

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL 

<b>Titre de la réunion :</b>	Comité de gouvernance et de mise en candidature	<b>Date et heure :</b>	Le 16 novembre 2020 à 9 heures
<b>But de la réunion :</b>	Réunion régulière	<b>Endroit :</b>	Zoom
<b>Présidente :</b> <b>Secrétaire de direction :</b>	Lucille Auffrey Lucie Francoeur		

**Participants****Membres**

Lucille Auffrey (présidente)	Michelyne Paulin	Monica Barley
Gaitan Michaud	Gisèle Beaulieu	Pauline Bourque

**ORDRE DU JOUR**

Heure	Sujets	Pages	Action
9 h	<b>1. Ouverture de la réunion</b>		Décision
9 h 01	<b>2. Constatation de la régularité de la réunion</b>		
9 h 02	<b>3. Adoption de l'ordre du jour</b>	1	Décision
9 h 03	<b>4. Déclaration de conflits d'intérêts potentiels</b>		
9 h 05	<b>5. Résolutions en bloc</b> 5.1 Adoption des résolutions en bloc 5.2 Adoption du procès-verbal du 14 septembre 2020 5.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 14 septembre 2020 5.4 Plan de travail 2020-2021 5.5 Nomination au Comité médical consultatif – zone Acadie-Bathurst 5.6 Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration	2 - 5 6 7 - 8 9 10 - 13	Décision
9 h 10	<b>6. Autres</b> 6.1 Planification de la retraite avec le Conseil – 7 et 8 décembre 2020	14 - 15	Décision
9 h 20	6.2 Suivi de la formation sur les normes de gouvernance	16 - 23	Information
9 h 30	<b>7. Date de la prochaine réunion :</b> le 22 mars 2021 à 9 heures		Information
9 h 31	<b>8. Levée de la réunion</b>		Décision

AVIS DE RÉUNION PROCÈS-VERBAL 

<b>Titre de la réunion :</b>	Comité de gouvernance et de mise en candidature	<b>Date et heure :</b>	Le 14 septembre 2020 à 09:00	
		<b>Endroit :</b>	Zoom	
<b>But de la réunion :</b>	Réunion régulière			
<b>Présidente</b>	Lucille Auffrey			
<b>Secrétaire</b>	Lucie Francoeur			
<b>Participants</b>				
Lucille Auffrey	✓	Michelyne Paulin	✓	Gaitan Michaud
Gilles Lanteigne	✓	Gisèle Beaulieu	✓	Pauline Bourque
Monica L. Barley	✓			
<b>PROCÈS-VERBAL</b>				

**1. Ouverture de la réunion**

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

**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 2020-09-14/ 01GMC**

Proposé par Gaitan Michaud

Appuyé par Pauline Bourque

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 1<sup>er</sup> juin 2020

5.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 1 juin 2020

5.4 Mandat du Comité de gouvernance et de mise en candidature

5.5 Plan de travail 2020-2021

5.6 Plan de formation du Conseil d'administration 2020-2021

5.7 Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration

La présidente demande aux membres si certains points des résolutions en bloc doivent être retirés ou si les résolutions en bloc sont adoptées telles que présentées. Les points ci-dessous sont retirés des résolutions en bloc :

5.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 1<sup>er</sup> juin 2020

5.6 Plan de formation du Conseil d'administration 2020-2021

5.7 Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration

## **MOTION 2020-09-14 / 02GMC**

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Gaitan Michaud

Et résolu que les résolutions en bloc soient adoptées avec le retrait des points ci-dessous :

5.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 1<sup>er</sup> juin 2020

5.6 Plan de formation du Conseil d'administration 2020-2021

5.7 Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration

**Adopté à l'unanimité.**

5.3 Suivis de la dernière réunion tenue le 1<sup>er</sup> juin 2020

À la dernière réunion, un membre avait suggéré à la direction de faire l'achat de quinze (15) nouvelles tablettes électroniques plus performantes, étant donné que les modèles actuels commençaient à être désuets. M. Lanteigne commente que la demande a été évaluée et qu'il est préférable, compte tenu le contexte COVID, d'attendre l'arrivée du nouveau Conseil d'administration en juin 2021 pour faire l'achat de nouvelles tablettes.

5.6 Plan de formation du Conseil d'administration 2020-2021

Une séance de formation sur l'agrément est prévue à la prochaine réunion du Conseil d'administration, soit le 5 octobre 2020, pour passer en revue chaque critère, afin de permettre une meilleure compréhension des normes et des obligations au niveau de la gouvernance et du fonctionnement du Conseil.

Quant à l'exercice de simulation, il se déroulera en avril 2021 pour avoir un aperçu de quelle façon la rencontre se fait avec les visiteurs d'agrément.

5.7 Évaluation de la dernière réunion du Conseil d'administration

Idem à point 5.6.

## **6. Autres**

6.1 Dénomination sociale

En 2010, le Réseau de santé Vitalité a obtenu la désignation officielle de l'Hôpital Dr Georges-L. Dumont comme Centre Hospitalier Universitaire et les autres hôpitaux régionaux comme des Centres hospitaliers affiliés. Les bénéficiaires reliés à cette désignation comprennent entre autres, le recrutement de professionnels de la santé orientés vers l'excellence clinique et la formation de futurs professionnels, et l'arrimage amélioré entre l'évolution des programmes de formation et les besoins de la communauté desservie. De plus, cette désignation favorise le développement de la recherche et de l'innovation au sein de la Régie.

L'appui du Comité de gouvernance et de mise en candidature est sollicité pour changer le nom du Réseau de santé Vitalité pour qu'il devienne le Réseau de santé universitaire Vitalité, afin d'être cohérent avec la mission de recherche et de formation que l'organisation s'est donnée depuis plusieurs années.

Un tour de table est effectué et les membres font les commentaires suivants :

- Cette nouvelle dénomination motivera les nouveaux chercheurs à vouloir se joindre à nous. Nous voulons attirer des spécialistes en recherche de tous genres.
- La recherche est importante, mais est-ce qu'elle est plus importante que l'amélioration de l'accès à des soins de santé en milieux ruraux ?
- Cette nouvelle dénomination ne va pas à l'encontre des priorités et objectifs du Réseau.
- Cette nouvelle dénomination nous projette dans l'avenir.
- Cette transformation permettra d'améliorer la culture.
- Le mot universitaire englobe non seulement le mot recherche, mais aussi la formation.

Advenant l'approbation du Conseil du changement de nom, cela nécessitera un changement dans la Loi sur les Régies régionales de la Santé et prendra beaucoup de temps avant que la demande soit approuvée officiellement au ministère de la Santé. Si nous l'obtenons, une stratégie de communication sera lancée à cet égard. En ce moment, c'est plus une étape philosophique.

**MOTION 2020-09-14/ 03GMC**

Proposé par Pauline Bourque

Appuyé par Gaitan Michaud

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature propose au Conseil d'administration d'approuver la nouvelle dénomination du Réseau soit le Réseau de santé universitaire Vitalité.

**Adopté à l'unanimité.**

6.2 Planification stratégique – retraite en décembre

Malgré la pandémie, les dossiers ont tout de même bien avancé. D'ailleurs, des plans de rétablissement ont été élaborés ce printemps, afin de s'assurer d'être bien aligné avec le plan stratégique 2020-2023.

Un cycle de planification annuel a été mis en place pour revoir le plan stratégique, examiner les progrès accomplis en lien avec les orientations stratégiques et valider si des modifications doivent être apportées aux priorités stratégiques pour la prochaine année.

La dernière rencontre du Conseil d'administration face à face remonte à décembre 2019. À la suite de plusieurs consultations avec les organismes de santé de la province ainsi que plusieurs collègues au Québec et étant donné que le coronavirus continue de gagner du terrain dans certaines provinces, il ne sera pas possible de se réunir en personne lors de la prochaine réunion prévue en octobre. Les réunions virtuelles seront favorisées durant les mois à venir, afin d'assurer la sécurité de tous.

Les membres trouvent déplorable de ne pas pouvoir se rencontrer en personne. Certains commentent qu'il faudra améliorer les différents outils technologiques disponibles, afin de tenir des réunions virtuelles efficaces. Les accès à distance ne fonctionnent pas toujours bien, puis certains membres ont de la difficulté à entendre, en raison de problème de connexion.

La tenue de la réunion du Conseil d'administration prévue en décembre sera réévaluée en temps et lieu avec l'équipe de la Prévention et contrôle des infections, selon l'évolution de la pandémie et par mesure de prudence.

6.3 Mentorat parrain/marraine

Pendant la première année d'un nouveau membre au sein du Conseil, les membres sont appelés à agir à titre de mentor auprès de ce nouveau membre. En mai dernier, nous avons sollicité l'intérêt pour parrainer les nouveaux membres du Conseil, puis seulement une personne s'était manifestée, dont Claire Savoie. Maintenant que les nouveaux membres sont en poste, il serait de mise d'officialiser leur mentor.

À titre de référence, les mentors et les nouveaux membres sont invités à consulter la politique et procédure « Orientation des nouveaux membres » auquel des exemples d'activités de mentorat sont cités.

Après discussion, Pauline Bourque et Gaitan Michaud se portent volontaires d'agir comme mentor auprès d'un nouveau membre du Conseil.

Étant donné qu'il manque deux (2) mentors, un courriel sera acheminé aux autres membres du Conseil, afin de vérifier leur intérêt.

**MOTION 2020-09-14/ 04GMC**

Proposé par Gaitan Michaud

Appuyé par Pauline Bourque

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature propose au Conseil d'administration les personnes suivantes à titre de mentor auprès des nouveaux membres du Conseil.

- Claire Savoie
- Pauline Bourque
- Gaitan Michaud

**Adopté à l'unanimité.**

**7. Date de la prochaine réunion : le 16 novembre 2020 à 09:00.**

**8. Levée de la réunion**

La levée de la réunion est proposée par Gaitan Michaud à 09:55.

---

Lucille Auffrey  
Présidente du comité

---

Gisèle Beaulieu  
V.-p. – Performance et Qualité

**Note couverture**

Comité de gouvernance et de mise en candidature  
Date : le 16 novembre 2020

**Objet : Suivis de la dernière réunion tenue le 14 septembre 2020**

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

Soumis le 1<sup>er</sup> novembre 2020 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

**Note couverture**

Réunion du Comité de gouvernance et de mise en candidature  
Date : le 16 novembre 2020

**Objet : Plan de travail 2020-2021**

À titre d'information, le plan de travail 2020-2021 sera présenté à chaque réunion, afin de suivre l'évolution des activités.

Soumis le 9 novembre 2020 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

## PLAN DE TRAVAIL 2020-2021

Comité de gouvernance et de mise en candidature

Date de la réunion	Activités
Septembre 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recommande des séances de formation à l'intention du Conseil d'administration</li> <li>• 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</li> <li>• Évaluation du fonctionnement des réunions du CA</li> <li>• Fournir des conseils sur la planification de la retraite du Conseil et de la révision annuelle du plan stratégique</li> <li>• Suivi du plan de travail sur les normes de Gouvernance en prévision de la visite d'Agrément.</li> </ul>
Novembre 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• Évaluation du fonctionnement des réunions du CA</li> <li>• Suivi du plan de travail sur les normes de Gouvernance en prévision de la visite d'Agrément.</li> </ul>
Mars 2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• Évaluation de la performance du PDG, médecin-chef et présidente du CPC</li> <li>• Conduite du sondage d'évaluation du Conseil et des membres. Révision des résultats</li> <li>• Évaluation du fonctionnement des réunions du CA</li> <li>• Suivi du plan de travail sur les normes de Gouvernance en prévision de la visite d'Agrément.</li> </ul>
Juin 2021	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Révision du plan de travail et calendrier de réunions du Conseil d'administration</li> <li>• Approbation des mandats et des plans de travail des comités</li> <li>• Révision et approbation en bloc des politiques et procédures du Conseil d'administration</li> <li>• Recrutement et nomination des dirigeants et présidents des comités du Conseil</li> <li>• 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</li> <li>• Évaluation du fonctionnement des réunions du CA</li> <li>• Participation à la visite d'Agrément</li> </ul>

**Note couverture**

Comité de gouvernance et de mise en candidature  
Date : le 16 novembre 2020

**Objet : Nomination au Comité médical consultatif (CMC) de la zone Acadie-Bathurst**

Suite à la dernière réunion du Comité médical consultatif (CMC) tenue le 22 septembre 2020, vous trouverez ci-dessous une nomination pour un membre au Comité médical de la Zone Acadie-Bathurst pour approbation.

**MOTION 2020-09-22/15-CMC**

Proposé par Dre Anik Savoie

Appuyé par Dr Gaétan Gibbs

Et résolu que le Comité médical consultatif recommande la nomination du Dr Pierre Tremblay comme représentant de la médecine d'urgence au CMC de la zone Acadie-Bathurst pour un premier mandat, du 23 mars 2020 au 22 mars 2023, telle que soumise le 22 septembre 2020.

**ADOPTÉ À L'UNANIMITÉ**

Proposé par

Appuyé par

Et résolu que le Comité de gouvernance et de mise en candidature approuve la nomination du Dr Pierre Tremblay comme représentant de la médecine d'urgence au CMC de la zone Acadie-Bathurst pour un premier mandat, soit du 23 mars 2020 au 22 mars 2023.

Adopté

Soumis le 24 septembre 2020 par Dre Nicole LeBlanc, médecin-chef régionale

# Note d'information

Point 5.6

Nom du comité : Comité de gouvernance et de mise en candidature

Date : 2020 11 16

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 le 6 octobre 2020.

- Le taux de répondants pour la réunion à huis clos continue de diminuer. Il est de 66 % comparativement à 71 % pour la période précédente. Quant au taux de répondants pour la réunion publique, celui-ci est passé de 71 % lors de la dernière période à 83 % pour la période actuelle.
- Le but d'un sondage sur l'efficacité des réunions est d'améliorer la qualité et le processus des réunions. Seulement onze questions courtes sont posées dans les sondages et ils ne prennent que quelques minutes à remplir puisqu'ils se font maintenant en ligne immédiatement après chaque réunion. Nous croyons qu'il est possible d'augmenter le taux de participation à 100 %. Les membres du comité sont invités à proposer des stratégies afin d'atteindre cette cible.
- En général, le taux de satisfaction est élevé pour l'ensemble des énoncés sauf pour le temps alloué à chaque sujet à l'ordre du jour. Ces résultats feront l'objet de discussions plus étroites lors de la réunion du Comité de gouvernance, afin de voir comment nous pouvons trouver un équilibre entre les sujets discutés et le temps alloués sans entrer dans les discussions opérationnelles.

## 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 que 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.

# Note d'information

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

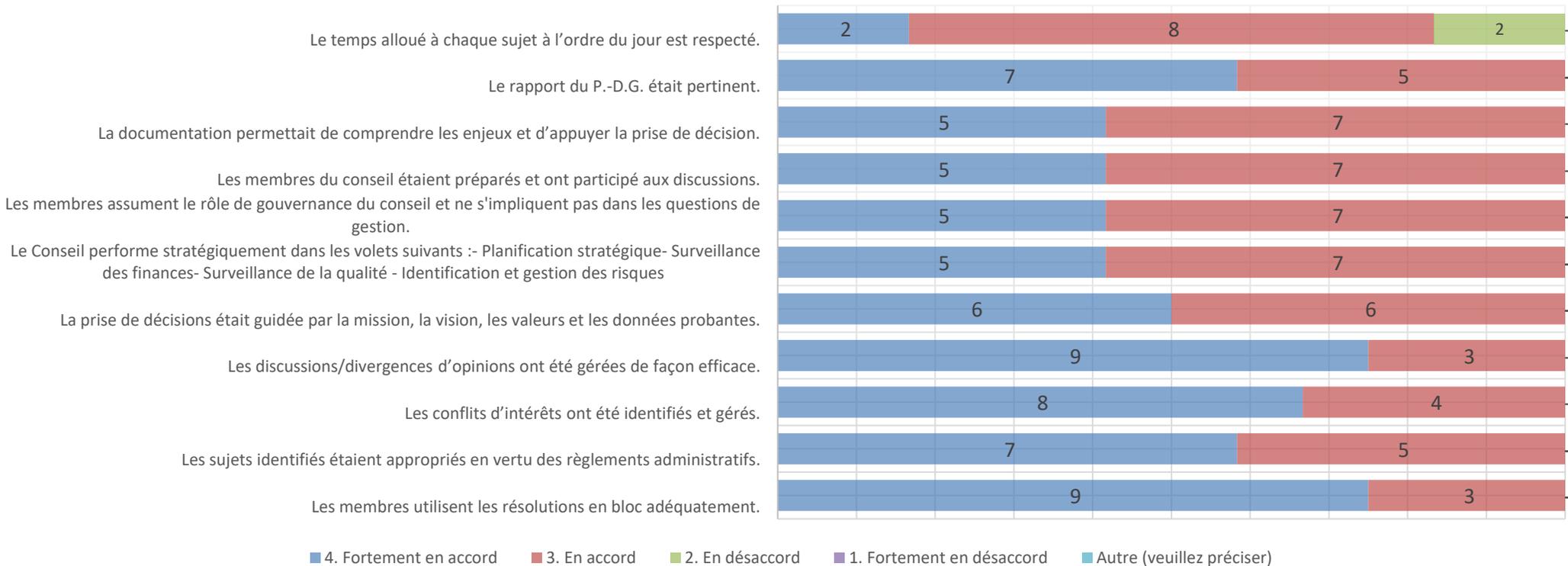
Aucune.

**Soumis le 3 novembre 2020 par Gisèle Beaulieu, VP Performance et Qualité.**

## Questions à échelle d'évaluation

Pourcentage de participation : 66% (12 membres sur 18 – excluant le PDG)

Pourcentage de questions répondues : 100%



## Questions à réponse libre

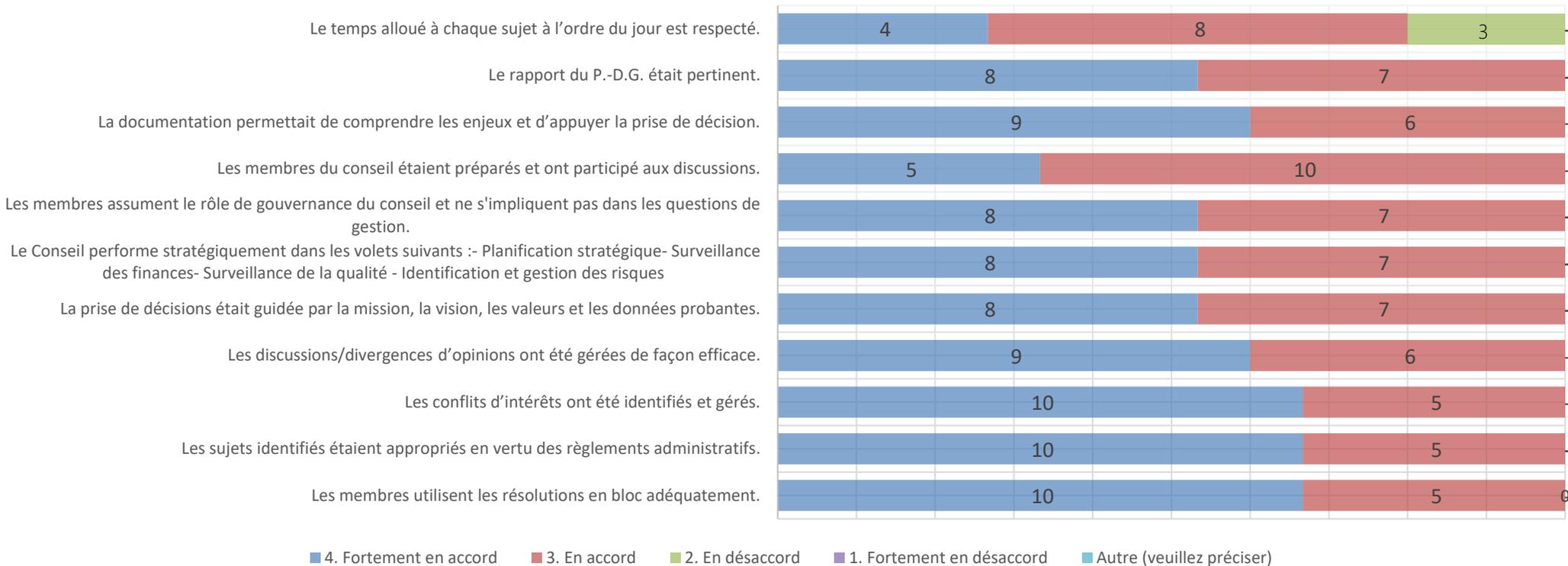
**Veuillez s.v.p. utiliser cet espace pour de plus amples commentaires (copier textuellement) :**

- **Malgré que pas aussi efficaces que les réunions en personne, la plateforme zoom permet un bon échange.**
- **Aucun.**
- **Bonne réunion.**

## Questions à échelle d'évaluation

Pourcentage de participation : 83% (15 membres sur 18 – excluant le PDG)

Pourcentage de questions répondues : 100%



## Questions à réponse libre

**Veuillez s.v.p. utiliser cet espace pour de plus amples commentaires (copier textuellement) :**

- **Zoom fonctionne.**
- **Excellente réunion.**
- **Désolant que le temps de la réunion publique n'a pas été respecté. Est-il possible de revoir les sujets de discussion ou les présentations afin de remédier cette situation.**
- **Bonne réunion.**
- **Prévoir plus de temps afin de tenter de respecter le temps attribué aux rencontres.**

**Note couverture**

Réunion du Comité de gouvernance et de mise en candidature  
Date : le 16 novembre 2020

**Objet : Planification de la retraite avec le Conseil – 7 et 8 décembre 2020**

Vous trouverez ci-joint une proposition d'ordre du jour pour la retraite du Conseil d'administration prévue les 7 et 8 décembre 2020 pour commentaires et avis.

Soumis le 6 novembre 2020 par Gisèle Beaulieu, VP – Performance et Qualité

# Retraite du Conseil d'administration

Les 7 et 8 décembre 2020 – Rencontre virtuelle

## PROGRAMME

### Jour 1 – 7 décembre 2020

- 13 h 00 Mot de bienvenue – Mme Lucille Auffrey
- 13 h 10 Mot du PDG
- 13 h 15 Cycle de planification et état d'avancement global du plan stratégique et opérationnel – Mme Gisèle Beaulieu
- 13 h 30 État d'avancement du plan stratégique 2020-2021 :
- Services cliniques - Mme Smyth-Okana
  - Services communautaires et de santé mentale - M. Duclos
  - Services de consultation externe et professionnels - M. Legacy
  - Services médicaux/recherche/formation académique - Dre Desrosiers
  - Performance et Qualité - Mme Beaulieu
  - Ressources humaines - Mme Roy
- 15 h 30 Enjeux et nouveautés de la dernière année et à venir – Mme Gisèle Beaulieu
- 16 h 30 Conclusion de la journée – Mme Lucille Auffrey

### Jour 2 – 8 décembre 2020

- 08 h 00 Objectifs de la matinée – Mme Lucille Auffrey
- 08 h 05 Stratégies pour faire face aux grands enjeux et validation des objectifs stratégiques de 2021-2022
- 09 h 05 Séance plénière
- 09 h 40 Mot de clôture – Mme Lucille Auffrey et PDG

## Note couverture

Comité de gouvernance et de mise en candidature  
Date : le 16 novembre 2020

### **Objet : Suivi de la formation sur les normes de gouvernance**

Vous trouverez en annexe le résumé des grands éléments ressortis lors de la session de formation tenue le 5 octobre 2020 en lien avec les normes de gouvernance.

Les membres sont invités à repasser le document et de valider s'il y a des éléments additionnels à ajouter, afin de rencontrer tous les critères des normes de gouvernance.

Une discussion pourra s'ensuivre sur les actions identifiées et les stratégies de mise en œuvre, afin d'intégrer les normes de gouvernance au fonctionnement du Conseil d'administration.

Soumis le 6 novembre 2020 par Gisèle Beaulieu, VP Performance et Qualité

## Résumé des grands éléments ressortis lors de la rencontre du 5 octobre 2020 en lien avec les normes de gouvernance

Preuves	Discussions/Actions
<b>Norme 1.0 : Les rôles, les responsabilités et les obligations légales du conseil d'administration sont définis et respectés.</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rôles et responsabilités définis dans des politiques, les règlements administratifs et la Loi sur les RRS.</li> <li>Cadre d'éthique et politiques en place</li> <li>Code de conduite signé annuellement</li> <li>Cadre de révision des politiques en place</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Difficulté à faire distinction entre le rôle du conseil (niveau de gouvernance) et le rôle de l'équipe de leadership (niveau plus opérationnel), surtout pour nouveaux membres et même le public.</li> <li>Nouveau rôle de l'aviseur expert pas encore bien connu des membres et du public.</li> <li>Lien entre gouvernance des soins de santé et la gouvernance de la qualité de l'enseignement n'est pas bien défini. En tant que réseau universitaire cet élément doit être clarifié.</li> </ul> <p><b>ACTIONS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Clarifier et bien définir le rôle de gouvernance du CA, pour les nouveaux membres et aussi le communiquer au personnel et au public.</i></li> <li><i>Clarifier et communiquer (à tous les niveaux) le rôle de l'aviseur expert.</i></li> <li><i>Définir le lien entre la gouvernance des soins de santé et la gouvernance de la qualité de l'enseignement.</i></li> </ul>
<b>Norme 2.0 : Les membres qui composent le conseil d'administration lui permettent de remplir son rôle.</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Composition du conseil, nomination/élection des membres bien définis dans la loi</li> <li>Profil des compétences recherchées en place</li> <li>Politiques en place sur les fonctions du président, vice-président, trésorier et secrétaire</li> <li>Politique sur l'orientation des nouveaux membres, programme d'orientation et système de parrainage en place</li> <li>Évaluation annuelle des membres</li> <li>Comité consultatif patients/familles relève du Comité qualité du CA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lorsqu'un poste doit être comblé, les compétences recherchées sont partagées avec le ministre afin qu'une personne qui peut bien répondre aux fonctions est nommée.</li> <li>Fonctionnement par comité. Les comités permanents du conseil permettent d'assurer une gouvernance et un fonctionnement efficace. Les comités font rapport de leurs activités au CA. Tous les membres ont accès aux procès-verbaux et rapports de chaque comité.</li> <li>Lors des réunions il y a des échanges structurés avec prise de décision par le CA.</li> <li>Évaluation des réunions, des comités et des membres pour assurer une bonne gestion.</li> </ul> <p><b>ACTIONS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Poursuivre l'identification des besoins de formation et établir un calendrier de formations afin de permettre aux membres de bien remplir leur rôle.</i></li> <li><i>Explorer la possibilité d'intégrer un patient partenaire aux activités de CA.</i></li> </ul>
<b>Norme 3.0 : Il existe un processus établi et officiel pour la prise de décisions.</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Manuel de politiques du conseil d'administration; politiques existantes et développement de celles manquantes;</li> <li>Outils et cadres de références afin d'aider la prise de décision (ex. cadre éthique, matrice des risques, etc.);</li> <li>Révision annuelle des mandats des comités, révision annuelle des politiques et établissement d'un comité stratégique de la recherche et de la formation qui se rencontre régulièrement;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Documents et notes d'informations fournis aux membres pour soutenir les discussions et la prise de décision.</li> <li>Documents de tous les comités disponibles à tous les membres.</li> <li>Chaque réunion est évaluée (efficace ou pertinente).</li> <li>Cadre conceptuel en matière d'éthique aide à guider les décisions, ainsi que les données probantes.</li> <li>Processus de communication et consultation avec le gouvernement pour prise de décision conjointe.</li> <li>Ajouts de critères aux notes d'information (considérations importantes : éthique, qualité, allocation de ressources, etc.).</li> <li>Processus en lien avec la fonction de surveillance du rendement de l'organisation : finances, qualité, sécurité. Tableau de bord, rapport des vérificateurs, rapport sur les sondages, les plaintes, etc.</li> </ul>

- Développement d'un gabarit et mise en place de notes d'information ou de notes couvertures systématiques pour chacun des items à l'ordre du jour;
- Intégration de critères à considérer dans les notes d'information afin de se questionner sur les répercussions possibles de la prise de décision. Les critères portent sur l'éthique, la qualité et la sécurité, les risques, l'allocation des ressources, l'impact politique et la réputation et communication;
- Respect du délai de 7 jours pour recevoir la documentation pour que les membres puissent bien se préparer aux rencontres;
- Accès aux procès-verbaux et documents de travail des comités à tous les membres du conseil;
- Implantation des Résolutions en bloc;
- Accès informatique et support iPad pour tous les membres;
- Revue de presse journalière complète à tous les membres du conseil;
- Partage à l'avance des communiqués de presse émis par le Réseau;
- Plan de formation des membres du conseil avec séances statutaires, articles sur des thèmes d'intérêts en lien avec la gouvernance et autres sujets pertinents;
- Session annuelle sur la planification stratégique et le plan de travail annuel;
- Création de comités ad hoc pour développer des compétences (ex. plan stratégique, accréditation, etc.);
- Période de discussion entre les membres et le PDG à chaque rencontre;
- Période de discussion entre les membres du conseil et la présidente à chaque rencontre;
- Processus en lien avec la fonction de surveillance du rendement de l'organisation : finances, qualité, sécurité. Tableau de bord,

#### **ACTIONS**

- *Assurer d'intégrer l'application des dimensions d'éthique dans les processus décisionnels.*
- *Y a-t-il des améliorations à apporter au cadre de prise de décision du conseil d'administration? Si oui, lesquelles?*

<p>rapport des vérificateurs, rapport sur les sondages, les plaintes, etc;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réunions se tiennent régulièrement dans les hôpitaux et périodes d'échanges avec le personnel;</li> <li>• Améliorations de la logistique autour des rencontres (salle, présentation PowerPoint des rapports, etc.);</li> <li>• Appropriation des normes de gouvernance d'Agrément Canada par un exercice en profondeur des normes et critères;</li> <li>• Développement et mise à jour régulière du Manuel d'orientation du conseil d'administration;</li> <li>• Présentations régulières sur les services offerts et autres initiatives du Réseau;</li> <li>• Création d'un cadre de transparence pluriannuel;</li> <li>• Sondage sur le fonctionnement des réunions en place;</li> <li>• Évaluation annuelle de la présidente du CA, présidents des comités, auto-évaluation des membres et des pairs.</li> </ul>	
---	--

Preuves	Discussions/Actions
<b>Norme 4.0 : Pour élaborer l'énoncé de mission de l'organisme, le conseil d'administration collabore avec le personnel d'encadrement.</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation à l'exercice de planification stratégique en 2020/23</li> <li>• Révision de la vision, mission et valeurs en consultation avec le personnel, médecins, partenaires</li> <li>• Politique sur la raison d'être et la vision, mission et valeurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membres du CA participent à l'élaboration de la mission en collaboration avec l'équipe de leadership. C'est un processus vivant et la mission est mise à jour régulièrement (3 ans).</li> <li>• Dans le cadre de la planification stratégique, il y a eu des consultations avec les parties prenantes, incluant nos patients partenaires.</li> <li>• Firme de consultation a guidé la démarche et l'élaboration du plan stratégique.</li> <li>• Les priorités sont suivies par le biais du tableau de bord et rapports réguliers au CA.</li> </ul>
<b>Norme 5.0 : Le conseil d'administration définit les valeurs de l'organisme et les prend en exemple.</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Révision des valeurs en consultation avec le personnel, médecins, partenaires</li> <li>• Politique et les règlements administratifs adressent les conflits d'intérêts</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membres du conseil participe à définir les valeurs. Elles sont partagées sur des affiches, dans le code d'éthique, etc.</li> <li>• Les sondages de satisfaction nous permettent d'évaluer le respect de certaines valeurs.</li> <li>• Lors des discussions/conversations avec le public cela permet de voir si les valeurs sont respectées.</li> </ul> <p><b>ACTIONS</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer le suivi des efforts visant à établir des partenariats constructifs avec les patients et familles.</li> </ul>
<b>Norme 6.0 : 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.</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan stratégique 2020-23</li> <li>Plan de santé et d'affaires effectué annuellement</li> <li>Politique sur la planification stratégique</li> <li>Évaluation des besoins des communautés</li> <li>Cycle de planification annuel et intégré</li> <li>Retraite annuelle avec les membres du Conseil en lien avec le plan stratégique (évaluation de la performance annuelle du Réseau et validation des priorités de la prochaine année);</li> <li>Tableau de bord stratégique et équilibré pour surveiller le plan stratégique et opérationnel</li> <li>Différentes présentations en cours d'année aux réunions du CA et des comités sur les différents projets en cours en lien avec les priorités organisationnelles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cycle de planification stratégique annuel.</li> <li>Évolution du plan stratégique suivie par les tableaux de bord.</li> <li>Retraite du CA pour faire le point annuellement sur le plan stratégique et s'ajuster au besoin.</li> <li>Divers rapports au CA sur l'avancement des objectifs stratégiques.</li> </ul> <p><b>ACTIONS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer la mise en œuvre et le suivi du plan stratégique 2020-23 et suivre l'état de progression des objectifs stratégiques.</li> </ul>
<b>Norme 7.0 : Le conseil d'administration recrute, sélectionne et évalue le DG, et lui accorde son soutien, et s'assure que le plan de gestion du personnel talentueux de l'organisme est en place.</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Le recrutement et la sélection du PDG relèvent du ministre de la Santé selon la loi sur les Régies régionales de la santé</li> <li>Le ministère de la Santé détermine le profil du poste et les conditions d'emploi en collaboration avec la présidente du CA</li> <li>Politique sur les fonctions du PDG</li> <li>Objectifs de rendement annuels du PDG sont liés aux buts et aux objectifs stratégiques</li> <li>Politique sur l'évaluation du rendement et développement du PDG</li> <li>Politique sur la succession du PDG</li> <li>Rapport du PDG à chaque réunion du CA</li> <li>Temps de rencontre des membres du CA seuls avec le PDG intégré à chaque réunion du CA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participation de la présidente du CA au processus de sélection du PDG avec le bureau du ministre de la Santé.</li> <li>Élaboration de critères de rendement et évaluation du PDG fait annuellement.</li> <li>Plan de relève du PDG en place avec personnes nommées pour prendre relève.</li> <li>Mécanismes de communication et reddition de compte – rapport du PDG à chaque réunion (en public).</li> <li>À chaque rencontre il y a une réunion avec le PDG et les membres du Conseil d'administration.</li> </ul> <p><b>ACTION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer élaboration du plan des ressources humaines qui inclut un volet de gestion des talents et de relève.</li> </ul>
<b>Preuves</b>	<b>Discussions/Actions</b>
<b>Norme 8.0 : Le conseil d'administration supervise un processus pour l'octroi et le renouvellement des privilèges des prestataires de soins de santé.</b>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processus documenté en place pour l'examen et le renouvellement régulier des privilèges</li> <li>• Processus de gestion des plaintes médicales défini dans les règlements administratifs – section médicale</li> <li>• Surveillance de la qualité de l'acte par le médecin-chef et CMC (ex. : revues de mortalité et morbidité, audits, gestion des plaintes, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processus en place pour renouvellement des privilèges et structure de recrutement pour assurer la qualité et maintien des compétences. Tout élément de doute est traité avec culture juste et de façon équitable.</li> <li>• Présence du MD chef et Président du Comité professionnel consultatif aux réunions du CA et ils donnent des rapports réguliers. Possibilité d'avoir des discussions et poser des questions.</li> <li>• Documents sur les privilèges disponibles aux membres avant la rencontre.</li> <li>• CA a la responsabilité de donner des privilèges et aussi le droit de les révoquer si nécessaire.</li> </ul> <p><b>ACTION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Avoir une présentation sur le processus de renouvellement des privilèges des médecins et le processus en place pour le maintien des compétences des autres professionnels.</i></li> </ul>
---	--

**Norme 9.0 : Le conseil d'administration dispose d'un système efficace de planification et contrôle des finances qui contribue à l'atteinte des buts et des objectifs stratégiques.**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processus en place pour voir à l'intégrité des états financiers de l'organisme, des contrôles internes et des systèmes d'information financière (indicateurs, rapports, etc.)</li> <li>• Comité de finances et de vérification en place</li> <li>• Plan de travail annuel</li> <li>• Rapport sur les états financiers</li> <li>• États financiers vérifiés annuellement</li> <li>• Approbation du budget opérationnel et des budgets capitaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comité des finances permanent qui examine les rapports sur les finances et fait un rapport avec recommandations au CA.</li> <li>• Vérification annuelle faite par une firme externe.</li> <li>• Processus en place pour priorisation des demandes.</li> </ul>
---	--

**Norme 10.0 : Le conseil d'administration favorise et appuie une culture axée sur la sécurité des usagers dans l'ensemble de l'organisme.**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadre de référence de la qualité intégrant la sécurité des patients</li> <li>• Politique sur l'engagement à une culture de sécurité des patients</li> <li>• Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients assure une surveillance en matière de qualité et de sécurité</li> <li>• Divers rapports sont présentés au conseil (ex. rapport sur les analyses des incidents, sur les recommandations des comités de revue)</li> <li>• Plan qualité intégré dans le plan régional de santé et d'affaires</li> <li>• Diverses formations sur culture juste, divulgation, etc.</li> <li>• Histoire de patient à chaque réunion du CA</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapport sur les incidents, les revues, etc.</li> <li>• Échange avec les patients et familles (histoire patient) apporte leur perspective aux réunions du CA, partage leur expérience.</li> <li>• Plan de qualité en place.</li> <li>• Un plan de sécurité des patients a été développé. Rapport régulier au CA sur l'avancement du plan de sécurité pour le CHR.</li> </ul> <p><b>ACTION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Poursuivre les histoires des patients aux réunions du conseil.</i></li> </ul>
--	---

**Norme 11.0 : Le conseil d'administration renforce les relations avec les parties prenantes et la communauté.**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le rapport annuel permet de partager les réussites</li> <li>• Diverses informations sur le site Web du Réseau en lien avec le fonctionnement, prise de décision ainsi que le rendement</li> <li>• Communiqué diffusé après chaque réunion du CA résumant les faits saillants</li> <li>• Rapport du PDG donné lors des réunions publiques</li> <li>• Politique sur les communications et les relations publiques</li> <li>• Plan de communication et de transparence</li> <li>• Diverses rencontres avec les groupes communautaires, forums des maires, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dialogue avec le public et des partenaires. Certains partenaires font des présentations lors des réunions du conseil.</li> <li>• Certains forums/consultations effectuées au cours des années (consultation sur les besoins communautaires, rencontre avec les maires et communauté, etc.)</li> <li>• Plan de communication en place avec stratégies pour les groupes cibles (interne et externe).</li> <li>• Relations établies avec diverses parties prenantes au niveau du ministère de la Santé, du conseil de la santé, nos fondations, etc.</li> <li>• Cadre de transparence en place. Tous les documents des réunions publiques sont disponibles sur le site Web pour le public.</li> </ul> <p><b>ACTION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Suivre la mise en œuvre des objectifs du plan de communication.</i></li> </ul>
<b>Preuves</b>	<b>Discussions/Actions</b>
<b>Norme 12.0 : En collaboration avec le DG, le conseil d'administration réduit les risques qui menacent l'organisme et encourage une amélioration continue de la qualité.</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients assure une surveillance en matière de qualité et de sécurité</li> <li>• La qualité est un item à l'ordre du jour par le biais du rapport du comité (rapports trimestriels sur les incidents, plaintes et satisfaction).</li> <li>• Méthode de gestion intégrée des risques, plans de mesure d'urgence (codes), plan de continuité des opérations</li> <li>• Plan de qualité en place avec indicateurs de rendement</li> <li>• Structure d'imputabilité en matière de qualité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Structure d'imputabilité en matière de qualité en place. Comité de la qualité des soins et de la sécurité des patients du conseil fait un rapport à chaque réunion du CA.</li> <li>• Le comité reçoit divers rapports du Comité régional de qualité sur les incidents, les recommandations découlant des analyses des incidents, plaintes, sondages, etc.</li> <li>• Diverses sessions de formation offertes sur l'agrément, la sécurité des patients, volet qualité, sujets tels que les délais d'attente pour les chirurgies, etc.</li> <li>• Système de surveillance de la qualité des soins en place. Plan de qualité et tableau de bord.</li> <li>• Suivi des tendances et conseil avisé par équipe de leadership si problématique identifiée.</li> </ul> <p><b>ACTION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Suivre la mise en œuvre du plan de qualité du Réseau par le biais d'indicateurs clés.</i></li> <li>• <i>Faire plus de place à l'intégration des besoins en matière de qualité de soins des communautés autochtones.</i></li> </ul>
<b>Norme 13.0 : Le conseil d'administration évalue régulièrement son rendement global et celui de chacun de ses membres.</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadre d'évaluation du conseil et divers outils d'évaluation en place (évaluation des réunions, évaluation des membres, évaluation de la documentation, etc.)</li> <li>• Sondage sur le fonctionnement de la gouvernance d'AC et plan d'action</li> <li>• Politique sur évaluation du MD chef et présidence du CPC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Outils d'évaluation en place : évaluation de chaque réunion, évaluation annuelle des membres et des présidents des comités. Comité de gouvernance regarde aux évaluations et font des suivis au CA selon le besoin.</li> <li>• Procès-verbaux du Conseil et les rapports des réunions sont accessibles sur le site Web.</li> <li>• À l'AGA, un résumé est présenté sur tout ce que le conseil a fait pendant l'année. Il y a un rapport annuel de chaque comité.</li> </ul> <p><b>ACTION</b></p>

- *Faire analyse des résultats du sondage de fonctionnement (Agrément Canada) et mettre en place un plan d'action.*