aux éléments dans le manuel d'orientation qui portent sur les plus grands enjeux de l'organisation et du Conseil.	
Le mentor travaille avec les présidents des comités pour s'assurer que le nouveau membre a la possibilité d'assister aux réunions des comités du Conseil au moins une fois.	
Le mentor s'assure que le nouveau membre a complété tous les programmes de formation requis.	
Le mentor rencontre l'Équipe de leadership pour examiner les questions et les défis actuels si besoin.	
Le mentor et le nouveau membre rencontrent le médecin-chef régional et les médecins qui sont membres du Conseil au besoin.	
Le mentor et le nouveau membre rencontrent le P.-D.G. et le président du Conseil pour une discussion générale.	
Le mentor travaille avec le nouveau membre pour identifier les besoins d'apprentissage supplémentaires.	

Politique / Procédure N°: CA-210

Le nouveau membre assiste à une réunion des présidents des comités du Conseil pour un aperçu de la portée de chaque comité.	
Le mentor et le nouveau membre donnent un suivi de l'intégration du nouveau membre à chaque réunion du Conseil en personne ou par téléconférence.	
Le mentor ou le nouveau membre se partage des articles éducatifs en lien avec la gouvernance.	
Après la première année, le mentor et le nouveau membre déterminent si une interaction continue serait bénéfique.	
Après la première année, le président du Conseil et le P.-D.G. convoquent une entrevue avec le mentor et le nouveau membre.	

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	RÉMUNÉRATION DES MEMBRES		N° : CA-215
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur :	2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2021-06-22
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le :	2022-06-21
Établissement(s)/programme(s) :			

POLITIQUE

Dispositions générales

Cette politique s'applique au président et aux membres du Conseil d'administration (le « Conseil ») du Réseau de santé Vitalité (le « Réseau »).

Le président et les membres du Conseil ne sont pas des employés du gouvernement du Nouveau-Brunswick et ne sont pas assujettis aux conditions d'emploi de celui-ci.

Mis à part les frais de déplacement exigibles, aucune rémunération n'est payée aux :

- Employés du gouvernement du Nouveau-Brunswick;
- Employés de tout organisme, conseil ou commission;
- Employés du gouvernement du Canada;
- Employés de toute administration municipale

qui sont désignés en qualité de représentants ou qui sont nommés à titre officiel dans le cadre de leur emploi.

Une rémunération peut être payée à un employé qui a été nommé à titre personnel. Si une réunion a lieu après les heures de travail, l'employé peut recevoir l'indemnité journalière prévue. Si une réunion a lieu durant les heures de travail normales, l'employé peut, avec l'accord de l'employeur, recevoir son salaire normal ou bénéficier d'un congé sans solde et toucher l'indemnité journalière prévue.

La rémunération peut seulement être payée à la personne désignée dans l'acte qui la nomme membre du Conseil.

Indemnité journalière

Le tarif maximal de l'indemnité journalière versée à la présidente et aux membres du Conseil s'établit à 500 \$ par journée de réunion, peu importe si le temps de déplacement ou de séjour excède une journée complète (24 h). L'indemnité est payée de la manière prescrite ci-dessous.

Réunions ou audiences en bonne et due forme

Les personnes nommées qui assistent à une réunion ou à une audience en bonne et due forme qui dure au plus quatre (4) heures incluant le temps réel de déplacement¹ reçoivent la moitié du tarif de l'indemnité journalière.

Les personnes nommées qui assistent à une réunion ou à une audience en bonne et due forme qui dure plus de quatre (4) heures incluant le temps réel de déplacement reçoivent le plein tarif de l'indemnité journalière.

Aucune rémunération n'est payée pour les réunions ou les activités accessoires qui se déroulent avant ou après les réunions ou les audiences en bonne et due forme. Le tarif de l'indemnité journalière est réputé tenir compte de ces réunions et de ces activités.

Aucune distinction n'est faite entre la participation en personne et la participation par moyen électronique (vidéoconférence, téléphone, etc.) ou par tout autre moyen pouvant permettre aux participants à la réunion de communiquer adéquatement entre elles.

Seulement une indemnité journalière est payée à une personne nommée pour une journée en particulier. Cette restriction s'applique notamment aux personnes qui sont membres du Conseil d'administration de plusieurs sociétés de la Couronne, organisme, conseil ou commission et qui sont tenues d'assister à plus d'une réunion au cours d'une journée.

Rédaction de décisions et de rapports

Une rémunération peut être payée pour le temps consacré à la rédaction de décisions ou de rapports lorsque ce travail est raisonnablement susceptible d'exiger au moins deux heures et au plus une journée.

Aucune rémunération n'est payée pour la révision de rapports.

Préparation des réunions et des audiences

Une rémunération supplémentaire équivalente au maximum à une indemnité journalière peut être payée pour le temps consacré à la préparation, si ce travail constitue un élément important des tâches confiées à la personne et s'il s'ajoute aux préparatifs

¹ «Temps réel de déplacement» signifie le temps nécessaire à un membre du Conseil pour se déplacer afin d'assister à une réunion du Conseil ou de ses comités.

normaux d'une réunion (c'est-à-dire une recherche importante, la préparation d'un document de travail, etc.).

Aucune rémunération n'est payée pour des activités comme l'étude de l'ordre du jour, la collecte de renseignements ou d'autres activités normales dans le cadre de la préparation d'une réunion. Le tarif de l'indemnité journalière est réputé tenir compte de ces activités.

Autres obligations à caractère officiel

Sauf en cas de restriction expresse de la loi, la présidente et les membres du Conseil auxquels la présidente demande de s'acquitter d'obligations à caractère officiel au nom du Conseil ont droit au paiement d'une rémunération à un tarif quotidien équivalent à celui de l'indemnité journalière :

- Pour une journée qui dure au plus quatre (4) heures de travail, les membres ont droit à la moitié du tarif de l'indemnité journalière;
- Pour une journée de plus de quatre (4) heures de travail, les membres ont droit au plein tarif de l'indemnité journalière.

Les membres ne sont pas rémunérés pour le temps qu'ils consacrent de leur propre chef à assister à des conférences, à prononcer des allocutions ou à participer à des activités sociales, et ils n'ont pas droit au remboursement de leurs repas ni de leurs frais de déplacement à ces événements.

Frais de déplacement

Les déplacements pour se rendre à une réunion du Conseil et pour en revenir ne sont pas remboursés, sauf si le membre réside à plus de 16 kilomètres du lieu de la réunion.

Les membres qui doivent payer des frais de transport, d'hébergement, de repas et d'autres menues dépenses dans le cadre de leurs fonctions à titre de membre du Conseil peuvent se faire rembourser aux tarifs établis par le Conseil de gestion pour les frais de déplacement dans sa politique AD-2801 (voir Annexe CA-215-2).

Une indemnité de 5 \$ est accordée pour les dépenses personnelles engagées par nuit passée en déplacement (par exemple les appels téléphoniques personnels, les frais pour bagages, etc.).

Les cotisations et les droits d'adhésion aux associations professionnelles ne sont pas remboursés.

Autres

La rémunération (indemnité journalière) des membres est assujettie aux retenues à la source pour l'impôt, le Régime de pensions du Canada et pour l'assurance emploi.

Politique / Procédure N° : CA-215

Le remboursement des frais de déplacement n'est pas assujéti aux retenues à la source pour l'impôt, le Régime de pensions du Canada et pour l'assurance-emploi.

La rémunération est déclarée chaque année à l'Agence du revenu du Canada au moyen d'un feuillet T4-A supplémentaire.

Les membres bénéficient des dispositions de la politique administrative AD-3108 du Conseil de gestion en matière de responsabilité personnelle.

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

Formulaire de réclamation	Vitalité - Dépenses et réclamations - conseil d'administration						
Réseau de santé Vitalité							
Nom: _____							
Adresse postale: _____							

I. DÉPENSES DE DÉPLACEMENT							
Raison du déplacement				IMPRIMEZ SI COMPLET ET VEUILLEZ ATTACHER TOUS LES REÇUS			
<input type="checkbox"/> Conseil d'administration. : Date : _____		<input type="checkbox"/> Comité gouvernance et mise en candidature : Date : _____					
<input type="checkbox"/> Comité finances et vérification : Date : _____		<input type="checkbox"/> Comité services clientèle qualité sécurité : Date : _____					
<input type="checkbox"/> Comité stratégique et formation : Date : _____		<input type="checkbox"/> Autre : _____ Date : _____					
<input type="checkbox"/> Autre : _____ Date : _____		<input type="checkbox"/> Autre : _____ Date : _____					
				Total			
A. Indemnité de kilométrage							
	Déplacement	Date	De	À	Km	Tarif	
	1					0.50 \$	
	2					0.50 \$	
	3					0.50 \$	
	4					0.50 \$	
B. Indemnité de repas							
À l'intérieur de la province				À l'extérieur de la province			
	# de repas	Tarif:	Sous-total:		# de repas	Tarif:	Sous-total:
Petit-déjeuner	_____	7.50 \$	_____	Petit-déjeuner	_____	10.00 \$	_____
Déjeuner	_____	10.50 \$	_____	Déjeuner	_____	12.00 \$	_____
Dîner	_____	19.50 \$	_____	Dîner	_____	24.00 \$	_____
ou indemnité quotidienne	_____	37.50 \$	_____	ou indemnité quotidienne	_____	46.00 \$	_____
C. Hébergement							
	# de jours	_____	Facture totale		_____	\$	
D. Location d'auto							
	# de jours	_____	Facture totale		_____	\$	
			Essence		_____	\$	
			(Si applicable)				
E. Dépenses connexes							
		Tarif :	5.00 \$	# de soir	_____		
F. Autres dépenses de déplacement							
Description:				Facture totale		_____	\$
_____						_____	\$
_____						_____	\$
_____						_____	\$
TOTAL DES DÉPENSES DE DÉPLACEMENT						TOTAL =>	
II. DÉPENSES NON-RELIÉES AU DÉPLACEMENT							
Description:				Facture totale		_____	\$
_____						_____	\$
_____						_____	\$
_____						_____	\$
_____						_____	\$
TOTAL DES DÉPENSES NON-RELIÉES AU DÉPLACEMENT						TOTAL =>	
III. DÉPENSES PER DIEM							
	Demi-journée	250.00 \$	# jours	_____			
	Pleine journée	500.00 \$	# jours	_____			
TOTAL DES DÉPENSES PER DIEM						TOTAL =>	
TOTAL DES DÉPENSES RECLAMÉES						GRAND TOTAL =>	
J'atteste que ces dépenses sont véridiques et ont été engagées par affaires pour l'hôpital seulement.							
Signature _____				Date: _____			
Vérifié et approuvé _____				Date: _____			
*****Toutes réclamations seront payées en dollars canadiens à moins d'être autrement spécifié.						\$ américains _____	
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;"> IMPRIMEZ SI COMPLET ET VEUILLEZ ATTACHER TOUS LES REÇUS </div>							
Réservé à la comptabilité							
Distribution	Montant					Distribution	Montant
TVH/HST	_____					_____	_____
_____	_____					_____	_____

RÉMUNÉRATION DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Taux en vigueur : ~~avril 2012~~ juin 2022

Déplacements : Automobile : ~~0,44~~ 0,50 \$ le kilomètre
 Avion : Reçus à l'appui

<u>Repas</u> :	<u>Nouveau-Brunswick</u>	<u>Hors province</u>
Déjeuner :	7,50 10,25 \$	10,00 13,60 \$
Dîner :	10,50 14,35 \$	12,00 16,30 \$
Souper :	19,50 26,60 \$	24,00 32,65 \$

Logement : Hôtel : Reçus à l'appui
 Résidence privée : 25,00 \$

Autres : Reçus à l'appui

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	LANGUES OFFICIELLES		N° : CA-220
Section :	Orientation - Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur :	2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2021-06-22
Approbateur:	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le :	2022-06-21
Établissement(s)/programme(s) :			

BUT

Le Réseau de santé Vitalité (le « Réseau ») est un chef de file francophone en santé au Nouveau-Brunswick. Il a également l'obligation de respecter les exigences contenues dans la *Loi sur les langues officielles* et la *Loi sur les régies régionales de la santé* afin de voir à ce que les membres du public puissent accéder aux services et programmes offerts par le Réseau dans la langue officielle de leur choix et d'établir les exigences en matière de langues officielles en ce qui a trait à son fonctionnement interne.

DÉFINITIONS

Public :

Désigne toute personne ou tout groupe de personnes; toute association ou tout organisme à but lucratif et à but non lucratif; toute municipalité ou tout organisme municipal; tout ministère ou organisme provincial ou fédéral; tout organisme non gouvernemental ainsi que son représentant.

Services de qualité égale :

Services offerts activement dans les deux langues officielles et qui sont disponibles dans la langue de choix du client sans délai indu.

Offre active (offrir activement) :

On entend par offre active de prendre les mesures qui s'imposent pour indiquer aux membres du public qu'ils peuvent obtenir des services dans la langue officielle de leur choix. L'offre active consiste à préciser au public dès le premier contact que les services sont disponibles dans les deux langues officielles, et ce, sans que le membre du public ait à le demander.

Programme :

Désigne tout programme, comme la Santé publique, la Santé mentale et tout autre programme similaire.

Langue de service :

Se rapporte à l'offre active et à la prestation de tous les services offerts par le Réseau en français et en anglais partout dans les établissements de santé, programmes ou hôpitaux de la province. Les membres du public ont tous le droit légal de recevoir des services et des soins de santé dans la langue officielle de leur choix.

A. Services au public

En conformité avec la *Loi sur les langues officielles* et la *Loi sur les régies régionales de la santé*, le Réseau s'engage à garantir la prestation de services de qualité égale¹ au public dans les deux langues officielles reconnues par la province dans tous ses établissements et programmes², et ce, par respect de la présence des deux communautés linguistiques sur son territoire.

1. En matière de langue de service, le Réseau a la responsabilité de mettre en application la politique et les lignes directrices sur les langues officielles – Langue de service du gouvernement du Nouveau-Brunswick.
 - 1.1 Le Réseau s'engage ainsi à prendre les moyens nécessaires pour offrir activement au public les services dans la langue de son choix et à l'en informer.
 - 1.2 Le Réseau doit avoir sur place en tout temps les ressources linguistiques nécessaires pour respecter ses obligations lorsque vient le temps d'offrir et de fournir des services au public.
 - 1.3 Le Réseau doit veiller à ce que l'affichage public ou visible par le public, les autres publications et communications destinées au public soient offertes dans les deux langues officielles. Cela inclut notamment les communications écrites et verbales, les technologies de communication (p. ex. : boîtes vocales) ainsi que le site Web.
 - 1.4 Dans le but d'aider à remplir ses obligations en matière de langues officielles, le Réseau doit développer et maintenir un profil linguistique de ses employés afin d'assurer qu'il possède la capacité d'offrir des services de qualité dans les deux langues officielles.

B. Fonctionnement interne

1. La langue de fonctionnement du Conseil d'administration (le « Conseil ») et du siège social du Réseau est le français. Pour s'acquitter de cette responsabilité légale :
 - 1.1 Tous les membres du Conseil doivent pouvoir fonctionner pleinement en français (verbal et écrit).
 - 1.2 Tous les documents provenant du Gouvernement du N.-B. (ministère de la Santé, ministère du Transport et d'Infrastructure, ministère du Développement social, Service NB etc.) incluant les appels d'offres doivent être soumis en français en même temps que la version anglaise.
 - 1.3 Dans les endroits publics, lorsque le Réseau a recours à des médias quelconques (radio, reportage, medium éducatif), le français sera privilégié.
2. Les réunions du Conseil se déroulent en français.
 - 2.1 Le Réseau est cependant responsable d'offrir des services d'interprétation simultanée lors des réunions publiques du Conseil.
 - 2.2 Les procès-verbaux des réunions publiques et les règlements administratifs du Conseil doivent également être disponibles dans les deux langues officielles.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	COMMUNICATIONS ET RELATIONS PUBLIQUES	N° : CA-225
Section :	Orientation – Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur : 2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2021-06-22
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le : 2022-06-21
Établissement(s)/programme(s) :		

POLITIQUE

Ce document inclut toutes les politiques du Conseil d'administration (le « Conseil ») qui traitent des communications et des relations publiques :

- Communications internes du Conseil;
- Protocole au sujet des relations avec les médias;
- Réunions du Conseil;
- Relations avec le personnel, les partenaires et la collectivité.

1. Politiques en matière de communications internes au Conseil

Cette politique offre au Réseau de santé Vitalité (le « Réseau ») une marche à suivre concernant la communication de renseignements aux membres de son Conseil.

Les communications aux membres du Conseil se dérouleront selon le processus suivant :

Renseignements à caractère extraordinaire

Les renseignements de ce genre ont la caractéristique clé d'être à l'extérieur des limites des opérations régulières du Réseau. Certains de ces renseignements auront trait à des crises alors que d'autres seront de nature non récurrente. Ces renseignements seront communiqués aux membres du Conseil sur une base urgente :

- a. Les questions ayant trait aux postes du président et du président-directeur général (le « PDG ») qui touchent l'ensemble des opérations du Réseau (p. ex., une nomination ou une démission);
- b. Les crises majeures dans la prestation des services résultant potentiellement d'une erreur dans la prestation des services;

- c. Les questions ayant trait aux membres du Conseil (nomination, démission) ainsi que toute autre question jugée extraordinaire par le président du Conseil.

Renseignements sur les questions relatives aux opérations majeures du Réseau

Les renseignements clés permettant d'informer les membres du Conseil au sujet des progrès du Réseau seront communiqués sur une base continue selon le processus et les échéanciers en place pour la communication des progrès et des rapports d'étapes acceptés par le Conseil en consultation avec le personnel.

Devoirs et responsabilités

À l'exception des renseignements ayant trait au poste du PDG qui seront communiqués par le président ou son mandataire, il est de la responsabilité du PDG de s'assurer que les renseignements sont communiqués aux membres du Conseil dans des délais raisonnables selon le processus et les échéanciers ci-dessus.

On encourage les membres du Conseil à apporter à l'attention du président, du PDG et du directeur des Communications les préoccupations soulevées par les membres de la communauté.

Mise en œuvre et suivi

Le PDG est responsable de mettre en place toute stratégie permettant la mise en œuvre de cette politique sur les communications et les relations publiques. Le Comité de gouvernance et de mise en candidature fera le suivi quant aux activités visant la mise en œuvre de cette politique et à leur efficacité et fera des recommandations au Conseil pour des amendements lorsque jugé nécessaire.

2. Protocole au sujet des relations avec les médias

Le protocole au sujet des relations avec les médias régit la façon dont les décisions du Conseil sont communiquées au public. Il comprend deux sections :

- a. Principes directeurs à l'intention des membres du Conseil;
- b. Devoirs et responsabilités en matière de communications – le président, les membres du Conseil, le PDG et le personnel des Communications et des relations publiques.

Principes directeurs à l'intention des membres du Conseil

- a. Les membres du Conseil doivent représenter le meilleur intérêt du territoire entier du Réseau et non seulement leur communauté d'origine;
- b. Les membres du Conseil se doivent de respecter et d'appuyer les décisions et positions officielles du Conseil dans toute communication subséquente de ces décisions et positions adoptées par le Conseil.

Devoirs et responsabilités en matière de communications

Le président du Conseil

Le président du Conseil est le porte-parole officiel du Conseil. Le président du Conseil peut émettre des commentaires sur des questions touchant la gouvernance (décisions du Conseil, nominations/départs de membres du Conseil, etc.) et ayant trait à des dossiers provinciaux (réactions à une décision du gouvernement, les budgets, la nomination du ministre de la Santé, etc.).

Le président du Conseil peut aussi émettre des commentaires au nom du PDG en son absence. De même, en l'absence de celui-ci, le PDG peut émettre des commentaires au nom du président. Le vice-président ou un membre du Conseil peuvent aussi être désignés pour émettre des commentaires en l'absence du président du Conseil.

Le PDG

Le PDG est le porte-parole principal pour les questions d'ordre opérationnel du Réseau. Ceci couvre les domaines tels que les établissements et les services, les ressources humaines, la communication en temps de crise, les relations de travail et la gestion financière. Le PDG peut nommer un mandataire parmi l'équipe de direction pour émettre des commentaires sur des dossiers précis.

Le personnel des Communications

Le Service des communications est le principal point de contact des médias et détient l'autorité principale d'émettre des communiqués de presse au nom du Réseau. Tous les appels des médias doivent être dirigés au Service des communications afin d'assurer une réponse dans des délais raisonnables. Le personnel du Réseau doit s'efforcer de répondre aux demandes des médias rapidement en travaillant en collaboration avec le Service des communications.

Si nécessaire, le Service des communications peut aussi préparer le matériel de soutien tels les messages clés qui doivent être utilisés par le porte-parole traitant d'un sujet particulier.

3. Politique relative aux réunions du Conseil

Le Conseil se rencontre au moins quatre fois par année ou plus fréquemment si nécessaire. La fréquence des réunions peut changer à tout moment à la discrétion du Conseil.

Toute réunion publique comprendra, à la suite de la levée de l'assemblée, une période de dialogue avec le public.

Les réunions des comités du Conseil se tiennent à huis clos.

Réunions du Conseil à huis clos

Afin de protéger la vie privée des particuliers, l'intérêt des affaires des particuliers et des entreprises ou l'intérêt public, certains points ou dossiers ne seront pas traités lors des séances publiques du Conseil, mais plutôt lors de séances à huis clos. Le Conseil déterminera les points qui doivent être mis à l'ordre du jour de la séance à huis clos. Le Conseil exercera sa discrétion pour traiter certains points à huis clos en tenant compte de la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé* et d'autres lois applicables à titre de guide. La communication des décisions prises par le Conseil lors de réunions à huis clos sera conforme aux dispositions de ces lois, mais pourra être étendue pour inclure la documentation relative à la prise de décisions.

Réunions publiques du Conseil

Les réunions publiques du Conseil sont ouvertes à tous et, sous réserve des procédures établies par le Conseil, les personnes qui ne sont pas membres du Conseil sont autorisées à assister en personne aux réunions du Conseil à titre d'observateurs, et, dans des circonstances exceptionnelles, peuvent intervenir devant le Conseil.

Les réunions se dérouleront en accord avec les règlements administratifs et les politiques et procédures du Réseau.

La participation aux discussions du Conseil durant la réunion est limitée aux membres du Conseil, au PDG et aux autres membres de l'équipe de leadership ou à une tierce partie pouvant être présente sur invitation du Conseil.

Les réunions publiques seront suivies d'un dialogue avec le public. Dans le but d'assurer le bon déroulement des échanges, de permettre la diversité des groupes et d'offrir à tous les intervenants un temps de parole équitable, il faut respecter ce qui suit :

Procédures lors des réunions publiques du Conseil

Une personne qui désire s'adresser au Conseil durant une réunion du Conseil doit soumettre un avis de demande écrit au secrétaire du Conseil au moins 10 jours ouvrables avant la réunion du Conseil. La demande doit inclure une brève description écrite de la question précise à traiter et doit être accompagnée de tout document écrit que la personne voudra distribuer au Conseil. La personne ne sera autorisée à s'adresser au Conseil qu'en ce qui concerne les questions de gouvernance.

Les demandes adressées au Conseil seront examinées par le président du Conseil dans l'ordre de réception des demandes.

Les personnes qui demandent la possibilité de s'adresser au Conseil seront avisées de la décision du président au moins 3 jours ouvrables avant la réunion du Conseil.

Les personnes qui s'adressent au Conseil devront limiter la durée totale de leurs commentaires à 10 minutes (5 minutes de présentation et 5 minutes de discussion).

Politique / Procédure N° : CA-225

Trois présentations au plus seront entendues à une réunion donnée du Conseil. Les présentations seront faites à la fin de la réunion publique.

Le Conseil n'est pas obligé de répondre à une présentation et pourrait limiter la fréquence de participation d'une personne ou d'un groupe, surtout lorsqu'il s'agit d'un sujet ou d'une question qui a déjà fait l'objet de discussions et qu'il n'y a pas de nouveaux éléments.

Les membres du public peuvent également s'adresser au Conseil en fournissant une lettre ou une note de service adressée au président du Conseil, à l'attention du secrétaire du Conseil. Bien que le Conseil puisse examiner les questions soulevées dans une telle correspondance, il n'est pas obligé d'y répondre.

Dans certains cas, le président peut déterminer qu'il est plus approprié pour une personne ou un groupe d'adresser ses commentaires à un comité permanent du Conseil ou à un autre organisme. Dans ces situations, les arrangements pour les présentations seront facilités par le secrétaire du Conseil.

Si des personnes qui ne font pas partie du Conseil prévoient assister à une réunion du Conseil, elles sont priées d'en aviser le secrétaire du Conseil.

Les membres du public et des médias qui assistent aux réunions du Conseil peuvent être invités à établir leur identité et s'ils ont des affiliations formelles au Réseau (c'est-à-dire en fournissant le nom du média ou de l'organisme de santé).

Les personnes qui ne sont pas membres du Conseil peuvent assister aux réunions publiques du Conseil et en faire rapport; toutefois, aucun équipement photographique, de télévision et/ou d'enregistrement ne sera autorisé à une réunion, à moins que le Conseil ne l'ait autorisé au préalable.

Les personnes qui ne sont pas membres du Conseil peuvent être invitées à quitter une réunion du Conseil si le président du Conseil juge leur conduite inappropriée et s'ils dérangent le déroulement de la réunion. Le Conseil peut également les empêcher d'assister à des réunions futures.

Disponibilité aux médias

Puisque le Réseau est un employeur et un prestataire important de services, les réunions du Conseil intéressent particulièrement les médias des communautés auxquelles le Réseau offre des services.

Un avis sera publié dans les journaux au moins 5 jours ouvrables avant chaque réunion publique.

Un avis aux médias sera acheminé à tous les organismes de presse de la province au moins 3 jours ouvrables avant chaque réunion publique.

Tous les représentants des médias qui assistent à une réunion publique du Conseil doivent établir leur identité auprès d'un employé du Service des communications avant le début de la réunion.

Le Service des communications a la responsabilité d'assurer la distribution de tout rapport, document ou autre renseignement demandé par les médias.

L'équipement photographique et d'enregistrement vidéo ne peut être utilisé qu'avec l'autorisation préalable du président et du PDG. Bien entendu, les journalistes peuvent se servir d'un dictaphone de poche durant les entrevues suivant l'assemblée afin d'aider à la transcription.

Le président du Conseil et le PDG s'efforceront d'être disponibles pour les journalistes présents aux réunions du Conseil, à la suite des réunions publiques. Cette disponibilité permettra aux journalistes d'obtenir des mises à jour de la part du Conseil et de poser des questions pertinentes.

Le Service des communications émettra un communiqué de presse après chaque réunion du Conseil avec l'approbation de la présidente du Conseil et du PDG. À la demande du PDG, le Service des communications s'occupera également d'entrer en contact avec les médias régionaux qui n'auront pas pu assister à une réunion du Conseil après la tenue de la réunion.

Langue de fonctionnement

La langue de fonctionnement du Conseil est le français. Toutefois, les présentations publiques au Conseil par les particuliers ou les groupes ainsi que les questions posées lors du dialogue avec le public peuvent être adressées dans l'une ou l'autre des deux langues officielles.

Des services d'interprétation simultanée seront offerts à toutes les réunions publiques du Conseil.

4. Relations avec le personnel, les partenaires et la collectivité

Le Conseil collabore avec le PDG afin d'établir, de mettre en œuvre et d'évaluer un plan de communication général pour le Réseau. Ce plan comprend des stratégies visant à transmettre les principaux messages et de l'information au personnel, aux partenaires et à la collectivité, de même que les moyens pour en recevoir d'eux.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	SUCCESSION DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL	N° : CA-235
Section :	Orientation – Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur : 2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2021-06-22
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le : 2022-06-21
Établissement(s)/programme(s) :		

BUTS

1. Assurer la relève du président-directeur général (P.-D.G.) en cas d'absence ordinaire ou imprévue.
2. Planifier la relève du P.-D.G. à long terme.

POLITIQUE

1. Afin d'assurer la continuité des services au Réseau de santé Vitalité en l'absence prolongée et soudaine du P.-D.G., le Conseil d'administration doit veiller à ce qu'il y ait au moins deux autres membres de l'équipe de leadership qui connaissent suffisamment les dossiers du Réseau et les processus du Conseil d'administration pour être en mesure d'assurer l'intérim pendant l'absence du P.-D.G. Le P.-D.G. est responsable de recommander annuellement au Conseil d'administration les deux membres capables d'assumer cette responsabilité.
2. Bien que le Conseil d'administration ne soit pas responsable de nommer le P.-D.G., il doit tout de même s'assurer qu'un plan de relève à long terme soit mis en place afin de parer à toute éventualité et d'être prêt à faire une recommandation au ministre si elle est sollicitée. Le Conseil d'administration doit s'assurer que le P.-D.G. met en place, dans ses objectifs de travail, un plan de relève qui cible et soutient les personnes susceptibles d'occuper éventuellement le poste de P.-D.G.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	GESTION DE LA QUALITÉ, DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ET DES RISQUES		N° : CA-240
Section :	Orientation - Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur :	2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2021-06-22
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le :	2022-06-21
Établissement(s)/programme(s) :			

POLITIQUE

Dispositions générales

Le Conseil d'administration (le « Conseil ») du Réseau de santé Vitalité (le « Réseau ») est responsable de la qualité des soins et de la sécurité des patients au sein du Réseau. Il s'engage à surveiller et à rendre des comptes sur la qualité des soins et services dispensés par l'organisme.

Cet engagement comprend l'assurance que les informations relatives à la gestion de la qualité, de la sécurité des patients et des risques permettent une prise de décision qui soutient l'innovation, l'apprentissage et l'amélioration des résultats par le biais d'un processus d'amélioration continue et permettre d'assurer la protection des citoyens et les biens du Réseau et de maintenir la confiance du public envers le Réseau.

Responsabilités du Conseil

1. Assurer que des mécanismes soient en place afin de surveiller le rendement et gérer efficacement tous les aspects de la gestion de la qualité, de la sécurité des patients et des risques.
2. Favoriser et appuyer une culture axée sur l'amélioration continue et la sécurité des patients et s'assurer de la mise en œuvre d'un plan intégré de gestion de la qualité et de la sécurité des patients intégrant une approche apprenante.
3. Soutenir le développement d'une culture de soins centrés sur le patient et la famille.
4. Favoriser l'apprentissage à partir de résultats, la prise de décision fondée sur la recherche et les données probantes.

5. Réviser les politiques en matière de gestion de la qualité, de la sécurité des patients et des risques.
6. Reçoit des rapports de surveillance soumis de façon périodique par l'équipe de direction et donne suite aux recommandations émises dans les rapports. Ces rapports incluent, mais ne sont pas limités aux rapports sur les incidents préjudiciables, les événements évités de justesse, les taux d'infections, la satisfaction de la clientèle, etc.
7. Assurer la mise en place d'une méthode intégrée de gestion des risques. Surveiller les risques qui menacent l'organisation et approuver le niveau de tolérance général de risque du Réseau et s'assurer que ses responsabilités statutaires et les exigences en matière de rapport soient rencontrées.

Mise en œuvre et suivi

Le Conseil investit le président-directeur général de la responsabilité de développer et de mettre en œuvre toute stratégie, politique et procédure visant à assurer que les principes et les pratiques en gestion de la qualité, de la sécurité des patients et des risques soient enchâssés dans tous les aspects de la philosophie, de la culture, de la planification et des opérations du Réseau.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL		N° : CA-241
Section :	Orientation - Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur :	2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2021-06-22
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le :	2022-06-21
Établissement(s)/programme(s) :			

BUTS

1. Assurer à tous les ~~employés et bénévoles~~ **travailleurs de la santé** du Réseau de santé Vitalité un milieu de travail sain et sécuritaire et une qualité de vie positive au travail sont favorisés et appuyés.
2. Prévenir la violence en milieu de travail.
3. Assurer l'établissement et le maintien d'un programme en santé et sécurité pour ses ~~employés~~ **travailleurs de la santé**, ~~et~~ entrepreneurs et toutes autres filiales gouvernementales œuvrant dans nos établissements.
4. Assurer la prévention des maladies professionnelles.

POLITIQUE

Dispositions générales

Le Conseil d'administration (le « Conseil ») du Réseau de santé Vitalité (le « Réseau ») doit s'assurer que tous les mécanismes de protection de la santé et sécurité au travail en conformité avec la Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail du Nouveau-Brunswick soient en place.

PROCÉDURES

Mise en œuvre et suivi

Le Conseil reçoit et analyse des rapports de surveillance soumis de façon périodique par l'équipe de direction. Le Conseil s'assure que les responsabilités statutaires du Réseau et les exigences en matière de rapport soient rencontrées.

Politique / Procédure N° : CA-241

Le Conseil investit le président-directeur général de la responsabilité de développer et de mettre en œuvre toute stratégie, politique et procédure visant à assurer que les principes et les pratiques en protection de la santé et de la sécurité des employés travailleurs de la santé, entrepreneurs et toutes autres filiales gouvernementales œuvrant dans les établissements du Réseau soient enchâssés dans tous les aspects de la philosophie, de la culture et de la planification des opérations du Réseau.

DEFINITIONS

~~Employé : Toute personne embauchée par le Réseau de santé Vitalité incluant les bénévoles, les médecins salariés et les médecins à l'acte.~~

Travailleurs de la santé : Travailleurs qui offrent directement ou indirectement des soins et des services de santé aux patients ou qui fournissent des services de soutien dans un milieu de soins de santé. Les travailleurs de la santé comprennent également les médecins.

Entrepreneur : Toute compagnie ou son représentant œuvrant sur les lieux de travail et/ou les établissements.

Filiale gouvernementale : Toute agence ou corporation de la couronne de la partie I, II, III et IV.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES		N° : CA-245
Section :	Orientation – Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur :	2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2021-06-22
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le :	2022-06-21
Établissement(s)/Programme(s) :			

POLITIQUE

Dispositions générales

Le Conseil d'administration (le « Conseil ») du Réseau de santé Vitalité (le « Réseau ») doit s'assurer que des systèmes, des structures, des politiques et des procédures sont en place afin de gérer et de surveiller de façon efficace la question de l'éthique au sein du Réseau, de protéger les citoyens et le personnel et de maintenir la confiance du public envers le Réseau.

Cet engagement comprend l'adoption d'un cadre conceptuel qui permet d'intégrer les considérations éthiques dans les processus de prise de décisions du Réseau, au niveau clinique, organisationnel et de la recherche.

Responsabilités du Conseil

Le Conseil a la responsabilité de s'assurer que des mécanismes et des structures sont en place afin de gérer efficacement tous les aspects de l'éthique. Le Conseil, par le biais de son Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients, révisé les politiques relatives à l'éthique ainsi que le mandat des comités ou groupes de travail internes chargés de l'éthique et reçoit des rapports de surveillance soumis de façon périodique par l'équipe de direction.

Mise en œuvre et suivi

Le Conseil investit le président-directeur général (le « PDG ») de la responsabilité de développer et de mettre en œuvre toute stratégie, politique et procédure visant à assurer que les principes et les pratiques liées à l'éthique sont enchâssés dans tous les aspects de la philosophie, de la culture, de la planification et des opérations du Réseau.

Le PDG a également la responsabilité de mettre en place tout comité ou groupe de travail afin de traiter des questions éthiques autres que l'éthique de la recherche. Les membres de ces comités ou groupes de travail doivent détenir les qualifications, l'expertise et la formation nécessaires pour procéder à l'examen de l'éthique dont ils sont saisis.

Éthique de la recherche

Le Conseil investit également le PDG de la responsabilité de mettre en place un comité d'éthique de la recherche indépendant, compétent et non lié au secteur de la recherche dont la fonction principale est d'assurer un examen de l'éthique de la recherche au sein du Réseau.

Relevant du Conseil par l'entremise du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients, le Comité d'éthique de la recherche examine les recherches proposées ou en cours menées sous les auspices du Réseau ou de son ressort et qui impliquent toute recherche sur des restes humains, des cadavres, des tissus, des fluides biologiques, des embryons, des fœtus ou des renseignements personnels identifiables au sujet des participants en fonction de leur conformité aux normes de l'éthique de la recherche. Le comité a le pouvoir d'approuver, de rejeter ou de proposer des modifications ou de mettre fin à toute recherche dont il est saisi.

Les membres du Comité d'éthique de la recherche doivent détenir les qualifications, l'expertise et la formation nécessaires pour procéder à l'examen des questions éthiques soulevées par les propositions de recherche au sein du Réseau.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS (CONFIDENTIALITÉ)	N° : CA-250
Section :	Orientation – Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur : 2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2021-06-22
Approbateur:	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le : 2022-06-21
Établissement(s)/programme(s) :		

Cette politique est un complément aux politiques du Réseau de santé Vitalité (« Réseau ») en matière de protection de la vie privée et de confidentialité, au code de conduite et de morale à l'intention des membres du Conseil d'administration (« Conseil ») et aux règlements administratifs du Réseau.

BUTS

1. Le Conseil du Réseau s'engage à s'assurer que des systèmes, des structures, des politiques et des procédures sont en place, afin d'assurer la confidentialité et le respect de la vie privée des patients et du personnel, et ce, afin de maintenir la confiance envers le Réseau.
2. Cet engagement comprend l'assurance que l'encadrement relatif à la collecte, l'utilisation, la communication et la destruction des renseignements confidentiels tient compte des lois en matière de vie privée et permet l'amélioration continue des pratiques de gestion de l'information au sein du Réseau.

DÉFINITION

Renseignements confidentiels :

Comprennent les types de renseignements suivants, sans toutefois s'y limiter :

- Renseignements personnels (RP)
- Renseignements personnels sur la santé (RPS)
- Renseignements de nature délicate et informations confidentielles (p. ex., renseignements administratifs notés dans des carnets ou des agendas personnels)
- Renseignements des ressources humaines ou de la paie
- Renseignements juridiques
- Renseignements financiers

POLITIQUE

1. Le Conseil a la responsabilité de s'assurer que des mécanismes et des structures sont en place afin de gérer efficacement tous les aspects de l'accès et de la protection des renseignements confidentiels.
 - 1.1 Le Conseil révisé les politiques relatives à l'accès et à la protection des renseignements confidentiels et reçoit des rapports de surveillance soumis de façon périodique par l'équipe de direction.
 - 1.2 Le président du conseil doit aviser le ministre de toute infraction à la confidentialité par un membre du conseil.
2. Les membres du Conseil ont la responsabilité d'adopter des pratiques afin de prévenir des risques tels que l'accès non autorisé ou l'utilisation, la communication ou la destruction non autorisée de renseignements confidentiels.
 - 2.1 Les membres du Conseil doivent lire la présente politique et signer la Déclaration de confidentialité et de non-divulgateion (Annexe CA-250) en début de mandat et subséquemment tous les ans.
 - 2.2 Les membres du Conseil ne doivent ni divulguer, ni communiquer à une autre personne ou entité, ni utiliser pour leur propre usage des renseignements confidentiels concernant les affaires du Réseau qui sont reçus dans le cadre de leurs fonctions au sein du Conseil.
 - 2.2.1 Tout sujet qui fait l'objet d'une discussion lors d'une séance à huis clos du Conseil doit être traité comme un renseignement confidentiel, et ce, jusqu'à ce qu'il soit divulgué lors d'une séance publique du Conseil.
 - 2.2.2 Tout sujet qui est soumis à un comité ou à un groupe de travail du Conseil doit être traité comme un renseignement confidentiel à moins qu'il n'ait été jugé différemment par le président du comité ou du groupe de travail concerné ou par le Conseil.
 - 2.3 Les membres du Conseil doivent s'abstenir de faire des déclarations à la presse ou au public qui n'ont pas été préalablement autorisées par le Conseil.
3. Le Conseil investit le président-directeur général de la responsabilité de développer et de mettre en œuvre toute stratégie ou politique visant à assurer que les principes et les pratiques liés à l'accès et à la protection des renseignements confidentiels sont enchâssés dans tous les aspects de la philosophie, de la culture, de la planification et des opérations du Réseau.
 - 3.1 Le président-directeur général doit s'assurer que tout soupçon de manquement à la protection de la vie privée ou à la confidentialité fera l'objet d'une enquête conformément aux politiques du Réseau sur la protection de la vie privée et de la confidentialité.

- 3.2 Le président-directeur général doit aviser le ministre de toute infraction grave à la confidentialité ou à la protection de la vie privée par un cadre supérieur, employé, membre du personnel médical, personnel non employé ou agent du Réseau.
- 3.3 Le président-directeur général doit aviser le Conseil dans les plus brefs délais de tout bris de confidentialité qui a le potentiel d'affecter la réputation du Réseau ou la sécurité des patients.
- 3.4 Le président du Conseil doit informer le ministre de toute infraction grave à la confidentialité ou à la protection de la vie privée commise par un membre du Conseil.

PROCÉDURE

1. Le secrétaire du Conseil consigne les renseignements pertinents d'une séance à huis clos dans un procès-verbal, il indique la nature du sujet qui a fait l'objet d'une discussion et les raisons qui ont justifié le huis clos, et il inscrit la mention « Confidentiel ».
2. La personne responsable d'un comité ou d'un groupe de travail ou son délégué consigne les renseignements pertinents dans un procès-verbal et, à moins d'avis contraire, inscrit la mention « Confidentiel ».

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

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ ET DE NON-DIVULGATION

Dans le cadre de mon association avec le Réseau de santé Vitalité, j'ai ou j'aurai accès à des renseignements et des documents de nature privée et confidentielle.

En conséquence, je m'engage à :

1. respecter les politiques relatives à la vie privée et à la protection des renseignements personnels, y compris les renseignements personnels sur la santé;
2. traiter tous les documents administratifs, financiers, relatifs aux patients, aux clients ou aux employés et tous les autres documents en tant que renseignements confidentiels, et à les protéger afin d'assurer leur totale confidentialité;
3. respecter la vie privée et la dignité des patients, des clients, des employés et de toute autre personne;
4. ne répéter, ne divulguer et ne confirmer, à moins de motif légitime lié à mon association avec le Réseau, aucun renseignement concernant les patients, les clients ou les employés, y compris :
 - la nature de la maladie, ses causes et son traitement;
 - toute information divulguée pour décrire la maladie;
 - les réactions et le comportement des patients, des clients ou des employés;
 - la situation financière des patients, des clients ou des employés, leur vie privée ou tout autre renseignement personnel;
 - tous les documents accumulés au cours d'un traitement et d'une interaction;
 - toute information conduisant à l'identification des patients, des clients ou des employés.
5. éviter tout accès inapproprié ou toute utilisation ou divulgation inappropriée à des renseignements confidentiels;
6. accéder uniquement aux renseignements nécessaires dans le cadre de mes fonctions;
7. accéder aux renseignements qui concernent ma propre santé uniquement par l'entremise du Service des archives cliniques ou du dépositaire désigné de mes renseignements;
8. protéger mon nom d'utilisateur et mon mot de passe et à ne pas communiquer ceux-ci;
9. consulter, à traiter et à transmettre les renseignements confidentiels en utilisant uniquement le matériel informatique, les logiciels et tout autre équipement autorisés;
10. éviter de divulguer des données / renseignements à un tiers ou de donner accès à des données / renseignements à un tiers à moins d'y être autorisé.

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ ET DE NON-DIVULGATION

Je reconnais que :

1. **le Réseau de santé Vitalité** procédera à des vérifications périodiques pour s'assurer du respect de la présente déclaration ainsi que des politiques du Réseau et des lois en matière de protection de la vie privée;
2. si j'ai droit à des accès électroniques interzones, les mêmes conditions d'entente demeurent en vigueur pour tous ces accès;
3. je dois respecter les conditions énumérées dans la présente Déclaration de confidentialité et de non-divulgence et garantir que ces conditions demeurent en vigueur même si mon association avec le Réseau de santé Vitalité cesse;
4. je m'expose à des mesures, conformément aux règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité, advenant toute violation de la présente déclaration, y compris la négligence des responsabilités ci-dessus et toute autre mesure raisonnable que je dois exercer dans le cadre de mes fonctions au sein du Conseil d'administration du Réseau de santé Vitalité.

En signant, je confirme avoir lu et compris la présente Déclaration de confidentialité et de non-divulgence ainsi que la politique Protection des renseignements confidentiels (confidentialité) du Conseil.

Nom (en caractères d'imprimerie)

Signature

Date

Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)

Signature du témoin

Date

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	DOCUMENTATION NUMÉRISÉE		N° : CA-255
Section :	Gouvernance générale	Date d'entrée en vigueur :	2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2021-06-22
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le :	2022-06-21
Établissement(s)/programme(s) :			

BUT

Guider l'usage de l'application Workspaces, une solution de partage de documents confidentiels numérisés ayant trait aux réunions du Conseil d'administration (le « Conseil ») et de ses comités.

DÉFINITION

Workspaces est une application qui permet aux utilisateurs de partager des documents, de modifier des documents et de collaborer à l'aide de différents appareils. La solution offre un niveau de sécurité adapté aux entreprises.

POLITIQUE

Les documents pertinents aux réunions du Conseil et de ses comités sont distribués aux membres du Conseil et de ses comités sous forme numérisée. À cette fin, une tablette électronique iPad est mise à la disposition des membres du Conseil; il est possible de se servir de son propre iPad pour recevoir les documents numérisés.

Personnes directement concernées

- Membres du Conseil
- Équipe de leadership
- Autres personnes invitées aux réunions du Conseil

MODALITÉS D'UTILISATION

1. Usage général de Workspaces

- 1.1. La gestion de l'accès à la solution de partage de documents confidentiels numérisés Workspaces est confiée à l'adjointe administrative du président-directeur général (le « PDG »). Ceci inclut, entre autres, l'accès aux fichiers/documents en général, la période d'accès hors ligne, les permissions d'insérer des annotations aux documents et le retrait de l'accès le cas échéant.

- 1.2. Les documents obtenus par l'entremise de Workspaces doivent être traités de façon confidentielle et protégés conformément aux règlements et aux politiques du Réseau de santé Vitalité (le « Réseau ») sur la confidentialité.
- 1.3. Les utilisateurs doivent avoir une adresse de courriel du Réseau de santé Vitalité qui sera liée à l'accès Workspaces et à la solution de gestion des appareils mobiles.
- 1.4. Les documents numérisés sont disponibles selon ce qui suit :
 - 1.4.1 Les documents numérisés sont disponibles selon la politique du Conseil.
 - 1.4.2 Dans certaines circonstances extraordinaires, des modifications à la documentation peuvent être distribuées jusqu'à 24 heures avant la réunion ou selon la politique du Conseil.
 - 1.4.3 Un document peut être téléchargé et il peut donc être disponible hors ligne (pendant 14 jours). Après 14 jours, il faut télécharger le document à nouveau (connexion sans fil nécessaire).
 - 1.4.4 ~~La documentation est disponible en ligne pendant cinq ans.~~
- 1.5. Il est possible d'annoter les documents numérisés.
- 1.6. L'endroit d'accès à Workspaces, le type d'activité et la date et l'heure de l'activité de tout utilisateur peuvent être soumis à une vérification, une caractéristique de sécurité intégrées à la solution.

2. Utilisateurs qui reçoivent une tablette iPad du Réseau :

- 2.1. Une tablette iPad ainsi que des accessoires sont fournis aux personnes autorisées et ils demeurent la propriété du Réseau. Les options par défaut sont les suivantes :

- *Matériel :*
 - Tablette iPad Air 2 (16 64 Go, modèle Wi-Fi)
 - Étui pour tablette iPad Air 2
 - Stylet
 - *Logiciels/connexions :*
 - Configuration à l'avance pour la connexion sans fil pour les entreprises
 - Installation de l'application Workspaces
 - Installation des applications par défaut iPad
 - NIP de sécurité activé
 - Mot de passe ~~de leur~~ du compte *Active Directory* change ~~aux 60~~ tous les 150 jours
- Les personnes utilisant un appareil mobile doivent procéder à l'authentification multi facteur (AMF)
- L'AMF permet de confirmer votre identité au moyen de deux facteurs, soit votre nom d'utilisateur et votre mot de passe ainsi qu'un autre facteur fourni par une application ou par un texto envoyé à votre téléphone mobile
 - Instructions détaillées (une connexion peut être nécessaire) : [Service Nouveau-Brunswick - Services de technologie de l'information - Accès sécurisé à Office 365 du GNB](#)

- 2.2. Les utilisateurs peuvent acheter des accessoires additionnels à leurs frais (p. ex. : stylet différent ou étui avec clavier).
- 2.3. Les utilisateurs ont accès ~~au~~ à un compte iTunes lié à une adresse de courriel du Réseau pour télécharger des logiciels ~~additionnels~~ préautorisés.
- 2.4. Les utilisateurs d'une tablette iPad sont inscrits à un modèle de soutien technique. Voici l'aide

disponible selon différentes situations :

- Installation initiale : Adjointe administrative du PDG (heures normales de travail)
- Fonctionnement général de la tablette iPad : [Apple Support](#) (Apple.ca > Support > iPad)
- Compte iTunes : ~~[Apple Support \(Apple.ca > Support > iTunes\)](#)~~ Adjointe administrative du PDG (heures normales de travail)
- Connexion sans fil à domicile : Fournisseur local de services Internet (p. ex. : Bell Aliant, Rogers)
- Connexion sans fil pour les entreprises : Adjointe administrative du PDG (heures normales de travail)
- Fonctionnement/Documents – Workspaces : Adjointe administrative du PDG (heures normales de travail)

2.5. En cas de perte ou de vol d'une tablette iPad, il faut communiquer immédiatement avec l'adjointe administrative du PDG pour permettre :

- La prise de dispositions pour un remplacement;
- La restriction de l'accès à Workspaces et des courriels sur la tablette iPad perdue.
- La tablette iPad sera réinitialisée à distance et donc tout le contenu local sera effacé (c.-à-d. applications personnelles, photos, etc.).

2.6. Le Réseau est responsable des coûts découlant de l'usure normale des tablettes iPad (c.-à-d. défectuosité ou bris du produit; en général; ceci ne comprendrait pas, par exemple, le fait d'échapper une tablette iPad dans l'eau).

2.7. La tablette iPad et les accessoires fournis par le Réseau doivent être retournés à l'adjointe administrative du PDG à la fin du mandat du membre du Conseil ainsi que le code de sécurité permettant de débarrer la tablette.

3. Utilisateurs ayant une tablette iPad personnelle

3.1. Les demandes de soutien technique pour la tablette iPad personnelle sont la responsabilité des utilisateurs. Le soutien technique suivant est disponible :

- Connexion sans fil pour les entreprises : Adjointe administrative du PDG (heures normales de travail)
- Fonctionnement/Documents – Workspaces : Adjointe administrative du PDG (heures normales de travail)

3.2. Service Nouveau-Brunswick doit établir un profil pour toute tablette iPad personnelle. Ceci donne l'accès sans fil pour les entreprises au réseau sans fil approprié et assure la connectivité sécurisée au réseau informatique avec la solution de gestion des appareils mobiles.

3.3. En cas de perte ou de vol d'une tablette iPad, il faut communiquer immédiatement avec l'adjointe administrative du PDG afin qu'elle puisse prendre les dispositions nécessaires.

4. Utilisateurs ayant un ordinateur portatif/ordinateur de bureau

4.1. Les utilisateurs peuvent communiquer avec l'adjointe administrative du PDG pendant les heures normales de travail pour obtenir de l'aide en ce qui concerne Workspaces.

INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE PERTINENTE

La technologie Workspaces est utilisée par le Conseil exécutif du gouvernement du Nouveau-Brunswick ~~ainsi que par le Conseil d'administration du Réseau de santé Horizon~~. Pour obtenir plus de renseignements, aller à <http://ca.blackberry.com/enterprise/blackberry-workspaces>.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	DÉNONCIATION D'IRRÉGULARITÉS		N° : CA-260
Section :	Orientation – Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur :	2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2021-06-22
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le :	2022-06-21
Établissement(s)/programme(s) :			

PRÉAMBULE

Le Réseau de santé Vitalité (le « Réseau ») est déterminé à prévenir le vol ou le détournement de ses revenus, de ses biens, de son information et d'autres biens et à enquêter sur les allégations d'actes irréguliers pouvant compromettre la santé et la sécurité du personnel ou du public ou l'intégrité de l'organisation. De tels actes ne sont pas tolérés et les fautifs feront l'objet de mesures disciplinaires et/ou de sanctions juridiques. Cette politique établit les mesures précises et les responsabilités qui en découlent relativement aux enquêtes sur les allégations d'actes irréguliers. Cette politique vise à permettre aux membres du personnel et autres d'exprimer, de bonne foi et sans crainte de représailles, leurs préoccupations au sujet d'actes irréguliers présumés au sein du Réseau.

BUT

Le but est de préciser clairement la position du Réseau en matière de dénonciation d'irrégularités, incluant la fraude, le vol, la corruption, les activités non conformes ou les cas de faute, d'incompétence ou d'inefficacité graves, et d'établir un protocole de signalement et de traitement de telles allégations.

PORTÉE

La présente politique s'applique aux membres du Conseil d'administration (le « Conseil »), aux employés, aux médecins, aux étudiants et aux entrepreneurs affectés au Réseau.

Les employés membres d'une unité de négociation doivent se référer aux dispositions de la convention collective. En cas de divergence, les dispositions prévues dans la convention collective remplacent la présente politique.

POLITIQUE

Services généraux

1. Toute personne visée par les présentes est tenue de dénoncer les irrégularités présumées. Le Réseau ne prend ou ne tolère aucunes représailles à l'endroit d'une personne qui, de bonne foi, dénonce une irrégularité.
2. Les employés doivent dénoncer les cas présumés d'irrégularité à leur vice-président. Lorsque l'allégation concerne le vice-président, les employés doivent la signaler au président-directeur général. Lorsque l'allégation concerne le président-directeur général, le vice-président en informe le président du Conseil pour qu'il prenne les mesures qui s'imposent en vertu de la présente politique. Lorsque l'allégation concerne le président du Conseil, le président-directeur général en informe le vice-président du Conseil afin qu'il prenne les mesures qui s'imposent en vertu de la présente politique.
3. Le vice-président informe immédiatement le président-directeur général de l'allégation et un processus d'enquête est mis en branle sous la conduite du vice-président aux Ressources humaines. Des experts de l'extérieur peuvent participer à l'enquête lorsqu'il y a lieu. Le recours à la police est aussi possible en cas d'activités criminelles présumées.
4. Les employés ont le droit de garder l'anonymat lorsqu'ils dénoncent des irrégularités présumées à un vice-président ou au président-directeur général, selon le cas.
5. Lorsque la dénonciation concerne une fraude soupçonnée, le président-directeur général doit immédiatement prendre des mesures pour prévenir le vol, l'altération ou la destruction des documents pertinents. Ces documents doivent être gardés dans un endroit sûr.

Processus d'enquête

1. Tous les renseignements recueillis pendant une enquête sont confidentiels, sauf si leur communication est exigée par la loi ou par la présente politique. Aux fins de la politique, la notification d'une irrégularité doit demeurer confidentielle dans la mesure du possible, sous réserve de la nécessité de mener une enquête adéquate.
2. Tous les employés soupçonnés d'irrégularités doivent être traités équitablement et leurs droits reconnus par la loi doivent être respectés.
3. Si l'enquête établit que la notification a été faite de mauvaise foi ou avec l'intention de nuire, les mesures appropriées sont prises, y compris, s'il y a lieu, des mesures disciplinaires à l'endroit du plaignant.
4. Une personne soupçonnée d'une irrégularité ne doit pas être confrontée avant le début du processus d'enquête. Les documents relatifs à l'activité peuvent devoir être saisis avant que la personne soupçonnée ait connaissance de la tenue d'une enquête.
5. Si l'enquête établit que l'allégation est probable, la personne devrait être suspendue avec solde, si elle est salariée au Réseau, pour la durée de l'enquête.

6. À moins de circonstances exceptionnelles, une personne faisant l'objet d'une enquête pour irrégularités doit, au terme de l'enquête et avant l'imposition des mesures disciplinaires finales, être informée par écrit des détails exposant les faits allégués. Après réception d'un avis, la personne dispose de sept jours civils pour soumettre une explication par écrit au président-directeur général. L'explication est prise en considération avant l'imposition de mesures disciplinaires.
7. Si l'enquête établit que l'allégation est fondée, des mesures disciplinaires pouvant aller jusqu'au renvoi peuvent être prises. Si des accusations criminelles sont justifiées, la police doit aussi être prévenue.
8. Le vice-président aux Ressources humaines est l'enquêteur principal par défaut. Si l'allégation vise le vice-président aux Ressources humaines, le président-directeur général détermine qui est l'enquêteur principal. L'enquêteur établit la structure et les mécanismes d'enquête.
9. L'enquêteur a également la responsabilité d'établir les contrôles ou les procédures d'atténuation pour réduire ou prévenir d'autres irrégularités dans l'avenir.
10. Au terme de l'enquête, le président-directeur général prépare un rapport confidentiel décrivant l'incident, l'issue de l'enquête et les plans d'atténuation pour l'avenir, et le présente durant une séance à huis clos du Conseil, s'il y a lieu.

Définitions

Agir de bonne foi fait référence à quiconque dénonce un acte irrégulier parce qu'il a de bonnes raisons de croire qu'il constitue une infraction à une loi, à une politique ou à un code de profession.

Corruption désigne le fait d'offrir, de donner, de solliciter ou d'accepter des promesses ou des récompenses susceptibles d'influencer les décisions, le processus de prise de décision ou les actions d'une personne.

La fraude constitue une infraction en vertu du Code criminel du Canada. Ce terme juridique désigne un fait ou une situation où l'existence d'une fraude, d'une perte ou d'un avantage et de victimes est établie et prouvée.

Le vol constitue une infraction en vertu du Code criminel du Canada. Cela désigne l'action de soustraire sans autorisation le bien d'une entreprise ou d'une personne.

Les activités non conformes désignent les actes illicites ou l'inobservation des lois, des règlements, des politiques ou d'autres normes obligatoires.

On entend par irrégularité les soupçons de fraude, de corruption, de vol d'argent ou de biens appartenant au Réseau de santé Vitalité, ou une activité non conforme qui résulte dans le détournement intentionnel ou non intentionnel d'actifs.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	LIMITE D'AUTORISATION DE DÉPENSES		N° : CA-265
Section :	Orientation/lignes directrices	Date d'entrée en vigueur :	2022-06-22
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2022-03-15
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le :	2022-06-22
Établissement(s)/programme(s) :			

BUT

Dans le cadre du cycle de planification et du processus de planification stratégique, le Conseil d'administration (le « Conseil »), après un examen attentif du plan opérationnel et du plan d'affaires (PRSA) du Réseau, approuve les budgets de fonctionnement et d'immobilisations annuels. La responsabilité de la mise en œuvre du plan incombe ensuite au président-directeur général (le « PDG »).

Pour faciliter la mise en œuvre, le Conseil délègue des pouvoirs de dépenses au PDG. Le Conseil indique également que certaines commandes, certains contrats ou d'autres achats qui dépassent la limite monétaire déclarée plus loin ne peuvent être conclus que sur autorisation du Conseil.

POLITIQUE

1. BUDGET D'EXPLOITATION ET FONCTIONNEMENT ORDINAIRE

Opérations courantes dans le cadre du budget approuvé et des contrats courants relatifs au fonctionnement ordinaire.	Autorité illimitée du PDG
--	---------------------------

2. BUDGET D'IMMOBILISATIONS

Dépenses budgétaires spécifiées dans le PRSA :	Autorité illimitée du PDG, sauf ce qui est noté plus bas où ceci requière une approbation du Conseil d'administration.
a) Acquisition d'actifs y compris les projets de technologie de l'information.	Plus de 2 000 000 \$
b) Besoins en fonds d'urgence non budgétisés. Tout engagement supérieur aux fonds d'urgence soumis à la prochaine réunion ordinaire du Conseil pour approbation.	Plus de 1 000 000 \$

3. COMMANDES ET AUTRES CONTRATS NÉCESSITANT L'APPROBATION DU CONSEIL

- Prêts hypothécaires/dettes
- Contrats représentant un engagement de plus de 5 000 000 \$ par année
- Tout contrat d'une durée supérieure à 10 ans
- Plans d'avantages
- Baux/location de locaux et de biens représentant un engagement de plus de 1 000 000 \$ par année
- Contrats de services à la clientèle (nouveaux contrats, résiliation, modifications importantes) représentant un engagement de plus de 5 000 000 \$ par année

Le Conseil sera informé de tout contrat qui, de l'avis du PDG, pourrait présenter un intérêt particulier pour les membres du Conseil.

4. ACQUISITION OU CESSION DE BIENS IMMOBILIERS

Tous les contrats d'acquisition ou de cession de biens immobiliers doivent être approuvés au préalable par le Conseil, sauf les contrats d'aliénation d'actifs d'un montant de 150 000 \$ ou moins. Ces derniers peuvent être présentés à l'approbation du Conseil à la première réunion prévue suivant l'achèvement des travaux de la transaction.

5. DÉSIGNATIONS

- 5.1 Le PDG peut désigner des limites du pouvoir de signature pour le chef des Services financiers, les vice-présidents et les autres membres de la haute direction ayant des responsabilités particulières. Une liste à jour de toutes ces désignations est mise à la disposition du Comité des finances et de vérification sur demande.
- 5.2 Les vice-présidents du Réseau remplient un formulaire de délégation du pouvoir de signature spécifique pour les dépenses sous leur contrôle direct et ils feront

Politique / Procédure N° : CA-265

approuver cette délégation et tout changement à celle-ci par le vice-président – des Services généraux et le chef des Services financiers.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	PRÉSENCE AUX RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DES COMITÉS		N° : CA-270
Section :	Orientation – Lignes directrices	Date d'entrée en vigueur :	2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de la dernière révision :	2021-06-22
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le :	2022-06-21
Établissement/Programme :			

BUT

Veiller à ce que les membres du Conseil et des comités s'acquittent de leur obligation fiduciaire en participant aux réunions du Conseil et des comités.

APPLICATION

Cette politique s'adresse aux membres élus ou nommés du Conseil et des comités.

Les administrateurs doivent superviser les affaires de l'organisme avec soin et précaution. Cela veut dire qu'ils doivent demeurer attentifs, assister aux réunions et s'efforcer d'exercer un bon jugement et prendre des mesures raisonnables pour gérer les risques auxquels l'organisme peut faire face.

POLITIQUE

En principe, les membres du Conseil et des comités doivent assister à toutes les réunions. Il peut arriver qu'un membre du Conseil soit incapable d'assister à certaines réunions en raison d'autres engagements ou de circonstances imprévues. Un taux de participation de 75 % est ~~acceptable~~ **obligatoire**.

PROCÉDURE

Dans le cas où un membre **votant** du Conseil n'assiste pas à 75 % des réunions du Conseil ou d'un comité dans une période de 12 mois ou est absent à 3 réunions consécutives du Conseil ou d'un comité, il sera réputé avoir démissionné.

Le dossier de participation d'un membre doit être pris en considération dans la décision de renouveler le mandat du membre au sein du Conseil ou de nommer le membre à un comité.

Politique/Procédure N° : CA-270

Si un membre du Conseil ou d'un comité est membre d'office du Conseil, le président peut discuter de la participation du membre avec le président-directeur général de l'organisation afin d'entreprendre des démarches pour corriger la situation avant d'atteindre le seuil de participation minimal requis.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	INVESTISSEMENTS	N° : CA-275
Section :	Orientation/lignes directrices	Date d'entrée en vigueur : 2022-06-21
Émise par :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2021-12-07
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le : 2022-06-21
Établissement(s)/Programme(s) :		

BUT

Guider les décisions d'investissement de fonds qui ne sont pas nécessaires aux activités quotidiennes à court terme.

POLITIQUE

1.0 Le Conseil d'administration :

- Établit une politique pertinente sur les investissements en lien avec les lois et les règlements administratifs qui s'appliquent au Réseau;
- Approuve la politique sur les investissements sur recommandation du Comité des finances et de vérification.

2.0 Le Comité des finances et de vérification :

- Examine la politique sur les investissements annuellement et recommande des modifications s'il y a lieu;
- Analyse trimestriellement le rendement des fonds et la gestion du portefeuille des investissements;
- Délègue toute responsabilité requise à la direction générale.

3.0 Cette politique doit assurer le respect des lois provinciales concernant les investissements, entre autres :

- La *Loi sur l'administration financière* (ch. 160, art. 22)
« Malgré toute autre loi, un ministère ou un organisme de la province, une société de la Couronne provinciale, une administration, un conseil, une commission ou un fiduciaire de fonds d'amortissement nommé en vertu d'une loi ne peut acheter des valeurs sans l'approbation du ministre. »

« Ministre » s'entend du ministre des Finances, y compris son représentant.

- La *Loi sur les régies régionales de la santé* (ch. 217)
 - 32(1) j) (iii) « Un plan financier global qui comprend : les précisions relatives à tous les investissements détenus par la régie ou en son nom. »
 - 49 « Une régie régionale de la santé peut investir des sommes d'argent conformément à ses règlements administratifs. »
- 4.0 L'investissement de fonds excédentaires est limité à des titres à revenu fixe qui offrent un degré élevé de liquidité et de sécurité et qui produisent un rendement des investissements raisonnable tout en maintenant le capital de base.
- 5.0 Le Réseau de santé Vitalité n'investit pas dans le marché des actions. Il investit dans l'un ou plusieurs des instruments financiers ci-dessous :
- Bons du Trésor (du Canada et des provinces);
 - Certificats de placement garanti (CPG);
 - Acceptations bancaires (AB);
 - Effets de commerce notés R-1 ou mieux;
 - Obligations fédérales et provinciales (toutes les provinces) à notation minimale de A;
 - Obligations garanties de services publics provinciaux (toutes les provinces) à notation minimale de A;
 - Obligations municipales canadiennes à notation minimale de A;
 - Obligations de société à court terme.
- 6.0 Les investissements issus des fonds non partageables qui précèdent le 1^{er} avril 2012 sont considérés comme avoir obtenu un statut spécial, et ce, jusqu'à la liquidation de ces fonds.

PROCÉDURE

- 1.0 Le Service des finances identifie et recommande le transfert de fonds excédentaires qui ne sont pas associés aux activités quotidiennes en tenant compte de la provenance des fonds et des directives issues des règlements administratifs. À titre d'exemple, les sommes excédentaires peuvent provenir de sources externes (p. ex. dons monétaires et fonds destinés à des fins précises, comme des équipements, de la formation) :
- 1.1 Le Réseau maintient un compte d'investissement auprès de son institution bancaire.
- 1.2 Le chef des services financiers obtient les autorisations appropriées pour transférer des fonds excédentaires dans le compte d'investissement ou à partir de celui-ci.
- 1.3 Le Réseau investit dans des titres à faible risque. Les fonds peuvent être investis dans les titres énumérés précédemment, à condition qu'ils présentent un faible niveau de risque de crédit, de risque de change, de risque de taux d'intérêt et de risque de liquidité.
- 2.0 Les fonds sont gérés en fonction des paramètres ci-dessous :

Encaisse et investissements à court terme (moins d'un an)

- 2.1 Les investissements permis incluent l'encaisse, les dépôts à vue, les bons du Trésor, les effets de commerce, les obligations à court terme, les billets et les acceptations bancaires, les dépôts à terme et les certificats de placement garanti dont l'échéance est d'un an ou moins.
- 2.2 L'achat de placements à court terme émis par des sociétés et des institutions financières est limité aux placements dont la notation est d'au moins R-1 ou BBB.
- 2.3 Il n'y a aucune limite au degré de concentration des investissements à revenu fixe à court terme.

Titres à revenu fixe (plus d'un an)

- 2.4 Les investissements permis incluent les obligations, les débetures et les titres adossés à des créances hypothécaires.
- 2.5 L'achat de titres à revenu fixe est limité aux titres qui ont une notation minimale de BBB.
- 2.6 Les titres à revenu fixe d'un émetteur ne représentent pas plus de 25 % de la valeur marchande totale de tous les titres détenus, y compris l'encaisse, à moins que l'émetteur ne soit garanti par le gouvernement du Canada ou l'une des provinces du Canada.
- 2.7 Tout investissement de plus de cinq ans exige l'approbation expresse du Conseil d'administration.
- 2.8 La durée de l'investissement est établie en fonction des facteurs suivants :
 - Date à laquelle les fonds excédentaires sont requis;
 - Taux d'intérêt offerts (périodes courtes vs périodes longues).

Définitions

Acceptation bancaire : Titre de créance à court terme dont le paiement du capital et des intérêts est garanti par la banque de l'émetteur.

Obligation : Instrument de créance à long terme par lequel l'émetteur promet de payer un montant d'intérêt déterminé et de rembourser le capital à la date d'échéance fixée.

Effet de commerce : Billet négociable émis par une société dont la durée peut varier de quelques jours à un an. Il n'est habituellement pas garanti par les biens de la société.

Certificat de placement garanti : Instrument de dépôt assorti d'un taux d'intérêt fixé à l'avance pour une durée donnée. Émis par les banques, les sociétés de fiducie et d'autres institutions financières.

Bon du Trésor : Titre d'emprunt à court terme émis par l'État. Les bons du Trésor ne génèrent aucun intérêt, mais sont vendus à une valeur inférieure à la valeur nominale. La différence entre le prix de vente et la valeur nominale constitue le revenu que touche l'investisseur.

Notation : Les agences de notation des obligations fondent leurs évaluations principalement sur la solidité financière de l'émetteur de l'obligation, sur la qualité de ses biens donnés en garantie, sur son expertise de gestion et sur les perspectives économiques. Les agences attribuent une note aux obligations. Par exemple, une obligation de rang supérieur peut avoir une notation de AAA (risque de défaillance le plus faible) et une obligation de très faible qualité peut avoir une notation de C- (statut d'obligation pourrie). Plus la note est élevée, plus il est facile et bon marché pour l'émetteur de vendre son obligation étant donné la perception qu'il est peu probable que la compagnie n'effectue pas le paiement des intérêts ou du principal à l'échéance. Il y a quatre agences de notation :

- **DBRS (Dominion Bond Rating Service) :** Une obligation peut être notée entre AAA et C (la notation minimale pour le Réseau étant de BBB); une dette à court terme a une notation minimale de R-1 (moyenne).
- **CBRS (Canadian Bond Rating Service) :** Une obligation peut être notée entre A++ et D (la notation minimale pour le Réseau étant de A+); pour le Réseau, une dette à court terme a une notation minimale de A-1+.
- **Standard & Poor's Corporate Bond Rating :** Une obligation peut être notée entre AAA et CC (la notation minimale pour le Réseau étant de BBB).
- **Moody's Investor Service Corporate Bond Rating :** Une obligation peut être notée entre AAA et C (la notation minimale pour le Réseau étant de A).

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION		N° : CA-300
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur :	2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2021-06-22
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le :	2022-06-21
Établissement(s)/programme(s) :			

POLITIQUE

Rôle et désignation

Les comités du Conseil d'administration (le « Conseil ») sont des mécanismes qui permettent un examen plus approfondi dans des domaines et fonctions majeurs de gouvernance dont le Conseil a la responsabilité. Leur rôle est d'appuyer le Conseil dans l'exécution de ses responsabilités. Ces comités d'administration ne sont pas mis sur pied pour remplir des fonctions ou des responsabilités qui sont de la responsabilité de l'équipe de leadership ou encore pour conseiller l'équipe de leadership dans ses activités de gestion.

Les comités du Conseil sont établis par le Conseil et celui-ci peut les modifier afin de rencontrer ses besoins en matière de gouvernance. Les comités permanents du Conseil actuellement en place sont :

- Le Comité exécutif
- Le Comité de gouvernance et de mise en candidature
- Le Comité des finances et de vérification
- Le Comité de la qualité des soins et la sécurité des patients
- Le Comité stratégique de la recherche et de la formation

Le Conseil constitue également un comité professionnel consultatif et un comité médical consultatif conformément à la *Loi sur les régies régionales de la santé*.

Application de la politique

Cette politique s'applique à tout groupe créé par une motion du Conseil peu importe que ce groupe soit appelé « comité » ou non et peu importe que ce groupe soit formé uniformément de membres du Conseil ou non. Cette politique ne s'applique cependant pas aux comités créés sous l'autorité du président-directeur général (le « P.-D.G. »).

Directives applicables aux comités du Conseil à l'exception du Comité exécutif

1. Les comités du Conseil offrent des recommandations au Conseil dans le cadre de leur mandat. Le Conseil doit prendre en considération les recommandations de ses comités, mais n'est pas lié par ces recommandations.
2. Les comités du Conseil ne peuvent pas parler ni agir au nom du Conseil à moins d'avoir obtenu formellement l'autorisation de le faire.
3. Les comités du Conseil n'exercent aucune autorité sur le personnel du Réseau. Le P.-D.G. relève du Conseil dans son ensemble et n'a pas à obtenir l'approbation d'un comité du Conseil avant d'entreprendre une quelconque action dictée par le Conseil.
4. Chaque comité doit réviser son mandat annuellement et le soumettre au Comité de gouvernance et de mise en candidature **pour valider la conformité**, ~~qui s'assure de sa conformité avec les lois, règlements administratifs, règles et politiques et le soumet à l'approbation du Conseil.~~
5. ~~Le Comité de gouvernance et de mise en candidature voit au processus de recrutement et de mise en candidature des dirigeants du Conseil et des présidences des comités du Conseil. Pour ce faire il soumet pour approbation au Conseil, lors de l'assemblée annuelle du Réseau, des candidatures pour les postes de vice-président(e), trésorier(ère), secrétaire et pour les membres du Comité exécutif et de tous les comités du Conseil, sauf mention contraire dans les règlements, ainsi que les candidatures au Comité professionnel consultatif et au Comité médical consultatif.~~
6. ~~Le président du Comité de gouvernance et de mise en candidature, lors du choix des candidatures aux différents comités ainsi qu'à la présidence de chaque comité, tient compte des préférences, des habiletés et compétences de l'expérience de chaque membre du Conseil, de la continuité dans le fonctionnement des comités ainsi que d'une répartition des membres, si possible, sur tout le territoire. Une rotation périodique des membres et de la présidence des comités doit être considérée dans le but de reconnaître et d'apporter un équilibre entre le besoin pour de nouvelles idées, la continuité et le maintien d'une expertise fonctionnelle.~~
7. Le président du Conseil est un membre d'office ayant droit de vote de tous les comités permanents du conseil. Si le président ne peut pas assister, le vice-président pourrait le remplacer.
8. Le P.-D.G. ou son mandataire est membre non votant de tous les comités.
9. Un membre d'un comité peut être destitué ou remplacé en tout temps par le Conseil et cesse d'être membre d'un comité au moment où il n'est plus membre du Conseil.
10. La composition et la fréquence des réunions de chaque comité est telle que stipulée dans le mandat de chaque comité.
11. Le président d'un comité ou deux membres d'un comité peuvent demander la convocation d'une réunion du comité.

12. Un membre d'un comité peut participer à une réunion par différents moyens soit téléphonique, électronique ou tout autre moyens de communication pouvant permettre à toutes les personnes participant à la réunion de communiquer adéquatement entre elles. Un membre participant à une réunion d'un comité en utilisant de tels moyens de communication est réputé être présent à la réunion.
13. La majorité des membres votants constitue le quorum. Les motions sont adoptées à la majorité des voix.
14. Le secrétaire du Conseil prépare et distribue le procès-verbal de chaque réunion dans des délais raisonnables à chaque membre du comité. Un registre complet des procès-verbaux est conservé par le secrétaire du Conseil et doit être disponible à chaque membre du Conseil et au P.-D.G.
15. Un comité peut inviter tout membre du Conseil ou, en consultation avec le P.-D.G., tout employé du Réseau ou tout consultant qu'il juge souhaitable d'inviter à assister aux réunions afin de l'aider dans le cadre de ses travaux.
16. Chaque comité fait rapport au Conseil à chaque réunion du Conseil en ce qui concerne les recommandations spécifiques et les avis ayant trait à son mandat.
 - a) Les procès-verbaux des comités sont distribués aux membres du Conseil à titre informatif;
 - b) Les documents d'appui utilisés par les comités sont mis à la disposition du Conseil;
 - c) Chaque comité fournit un rapport écrit de toutes ses réunions au Conseil, incluant ses recommandations. Ce rapport sera discuté au besoin et voté lors de la réunion publique.
17. Si les circonstances l'exigent certains éléments peuvent être discutés à huis clos. Si un sujet est maintenu à huis clos, un rapport spécifique est préparé pour l'adoption à huis clos. La raison du huis clos est citée au procès-verbal de la réunion à huis clos et le sujet est omis du rapport de la séance publique.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ EXÉCUTIF	N° : CA-310
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur : 2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2021-06-22
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le : 2022-06-21
Établissement(s)/programme(s) :		

BUT

Le Comité exécutif traite des questions urgentes ou qui doivent être résolues entre les réunions ordinaires du Conseil d'administration (le « Conseil »).

Composition et fonctionnement

1. Le Comité exécutif est composé du président, du vice-président, du trésorier du Conseil, du secrétaire (PDG) et de trois (3) autres membres du Conseil ayant droit de vote.
2. Le président du Conseil assume la présidence du comité.
3. Tous les membres ont droit de vote sauf le secrétaire du comité.
4. Le comité se réunit au besoin entre les réunions ordinaires du Conseil.
5. Le comité fonctionne en respectant la politique sur les comités du Conseil d'administration (CA-300).

Responsabilités

Le comité :

1. peut régler toutes les activités en situation d'urgence uniquement pendant la période séparant les réunions ordinaires du Conseil, sous réserve des limites énoncées dans les règlements administratifs ou sauf indication contraire du Conseil;
2. s'acquitte aussi de toutes autres fonctions que peut lui confier le Conseil;
3. fonctionne en respectant les lignes directrices.

Ratification des décisions du comité

Le comité doit faire ratifier toutes ses décisions par le Conseil lors de la prochaine réunion régulière du Conseil.

Rapport

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

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ DE GOUVERNANCE ET DE MISE EN CANDIDATURE		N° : CA-320
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur :	2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2021-06-22
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le :	2022-06-21
Établissement(s)/programme(s) :			

BUT

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature est responsable d'orienter le Conseil d'administration (le « Conseil ») sur les questions relatives à la structure et à la bonne gouvernance du Réseau de santé Vitalité (le « Réseau »), et d'appuyer et conseiller le Conseil en la matière. Il s'occupe principalement de surveiller les activités du conseil d'administration, plutôt que celles de l'organisme dans son ensemble. Il voit notamment à l'adoption par le Conseil de politiques assurant la bonne gouvernance du Réseau, à la mise en place d'un processus d'évaluation du Conseil, de ses comités et de ses membres.

Composition et fonctionnement

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

Responsabilités

1. Guider le Conseil et lui soumettre des recommandations par rapport à sa structure et à ses processus de gouvernance, en se basant sur le cadre législatif du Réseau, des politiques du Conseil, des normes de gouvernance d'Agrément Canada, des bonnes pratiques en gouvernance et des compétences des membres en gouvernance. ~~de même qu'à son efficacité~~
2. Voir à la mise en place d'un processus d'évaluation de l'efficacité du conseil après chaque réunion et à une évaluation annuelle du Conseil, des dirigeants, ~~de ses~~ des comités et de ses membres.

3. Voir à la formation des membres du Conseil et à l'orientation des nouveaux membres du Conseil.
4. S'assurer de la conformité des mandats du Conseil et de ses comités en lien avec les lois, règlements administratifs, règles et politiques et soumet ceux-ci à l'approbation du Conseil.
5. Recruter et proposer la candidature des dirigeants et des présidents des comités du Conseil.
6. Soumettre à l'Assemblée générale annuelle du Conseil, des candidatures pour les postes des comités du Conseil (président, vice-président, trésorier, dirigeants), des candidatures pour les membres de tous les comités du Conseil, sauf mention contraire dans les règlements administratifs, ainsi que des candidatures pour les postes au sein du Comité professionnel consultatif et du Comité médical consultatif, y compris pour le remplacement de postes devenus vacants avant la fin du mandat des titulaires.
7. Lors du choix des candidatures aux différents comités, ainsi qu'à la présidence de chaque comité et de la vice-présidence du Conseil, le Comité de gouvernance et de mise en candidature tient compte :
 - des compétences, habiletés et de l'expérience de chaque membre ;
 - de la continuité dans le fonctionnement des comités et dans les rôles des dirigeants ;
 - des préférences de chaque membre.Une rotation périodique des membres, de la présidence des comités et vice-présidence du Conseil doit être considérée dans le but de reconnaître et d'apporter un équilibre entre le besoin pour de nouvelles idées, la continuité et le maintien d'une expertise fonctionnelle.
8. Surveiller et contrôler la conformité au Code de conduite et morale des membres du Conseil d'administration (CA-135).
9. Appuyer le Conseil dans sa supervision du processus de planification stratégique et dans la sélection d'une firme de consultant.
10. S'acquitter de toute autre fonction que peut lui confier le Conseil.

Rapport

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

Politique/Procédure n° : CA-320

Attestation de lecture et compréhension du mandat

Signature _____

Date _____

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

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ DES FINANCES ET DE VÉRIFICATION		N° : CA-330
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur :	2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2022-03-15
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Date de la signature :	2022-06-21
Établissement(s)/programme(s):			

BUT

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

Composition et fonctionnement

1. Le comité est constitué d'au moins quatre membres du Conseil ayant droit de vote, dont le trésorier, qui est le président.
2. Le comité se réunit quatre fois par année selon un calendrier préétabli et à la demande du président du comité.
3. Le comité fonctionne en respectant les lignes directrices sur les comités du Conseil (CA-300).
4. Les vérificateurs du Réseau doivent être mis au courant du nom des membres du comité.

5. Le comité doit rencontrer le vérificateur externe lorsqu'il y a lieu pour examiner tout dossier qui, de l'avis du comité ou des vérificateurs, devrait être porté à l'attention du Conseil.

Responsabilités

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

Supervise la performance et la viabilité financière

Le Comité :

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

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

Le comité :

1. S'assure que la direction a établi des processus de gestion des ressources (ressources physiques, biens, actifs, technologie, équipements, etc.);
2. Assure la disponibilité des fonds d'immobilisations pour entretenir et remplacer les installations et autres actifs qui sont nécessaires pour fournir des services aux clients et faire des recommandations au Conseil à cet égard;
3. S'assure que les biens sont utilisés efficacement;

4. S'assure que la direction a établi des processus en place pour éviter la dépréciation d'actifs en raison d'un manque d'entretien préventif ou d'autres causes.

Supervise les risques pour protéger la viabilité financière et les actifs

Le comité :

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

Supervise la vérification

Le comité examine la planification et les résultats des activités de vérification externe et les rapports suivis avec le vérificateur externe.

1. Examine et recommande le mandat du vérificateur externe pour l'approbation par le Conseil;
2. Examine le plan de vérification externe annuel;
3. Veille à la satisfaction quant à l'indépendance du vérificateur externe;
4. Fait une revue des services autres que la vérification par le cabinet des vérificateurs ou ses associés (incluant les honoraires approximatifs), et examine les répercussions sur l'indépendance du vérificateur externe;
5. Rencontre périodiquement, et au moins une fois l'an, le vérificateur externe sans la présence de la direction;
6. Analyse les états financiers annuels vérifiés et formule des recommandations au Conseil à cet égard; tient compte des changements, s'il y a lieu, en matière de principes et de méthodes comptables, des ajustements importants découlant de la vérification, de la conformité aux règles comptables et du respect des obligations juridiques;

7. Analyse l'évaluation de la direction concernant le respect des lois, des règlements, des règles et des contrats;
8. Passe en revue l'évaluation de la direction concernant la pertinence et l'efficacité des contrôles internes liés aux systèmes de comptabilité et d'information financière ainsi que les recommandations des vérificateurs externes;
9. Obtient la certitude que la direction a établi un environnement de contrôle adéquat qui met l'accent sur la responsabilité des employés sur le plan de la gestion des fonds publics et qu'elle a mis en place des politiques et procédures appropriées quant au contrôle et à la protection des actifs (p. ex. couverture d'assurance, processus d'autorisation d'achats, etc.).
10. Recommande au Conseil la nomination du vérificateur externe.

Gestion des investissements

1. Le comité examine annuellement la politique relative aux investissements pour ceux qui gèrent les fonds du Réseau et recommande les révisions nécessaires au Conseil.
2. Il effectue un suivi trimestriel des rendements du portefeuille d'investissements.

Autres

Le Comité :

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

Rapport

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

Attestation de lecture et compréhension du mandat

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

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ DE LA QUALITÉ DES SOINS ET LA SÉCURITÉ DES PATIENTS	N° : CA-350
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur : 2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2021-06-22
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le : 2022-06-21
Établissement(s)/programme(s) :		

BUT

Le Comité de la qualité des soins et la sécurité des patients (le « comité ») est responsable d'assurer que des mécanismes sont en place pour surveiller et améliorer le rendement du Réseau en matière de qualité. Le comité est responsable de promouvoir et de surveiller l'ensemble des activités liées à la gestion de la qualité, de la sécurité des patients, des risques et de l'éthique afin d'être en mesure de guider le Conseil d'administration (le « Conseil ») à l'égard de ses responsabilités concernant tous les aspects liés à la prestation des soins et services aux patients.

Composition et fonctionnement

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

Responsabilités

1. Le comité surveille, conseille le Conseil et lui fait les recommandations qu'il juge appropriées sur les questions relatives :
 - 1.1. aux processus de services à la clientèle et de gestion de la qualité, des risques et de la sécurité des patients ainsi qu'à l'éthique;

- 1.1.1. priorise la qualité et la sécurité des patients et énonce la direction que le Réseau doit suivre en matière de qualité;
 - 1.1.2. recommande au Conseil les cadres de référence en matière de qualité et sécurité des patients, de gestion des risques et d'éthique et suit leurs mises en œuvre;
 - 1.1.3. passe en revue et recommande un plan sur la qualité et la sécurité des patients ainsi que des objectifs d'amélioration annuels;
 - 1.1.4. assure la mise en place de mécanismes efficaces pour évaluer et améliorer la qualité des soins et services et gérer les risques;
 - 1.1.5. surveille et évalue régulièrement le rendement du Réseau en matière de qualité par le biais de son tableau de bord et d'autres rapports réguliers;
 - 1.1.6. reçoit et analyse les rapports du comité régional de la gestion de la qualité et de la sécurité des patients et veille à ce que les mesures nécessaires soient prises pour aborder les écarts et améliorer la qualité des soins et services;
 - 1.1.7. examine les politiques liées à la qualité, à la sécurité des patients, à la gestion des risques et à l'éthique;
 - 1.1.8. recommande des programmes éducatifs sur la qualité et la sécurité des patients pour les membres du comité et du Conseil;
- 1.2. aux normes d'agrément liées aux soins centrés sur le patient/client, à la qualité et à la sécurité des soins et des services et autres processus liés aux normes propres à un réseau de santé;
 - 1.3. à la satisfaction et à l'expérience des patients/clients et aux processus de gestion des plaintes;
 - 1.3.1. assure la mise en place de mécanismes pour évaluer et améliorer l'expérience des patients et pour gérer les plaintes;
 - 1.4. aux processus d'octroi des privilèges du personnel médical, de renouvellement, de suspension ou de modification;
 - 1.5. aux processus liés au développement et au maintien des compétences des professionnels et des médecins et aux processus de délégation des actes professionnels et médicaux.
2. Le comité s'acquitte aussi de toute autre fonction que peut lui confier le Conseil.

Rapport

1. Le comité rend compte de ses activités à chaque réunion du Conseil, ce qui comprend une revue annuelle de la qualité, de la sécurité des patients, des risques et de l'éthique. Les rapports réguliers peuvent comprendre, entre autres :
 - 1.1 Indicateurs de la qualité sous forme d'un tableau de bord, y compris des mesures du rendement sur la qualité des services cliniques, les risques, la sécurité des patients et les services à la clientèle;

- 1.2 Progrès quant aux améliorations majeures sur le plan du rendement et aux objectifs de sécurité des patients;
- 1.3 Analyse des causes profondes soumises par le comité;
- 1.4 Sommaire des revues d'événements préjudiciables;
- 1.5 Satisfaction/perception des patients;
- 1.6 Satisfaction/perception des médecins;
- 1.7 Satisfaction/perception des employés;
- 1.8 Culture de sécurité des patients;
- 1.9 Agrément;
- 1.10 Vérification du processus de délivrance de titres et de certificats;
- 1.11 Rapport des activités en éthique.

Plan de travail et objectifs annuels du comité

1. Le comité se dote d'un plan de travail et d'objectifs annuels en précisant ses domaines d'intérêt principaux ainsi que d'un calendrier de présentation (trimestriel ou annuel) pour la prochaine année. Voici des exemples :
 - 1.1 Surveiller un programme de diminution des erreurs liées aux médicaments;
 - 1.2 Appuyer et surveiller une initiative d'amélioration du service à la clientèle au Service d'urgence;
 - 1.3 Surveiller les projets liés à une campagne d'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients;
 - 1.4 Examiner et mettre à jour le tableau de bord sur la qualité et d'autres rapports d'indicateurs clés liés à la qualité et aux patients pour veiller à ce qu'ils comprennent des objectifs établis pour le Réseau.
 - ~~1.5 Passer en revue les priorités nationales actuelles dans le domaine de la qualité et de la sécurité des patients, comme la rémunération en fonction du rendement et l'usage de technologies de l'information pour améliorer la qualité.~~

Attestation de lecture et compréhension du mandat

Signature

Date

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

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	MANDAT DU COMITÉ CONSULTATIF DES PATIENTS ET DES FAMILLES	N° : CA-360
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur : 2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2021-06-22
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le : 2022-06-21
Établissement(s)/Programme(s) :		

BUTS

1. Travailler en étroite collaboration avec la direction du Réseau de santé Vitalité afin de promouvoir et de soutenir une culture de soins centrés sur les patients et les familles.
2. Offrir des conseils et participer à la surveillance et à l'évaluation en ce qui concerne le travail entrepris pour améliorer l'expérience des patients et les soins centrés sur les patients et les familles.

RESPONSABILITÉS

1. Offrir au Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients du Conseil, une orientation et des conseils relativement aux objectifs, aux politiques et aux pratiques visant l'amélioration des soins centrés sur les patients et les familles.
2. Participer à l'établissement des priorités et des projets en matière d'amélioration de l'expérience des patients.
3. Participer à l'élaboration et à la révision des divers outils destinés aux patients et aux familles (p. ex. dépliants, formulaires, matériel d'enseignement, etc.).
4. Promouvoir la collaboration entre le personnel, les médecins et l'ensemble de la collectivité dans le but d'accroître la participation des patients et des familles à la planification et à la prestation des soins dans l'ensemble du Réseau.
5. Faire des suggestions et donner de la rétroaction sur l'élaboration des pratiques, des politiques, des programmes et de l'enseignement/orientation à l'échelle de l'organisation, des programmes/services ou des unités.
6. Passer en revue l'enseignement et les stratégies de communication concernant les soins centrés sur les patients et les familles et donner de la rétroaction sur ceux-ci.
7. Participer à titre de partenaire communautaire ou assurer une représentation dans la planification et le fonctionnement de comités et/ou de programmes précis dans l'ensemble du Réseau au besoin.

8. Faire des suggestions en ce qui concerne une évaluation annuelle des partenaires de l'expérience patient au sein du Réseau.

COMPOSITION

Le comité est composé de huit partenaires de l'expérience patient qui proviennent de différentes régions sur l'ensemble du territoire auquel le Réseau offre des services.

Le comité est présidé par un partenaire de l'expérience patient.

Le vice-président du comité est également un partenaire de l'expérience patient.

Lea présidente-directrice générale du Réseau, le président du Conseil d'administration et lea vice-présidente à la Mission universitaire, Performance et Qualité sont membres d'office.

D'autres membres du personnel du Réseau peuvent être invités à assister au besoin.

DURÉE DU MANDAT

Le mandat est d'une durée de deux trois ans et il peut être renouvelé pour une période d'un an ou deux ans; ne dépassant une durée maximale de quatre cinq ans. Les mandats sont organisés de manière à ce qu'ils se chevauchent pour assurer une cohérence dans la composition.

Le mandat des membres du comité, y compris celui du président et du vice-président, est révisé annuellement au Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients et recommandé au Comité de gouvernance et de mise en candidature pour approbation.

QUORUM

Le quorum est composé de la moitié des membres du comité plus un. Le consensus est la méthode de choix pour la prise de décisions. Au besoin, une simple majorité de la moitié plus un est utilisé.

RÉUNIONS ET PROCÈS-VERBAUX

Le comité se rencontre au moins quatre fois par année et à la demande du président. La majorité des réunions ont lieu par vidéoconférence Teams. Des déplacements peuvent avoir lieu à l'occasion.

Les procès-verbaux sont rédigés et ils sont distribués à tous les membres du comité.

RAPPORT HIÉRARCHIQUE

Le comité relève du Comité de la qualité des soins et la sécurité des patients du Conseil d'administration.

Le président du comité siège au Comité de la qualité des soins et la sécurité des patients à titre de membre d'office.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les membres du comité doivent divulguer avant chaque réunion tout conflit d'intérêts réel, apparent ou éventuel et, au besoin, se retirer des délibérations et des décisions du comité.

DÉPENSES

Les frais de déplacement, d'hébergement et de repas et les autres dépenses acceptées sont remboursés conformément aux directives provinciales sur les déplacements.

RENSEIGNEMENTS PERTINENTS SUPPLÉMENTAIRES

Conditions pour être partenaire de l'expérience patient

- Être un patient ou un membre de la famille qui a eu de nombreux ou récents contacts avec le Réseau.
- Manifester un intérêt sincère pour le travail avec un groupe en vue d'améliorer l'expérience des patients dans l'ensemble du Réseau.
- Respecter la vie privée et signer une déclaration de confidentialité.
- Être en mesure de se rendre aux réunions ou d'y assister par téléconférence tout en demeurant un membre actif.
- Démontrer une compréhension des rôles et des responsabilités du comité.
- Pouvoir travailler de façon constructive avec l'équipe de leadership, les médecins et les membres du personnel du Réseau et le comité.

Exigences générales pour le partenaire de l'expérience patient

- Se présenter à une entrevue de présélection.
- Participer à une séance d'orientation et suivre les formations obligatoires.
- Suivre avec succès les étapes de filtrage des bénévoles.

Responsabilités du président

- Convoquer et présider les réunions.
- Établir l'ordre du jour de chaque réunion.
- Passer en revue les procès-verbaux des réunions.
- Communiquer avec les membres du comité.
- Collaborer au besoin avec les directeurs, les gestionnaires et d'autres personnes à des questions relatives aux soins centrés sur les patients et les familles.
- Représenter le comité et parler en son nom à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation à la demande de l'équipe de leadership.
- Voter en cas d'égalité des voix.

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ STRATÉGIQUE DE LA RECHERCHE ET DE LA FORMATION	N° : CA-395
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur : 2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2021-06-22
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le : 2022-06-21
Établissement(s)/programme(s) :		

Mandat

Assurer la réalisation des orientations stratégiques de la mission universitaire du Réseau de santé Vitalité (le « Réseau ») en matière de formation et de recherche.

Composition et fonctionnement

- Le Comité stratégique de la recherche et de la formation est composé :
 - de quatre membres du Conseil d'administration (le « Conseil ») nommés par le Conseil, dont l'un assume la présidence du comité;
 - du directeur régional - Recherche ~~et Formation~~ à titre de membre d'office sans droit de vote;
 - du directeur régional - Formation et partenariats en enseignement à titre de membre d'office dans droit de vote;
 - du doyen associé de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke/directeur du Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick à titre de membre d'office sans droit de vote;
 - du représentant de la position conjointe de la direction scientifique Vitalité-IARC ;
 - du représentant de l'Université de Moncton à titre de membre d'office sans droit de vote.
- Le président peut, le cas échéant, inviter toute autre personne à participer à une réunion du comité. Cette personne est sans voix délibérative.
- Le comité peut adjoindre toute personne-ressource qu'il juge utile pour exercer ses fonctions, et ce pour une période déterminée. Cette personne ne fait pas partie du comité.
- Le comité fonctionne en respectant les lignes directrices pour les comités du Conseil (CA-300).
- Le comité se réunit au moins trois fois par année.

Responsabilités

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

Rapport

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

Attestation de lecture et compréhension du mandat

Signature

Date

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

Remplace :

Zone 1 : _____

Zone 5 : _____

Zone 4 : _____

Zone 6 : _____

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	COMITÉ AD HOC DES RESSOURCES HUMAINES	N° : CA-396
Section :	Comités du Conseil	Date d'entrée en vigueur : 2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente : 2021-12-07
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le : 2022-06-21

Mandat

Le Comité ad hoc des ressources humaines (le « comité ») est responsable de fournir au Conseil d'administration (le « Conseil ») des recommandations, des conseils et de la rétroaction concernant les préoccupations et les enjeux du Réseau relatifs à la main-d'œuvre et à la planification de la main-d'œuvre au sein du Réseau de santé Vitalité (le « Réseau »).

Responsabilités

Attendu que :

- les stratégies en matière de capital humain seront définies conformément avec le Plan stratégique 2020-2023, le Plan régional de santé et d'affaires 2021-2024 et l'évaluation des besoins du Réseau;
- il existe une pénurie de ressources humaines dans divers domaines dans tout le Réseau, et ses conséquences sur l'offre de services et la qualité des services seront évaluées et intégrées à la retraite annuelle du Conseil en lien avec le Plan stratégique;
- le tableau de bord stratégique et équilibré est l'un des outils de surveillance de la performance du Réseau; les indicateurs en lien avec le capital humain **seront suivis par le Comité ad hoc des Ressources humaines.** ~~continueront d'être suivis conjointement par le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients et le Comité des finances et de vérification.~~

Le comité sera responsable :

1. d'aider l'Équipe de leadership dans l'élaboration de stratégies en prenant connaissance de l'exercice de « Planification stratégique des Ressources humaines 2021-2024 : Le cœur de l'action » et en formulant des recommandations au Conseil d'administration.
2. de s'assurer que l'Équipe de leadership met en place les plans opérationnels en lien avec les priorités établies et atteint les résultats souhaités.

3. de s'assurer que l'Équipe de leadership a en place un plan prévisionnel des effectifs, en mesure les impacts et tient compte des résultats dans la planification annuelle du Réseau.
4. de s'assurer que l'Équipe de leadership tient à jour le plan de développement des compétences ainsi que le plan de relève du personnel cadre et non syndiqué.
5. de s'assurer que l'Équipe de leadership a mis en place toutes les mesures pour offrir un milieu de travail sain et sécuritaire exempt de violence.

Composition et fonctionnement

- Le comité est composé d'au moins quatre membres du Conseil ayant droit de vote, dont l'un assumera la présidence du Comité.
- Le président du comité est nommé par le Conseil.
- Le comité fonctionne en respectant la politique sur les comités du Conseil (CA-300).
- Le comité se réunit quatre fois par année en tenant compte du calendrier préétabli des réunions du Conseil.

Rapport

- Le comité rend compte des activités et de la mise en œuvre du plan d'action au Conseil d'administration.

Attestation de lecture et compréhension du mandat

Signature

Date

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

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

Manuel : Conseil d'administration

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

BUTS

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

POLITIQUE

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

Politique / Procédure N° : CA-400

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

Outil

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

Processus d'évaluation

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

Politique / Procédure N° : CA-400

Responsabilités et échéanciers

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

Principes directeurs

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

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

Réseau de santé Vitalité

Plan d'évaluation du rendement et du développement

Président-directeur général

Éléments du formulaire d'évaluation

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

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

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

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

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

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

Système d'évaluation du rendement

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

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

Nom du PDG :

Date :

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

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

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

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

Manuel : Conseil d'administration

Titre :	CADRE D'ÉVALUATION		N° : CA-410
Section :	Processus de révision	Date d'entrée en vigueur :	2022-06-21
Mandataire :	Conseil d'administration	Date de révision précédente :	2022-03-15
Approbateur :	Conseil d'administration Michelyne Paulin, présidente Denis M. Pelletier, président par intérim	Approuvée le :	2022-06-21
Établissement(s)/programme(s) :			

BUTS

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

POLITIQUE

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

Politique/Procédure N° : CA-410

2.1 Ce processus comprend :

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

2.2 Les différentes grilles d'évaluation du Conseil sont en annexe :

- Questionnaire d'auto-évaluation des membres – Annexe CA-410 (1);
- Questionnaire d'évaluation du président du Conseil d'administration – Annexe CA-410 (2);
- Questionnaire d'évaluation du président de comité – Annexe CA-410 (3);
- Questionnaire d'évaluation par les pairs – Annexe CA-410 (4);
- Formulaire d'évaluation – Réunion à huis clos et réunion publique du Conseil d'administration – Annexe CA-410 (5).
- **Formulaire d'évaluation – Assemblée générale annuelle – Annexe CA-410 (6)**

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

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

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

2.6 Les résultats restent anonymes.

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

Questionnaire d'auto-évaluation des membres

(nom du membre)

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

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

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

Questionnaire d'évaluation du président du Conseil d'administration

(nom du membre)

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

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

Questionnaire d'évaluation du président de comité

(nom du membre et du comité)

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

Comment évaluez-vous la performance du président de comité ci-dessus?	Évaluation					
	6	5	4	3	2	1
1. Il avise et conseille le Conseil d'administration, notamment en aidant à définir les problèmes, à revoir la stratégie et à maintenir la reddition de comptes.						
2. Il fournit un leadership fort au comité en l'assistant dans le suivi de la vision, de la mission, des valeurs, de la stratégie et des plans du Réseau de santé Vitalité ainsi que dans la réalisation des objectifs de ce dernier et dans l'avancement des travaux du Conseil.						
3. Il veille à ce que les réunions du comité soient gérées de manière efficace, et il s'assure que le comité dispose des renseignements ou des conseils nécessaires pour prendre des décisions.						
4. Il veille à ce que suffisamment de temps soit accordé pour les débats et à ce que tous les aspects d'une question ou d'un problème soient entendus.						
5. Il évalue périodiquement l'efficacité du comité et de ses membres, et il examine les résultats avec les membres individuellement, le cas échéant, et avec le comité dans son ensemble.						
6. Le président du comité et le Conseil / comité comprennent le rôle du président en tant que porte-parole du comité.						
7. Le président du comité représente le comité au sein du Conseil, et il aide à établir de solides relations avec les principaux acteurs.						
8. Je me sens à l'aise de présenter certaines questions au président.						
Commentaires :						
<p>Une évaluation sera effectuée sur un site de sondage électronique.</p> <p>Les résultats seront communiqués au membre touché seulement et au président du Conseil d'administration.</p> <p>Les résultats resteront anonymes.</p>						

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

Questionnaire d'évaluation par les pairs

(nom du membre et du comité)

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

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

Formulaire d'évaluation

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

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

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

Veuillez utiliser cet espace pour ajouter des commentaires :

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

Merci !

Formulaire d'évaluation

Assemblée générale annuelle du Conseil d'administration

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

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

Veuillez utiliser cet espace pour ajouter des commentaires :

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

Manuel : Conseil d'administration

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

BUT

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

POLITIQUE

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

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

Outil

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

Processus d'évaluation

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

Responsabilités et échéanciers

Activité	Responsables	Échéancier
a) Le médecin-chef et le président du CPC développent une proposition du plan d'évaluation du rendement et du développement en vue de l'obtention des commentaires du Comité d'évaluation du rendement et du développement.	<ul style="list-style-type: none"> • Le médecin-chef • Le président du CPC 	<ul style="list-style-type: none"> • Avril

Politique/Procédure N : CA-430

Activité	Responsables	Échéancier
b) Le Comité d'évaluation du rendement et du développement valide le plan d'évaluation du rendement et du développement et consulte l'ensemble des membres du Conseil d'administration pour obtenir leurs commentaires.	<ul style="list-style-type: none"> Le Comité d'évaluation du rendement et du développement 	<ul style="list-style-type: none"> Avril
c) Le médecin-chef et le président du CPC mettent au point le plan d'évaluation du rendement et du développement suite aux commentaires reçus et soumettent le plan au Comité d'évaluation du rendement et du développement pour approbation.	<ul style="list-style-type: none"> Le médecin-chef et le Comité d'évaluation du rendement et du développement Le président du CPC et le Comité d'évaluation du rendement et du développement 	<ul style="list-style-type: none"> Mai
d) Le médecin-chef et le président du CPC font une auto-évaluation à la mi-année et rencontrent le Comité d'évaluation du rendement et du développement pour discuter du progrès et faire les ajustements nécessaires au plan d'évaluation du rendement et du développement.	<ul style="list-style-type: none"> Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le médecin-chef Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le président du CPC 	<ul style="list-style-type: none"> Septembre
e) Le médecin-chef et le président du CPC présentent une auto-évaluation de fin d'année et la soumettent au Comité d'évaluation du rendement et du développement.	<ul style="list-style-type: none"> Le médecin-chef Le président du CPC 	<ul style="list-style-type: none"> Fin mars, début avril
f) Le Comité d'évaluation du rendement et du développement rencontre le médecin-chef et le président du CPC et évalue leur performance durant l'année qui se termine.	<ul style="list-style-type: none"> Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le médecin-chef Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le président du CPC 	<ul style="list-style-type: none"> Avril
g) Le Comité d'évaluation du rendement et du développement fait rapport au Conseil d'administration et recueille ses commentaires. Il met au point l'évaluation avec le P.-D.G.	<ul style="list-style-type: none"> Le Comité d'évaluation du rendement et du développement et le P.-D.G. 	<ul style="list-style-type: none"> Mai

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

Réseau de santé Vitalité

Plan d'évaluation du rendement et du développement

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

Éléments du formulaire d'évaluation

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

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

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

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

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

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

Systeme d'évaluation du rendement

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

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

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

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

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

Partie II : Évaluation du rendement					
Compétences comportementales LEADS qui feront l'objet d'une évaluation					
Compétence	Définitions	Commentaires du cadre	Commentaires du cadre hiérarchique	Évaluation possible : A, B, C ou D (v. page 2)	
				Auto-évaluation	Comité d'évaluation du rendement et du développement
Est son propre chef	<ul style="list-style-type: none"> • Est conscient de ses propres hypothèses, valeurs, principes, points forts et limites • Assume la responsabilité de son rendement et de sa santé • Cherche activement des occasions et des défis en matière d'apprentissage personnel, de formation du caractère et de croissance • Démontre des qualités, comme l'honnêteté, l'intégrité, la résilience et la confiance 				
Fait participer les autres	<ul style="list-style-type: none"> • Appuie et encourage les autres à atteindre des objectifs professionnels et personnels • Crée un environnement agréable où les autres ont des occasions intéressantes d'apporter une contribution ainsi que les ressources nécessaires pour s'acquitter de leurs responsabilités • Sait écouter attentivement et encourage l'échange ouvert de renseignements et d'idées à l'aide des moyens de communication appropriés • Facilite un environnement de collaboration et de coopération pour atteindre des résultats 				

Obtient des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Inspire une vision et cible, établit et communique des attentes et des résultats clairs et utiles • Combine la mission/les valeurs organisationnelles et des données fiables et valables pour prendre des décisions • Agit d'une manière qui cadre avec les valeurs organisationnelles pour donner des services efficaces axés sur la population • Mesure et évalue les résultats, est responsable et tient les autres responsables des résultats obtenus par rapport aux points de référence, corrige sa façon de procéder selon les besoins 				
Crée des coalitions	<ul style="list-style-type: none"> • Crée des liens, une relation de confiance et des idées communes avec des gens et des groupes • Facilite la collaboration, la coopération et des coalitions au sein de divers groupes ainsi que des approches pour améliorer les services • Emploie des méthodes pour recueillir des renseignements, encourage l'échange ouvert de renseignements, utilise des données probantes de qualité pour influencer les choses au sein du système • Est politiquement astucieux, négocie en situation de conflit, mobilise le soutien nécessaire 				

Transforme les systèmes	<ul style="list-style-type: none"> • Réfléchit de manière analytique et conceptuelle, remet en question le statu quo pour cerner les problèmes, règle des problèmes et conçoit et met en œuvre des processus efficaces visant les systèmes et les parties intéressées • Crée un climat d'amélioration continue et de créativité visant le changement systémique • Observe l'environnement pour obtenir des idées, des pratiques exemplaires et des tendances nouvelles qui façonneront le système 				
--------------------------------	--	--	--	--	--

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

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

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 9 juin 2022

Objet : Mandat du Comité professionnel consultatif

Vous trouverez ci-joint la politique et procédure GEN.1.40.10 « Mandat du Comité professionnel consultatif » pour avis et approbation.

Proposé

Appuyé

Et résolu que la politique et procédure GEN.1.40.10 «Mandat du Comité professionnel consultatif» soit approuvée telle que présentée.

Adoption

Soumis le 24 mai 2022 par Justin Morris, président du Comité professionnel consultatif

Manuel : Général du Réseau de santé Vitalité

Titre :	MANDAT DU COMITÉ PROFESSIONNEL CONSULTATIF		N°: GEN.1.40.10
Section :	1. Gestion générale	Date d'entrée en vigueur :	2022-06-21
Mandataire :	Comité professionnel consultatif	Date de révision précédente :	2021-09-27
Approbateur :	P.-D.G. Dre France Desrosiers	Approuvé le :	2022-06-21

RAISON D'ÊTRE

1. Fournir au Conseil d'administration des conseils, des recommandations, de la rétroaction et de l'information dans le cadre d'une perspective multidisciplinaire en matière de qualité, de normes et d'autres questions relatives à la prestation de services et de soins de santé.
2. Cerner des enjeux stratégiques et opérationnels pertinents du Réseau pour ensuite recommander des solutions et des actions.

DÉFINITIONS

Membres du personnel professionnel : Praticiens de professions de la santé qui sont auto-réglementées et qui sont employés par le Réseau ou qui travaillent pour celui-ci sur une base contractuelle ou qui ont des privilèges pour exercer leur profession dans le Réseau, y compris le personnel médical

Comité consultatif : Comité qui est constitué pour donner des avis, fournir des expertises et prendre des décisions dans le cadre de son mandat

RESPONSABILITÉS

1. Le Comité professionnel consultatif (CPC), de par son rôle de surveillance et de consultation, oriente le Conseil d'administration et lui fait des recommandations sur :
 - 1.1 Les questions de santé et de soins cliniques;
 - 1.2 Des questions liées à l'assurance et à l'amélioration de la qualité, à la gestion des risques et à la sécurité des patients;
 - 1.3 Les services offerts au sein du Réseau et les options multidisciplinaires pour la prestation de services;
 - 1.4 Les enjeux qui touchent la pratique, y compris, mais sans s'y limiter, les normes de soins, le champ de pratique, le profil de compétences et le perfectionnement des compétences.
2. Le CPC veille à ce que les programmes et les services respectent les normes d'Agrément Canada.

3. Le CPC s'assure du renouvellement annuel des titres de tous les praticiens de professions de la santé qui sont auto-réglementées, à l'exception des médecins, des chirurgiens et des dentistes.
4. Le CPC remplit d'autres fonctions dictées par le Conseil d'administration.
5. Le CPC assure son rôle de surveillance en établissant des liens et en recevant des rapports des différents secteurs (Gestion des risques, Qualité et Pratique professionnelle) selon le calendrier établi du plan de travail du CPC.

COMPOSITION

1. La composition doit représenter les disciplines qui permettent au CPC d'accomplir son mandat.
2. Le CPC est composé d'un maximum de 15 membres votants nommés par le Conseil d'administration qui sont des membres du personnel professionnel du Réseau. Au moins 5 membres viennent de différentes professions de la santé qui sont auto-réglementées.
 - 2.1 La composition représente les milieux suivants : services hospitaliers, services communautaires de santé mentale et de traitement des dépendances, services de soins primaires et Santé publique.
 - 2.2 Le CPC doit être composé, dans le meilleur du possible, d'une représentation équitable à partir de la liste des professions suivantes :
 - Thérapie respiratoire;
 - Psychologie;
 - Ergothérapie;
 - Technologie de laboratoire;
 - Technologie en radiation médicale;
 - Nutrition clinique;
 - Physiothérapie;
 - Travail social;
 - Pharmacie ;
 - Archives;
 - Soins infirmiers;
 - Orthophonie ou audiologie;
 - 2.3 Le CPC doit obtenir la représentation d'un partenaire de l'expérience patient (PEP) dans la liste des membres votants.
3. Les membres suivants constituent la liste des membres d'office sans droit de votes :
 - Président-directeur général (PGG)
 - Vice-président – Mission universitaire, Performance et Qualité
 - Vice-président – Services cliniques
 - Vice-président – Services de consultation externe et Services professionnels
 - Vice-président – Services communautaires et de Santé mentale
 - Président du Comité médical consultatif (Médecin chef régional)
 - Directeur de la pratique professionnelle
 - Gestionnaire régionale de la pratique professionnelle
4. Les nominations des membres votants, y compris du président, doivent se faire pour un mandat de 3 ans, renouvelable chaque année, par le Conseil d'administration. Les

membres votants du CPC **ainsi que président** ne peuvent être nommés pour plus de 2 mandats consécutifs de 3 ans, mais ils peuvent par la suite être renommés après une absence de 3 ans du CPC.

4.1 Lorsqu'un poste devient vacant avant la fin de son mandat, à l'exception du poste de présidence, le processus de mise en candidature est enclenché mais le nouveau membre peut seulement entrer en fonction après que la liste des membres du CPC est approuvée à la réunion annuelle du Conseil d'administration.

4.2 Dans l'éventualité où le poste de président devient vacant avant la fin de son mandat, le vice-président assure la présidence jusqu'à ce qu'un nouveau président soit nommé par le CA.

4.2.1 Dans le cas où le vice-président n'est pas en mesure d'assurer la présidence, le CA peut nommer un président de façon intérimaire que CPC aura recommandé.

5. Les candidatures des membres, de la présidence et de la vice-présidence du CPC sont soumises au CPC par l'entremise du [formulaire de candidature](#) RA-49F.
 - 5.1 La sélection de la présidence et de la vice-présidence est effectuée selon la procédure de l'annexe GEN.1.40.10 (1).
 - 5.2 La sélection des membres votants est effectuée selon la procédure de l'annexe GEN.1.40.10(2).

FONCTIONNEMENT

1. Le CPC se réunit au moins 4 fois par année selon un calendrier préétabli.
2. Les réunions du CPC sont convoquées par le président.
3. La participation à une réunion peut se faire par différents moyens : téléphonique, électronique ou tout autre moyen de communication pouvant permettre à toutes les personnes qui participent à la réunion de communiquer adéquatement entre elles. Un membre qui participe à une réunion du CPC en utilisant un tel moyen de communication est considéré comme un membre présent à la réunion.
4. Durant les réunions du CPC, le quorum est constitué de la moitié des membres votants plus un.
5. Le président ne vote pas, sauf dans des situations d'égalité des votes.

RESPONSABILITÉS DE CHAQUE MEMBRE

- Utiliser l'ordre du jour et toute autre documentation nécessaire pour se préparer à participer activement aux réunions.
- Demander la contribution de ses collègues avant les réunions.
- Appuyer les décisions et les plans d'action du comité et les communiquer à ses collègues.
- Soumettre les points à l'ordre du jour au président du comité 2 semaines avant les réunions.
- Fournir un leadership dans la mise en œuvre des initiatives du comité.
- Participer à la prise de décisions en tenant compte des besoins et des perspectives des professions dans leur ensemble.
- Se présenter aux réunions bien préparé (faire lecture des documents à l'avance et être prêt pour les discussions).

- Aviser le président en cas d'absence.

RESPONSABILITÉS DU PRÉSIDENT

- Préparer et distribuer l'ordre du jour aux membres (l'ordre du jour doit refléter les priorités du Réseau).
- Présider les rencontres.
- S'assurer que les membres sont orientés quant à leur rôle et à leurs responsabilités au sein du comité ainsi qu'en ce qui concerne la vision du CPC.
- Mettre à jour le plan de travail du CPC et le soumettre aux membres.
- Faire les suivis des problématiques soulevées lors des rencontres.

RESPONSABILITÉS DU VICE-PRÉSIDENT

Assumer les responsabilités du président en l'absence de celui-ci.

OBLIGATION DE RENDRE COMPTE

1. Le CPC relève directement du Conseil d'administration.
2. Le président fait rapport des activités du CPC au Conseil d'administration sur une base régulière.
3. Le CPC maintient des liens de communication avec l'équipe de leadership, le Comité de gestion intégrée de la qualité, de la sécurité et de la performance, le Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients et le CMCR. Les liens de communication se fait par la participation du président du CPC à ces comités.
4. Les procès-verbaux des réunions du CPC sont distribués au Conseil, à tous les membres du CPC ainsi qu'au CMCR. La personne qui assure le soutien administratif pour le comité conserve les procès-verbaux originaux.
5. Le mandat du CPC est revu annuellement par le CPC. Toutes modifications au mandat sont soumises au Comité de gouvernance pour approbation.
6. Les mises en candidature des membres du CPC sont présentées annuellement au Comité de gouvernance pour approbation.

RÉFÉRENCES

Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *Loi sur les régies régionales de la santé*, <http://laws.gnb.ca/fr/showfulldoc/cs/2011-c.217//>, déposée le 13 mai 2011.

Réseau de santé Vitalité, Règlements administratifs, le 12 décembre 2019.

Cadre d'imputabilité en gestion de la qualité et de la sécurité des patients, Réseau de santé Vitalité.

Procédure pour la sélection du président et/ou du vice-président du CPC

1. Le président ou le vice-président avise les membres du CPC de la fin du mandat de 3 ans **pendant la première réunion de l'année civile**, et il entame le processus à suivre pour assurer la relève.
2. Si le président et/ou le vice-président souhaitent continuer pour un autre mandat, ils doivent informer les membres du CPC de leur intention **à la première réunion de l'année civile**. Le cas échéant, ils doivent avoir recours à un vote à huis clos qui est présidé par le président ou le vice-président, selon le cas. Les membres votants doivent baser leur décision sur les critères suivants :
 - 2.1 Pour la présidence :
 - Fait preuve d'une bonne assiduité aux rencontres du CPC (présent à 75 % des rencontres);
 - Gère bien les rencontres (gère les conflits, gère toute monopolisation des discussions, assure le respect entre les membres, veille à ce que l'ordre du jour et les autres documents soient disponibles sur le site de collaboration 1 semaine avant les rencontres, anime les discussions, assure la participation des membres);
 - Veille à ce qu'il y ait au moins 4 rencontres par année, tel que la loi le stipule;
 - Participe activement à 75 % des rencontres liées à son rôle de présidence du CPC, soit celles des comités suivants : le Conseil d'administration, le Comité régional des services à la clientèle, de la gestion de la qualité et de la sécurité et le CMCR;
 - 2.2 Pour la vice-présidence :
 - Participe activement à 75 % des rencontres du CPC;
 - Remplace le président aux rencontres au besoin;
 - Assume les responsabilités du rôle de vice-présidence.
3. Si le président ou le vice-président ne souhaite pas renouveler son mandat, le président communique avec le directeur des Communications pour demander qu'on distribue une note de service concernant le recrutement d'un nouveau président et/ou d'un nouveau vice-président. La période de mise en candidature est de 10 jours ouvrables.
4. Les professionnels qui souhaitent soumettre leur candidature peuvent le faire au moyen du [formulaire de candidature](#) RA-49F. Ils doivent joindre une lettre et leur curriculum vitæ au formulaire de candidature.
5. Un comité ad hoc présidé par le président ou par le vice-président, au besoin, est formé de 3 membres du CPC ayant droit de vote et du PDG sans droit de vote. Le PDG agit à titre de personne-ressource. Les membres sélectionnent les candidats en se basant sur les critères suivants :
 - Membre actif d'une profession auto-réglementée;
 - Participation / implication dans le Réseau de santé Vitalité;
 - Participation à des comités ou à des groupes de travail locaux, régionaux ou provinciaux;
 - Participation / implication dans sa profession ou son association;
 - Assiduité au travail;
 - Expérience (5 ans) au sein d'un Réseau.
6. Le nom du candidat retenu pour la présidence ou la vice-présidence est soumis au CPC à la rencontre en avril. Le CPC fournit par la suite ses recommandations au Comité de gouvernance pour approbation.

Procédure pour la sélection des membres du CPC

1. Les professionnels qui souhaitent soumettre leur candidature peuvent le faire par l'entremise du [formulaire de candidature RA-49F](#). Ils doivent joindre une lettre et leur curriculum vitæ au formulaire de candidature.
2. Un comité ad hoc présidé par le président ou par le vice-président, au besoin, est formé de 3 membres du CPC ayant droit de vote. Les membres sélectionnent les candidats en se basant sur les critères suivants :
 - Membre actif d'une profession auto-réglementée;
 - Participation / implication dans le Réseau de santé Vitalité;
 - Participation à des comités ou à des groupes de travail locaux, régionaux ou provinciaux;
 - Participation / implication dans sa profession ou son association;
 - Assiduité au travail;
 - Expérience (5 ans) au sein d'un Réseau.
3. Le nom du candidat retenu est soumis au CPC **à la deuxième rencontre de l'année civile**. Le CPC fournit par la suite ses recommandations au Comité de gouvernance pour approbation.

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Le 9 juin 2022

Objet : Nominations - Comité professionnel consultatif

La composition du Comité professionnel consultatif 2022-2023 est soumise au Comité de gouvernance et de mise en candidature pour approbation et recommandation au Conseil d'administration.

MEMBRES VOTANTS	SECTEUR REPRÉSENTÉ	ZONE	MANDAT
Julie Aubé-Pinet	Soins infirmiers	1B	2022-2025
Annie Carré (vice-présidente)	Technologie de radiation médicale	5	2020-2023
Natalie Landry	Technologie de laboratoire médical	5	2020-2023
Isabelle Gagnée	Santé publique	5	2022-2025
Alain Boudreau	Physiothérapie	1B	2020-2023
Julie Morin	Ergothérapie	6	2021-2024
Lyne Cormier Landry	Travail social	6	2020-2023
Daniel Doucette	Thérapie respiratoire	4	2022-2025
Justin Morris (président)	Pratique professionnelle	1B	2020-2023
Luc Jalbert	Pharmacie	1B	2022-2025
Amy Martin	Archives	4	2022-2025
Nicole Cassie	Orthophonie	1B	2022-2025
Diane Savoie Morneault	Psychologie	6	2022-2025
Nadine Lewis	Nutrition	1B	2022-2025
Partenaire expérience patient	Jacque Gagnon	6	2022-2025

MEMBRES D'OFFICE	TITRE	STATUT
Dre France Desrosiers	Présidente-directrice générale	Non-votant
Brigitte Sonier-Ferguson	V.-p. Mission universitaire, Performance et Qualité	Non-votant
Dre Nicole LeBlanc	Présidente du CMC	Non-votant
Stéphane Legacy	V.-p. Services de consultation externe et Services professionnels	Non-votant
Sharon Smyth-Okana	V.-p. Services cliniques	Non-votant
Jacques Duclos	V.-p. Services communautaires et Santé mentale	Non-votant
Allison White	Directrice de la Pratique professionnelle	Non-votant
Virgil Guitard	Gestionnaire régional de la pratique professionnelle	Non-votant

Proposé par :

Appuyé par :

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature propose au Conseil d'administration de confirmer la nomination des membres du Comité professionnel consultatif pour l'année 2022-2023.

Adopté

Soumis le 17 mai 2022 par Justin Morris, président du Comité professionnel consultatif

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Le 9 juin 2022

Objet : Nomination du président du Comité professionnel consultatif

Monsieur Justin Morris a été nommé président du Comité professionnel consultatif (CPC) en juin 2020 pour un mandat de trois ans. Selon les règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité, la nomination doit être confirmée annuellement par le Conseil d'administration lors de l'Assemblée générale annuelle.

Proposition de motion :

Proposé :

Appuyé :

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature propose au Conseil d'administration de confirmer la nomination de Justin Morris à titre de président du CPC pour l'année 2022-2023.

Soumis le 24 mai 2022 par Dre France Desrosiers, présidente-directrice générale du Réseau de santé Vitalité

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature

Le 9 juin 2022

Objet : Nominations - Comité d'éthique de la recherche

La composition du Comité d'éthique de la recherche 2022-2023 est soumise au Comité de gouvernance et de mise en candidature pour approbation et recommandation au Conseil d'administration.

MEMBRES VOTANTS	Rôle assigné / Domaine d'expertise	MANDAT
Michael Kemp	Membre expert en recherche quantitative	2022-2023
Jacinthe Beauchamp	Membre expert en recherche qualitative	2022-2023
Pierrette Fortin	Membre expert en éthique/Présidente	2022-2023
Mark Sinclair	Membre expert dans les méthodes et les domaines de recherche/Vice-président	2022-2023
Me Marie-Andrée Mallet	Membre versé en droit	2022-2023
Poste vacant	Membre clinique – Soins infirmiers	2022-2023
Marie-Noëlle Paulin	Membre clinique – Soins infirmiers	2022-2023
Linda Thériault Godin	Membre de la collectivité	2022-2023
Poste vacant	Membre clinique - Médecin	2022-2023
Dre Lucie Morais	Membre clinique - Médecin	2022-2023
Alexandre Savoie	Membre clinique – Professionnel	2022-2023
Martine McIntyre	Coordonnatrice régionale du Bureau de l'éthique	2022-2023
Marie-Noëlle Ryan (substitut)	Membre expert en éthique	2022-2023
Marc Deveau (substitut)	Membre versé en droit	2022-2023

Proposé par :

Appuyé par :

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature propose au Conseil d'administration de confirmer la nomination des membres du Comité d'éthique de la recherche pour l'année 2022-2023.

Adopté

Soumis le 13 mai 2022 par Gisèle Beaulieu, V.-p. Gestion des risques, Intelligence d'affaires et chef de l'information

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Le 9 juin 2022

Objet : Nomination du médecin-chef régionale

Docteure Nicole LeBlanc a été nommée, en juin 2021, médecin-chef régionale pour un mandat additionnel de cinq (5) ans. La nomination doit être confirmée annuellement par le Conseil d'administration lors de l'Assemblée générale annuelle.

Proposition de motion :

Proposé :

Appuyé :

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature propose au Conseil d'administration de confirmer la nomination de Dre Nicole LeBlanc à titre de médecin-chef régionale avec l'appui des médecins-chefs locaux pour l'année 2022-2023.

Soumis le 24 mai 2022 par Dre France Desrosiers, présidente-directrice générale du Réseau de santé Vitalité.

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 9 juin 2022

Objet : Nominations – Comités médicaux consultatifs locaux

Lors de la réunion régulière du Comité médical consultatif tenue le 24 mai 2022 une motion a été proposée à l'égard du renouvellement annuel 22-23 de la nomination des membres des Comités médicaux consultatifs.

MOTION 2022-05-24/22-CMC

Proposé par Dr André-Denis Basque

Appuyé par Dre Marie-Josée Martin

Et résolu que le Comité médical consultatif recommande en bloc le renouvellement annuel 2022-2023 de la nomination des membres des Comité médical consultatif locaux des zones Beauséjour, Nord-Ouest, Restigouche et Acadie-Bathurst avec les corrections apportées à la réunion du 24 mai 2022.

ADOPTÉ À L'UNANIMITÉ

ZONE BEAUSÉJOUR

MEMBRES VOTANTS		SECTEUR REPRÉSENTÉ
1	Dr Mario Gosselin	Anesthésie
2	Dr Michel Bourgoïn	Chirurgie
3	Dre Karine Arseneault	Gynéco-obstétrique
4	Dr Nicholas Pilote	Imagerie diagnostique
5	Dr Ghislain Lavoie	Médecine familiale
6	Dr Danny Godin	Médecine d'urgence
7	Dre Maryse Williston	Médecine interne
8	Dre Marie-Josée Martin	Pédiatrie
9	Dr Louis Thériault	Psychiatrie
10	Dr Luc Cormier	Président de l'OPML
11	Dre Danièle Thibodeau	Médecin-chef de zone
12	Dr Pierre LeBlanc	Médecin représentant de l'Hôpital Stella-Maris-de-Kent
13	Dr Ronald Robichaud	Membre à la discrétion de la zone - ORL
14	Dr Jean-François Baril	Membre à la discrétion de la zone - Cardiologie

ZONE NORD-OUEST

MEMBRES VOTANTS		SECTEUR REPRÉSENTÉ
1	Dr Charles Zhang	Anesthésie
2	Dr Bassam Zahra	Chirurgie
3	Dr Ahmed Rahbaoui	Gynéco-obstétrique
4	Dr Mohammad Golfam	Imagerie diagnostique
5	Dr John Tobin	Médecine familiale - HRE
6	Dr Vincent Moreau	Médecine d'urgence - co-chef
7	Dr Jean-Philippe Lepage	Médecine interne
8	Dre Nadine Kabwé	Pédiatrie
9	Dr Saadedine Dimachki	Psychiatrie - intérim
10	Dre Chantal Violette	Présidente de l'OPML
11	Dr Eric Levasseur	Médecin-chef de zone
12	Vacant	Médecin représentant de l'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin
13	Dre Claude Richard - invité	Médecin représentant de l'Hôpital général de Grand-Sault
14	Dr Gabriel Martin St-Amant	Membre à la discrétion de la zone – médecin d'urgence co-chef
15	Dre Laurie Malenfant	Membre à la discrétion de la zone – OPM
16	Dre Michèle Michaud	Membre à la discrétion de la zone- Représentante pour le PEM

ZONE RESTIGOUCHE

MEMBRES VOTANTS		SECTEUR REPRÉSENTÉ
1	Dr Hristo Laevski	Anesthésie
2	Dr Bahram Groohi	Chirurgie
3	Dr Grant Oyeye	Gynéco-obstétrique
4	Vacant	Imagerie diagnostique
5	Dre Nadine Lebel-Déjario Dr Steeve Landry	Médecine familiale, co-chefs
6	Dr Dariu Callugaroiu	Médecine d'urgence
7	Dr Muhanad Y. Al Habash	Médecine interne
8	Vacant	Pédiatrie
9	Vacant	Psychiatrie
10	Dr Hristo Laevski	Président de l'OPML
11	Dr Simon Racine	Médecin-chef de zone (intérim)
12	Vacant	Médecin représentant CSC St. Joseph de Dalhousie
13	Dr Marc Lagacé	Membre à la discrétion de la zone : Représentant de la chirurgie générale

ZONE ACADIE-BATHURST

MEMBRES VOTANTS		SECTEUR REPRÉSENTÉ
1	Dr Jean-Gabriel Landry	Anesthésie
2	Dre Marilyne Bossé	Chirurgie
3	Dre Christine Duclos	Gynéco-obstétrique
4	Dr Denis Thériault	Imagerie diagnostique
5	Dre Ève-Marise Boudreau	Médecine familiale
6	Dr Rajiv Teeluck	Médecine d'urgence
7	Dr Jonathan Dumont	Médecine interne
8	Dr Mohammed Rizk	Pédiatrie
9	Dr Stéphane Godin	Psychiatrie
10	Dre Natalie Cauchon	Présidente de l'OPML
11	Dr Marc-André Doucet	Médecin-chef de zone
12	Dre Geneviève Landry	Médecin représentant de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus RHSJ†
13	Dre Joëlle Drolet-Ferguson	Médecin représentant de l'Hôpital de Tracadie-Sheila
14	Dre Dawn-Marie Martin Ward	Médecin représentant de l'Hôpital et CSC de Lamèque

Proposé par :

Appuyé par :

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature propose au Conseil d'administration de confirmer le renouvellement annuel de la nomination des membres des Comité médical consultatif locaux des zones Beauséjour, Nord-Ouest, Restigouche et Acadie-Bathurst pour l'année 2022-2023.

Adopté

Soumis le 25 mai 2022 par Dre Nicole LeBlanc, médecin-chef régionale

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 9 juin 2022

Objet : Nominations – Comité médical consultatif

Lors de la réunion régulière du Comité médical consultatif (CMC) tenue le 24 mai 2022, une motion a été proposée à l'égard du renouvellement annuel 22-23 de la nomination des membres du CMC.

MOTION 2022-05-24/21-CMC

Proposé par Dre Danièle Thibodeau

Appuyé par Dr Marc-André Doucet

Et résolu que le Comité médical consultatif recommande le renouvellement annuel 2022-2023 de la nomination des membres du Comité médical consultatif tel que présenté à la réunion du 24 mai 2022

ADOPTÉ À L'UNANIMITÉ

Membres avec droit de vote	Zone	Secteur représenté
Dre Nadine Lebel-Déjario	Restigouche	Médecine familiale en milieu rural
Dr Jean-Philippe Lepage	Nord-Ouest	Médecine interne
Dre Robyn Comeau	Beauséjour	Médecine interne
Dre Ariane Bouchard	Acadie-Bathurst	Médecine familiale en milieu urbain
Dre Marie-Josée Martin	Beauséjour	Pédiatrie
Dr André-Denis Basque	Beauséjour	Psychiatrie
Dre Marie-Hélène Ranger	Acadie-Bathurst	Médecine familiale en milieu rural
À venir		Médecine d'urgence
À venir		Chirurgie
À venir		Chirurgie

Proposé par :

Appuyé par :

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature propose au Conseil d'administration de confirmer le renouvellement annuel 2022-2023 de la nomination des membres du Comité médical consultatif.

Adopté

Soumis le 25 mai 2022 par Dre Nicole LeBlanc, médecin-chef régionale

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 9 juin 2022

Objet : Nominations – médecins-chefs de zone

Lors de la réunion régulière du Comité médical consultatif (CMC) tenue le 24 mai 2022, une motion a été proposée à l'égard du renouvellement annuel 22-23 des médecins-chefs de zone.

MOTION 2022-05-24/20-CMC

Proposé par Dr André-Denis Basque

Appuyé par Dre Ariane Bouchard

Et résolu que le Comité médical consultatif recommande le renouvellement annuel 2022-2023 de la nomination des médecins-chefs des zones Beauséjour, Nord-Ouest, Restigouche et Acadie-Bathurst tel que présenté à la réunion du 24 mai 2022.

ADOPTÉ À L'UNANIMITÉ

Médecin-chef	Zone
Dre Danièle Thibodeau	Beauséjour
Dr Eric Levasseur	Nord-Ouest
Dr Simon Racine (intérim)	Restigouche
Dr Marc-André Doucet	Acadie-Bathurst

Proposé par :

Appuyé par :

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature propose au Conseil d'administration de confirmer le renouvellement annuel 2022-2023 de la nomination des médecins-chefs des zones Beauséjour, Nord-Ouest, Restigouche et Acadie-Bathurst.

Adopté

Soumis le 25 mai 2022 par Dre Nicole LeBlanc, médecin-chef régionale

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 9 juin 2022

Objet : Nominations de membres du Comité médical consultatif

Lors de la réunion régulière du Comité médical consultatif (CMC) tenue le 24 mai 2022, une motion a été proposée à l'égard de trois nouvelles nominations de membres du CMC du Réseau, ainsi que la recommandation d'un membre pour un deuxième mandat.

MOTION 2022-05-24/14-CMC

Proposé par Dr Jean-Philippe Lepage

Appuyé par Dr Simon Racine

Et résolu que le Comité médical consultatif (CMC) recommande en bloc les nominations des médecins soumises à titre de membre du CMC telles que présentées à la réunion du 24 mai 2022.

ADOPTÉ À L'UNANIMITÉ

Médecin	Secteur représenté	Mandat
Dr Vincent Moreau Médecin généraliste - Nord-Ouest	Médecine d'urgence	<u>Premier mandat</u> : 1 ^{er} juillet 2022 au 30 juin 2025
Dr Jean-François Bélanger Chirurgien général - Nord-Ouest	Chirurgie	<u>Premier mandat</u> : 1 ^{er} juillet 2022 au 30 juin 2025
Dr Marc-André Collin Plasticien - Acadie-Bathurst	Chirurgie	<u>Premier mandat</u> : 1 ^{er} septembre 2022 au 31 août 2025
Dre Marie-Hélène Ranger Médecin généraliste - Acadie-Bathurst	Médecine familiale en milieu rural	<u>Deuxième mandat</u> : 10 décembre 2022 au 9 décembre 2025

Proposé par :

Appuyé par :

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature propose au Conseil d'administration de confirmer les nominations de Dr Vincent Moreau, Dr Jean-François Bélanger, Dr Marc-André Collin et Dre Marie-Hélène Ranger à titre de membre du CMC.

Adopté

Soumis le 25 mai 2022 par Dre Nicole LeBlanc, médecin-chef régionale

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 9 juin 2022

Objet : Mandat du Comité médical consultatif

Lors de la réunion régulière du Comité médical consultatif (CMC) tenue le 24 mai 2022, une motion a été proposée à l'égard de la révision du mandat du CMC.

MOTION 2022-05-24/06-CMC

Proposé par Dr Eric Levasseur

Appuyé par Dre Robyn Comeau

Et résolu que le Comité médical consultatif recommande l'approbation du mandat du CMC tel que révisé à la réunion du 24 mai 2022.

Adopté à l'unanimité

Proposé

Appuyé

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature propose au Conseil d'administration de confirmer l'approbation du mandat du Comité médical consultatif tel que révisé à la réunion du 24 mai 2022.

Adoption

Soumis le 25 mai 2022 par Dre Nicole LeBlanc, médecin-chef régionale

Mandat et procédures

Comité médical consultatif

Mai 2022

Mandat

Le Comité médical consultatif (CMC) promeut l'adoption des normes les plus élevées de soins médicaux dans tout le Réseau de santé Vitalité (RSV). Le CMC supporte, surveille et approuve les initiatives visant à améliorer la qualité des soins prodigués aux patients et à leur famille. Il constitue un forum important pour conseiller les membres du personnel médical sur les améliorations et solutions pour la qualité des soins.

Fréquence des réunions

Le CMC doit se réunir au moins quatre (4) fois par année ainsi qu'à la demande du président.

Recommandations

Les recommandations du CMC sont présentées au Conseil d'administration pour approbation et mise en œuvre selon la *Loi sur les régions régionales de santé*.

Responsabilités

- recommander au Conseil :
 - les nominations du personnel médical ainsi que les privilèges des membres du personnel médical;
 - ~~les règlements~~ et les règles **de département** concernant le personnel médical;
 - les questions de qualité des soins médicaux et de sécurité des patients
 - le renvoi, la suspension ou la restriction des privilèges de tout membre du personnel médical
- conseiller relativement aux normes de pratique médicale ~~ainsi que les projets de qualité des soins et de sécurité des patients~~
- recevoir les recommandations des CMCL, incluant les éléments d'information à mettre en évidence
- recevoir les recommandations de la direction médicale, incluant les éléments d'information à mettre en évidence
- conseiller le PDG et le Conseil d'administration relativement aux questions concernant les normes relatives à l'exercice de la médecine au sein du RSV et superviser l'exercice de la médecine, de la dentisterie et de la chirurgie buccale et maxillo-faciale au sein du RSV
- faire rapport au Conseil d'administration sur la qualité des soins médicaux
- mettre en œuvre les politiques approuvées par le Conseil d'administration en ce qui concerne l'exercice de la médecine, de la dentisterie et de la chirurgie buccale et maxillo-faciale au sein du RSV
- prendre toutes les mesures raisonnables pour garantir une conduite professionnelle et éthique de la part de tous les membres du personnel médical
- supporter le Conseil d'administration et le PDG en vue de respecter les normes requises par les programmes d'agrément

- remplir toutes autres fonctions assignées dans les règlements administratifs relativement à la gestion des plaintes médicales et à la discipline
- communiquer au personnel médical les activités du CMC de façon régulière
- remplir toutes autres fonctions dictées par le Conseil d'administration

Composition

Le CMC doit être composé d'un minimum de huit (8) membres et d'un maximum de quinze (15) membres du personnel médical ayant droit de vote, incluant le médecin-chef qui préside le CMC.

Les membres du personnel médical sont nommés par le Conseil pour un mandat de trois (3) ans renouvelable chaque année. Deux (2) mandats consécutifs de trois (3) ans sont permis.

Les médecins-chefs sont nommés par le Conseil pour un mandat de cinq (5) ans renouvelable chaque année. Deux (2) mandats consécutifs de cinq (5) ans sont permis.

Participants avec droit de vote

- les médecins-chefs de chacune des zones [mandat de cinq (5) ans]
- autres membres visant une représentativité équitable sur le plan géographique et au niveau des spécialités médicales : [mandat de trois (3) ans]
 - médecine de famille en milieu urbain (3) et rural
 - médecine d'urgence
 - médecine diagnostique
 - médecine interne (2)
 - chirurgie (2)
 - pédiatrie
 - psychiatrie

Participants sans droit de vote (membres d'office)

- Pdg
- V.-p. Affaires médicales
- Doyen associé et directeur CFMNB
- Médecin hygiéniste
- Directeurs médicaux
- Président du CPC
- Personne responsable de la qualité pour le Réseau
- Patient-partenaire

Sur invitation – sans droit de vote

- un représentant des présidents des OPML
- vice-présidents
- un conseiller médical du PEM

Documentation

Les documents, politiques, procès-verbaux doivent être déposés au bureau du président dix jours ouvrables avant la réunion.

Procédures des réunions

L'ordre du jour pour chaque réunion du CMC est préparé par le président en fonction des items suivants :

- **Adoption de l'ordre du jour** Résolutions en bloc
- **Approbation des procès-verbaux (CMC et CMCL)** Résolutions en bloc
 - sans discussion, sauf s'il y a des questions soulignées au président avant la réunion
- **Documentation pour information** Résolutions en bloc
 - documentations qui ne nécessitent aucune discussion ou action
 - mises à jour ou rapports de base fournis à titre d'information
 - nouvelles politiques et lignes directrices qui ne nécessitent aucune discussion approfondie mais qui sont requises par les règlements administratifs
- **Présentations ou rapports pour décision** Décisions
 - invités (présentations d'une durée déterminée)
 - médecins-chefs de zones
 - nominations, privilèges, renouvellement
 - recommandations du CET
- **Consultations** Discussion
 - sujets qui nécessitent une discussion de groupe (d'une durée déterminée)
- **Éléments ressortis par les médecins-chefs de zones** Discussion/Information
 - éléments de discussion ou d'information tels que des points figurant aux procès-verbaux des zones ou autres
- **Présentations ou rapports pour information** Information
 - Médecin-chef
 - Pdg
 - V.-p. Affaires médicales
 - secteur de la qualité
 - autres
- **Évaluation de la réunion** Discussion
 - décisions en groupe sur les sujets qui doivent être présentés au CA
 - confirmations des communications aux CMCL

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Le 9 juin 2022

Objet : Nominations - Comité consultatif des patients et des familles

La composition du Comité consultatif des patients et des familles 2022-2023 est soumise au Comité de gouvernance et de mise en candidature pour approbation et recommandation au Conseil d'administration.

MEMBRES	MANDAT
Pandurang Ashrit	2022-2023
Linda Clark	2022-2023
Lise Malenfant	2022-2023
Richard Houle	2022-2023
MEMBRES NON VOTANTS	MANDAT
Brigitte Sonier-Ferguson	2022-2023
Marjorie Pigeon	2022-2023
Lynne Lévesque	2022-2023
Guyline Mallet	2022-2023

Proposé par :

Appuyé par :

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature propose au Conseil d'administration de confirmer la nomination des membres du Comité consultatif des patients et des familles pour l'année 2022-2023.

Adopté

Soumis le 24 mai 2022 par Gisèle Beaulieu, v.-p. Gestion des risques, Intelligence d'affaires et chef de l'Information

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature

Date : le 9 juin 2022

Objet : Auto-évaluations, évaluation du président du Conseil, des présidents et présidentes des divers comités et évaluations par les pairs

Chaque année, le Comité de gouvernance et de mise en candidature doit s'assurer que les auto-évaluations, l'évaluation du président du Conseil et des présidents et présidentes des divers comités du Conseil d'administration, ainsi que les évaluations par les pairs sont effectuées.

Les résultats des auto-évaluations et des évaluations par les pairs ont été acheminés aux membres concernés et au président du Conseil par intérim le 24 mai 2022.

Les résultats des évaluations des présidents et présidentes des divers comités ont été acheminés aux présidents des comités concernés et au président du Conseil par intérim le 24 mai 2022.

Compte tenu que le président du Conseil a quitté ses fonctions, les résultats de l'évaluation du président du Conseil ont été acheminés à la secrétaire du Conseil le 24 mai 2022 pour conserver dans les archives du Conseil.

Le Conseil d'administration sera informé que le processus d'évaluation annuel a été suivi lors de sa prochaine réunion.

Soumis le 25 mai 2022 par Gisèle Beaulieu, VP – Gestion des risques, Intelligence d'affaires et chef de l'Information

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Le 9 juin 2022

Objet : **Calendrier des réunions du Conseil d'administration**

La cédule de rencontres du Conseil d'administration 2022-2023 qui prévoit 4 rencontres régulières incluant l'Assemblée générale annuelle est présentée pour approbation.

Proposition de motion :

Proposé :

Appuyé :

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature recommande au Conseil d'administration d'adopter la cédule de rencontres 2022-2023 telle que proposée par la direction générale.

Soumis le 24 mai 2022 par Dre France Desrosiers, présidente-directrice générale du Réseau de santé Vitalité.



Horaire des réunions du Conseil d'administration 2022-2023

Dates et lieux	Séance d'information/formation (au besoin)	Réunions à huis clos et Séances d'information/formation	Réunion publique
3 et 4 octobre 2022 Zone Restigouche	3 octobre 2022 15 h à 17 h	4 octobre 2022 8 h à midi	4 octobre 2022 13 h à 16 h
12 et 13 décembre 2022 Zone Acadie-Bathurst	12 décembre 2022 8 h à 17 h	12 décembre 2022 8 h à midi	13 décembre 2022 13 h à 16 h
27 et 28 mars 2023 Zone Beauséjour	27 mars 2023 15 h à 17 h	28 mars 2023 8 h à midi	28 mars 2023 13 h à 16 h
19 et 20 juin 2023 (Assemblée générale annuelle) Zone Nord-Ouest	19 juin 2023 15 h à 17 h	20 juin 2023 8 h à midi	20 juin 2023 13 h à 16 h

Proposé au Conseil d'administration le _____

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature

Date : le 9 juin 2022

Objet : **Manuel d'orientation des membres du Comité professionnel consultatif**

Le Manuel d'orientation des membres du Comité professionnel consultatif est présenté au Comité de gouvernance et de mise en candidature pour approbation. Ce manuel a été conçu afin de permettre une meilleure intégration au comité et d'améliorer l'expérience des membres.

Soumis le 31 mai 2022 par Justin Morris, président du Comité professionnel consultatif

2022

Manuel d'orientation des
membres du Comité
professionnel consultatif

Table des matières

Préambule	3
Vision, Mission, Valeurs	4
Historique de la Régie et du comité professionnel consultatif	4
Encadrement législatif, règlements administratifs et politiques du Conseil d'administration	4
Loi sur les régies régionales de la santé.....	4
Règlements administratifs	4
Politiques du Conseil d'administration	6
Structure de fonctionnement du RSV	6
Mandat du comité professionnel consultatif	6
Plan de travail du CPC	6
Règles d'une assemblée délibérative (Code de Morin).....	6
L'ouverture de la réunion et le quorum	7
L'adoption de l'ordre du jour	7
L'adoption du procès-verbal de la réunion précédente.....	7
Les affaires découlant du procès-verbal	8
Le droit de parole.....	8
La proposition principale.....	8
L'amendement.....	8
Le sous-amendement.....	8
Le vote.....	9
La levée de la réunion	9
Agrément Canada	9
Partenaire expérience patient	11
Évaluation annuelle des réunions du CPC et de son président.....	12
Programme d'orientation des membres du CPC.....	12
Références.....	13

Préambule

Le comité professionnel consultatif (CPC) est un comité qui est exigé par la Loi sur les régies régionales de la santé (RRS). Le manuel d'orientation des membres du CPC permettra d'outiller le membre afin qu'il puisse contribuer à son plein potentiel et avoir une meilleure expérience lors des réunions. Le membre aura une vue d'ensemble de tous les processus qui implique le CPC ou son président. Il prendra également connaissance de plusieurs documents qui sont reliés avec le rôle de surveillance du CPC.

Vision, Mission, Valeurs

[Mission, vision et valeurs | Vitalité \(vitalitenb.ca\)](#)

Historique de la Régie et du comité professionnel consultatif

Le 11 mars 2008, le gouvernement du Nouveau-Brunswick annonce une importante réforme de son système de santé. Un des éléments majeurs de cette réforme est la réduction du nombre de régies régionales de la santé qui passe de huit à deux. La Régie de la santé A regroupe les établissements francophones de cette province. On lui donnera le nom un peu plus tard du Réseau de santé Vitalité (RSV).

Encadrement législatif, règlements administratifs et politiques du Conseil d'administration

Loi sur les régies régionales de la santé

L'article 27 de la [Loi sur les régies régionales de la santé](#) indique que chacun des conseils d'administration des réseaux de santé doit établir un comité professionnel consultatif conformément aux règlements administratifs.

Règlements administratifs

L'article 21 de la Loi sur les régies régionales de la santé stipule que le conseil d'administration établit des [règlements administratifs](#). Les modifications aux règlements administratifs sont soumises au ministre de la Santé pour approbation.

Les règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité contiennent quelques règlements qui sont attribués au comité professionnel consultatif (CPC). Ces règlements précisent les responsabilités et le fonctionnement du CPC ainsi que la composition des membres.

B.11.1 Comité professionnel consultatif

B.11.1.1

Le comité professionnel consultatif (CPC) est composé d'au plus quinze (15) membres ayant droit de vote, excluant les membres d'office (sans droit de vote), nommés par le conseil, qui doivent être des membres du personnel professionnel de la Régie Régionale de la Santé (RRS).

B.11.1.2.2

Les nominations doivent se faire pour un mandat de trois (3) ans renouvelable chaque année par le conseil. Les membres du CPC ne peuvent être nommés pour plus de deux mandats consécutifs de (3) ans, mais peuvent, par la suite être renommés après une absence de trois ans du CPC.

B.11.1.3

Le Comité professionnel consultatif oriente le conseil sur :

- (a) les questions de soins cliniques et de santé;
- (b) les critères d'admission et de congé;
- (c) le contrôle de la qualité et la gestion des risques en ce qui concerne les services de santé fournis par la régie régionale de la santé; et
- (d) toutes autres questions que le conseil peut référer au comité.

B.11.2 Composition du comité professionnel consultatif

(a) Les membres représentent les disciplines de la santé dans la RRS pour permettre au comité d'accomplir son mandat. Le comité est composé d'au plus quinze (15) membres ayant droit de vote parmi lesquels figurent au moins cinq (5) membres de différentes professions de la santé qui sont autoréglementées conformément à une loi et au moins un (1) membre qui exerce habituellement dans chacun des domaines suivants : services hospitaliers, services communautaires de santé mentale et de santé publique, services de soins primaires et services de traitement des dépendances.

(b) Le conseil nomme le président sur la recommandation du CPC et du PDG (Président-directeur général). Le président du CMC (comité médical consultatif) et le PDG sont des membres d'office sans droit de vote du CPC. Le PDG ou son délégué assiste à chaque réunion du CPC.

Le président du CPC est responsable de soumettre la liste des membres du CPC au Comité de gouvernance et de mise en candidature (CGMC) pour approbation selon l'article B.8.3.1 B (c), et ce avant la réunion annuelle du Conseil d'administration (CA). Le CGMC doit soumettre à la réunion annuelle du CA la liste des membres du CPC et son président ainsi que les candidatures pour les postes au sein du CPC, y compris le remplacement de postes devenus vacants avant la fin de leur mandat.

Politiques du Conseil d'administration

Selon la structure de fonctionnement du Réseau de santé Vitalité, le CPC relève directement au Conseil d'administration (CA) (voir annexe 1). Il est donc important que tous les comités relevant du CA fonctionnent et respectent les politiques de ce derniers. La liste des politiques du CA se retrouvent au lien suivant :

[Politiques du Conseil d'administration](#)

Structure de fonctionnement du RSV

Bien que le CPC se rapporte directement au Conseil d'administration. Le président du CPC est donc responsable de présenter un rapport à chaque réunion publique du CA ainsi qu'un rapport annuel du CPC lors de l'assemblée générale annuelle du CA.

Le Conseil de la pratique professionnelle en soins infirmier, le Conseil interprofessionnel de la pratique professionnelle. Les présidents de ces deux conseils sont responsables de soumettre leurs procès-verbaux au CPC. Le comité provincial des médicaments et de thérapeutiques (CMT) se rapporte également au CPC. Le CPC approuve les nouvelles candidatures du CMT des professionnels de la santé qui ne font pas partie de l'équipe médicale. La structure des comités reliés au Conseil d'administration est présentée à l'annexe 1.

Mandat du comité professionnel consultatif

Le [Mandat du CPC](#) permet de définir la raison d'être et les responsabilités du comité. De plus, on y retrouve la composition des membres, le fonctionnement des réunions et les responsabilités de chaque membre (incluant le président et vice-président).

Plan de travail du CPC

Depuis 2021, le comité professionnel consultatif s'est doté d'un plan de travail afin de réaliser ses objectifs qui sont en lien avec son mandat. Le [plan de travail](#) est présenté à chaque réunion.

Règles d'une assemblée délibérative (Code de Morin)

Les réunions du CPC doivent suivre dans le meilleur du possible les règles d'une assemblée délibérative selon le Code de Morin. Il n'est pas nécessaire pour les besoins des membres du CPC de prendre connaissance de la liste exhaustive des règles; c'est pourquoi qu'une brève description des règles les plus utilisées ont été résumés et modifiées (selon les besoins du CPC) ici pour permettre aux membres d'intervenir plus facilement.

L'ouverture de la réunion et le quorum

Avant l'ouverture de la réunion, le président avec l'aide de l'adjointe administrative assignée au CPC s'assure qu'il y a quorum. Le quorum constitue la moitié des membres votants plus un. Afin d'assurer de ne pas empiéter sur le temps alloué à chaque item de l'ordre du jour, les membres sont appelés à se présenter au moins 5 minutes avant le début de la réunion. Le président appelle les membres à l'ordre aussitôt que le quorum est atteint et proclame l'ouverture de la réunion.

L'adoption de l'ordre du jour

Dans le cas des réunions régulières et des rencontres à huis clos du comité, l'ordre du jour et les documents afférents sont distribués au moins sept jours avant la réunion. Les membres peuvent proposer des ajouts à l'ordre du jour avant qu'il soit distribué aux membres. Par la suite, un travail doit se faire avec le président pour évaluer de façon globale le sujet en lien avec la mission, le mandat et les priorités stratégiques, en déterminer la pertinence et établir s'il s'agit d'un élément d'information ou un sujet qui nécessite une décision. Si le sujet est accepté, il faut avoir suffisamment de temps pour la préparation de la documentation avant l'envoi des documents.

Sauf en cas de situation exceptionnelle qui survient entre le moment où les documents sont distribués et le moment où le comité doit se rencontrer, aucun sujet ne peut être ajouté à l'ordre du jour au moment même de la réunion, à moins d'une acceptation de tous les membres du comité.

Le comité peut utiliser l'ordre du jour de consentement (résolutions en bloc ou « consent agenda »). L'ordre du jour de consentement est une pratique qui consiste à regrouper tous les éléments de routine, de pure formalité et d'information non controversés ne nécessitant pas de délibération afin de les adopter en bloc, sans discussion. Tous les éléments rassemblés dans l'ordre du jour de consentement sont adoptés d'une seule voix. Si un membre estime qu'un élément de l'ordre du jour de consentement mérite de faire l'objet d'un examen et d'une discussion avant une décision, il peut en faire part au Conseil. Le point sera alors retiré de l'ordre du jour de consentement en vue d'une discussion à un moment ultérieur de la réunion.

L'adoption du procès-verbal de la réunion précédente

Le président demande aux membres s'il y a des modifications à apporter au procès-verbal afin de clarifier et de confirmer l'authenticité du contenu. Le procès-verbal doit être proposé par un membre et appuyé par un autre. Seuls les membres qui étaient à la réunion dont le procès-verbal est traité peuvent proposer ou appuyer son adoption.

Les affaires découlant du procès-verbal

Le président procède au suivi des affaires découlant du procès-verbal de la réunion précédente. Chaque item doit être traité séparément et doit être inscrit à l'ordre du jour préalablement dans cette section. Les membres peuvent alors poser toutes questions jugées pertinentes. Il se peut qu'il y ait des suivis à faire des réunions subséquentes, car le suivi n'a pas pu être effectué à la réunion précédente.

Le droit de parole

Tous les membres ont le droit de s'exprimer pendant la réunion. Il doit lever la main et attendre que le président lui donne la parole. L'intervention doit être limitée au sujet débattu au moment de l'intervention. Il est à noter que le président a le droit de limiter la durée de même que le nombre d'interventions pour chaque sujet.

La proposition principale

N'importe quel membre du comité peut formuler une proposition pourvu que celle-ci porte sur le point débattu à l'ordre du jour. Le proposeur doit attendre que le président lui donne le droit de parole et doit énoncer sa proposition comme suit : « Monsieur le président, je propose que... ». Le président demande s'il y a un membre qui veut appuyer la proposition. Une proposition est rejetée si elle ne peut être appuyée. Si un membre désire appuyer une proposition, il le fait comme suit : « Monsieur le président, j'appuie. » Chaque proposition peut être soumise à un débat.

Les propositions les plus communes au sein du CPC sont les propositions de recommander une politique ou une norme pour son approbation. Il est à noter que le CPC n'a pas le pouvoir d'approbation.

L'amendement

Les propositions visant à modifier le contenu d'une proposition principale en biffant, en ajoutant ou en remplaçant certains mots s'appellent amendement. L'amendement doit être proposé et appuyé en utilisant le même processus que la proposition principale. À noter qu'un membre proposant un amendement doit en principe être d'accord avec la proposition principale et ne vouloir changer qu'un détail (le sens de la proposition doit demeurer le même). Les amendements peuvent être également soumis à un débat.

Le sous-amendement

Le sous-amendement est un amendement à un amendement qui a pour but de modifier un détail. Il est à noter qu'on peut seulement faire un amendement et un sous-amendement à la même proposition principale. Lorsqu'une proposition a reçu un amendement et un sous-amendement, les discussions, suivies du vote, doivent se faire

dans l'ordre suivant : le sous-amendement, l'amendement et terminer avec la proposition principale. Les sous-amendements peuvent être également soumis à un débat.

Le vote

Toute proposition est sujette à débat et doit être soumise à un vote. Il est des cas où le président peut considérer que l'unanimité est acquise et donc que la proposition à l'étude est adoptée si personne ne demande le vote.

Lorsque le vote est requis, le président demande aux membres qui sont en faveur de la proposition de lever la main. Le compte est fait. Ensuite, il demande aux membres qui sont en désaccord de lever la main. Le compte est fait. À toute proposition, un membre peut s'abstenir de voter. Le président proclame le résultat du vote et déclare que la proposition est adoptée ou rejetée.

Lorsqu'il y a égalité des voix dans le cas où l'adoption d'une proposition requiert la majorité simple, le président doit exprimer un vote prépondérant afin de trancher la question. Il est à noter ici que le terme « président » désigne la personne qui préside la réunion au moment du vote.

La levée de la réunion

Lorsque les points à l'ordre du jour ont été épuisés ou le temps alloué pour la réunion est écoulé, le président annonce la date de la prochaine réunion et demande à un membre de proposer la levée de la réunion. La levée de la réunion ne nécessite pas à un membre d'appuyer cette proposition. Le président proclame la levée de la réunion et remercie les membres de leur présence et de leur participation.

Dans le cas où il y a des points à l'ordre du jour qui n'ont pas eu de débat par manque de temps, ces points doivent être reportés à la prochaine réunion et devront être mis en priorité.

Agrément Canada

Par son mandat, le CPC veille à ce que les programmes et les services respectent les normes d'Agrément Canada en recevant des comptes rendus de l'avancement des différentes initiatives ou de projets d'amélioration de la qualité ou des présentations des rapports du secteur de la qualité.

Agrément Canada est un organisme indépendant sans buts lucratifs qui fournit aux organismes de santé un processus d'examen externe basé sur des normes d'excellence et qui est mené par des pairs.

Le programme d'agrément s'appuie sur la recherche et les meilleures pratiques et aide les organismes de santé à examiner et améliorer la qualité des soins et services offerts

de façon régulière et systématique. Être un organisme agréé démontre au public notre engagement à offrir des soins de qualité et sécuritaire qui sont centrés sur le patient et la famille. C'est également important dans le recrutement des professionnels, au développement de notre mission universitaire et à la formation médicale.

Le programme d'agrément Qmentum consiste en un cycle d'évaluation et d'amélioration continue qui s'échelonne sur quatre ans. Cette démarche aide les organismes de santé à examiner et à améliorer la qualité des soins et des services offerts, ainsi que de contribuer à la sécurité des patients.

Le programme d'Agrément Canada est basé sur des normes d'excellence. Les normes sont regroupées dans environ 40 cahiers de normes qui traversent le continuum de soins et qui portent sur des types précis de services (ex. médecine, obstétrique, santé publique, urgence, etc.). Il y a aussi certains cahiers de normes qui touchent l'ensemble du système: par exemple les normes sur la gouvernance, le leadership, la prévention des infections et la gestion des médicaments.

Les normes Qmentum permettent d'effectuer une évaluation approfondie de tous les aspects des activités du Réseau de santé allant du conseil d'administration jusqu'aux patients et clients et leur proche, en passant par la direction, le personnel et les divers services.

Agrément Canada identifie 8 dimensions pour définir la qualité qui servent de fondement pour toutes normes :



Accent sur la population: Travaillez avec ma communauté pour prévoir nos besoins et y répondre.



Accessibilité: Offrez-moi des services équitables, en temps opportun.



Sécurité: Assurez ma sécurité.



Milieu de travail: Prenez soin de ceux qui s'occupent de moi.



Services centrés sur l'utilisateur: Collaborez avec moi et ma famille à nos soins.



Continuité: Coordonnez mes soins tout au long du continuum de soins.



Pertinence: Faites ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats.



Efficience: Utilisez les ressources le plus adéquatement possible.

Les types de critères importants sont :



Les critères à priorité élevée liés à la sécurité, à l'éthique, à la gestion des risques et à l'amélioration de la qualité.



Les pratiques organisationnelles requises (POR) sont des pratiques éclairées par des données probantes, qui portent sur des secteurs à priorité élevée, et qui sont indispensables à la qualité et à la sécurité. Les POR sont regroupées dans six secteurs liés à la sécurité : Culture de sécurité, Communication, Utilisation des médicaments, Milieu de travail ou effectifs, Contrôle des infections et l'Évaluation des risques.

De plus, les [POR](#) nécessitent des tests de conformité qui inclut les pratiques, les activités et les attentes précises que l'organisme doit avoir en place pour se conformer. Pour être conforme, un organisme doit répondre aux exigences de tous les tests de conformité qui s'y rattachent.

Se référer au site [d'Agrément sur le Boulevard](#) pour plus ample information.

Partenaire expérience patient

Dans son Plan stratégique 2020-23, le Réseau témoigne de son engagement à travailler de manière collaborative avec toutes les parties prenantes du système de santé, incluant les patients et familles. Le Réseau vise à intégrer le patient, le client et leurs proches comme partenaires de décisions à tous les niveaux de l'organisation.

Le CPC a ajouté un membre patient partenaire au sein de sa composition afin d'intégrer la voix et l'expérience des patients/familles au sein du comité.

En incluant le partenaire de l'expérience patient, le RSV vise à soutenir l'excellence et l'amélioration des soins et des services qu'il offre. Le recrutement des « partenaires de l'expérience patient » se fait auprès des patients ou des membres de la famille qui a eu de nombreux ou de récents contacts avec le RSV. De plus, les normes d'Agrément Canada mettent l'accent sur l'inclusion du patient et la famille à titre de partenaires réels dans la prestation des services de santé.

L'approche des soins centrés sur le patient et la famille préconise la participation des patients et des familles à tous les niveaux du système. Cette approche guide tous les aspects de la planification, de la conception, de la prestation et de l'évaluation des services et est fondée sur des partenariats mutuellement avantageux pour les patients, les familles et les fournisseurs de services.

Ces personnes contribueront au développement des services grâce à leur expertise et à leur compréhension du système de santé au moyen d'expériences vécues au sein même du Réseau. Elles collaboreront avec les membres de la direction et du personnel afin de créer un milieu de soins axés sur le patient et la famille. Pour ce faire, les partenaires peuvent raconter leurs histoires, participer à des équipes de travail, collaborer à différents

projets à court terme, examiner du matériel d'information ainsi que participer aux différentes réunions du Comité consultatif des patients et des familles.

Pour devenir partenaire, il suffit d'avoir été un patient ou un membre de la famille d'un patient et d'avoir un réel désir d'aider le Réseau à offrir les meilleurs soins possible. Le Réseau offre une formation et le soutien nécessaires pour favoriser l'intégration des patients au sein des équipes.

Pour plus amples informations, se référer aux documents suivants :

[Profil du poste : Partenaire expérience patient](#)

[Engagement avec des partenaires de l'expérience patient : Guide pour les équipes.](#)

[Devenez partenaire de l'expérience patient](#)

Évaluation annuelle des réunions du CPC et de son président

Les membres sont appelés annuellement à évaluer les réunions du CPC et son président. Le but de l'évaluation est de permettre aux membres de s'exprimer librement de façon anonyme à l'aide d'un sondage électronique (voir annexe 2). Les membres pourront suggérer des pistes d'amélioration pour le fonctionnement des réunions. En un deuxième temps, les membres sont appelés à évaluer le rendement du président du CPC. Les questions du sondage d'évaluation du président du CPC se retrouvent à l'annexe 3.

Programme d'orientation des membres du CPC

Le programme d'orientation des membres du CPC (voir annexe 4) inclus une liste d'activités qui devront être effectuées avant la première réunion du nouveau membre ainsi que d'acheminer une copie du présent document signé et daté au président du CPC.

Références

Association du conseil des infirmières du Québec (ACIIQ). (2011). Le code Morin en bref. En ligne de <http://aciiq.qu.ca>.

Gouvernement du Nouveau-Brunswick. (2011). Loi sur les régies régionales de la santé. En ligne de <https://laws.gnb.ca/fr/ShowPdf/cs/2011-c.217.pdf>.

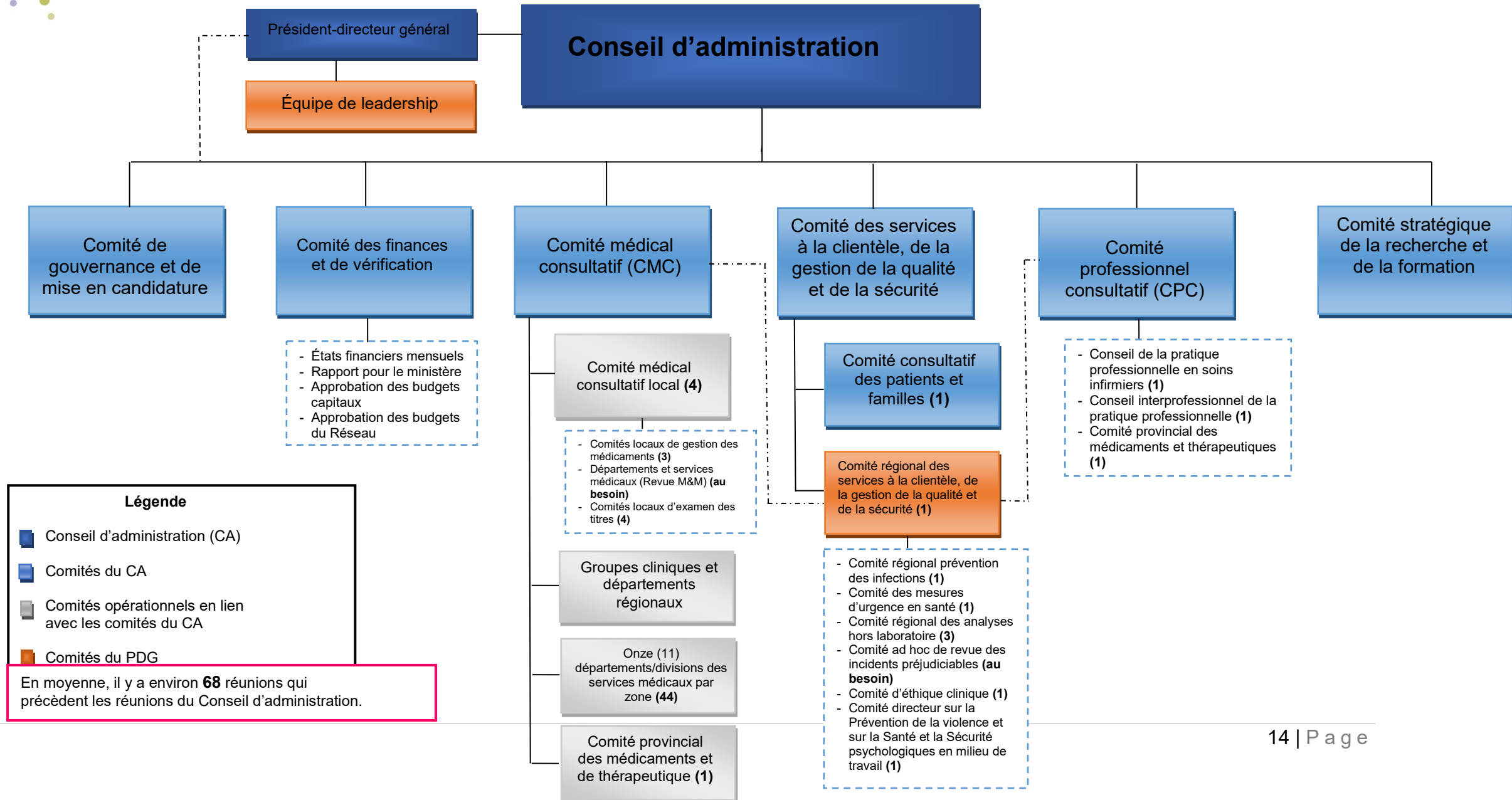
Réseau de santé Vitalité (2021). Politique du Conseil Ca-120 : Conseil d'administration et régime de gouvernance. <https://www.vitalitenb.ca/fr/le-reseau/conseil-dadministration/politiques/CA-120>

Réseau de santé Vitalité. (2021). Règlements administratifs. En ligne de <https://www.vitalitenb.ca/sites/default/files/documents/reglementsadmin20210730.pdf>

Site internet d'Agrément Canada. (2021). En ligne de [Agrément Canada - un organisme d'accréditation de soins de santé \(accreditation.ca\)](http://www.accreditation.ca)

Université de Montréal. Secrétariat général. (2001). Guide de procédure des assemblées délibérantes. 4^e éd. Rév. Les Presses de l'Université de Montréal. En ligne de https://secretariatgeneral.umontreal.ca/public/secretariatgeneral/documents/doc_officiels/autres-documents/Guide_procedure_assemblees_deliberantes.pdf

STRUCTURE DE FONCTIONNEMENT



Évaluation des réunions du Comité professionnel consultatif (CPC) (Évaluation de chaque réunion)

Le but de ce sondage est d'évaluer l'efficacité globale des réunions du CPC.

Veuillez noter où vous vous situez sur une échelle de 1 à 6

6 – tout à fait d'accord;

5 – d'accord;

4 – ni d'accord ni en désaccord;

3 – pas d'accord;

2 – pas du tout d'accord;

1 – ne s'applique pas [S.O.].

<i>Comment évaluez-vous votre performance pour chaque énoncé suivant?</i>	Évaluation					
	6	5	4	3	2	1
1) Les membres du CPC étaient bien préparés à la réunion.						
2) Les membres ont participé aux discussions.						
3) Les sujets à l'ordre du jour étaient appropriés en vertu du mandat du CPC et permettent d'assurer une surveillance de la qualité des soins.						
4) La documentation permettait de comprendre les enjeux et d'appuyer la prise de décision.						
5) Les documents de préparations de la réunion étaient disponibles dans un délai raisonnable.						
6) Le temps alloué pour chaque sujet de l'ordre du jour était suffisant.						
7) Les discussions / divergences d'opinions ont été bien gérées de façon efficace.						
8) Les conflits d'intérêts ont été identifiés et gérés.						
9) La prise de décisions était guidée par la mission, vision, valeurs de l'organisation et des données probantes.						

Veuillez utiliser cet espace pour ajouter des commentaires:

Évaluation du président du Comité professionnel consultatif (CPC) (Évaluation annuelle)

Le but de ce sondage est d'évaluer la performance du président du CPC.

Veuillez noter où vous vous situez sur une échelle de 1 à 6

6 – tout à fait d'accord;

5 – d'accord;

4 – ni d'accord ni en désaccord;

3 – pas d'accord;

2 – pas du tout d'accord;

1 – ne s'applique pas [S.O.].

Comment évaluez-vous votre performance pour chaque énoncé suivant?	Évaluation					
	6	5	4	3	2	1
1) Il veille à ce que les réunions du CPC soient gérées de manière efficace tout en utilisant adéquatement les règles d'une assemblée délibérative.						
2) Il veille à ce qu'il y ait suffisamment de temps d'accorder à chaque item de l'ordre du jour.						
3) Le président s'assure que les échanges portent surtout sur des questions stratégiques et que les réunions du CPC ne se versent pas dans la microgestion.						
3) Est capable de bien communiquer.						
4) Démontre un leadership fort au sein du CPC tout en respectant la vision, la mission et les valeurs et les orientations stratégiques du Réseau de santé Vitalité.						
5) Assure un suivi dans les réalisations des travaux du CPC.						
6) Il veille à ce que le comité dispose des renseignements ou des conseils nécessaires pour prendre des décisions.						

Programme d'orientation des membres du CPC

Tableau des activités	Date accomplie
Rencontre avec le président du CPC	
Lecture du Manuel d'orientation des membres du CPC	
Lecture du plan stratégique du Réseau de santé Vitalité	
Lecture du code d'éthique du Réseau de santé Vitalité	
Utilisation du site de collaboration du CPC	
Documents sur les PEP	

Je _____ atteste avoir complété le programme
d'orientation des

membres du CPC en date du : _____.

Note d'information

Point 5.20

Nom du comité : Comité de gouvernance et de mise en candidature

Date : 9 juin 2022

Objet : Plan de formation du Conseil d'administration 2022-2023

Décision recherchée

Approbation du plan de formation du Conseil d'administration 2022-2023 qui est annexé à la présente note d'information.

Contexte/problématique

- Le plan de formation ci-joint est proposé afin que le Conseil d'administration puisse avoir accès à de la formation continue, afin d'aider les membres à maintenir ou à améliorer leurs aptitudes et à mieux comprendre en quoi consiste le Réseau de santé Vitalité, ses secteurs et ses pratiques de Gouvernance.
- La formation vise à améliorer les connaissances des membres relatives à des sujets touchant entre autres, la qualité et la sécurité des usagers dans les soins, la gouvernance, le processus de prise de décision dans l'allocation des ressources, etc.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

- Intérêt et identification des besoins des membres soulevés lors des évaluations des réunions du Conseil d'administration.
- Rôle du Conseil d'administration en fonction de la Loi sur les Régies régionales.
- Rôle du Conseil d'administration en lien avec les Normes de Gouvernance d'Agrément Canada.

Considérations importantes

- Normes de Gouvernance d'Agrément Canada.

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

Suivi à la décision

- Une révision annuelle sera effectuée suite à l'identification des besoins.

Proposition et résolution

Proposé et appuyé

Et résolu que le plan de formation du Conseil d'administration pour l'année 2022-2023 soit approuvé.

Adoption

Soumis le 31 mai 2022 par Gisèle Beaulieu, VP Gestion des risques, Intelligence d'affaires et chef de l'Information.

Note d'information

Plan de formation du Conseil d'administration

2022-2023

Thème	Octobre 2022	Décembre 2022	Mars 2023	Juin 2023
Gouvernance Exemples : <ul style="list-style-type: none">• Rôle en fonction de la Loi• Politique Code de conduite• Fonctionnement du Conseil• Rôle de mentor• Responsabilités du CA et engagement envers les Parties prenantes, Partenaires• Formation Code Morin	X	X	X	X
Planification stratégique Exemples : <ul style="list-style-type: none">• Retraite - Révision annuelle du plan stratégique• Cycle de planification• Allocation des ressources		X		
Qualité et sécurité des usagers Exemples : <ul style="list-style-type: none">• Rôle du CA envers la Qualité et Sécurité• Loi sur la Qualité• Gestion intégrée de la qualité (ex : agrément, patient-partenaire, soins centrés sur l'utilisateur, etc.)• Sécurité des usagers (ex. : culture juste, violence en milieu de travail, « safe ward », etc.)	X			
Gestion intégrée des risques Exemples : <ul style="list-style-type: none">• Rôle du CA en lien avec la Gestion des risques• « Enterprise RM »• Registre des risques du CA			X	
Éthique et processus de prise de décision			X	
Autres <ul style="list-style-type: none">• Finances 101• Team Building• Communications stratégiques• Processus d'octroi des privilèges• Diversité culturelle, sécurité culturelle (Prem. Nat.)	X	X	X	X

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 9 juin 2022

Objet : Plan de travail annuel 2022-2023

Un plan de travail annuel est proposé afin que le Comité de gouvernance et de mise en candidature puisse s'acquitter de ses obligations et responsabilités dont :

- Rôles et responsabilités légales du Conseil;
- Règles et pratiques de gouvernance du Conseil;
- Fonctionnement efficace du Conseil;
- Relation de gouvernance/gestion efficace;
- L'éthique et la déontologie du Conseil;
- La composition du Conseil et de ses comités;
- Les compétences, expérience et qualités des membres du Conseil;
- Orientation, formation, éducation des membres;
- Évaluation des membres, des comités et du fonctionnement du CA.

Proposé par

Appuyé par

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature approuve le plan de travail pour l'année 2022-2023.

Adopté

Soumis le 25 mai 2022 par Gisèle Beaulieu, VP – Gestion des risques, Intelligence d'affaires et chef de l'Information

PLAN DE TRAVAIL 2022-2023

Comité de gouvernance et de mise en candidature

Date de la réunion	Activités
Septembre 2022	<ul style="list-style-type: none"> • Soumet au CA la sélection des membres pour le remplacement de postes devenus vacants avant la fin de leur mandat pour les membres de tous les comités du conseil, le CPC et le CMC • Évaluation du fonctionnement des réunions du CA • Révision des responsabilités du CA et engagement envers les parties prenantes et recommandations au CA • Révision de l'entente de responsabilité avec le ministère de la Santé et recommandations au CA • Assurer le suivi des recommandations d'Agrément Canada (si requis) • Suivi du registre des risques – domaine de la gouvernance
Novembre 2022	<ul style="list-style-type: none"> • Soumet au CA la sélection des membres pour le remplacement de postes devenus vacants avant la fin de leur mandat pour les membres de tous les comités du conseil, le CPC et le CMC • Fournir des conseils sur la planification de la retraite du Conseil et de la révision annuelle du plan stratégique • Évaluation du fonctionnement des réunions du CA • Assurer le suivi des recommandations d'Agrément Canada (si requis) • Suivi du registre des risques – domaine de la gouvernance
Février 2023	<ul style="list-style-type: none"> • Soumet au CA la sélection des membres pour le remplacement de postes devenus vacants avant la fin de leur mandat pour les membres de tous les comités du conseil, le CPC et le CMC • S'assure de l'évaluation de la performance du PDG, médecin-chef et président du CPC • Conduite du sondage d'évaluation du Conseil et des membres. Révision des résultats • Évaluation du fonctionnement des réunions du CA • Assurer le suivi des recommandations d'Agrément Canada (si requis) • Suivi du registre des risques – domaine de la gouvernance
Juin 2023	<ul style="list-style-type: none"> • Révision des mandats et des plans de travail des comités du conseil et recommande l'approbation au CA • Révision et recommandation au CA le plan de formation annuel du Conseil • Révision et approbation en bloc des politiques et procédures du CA • Révision du calendrier des réunions du Conseil pour approbation au CA • Recrutement et nomination des dirigeants et présidents des comités du Conseil • Soumet au CA la sélection pour la mise en candidature pour les postes de vice-président et de trésorier, les membres de tous les comités du conseil ainsi que pour les postes au sein du CPC et du CMC • Évaluation du fonctionnement des réunions du CA • Assurer le suivi des recommandations d'Agrément Canada (si requis) • Suivi du registre des risques – domaine de la gouvernance

Note d'information

Point 5.22

Nom du comité : Comité de gouvernance et de mise en candidature

Date : 2022 06 09

Objet : Planification stratégique 2023-2025

Décision recherchée

Approbation.

Contexte/problématique

Les deux dernières années fiscales furent particulièrement mouvementées en raison de la pandémie de COVID-19. Avec ses partenaires, le Réseau de santé Vitalité continue de travailler sur son plan de rétablissement et de transformation des services cliniques incorporé dans le plan stratégique, afin de maximiser les capacités existantes du système et de profiter des leçons apprises tout au long de la pandémie. Force de constater que malgré ces efforts, seulement 19 % des actions/activités/projets ont été complétés à la fin de mars 2022 (soit 22 sur un total de 119).

En novembre 2021, le gouvernement du N.-B. a présenté son plan de santé dans le document intitulé « Stabilisation des soins de santé : Un appel à l'action urgent » et il comprend les secteurs d'actions prioritaires communs aux partenaires en soins de santé. Celui-ci s'articule autour de cinq grands domaines d'action et des objectifs prioritaires du gouvernement auxquels des efforts devront être consentis pour les atteindre.

Avec la venue du nouveau plan santé et en lien avec la préparation du Plan régional de santé et des affaires (PRSA) pour la prochaine année budgétaire, le Réseau a effectué une révision exhaustive des initiatives de son Plan stratégique 2020-2023, afin de s'assurer d'une priorisation et d'un alignement stratégique avec les priorités du plan de santé pour la dernière année de la planification stratégique actuelle. À la fin de cet exercice, un total de 21 initiatives alignées avec 8 objectifs stratégiques du Réseau de santé Vitalité, 5 domaines d'action et 1 facteur de réussite du Plan de santé du N.-B furent identifiées. Celles-ci se traduisent en 53 projets ou activités prévus pour la durée du PRSA 2022-2025.

En principe, le Réseau de santé Vitalité devait entamer un nouvel exercice de planification stratégique à l'automne. Mais nous suggérons au Comité de gouvernance et de mise en candidature de repousser cet exercice d'un an, afin de permettre à nos équipes de se mobiliser et d'exécuter les projets priorités et alignés avec le plan de santé de la province. Comme organisation intégrée qui fonctionne en réseau, notre force réside dans notre agilité et notre capacité de nous mobiliser rapidement, afin de pouvoir passer à l'action sans tarder. Ceci a clairement été démontré durant la pandémie. Nous voulons bâtir sur cette capacité pour lancer le Réseau sur un élan d'exécution stratégique rapide et soutenu, avec une emphase sur les priorités identifiées.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

- Un travail a été amorcé avec la firme Symplicity Design, afin d'établir une cadence d'exécution stratégique et déterminer les problèmes sur lesquels nous devons travailler en fonction de la priorité. Pour y arriver, Symplicity Design aide l'organisation en assurant :
 - La formation sur la façon d'améliorer, d'innover et de croître plus rapidement.

- Le développement de notre capacité comme Équipe de leadership de s'assurer d'atteindre et de maintenir la vision et les résultats souhaités. Avec notre collaboration ils évaluent, éduquent et exécutent les changements requis, afin de s'assurer que nous alignons l'objectif avec les processus et les personnes.
 - La création des objectifs clairs pour identifier les domaines de l'organisation qui ont le plus besoin d'être améliorés.
 - Le développement des capacités pour exécuter des améliorations qui obtiennent des résultats qui comptent.
- Le Plan de santé du N.-B. comporte un échéancier serré de 24 mois. Beaucoup de nos équipes sont déjà mobilisées à participer dans le déploiement des initiatives d'envergure provinciale associées avec le plan. Il faut également reconnaître que nos ressources humaines sont étirées et fatiguées. Il est donc essentiel de maximiser les efforts de tous en alignant les initiatives de notre organisation avec ce plan.
 - Bien que les bonnes pratiques de planification dans le domaine de la santé supportent les planifications stratégiques aux trois ans, les circonstances actuelles et le réalignement avec le cycle de planification de la province font en sorte qu'il est souhaitable de reporter d'un an.

Considérations importantes

- Le report de la planification stratégique peut comporter certains risques au niveau de la capacité du Réseau à susciter l'engagement de son personnel et des communautés qu'il dessert. Cependant, ceux-ci peuvent être atténués par un plan de communication stratégique et en suscitant l'engagement par d'autres approches (par exemple, l'approche apprenante au sein du Réseau et avec les communautés);
- Une stratégie de communication robuste sera nécessaire avec les partenaires du Réseau, afin de bien communiquer les priorités pour la prochaine année.

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

Suivi à la décision

Les membres du Comité de gouvernance et de mise en candidature seront sollicités dès l'automne pour la préparation de la retraite annuelle stratégique avec le Conseil d'administration en décembre prochain. Le focus sera sur l'exécution du Plan régional de santé et d'affaires 2022-2024, ainsi que les priorités du Plan de santé provincial.

Proposition et résolution

Proposé et appuyé

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature approuve le report de la planification stratégique à l'an prochain.

Adoption

Soumis le 31 mai 2022 par Dre France Desrosiers, présidente-directrice générale

Note d'information

Point 5.23

Nom du comité : Comité de gouvernance et de mise en candidature

Date : 2022 06 09

Objet : Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration

Décision recherchée

Les résultats de l'évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration sont soumis à l'attention du Comité de gouvernance et de mise en candidature pour discussion et information.

Contexte/problématique

Vous trouverez ci-joint la compilation des résultats de la réunion à huis clos et de la réunion publique du Conseil d'administration tenue les 14 et 15 mars 2022.

- Le taux de répondants pour la réunion à huis clos a diminué à 86 % comparé à la réunion précédente alors qu'il était de 100 %. Quant au taux de répondants pour la réunion publique, celui-ci a légèrement augmenté et est à 80 % comparé à la réunion précédente où il était à 75 %. Les membres du Conseil d'administration sont encouragés à poursuivre les efforts, afin d'atteindre la cible établie de 100 % pour toutes les réunions du Conseil.
- En ce qui a trait aux résultats comme tels, le taux de satisfaction dans l'ensemble pour les deux sondages est assez élevé. À la demande de certains membres lors de la dernière évaluation, une option sans objet a été ajoutée et nous notons une utilisation de cette option pour plus de 50 % des réponses dans l'évaluation de la réunion à huis clos. Ceci sera suivi de près afin de vérifier si des modifications doivent être apportées à la formulation des questions dans le sondage à huis clos.
- Des commentaires constructifs ont été ressortis dans le sondage de la réunion publique entre autres, une amélioration aux visuels pour le rapport de la PDG. Des suggestions de formation ont été identifiées en lien avec la diversité culturelle. Ces suggestions feront partie des discussions avec le Comité de gouvernance et de mise en candidature lors de la préparation du programme de formation du Conseil pour la prochaine année.
- Les résultats feront l'objet de discussions lors de la réunion du Comité de gouvernance et de mise en candidature, afin de poursuivre les améliorations sur le fonctionnement des réunions.

De plus, à titre de rappel, le Comité de gouvernance et de mise en candidature s'est donné comme mandat en début d'année d'évaluer après chaque réunion du Conseil d'administration, si les pistes d'actions suivantes avaient amélioré la satisfaction des membres en lien avec le temps alloué pour discuter des sujets et également la fréquence des réunions:

Amélioration proposée en juin et validée au Comité de gouvernance en septembre 2021	Commentaires suite à la dernière réunion du CA
Augmenter le temps prévu pour discuter avec la PDG.	Le temps alloué avec la PDG a été doublé.
Augmenter le temps prévu pour discuter de certains sujets sensibles ou représentant un risque pour le Réseau.	Le temps alloué a été doublé. La durée des réunions et session de formation/information du CA sont d'une journée et demie.

	Deux membres ne semblent pas en accord avec le temps alloué lors de la dernière réunion publique.
Augmenter des mises à jour au CA par la PDG ou le président du CA.	Des communications ont été envoyées régulièrement aux membres du CA et avant les sorties médiatiques.
Augmenter l'utilisation du Comité exécutif et des réunions extraordinaires pour discuter de certains sujets sensibles ou représentant un risque pour le Réseau.	<p>Une rencontre du Comité exécutif a eu lieu le 27 septembre 2021 dernier, ainsi que le 17 mai 2022. De plus, les membres ont reçu une formation sur le Code Morin le 28 janvier 2022.</p> <p>Il y a également eu des réunions extraordinaires du Conseil les dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientation du CA le 2 septembre 2021 • 14 novembre 2021 • 24 février 2022 • 1^{er} avril 2022 • 27 avril 2022
Réduire le délai entre les rencontres d'hiver et de printemps, afin de laisser un maximum de douze (12) semaines entre deux (2) rencontres régulières.	Toutes les réunions du CA sont prévues à 8 semaines d'intervalles.

Éléments à prendre en considération dans la prise de décision

L'importance d'obtenir la rétroaction des membres du Conseil d'administration afin d'améliorer le fonctionnement des réunions.

Considérations importantes

L'évaluation régulière du fonctionnement du Conseil d'administration contribue à la qualité de la gouvernance de l'organisation, car il permet d'établir dans quels domaines des améliorations sont nécessaires et peut par conséquent servir d'outil de perfectionnement pour son Conseil d'administration. Répétée régulièrement, cette pratique garantit que le conseil dans son ensemble et chacun de ses administrateurs examine régulièrement les structures et procédures existantes, vérifient l'efficacité des pratiques, afin de déterminer celles qu'il convient de conserver et procurent des occasions de discuter des domaines d'amélioration continue.

Répercussions	Négligeables	Modérées	Importantes	Commentaires
Éthique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...
Qualité et sécurité	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Partenariats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...
Gestion des risques (analyse légale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...
Allocation des ressources (analyse financière)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Impacts politiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...
Réputation et communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	...

Suivi à la décision

- Poursuivre l'évaluation du fonctionnement des réunions du Conseil d'administration.
- Assurer la mise en œuvre des actions recommandées par le Comité de gouvernance et de mise en candidature.

Proposition et résolution

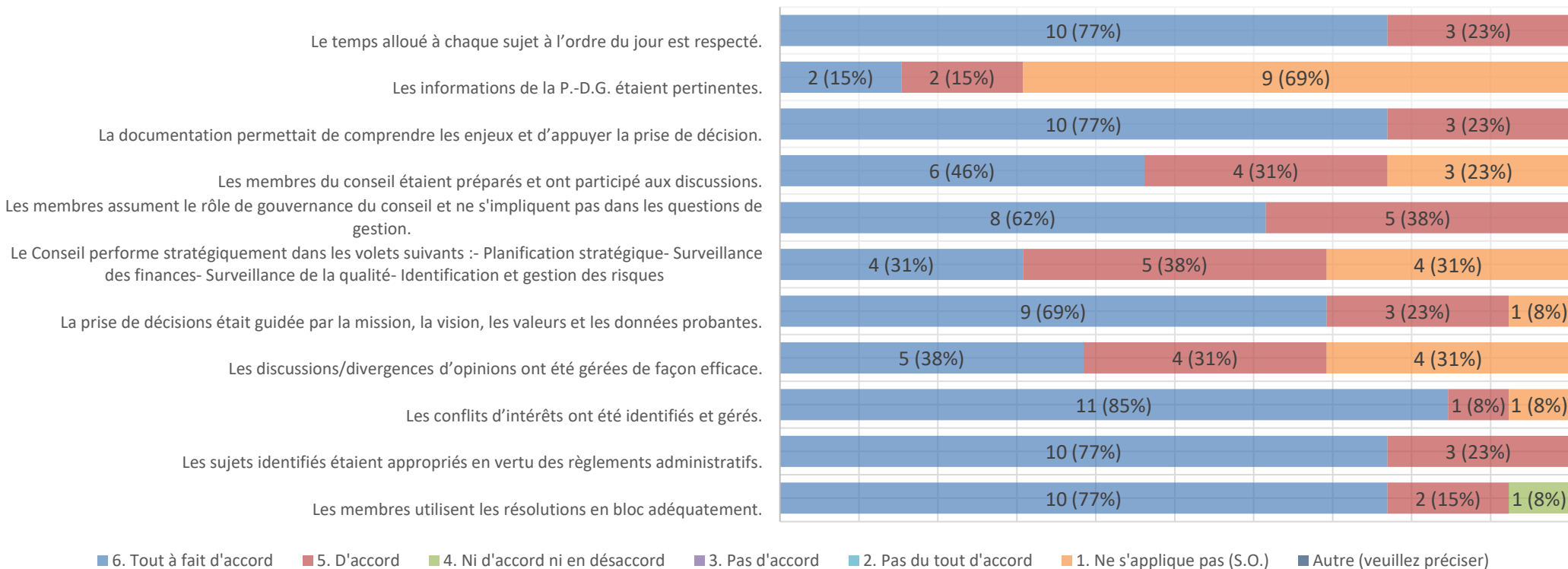
Aucune.

Soumis le 31 mai 2022 par Gisèle Beaulieu, VP Gestion des risques, Intelligence d'affaires et chef de l'Information.

Questions à échelle d'évaluation

Pourcentage de participation : 86% (13 membres sur 15 excluant la PDG et un membre absent)

Pourcentage de questions répondues : 100%



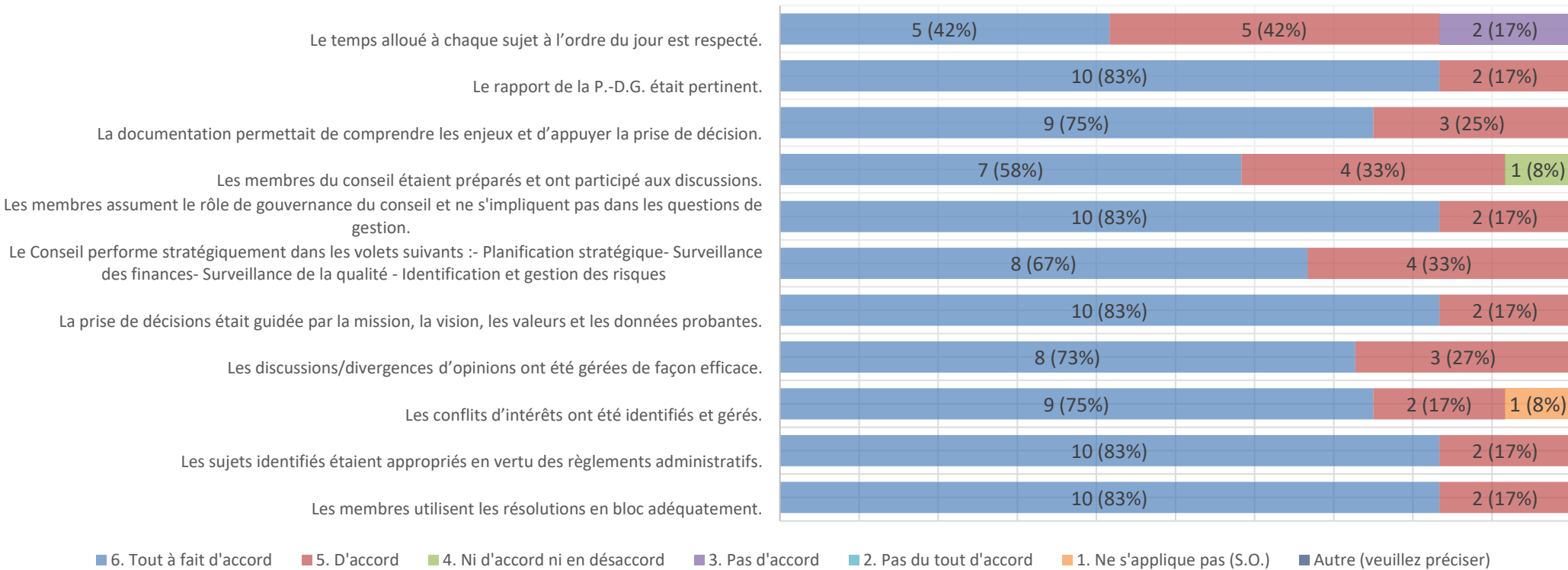
Questions à réponse libre

Veuillez s.v.p. utiliser cet espace pour de plus amples commentaires (copier textuellement) :

- Aucun

Questions à échelle d'évaluation

Pourcentage de participation : 80% (12 membres sur 15 – excluant la PDG et un membre absent)
Pourcentage de questions répondues : 100%



Questions à réponse libre

- Le visuel est bcp améliorer depuis la dernière reunion bravo pour la logistiqu
 Bonne couverture des dossiers abordés - bravo pour tous qui y ont contribué.
 Manque de temps, aurait pu déraiper s'il y avait eut plusieurs questions. Bonne diapo . Bon rapport Dr. Desrosiers sur les accomplissements. Je me demandais toutefois comment le public pouvait voir les diapo, pas beaucoup de contraste pour bien visualiser les diapo.
 'bravo.
 Pas de commentaires pour le moment
 Idées en matière de formation ou de discussions productives (pour des sujets de discussions futures) :
- Nul
 - Sécurité culturelle en lin avec Premières Nations
 - Modèle de soins infirmiers

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 9 juin 2022

Objet : **Nomination des dirigeants, des présidents et des membres des comités**

Vous trouverez ci-après les critères approuvés antérieurement par le Comité de gouvernance et de mise en candidature pour déterminer la sélection des dirigeants, des présidents et des membres des comités du conseil.

Critères de sélection des membres des comités :

- Combinaison de compétences et d'expérience ;
- Continuité dans les comités ;
- Tous les membres siègent sur au moins un comité ;
- La préférence du membre.

En tenant compte principalement des deux premiers critères, des suggestions des dirigeants pour l'année 2022-2023 sont insérées dans le tableau à l'annexe A. Nous avons inclus également les membres qui siègent sur plus d'un comité. Dans l'annexe B, vous retrouverez les compétences avancées des membres telles que soumises par ceux-ci lors de leur entrée en fonction en juin 2021.

Les membres constateront également qu'il y a peu d'intérêts comme premier choix pour siéger sur les comités de qualité, finances, recherche et ad hoc RH, ce qui amène une certaine complexité dans l'application des critères de sélection des membres. Les membres du Comité de gouvernance et de mise en candidature pourront valider si d'autres critères doivent être appliqués.

Concernant les membres intéressés par le poste de vice-président, les membres du Comité de gouvernance et de mise en candidature voudront peut-être considérer les facteurs suivants dans la prise de décision. Trois membres à compétences égales ont manifesté de l'intérêt dont deux font déjà partie des suggestions pour présider un des comités du CA. Les membres sont libres de considérer la troisième personne pour combler le poste de vice-présidente, afin de maintenir une certaine équité entre la répartition des rôles des dirigeants. La liste des membres intéressées pour le poste est également incluse dans le tableau à l'annexe A.

Soumis le 31 mai 2022 par Gisèle Beaulieu, VP – Gestion des risques, Intelligence d'affaires et chef de l'Information

Nomination des membres et présidences des comités – 2022-2023

Comité / Membre	1er choix 22-23	2 ième choix 22-23	3 ième choix 22-23	4 ième choix 22-23	5 ième choix 22-23	Intérêt à présider le comité 2022-2023	Suggestion de la composition 2022-2023
Comité exécutif							
Comité de gouvernance et de mise en candidature (4 membres)	Denis M. Pelletier Monica L. Barley Janice Goguen Norma McGraw Clément Tremblay	Roger Clinch Claire Savoie	Liza A. Robichaud Gilles Lanteigne	Julie Cyr	Joanne Fortin Chef Terry Richardson	Denis M. Pelletier Norma McGraw Monica L. Barley	Denis (Président) Monica Janice Roger
Comité des finances et de vérification (4 membres)	Gilles Lanteigne Chef Terry Richardson	Monica L. Barley Denis M. Pelletier		Roger Clinch Joanne Fortin	Julie Cyr Norma McGraw Liza R. Robichaud Claire Savoie Clément Tremblay Janice Goguen	Gilles Lanteigne	Gilles (Président) Chef Terry Monica Joanne
Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients (4 membres)	Claire Savoie Joanne Fortin	Norma McGraw Liza A. Robichaud	Roger Clinch Julie Cyr Chef Terry Richardson	Monica L. Barley Clément Tremblay Janice Goguen Denis M. Pelletier Gilles Lanteigne		Claire Savoie	Claire (Présidente) Joanne Norma Liza
Comité stratégique de la recherche et de la formation (4 membres)	Julie Cyr Liza A. Robichaud	Chef Terry Richardson Clément Tremblay	Joanne Fortin Janice Goguen	Norma McGraw Claire Savoie	Monica L. Barley Roger Clinch Denis M. Pelletier Gilles Lanteigne	Julie Cyr	Julie (Présidente) Liza Chef Terry Clément
Comité ad-hoc Ressources humaines (4 membres)	Roger Clinch	Julie Cyr Joanne Fortin Janice Goguen Gilles Lanteigne	Monica L. Barley Norma McGraw Claire Savoie Clément Tremblay Denis M. Pelletier	Liza A. Robichaud Chef Terry Richardson			Roger Janice (Présidente) ? Clément Claire
Denis M. Pelletier (par intérim) Président du CA							Membre d'office avec droit de vote
Desrosiers, Dre France PDG et Secrétaire du CA							Membre d'office sans droit de vote
LeBlanc, Dre Nicole Médecin-chef régionale							Siège au Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients comme membre non votant
Morris, Justin Président du CPC							Siège au Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients comme membre non votant

Les personnes suivantes siègent sur deux comités :

- Monica

- Janice

- Roger

- Chef Terry

- Joanne

- Claire

- Liza

- Clément

*Intérêt pour le poste de vice-présidence : Claire Savoie, Julie Cyr et **Monica L. Barley**

Membres	Nommé/ Élu	Zone	Connaissance domaine santé	Gouvernance	Leadership et influence	Comptabilité/ Finances	Communications Relations publiques	Relations Gouvernementales	Éthique	Qualité et Sécurité des pts	Gestion des risques	Performance Organisationnelle	Technologies de l'information	Ressources humaines	Droit / Connaissance Juridique	Achats/ Approvisionnement	Planification stratégique	Recherche/ Milieu académique
Monica L. Barley	Nommé	Beauséjour													X			
Krista Toner	Nommé	Nord-Ouest													X			
Roger Clinch	Nommé	Acadie-Bathurst		X	X		X	X	X								X	
Julie Cyr	Élu	Restigouche	X															X
Joanne Fortin	Élu	Nord-Ouest																
Terry Richardson (Chef)	Nommé	Premières Nations		X	X	X	X	X				X		X		X	X	
Janice K. Goguen	Élu	Beauséjour			X		X	X				X					X	
Gilles Lanteigne	Nommé	Acadie-Bathurst				X			X									
Norma McGraw	Élu	Acadie-Bathurst	X	X	X		X		X	X	X	X		X		X	X	
Denis M. Pelletier	Élu	Nord-Ouest		X	X		X						X				X	
Liza Anne Robichaud	Élu	Acadie-Bathurst													X	X		
Claire Savoie	Nommé	Acadie-Bathurst	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	
Clément Tremblay	Élu	Restigouche			X		X	X										
Dre France Desrosiers	Office	Secrétaire																
Dre Nicole Leblanc	Office	Présidente CMC																
Justin Morris	Office	Président CPC																
Partenaire de l'expérience patient	Office																	
Comité exécutif		Comité Gouvernance		Comité Finances		Comité Qualité		Comité stratégique de la recherche										
2021-2022	2022-2023	2021-2022	2022-2023	2021-2022	2022-2023	2021-2022	2022-2023	2021-2022	2022-2023	2021-2022	2022-2023							
David Savoie		Denis M. Pelletier (P)	Denis M. Pelletier (P)	Gilles Lanteigne (P)	Gilles Lanteigne (P)	Claire Savoie (P)	Claire Savoie (P)	Julie Cyr (P)	Julie Cyr (P)									
Claire Savoie	Claire Savoie	Monica L. Barley	Monica L. Barley	Chef Terry Richardson	Chef Terry Richardson	Chef Terry Richardson	Liza A. Robichaud	Liza A. Robichaud	Liza A. Robichaud									
Gilles Lanteigne	Gilles Lanteigne	Roger Clinch	Roger Clinch	Monica L. Barley	Monica L. Barley	Joanne Fortin	Joanne Fortin	Louis-Marie Simard	Chef Terry Richardson									
Denis M. Pelletier	Denis M. Pelletier	Janice Goguen	Janice Goguen	Krista Toner	Joanne Fortin	Norma McGraw	Norma McGraw	Clément Tremblay	Clément Tremblay									
Julie Cyr	Julie Cyr	David Savoie		David Savoie		David Savoie		David Savoie										
Roger Clinch	Janice Goguen																	

*Compétences avancées identifiées par chaque membre du Conseil d'administration lors de leur entrée en fonction en juin 2021



Comité ad hoc des RH	
2021-2022	2022-2023
Roger Clinch (P)	Janice Goguen (P)
Claire Savoie	Roger Clinch
Julie Cyr	Clément Tremblay
Norma McGraw	Claire Savoie
David Savoie	

Comité consultatif patients et familles	
2021-2022	2022-2023
Pandurang Ashrit	Pandurang Ashrit
Linda Clark	Linda Clark
Lise Malenfant	Lise Malenfant
Richard Houle	Richard Houle
Jean-Paul Couture	

2022 05 31

Note couverture

Réunion du Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 9 juin 2022

Objet : Fiches d'information sur les normes de gouvernance

La visite d'agrément aura lieu du 19 au 24 juin 2022. Dans le cadre de cette visite, les membres du Conseil d'administration auront une rencontre avec les visiteurs d'Agrément Canada le dimanche 19 juin à 14 h 30. Lors de cette rencontre, les visiteurs évalueront le fonctionnement du Conseil et les processus en place lui permettant de répondre aux normes du cahier de gouvernance.

Les normes sur la gouvernance d'Agrément Canada aident les organismes de santé à répondre à la demande d'excellence en matière de gouvernance. Elles sont regroupées sous les quatre sections suivantes découlant des fonctions clés de la gouvernance :

- Fonctionner efficacement en tant que Conseil d'administration;
- Définir clairement l'orientation de l'organisme;
- Appuyer l'organisme pour qu'il réalise son mandat;
- Rendre compte et atteindre des résultats durables.

Des fiches d'information ont été préparées pour chacune des treize normes sur la gouvernance. Les fiches résument les critères propres à chaque norme, les mesures et preuves en place pour y répondre (avec hyperliens vers les documents/outils) et des exemples de questions que les visiteurs pourraient poser lors de la rencontre.

Ces fiches ont pour but d'aider les membres du Conseil à se préparer à la rencontre avec les visiteurs d'agrément et de leur permettre de mieux apprécier les grandes sections du cahier de normes de gouvernance et les mesures et processus que le conseil s'est donné pour y répondre.

Dans l'ensemble, nous constatons que plusieurs politiques, outils, mécanismes sont en place pour rencontrer les critères sous chaque norme.

Les membres du conseil sont invités à prendre connaissance des fiches d'information en lien avec les normes d'agrément sur la gouvernance.

Soumis le 2022-05-24 par Nicole Frigault – Directrice qualité, risques et expérience patient

SECTION DE NORMES

FONCTIONNER EFFICACEMENT EN TANT QUE CONSEIL D'ADMINISTRATION

NORME 1

Les rôles, les responsabilités et les obligations légales du conseil d'administration sont définis et respectés.

Ce qui est demandé au conseil d'administration (critères de la norme)

1. Que les rôles, les responsabilités et les obligations légales du conseil soient définis et respectés régulièrement.
2. Qu'il existe des documents écrits où sont définis les rôles et les responsabilités du conseil, ainsi que la façon dont il assume ces rôles et responsabilités.
3. Que le conseil approuve, adopte et respecte le cadre conceptuel d'éthique utilisé par l'organisme.
4. Que le conseil adopte un code d'éthique pour ses membres.
5. Qu'il existe un processus (ex. calendrier) pour élaborer et mettre à jour les règlements et les politiques du conseil.
6. Que les règlements et les politiques du conseil soient conformes à son mandat, à ses rôles, à ses responsabilités, à ses obligations redditionnelles et au cadre d'éthique de l'organisme.

Comment le conseil d'administration y répond

- Adoption des [Règlements administratifs](#) du Réseau de santé Vitalité (Régie régionale de la santé A) où les rôles et responsabilités du CA et des dirigeants sont définis.
- Adoption de la politique CA-120, [Mandat du conseil et régime de gouvernance](#), telle que définie dans les règlements administratifs.
- Application du [Cadre conceptuel en matière d'éthique](#) et des [Considérations éthiques \(CA-245\)](#).
- Accès à une consultante en éthique.
- Politique CA-135, [Code de conduite et morale des membres du conseil](#) et signature annuelle de l'engagement au code par les membres.
- Application du [Code d'éthique du Réseau](#) et de la politique [CA-205](#) qui définit les responsabilités des membres relativement au code d'éthique du Réseau.
- Mise à jour des politiques du conseil d'administration se fait selon un calendrier annuel.
- Lors du programme d'orientation des nouveaux membres, les rôles, les responsabilités et les obligations légales du conseil sont révisés.

Nos preuves

- ✓ L'ensemble des règlements, des politiques et des procédures adoptés par le conseil d'administration;
- ✓ Le cadre conceptuel de l'éthique ;
- ✓ Le code de conduite des membres du conseil d'administration;
- ✓ Le programme d'orientation est disponible, ainsi que les fiches de présence des séances de formation données;
- ✓ Des exemples de dossiers présentés lors des séances du conseil d'administration.

Discussion avec le visiteur - exemples de questions qui pourraient vous être posées durant la rencontre :

- ✓ Comme membre du conseil, comment votre orientation s'est-elle déroulée?
- ✓ Est-ce que les rôles et les responsabilités des membres sont définis clairement? Pouvez-vous m'en parler?
- ✓ Pouvez-vous me parler de votre mandat et de vos règlements administratifs? Comment faites-vous pour vous acquitter de votre mandat?
- ✓ Est-ce qu'il y a un processus pour l'élaboration des règlements et des politiques du conseil? Comment fait-on pour vous assurer de sa mise à jour, afin que ces derniers répondent au besoin organisationnel?
- ✓ Est-ce que votre organisation a un cadre conceptuel d'éthique? Quel genre d'information peut-on retrouver dans ce dernier? Comment faites-vous l'utilisation du cadre d'éthique dans vos activités régulières?
- ✓ Est-ce que vous avez des comptes rendus des dilemmes éthiques dans l'organisation, et comment sont-ils résolus?
- ✓ Est-ce qu'il y a un code d'éthique pour le conseil? Comment en faites-vous son application dans le cadre de vos travaux et dans votre processus décisionnel?

SECTION DE NORMES

FONCTIONNER EFFICACEMENT EN TANT QUE CONSEIL D'ADMINISTRATION

NORME 2

Les membres qui composent le conseil d'administration lui permettent de remplir son rôle.

Ce qui est demandé au conseil d'administration (critères de la norme)

1. La formation, l'expérience et les compétences nécessaires pour assurer une gestion efficace sont déterminées.
2. Il existe des mécanismes pour obtenir les avis et les commentaires des patients et de leur famille, et en tenir compte.
3. Le conseil compte des patients parmi ses membres, lorsque c'est possible.
4. Il existe un processus documenté et respecté pour l'élection ou la nomination du président du conseil.
5. Les rôles et les responsabilités du président sont précisés dans un profil de poste, un mandat ou des règlements.
6. Il existe des critères écrits et un processus établi pour le recrutement et la sélection des nouveaux membres du conseil.
7. Les nouveaux membres du conseil reçoivent une orientation avant de participer à leur première réunion.
8. Chaque membre du conseil signe une déclaration qui permet de reconnaître ses rôles et ses responsabilités, dont les attentes liées à ce poste et les obligations légales.
9. Les membres du conseil reçoivent de la formation continue qui les aide à remplir les rôles et les responsabilités qui leur sont propres, de même que ceux de l'ensemble du conseil.
10. Les politiques ou les règlements du conseil qui portent sur sa composition traitent de la durée et des limites du mandat, des exigences en matière de participation, ainsi que de la rétribution.
11. Le cycle de renouvellement des membres du conseil favorise l'ajout de nouveaux membres tout en assurant un équilibre avec le nombre de membres expérimentés afin d'appuyer la continuité de la mémoire de l'organisme et la prise de décision.

Comment le conseil d'administration y répond

- La nomination des membres du conseil (nomination par le ministre ou élection publique) se fait par un processus géré par le gouvernement.
- Les compétences minimales (professionnelles et personnelles) requises sont identifiées et présentées au ministre lors du processus de sélection et de nomination de nouveaux membres afin d'obtenir un juste équilibre dans la composition du conseil.
- Un [programme d'orientation](#) est offert aux nouveaux membres préalable à leur première rencontre, incluant la mise en place d'un système de parrainage par les pairs contribuant ainsi à faciliter l'intégration des membres au sein du conseil.
- La politique sur l'orientation des nouveaux membres du Conseil [CA-210](#) encadre le processus d'orientation et permet aux membres d'acquérir les connaissances nécessaires pour effectuer leurs fonctions.
- Des séances de formation variées sont offertes (i.e. démarche d'agrément, cadre conceptuel de l'éthique, gestion des risques, etc.).
- Le partage d'articles sur la gouvernance est fait par un membre lors des réunions du Conseil ce qui permet aux membres d'approfondir leurs connaissances.

- Des sondages de satisfaction de la clientèle sont en place afin d'évaluer l'expérience des patients et obtenir leur rétroaction. Un temps est réservé lors des réunions du Conseil pour accueillir un patient / famille dans le but de partager leur expérience de soins (histoire patient).
- Le Réseau a mis sur pied le Comité consultatif des patients et des familles ([CA-360 mandat du comité](#)) qui répond au Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients du CA. Ce comité est composé de patients et membres de famille et présidé par un patient. Le président du comité est membre permanent sans droit de vote du Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients du CA.
- La nomination du président du conseil se fait par le Ministre tel que prévu dans la Loi. Les fonctions du poste sont définies dans la politique [CA-140](#) et les [Règlements administratifs](#).
- Des profils de poste découlant des règlements administratifs sont également disponibles pour les fonctions suivantes :
 - Vice-président [CA-150](#)
 - Trésorier [CA-160](#)
 - Secrétaire [CA-170](#)
- Les membres du conseil souscrivent au serment d'entrée en fonction en signant le formulaire à cet effet, tel que prévu dans les règlements administratifs (B.2.0.2).
- Des comités permanents et consultatifs sont en place et ont un plan de travail pour contribuer à la réalisation des travaux du conseil et de rencontrer les besoins stratégiques de l'organisation tel que stipulé dans les règlements administratifs :
 - Comités du conseil d'administration [CA-300](#)
 - Comité exécutif [CA-310](#)
 - Comité de gouvernance et de mise en candidature [CA-320](#)
 - Comité de finances et de vérification [CA-330](#)
 - Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients [CA-350](#)
 - Comité consultatif des patients et des familles [CA-360](#)
 - Comité stratégique de la recherche et de la formation [CA-395](#)
 - Comité médical consultatif (Mandat dans les règlements administratifs –
 - Comité professionnel consultatif ([Mandat](#))

Nos preuves

- ✓ Règlements administratifs
- ✓ Manuel et politique concernant l'orientation des membres du conseil d'administration
- ✓ Profils de poste
- ✓ Mandats des divers comités
- ✓ Le formulaire de serment d'entrée en fonction
- ✓ Le document sur la déclaration des conflits d'intérêts

Discussion avec le visiteur...exemples de question qui pourraient vous être posés durant la rencontre :

- ✓ Comment les nouveaux membres sont-ils recrutés et sélectionnés?
- ✓ Quelles sont les politiques qui permettent de gérer la durée des mandats, les exigences relatives à la participation et la rétribution?
- ✓ Quels sont les comités en place qui contribue à une gouvernance efficace?
- ✓ Comment êtes-vous mis au courant des avis ou des commentaires des patients et de leurs familles?
- ✓ Avez-vous des profils de poste? Quel type d'information y retrouve-t-on?
- ✓ Quel est le cycle de renouvellement des membres qui assure un équilibre entre l'expérience des membres et les nouveaux venus?

SECTION DE NORMES

FONCTIONNER EFFICACEMENT EN TANT QUE CONSEIL D'ADMINISTRATION

NORME 3

Il existe un processus établi et officiel pour la prise de décisions.

Ce qui est demandé au conseil d'administration (critères de la norme)

1. Le conseil d'administration se sert du cadre conceptuel d'éthique et de critères éclairés par des données probantes pour le guider dans ses décisions.
2. Les points qui exigent une prise de décisions conjointe avec le gouvernement, les bailleurs de fonds et d'autres organismes de santé sont déterminés.
3. L'information requise appuyant la prise de décisions est mise à la disposition du conseil d'administration qui peut facilement y accéder.
4. Le conseil d'administration dispose de processus pour surveiller les fonctions liées à la vérification et aux finances, à la qualité et à la sécurité, ainsi qu'à la gestion du personnel talentueux.
5. Le conseil d'administration reçoit l'information et les documents requis suffisamment à l'avance pour se préparer aux réunions et à la prise de décisions.
6. Le conseil d'administration revoit le type d'information qu'il reçoit afin de déterminer si elle l'aidera à bien remplir son rôle.

Comment le conseil d'administration y répond

- Le Conseil s'appuie sur le [Cadre conceptuel en matière d'éthique](#) et le processus décisionnel de la responsabilité pour la raisonnable (A4R) pour prendre des décisions.
- Des notes d'information contenant l'information nécessaire (données probantes, meilleures pratiques) soit en guise d'avis ou d'une prise de décision sont transmises pour fin de considération auprès du conseil. Ces notes se déclinent en décision recherchée, contexte, éléments de considération dans la prise de décision et impact (éthique, qualité et sécurité, partenariats, gestion intégrée des risques et allocation des ressources) ainsi qu'une échelle de gravité.
- Un outil d'évaluation est complété par les membres du conseil lors de chaque séance et permet de mesurer, par exemple, si :
 - La documentation permettait de comprendre les enjeux et d'appuyer la prise de décisions
 - La prise de décisions était guidée par la mission, la vision, les valeurs et les données probantes
- L'accès à l'information se fait au minimum 1 semaine avant la tenue de la réunion régulière par un moyen électronique et sécurisé (Watchdoc - iPad).
- Le comité de gouvernance et de vérification analyse les résultats de l'évaluation des séances du conseil lors de ses rencontres et prend les mesures requises pour faire des améliorations;
- La surveillance de la santé financière, de la qualité et sécurité des patients et du personnel sont assurés par des rapports spécifiques à chacun des comités (Comité de finances et de vérification, Comité de la qualité des soins et la sécurité des patients, Comité ad hoc des ressources humaines).
- Un rapport annuel de chaque comité est complété et présenté à la fin de l'année fiscale.

Nos preuves

- ✓ Cadre conceptuel d'éthique.
- ✓ Ordre du jour et procès-verbaux des comités (i.e. notes d'information, rapports variés).
- ✓ Évaluation du fonctionnement des réunions.

Discussion avec le visiteur - exemples de questions qui pourraient vous être posées durant la rencontre :

- ✓ Comment le conseil fait-il pour prendre des décisions ?
- ✓ Pouvez-vous me donner un exemple récent où vous avez utilisé le cadre conceptuel en éthique pour prendre une décision?
- ✓ Comment faites-vous pour prendre des décisions conjointes avec le gouvernement ou d'autres organismes de santé?
- ✓ Comme le conseil se tient-il au courant des expériences de patients dans l'organisme?
- ✓ Est-ce que vous obtenez l'information pour vos réunions en temps opportun?

SECTION DE NORMES

DÉFINIR CLAIREMENT L'ORIENTATION DE L'ORGANISME

NORME 4

Pour élaborer l'énoncé de mission de l'organisme, le conseil d'administration collabore avec le personnel d'encadrement.

Ce qui est demandé au conseil d'administration (critères de la norme)

1. Le conseil d'administration travaille en collaboration avec le personnel d'encadrement de l'organisme pour élaborer l'énoncé de mission de l'organisme.
2. Lors de l'élaboration ou de la mise à jour de l'énoncé de missions les membres de l'équipe et les parties prenantes externes, y compris les patients, leurs familles et les partenaires sont consultés.
3. Le gouvernement ou les actionnaires de l'organisme sont régulièrement consultés afin de confirmer la pertinence du mandat et des services de base de l'organisme, de même que pour avoir une même compréhension des attentes en matière de rendement.
4. La mission de l'organisme est revue et mise à jour régulièrement pour tenir compte des changements dans le milieu, dans l'étendue des services ou dans le mandat.

Comment le conseil d'administration y répond

- Le Réseau offre des services de santé à la population tels que définis par la [Loi sur les régions régionales sur la santé](#). Plus précisément :
 - Services hospitaliers généraux et spécialisés,
 - Services de toxicomanie et traitement de dépendance,
 - Services de santé mentale en milieu aigu et communautaire,
 - Services de santé communautaire,
 - Services de santé publique.
- Des [Règlements administratifs](#) sont également disponibles en complémentarité de la loi.
- La politique [CA-190](#) sur la planification stratégique définit l'encadrement administratif du processus (supervision et surveillance des progrès).
- Lors de l'élaboration du Plan stratégique 2020-2023, qui a inclus la révision de la mission, des consultations ont eu lieu auprès des membres du personnel, des médecins, du grand public, de représentants de nos partenaires communautaires et gouvernementaux.
- Des évaluations des besoins des communautés sont effectuées et servent d'information lors de l'exercice de planification.
- Un [Plan régional de santé et d'affaires](#) est dressé et révisé annuellement tel que mandaté par le gouvernement du Nouveau-Brunswick.

Nos preuves

- ✓ Lois sur les régies régionales de la santé
- ✓ Règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité
- ✓ Plan stratégique
- ✓ Plan régional de santé et d'affaires
- ✓ Politique sur la planification stratégique

Discussion avec le visiteur - exemples de questions qui pourraient vous être posées durant la rencontre :

- ✓ Comment la mission, l'énoncé de valeurs, la vision et le plan stratégique ont-ils été élaborés?
- ✓ Quel a été le rôle du conseil d'administration dans ce processus?
- ✓ Qui a participé à l'élaboration du plan stratégique et la révision de l'énoncé de mission?
- ✓ Avez-vous un plan de santé et d'affaires? Quelles sont les priorités et comment faites-vous pour assurer sa réalisation?

SECTION DE NORMES

DÉFINIR CLAIREMENT L'ORIENTATION DE L'ORGANISME

NORME 5

Le conseil d'administration définit les valeurs de l'organisme et les prend en exemple.

Ce qui est demandé au conseil d'administration (critères de la norme)

1. Le conseil d'administration travaille de concert avec le personnel d'encadrement de l'organisme pour définir les valeurs et les mettre à jour.
2. Le conseil d'administration collabore avec le personnel d'encadrement de l'organisme pour consulter les membres de l'équipe, les usagers et leur famille afin de définir ou de mettre à jour l'énoncé des valeurs de l'organisme.
3. Le conseil d'administration s'occupe de la supervision des efforts de l'organisme visant à établir des partenariats constructifs avec les usagers et leur famille.
4. Le conseil d'administration surveille et évalue les initiatives de l'organisme pour élaborer et maintenir une culture de soins centrés sur les usagers et leur famille.
5. Le conseil d'administration dispose d'un processus officiel lui permettant de comprendre, de cerner, de déclarer et de résoudre les conflits d'intérêts.

Comment le conseil d'administration y répond

- La révision de la mission et des valeurs a été faite dans le cadre de l'exercice de planification stratégique.
- Un exercice de consultation multi facette a été réalisé avec les divers partenaires dans le cadre de la planification stratégique. Des patients et membres de familles ont participé à cet exercice.
- La raison d'être est définie dans la politique [CA-100](#)
- La vision, la mission et les valeurs sont définies dans la politique [CA-110](#)
- La politique [CA-135](#) sur le code de conduite des membres du conseil traite des conflits d'intérêts. Par ailleurs, à chaque réunion du conseil, une demande de déclaration de conflit d'intérêts est inscrite à l'ordre du jour au début des travaux.
Le Comité consultatif des patients et des familles ([Mandat](#)) offre une orientation et des conseils relativement aux objectifs, aux politiques et aux pratiques visant l'amélioration des soins centrés sur les patients et les familles.

Nos preuves

- ✓ Politiques sur la vision, mission et valeurs.
- ✓ Politique du cadre de conduite des membres du conseil traitant des conflits d'intérêts.
- ✓ Mandat du Comité consultatif des patients et des familles, ainsi que des exemples d'ordre du jour, procès-verbaux et rapports du comité.

Discussion avec le visiteur - exemples de questions qui pourraient vous être posées durant la rencontre :

- ✓ Quelles sont les valeurs de l'organisation?
- ✓ Comment avez-vous déterminé vos valeurs et à quelle fréquence sont-elles mises à jour?
- ✓ Comment faites-vous pour rendre les valeurs vivantes au sein de l'organisation?
- ✓ Comment encouragez-vous des partenariats solides entre votre organisation et les patients et leurs familles?
- ✓ Comment faites-vous pour cerner et gérer les conflits d'intérêts?

SECTION DE NORMES

DÉFINIR CLAIREMENT L'ORIENTATION DE L'ORGANISME

NORME 6

Le conseil d'administration supervise un processus de planification stratégique pour élaborer la vision de l'organisme, ainsi que pour établir son plan, ses buts et ses objectifs stratégiques.

Ce qui est demandé au conseil d'administration (critères de la norme)

1. Le conseil d'administration supervise le processus de planification stratégique et guide le personnel d'encadrement de l'organisme dans l'élaboration et la mise à jour de la vision et du plan stratégique de l'organisme.
2. Le conseil d'administration, en consultation avec le personnel d'encadrement de l'organisme, détermine les délais nécessaires pour atteindre les buts et les objectifs stratégiques, ainsi que les personnes qui assument cette responsabilité.
3. Le conseil d'administration collabore avec le personnel d'encadrement de l'organisme pour effectuer une analyse continue du milieu en vue de cerner les changements et les nouveaux défis, et s'assurer que son plan, ses buts et ses objectifs stratégiques sont ajustés en conséquence.

Comment le conseil d'administration y répond

- Le Comité directeur de la planification stratégique 2020-2023 était responsable de coordonner l'exercice de planification avec la firme retenue et faisait rapport au Comité de gouvernance.
- La supervision du processus de planification stratégique se fait par l'entremise du Comité de gouvernance.
- Lors d'une retraite du Conseil d'administration sur le plan stratégique, les orientations et objectifs stratégiques, ainsi que les échéanciers ont été présentés et révisés par les membres du Conseil.
- Des initiatives sont identifiées et des plans opérationnels sont préparés par chacune des directions afin d'atteindre les objectifs fixés.
- Des rapports sur l'état d'avancement des orientations et objectifs stratégiques sont présentés aux réunions du Conseil ([voir exemple Rapport PDG](#)).
- Le tableau de bord stratégique permet de suivre l'avancement des objectifs stratégiques ([voir exemple](#)).
- Les évaluations des besoins des communautés sont effectuées tous les cinq ans (selon un calendrier roulant) et permettent d'identifier les défis et besoins de la population que le Réseau dessert.

Nos preuves

- ✓ Plan stratégique
- ✓ Plan régional de santé et d'affaires
- ✓ Exemples de rapports sur l'avancement du plan stratégique
- ✓ Tableau de bord stratégique
- ✓ Exemples de rapports d'évaluation des besoins des communautés
- ✓ Procès-verbaux du Comité de gouvernant et exemples de rapports.

Discussion avec le visiteur - exemples de questions qui pourraient vous être posées durant la rencontre :

- ✓ Comment le conseil supervise le processus de planification stratégique?
- ✓ Quel a été le rôle du conseil d'administration dans l'élaboration des objectifs stratégiques?
- ✓ Comment le conseil se tient-il au courant des changements qui surviennent dans l'environnement de l'organisation?

SECTION DE NORMES

APPUYER L'ORGANISME POUR QU'IL RÉALISE SON MANDAT

NORME 7

Le conseil d'administration recrute, sélectionne et évalue le PDG, et lui accorde son soutien, et s'assure que le plan de gestion du personnel talentueux de l'organisme est en place.

Ce qui est demandé au conseil d'administration (critères de la norme)

1. Le conseil d'administration supervise le recrutement et la sélection du PDG.
2. Le conseil d'administration se conforme à une politique sur la rémunération du PDG.
3. Le conseil d'administration élabore et met à jour le profil de poste du PDG.
4. Avec la participation du PDG, le conseil d'administration définit les objectifs de rendement du PDG et les revoit annuellement.
5. Le conseil d'administration favorise le perfectionnement professionnel du PDG et s'engage à fournir les ressources nécessaires à cette fin.
6. Le conseil d'administration dispose d'un mécanisme lui permettant de recevoir des mises à jour et des rapports du PDG.
7. Le conseil d'administration, avec la participation du personnel d'encadrement de l'organisme, évalue chaque année le rendement et les réalisations du PDG.
8. Le conseil d'administration dispose d'un plan de relève du PDG.
9. Le conseil d'administration supervise l'élaboration du plan de gestion du personnel talentueux de l'organisme.

Comment le conseil d'administration y répond

- Le processus de recrutement et de sélection du PDG relève du Ministre de la Santé, tel que prévu dans les dispositions de la loi des régies de santé.
- Le Président du conseil d'administration participe au processus de sélection du PDG.
- Le ministère détermine le profil de poste du PDG et les conditions d'emploi.
- Les fonctions du PDG sont résumées dans la politique [CA-180](#)
- Les objectifs de rendement sont liés aux buts et aux objectifs stratégiques.
- Le processus d'évaluation de rendement du PDG est identifié dans la politique [CA-400](#) et supporté par le comité d'évaluation du rendement et de développement du PDG. Le formulaire d'évaluation est en annexe à la politique.
- Un plan de succession du PDG est disponible [CA-235](#).
- Un plan d'acquisition de talents a été élaboré et est suivi par le Comité ad hoc des Ressources Humaines [CA-396](#).

Nos preuves

- ✓ Les politiques sur les fonctions, le processus d'évaluation du rendement ainsi que le plan de succession du PDG sont disponibles.
- ✓ Exemple du plan d'évaluation du rendement et du développement du PDG.
- ✓ Plan d'acquisition de talents et procès-verbaux du Comité ad hoc des Ressources Humaines.

Discussion avec le visiteur - exemples de questions qui pourraient vous être posées durant la rencontre :

- ✓ Comment la sélection du PDG se fait-elle?
- ✓ Quelle est votre politique de rémunération du PDG?
- ✓ Est-ce qu'il y a un profil de poste du PDG? Quel type d'information y retrouve-t-on?
- ✓ Comment évaluez-vous le rendement et les réalisations du PDG?
- ✓ Quels sont les mécanismes en place pour favoriser le perfectionnement professionnel du PDG?
- ✓ Quels sont les mécanismes de communication et de reddition de compte envers le conseil?
- ✓ Avez-vous un plan de relève du PDG? Pouvez-vous m'en parler?
- ✓ Est-ce qu'un plan de gestion du personnel talentueux est disponible dans l'organisation? Quelles sont les grandes lignes de ce plan?

SECTION DE NORMES

APPUYER L'ORGANISME POUR QU'IL RÉALISE SON MANDAT

NORME 8

Le conseil d'administration supervise un processus pour l'octroi et le renouvellement des privilèges des prestataires de soins de santé.

Ce qui est demandé au conseil d'administration (critères de la norme)

1. Un processus documenté d'octroi de privilège est respecté.
2. L'organisme suit un processus documenté pour examiner et évaluer le rendement des professionnels des soins de santé auxquels des privilèges ont été octroyés.
3. Un processus documenté est suivi pour l'examen et le renouvellement réguliers des privilèges (y compris le processus pour l'ajout ou la modification des privilèges).
4. Un processus documenté permet de régler tout problème de rendement des professionnels des soins de santé qui détiennent des privilèges.
5. Le conseil d'administration s'assure que les processus documentés pour l'appel de décisions concernant les privilèges sont suivis.

Comment le conseil d'administration y répond

- La politique [AMD.4.40.10](#) sur les privilèges de pratique uniformise le processus d'octroi, de nomination ou de renouvellement des privilèges.
- La section C.5.0 des [Règlements administratifs](#) traite du processus de nomination/renomination, de la délivrance de titres et d'octroi de privilèges au personnel médical.
- La section C.5.8 des Règlements administratifs traite du refus, réduction ou suspension des privilèges.
- Un comité d'examen des titres est responsable de faire l'évaluation de toutes les demandes de privilèges.
- Les demandes de privilèges sont faites par l'entremise d'une solution en ligne. Les demandes de privilèges doivent être évaluées et recommandées par le chef de département, le Comité d'examen des titres, le Comité médical consultatif local et le Comité médical consultatif régional avant d'être octroyées par le Conseil d'administration.
- Un médecin qui fait une demande de nomination, pour la première fois, sera accordé le titre de personnel médical associé. Cette nomination est considérée comme une période de probation d'un an, au cours de laquelle le rendement du médecin et ses compétences cliniques seront évalués.
- Plusieurs éléments de gestion de la pratique médicale sont inclus dans les règlements administratifs tels que :
 - Discipline – **C.6.0**
 - Conduite passible de mesures disciplinaires - **C.7.0**
 - Plainte contre un membre du personnel médical - **C.8.0**
 - Processus alternatif de règlement des différends - **C.9.0**
 - Comité d'enquête - **C.10.0**
 - Processus d'audience - **C.11.0**
 - Procédure à suivre lors des audiences - **C. 12.0**
 - Processus d'examen du conseil d'administration - **C.13.0**

- La politique GEN.4.20.90 encadre le processus pour l'obtention du droit de pratique pour toute personne appartenant à une profession réglementée (excluant les médecins). Le Comité professionnel consultatif (CPC) s'assure du renouvellement annuel des titres de tous les praticiens de professions de la santé qui sont auto-réglementées, à l'exception des médecins. Le président du CPC fait un suivi au Conseil par le biais de son rapport.

Nos preuves

- ✓ Les politiques et les règlements concernant le processus d'octroi des privilèges ainsi que le processus de disciplines sont disponibles.
- ✓ Mandat du comité d'examen des titres et du Comité professionnel consultatif.

Discussion avec le visiteur - exemples de questions qui pourraient vous être posées durant la rencontre :

- ✓ Quelles sont les attentes définies pour le rendement des professionnels auxquels des privilèges sont octroyés?
- ✓ Quel mécanisme utilisez-vous pour vous assurer que ces attentes sont rencontrées?
- ✓ Comment êtes-vous informé des dossiers des défis ou de manquement d'une pratique médicale responsable et sécuritaire?
- ✓ Avez-vous des dossiers de pratiques médicales en litiges en ce moment?

SECTION DE NORMES

APPUYER L'ORGANISME POUR QU'IL RÉALISE SON MANDAT

NORME 9

Le conseil d'administration dispose d'un système efficace de planification et de contrôle des finances qui contribue à l'atteinte des buts et des objectifs stratégiques.

Ce qui est demandé au conseil d'administration (critères de la norme)

1. Le conseil d'administration approuve les budgets d'immobilisation et d'exploitation de l'organisme.
2. Le conseil d'administration veille à l'intégrité des états financiers de l'organisme, des contrôles internes et des systèmes d'information financière.
3. Le conseil d'administration revoit le rendement financier de l'organisme dans le cadre du plan stratégique et des secteurs de rendement principaux tels que l'utilisation des ressources, les risques et la sécurité.
4. Le conseil d'administration revoit et approuve les placements de capitaux de l'organisme et les achats d'équipements qui sont importants.
5. Le conseil d'administration supervise les décisions relatives à l'allocation des ressources dans le cadre du cycle régulier de planification.
6. Lorsqu'il étudie et approuve les décisions relatives à l'allocation des ressources, le conseil d'administration évalue les risques et les avantages que cela comporte pour l'organisme.
7. Lorsqu'il approuve les décisions concernant l'allocation des ressources, le conseil d'administration évalue les répercussions possibles de la décision sur la qualité, la sécurité et l'expérience des patients.
8. Le conseil d'administration prévoit les besoins d'ordre financier et les risques potentiels de l'organisme, et il élabore des plans d'intervention pour y répondre.
9. Le conseil d'administration donne suite aux recommandations émises dans les rapports financiers et à celles provenant du PDG et du personnel d'encadrement de l'organisme.

Comment le conseil d'administration y répond

- Annuellement, le Réseau prépare le budget d'exploitation pour la nouvelle année pour fin d'approbation auprès du Conseil. Ce dernier fait partie intégrante du Plan régional de santé et d'affaires.
- Les principes comptables généralement reconnus (PCGR) en relation au secteur public sont intégrés dans l'ensemble des pratiques de gestion financière.
- Le financement opérationnel est attribué par le ministère de la Santé. La loi sur les Régies régionales de la santé exige que le Réseau présente un budget équilibré.
- Le Comité de finance et de vérification [CA-330](#) assure la viabilité financière et organisationnelle du Réseau. Plus particulièrement, il s'acquitte des responsabilités suivantes :
 - *Supervise la performance et la viabilité financière.*
 - *Veille à ce que les ressources et les biens soient disponibles et utilisés efficacement.*
 - *Supervise les risques pour protéger la viabilité financière et les actifs.*
 - *Supervise la vérification.*
 - *Gestion des investissements.*

- Des rapports mensuels sont émis par l'équipe des Services financiers et partagés pour des fins de surveillance et de contrôle, tant pour les membres du Conseil d'administration que l'équipe de leadership et de gestion. Des rapports mensuels et trimestriels sont également présentés au ministère de la Santé incluant des données financières et statistiques sur l'utilisation des ressources.
- Un processus de suivis des écarts est réalisé sur une base régulière et fait partie intégrante des pratiques de gestion à tous les niveaux de l'organisation.
- Un rapport est préparé pour faire ressortir les besoins budgétaires (points de pression) et est présenté au ministère de la Santé pour du financement additionnel par rapport aux initiatives dans le Plan régional de santé et d'affaires.
- Des indicateurs de performance financière sont intégrés au tableau de bord stratégique et opérationnel. Le Comité de finance et de vérification assure le suivi des indicateurs liés à la performance financière. Le Comité de la qualité des soins et la sécurité des patients revoit les indicateurs en lien avec la performance/rendement organisationnelle.
- Un comité régional d'équipements évalue les priorités conformément à des critères objectifs. Les priorités recommandées par le comité sont alors tenues en compte dans l'allocation du budget d'équipement.
- Annuellement, une liste des priorités des projets capitaux et équipements est acheminée au Ministère de la Santé pour approbation et financement. Le Ministère confirme par la suite l'allocation de budget. Ce budget est présenté au Comité de finance et de vérification pour approbation et par la suite le rapport du comité est présenté au Conseil pour approbation.
- Un exercice d'évaluation des risques de l'organisation et de la gouvernance a été effectué et un registre de risques a été élaboré. Le registre des risques sert d'outil de surveillance.
- Une firme de vérification externe fait un audit annuel des états financiers ainsi que des risques financiers et organisationnels. Le rapport d'audit est présenté au Comité de finance et de vérification pour approbation. Par la suite, les états financiers sont approuvés par le Conseil, lors de l'AGA.
- La mise en œuvre des recommandations découlant de la vérification externe est assurée par la direction et un rapport de suivi est fait au Comité de finance et de vérification.

Nos preuves

- ✓ Un comité de finance assure la vigilance des budgets et la viabilité financière de l'organisation (ordre du jour et procès-verbaux du comité, exemples de rapports).
- ✓ Les processus en place pour voir à l'intégrité des états financiers, des contrôles internes et des systèmes d'information financière (indicateurs financiers, rapport du comité de finance, audit annuel par vérificateur)
- ✓ Des rapports de la performance financière sont émis mensuellement à l'équipe de direction et de gestion.
- ✓ Le conseil revoit la performance financière sur une base trimestrielle via un tableau de bord stratégique et opérationnel permettant de suivre les tendances et d'émettre des directives de correction, le cas échéant.

Discussion avec le visiteur - exemples de questions qui pourraient vous être posées durant la rencontre :

- ✓ De quel processus disposez-vous pour superviser le rendement financier de votre organisation?
- ✓ Quel est le processus de reddition de compte envers les comptes publics de votre province?
- ✓ Quel est le rôle du comité de finances et de vérification?
- ✓ Quelle méthode utilisez-vous pour faire l'allocation des ressources opérationnelles et des équipements?

SECTION DE NORMES

APPUYER L'ORGANISME POUR QU'IL RÉALISE SON MANDAT

NORME 10

Le conseil d'administration favorise et appuie une culture axée sur la sécurité des usagers dans l'ensemble de l'organisme.

Ce qui est demandé au conseil d'administration (critères de la norme)

1. Le conseil d'administration adopte une stratégie écrite pour l'organisme axée sur la sécurité des patients.
2. Le conseil d'administration surveille les mesures de sécurité des patients qui touchent l'ensemble de l'organisme.
3. Le conseil d'administration donne suite aux recommandations émises dans les rapports trimestriels de l'organisme sur la sécurité des patients.
4. Le conseil d'administration revoit régulièrement la fréquence et la gravité des incidents liés à la sécurité, et il utilise l'information pour saisir les tendances, les questions entourant la sécurité des patients et de l'équipe, de même que les possibilités d'amélioration.
5. Le conseil d'administration entend souvent les patients et les familles parler de leurs incidents liés à la qualité et la sécurité.

Comment le conseil d'administration y répond

- La politique [CA-240](#) énonce l'engagement et les responsabilités du Conseil en matière de la qualité des soins et de la sécurité des patients.
- La politique GEN.5.30.05 énonce et définit clairement l'engagement du Réseau et les responsabilités de tout le personnel (incluant les membres du Conseil) dans la mise en œuvre d'une culture de sécurité des patients.
- Le Comité de la qualité des soins et la sécurité des patients ([CA-350](#)) est responsable d'assurer que des mécanismes sont en place pour surveiller et améliorer le rendement du Réseau en matière de qualité.
- Le comité reçoit divers rapports trimestriels, par exemple sur la gestion des risques et la qualité qui offrent une image globale de la sécurité des patients dans l'organisation. Conséquemment, le conseil prend connaissance des tendances et donne suite aux recommandations émises par les différents directorats.
- Les recommandations découlant des comités de revue des incidents préjudiciables sont présentées au Comité de la qualité des soins et la sécurité des patients du Conseil. Ces comités sont responsables d'étudier les incidents préjudiciables graves de sorte à identifier les causes profondes et à mettre en œuvre des mesures correctives pour prévenir le même genre de situation dans l'avenir et par conséquent améliorer la sécurité des soins et services.
- Le Réseau élabore annuellement un Plan de qualité et sécurité des patients. Un tableau de bord qualité découle du plan et permet à l'organisation de mesurer et d'évaluer son progrès.
- Dans le cadre de la stratégie des soins centrés sur le patient et la famille, le conseil entend le témoignage d'un patient/membre de la famille et prend connaissance d'un incident ou des préoccupations en lien avec les services reçus. Les histoires des patients/familles permettent d'avoir une meilleure idée contextuelle de l'offre de services et des pistes d'amélioration mises en place pour rehausser l'expérience patient.

Nos preuves

- ✓ Les politiques sur l'engagement du Conseil et la culture de sécurité des patients.
- ✓ Les procès-verbaux du Comité de la qualité des soins et la sécurité des patients du Conseil.
- ✓ Les rapports trimestriels sur la gestion des risques, la qualité et la sécurité des patients.
- ✓ Des exemples d'histoire patient présentés au Conseil.

Discussion avec le visiteur - exemples de questions qui pourraient vous être posées durant la rencontre :

- ✓ De quelle façon favorisez-vous une culture de sécurité des patients dans votre organisation?
- ✓ Est-ce que vous recevez des rapports concernant la sécurité des patients? Quelles sont les tendances?
- ✓ Est-ce que ces rapports vous donnent l'impression de bien saisir les enjeux et les risques associés à la sécurité des patients?
- ✓ Est-ce qu'il y a des projets d'amélioration de la sécurité en cours? Si oui, lesquels?

SECTION DE NORMES

RENDRE COMPTE ET ATTEINDRE DES RÉSULTATS DURABLES

NORME 11

Le conseil d'admiration renforce les relations avec les parties prenantes et la communauté.

Ce qui est demandé au conseil d'administration (critères de la norme)

1. Le conseil d'administration travaille en collaboration avec le PDG pour identifier les parties prenantes, et s'informer sur leurs caractéristiques, leurs priorités, leurs intérêts, leurs activités et leur capacité d'influer sur l'organisme.
2. En consultation avec le PDG, le conseil d'administration anticipe et évalue les intérêts et les besoins des parties prenantes, et y répond.
3. Le conseil d'administration collabore avec le PDG pour établir, mettre en œuvre et évaluer un plan de communication pour l'organisme.
4. Le plan de communication comprend des stratégies visant à transmettre les principaux messages aux usagers et à leur famille, aux membres de l'équipe, aux parties prenantes et à la communauté.
5. Le conseil d'administration fait la promotion de l'organisme et démontre la valeur de ses services aux parties prenantes et à la communauté.
6. Le conseil d'administration consulte régulièrement les parties prenantes et la communauté au sujet de l'organisme et de ses services, et il les encourage à donner leur avis.
7. Le conseil d'administration, en collaboration avec le personnel d'encadrement de l'organisme, communique des rapports au sujet du rendement et de la qualité des services de l'organisme aux équipes, aux patients et à leur famille, aux communautés recevant des services et aux autres parties prenantes.

Comment le conseil d'administration y répond

- La politique [CA-255](#) porte sur les communications et les relations publiques, elle explique les pratiques et les rôles en matière de communication de gouvernance ou opérationnelle. Cette politique traite les sujets suivants :
 - Communications internes du Conseil d'administration;
 - Protocole au sujet des relations avec les médias;
 - Réunions du Conseil;
 - Relations avec le personnel, les partenaires et la collectivité
- Le [Plan de communication \(2020-23\)](#) vise à encadrer et à faciliter des communications bidirectionnelles entre les parties prenantes du système de soins de santé. Le plan établit des stratégies et des moyens pour améliorer les communications avec tous les intervenants. Ce dernier compte un cadre de communication avec les trois buts suivants :
 - Renforcer les compétences et les capacités en matière de communication organisationnelle.
 - Améliorer les communications et les relations entre le Réseau et ses publics cibles.
 - Améliorer la responsabilisation des patients et de leur famille.
- Un [Cadre de transparence et d'ouverture](#) en matière de communication et de publications des résultats est disponible sur le site Web du Réseau. Ce cadre établit les mesures concrètes que le Réseau compte prendre afin d'accroître l'accès des citoyens et des citoyennes à des renseignements opportuns, pertinents et utiles quant à la planification et à la prestation des soins et des services de santé offerts, de même qu'en matière de résultats obtenus. On y retrouve divers renseignements, par exemple :

- Code d'éthique, droits et responsabilités des patients.
 - Résultats sondages de satisfaction.
 - Indicateurs de performance.
 - Politiques du Conseil
 - Documents de travail et les procès-verbaux des réunions du conseil.
 - Date des réunions du Conseil pour l'année courante.
 - Mécanisme de présentation de question provenant du public.
 - Relevés des frais de déplacement et de représentation du PDG et des membres du Conseil.
- Le rapport annuel est un moyen de partager les réussites du Réseau.
 - Un communiqué est diffusé après chaque réunion du Conseil résumant les faits saillants.
 - Le rapport du PDG est donné lors des réunions publiques.
 - Certains partenaires font des présentations lors des réunions du Conseil.
 - Certains forums/consultations ont été effectués au cours des années (consultation sur les besoins des communautaires, rencontres avec les maires et communautés, etc.)
 - Le Plan de communication (2020-2023) comprend la liste des publics cibles internes et externes, ainsi que la liste des principaux partenaires du Réseau.

Nos preuves

- ✓ Plan de communication 2020-2023.
- ✓ Cadre de transparence et d'ouverture en matière de communication.
- ✓ Liste des principaux partenaires.
- ✓ Consultations variées avec les partenaires principaux.
- ✓ Divers rapports et renseignements rendus disponibles au public.

Discussion avec le visiteur - exemples de questions qui pourraient vous être posées durant la rencontre :

- ✓ Comment le conseil d'administration s'y prend-il pour établir et maintenir des liens avec les parties prenantes, y compris les patients et les familles ?
- ✓ Comment le conseil d'administration communique-t-il avec les parties prenantes?

SECTION DE NORMES

RENDRE COMPTE ET ATTEINDRE DES RÉSULTATS DURABLES

NORME 12

En collaboration avec le PDG, le Conseil d'administration réduit les risques qui menacent l'organisme et encourage une amélioration continue de la qualité.

Ce qui est demandé au conseil d'administration (critères de la norme)

1. Le conseil d'administration rend des comptes sur la qualité des soins dispensés par l'organisme.
2. Pour élaborer un plan intégré d'amélioration de la qualité, le conseil d'administration collabore avec le PDG et le personnel d'encadrement.
3. Le conseil d'administration veille à ce qu'une méthode intégrée de gestion des risques et des plans de secours soient en place.
4. Le conseil d'administration reçoit des rapports sommaires sur les plaintes des patients et de leur famille soumises à l'organisme.
5. Le conseil d'administration évalue les stratégies de l'organisme visant à s'occuper du cheminement de l'utilisateur et des variations dans les demandes de services, et il y contribue.
6. Le conseil d'administration favorise l'apprentissage à partir des résultats, la prise de décision fondée sur la recherche et les données probantes, et l'amélioration continue de la qualité pour l'organisme et le conseil d'administration.
7. Le conseil d'administration démontre son engagement à reconnaître les membres de l'équipe pour leur travail dans les activités d'amélioration de la qualité.

Comment le conseil d'administration y répond

- La politique [CA-240](#) : Gestion de la qualité, de la sécurité des patients et des risques démontre l'engagement et l'imputabilité du Conseil en matière de qualité et de sécurité.
- La qualité est un item permanent à l'ordre du jour des réunions du Conseil par le biais du rapport du Comité de la qualité des soins et la sécurité des patients (rapports trimestriels sur les incidents, plaintes et satisfaction).
- Le Comité de la qualité des soins et la sécurité des patients [CA-350](#) est responsable de promouvoir et surveiller l'ensemble des activités en matière de qualité et de sécurité. Le comité rend compte de ces travaux à chaque réunion du conseil.
- Le comité reçoit divers rapports trimestriels, par exemple sur les incidents, les plaintes, la satisfaction des patients.
- Un [plan annuel en matière de qualité et sécurité](#) est élaboré et mis en action. Ce dernier est en lien avec les orientations stratégiques et les résultats de rendement qualité. Le plan 2021-22 inclut des objectifs par rapport à l'implantation du bilan comparatif des médicaments, la réduction des obstacles au cheminement des patients, l'augmentation du nombre de patients partenaires, et la réduction du nombre d'incidents et d'accidents liés à la violence en milieu de travail.
- Un tableau de bord stratégique et opérationnel comprenant les dimensions de qualité, ressources humaines et financières est rendu disponible et étudié dans le cadre des travaux du conseil.

- Au cours de l'été/automne 2021, le Réseau a entrepris la révision de son Cadre de référence d'amélioration continue de la qualité et de sécurité des patients. Le [Guide d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité](#) a été élaboré dans une démarche participative de consultation et de co-construction avec les acteurs clés (partenaires de l'expérience patient, membres du personnel incluant les médecins, les gestionnaires, hauts dirigeants et membres du Conseil d'administration).
- Ce guide propose une vision rassembleuse de notre culture et démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité. Il définit les concepts, principes, méthodes, rôles et responsabilités ainsi que la structure de fonctionnement et d'imputabilité en matière de qualité. L'approche apprenante (qui est une priorité stratégique du Réseau) est intégrée à la démarche d'amélioration continue de la qualité.
- Une méthode de gestion intégrée des risques est en place.
- Un plan de continuité des opérations, ainsi que des plans de mesure d'urgence (codes) sont en place.
- Un programme de Gestion intégrée des risques a été élaboré par le Réseau et est présentement en révision.
- Un exercice d'évaluation des risques de l'organisation et de la gouvernance a été effectué et un registre de risques a été élaboré. Le registre des risques sert d'outil de surveillance pour le Conseil.

Nos preuves

- ✓ Procès-verbaux et divers rapports présentés au Comité de la qualité des soins et la sécurité des patients.
- ✓ Guide d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité.
- ✓ Plan de qualité et sécurité du Réseau et tableau de bord en lien avec la qualité.
- ✓ Programme de gestion intégrée des risques et des plans de mesure d'urgence.
- ✓ Registre des risques du Conseil.

Discussion avec le visiteur - exemples de questions qui pourraient vous être posées durant la rencontre :

- ✓ Comment la reddition de comptes en matière de qualité des soins se fait-elle?
- ✓ Est-ce que vous avez un plan d'amélioration de la qualité? Quels sont les éléments qu'on y retrouve?
- ✓ Que pensent les patients des soins et des services que vous offrez?
- ✓ De quelle façon le conseil d'administration surveille-t-il le rendement de l'organisation?
- ✓ Quels sont les risques actuels dans votre organisation? Comment faites-vous pour atténuer ces derniers?

SECTION DE NORMES

RENDRE COMPTE ET ATTEINDRE DES RÉSULTATS DURABLES

NORME 13

Le conseil d'administration évalue régulièrement son rendement global et celui de chacun de ses membres.

Ce qui est demandé au conseil d'administration (critères de la norme)

1. Le conseil d'administration divulgue au public l'information sur ses processus de gouvernance, de prise de décisions et de rendement.
2. Les activités et les décisions du conseil d'administration sont consignées et archivées.
3. Le conseil d'administration communique les dossiers traitant de ses activités et de ses décisions à l'organisme.
4. Le conseil d'administration suit un processus qui lui permet d'évaluer régulièrement son rendement et son efficacité.
5. Le conseil d'administration procède ou participe à une évaluation de sa structure, y compris la taille et la structure des comités.
6. Le conseil d'administration évalue régulièrement le rendement de son président selon les critères établis.
7. Le conseil d'administration fait régulièrement le point sur la contribution de chacun de ses membres et leur fournit ses commentaires à ce sujet.
8. Le conseil d'administration évalue régulièrement son propre fonctionnement au moyen de l'outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance.
9. Le conseil d'administration établit un rapport annuel de ses réalisations.
10. Le conseil d'administration cerne les possibilités d'amélioration de son fonctionnement et leur donne suite.

Comment le conseil d'administration y répond

- Les processus de fonctionnement, de prise de décisions ainsi que le rendement sont rendus publics via les réunions du Conseil ainsi que sur le site Web du Réseau sous la rubrique, [Conseil d'administration](#).
- Les [Règlements administratifs](#) sont également rendus publics sur le site Web.
- Un communiqué est diffusé après chaque réunion du Conseil résumant les faits saillants.
- Un rapport annuel des réalisations du Réseau est établi et rendu public lors de la réunion générale annuelle (AGA), ainsi que sur le site Web sous la rubrique publications.
- Un cadre et des outils d'évaluation [CA-410](#) offrent un processus d'évaluation annuel qui porte sur les processus et la structure du Conseil dans son ensemble et de ses comités/groupes de travail, ainsi que sur une auto-évaluation de chaque membre.
- Des questionnaires sont disponibles pour :
 - l'auto-évaluation des membres;
 - l'évaluation du président du Conseil;
 - l'évaluation des présidents des comités;
 - l'évaluation des pairs;
 - l'évaluation des réunions (huis clos et publique).
- Le sondage sur l'évaluation du fonctionnement de la gouvernance offert par Agrément Canada a été effectué en octobre 2021. Le plan d'action en lien avec les normes de gouvernance a été bonifié afin de tenir compte des résultats du sondage. La mise en œuvre du plan d'action est suivie par le Comité de gouvernance.

Nos preuves

- ✓ Le cadre d'évaluation du Conseil et les questionnaires utilisés.
- ✓ Sondage sur le fonctionnement de la gouvernance offert par Agrément Canada qui doit être réalisé au moins une fois au cours du cycle d'agrément.
- ✓ Rapport annuel.
- ✓ Exemples des communiqués qui sont diffusés après les réunions du Conseil.

Discussion avec le visiteur - exemples de questions qui pourraient vous être posées durant la rencontre :

- ✓ Consigne-t-on les activités et les décisions du conseil d'administration par écrit? Ces documents sont-ils diffusés? Par quels moyens?
- ✓ Est-ce que le conseil d'administration évalue son rendement général et celui de ses membres? Quel est le processus utilisé?

Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature
Date : le 9 juin 2022

Objet : **Registre de risque – dimension gouvernance**

Le Comité de gouvernance et de mise en candidature doit approuver les mesures de contrôles existantes, ainsi que les mesures d'atténuation proposées pour chaque risque relié à la dimension de gouvernance.

Vous trouverez ci-joint le registre de risque de la dimension de gouvernance pour avis et approbation.

Proposé

Appuyé

Et résolu que le registre de risque de la dimension gouvernance soit approuvé tel que présenté.

Adoption

Soumis le 25 mai 2022 par Gisèle Beaulieu, VP – Gestion des risques, Intelligence d'affaires et chef de l'Information

Suivi du registre de risques du CA

Comité du CA : Gouvernance

Domaine 1 – Stratégique/ Gouvernance

Date de la rencontre : le 9 juin 2022

No	Risque	Mesures de contrôle existantes	Indicateurs (surveillance)	Suivi
1	Nouveau plan de santé provincial	<p>Représentation du Réseau au sein du Groupe de travail sur le système de la santé responsable de la mise en œuvre du plan provincial</p> <p>Rencontres régulières des PDG et présidents du CA des deux réseaux avec le ministère de la Santé</p> <p>La mise à jour du Plan stratégique et opérationnel du Réseau permettra d'assurer un alignement avec les priorités provinciales</p>	S/O	<ul style="list-style-type: none"> • Une structure de gouvernance pour la mise en œuvre du Plan de santé provincial a été mise en place par le ministère de la Santé. Le Réseau de santé participe à des rencontres régulières. Des groupes de travail viennent d'être créés selon les cinq piliers du plan de santé avec un co-leadership des deux Régies pour chacun des piliers. Les rencontres se font sur une base hebdomadaire. • La PDG participe également à des rencontres hebdomadaires avec le ministère de la Santé et les partenaires de la santé en lien avec la mise en œuvre du Plan de santé provincial. • Le Plan régional de santé et d'affaires du Réseau tient compte des priorités du Plan de santé provincial et sera soumis au CA pour approbation à la réunion de juin.
2	Absence d'une entente de responsabilité qui définit clairement l'autorité du conseil par rapport à celle du ministère de la Santé.	Signature de l'entente de responsabilité avec le ministère de la Santé	S/O	<ul style="list-style-type: none"> • Le ministère de la Santé est dans le processus de réviser l'entente de responsabilité, afin de refléter l'alignement avec le nouveau Plan de santé provincial. Les Régies sont consultées dans le processus. Le dossier sera apporté au Comité de gouvernance et de mise en candidature pour consultation et révision une fois que la révision est complétée.

3	Le Conseil d'administration est composé de plusieurs nouveaux membres	Programme d'orientation incluant du mentorat Programme de formation		<ul style="list-style-type: none"> • Un plan de formation du CA est en place et révisé chaque année basée sur les besoins, le niveau de compétence des membres, les commentaires reçus lors des évaluations des réunions du CA et les bonnes pratiques de gouvernance. Les formations reçues à ce jour sont : <ul style="list-style-type: none"> ○ Formation Agrément 101 ; ○ Gouvernance ; ○ Planification stratégique et cycle de planification ; ○ Simulation d'une visite d'Agrément ; ○ Éthique et processus de prise de décision.
---	---	--	--	--

Domaine 6 - Opérationnel

29	Recours collectifs ou autres poursuites (CHR, égalité en santé, etc.)	Gestion des dossiers en cours par les représentants légaux HIROC Secteur de gestion intégré des risques au sein du Réseau	S/O	<ul style="list-style-type: none"> • Voir rapport annuel de la Gestion intégrée des risques.
----	---	--	-----	---