

Rapport à la collectivité

juin 2016



Le 23 juin 2016

Table des matières

Rapport du président-directeur général	4
Membres du Conseil d'administration	7
Rapports :	
• Comité des finances, de vérification et des ressources	8
• Comité de gouvernance, de mise en candidature et de planification	11
• Comité médical consultatif régional (CMCR)	14
• Comité consultatif régional des membres des professions libérales (CCRMPL)	18
• Comité de sécurité des patients et d'amélioration de la qualité	20

Rapport du président-directeur général



Juin 2016

J'ai passé la majeure partie du mois qui vient de s'écouler à discuter avec des employés et des médecins dans le cadre d'une série de rencontres intitulée « Conversations avec John ». À ce jour, j'ai rencontré des membres du personnel des établissements suivants : l'Hôpital régional Dr Everett Chalmers et le Centre de réadaptation Stan Cassidy à Fredericton, l'Hôpital de Moncton, l'Hôpital régional de Saint John, l'Hôpital régional de Miramichi, l'Hôpital mémorial de Sackville, l'Hôtel-Dieu St. Joseph à

Perth, le Centre de santé de Sussex, l'Hôpital public d'Oromocto et l'Hôpital du comté de Charlotte. J'ai l'intention de visiter l'Hôpital de Grand Manan ainsi que l'Hôpital St. Joseph et d'organiser des visites dans certains centres de santé au cours de l'été.

Les échanges, que je commence en présentant brièvement notre situation par rapport à notre plan quinquennal, portent sur tous les sujets sans restriction. J'encourage les employés à me poser des questions sur n'importe quel enjeu propre à leur établissement ou qui touche le Réseau de santé Horizon. La plupart du temps, bien entendu, les questions concernent des points touchant l'avenir de leur hôpital et de leurs programmes, les questions linguistiques (à l'échelle locale et provinciale) ou peut-être la sécurité d'emploi, cette dernière sous-tendant probablement la grande majorité des questions. Je fais de mon mieux pour être le plus transparent possible. Personne ne sera surpris d'apprendre que le stress continu entourant les nombreux changements dans notre organisation suscite une grande inquiétude.

Premièrement, nous avons fait l'objet de plusieurs séries d'évaluations du coût et de la productivité de nos services par rapport à ceux du reste du Canada. Et nous nous sommes comparés entre nous, d'un hôpital à l'autre, d'une fonction à l'autre, dans les différents hôpitaux. La comparaison à d'autres est presque toujours menaçante pour n'importe qui d'entre nous (à moins d'avoir la conviction d'être parfait), mais elle nous permet de nous regarder dans le miroir et de nous demander ce qui explique notre différence. Est-ce justifié – cela pouvant parfois être le cas – ou est-ce parce que nous n'avons pas examiné les pratiques exemplaires d'autres endroits? J'essaie de répondre aux questions à ce sujet en remettant à l'avant-scène les points de vue des patients. Comment justifions-nous ce que nous faisons en vertu du concept éthique de *donner à la plupart des gens du Nouveau-Brunswick le meilleur service, avec les ressources dont nous disposons*. Souvent, cela entre en conflit avec les perspectives locales, voire individuelles. Peut-être que, pour le bien de la population, les prochains dollars dépensés ne seront pas affectés aux mêmes endroits que dans les années passées. C'est le principe à la base de notre troisième orientation stratégique qui consiste à réaffecter nos ressources financières.

Deuxièmement, le personnel en a assez des initiatives de changement. Nouvelles manières d'affecter le personnel, changements dans la composition du personnel, changements au stationnement et rajustements dans la cafétéria, nouveaux modèles potentiels de gestion de nos services de soutien, nouveaux programmes d'engagement du personnel. L'équipe de direction ne s'arrêtera-t-elle jamais et doit-elle chaque année ajouter plus de stress et de pression pour les employés qui travaillent déjà très fort? Non, nous ne pouvons pas nous arrêter – mais nous pouvons nous montrer compréhensifs face aux pressions et aux réalités du personnel et sur les lignes de front. De plus, évitons de croire que seul le secteur des soins de santé ressent ces pressions en faveur du changement. Demandez aux autres employés de la fonction publique s'ils font face au changement constant dans le milieu de travail. [Ont-ils encore un milieu de travail?] Allez plus loin et demandez aux employés du secteur privé s'ils se sentent menacés. Examinez les chiffres sur la main-d'œuvre provinciale et vous verrez que les soins de santé représentent de loin le secteur d'emploi le plus viable de l'économie provinciale. S'adapter – changer – est ce qui permet cette situation. Et n'allez pas croire que nous pouvons éviter le changement en disant : « Les soins de santé n'ont pas de prix. » À l'échelle de la population, on fixe le prix des soins de santé et on le fait chaque jour dans chaque province.

Enfin, les employés veulent tout simplement connaître le plan de match. Au-delà de notre stratégie quinquennale – qu’ils semblent connaître assez bien – quels sont les plans opérationnels pour concrétiser toutes ces choses et quand commenceront-ils? Pour certaines de nos initiatives stratégiques, j’ai une réponse rapide. Nous rapprochons les patients de ce qui se passe chaque jour dans notre organisation. Les choses progressent lentement, mais elles progressent néanmoins. Lorsque 13 000 personnes comprendront que les patients – les propriétaires – doivent constituer une partie égale de l’équipe de soins du début à la fin, les progrès seront plus rapides.

De plus, nous faisons du progrès dans notre concept d’accroître la visibilité de certains programmes – le vieillissement et les soins aux aînés étant le premier. Nous aussi, nous prônons vigoureusement le changement, et nous voyons des signes que le gouvernement écoute.

Nous attendons l’approbation du gouvernement pour apporter les changements requis dans notre infrastructure hospitalière. Nous n’avons pas abandonné nos idées qui pourraient nous aider à composer avec certaines pressions – pas toutes – auxquelles fait face quotidiennement notre population vieillissante en croissance rapide. Je sais que certaines personnes au gouvernement estiment qu’elles protègent le public des changements que nous et d’autres voulons apporter. Lors de mes rencontres avec les employés, je leur dis que je suis convaincu qu’elles ont tort. Mais elles détiennent le pouvoir nécessaire. Et je crois qu’elles se rallieront à nous au fil du temps. Nous ne baissons donc pas les bras.

En fait, lors de mes rencontres, les hochements de tête témoignent de l’approbation de mes propos.

Membres du Conseil



W. David Ferguson
Président du Conseil



Linda Aitken
Upper Kingsclear



Mike Coster
Miramichi



Jo-Ann Fellows
Fredericton



Linda G. Forestell
Saint John



Dr Erik Klein
Hampton



Michael McCoombs
Miramichi



John B. McKay
Miramichi



Kathleen McMullen
Sackville



Jane Mitton-MacLean
Moncton



Roxanne Sappier
Première nation de Tobique



Luigi Rocca
Moncton



Mary Louise Schryer
Quispamsis



Kay Simonds
Woodstock



André Veniot
Shediac

Rapports des comités du Conseil

Comité des finances, de vérification et des ressources

Michael McCoombs, président

Le Comité des finances, de vérification et des ressources s'est réuni le 19 mai et le 6 juin 2016.

Bilan financier (29 février 2016)

Le Réseau de santé Horizon (Horizon) affichait un déficit de 3,2 millions de dollars le 29 février 2016, ce qui ne reflète pas les revenus additionnels pouvant provenir du ministère de la Santé. Nous n'avons pas encore reçu l'information budgétaire pour 2016-2017, et nous n'avons pas obtenu de réponse du ministre de la Santé au plan régional de santé et d'affaires déposé le 6 mai 2016.

Tableau de bord financier (29 février 2016)

M. Dan Keenan, directeur général des Services financiers, a expliqué que le tableau de bord financier présente un aperçu des indicateurs clés des facteurs de volume et de coût d'Horizon. Il comprend également un résumé des dépenses par catégorie de coûts pour l'exercice fiscal courant et la période comparable de l'exercice financier précédent. La section des indicateurs du rapport montre la tendance de chaque indicateur sur trois mois, ainsi que le cumul annuel et celui de l'exercice précédent. Ensemble, ils fournissent une bonne indication de la tendance.

Pour cette période, les résultats sont meilleurs au chapitre du temps supplémentaire et des congés de maladie par rapport au rapport de décembre. Il y a eu une réduction dans les deux catégories. Les jours-patients et le taux d'occupation continuent leur tendance à la baisse par rapport à l'exercice précédent, mais il ne s'agit pas d'une baisse importante. Les visites à dialyse et à l'oncologie sont plus nombreuses, de même que les tests de laboratoire et les examens d'imagerie diagnostique. Ces augmentations ont continué d'exercer des pressions sur les niveaux de dotation.

Engagement des employés

Mme Maura McKinnon, dirigeante principale des Ressources humaines (RH), a expliqué que l'équipe des Ressources humaines s'est concentrée sur l'élaboration d'initiatives clés en matière d'engagement des employés, y compris les valeurs, la reconnaissance, le leadership ainsi que l'accueil et l'orientation des nouveaux employés. Étant donné l'engagement à utiliser les valeurs d'Horizon comme le fil conducteur de tout ce que l'organisation accomplit, la mise en œuvre du plan des valeurs est amorcée. Mme McKinnon a montré une vidéo sur l'importance des valeurs.

Mise à jour sur le programme des ressources humaines

Mme McKinnon a présenté une mise à jour sur les multiples projets et initiatives en RH qui ont franchi différentes étapes. On travaille à l'élaboration d'un plan stratégique de ressources humaines, dont la mise en œuvre devrait commencer en septembre. L'équipe des RH a commencé à évaluer un nouveau modèle de gestion des incapacités qui permettra à un pourcentage d'employés qui, en temps normal seraient en congé, de demeurer au travail pour effectuer du travail modifié. On travaille actuellement à l'élaboration d'une méthode ainsi qu'à la détermination des ressources nécessaires et du temps requis.

Réseau de santé Horizon
ÉTAT DES RÉSULTATS

Dix mois terminés au 29 février Comparaison aux montants budgétés	Non vérifiés - fournis à des fins internes seulement		
	Au 29 février Budget 2016 \$	Au 28 février Résultat réel 2016 \$	Au 28 février Résultat réel 2015 \$
Revenus			
Ministère de la Santé	825 509 121	827 821 069	811 271 661
Assurance-maladie	133 064 466	124 098 965	131 500 769
Fédéral	16 379 718	15 087 716	14 386 460
Recouvrements des patients	39 730 435	39 105 439	36 531 366
Autres recouvrements et ventes	19 049 516	24 295 621	20 128 430
Économies ServiceNB – recette en déduction de la dépense	(1 874 529)	(2 373 233)	(2 069 378)
	1 031 858 727	1 028 035 577	1 011 749 308
Dépenses			
Président-directeur général	3 487 531	3 759 774	3 584 342
Chef des Opérations et des Affaires générales	160 112 317	162 313 237	154 666 544
V.-p., Services cliniques	427 933 525	429 356 006	422 268 685
V.-p., Affaires médicales, universitaires et de la recherche	21 975 219	18 878 432	18 365 694
V.-p., Services de qualité et de soins centrés sur le patient	4 172 289	4 027 316	3 946 199
V.-p., Services professionnels	158 682 850	164 859 381	158 314 940
V.-p., Affaires communautaires	124 536 313	122 548 228	116 701 649
Chef du personnel médical	804 444	709 608	888 180
Assurance-maladie	132 951 349	124 773 305	132 899 510
Défis de l'organisation	(1 375 000)	-	-
	1 033 280 837	1 031 225 287	1 011 635 743
Excédent (déficit) de l'exploitation hospitalière avant amortissement, subventions d'équipement, indemnités de retraite et prestations de maladie	(1 422 110)	(3 189 710)	113 565
Autres frais d'exploitation			
Amortissement des immobilisations corporelles	(32 272 117)	(31 927 540)	(30 942 687)
Financement par subvention en capital	8 910 590	1 117 522	3 600 303
Prestations de maladie	(460 843)	(384 876)	(457 380)
Excédent (déficit) net pour la période	(25 244 480)	(34 384 604)	(27 686 199)

Rapport du Comité de gouvernance, de mise en candidature et de planification

Jane Mitton-MacLean, présidente

Le Comité de gouvernance, de mise en candidature et de planification s'est réuni le 18 mai 2016.

Séance d'orientation à l'intention des nouveaux membres du Conseil d'administration – Été 2016

Étant donné les récentes élections et la nomination imminente par le ministre de sept membres au Conseil d'administration, il y aura au moins quatre et jusqu'à onze nouveaux membres au Conseil d'administration après l'assemblée annuelle du 23 juin. Compte tenu des enjeux majeurs auxquels font face les soins de santé et le Réseau de santé Horizon (Horizon) en particulier, et du changement imminent dans la direction d'Horizon, il y a urgence de tenir une séance d'orientation pour les nouveaux membres.

Les réunions des comités commenceront ordinairement en septembre, la réunion du Conseil complet et la séance de formation ayant lieu en octobre. Par conséquent, dans la mesure du possible, la séance devrait avoir lieu au cours des mois d'été, la participation des nouveaux membres y étant obligatoire, et celle des anciens membres, facultative.

Le président-directeur général John McGarry a convenu de communiquer avec le sous-ministre concernant l'importance que le ministre nomme les sept autres personnes le plus rapidement possible.

Nominations à l'assemblée annuelle

Une des tâches du Comité de gouvernance, de mise en candidature et de planification consiste à présenter à l'assemblée annuelle du Conseil d'administration des nominations aux postes de vice-président et de trésorier, de membres de tous les comités du Conseil, sauf dispositions contraires prévues directement dans les statuts et règlements, ainsi que des nominations aux postes du Comité consultatif régional des membres des professions libérales et du Comité médical consultatif régional, y compris des nominations pour le remplacement des membres partis avant la fin de leur mandat.

Étant donné que le mandat de tous les membres actuels du Conseil expire à l'assemblée annuelle, il est impossible de recommander une liste d'administrateurs ou de présidents de comité ou de membres en ce moment. Cette tâche sera exécutée après l'assemblée annuelle du Conseil, une fois reçue la liste des nominations du ministre. Les recommandations relatives aux administrateurs, aux présidents de comité et aux membres de comités seront présentées au Conseil d'administration dans le cadre d'une réunion extraordinaire dont la date sera annoncée ultérieurement.

Les nominations aux Comités consultatifs seront recommandées à l'assemblée annuelle plus tard durant la journée.

Mise à jour sur les établissements

La direction a présenté au Comité une mise à jour sur la plupart des projets des établissements d'Horizon.

Cadre de responsabilisation

Les membres du Comité ont été avisés que la *Loi sur les régies régionales de la santé* exige un cadre de responsabilisation qui décrit le rôle du ministre, des autres ministres du gouvernement et des régies régionales de la santé (RRS), et qui précise les responsabilités mutuelles au sein du système provincial de santé. Le cadre de responsabilisation du système de santé provincial du N.-B. est en voie d'élaboration par le ministère de la Santé, en consultation avec les RRS, afin de répondre à ce besoin et de s'assurer qu'il fournit l'orientation stratégique pour la gouvernance, la planification, le financement, la surveillance et la prestation des soins de santé.

L'entente consiste à définir les éléments critiques de la relation entre le ministre et les RRS. Le cadre de responsabilisation provisoire est axé sur les points suivants :

- les mécanismes par lesquels le ministre et les RRS travailleront en partenariat pour s'acquitter de leur mandat et de leurs objectifs respectifs en vertu de la Loi, y compris ceux liés à l'amélioration de la qualité des soins et à la sécurité des patients, aux employés, aux médecins, aux familles et aux Néo-Brunswickois,
- les mécanismes par lesquels à la fois le ministre et les RRS s'acquitteront de leurs responsabilités efficacement.

Le Conseil sera tenu au courant tout au long de l'élaboration du document provisoire.

Création potentielle d'un institut de recherche d'Horizon

On présente aux membres un aperçu de la possibilité de création par Horizon d'un institut de recherche semi-autonome. Actuellement, la recherche est effectuée par des professionnels de la médecine et d'autres professionnels à divers endroits, et la création d'un institut de recherche d'Horizon pourrait aider à consolider toutes les activités dans le but à long terme de devenir autonome (peut-être un organisme à but lucratif). Cependant, il faudrait investir des capitaux de démarrage dans la conception de l'institut de recherche. Ce projet pourrait peut-être recevoir l'appui du fonds de dotation de recherche qui possède un solde de capital d'environ 4,5 millions de dollars.

L'équipe de direction continuera à travailler à ce dossier, et le Conseil sera mis au courant par le Comité de gouvernance, de mise en candidature et de planification.

Progrès du Centre d'expertise sur le vieillissement et les soins aux aînés

M. McGarry a expliqué que le Comité directeur continue de se réunir et qu'il a fait des progrès quant à la forme que le centre prendra. Le Dr Patrick Feltmate a été nommé chef du Groupe des services cliniques en gériatrie.

Comité médical consultatif régional

Tom Barry, M.D. FCFP C

Chef du personnel médical, président du Comité médical consultatif régional

Le Comité consultatif médical régional (CCMR) s'est réuni le 24 mai et le 14 juin 2016.

À la réunion du 14 juin, M. Dan Hickey, directeur régional de l'Imagerie diagnostique, a donné une présentation sur l'utilisation de l'imagerie diagnostique. Il était accompagné de M. Cristhian Moran, directeur régional de l'Imagerie électronique, et de Mme Linda Vair, directrice de l'Assurance de la qualité de l'Imagerie diagnostique du Réseau de santé Horizon (Horizon). M. Moran a donné une présentation directe sur la capacité d'examiner l'utilisation de tous les tests d'imagerie diagnostique au sein d'Horizon en accédant à un dépôt central. Cela permettrait d'évaluer l'utilisation par les divers médecins, spécialités et régions. Au fil du temps, on espère ainsi améliorer l'utilisation des modalités d'imagerie diagnostique et à l'avenir évaluer la quantité de radiation à laquelle un patient a pu être exposé. Bien entendu, des enjeux d'assurance de la qualité et de sécurité des patients y sont associés, et le CMCR félicite l'équipe de l'Imagerie diagnostique, Mme Betty LeBlanc, directrice des Services de radiologie de Fredericton, ainsi que les régions du Haut de la Vallée, responsables de l'acquisition de cette technologie. De plus, le CMCR félicite la haute direction et le Conseil pour leur clairvoyance à l'égard de la valeur de cet outil.

Mme Betty LeBlanc a présenté un programme de formation conçu pour les médecins chargés de conseiller les patients sur l'utilisation appropriée des modalités de l'IRM et de la tomodensitographie. On espère que cela aidera les médecins à déterminer l'utilité de certaines investigations, mais également à prendre en charge des patients parfois exigeants, qui croient que l'exposition à une imagerie diagnostique coûteuse est synonyme de meilleurs soins. Le CMCR a apporté des modifications mineures à la présentation et en a proposé la mise en œuvre.

M. Gary Foley et le Dr Jeff Moore ont donné une présentation sur l'utilisation du laboratoire. Pendant deux ans, un comité spécial du CMCR s'est réuni mensuellement afin de tenter d'en améliorer l'utilisation, de prévenir la répétition des tests et de donner des lignes directrices sur l'utilisation appropriée de divers tests. En particulier, la présentation a porté sur le test de la carence en vitamine D ainsi que sur les tests des allergènes communs et moins communs. Les données sur l'utilisation permettent au CMCR d'examiner l'utilisation par région géographique et par médecin. Une fois de plus, cela aide à informer les médecins sur le caractère approprié et l'étendue de leur propre utilisation de ces tests parfois coûteux au sein même de leur cabinet. Il est à espérer que ce processus de formation améliorera l'utilisation.

Le CMCR s'est dit ravi que le président du Conseil assiste aux réunions. Il représente toujours un atout. De plus, le PDG a pu assister à la réunion du 14 juin. Andrea Seymour, chef des Opérations; le Dr Hendriks, vice-président des Affaires médicales, universitaires et de la recherche; Mme Geri Geldart, vice-présidente des Services cliniques; M. Gary Foley, vice-président des Services professionnels; et Mme Margaret Melanson, vice-présidente des Services de qualité et de soins centrés sur le patient, ont présenté un rapport. De plus, M. Jean Daigle, vice-président des Affaires communautaires, a présenté un rapport. Il a également participé à la réunion sur les visites concernant l'éthique et la santé mentale à l'Hôpital régional Dr Everett Chalmers (HRDEC), laquelle a été transmise par vidéoconférence dans l'ensemble de la région.

On a discuté longuement de la disponibilité de la traduction des documents médicaux dans des situations urgentes et moins urgentes. Certains membres du CMCR s'inquiètent à savoir que l'absence de la capacité de traduire des documents en langue étrangère ou dans une langue seconde peut nuire aux soins aux patients. Mme Janet Hogan, directrice des Communications et des relations communautaires, a également présenté un rapport et a expliqué le problème en détail. Mme Hogan et la chef des Opérations, Mme Andrea Seymour, ont fait un excellent travail dans ce domaine. C'est un sujet difficile en raison du coût, mais également en raison de la disponibilité nécessaire 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Le travail à ce dossier est continu.

On a adopté des résolutions sur la délivrance des titres et certificats aux apprenants en médecine qui reçoivent le statut d'apprenants en médecine dans nos établissements en vertu des statuts et règlements ainsi que sur l'octroi de prérogatives de courtoisie aux médecins du Réseau de santé Vitalité qui accèdent aux établissements d'Horizon pour ses services de diagnostic et de traitement.

Le Conseil d'Horizon a approuvé les règlements touchant le personnel médical d'octobre 2015. Comme les règlements sont en vigueur depuis maintenant neuf mois, un sous-comité des chefs de personnel médical tentera d'en faire la révision au cours des mois d'été afin de proposer des modifications au texte concernant les absences des médecins en raison de maladie et d'autres enjeux touchant l'exercice. Il est à espérer qu'à la fin de l'automne 2016, le président du CMCR pourra présenter les modifications aux règlements au Conseil pour approbation.

Le Dr Hendriks a présenté un rapport sur l'aide médicale à mourir et une mise à jour sur ce processus.

Le CMCR a discuté longuement de la répartition des services de chirurgie et d'anesthésie au sein d'Horizon. On abordera la question avec le Conseil.

On a soulevé auprès du CMCR la question du transport des personnes atteintes de maladies mentales. Elles peuvent parfois être violentes. M. Jean Daigle travaille avec Ambulance Nouveau-Brunswick à la résolution de ce problème particulièrement important pour les petits établissements, qui n'ont pas facilement accès à des services psychiatriques. Il faut assurer le transport à partir des petits établissements, et les membres du personnel ainsi que les patients sont parfois à risque parce que les patients atteints de maladies mentales peuvent parfois être violents.

On a discuté longuement des commandes passées par des médecins de l'extérieur de la province. En ce moment, la politique stipule que les médecins de l'extérieur de la province, sauf s'ils ont l'autorisation d'Horizon, ne peuvent pas commander de tests de laboratoire ou de tests d'imagerie diagnostique, car, dans le cas d'un résultat anormal, il est parfois impossible de trouver quelqu'un avec qui communiquer pour régler le problème. La tradition veut que lorsqu'un résultat de laboratoire ou d'imagerie diagnostique anormal est considéré comme urgent, un médecin ou un médecin de garde puisse prendre le problème en charge. C'est une question de sécurité des patients, et même si cela peut paraître dur, c'est essentiellement pour la sécurité du patient.

À la réunion du 24 mai, M. David Ferguson, président du Conseil, a parlé de la relation entre Horizon et les diverses fondations. Le président du Conseil et le PDG travaillent à resserrer les liens avec les fondations afin qu'on soit sur la même longueur d'onde et que l'on convienne de certaines priorités.

Mme Andrea Seymour, chef des Opérations, a présenté un rapport extrêmement exhaustif sur les projets d'immobilisations de multiples sites.

Le CMCR s'estime heureux d'avoir obtenu l'aide d'autres sites pour assurer les services de radiologie après les heures normales à la région du Haut de la Vallée. En ce moment, environ 15 radiologistes de divers établissements d'Horizon se sont portés volontaires pour faire partie de la liste des radiologistes capables d'examiner les demandes d'imagerie diagnostique urgentes et de présenter un rapport pour l'Hôpital du Haut de la Vallée, qui ne compte que deux radiologistes sur place. Il leur est impossible d'assurer les services de radiologie 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Mme Margaret Melanson, vice-présidente des Services de qualité et des soins centrés sur le patient, a parlé de la conférence sur les soins axés sur le patient et la famille, qui aura lieu les 7 et 8 novembre à Moncton. De plus, elle a parlé des projets pilotes de tableaux blancs à Sussex et à l'HRDEC, des efforts visant à élaborer un nouveau cadre sur la protection des renseignements personnels pour Horizon et du progrès accompli en ce qui concerne l'élimination du tabagisme au sein d'Horizon. M. Jean Daigle a présenté ses commentaires sur le protocole d'entente entre Medavie et le Programme extramural. Les groupes médicaux de multiples régions ont été consultés à ce sujet.

Des motions sur la délivrance de titres et certificats ainsi que des recommandations sur la nomination de chefs de service seront présentées au Conseil dans les rapports également.

Le nom des médecins dont le poste est renouvelé pour 2016-2018 sera présenté au PDG.

Le Groupe clinique des soins gériatriques, qui est le premier effort du CMCR pour créer un centre d'excellence virtuel, a accompli des progrès importants grâce au soutien continu du PDG et de M. Daniel Jardine en tant que coordonnateur du projet. Le Dr Patrick Feltmate de Fredericton a été nommé chef du groupe par les gériatres d'Horizon.

Le CMCR s'occupe de multiples enjeux liés aux médecins, et les ordres du jour sont toujours longs, mais le CMCR en vient à bout. De plus, à la fin de l'année, le CMCR distribue un formulaire d'évaluation et de rétroaction afin de demander aux membres les changements qu'ils aimeraient voir dans le déroulement des réunions et les points à aborder.

Comité consultatif régional des membres des professions libérales

Cathy Cormier, présidente

Le Comité consultatif régional des membres des professions libérales (CCRMPL) s'est réuni le 12 mai 2016.

À la réunion du 12 mai 2016, les membres du Comité ont reçu diverses mises à jour sur les soins cliniques et la santé. Il a notamment été question de la cessation des communications sur l'introduction de sages-femmes dans le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick, du travail effectué dans la province en vue de respecter la date butoir du 6 juin pour modifier le Code criminel afin de baliser l'aide médicale à mourir et d'une mise à jour du directeur régional de la Gestion du risque sur la politique relative aux *thérapies complémentaires et alternatives*. De plus, les membres du Comité ont eu droit à une mise à jour sur l'examen des protocoles de pratique clinique dans le but de normaliser le modèle et de faire approuver les protocoles de pratique clinique (PPC) à l'échelle régionale. L'information fournie comprenait une ébauche de politique pour l'élaboration et la mise en œuvre de tels PPC, le processus pour la création des PPC à l'échelle locale et régionale, ainsi que l'ébauche du mandat d'un comité régional.

Rapports des conseils sur l'exercice professionnel et des réseaux cliniques

Les conseils sur l'exercice professionnel et les réseaux cliniques du Comité consultatif régional des membres des professions libérales (CCRMPL) continuent de se réunir régulièrement. Les résumés transmis au CCRMPL offrent un excellent survol de tout le travail accompli par les membres des professions libérales de l'ensemble d'Horizon. Voici les groupes qui ont présenté un rapport à la réunion de mai : Programme de traumatologie du N.-B., Oncologie et Santé du sein, Soins ambulatoires, Vieillesse en santé, et Santé des femmes et des enfants. De plus, le CCRMPL a reçu un rapport pertinent de la part des conseils sur l'exercice professionnel de la psychologie et de l'inhalothérapie.

Délivrance de titres et certificats

Il incombe également au CCRMPL d'assurer la délivrance annuelle des titres et certificats de tous les membres des professions libérales réglementées en santé, à part les médecins et les chirurgiens. À la réunion, le CCRMPL a appris que toutes les licences des 13 catégories de professionnels devant être révisées entre le 31 décembre 2015 et le 1^{er} mai 2016 l'avaient été.

Comité provincial des médicaments et de thérapeutique

Le Comité provincial rend compte à la fois aux comités médicaux consultatifs régionaux et au CCRMPL des réseaux Horizon et Vitalité. On a fait la lecture du procès-verbal de la réunion de mars du Comité provincial, et les membres du CCRMPL n'ont pas soulevé d'objections quant aux mesures prises par le Comité provincial.

De plus, le CCRMPL a révisé les changements apportés au mandat du Comité provincial de gérance des antimicrobiens, un sous-comité du Comité provincial des médicaments et de thérapeutique.

Pour terminer, le CCRMPL a souligné le travail des personnes dont le mandat au Comité a pris fin. Chaque membre et son représentant de chaque discipline de la santé constituent des ressources précieuses pour le CCRMPL.

Comité de sécurité des patients et d'amélioration de la qualité

Linda Forestell, présidente

Le Comité de sécurité des patients et d'amélioration de la qualité s'est réuni le 18 mai 2016.

Le Comité a reçu une mise à jour sur le travail continu du groupe de projet chargé du Centre d'expertise sur le vieillissement et les soins aux aînés. À part les rapports du portefeuille du vice-président du Comité de la qualité et de la sécurité, les membres du Comité ont reçu une mise à jour sur l'examen mené par un consultant externe sur le Centre cardiaque du Nouveau-Brunswick. Ils ont également reçu une mise à jour sur un certain nombre d'initiatives relatives aux patients amorcées au sein de l'organisation.

On a présenté le rapport définitif sur la deuxième phase de la feuille de route (analyse des lacunes en matière de protection de la vie privée et mise en œuvre), et Mme Margaret Melanson, vice-présidente des Services de qualité et des soins centrés sur le patient, a donné un aperçu des conclusions.

Mme Heather Kyle, directrice administrative régionale de la Médecine de laboratoire, a présenté une mise à jour sur le projet **d'unité centrale des enquêtes (UCE) de Fredericton**. À l'Hôpital Dr Everett Chalmers, les Services de laboratoire ont entrepris de réduire les temps d'attente pour la collecte des spécimens. On a cerné plusieurs problèmes, notamment les temps d'attente trop longs des patients pour s'inscrire au service; les temps d'attente trop longs des patients pour subir des analyses sanguines après leur inscription; et l'engorgement en découlant dans le hall d'entrée de l'hôpital. L'examen a révélé que la majorité du temps d'attente touchait l'inscription. Mme Kyle a expliqué les mesures prises pour améliorer le processus et les prochaines mesures à prendre.

M. Jeff Carter, directeur général des Services de soutien, a présenté de l'information sur un examen mené récemment sur le **coût de la nourriture et le mode de prestation** de chacune des régions du Réseau de santé Horizon. Il a expliqué que, selon le dernier sondage auprès des patients (mai 2015), la majorité des commentaires ont été négatifs et ont porté sur la saveur, la température, le fait que la nourriture reçue n'était pas celle qu'on avait commandée et la sélection.

De plus, on a mentionné le rapport d'inspection sur les services d'alimentation de l'Hôpital Dr Everett Chalmers publié récemment. Mme Andrea Seymour, chef des Opérations et vice-présidente des Affaires générales, a dit qu'Horizon prenait le rapport très au sérieux et qu'on travaillait à chacun des points soulevés dans le rapport au moment de l'inspection, certains travaux étant même terminés.

Aide médicale à mourir

On a présenté aux membres du Comité une note d'information concernant l'application de la législation sur l'aide médicale à mourir (AMM). Les réseaux Horizon et Vitalité font partie du groupe directeur provincial du ministère de la Santé chargé d'orienter la création d'une politique claire et de documents opérationnels pour orienter l'application de la législation au Nouveau-Brunswick. Le comité directeur provincial continue de se réunir toutes les deux semaines afin de préparer un schéma du parcours du patient ayant demandé l'AMM et afin d'assurer la liaison auprès des représentants provinciaux/territoriaux et des associations professionnelles.

Patients en attente d'un autre niveau de soins

On a distribué une note d'information contenant des statistiques sur le nombre de patients en attente d'un autre niveau de soins (ANS) en date du 31 mars 2016. Les établissements d'Horizon comptaient alors 461 patients ANS, comparativement à 478 au même moment l'an dernier. Le pourcentage des lits occupés par des patients ANS est demeuré stable tout au long de l'année, soit entre 28 et 30 pour cent.

De plus, les membres du Comité ont reçu une mise à jour sur les *Services de réhabilitation et de revalidation des aînés* de David Arbeau, directeur du Programme extramural et de la Sécurité publique des régions de Fredericton et du Haut de la Vallée; et de la Dre Pamela Jarrett, gériatre, Service de gériatrie. C'est un service offert conjointement par le Programme extramural et le ministère du Développement social dans le but d'offrir aux aînés les soins et services intensifs à court terme pour les aider à retrouver leur autonomie et à demeurer chez eux après une blessure ou un séjour à l'hôpital.

Il a également été question de la normalisation du *Programme du milieu de l'enfant* offert à Horizon et des effets de la normalisation sur le personnel. L'avis de mise à pied a suscité de nombreuses réactions du public. On a mis en œuvre un plan de communication, qui comprenait un petit nombre d'entrevues avec les médias. Horizon continue de surveiller la réaction à la décision.

Programme d'aiguillage des patients vers d'autres services – Service d'urgence de L'Hôpital de Moncton

On a également souligné la proposition de L'Hôpital de Moncton concernant l'engorgement du Service d'urgence et les longues périodes d'attente des patients ayant un problème de santé moins urgent. Un comité formé de représentants de la médecine et des soins infirmiers, de partenaires communautaires, ainsi que de représentants de la gestion du risque et des communications s'est réuni fréquemment pour élaborer cette initiative.

Unité de travail et d'accouchement – L'Hôpital de Moncton

On a distribué une note d'information qui expliquait la nécessité de rénover l'Unité de travail et d'accouchement de L'Hôpital de Moncton il y a plusieurs années. En mars 2016, on a découvert des particules de rouille sur la table d'opération de la salle de césarienne. La rouille proviendrait de l'unité de chauffage et de ventilation vétuste. On a alors décidé de déménager l'Unité de travail et d'accouchement en attendant de prendre des mesures correctives. On a commencé à travailler à définir l'envergure du projet et, entre-temps, l'Unité de travail et d'accouchement et la salle d'évaluation prénatale sont situées dans l'unité d'obstétrique, de gynécologie et de la santé du sein. L'unité est pleinement opérationnelle et fonctionne raisonnablement bien. On effectue les césariennes dans la salle d'opération principale qui se trouve sur un autre étage que l'Unité d'obstétrique et de gynécologie. Il n'y a pas de changement à l'Unité des soins intensifs néonataux ni à l'Unité de médecine materno-fœtale.

De plus, on a présenté de l'information sur les indicateurs du troisième trimestre en matière de pratiques opérationnelles requises, de sécurité des patients ainsi que de prévention et de contrôle des infections ainsi qu'une mise à jour sur les soins axés sur le patient et la famille.