



# Réseau de santé Vitalité

*(Régie régionale de la santé A)*

## ***RÈGLEMENTS ADMINISTRATIFS***

Approuvé par le ministre de la Santé  
le 22 octobre 2013

## Table des matières

|   |    |
|---|----|
| SECTION A – GÉNÉRALITÉS .....   | 1  |
| A.1.0 Définitions .....   | 1  |
| A.2.0 Règlements administratifs, accès public .....                             | 3  |
| A.3.0 Modification aux règlements administratifs .....                          | 3  |
| A.4.0 Confidentialité .....   | 4  |
| A.4.1 Information confidentielle et documents .....                             | 4  |
| A.4.2 Manquement à la protection de la vie privée ou à la confidentialité ..... | 4  |
| A.5.0 Dossiers.....   | 4  |
| A.6.0 Divisibilité .....  | 4  |
| A.7.0 Valeur juridique .....  | 5  |
| SECTION B – ADMINISTRATION .....  | 6  |
| B.1.0 Conseil d'administration.....   | 6  |
| B.2.0 Membres – Admissibilité, service maximum.....                             | 6  |
| B.3.0 Conseil d'administration – Vacance .....                                  | 6  |
| B.4.0 Réunions – Procédures, avis, quorum, accès public.....                    | 7  |
| B.4.1 Services de traduction .....  | 7  |
| B.5.0 Procès-verbaux .....  | 7  |
| B.5.1 Procès-verbaux, accès public.....   | 8  |
| B.6.0 Réunions du conseil.....  | 8  |
| B.6.1 Réunions spéciales du conseil .....                                       | 8  |
| B.6.2 Assemblées annuelles du conseil .....                                     | 8  |
| B.6.3 Ordre du jour de l'assemblée annuelle .....                               | 8  |
| B.7.0 Dirigeants du conseil .....   | 9  |
| B.7.1 Fonctions du président.....   | 9  |
| B.7.2 Fonctions du vice-président .....   | 9  |
| B.7.3 Fonctions du trésorier .....  | 9  |
| B.7.4 Fonctions du secrétaire .....   | 10 |
| B.8.0 Comités permanents du conseil .....                                       | 10 |
| B.8.1 Comité exécutif.....  | 10 |
| B.8.2 Comité des finances et de vérification .....                              | 11 |

|                                    |   |    |
|------------------------------------|---|----|
| B.8.3                              | Comité de gouvernance et de mise en candidature .....     | 11 |
| B.9.0                              | Comités spéciaux du conseil.....                          | 11 |
| B.10.0                             | Conflit d'intérêts.....                                   | 11 |
| B.11.0                             | Comités consultatifs .....                                | 12 |
| B.11.1                             | Comité professionnel consultatif .....                    | 12 |
| B.11.2                             | Composition du comité professionnel consultatif .....     | 13 |
| B.11.3                             | Comité médical consultatif.....                           | 13 |
| B.11.4                             | Composition du comité médical consultatif.....            | 15 |
| B.11.5                             | Comité médical consultatif local .....                    | 15 |
| B.11.6                             | Comité d'examen des titres et autres comités locaux ..... | 15 |
| B.12.0                             | Président- directeur général (PDG) .....                  | 15 |
| B.12.1                             | Fonctions du PDG .....                                    | 16 |
| B.13.0                             | Médecin-chef.....   | 16 |
| B.13.1                             | Compétences du médecin-chef.....                          | 16 |
| B.13.2                             | Poste rémunéré à temps partiel.....                       | 16 |
| B.13.3                             | Processus de sélection.....                               | 17 |
| B.13.4                             | Durée du mandat.....                                      | 17 |
| B.13.5                             | Responsabilités du médecin-chef.....                      | 17 |
| B.13.6                             | Médecin-chef intérimaire.....                             | 19 |
| B.14.0                             | Politiques du conseil.....                                | 19 |
| B.15.0                             | Plan régional de santé et d'affaires .....                | 19 |
| B.16.0                             | Rapport annuel au ministre.....                           | 19 |
| B.17.0                             | Année financière .....                                    | 19 |
| B.18.0                             | Opérations bancaires.....                                 | 20 |
| B.19.0                             | Signataires .....   | 20 |
| B.20.0                             | Cautionnement.....  | 20 |
| B.21.0                             | Sceau.....  | 20 |
| B.22.0                             | Vérificateurs .....                                       | 20 |
| B.23.0                             | Associations auxiliaires.....                             | 21 |
| SECTION C – PERSONNEL MÉDICAL..... |   | 22 |
| C.1.0                              | Administration médicale .....                             | 22 |
| C.1.1                              | Un seul personnel médical .....                           | 22 |

|         |  |    |
|---------|--|----|
| C.1.2   | Structure administrative médicale .....                                    | 22 |
| C.1.3   | Division des départements .....  | 22 |
| C.1.4   | Responsabilités des départements au sein de la RRS ou de la zone .....     | 22 |
| C.1.5   | Formation de nouveaux départements .....                                   | 23 |
| C.1.6   | Modification du statut du département .....                                | 23 |
| C.1.7   | Chefs de départements .....  | 23 |
| C.2.0   | Groupes cliniques .....  | 24 |
| C.2.1   | Responsabilités des groupes cliniques .....                                | 24 |
| C.2.2   | Composition des groupes cliniques .....                                    | 24 |
| C.2.3   | Chefs des groupes cliniques .....  | 25 |
| C.3.0   | Droits et obligations des catégories de personnel médical .....            | 25 |
| C.3.1   | Personnel médical actif .....  | 25 |
| C.3.2   | Personnel médical associé .....  | 26 |
| C.3.3   | Personnel médical consultant .....   | 27 |
| C.3.3.1 | Membres-conseils exerçant dans la province .....                           | 27 |
| C.3.3.2 | Membres-conseils exerçant à l'extérieur de la province .....               | 28 |
| C.3.4   | Personnel médical suppléant (Locum Tenens) .....                           | 28 |
| C.3.5   | Personnel médical invité .....   | 28 |
| C.3.6   | Assistant clinique .....   | 29 |
| C.3.7   | Fellow clinique .....  | 30 |
| C.3.8   | Stagiaire en médecine clinique .....                                       | 30 |
| C.4.0   | Personnel affilié .....  | 31 |
| C.4.1   | Apprenants en médecine .....   | 31 |
| C.4.2   | Personnel scientifique .....   | 31 |
| C.4.3   | Personnel médical honoraire .....  | 32 |
| C.5.0   | Nominations et délivrance de titres au personnel médical .....             | 32 |
| C.5.1   | Code de déontologie .....  | 32 |
| C.5.2   | Assurance et protection de responsabilité .....                            | 32 |
| C.5.3   | Compétences .....  | 32 |
| C.5.4   | Nouvelles nominations – Délivrance de titres et octroi de privilèges ..... | 32 |
| C.5.5   | Processus – Nouvelles nominations et privilèges additionnels .....         | 34 |
| C.5.6   | Processus – Renominations .....  | 34 |

|        |  |    |
|--------|--|----|
| C.5.7  | Nominations conjointes.....  | 35 |
| C.5.8  | Refus, réduction ou suspension des privilèges.....                                   | 35 |
| C.5.9  | Privilèges temporaires.....  | 36 |
| C.5.10 | Absence autorisée.....   | 36 |
| C.5.11 | Restriction/suspension d'urgence.....  | 37 |
| C.6.0  | Discipline.....  | 37 |
| C.7.0  | Conduite passible de mesures disciplinaires.....                                     | 38 |
| C.8.0  | Plainte contre un membre du personnel médical.....                                   | 39 |
| C.9.0  | Processus alternatif de règlement des différends.....                                | 39 |
| C.10.0 | Comité d'enquête.....  | 40 |
| C.11.0 | Commission d'examen.....   | 42 |
| C.12.0 | Processus d'examen.....  | 42 |
| C.13.0 | Procédure à suivre lors des audiences formelles de la Commission d'examen.....       | 43 |
| C.14.0 | Processus d'examen du comité médical consultatif et du conseil d'administration..... | 44 |
| C.15.0 | Notification.....  | 45 |
| C.16.0 | Prolongation du délai.....   | 46 |
| C.17.0 | Responsabilité en matière de consignation au dossier.....                            | 46 |
| C.18.0 | Situations d'urgence.....  | 46 |
| C.19.0 | Organisation du personnel médical (OPM).....   | 46 |
| C.19.1 | Une seule organisation du personnel médical.....                                     | 46 |
| C.19.2 | Énoncé de l'objectif.....  | 47 |
| C.19.3 | Philosophie.....   | 47 |

## SECTION A – GÉNÉRALITÉS

### A.1.0 Définitions

Les présents règlements administratifs ont été élaborés de manière à être non sexistes. En conséquence, les formulations qui renvoient au genre telles que ils/leur/eux visent à la fois les hommes et les femmes.

Tous les termes employés dans ces règlements administratifs qui sont également employés dans la *Loi sur les régies régionales de la santé* et dans ses règlements ont la même signification que ceux retrouvés dans ladite loi et lesdits règlements.

Dans ces règlements administratifs, à moins que le contexte ne l'exige:

« agente principale des soins infirmiers » désigne l'agente principale des soins infirmiers de la régie régionale de la santé;

« audience formelle » désigne l'opportunité pour un membre du personnel médical ou la RRS de présenter de la preuve dans un contexte formel tel que décrit à l'article C.13, contrairement au droit de se présenter, qui désigne une comparution personnelle seulement et qui peut être effectuée avec des observations écrites;

« chef de département médical » désigne le médecin nommé par le conseil pour gérer un département médical ou son délégué;

« chef des opérations » (CDO) désigne la personne responsable de la gestion des opérations et de la prestation des soins et services d'une zone;

« chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial » désigne un dentiste dont le nom est inscrit dans le registre des dentistes spécialistes et qui est titulaire d'un permis de spécialiste en chirurgie bucco-dentaire et maxillo-faciale délivré conformément à la *Loi dentaire du Nouveau Brunswick* de 1985 et s'entend également d'un dentiste militaire des Forces armées canadiennes en service dans la province, spécialiste en chirurgie bucco-dentaire et maxillo-faciale. Dans ces règlements on utilise chirurgien buccal et maxillo-facial;

« CMC » désigne le comité médical consultatif;

« CMCL » désigne le comité médical consultatif local;

« comité CMC » désigne un comité du comité médical consultatif qui relève du CMC;

« conseil » désigne le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé A (Réseau de santé Vitalité) nommé conformément aux dispositions de la *Loi sur les régies régionales de la santé* et de ses règlements;

« CPC » désigne le comité professionnel consultatif;

« dentiste » désigne une personne qui a légalement le droit de pratiquer l'art dentaire dans la province et s'entend également d'un dentiste militaire des Forces canadiennes en service dans la province;

« département », sauf indication contraire, désigne un département médical;

« Directeur médical » désigne le directeur médical d'une zone de la RRS;

« doyen » désigne le doyen nommé par le programme de formation médicale de l'université affiliée;

« établissement » désigne tout édifice ou locaux dans lesquels ou à partir desquels des services de santé sont fournis;

« établissement hospitalier » désigne tout hôpital exploité par la régie régionale de la santé qui offre des soins à des patients hospitalisés;

« FMC » désigne la formation médicale continue;

« médecin » désigne une personne qui a légalement le droit de pratiquer la médecine dans la province et s'entend également d'un médecin militaire des Forces canadiennes en service dans la province;

« médecin-chef » désigne le médecin nommé par le conseil comme médecin-chef de la régie régionale de la santé en vertu de l'article B.13 de ces règlements administratifs;

« médecin-chef local » désigne le médecin nommé par le médecin-chef, comme médecin-chef local en vertu de l'article B.13.5 b) de ces règlements administratifs;

« membre du conseil » désigne un membre du conseil d'administration de la RRS nommé conformément aux dispositions de la *Loi sur les régies régionales de la santé et de ses règlements*;

« ministre » désigne le ministre de la Santé;

« personnel médical » désigne les médecins, les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux et les dentistes nommés par le conseil d'administration au sein du personnel médical d'une régie régionale de la santé et auxquels le conseil accorde des privilèges;

« personnel professionnel » désigne les professionnels de la santé qui sont autoréglémentés conformément à une loi d'intérêt privé de l'Assemblée législative, qui sont employés par la régie régionale de la santé, qui sont sous contrat avec cette dernière ou qui ont des privilèges pour exercer leur profession dans la régie de la santé, ainsi que le personnel médical;

« PPC » désigne le perfectionnement professionnel continu;

« président- directeur général (PDG) » désigne la personne nommée directeur général conformément

aux dispositions de la *Loi sur les régies régionales de la santé* et en vertu de l'article B.12 de ces règlements administratifs ou son délégué;

« privilèges » désigne les permissions accordées par le conseil à un membre ou à un membre potentiel du personnel médical pour offrir des soins de santé à un patient et pour utiliser les services diagnostiques et thérapeutiques de la régie régionale de la santé;

« région de la santé » désigne une région de la santé établie conformément à la *Loi sur les régies régionales de la santé*;

« règles des règlements administratifs » désigne les règles régissant la conduite de la régie régionale de la santé telles qu'elles sont adoptées de temps à autre par le conseil en vertu de ces règlements administratifs;

« règles d'un département » désigne les règles régissant la conduite d'un département médical telles qu'elles sont adoptées de temps à autre par le CMC;

« représentant du comité médical consultatif local » désigne un médecin nommé pour jouer le rôle de représentant local en vertu des règles de ces règlements administratifs;

« RRS » désigne une régie régionale de la santé tel que décrit dans la *Loi sur les régies régionales de la santé*;

« structure de l'organisation du personnel médical » désigne la structure administrative gérée par le personnel médical et régissant les activités de ce dernier tel qu'il est mentionné dans les règles de ces règlements administratifs;

« zone » désigne les régions géographiques au sein de la régie régionale de la santé qui sont composées d'un hôpital ou d'un groupe d'hôpitaux ou d'autres types d'établissements ou de programmes.

### **A.2.0 Règlements administratifs, accès public**

Un exemplaire des règlements administratifs de la RRS doit être mis à la disposition du public dans les deux langues officielles, pendant les heures normales de bureau.

### **A.3.0 Modification aux règlements administratifs**

Avant d'être transmis au Ministre pour approbation, un avis de motion visant à créer un nouveau règlement administratif ou à modifier ces règlements administratifs doit être donné dans l'avis de convocation à la réunion du conseil pendant laquelle sera présenté le règlement administratif ou la modification. Cet avis de motion doit être distribué au moins quatorze (14) jours avant la réunion au cours de laquelle il sera abordé.

**A.4.0.1****A.4.0 Confidentialité**

Chaque membre du conseil d'administration, cadre supérieur, employé, membre du personnel médical, personnel non employé de la RRS ou agent doivent respecter et se conformer à tous les statuts, à toutes les lois et à tous les règlements pertinents ainsi qu'aux politiques et procédures de la RRS concernant la confidentialité et la vie privée.

**A.4.1 Information confidentielle et documents**

Tous les renseignements et tous les documents fournis aux membres du conseil d'administration, aux cadres supérieurs, aux employés, aux membres du personnel médical, au personnel non employé et aux agents de la RRS ou obtenus par ces derniers, y compris et sans restreindre la portée générale de ce qui précède, tous les renseignements relatifs aux patients, toutes les questions relatives au personnel, tous les dossiers du personnel médical et tous les documents et les renseignements de nature confidentielle sont réputés être et doivent demeurer confidentiels. Tous les renseignements et documents utilisés lors des sessions privées du conseil sont également réputés être confidentiels et doivent demeurer confidentiels. Les renseignements ou les documents qui ont été évoqués ou présentés lors d'une séance publique du conseil ou qui ont été publiés d'une autre manière par le conseil ne sont plus réputés être confidentiels.

**A.4.2 Manquement à la protection de la vie privée ou à la confidentialité**

Tout soupçon de manquement à la protection de la vie privée ou à la confidentialité fera l'objet d'une enquête conformément aux politiques de la RRS A (Réseau de santé Vitalité) sur la protection de la vie privée et la confidentialité. Le PDG doit aviser le Ministre de toute infraction à cette confidentialité par un cadre supérieur, employé, membre du personnel médical, personnel non-employé ou agent de la RRS et le président du conseil doit aviser le Ministre de toute infraction à cette confidentialité par un membre du conseil.

**A.5.0 Dossiers**

La RRS doit tenir à jour tous les dossiers médicaux, administratifs et financiers qui peuvent être nécessaires de temps à autre en vertu de la loi applicable ou qui peuvent être exigés par le ministre, ou qui représentent des exigences en vertu de la *Loi hospitalière* ou de la *Loi sur les régies régionales de la santé*.

**A.6.0 Divisibilité**

Si l'une des dispositions des présents règlements administratifs devait, pour quelque raison que ce soit, être déclarée invalide, illégale ou non exécutoire par un tribunal compétent, cette invalidité, illégalité ou non-applicabilité n'aura aucune incidence sur toute autre disposition ci-contre, et les présents règlements administratifs devront être interprétés comme si une telle disposition invalide, illégale ou non exécutoire n'avait jamais fait partie de la présente.

### **A.7.0 Valeur juridique**

Un règlement administratif ou amendement adopté lors d'une réunion du conseil dûment constitué est inopérant jusqu'à ce qu'il soit approuvé par le Ministre, conformément à la *Loi sur les régies régionales de la santé*.

## SECTION B – ADMINISTRATION

### B.1.0 Conseil d'administration

Les activités et les affaires internes d'une régie régionale de la santé sont dirigées et gérées par un conseil formé de quinze membres ayant droit de vote dont sept que nomme le ministre et huit membres élus et de trois membres sans droit de vote: le PDG, le président du CMC et le président du CPC.

### B.2.0 Membres – Admissibilité, service maximum

- B.2.0.1** La personne nommée ou élue au conseil ne doit pas être, à l'exception du PDG, du président du CPC et du président du CMC, l'employé d'une RRS, une personne qui jouit de privilèges au sein d'une RRS, l'employé du ministère de la Santé, le membre élu de l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick, de la Chambre des Communes du Canada ou du Sénat, le dirigeant, l'administrateur ou l'employé d'Ambulance Nouveau-Brunswick Inc., l'employé, le directeur-général ou le membre du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, le dirigeant, l'administrateur ou l'employé de FacilicorpNB Ltée., un juge à la Cour d'appel, à la Cour du Banc de la Reine du Nouveau-Brunswick ou à la Cour provinciale ou la personne qui n'a pas le droit de voter conformément aux règlements sous la *Loi sur les régies régionales de la santé*.
- B.2.0.2** La personne qui est élue membre d'un conseil accepte sa fonction en souscrivant le serment d'entrée en fonction au moyen de la formule que lui fournit le Ministre à la première réunion du conseil qui suit le jour de l'élection et demeure en fonction jusqu'à ce que son successeur souscrive ce serment.
- B.2.0.3** Un membre du conseil accepte par écrit toute déclaration d'objectifs généraux que le conseil approuve et remplit ses fonctions conformément à l'esprit et à l'objet de cette déclaration.
- B.2.0.4** Chaque membre d'un conseil, avant d'entrer en fonction, doit accepter par écrit de préserver la philosophie, les valeurs et la déclaration d'objectifs généraux associées à la prestation de services hospitaliers dans un établissement hospitalier appartenant intégralement ou partiellement à un ordre religieux.
- B.2.0.5** Un 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.

### B.3.0 Conseil d'administration – Vacance

Un poste vacant devra être pourvu de la même façon que le poste qu'il remplace au conseil. Dans le cas où aucun candidat n'a posé sa candidature ou si le candidat élu se désiste ou décède avant d'entrer en fonction, le Ministre nommera un membre pour combler le poste.

## **B.4.0 Réunions – Procédures, avis, quorum, accès public**

- B.4.0.1** Chaque membre du conseil doit assister de façon assidue aux réunions du conseil.
- B.4.0.2** Le président doit définir les règles de toutes les réunions, sous réserve des présents règlements administratifs et de la *Loi sur les régies régionales de la santé* ou de ses règlements.
- B.4.0.3** Les questions soulevées lors des réunions du conseil et des comités doivent être décidées par voix majoritaire des membres présents ayant droit de vote. Le président ne doit pas voter sauf en cas d'égalité des voix, où il doit trancher. Tous les votes doivent être émis au scrutin si un membre présent en fait la demande, mais dans le cas contraire le vote doit être effectué de la manière habituelle, par approbation ou désapprobation.
- B.4.0.4** Un avis concernant les réunions du conseil et des comités doit être donné dans un délai raisonnable aux moments et de la façon déterminés par le conseil ou les comités de temps à autre.
- B.4.0.5** Pour toute réunion du conseil ou des comités permanents ou spéciaux du conseil, le quorum doit être constitué d'une majorité des membres du conseil ou du comité ayant droit de vote.
- B.4.0.6** Toutes les réunions du conseil doivent être ouvertes au public. Une réunion ou une partie de réunion peut être tenue à huis clos si le conseil pense que la discussion pourrait révéler:
- (a) des renseignements spécifiques sur un particulier identifiable;
  - (b) des renseignements sur les questions de la gestion des risques ou aux soins des patients;
  - (c) porter préjudice aux mesures de sécurité mises en place par la RRS ; ou
  - (d) compromettre l'efficacité avec laquelle la RRS exerce ses fonctions et ses responsabilités.

### **B.4.1 Services de traduction**

La RRS doit s'assurer que des services de traduction simultanée dans les deux langues officielles sont fournis au public qui assiste à une réunion du conseil ouverte au public ou à toute réunion tenue par la RRS qui est ouverte au public.

## **B.5.0 Procès-verbaux**

Les procès-verbaux de toutes les réunions du conseil et des comités doivent être conservés et tous ces procès-verbaux doivent être distribués à tous les membres du conseil ou des comités à la suite de ces réunions. Lorsqu'un conseil tient une réunion, ou une partie d'une réunion, à huis clos, il doit s'assurer que le procès-verbal de la réunion indique la nature du sujet qui doit être discuté à huis clos et les raisons pour lesquelles le conseil estime qu'il est nécessaire de tenir la réunion, ou la partie de réunion, à huis clos. Un conseil doit envoyer la copie du procès-verbal adopté de chaque réunion au Ministre dans les sept (7) jours qui suivent la réunion à laquelle le procès-verbal a été adopté et doit lui fournir le procès-verbal de toute réunion, ou partie de réunion, tenue à huis clos.

### **B.5.1 Procès-verbaux, accès public**

Le conseil doit s'assurer que le procès-verbal adopté, autre que le procès-verbal d'une réunion, ou d'une partie de réunion, tenue à huis clos pour des motifs valables est mis à la disposition du public dans les deux langues officielles pendant les heures normales de bureau.

### **B.6.0 Réunions du conseil**

**B.6.0.1** Le conseil doit tenir des réunions ordinaires au moins quatre (4) fois par année financière à une date, à une heure et à un endroit au Nouveau-Brunswick qui seront établis par le conseil. Entre les réunions du conseil, le conseil peut déléguer au comité exécutif les pouvoirs nécessaires à l'exploitation de la RRS et les fonctions essentielles qui ne peuvent être reportées jusqu'à la prochaine rencontre du conseil.

**B.6.0.2** Un membre du conseil de la RRS peut participer à une réunion du conseil ou d'un comité du conseil par téléphone ou par d'autres moyens de communication permettant à toutes les personnes qui participent à la réunion de s'entendre et si tous les membres présents du conseil ou du comité y consentent. Un administrateur qui participe à une réunion par ces moyens est réputé être présent à la réunion.

### **B.6.1 Réunions spéciales du conseil**

Les réunions spéciales du conseil doivent être convoquées par le secrétaire à la demande du président ou, en son absence, du vice-président, ou à la demande écrite de trois (3) membres (dont la demande doit contenir les détails du sujet à aborder).

### **B.6.2 Assemblées annuelles du conseil**

La RRS doit tenir une assemblée annuelle ouverte au public. Cette assemblée annuelle doit être tenue au cours du mois de juin de chaque année à une date, à une heure et à un endroit établis par le conseil.

### **B.6.3 Ordre du jour de l'assemblée annuelle**

Les activités menées lors de l'assemblée annuelle doivent inclure:

- (a) adoption du procès-verbal de l'assemblée annuelle précédente;
- (b) présentation du rapport annuel de la RRS;
- (c) rapport du président du conseil;
- (d) rapport du PDG;
- (e) rapport du président du comité médical consultatif;
- (f) rapport du président du comité professionnel consultatif;

- (g) rapport du trésorier;
- (h) rapport des vérificateurs;
- (i) rapport du comité de gouvernance et de mise en candidature;
- (j) élection des dirigeants;
- (k) nomination des présidents des comités permanents;
- (l) nomination des membres des comités permanents;
- (m) nomination des vérificateurs.

## **B.7.0 Dirigeants du conseil**

**B.7.0.1** Les dirigeants du conseil doivent être le président, le vice-président, le trésorier et le secrétaire ainsi que d'autres dirigeants si telle est la volonté du conseil.

**B.7.0.2** Le président doit être nommé par le Ministre parmi les membres du conseil ayant droit de vote. Le conseil doit élire le vice-président et le trésorier, parmi les autres membres ayant droit de vote, à l'assemblée annuelle du conseil. Le secrétaire doit être le PDG.

### **B.7.1 Fonctions du président**

Le président doit:

- (a) présider toutes les réunions du conseil;
- (b) être président du comité exécutif;
- (c) être un membre d'office ayant droit de vote de tous les comités permanents du conseil;
- (d) faire un compte rendu des activités de la RRS à chaque assemblée annuelle;
- (e) remplir d'autres fonctions déterminées par le conseil.

### **B.7.2 Fonctions du vice-président**

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.

### **B.7.3 Fonctions du trésorier**

Le trésorier doit:

- (a) assurer la garde et le contrôle de tous les dossiers de titres, de fonds et financiers;
- (b) soumettre un rapport financier au conseil lors de chaque réunion ordinaire et un rapport

annuel lors de l'assemblée annuelle du conseil;

(c) remplir d'autres fonctions dictées par le conseil.

#### **B.7.4 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 registres de procès-verbaux, documents et registres de la RRS;
- (e) être le gardien du sceau de la RRS;
- (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.

#### **B.8.0 Comités permanents du conseil**

Sauf indication contraire des présents règlements administratifs, les présidents et les membres des comités permanents du conseil doivent être nommés par le conseil lors de l'assemblée annuelle ou à tout autre moment autorisé par le conseil.

Les comités suivants doivent être les comités permanents du conseil:

- (a) comité exécutif;
- (b) comité des finances et de vérification;
- (c) comité de gouvernance et de mise en candidature.

#### **B.8.1 Comité exécutif**

Le comité exécutif doit être composé du président, du vice-président, du trésorier, du secrétaire et de trois (3) autres membres du conseil ayant droit de vote. Le comité exécutif doit avoir le pouvoir de régler toutes les activités habituelles pendant la période séparant les réunions ordinaires du conseil, sous réserve des limites énoncées dans ces règlements administratifs ou sauf indication contraire du conseil. Le comité doit signaler toutes ces activités au conseil lors de sa prochaine réunion et accomplir d'autres fonctions conformément aux directives du conseil.

Le président du conseil doit être le président du comité exécutif.

## B.8.2 Comité des finances et de vérification

Le comité des finances et de vérification doit être constitué de quatre (4) membres du conseil ayant droit de vote, y compris du trésorier qui doit être le président. Le comité des finances doit:

- (a) recommander l'adoption du budget annuel et surveiller les résultats opérationnels de manière continue;
- (b) recommander au conseil l'adoption de mesures découlant du rapport de vérification annuel de la RRS;
- (c) informer et orienter le conseil en matière de finances;
- (d) orienter le conseil sur l'investissement de fonds pour lequel il a une responsabilité fiduciaire;
- (e) remplir d'autres fonctions dictées par le conseil.

## B.8.3 Comité de gouvernance et de mise en candidature

**B.8.3.1** Le comité de gouvernance et de mise en candidature doit être constitué d'au moins trois (3) membres du conseil ayant droit de vote, dont un en sera le président. Le conseil nomme le président du comité. Le comité de gouvernance et de mise en candidature est responsable:

- (a) d'orienter le conseil sur les questions relatives à la structure et aux processus de gouvernance du conseil, à l'évaluation de l'efficacité du conseil, à la formation et à l'évaluation des membres du conseil;
- (b) de recruter et de nommer des dirigeants et des présidents des comités du conseil;
- (c) de soumettre, lors de la réunion annuelle du conseil des nominations pour les postes de vice-président et de trésorier, pour les membres de tous les comités du conseil, sauf mention contraire dans les règlements administratifs, ainsi que des nominations pour des postes au sein du CPC et du CMC, y compris des nominations pour les remplacements de postes devenus vacants avant la fin de leur mandat;
- (d) de s'acquitter d'autres fonctions que le conseil pourrait lui confier.

## B.9.0 Comités spéciaux du conseil

Le conseil peut mettre en place des comités spéciaux et nommer les membres et le président de ces comités pour faire face aux situations qui peuvent survenir de temps à autre et qui seraient mieux gérées par de tels comités. Le comité exécutif peut également nommer des comités spéciaux sous réserve d'une ratification par le conseil lors de sa prochaine réunion.

## B.10.0 Conflit d'intérêts

**B.10.0.1** Il est interdit à tout membre de voter sur une question ou de parler d'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; un parent, un conjoint, un frère, une sœur ou un enfant du membre a un intérêt dans la question;
- (c) Le membre est un dirigeant, un employé ou un agent d'une corporation ou d'une association non constituée en corporation, ou autre association de personnes qui a un intérêt dans la question.

**B.10.0.2** 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. Un membre divulgue tout conflit d'intérêts à la réunion où la question qui fait l'objet du conflit est étudiée, ou si le membre ne se trouve pas en conflit d'intérêts au moment où la question est étudiée pour la première fois, il déclare le conflit à la première réunion qui se tient après l'apparition du conflit.

**B.10.0.3** Tout membre ayant déclaré un conflit d'intérêts ou un intérêt concernant un contrat ou une transaction proposée ou tout autre intérêt financier relatif à la RRS ou autre et qui est abordé doit s'absenter pendant la discussion et le vote sur la question, et cette absence sera consignée dans le procès-verbal.

## **B.11.0 Comités consultatifs**

Le conseil constitue un comité professionnel consultatif et un comité médical consultatif conformément à la *Loi sur les régies régionales de la santé* et définit le mandat pour d'autres comités, si cela est jugé nécessaire pour la bonne gouvernance de la RRS.

### **B.11.1 Comité professionnel consultatif**

**B.11.1.1** Le comité professionnel consultatif (CPC) doit être composé d'au plus quinze (15) membres ayant droit de vote (excluant les membres d'office) nommés par le conseil, qui doivent être des membres du personnel professionnel de la RRS.

**B.11.1.2** 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 trois (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 doit:

- (a) se réunir au moins quatre (4) fois par an ainsi qu'à la demande du président et doit tenir à jour un dossier permanent de ses travaux et de ses mesures;
- (b) pouvoir convoquer, à la demande du président ou par écrit par trois (3) membres (dont la

- demande doit contenir les détails du sujet à aborder), des réunions spéciales à tout moment;
- (c) orienter le conseil sur les questions de santé et de soins cliniques;
  - (d) orienter le conseil sur les critères d'admission et de congé des patients;
  - (e) orienter le conseil sur les recommandations découlant des problèmes liés à l'assurance de la qualité et à la gestion des risques;
  - (f) orienter le conseil sur les services offerts par la RRS et les options multidisciplinaires pour la prestation de services;
  - (g) orienter le conseil sur les normes de services et la pertinence du placement du patient;
  - (h) surveiller les normes d'agrément;
  - (i) assurer la délivrance annuelle des titres à tous les professionnels de la santé réglementés autres que les médecins, dentistes et chirurgiens buccaux-dentaires et maxillo-faciaux;
  - (j) lorsque nécessaire, peut établir des sous-comités pour l'aider dans ses fonctions;
  - (k) remplir d'autres fonctions dictées par le conseil.

#### **B.11.2 Composition du comité professionnel consultatif**

- (a) La composition représente les disciplines de la santé dans la RRS et les régions géographiques qui permettront au comité d'accomplir son mandat. Le comité sera composé d'au plus quinze (15) membres ayant droit de vote parmi lesquels figureront au moins cinq (5) membres de différentes professions de la santé qui sont autoréglementées conformément à une loi d'intérêt privé et au moins un (1) membre qui exerce habituellement dans chacun des domaines suivants: services hospitaliers, services extra-muraux, services communautaires de santé mentale et santé publique, services de soins primaires et services de traitement des dépendances.
- (b) Le conseil nomme le président sur recommandation du CPC et du PDG. Le président du CMC et le PDG sont des membres d'office sans droit de vote du CPC. Le PDG doit assister à chaque réunion du comité professionnel consultatif.

#### **B.11.3 Comité médical consultatif**

- B.11.3.1** Le comité médical consultatif (CMC) doit être composé d'au plus quinze (15) membres ayant droit de vote (excluant les membres d'office) nommés par le conseil, qui doivent être des membres du personnel médical. Les nominations doivent se faire pour un mandat de trois (3) ans renouvelable chaque année par le conseil. Les membres du CMC ne peuvent être nommés pour plus de deux mandats consécutifs de trois (3) ans, mais peuvent, par la suite, être renommés après une absence de trois ans du CMC.

**B.11.3.2** Le comité médical consultatif doit:

- (a) se réunir au moins quatre (4) fois par an ainsi qu'à la demande du président et tenir à jour un dossier permanent de ses travaux et de ses mesures;
- (b) pouvoir convoquer, à la demande du président du CMC, des réunions spéciales à tout moment;
- (c) conseiller le conseil sur les nominations du personnel médical et sur les privilèges des membres du personnel médical;
- (d) faire des recherches, à la demande du conseil, sur des questions exigeant de l'expertise médicale et rendre compte au conseil;
- (e) prendre les dispositions appropriées pour la supervision de tous les départements médicaux, les services des adjoints aux médecins, les services dentaires et les services de chirurgie buccale et maxillo-faciale fournis par la RRS;
- (f) coordonner les activités et les politiques générales des divers départements;
- (g) recevoir les rapports de tous les comités du personnel médical et de tous les départements et agir conformément à ces rapports;
- (h) conseiller le PDG et le conseil sur les questions concernant les normes relatives à l'exercice de la médecine au sein de la RRS et superviser l'exercice de la médecine, de la dentisterie et de la chirurgie buccale et maxillo-faciale au sein de la RRS;
- (i) mettre en œuvre les politiques approuvées du conseil en ce qui concerne l'exercice de la médecine, dentisterie et de la chirurgie buccale et maxillo-faciale au sein de la RRS;
- (j) conseiller le conseil sur les questions de qualité des soins médicaux et de sécurité;
- (k) prendre toutes les mesures raisonnables pour garantir une conduite professionnelle éthique de la part de tous les membres du personnel médical;
- (l) aider le conseil et le PDG à respecter les normes requises par les programmes d'agrément;
- (m) écouter les griefs et les différends entre les membres du personnel médical et agir en tant que médiateur entre les parties concernées, sauf dans les cas qui traitent de compétence professionnelle, mauvaise conduite, négligence, discipline, ou à tout autre cas prévu à l'article C.7;
- (n) remplir les fonctions assignées dans ces règlements administratifs relativement aux programmes d'agrément;
- (o) remplir les fonctions assignées dans ces règlements administratifs relativement aux plaintes et à la discipline;

- (p) aviser le personnel médical des activités du CMC de façon régulière;
- (q) lorsque nécessaire, établir des sous-comités pour l'aider dans ses fonctions;
- (r) remplir d'autres fonctions dictées par le conseil.

#### **B.11.4 Composition du comité médical consultatif**

- (a) L'adhésion doit être représentative de la structure de gestion clinique et refléter les régions géographiques et les domaines spécialisés qui permettront au comité d'accomplir son mandat et de refléter la composition indiquée dans les règles des règlements administratifs.
- (b) Le conseil doit appointer le médecin-chef comme président du comité. De plus, le président du CPC et le PDG seront des membres d'office sans droit de vote du CMC. Un médecin-hygiéniste, nommé par le médecin-hygiéniste en chef et un représentant de la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, doit également être un membre d'office sans droit de vote du CMC. Le PDG doit assister à toutes les réunions du CMC.

#### **B.11.5 Comité médical consultatif local**

- (a) Le conseil peut, après avoir consulté le CMC, créer ou supprimer un comité médical consultatif local (CMCL) dans chaque zone. Le CMCL doit être composé d'au plus quinze (15) membres ayant droit de vote qui doivent être membres du personnel médical des zones pour lesquelles le CMCL est créé. Les nominations doivent se faire pour un mandat de trois (3) ans renouvelable chaque année par le conseil. Les membres du CMCL ne peuvent être nommés pour plus de deux mandats consécutifs de trois (3) ans, mais peuvent, par la suite, être renommés après une absence de trois (3) ans du CMCL, sauf disposition contraire du conseil.
- (b) Le médecin-chef local sera le président du comité. De plus, le PDG, le directeur médical de la zone, le Chef des opérations local et un représentant des soins infirmiers, recommandé par le PDG, seront des membres d'office sans droit de vote du CMCL.
- (c) Le CMCL doit s'acquitter de toutes les tâches assignées par le conseil ou le CMC.

#### **B.11.6 Comité d'examen des titres et autres comités locaux**

Le CMCL doit créer un comité d'examen des titres et tout autre comité prévu dans les règles des règlements administratifs. La composition et le mandat desdits comités doivent être précisés dans les règles des règlements administratifs.

### **B.12.0 Président- directeur général (PDG)**

- B.12.0.1** Le Ministre nomme un directeur général, lequel occupe son poste au gré du Ministre et rend compte au conseil de la gestion générale et de la conduite des affaires internes de la région régionale de la

santé dans le cadre des règlements administratifs, des règles des règlements administratifs, des politiques et des directives du conseil. Dans ces règlements administratifs, Président-Directeur Général (PDG) renvoie au directeur général ou à son délégué.

### **B.12.1 Fonctions du PDG**

Sans restreindre le caractère général de ce qui précède et sauf disposition contraire des présents règlements administratifs ou de la *Loi sur les régies régionales de la santé*, de la *Loi hospitalière*, de la *Loi sur les services hospitaliers* ou de toute autre loi ou tout autre règlement découlant de ces lois, le PDG doit notamment, dans le cadre de ses fonctions:

- (a) être responsable de la gestion de la RRS;
- (b) être responsable de la sélection, de l'embauche, du contrôle, du perfectionnement, de l'orientation et du renvoi de tous les employés;
- (c) assister à toutes les réunions du conseil et des comités du conseil à moins d'en être exempté par le conseil;
- (d) être un membre d'office sans droit de vote de tous les comités de la RRS, y compris tous les comités ou sous-comités du conseil;
- (e) être 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*, de la *Loi hospitalière* et des règlements découlant de ces lois, 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;
- (f) nommer un délégué à sa discrétion.

## **B.13.0 Médecin-chef**

### **B.13.1 Compétences du médecin-chef**

Le médecin-chef doit être un médecin praticien qui est membre en règle du personnel médical actif de la RRS et qui exerce activement la médecine.

### **B.13.2 Poste rémunéré à temps partiel**

Le poste de médecin-chef est un poste rémunéré et peut être à temps partiel. Le conseil doit de temps à autre établir le temps minimal que le médecin-chef doit consacrer à ce poste et le montant de la rémunération qu'il doit offrir pour ses services.

Sauf autorisation contraire explicite dans les règlements administratifs ou dans les règles des règlements administratifs ou sauf autorisation contraire du PDG, le médecin-chef n'occupera aucun autre poste majeur ni aucun poste au sein du personnel médical ou de toute autre organisation qui pourrait entrer en conflit avec ses fonctions de médecin-chef ou y nuire.

### B.13.3 Processus de sélection

Le médecin-chef sera nommé par le conseil après avoir reçu et pris en considération les recommandations d'un comité de recherche formé des personnes suivantes, à savoir:

- (a) un directeur médical nommé par le PDG;
- (b) le PDG;
- (c) un représentant de l'organisation du personnel médical;
- (d) l'agente principale des soins infirmiers ou un autre membre des cadres supérieurs;
- (e) deux (2) représentants du CMC nommés par ce dernier;
- (f) le doyen de la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke ou son délégué.

À leur première réunion, le comité choisira un président parmi ses membres.

### B.13.4 Durée du mandat

Le médecin-chef doit être nommé pour un mandat de cinq (5) ans et doit être admissible pour un autre mandat ne devant pas dépasser cinq (5) ans. La nomination du médecin-chef est soumise à un examen annuel et à la confirmation du conseil.

### B.13.5 Responsabilités du médecin-chef

Le médecin-chef est responsable devant le conseil de la qualité des soins prodigués par le personnel médical dans tous les établissements de la RRS. Il travaille avec le PDG et relève directement du conseil et il doit assister régulièrement aux réunions du conseil. Les fonctions du médecin-chef peuvent être déléguées au président d'un CMCL ou à un chef de département au besoin afin d'assurer une prise en charge en temps opportun. Les responsabilités du médecin-chef sont les suivantes:

- (a) dans les limites permises par les ressources de la RRS, veiller à ce que le personnel médical maintienne un niveau élevé de soins aux patients dans tous les établissements conformément à la loi et à leurs règlements, aux règlements administratifs, aux règles des règlements administratifs, aux règles des départements, aux normes de délivrance des permis et d'agrément ainsi qu'aux normes des facultés de médecine affiliées;
- (b) après consultation auprès des membres locaux du personnel médical, nommer le médecin-chef local pour chacun des CMCL de la RRS comme il est décrit dans les règles de ces règlements administratifs;
- (c) travailler par l'intermédiaire des chefs de département et en collaboration avec ces derniers, et superviser les soins dispensés par le personnel médical à tous les patients de la RRS;
- (d) avoir l'autorité lorsque nécessaire ou approprié de retirer la responsabilité à un membre les soins d'un patient qui, selon le médecin-chef, ne reçoit pas les soins appropriés, et l'attribuer

- à un autre membre du personnel médical;
- (e) recevoir tous les rapports du personnel médical ou de l'administration concernant des situations qui pourraient avoir un effet défavorable sur les soins aux patients dans un établissement et y réagir par l'entremise de canaux appropriés;
  - (f) exercer un pouvoir de supervision et un pouvoir disciplinaire sur les membres du personnel médical en ce qui concerne les soins aux patients;
  - (g) entreprendre les fonctions prévues dans ces règlements administratifs concernant les plaintes déposées à l'encontre des membres du personnel médical;
  - (h) faire en sorte que chaque nouveau membre du personnel médical le rencontre ou rencontre son chef de département afin de veiller à ce qu'il possède les connaissances nécessaires des lois et des règlements pertinents en ce qui concerne les soins aux patients;
  - (i) veiller, par l'entremise des chefs de département, à ce que le personnel médical soit tenu informé des changements aux politiques, aux objectifs et aux règlements de la RRS relatifs aux soins des patients;
  - (j) conjointement avec les CMCL et le CMC, veiller à ce que tous les membres du personnel médical participent aux séances de formation médicale continue et de perfectionnement professionnel continu;
  - (k) documenter et tenter de résoudre les questions importantes concernant des membres individuels du personnel médical, en collaboration avec le directeur médical de la zone;
  - (l) promouvoir et maintenir une organisation clinique efficace et efficiente du personnel médical;
  - (m) promouvoir et maintenir une communication productive et coopérative entre le personnel médical, l'administration et le conseil;
  - (n) aider l'administration à établir une planification à court terme et à long terme;
  - (o) être président du comité médical consultatif;
  - (p) être un membre d'office du comité professionnel consultatif;
  - (q) être un membre d'office de tous les sous-comités du comité médical consultatif, de tous les CMCL et de leurs sous-comités respectifs;
  - (r) être membre du comité des ressources médicales et aider les directeurs médicaux à planifier et à gérer les exigences en matière de ressources médicales des divers départements;
  - (s) veiller, en collaboration avec les directeurs médicaux, à ce qu'un examen annuel de la performance clinique des chefs de département soit mené et formuler des

recommandations sur la renomination des chefs de département au personnel médical;

- (t) assumer des fonctions et des responsabilités autres, pouvant parfois lui être attribuées par le PDG ou étant établies dans les règles.

### **B.13.6 Médecin-chef intérimaire**

Avec l'approbation du PDG, le médecin-chef doit désigner un membre du CMC pour le remplacer et agir en son nom en son absence.

### **B.14.0 Politiques du conseil**

Le conseil doit veiller à ce que soient établies des politiques conformes à la *Loi sur les régies régionales de la santé*, à la *Loi sur les services hospitaliers*, à la *Loi hospitalière* et aux règlements découlant de ces lois en ce qui concerne l'admission et les soins des patients, ainsi que d'autres politiques et procédures nécessaires pour l'exploitation efficace de la RRS. Les politiques approuvées par le conseil sont des politiques du conseil et elles ne peuvent être modifiées qu'avec l'approbation du conseil.

### **B.15.0 Plan régional de santé et d'affaires**

La RRS doit préparer et soumettre au Ministre un projet de plan régional de santé et d'affaires tenant compte du plan provincial de la santé, comme le prévoit la *Loi sur les régies régionales de la santé*.

### **B.16.0 Rapport annuel au ministre**

La RRS doit soumettre au Ministre un rapport annuel incluant les états financiers vérifiés et le rapport du vérificateur sur les états financiers avant le 30 juin, chaque année, pour l'exercice précédent. Le rapport annuel doit contenir:

- (a) des rapports sur les activités de la RRS et sur le rendement de cette dernière relativement aux objectifs de rendement fixés par le ministre;
- (b) un sommaire des états financiers vérifiés de la RRS;
- (c) un sommaire des revenus prévus au budget et effectifs de la RRS ainsi que ses dépenses prévues et effectives;
- (d) un rapport sur les salaires payés aux cadres supérieurs de la RRS;
- (e) tout autre renseignement prescrit par la *Loi sur les régies régionales de la santé*, la *Loi hospitalière*, la *Loi sur les services hospitaliers* ou toute autre loi ou tout autre règlement découlant de ces lois.

### **B.17.0 Année financière**

L'année financière de la RRS commence chaque année le 1er avril et se termine le 31 mars de l'année

suivante.

### **B.18.0 Opérations bancaires**

Le conseil doit désigner de temps à autre des banques à charte, des sociétés de fiducie ou des coopératives de crédit dans lesquelles les fonds de la RRS seront déposés et il peut autoriser l'ouverture de ces comptes selon les besoins. Le conseil peut, par résolution, autoriser un ou plusieurs dirigeants ou employés, pour le conseil ou au nom du conseil, à:

- (a) déposer au crédit de la RRS dans une banque, une société de fiducie ou une coopérative de crédit désignée par le conseil, toutes les sommes reçues par la RRS;
- (b) effectuer un retrait par chèque des fonds de la RRS nécessaires pour le paiement des comptes par la RRS;
- (c) emprunter de l'argent de temps à autre pour répondre aux besoins de la RRS avec l'approbation du Ministre.

### **B.19.0 Signataires**

Le PDG et le directeur des services financiers doivent signer au nom de la RRS et apposer le sceau de la RRS à tous les contrats, toutes les ententes, tous les transferts, toutes les hypothèques ou tous les autres documents nécessitant le sceau. Le conseil peut autoriser par résolution le PDG ou d'autres employés à exécuter tout contrat, accord ou autre document si le conseil le juge nécessaire.

### **B.20.0 Cautionnement**

Les directeurs, les dirigeants et les employés de la RRS désignés par le conseil doivent souscrire à une assurance contre les détournements auprès d'une société de cautionnement d'un montant approuvé par le conseil. À la discrétion du conseil, il est possible de répondre aux exigences susmentionnées grâce à un cautionnement global du personnel. Les frais rattachés à toute assurance contre les détournements souscrite en vertu de cet article seront pris en charge par la RRS.

### **B.21.0 Sceau**

Le sceau de la RRS doit avoir la forme du sceau imprimé dans le présent document.

### **B.22.0 Vérificateurs**

Les comptes, les dossiers et les opérations financières de la RRS doivent être vérifiés chaque année par un vérificateur externe nommé par le conseil lors de son assemblée annuelle. Le vérificateur ne doit pas être un dirigeant ni un membre du conseil et ne doit pas être un employé de la RRS. Le vérificateur ne doit pas avoir ou avoir eu un intérêt direct ou indirect dans une entente ou un contrat conclu par la RRS, autre qu'un contrat concernant la vérification. Le vérificateur ne doit pas être un membre de la famille immédiate d'un dirigeant ou d'un membre du conseil, ou encore d'un employé

de la RRS. Le vérificateur doit soumettre son rapport au conseil lors de sa prochaine assemblée annuelle et doit faire rapport de son travail au conseil lorsque ce dernier lui en fait la demande.

### **B.23.0 Associations auxiliaires**

- B.23.0.1** Le conseil peut approuver la formation d'associations auxiliaires appuyant les initiatives de la RRS lorsque cela est jugé utile. De telles associations doivent être dirigées sur l'avis du conseil pour le bien-être général et à l'avantage de la RRS et de ses patients.
- B.23.0.2** Ce type d'association doit élire ses propres dirigeants et formuler ses propres règlements administratifs et les employés de ces associations ne sont pas considérés comme des employés de la RRS, mais les objectifs, les activités et les règlements administratifs de chaque association doivent être assujettis à l'examen et à l'approbation du conseil à tout moment. Une association auxiliaire doit, en vertu de cet article, fournir un rapport annuel au conseil et à tout moment jugé utile par le conseil.
- B.23.0.3** Une association auxiliaire approuvée en vertu de cet article ou tout membre d'une telle organisation doit se trouver sous le contrôle et la direction du PDG lorsqu'il pénètre dans un établissement de santé. Chaque association auxiliaire doit faire examiner ses opérations financières par un vérificateur. Le vérificateur pour la RRS peut être le vérificateur pour l'association auxiliaire citée dans cet article.
- B.23.0.4** Aucune association ne peut utiliser le nom de la RRS ou de ses établissements pour toute activité sans le consentement écrit du conseil.

## SECTION C – PERSONNEL MÉDICAL

### C.1.0 Administration médicale

#### C.1.1 Un seul personnel médical

Il ne doit y avoir qu'un seul personnel médical pour l'ensemble de la RRS, et ce, peu importe le nombre d'établissements et de programmes administrés par cette dernière. Malgré ce qui précède, les privilèges accordés aux membres du personnel médical par le conseil peuvent être restreints à un ou à plusieurs établissements ou programmes et peuvent varier d'un établissement ou d'un programme à l'autre.

#### C.1.2 Structure administrative médicale

Le personnel médical doit être organisé en un certain nombre de départements à l'échelle de la RRS ou de la zone tel qu'il peut être requis et approuvé de temps à autre par le conseil. Ces départements constitueront à leur tour les divisions à l'échelle de la zone et peuvent être sous-divisés en services au sein des zones telles qu'il peut être requis et approuvé par le CMC de temps à autre.

#### C.1.3 Division des départements

- C.1.3.1** Le chef de département peut, de temps à autre, avec l'approbation du CMC, subdiviser son département en divisions et services afin de faciliter l'organisation et la formation. Le chef de département doit, avec l'approbation du CMC, nommer des chefs pour chaque division ou service et peut accorder différents degrés d'autonomie, reconnaissant que chaque division ou service fait partie d'un département et est responsable devant le chef de département, qui est lui-même responsable du rendement de toutes les divisions ou services au sein de son département.
- C.1.3.2** Si une division ou un service n'est plus nécessaire, le chef de département peut, avec l'approbation du CMC, annuler la division ou le service et l'assigner à un département existant approprié.

#### C.1.4 Responsabilités des départements au sein de la RRS ou de la zone

Chaque département a la responsabilité de faire approuver sa structure organisationnelle par le CMC et doit présenter les avis de ses membres au PDG, aux comités pertinents et aux autres départements cliniques et autres secteurs de services de la RRS. Chaque département est responsable de la mise en œuvre de toutes les politiques du CMCL, du CMC et de l'administration dans la mesure où elles s'appliquent au département. Chaque département doit:

- (a) examiner et surveiller les données statistiques précises pertinentes pour les activités du département;

- (b) veiller à une prestation des soins de la meilleure qualité possible;
- (c) vérifier régulièrement les activités des membres relatives aux soins des patients;
- (d) maintenir et promouvoir un programme de FMC ou de PPC pour ses membres;
- (e) contribuer à une expérience d'apprentissage adéquate pour les apprenants;
- (f) collaborer et coopérer avec d'autres départements, divisions et services et tous les autres secteurs de service de la RRS;
- (g) travailler en respectant l'alignement stratégique proposé par le conseil;
- (h) créer et maintenir les règles du département;
- (i) assumer d'autres responsabilités établies à l'occasion par le département, le médecin-chef, le PDG ou leurs représentants.

### **C.1.5 Formation de nouveaux départements**

Si un groupe de médecins ayant un intérêt commun indique que ou lorsqu'il devient évident pour le PDG que:

- (a) le service à la RRS et à ses patients serait amélioré si un département distinct était créé;
- (b) et que le groupe des médecins est prêt à assumer les responsabilités d'exploitation d'un département distinct;

le PDG peut, après avoir consulté le chef de département actuel, le médecin-chef, le CMCL et le CMC, recommander au conseil qu'un nouveau département soit créé.

### **C.1.6 Modification du statut du département**

Si un département en fait la demande ou si, à tout moment, il devient évident pour le PDG qu'un département est:

- (a) considéré comme incapable de demeurer autonome de façon efficace;
- (b) ou incapable de trouver un chef de département intéressé à assumer les responsabilités d'un tel poste et capable de les assumer,

le PDG peut, après avoir consulté le médecin-chef, le CMCL et le CMC, recommander au conseil que le département fasse partie d'un département existant, de façon temporaire ou permanente.

### **C.1.7 Chefs de départements**

Le conseil doit nommer un chef pour chaque département du personnel médical et le conseil ou le PDG doit, à l'occasion, définir les fonctions et les responsabilités de chacun. Le chef de département

doit:

- (a) être membre du personnel médical actif;
- (b) exercer la médecine principalement au sein de la RRS;
- (c) être responsable devant le PDG de l'organisation adéquate et du bon fonctionnement de son département;
- (d) si le département est à l'échelle de la zone, être responsable devant le président du CMCL de la supervision générale des soins médicaux ou dentaires ou buccaux et maxillo-faciaux des patients;
- (e) si le département est à l'échelle de la RRS, être responsable devant le président du CMC de la supervision générale des soins médicaux ou dentaires ou buccaux et maxillo-faciaux des patients;
- (f) avoir l'autorité de déléguer les responsabilités d'un département telles que décrites à l'article C.1.4 à une division ou à un service.

Les modalités de nomination des chefs de département doivent être indiquées dans les règles des règlements administratifs.

## **C.2.0 Groupes cliniques**

Si des départements sont présents dans plus d'une zone, le CMC peut recommander au Conseil d'approuver la création de groupes cliniques à l'échelle de la RRS.

### **C.2.1 Responsabilités des groupes cliniques**

Chaque groupe clinique doit:

- (a) élaborer des indicateurs de pertinence et d'efficacité des soins au sein de la spécialité ou de la sous-spécialité et suivre de près ces indicateurs;
- (b) faire son possible pour mettre en œuvre les meilleures pratiques;
- (c) recommander des initiatives d'amélioration de la qualité.

Chacun des médecins, dentistes et chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux membres des groupes cliniques relève de la structure organisationnelle de son propre département, mais les chefs des groupes cliniques doivent rendre compte au CMC.

### **C.2.2 Composition des groupes cliniques**

Chaque groupe clinique au sein d'une spécialité ou d'une sous-spécialité sera composé d'un ou de plusieurs représentants de chaque zone, là où elles existent. Des membres du personnel ou de la direction des programmes cliniques de la RRS peuvent être ajoutés aux groupes cliniques, au besoin,

pour remplir leur mandat.

### **C.2.3 Chefs des groupes cliniques**

Le CMC doit nommer un chef pour chaque groupe clinique du personnel médical et le PDG doit, de temps à autre, définir les fonctions et les responsabilités de chacun. Le chef d'un groupe clinique doit:

- (a) être membre du personnel médical actif;
- (b) exercer principalement au sein de la RRS;
- (c) être responsable devant le CMC et mener à bien le mandat du groupe clinique.

Les modalités de nomination des chefs des groupes cliniques doivent être indiquées dans les règles des règlements administratifs.

### **C.3.0 Droits et obligations des catégories de personnel médical**

Chaque département doit définir, dans ses règles et ses politiques, les responsabilités précises de chaque catégorie de personnel médical. Les membres doivent respecter les responsabilités associées à leurs privilèges; sinon, le conseil pourrait réduire ou suspendre lesdits privilèges du membre ou y mettre fin. Le conseil détient l'autorité ultime d'octroyer des privilèges.

#### **C.3.1 Personnel médical actif**

**C.3.1.1** Le personnel médical actif doit être constitué des médecins, des dentistes et des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux qui ont été nommés par le conseil au personnel médical, qui exercent activement la médecine, la médecine dentaire ou la chirurgie buccale et maxillo-faciale dans la RRS, qui normalement y résident et qui souhaitent aider la RRS à atteindre sa mission. Travailler en tant que membre du personnel médical associé de la RRS représente une condition préalable à la nomination au personnel médical actif. Un membre du personnel médical actif :

- (a) doit assister aux réunions de l'organisation du personnel médical et du département ou des départements auxquels il est nommé;
- (b) doit être admissible pour voter aux réunions de l'organisation du personnel médical et aux réunions des département(s) et comité(s) desquels il est membre, pour occuper un poste (sauf indication contraire) et pour être nommé à tout comité;
- (c) peut siéger aux comités tel que demandé par le conseil, le PDG, le CMCL, le médecin-chef, le CMC ou le chef de son département;
- (d) peut participer aux activités éducatives et cliniques du département;
- (e) peut participer à la formation du personnel médical, d'autres membres du personnel de la RRS, des étudiants en médecine et des stagiaires en médecine clinique tel que déterminé

par son chef de département;

- (f) peut superviser de façon générale les membres du personnel associé conformément à la demande du chef de son département;
  - (g) doit maintenir un niveau satisfaisant de connaissances professionnelles en médecine, en médecine dentaire ou en chirurgie buccale et maxillo-faciale et de capacité dans son domaine d'exercice;
  - (h) doit bénéficier de privilèges en matière d'admission et de traitement, tel qu'il peut être établi et modifié à l'occasion par le conseil;
  - (i) doit aider la RRS à acquérir ou à conserver l'agrément;
  - (j) doit assumer des fonctions et des responsabilités autres pouvant parfois lui être attribuées par le conseil, le PDG, le CMC, le CMCL, le chef de son département ou étant établies dans les règlements administratifs, les règles des règlements administratifs et les règles du département.
- C.3.1.2** À la recommandation du chef de département approprié et du médecin-chef, un médecin qui est engagé dans une pratique communautaire clinique complète au sein de la RRS peut être nommé au personnel médical actif sans bénéficier du droit d'admission; ce médecin est alors désigné comme étant actif – sans droit d'admission.

### **C.3.2 Personnel médical associé**

- C.3.2.1** Le personnel médical associé doit être constitué de médecins, de dentistes et de chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ayant exprimé vouloir être nommés au personnel médical actif. Cette nomination est considérée comme une période de probation devant durer au moins un (1) an, au cours de laquelle le rendement du médecin, dentiste ou chirurgien buccal et maxillo-facial et ses compétences cliniques seront évalués. Deux (2) évaluations officielles doivent être effectuées et les rapports d'évaluation doivent être présentés au comité de vérification des titres; la première évaluation doit avoir lieu au plus tard au bout de six (6) mois de service et la seconde à la fin de la période de douze (12) mois.
- C.3.2.2** Sauf s'il s'agit des dentistes, un membre du personnel médical associé doit travailler sous la supervision générale du chef du département auquel il a été assigné par le conseil. Les dentistes doivent tenir leur chef du département informé de tous les traitements prévus et, si ce dernier en fait la demande, ils doivent donner un préavis d'au moins quarante-huit (48) heures pour tout traitement réel.
- C.3.2.3** Sauf disposition contraire, les membres du personnel médical associé doivent bénéficier de tous les privilèges et avoir toutes les responsabilités d'un membre du personnel médical actif, y compris la présence aux réunions, mais ne peuvent être admissibles à:

- (a) voter lors des réunions du personnel médical;
- (b) être membres du CMCL, du CMC ou du comité de vérification des titres;
- (c) jouer le rôle de président de tout comité ou occuper un poste.

**C.3.2.4** Après la période de probation, le comité d'examen des titres doit passer en revue les rapports d'évaluation et, après consultation avec le chef de département, recommander au conseil, par l'entremise du CMCL et du CMC:

- (a) que le membre du personnel médical associé soit promu membre du personnel médical actif;
- (b) qu'il reste membre du personnel médical associé pour une période supplémentaire n'excédant pas un (1) an;
- (c) que sa nomination soit annulée.

**C.3.2.5** Lorsqu'un membre du personnel médical associé est resté membre du personnel médical associé pendant une période supplémentaire, le comité de vérification des titres doit, après consultation avec le chef de département, recommander au conseil, par l'entremise du CMCL et du CMC, que le membre du personnel médical associé soit promu membre du personnel médical actif ou que sa nomination soit annulée.

### **C.3.3 Personnel médical consultant**

Le personnel médical consultant doit être constitué de médecins, dentistes ou chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux qualifiés faisant preuve d'une capacité professionnelle reconnue et nommés par le conseil. Le personnel consultant doit être constitué personnel consultant « exerçant dans la province » et de personnel consultant « exerçant à l'extérieur de la province ».

#### **C.3.3.1 Membres-conseils exerçant dans la province**

Les membres-conseils exerçant dans la province sont des membres du personnel médical actif ou associé dans au moins un (1) établissement qui peuvent être nommés au personnel consultant de tout autre établissement d'une RRS du Nouveau-Brunswick et, à ce titre, ont le privilège d'offrir des services de consultation et de traitement, mais ne bénéficient pas du droit d'admission, sauf dans l'établissement principal où ils exercent et sauf si le CMC juge que cela est nécessaire et que ce droit est approuvé par le conseil.

Les membres-conseils exerçant dans la province peuvent assister aux réunions de l'organisation du personnel médical et aux réunions du département et peuvent siéger à des comités, mais ils ne peuvent voter ou occuper un poste, sauf s'ils sont des membres actifs ou associés.

### **C.3.3.2 Membres-conseils exerçant à l'extérieur de la province**

Les membres-conseils exerçant à l'extérieur de la province doivent être des membres de la profession médicale, dentaire ou de la chirurgie buccale et maxillo-faciale autorisés à exercer dans la province du Nouveau-Brunswick à qui le conseil, à la recommandation du CMC, donne le privilège d'offrir des services de membres-conseils qui, le plus souvent, ne sont pas offerts par le personnel médical de la RRS. Les membres-conseils exerçant à l'extérieur de la province ont le privilège d'offrir des services de consultation et de traitement, mais ne bénéficient pas du droit d'admission, sauf si le CMC juge cela nécessaire et si le conseil donne son approbation.

Les membres-conseils exerçant à l'extérieur de la province peuvent assister aux réunions de l'organisation du personnel médical et aux réunions du département, mais ne peuvent pas voter, ni siéger à des comités ou occuper un poste.

### **C.3.4 Personnel médical suppléant (Locum Tenens)**

**C.3.4.1** Le CMCL peut, à la demande d'un membre ou d'un certain nombre de médecins du personnel médical actif ou associé et après avoir étudié la candidature suivant les règles des règlements administratifs, recommander au conseil, par l'entremise du CMC, la nomination d'un suppléant comme remplacement prévu du ou des médecins pendant une période précise n'excédant pas celle qui est autorisée dans les règles des règlements administratifs. Si une prolongation est demandée, elle ne doit pas dépasser le 30 juin ou l'assemblée annuelle du conseil et elle peut être accordée, par le conseil, suite à la recommandation du chef de département et du ou des médecins responsables. Le rendement et la pratique clinique du suppléant doivent être évalués par le chef de département au cours de son premier mandat, comme le prévoient les règles.

**C.3.4.2** Un suppléant:

- (a) doit avoir des privilèges et des responsabilités cliniques qui sont déterminés par le chef de département et approuvés par le conseil;
- (b) ne peut pas voter lors des réunions du personnel médical ou des réunions de département;
- (c) peut être membre des comités (autres que le comité de vérification des titres), mais ne doit pas y jouer le rôle de président;
- (d) doit avoir d'autres responsabilités, comme le prévoient les règles des règlements administratifs et les règles du département.

### **C.3.5 Personnel médical invité**

**C.3.5.1** Le personnel médical invité doit être constitué de membres de la profession médicale, de la profession de dentiste ou de la profession de chirurgie buccale et maxillo-faciale autorisés à exercer au Nouveau-Brunswick. Le conseil peut nommer un médecin, un dentiste ou un chirurgien buccal et maxillo-facial au personnel médical invité dans une ou plusieurs des circonstances suivantes:

- (a) le candidat est engagé activement au sein d'une autre RRS ou d'un autre établissement à l'extérieur de la province;
- (b) le candidat a déjà un engagement envers une autre organisation ou a déjà une relation contractuelle avec une autre organisation et n'est pas rémunéré par l'Assurance-maladie.

**C.3.5.2** Le conseil peut accorder des privilèges au personnel médical invité, dans un ou tous les établissements de la RRS, tels que:

- (a) demander des examens diagnostics et d'autres services offerts aux patients externes pour ses propres patients;
- (b) aiguiller vers un autre médecin de la RRS;
- (c) offrir des services de consultation par l'entremise des technologies de télémédecine.

**C.3.5.3** Les membres du personnel médical invité peuvent, sur invitation du chef de département, assister aux réunions de l'organisation du personnel médical et aux réunions de département, mais ils ne peuvent pas voter, ni occuper un poste ou être membre d'un comité.

### **C.3.6 Assistant clinique**

Un assistant clinique est un médecin autorisé à exercer au Nouveau-Brunswick et nommé par le conseil pour une tâche précise, selon la recommandation du chef de département. Les demandes de privilèges doivent être effectuées par l'entremise du processus habituel. Les descriptions de postes seront élaborées pour chaque candidat par leur chef de département respectif et soumises au comité de vérification des titres avec la candidature. Un assistant clinique doit:

- (a) assister aux réunions de l'organisation du personnel médical et aux réunions du ou des départements auxquels il est nommé, mais il ne peut voter qu'à la fin d'une période de probation de douze (12) mois et ne doit pas occuper de poste;
- (b) siéger aux comités auxquels il est nommé par le conseil, le PDG, le CMC, le CMCL ou le chef de son département, mais il ne doit pas y jouer le rôle de président;
- (c) participer aux activités éducatives et cliniques du service;
- (d) maintenir un niveau satisfaisant de connaissances professionnelles en médecine ou en médecine dentaire et de capacité dans son domaine d'exercice;
- (e) bénéficier de privilèges en matière d'admission et de traitement, tel qu'il peut être établi et modifié à l'occasion par le conseil;
- (f) aider la RRS à acquérir ou à conserver l'agrément;
- (g) assumer des fonctions et des responsabilités autres pouvant parfois lui être attribuées par le conseil, le PDG, le CMC, le CMCL, le chef de son département ou étant établies dans les

règlements administratifs, les règles des règlements administratifs et les règles du département.

### **C.3.7 Fellow clinique**

**C.3.7.1** Un fellow clinique est un médecin qui a satisfait aux exigences minimales pour obtenir les qualifications en formation de spécialiste du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou les qualifications du Collège des médecins de famille du Canada, et qui est autorisé à exercer au Nouveau-Brunswick. Une telle nomination devrait être réservée à un médecin:

- (a) pour qu'il consacre une période donnée à enseigner ou à faire de la recherche;
- (b) pour qu'il approfondisse sa formation de spécialiste en préparation aux examens;
- (c) qui est déjà un spécialiste qualifié exerçant la médecine, afin qu'il suive à nouveau une formation et un enseignement plus approfondis pendant une certaine période.

Ses fonctions, privilèges et affectations doivent être définis par le chef de département. Un fellow clinique ne doit pas occuper de poste dans l'établissement de résidence. La durée de sa nomination est d'un (1) an, mais elle peut être renouvelée pour une seconde année dans des circonstances exceptionnelles. Les fellows cliniques ne doivent pas travailler en dehors des établissements de la RRS sauf si le chef du département concerné et le PDG les y autorise.

**C.3.7.2** Ils peuvent être invités à assister aux réunions de l'organisation du personnel médical et aux réunions de département, mais ils ne peuvent pas voter, ni siéger à des comités ou occuper un poste.

### **C.3.8 Stagiaire en médecine clinique**

Un stagiaire en médecine clinique est un médecin autorisé à exercer la médecine au Nouveau-Brunswick ou possédant une carte de stage du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick qui peut être accepté comme stagiaire en médecine clinique par le PDG dans plusieurs services dans le but:

- (a) d'évaluer son expertise;
- (b) ou de renforcer son expertise.

Les privilèges du stagiaire en médecine clinique doivent être définis par écrit par le chef du département concerné et approuvés par le conseil à la recommandation du CMCL et du CMC. Le stagiaire en médecine clinique est supervisé par un membre du département auquel il est affecté, mais il ne bénéficie pas du droit d'admission. Il peut assister aux réunions de département sur l'invitation du chef de département, mais il ne peut pas voter, ni occuper un poste ou siéger à des comités. Les stagiaires en médecine clinique doivent travailler sous la direction et la discipline du chef du département auquel ils sont affectés et du PDG.

## C.4.0 Personnel affilié

Le personnel affilié est composé de médecins, de personnes n'étant pas médecins, mais possédant des compétences liées à la médecine ou de personnes autres ayant contribué à la prestation des soins de santé. Bien que ces personnes ne fassent pas partie de l'effectif régulier du personnel médical, elles contribuent à la prestation des soins aux patients. Les membres du personnel affilié ne peuvent admettre ou traiter des patients, voter lors des réunions du personnel médical ou occuper un poste et sont notamment des apprenants en médecine, des scientifiques et des membres honoraires du personnel médical.

### C.4.1 Apprenants en médecine

Un apprenant en médecine est un diplômé en médecine ayant une carte de stage du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ou un étudiant de premier cycle en médecine que le PDG inscrit dans un établissement hospitalier aux fins de formation à la demande d'une faculté de médecine canadienne. Les apprenants en médecine sont notamment des stagiaires du premier cycle et des cycles supérieurs. Ils ne doivent pas bénéficier du droit d'admission, mais ils peuvent traiter les patients sous la supervision du médecin traitant du patient. Ils peuvent assister aux réunions de département sur l'invitation du chef de département, mais ne peuvent pas voter, ni occuper un poste ou siéger à des comités. Les apprenants en médecine doivent être sous la direction et la discipline du chef du département auquel ils sont affectés, du doyen ou de son délégué et du PDG. Les mesures disciplinaires imposées aux apprenants en médecine le seront sous réserve des dispositions de l'entente entre la RRS et l'université.

### C.4.2 Personnel scientifique

- C.4.2.1** Un scientifique ou tout autre travailleur de la santé qui n'est pas qualifié du point de vue médical, mais qui, en raison de ses connaissances ou compétences spéciales participe étroitement à la gestion clinique des patients, peut être invité à déposer une demande de nomination au personnel affilié en tant que membre du personnel scientifique à la suite d'un vote affirmatif du CMCL et du CMC. Un membre du personnel scientifique doit habituellement détenir un diplôme universitaire d'études supérieures dans un domaine scientifique pertinent et jouer un rôle important dans les soins aux patients. Le cas échéant, il devra répondre aux normes établies par les organismes de réglementation professionnelle et les associations professionnelles. Le CMC peut, à sa discrétion, inviter un travailleur de la santé ayant une formation technique plutôt qu'une formation universitaire. Un membre du personnel scientifique ne doit pas bénéficier du droit d'admission. Il peut donner des conseils concernant les soins des patients, assister aux réunions du personnel médical et siéger à des comités, au besoin, mais il ne peut ni voter ni occuper un poste.
- C.4.2.2** Aucune disposition de ces règlements administratifs ne doit remplacer ou annuler la relation professionnelle ou contractuelle qui existe entre la RRS et un membre du personnel scientifique.

### **C.4.3 Personnel médical honoraire**

- C.4.3.1** Le personnel médical honoraire doit être constitué de médecins ou d'autres personnes qui ont fait d'importantes contributions dans le domaine des soins de santé et à qui le conseil, à la recommandation du CMC, peut vouloir donner le titre honoris causa. Dans le cas des médecins, dentistes et chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux, affiliés à la RRS, ils sont à la retraite et n'exercent plus la médecine, la dentisterie ou la chirurgie buccale et maxillo-faciale dentaire au moment de recevoir l'honneur.
- C.4.3.2** Le personnel médical honoraire n'a pas de fonctions assignées. Il ne doit pas bénéficier de privilèges. Il peut assister aux réunions du personnel médical en tant qu'invité sans droit de vote et peut être invité à participer aux comités à titre de conseiller, mais ne peut occuper un poste.

## **C.5.0 Nominations et délivrance de titres au personnel médical**

### **C.5.1 Code de déontologie**

Chaque membre du personnel médical doit respecter le code de déontologie de l'Association médicale canadienne ou le code de déontologie de l'Association dentaire canadienne ainsi que le code de déontologie qui peut à l'occasion être établi ou cité dans les règles des règlements administratifs.

### **C.5.2 Assurance et protection de responsabilité**

Tous les membres du personnel médical doivent souscrire à une police d'assurance de responsabilité professionnelle valide que le conseil de la RRS juge acceptable et la conserver ou veiller à être membres d'une organisation couvrant sa responsabilité civile que le conseil de la RRS juge acceptable.

### **C.5.3 Compétences**

La qualité de membre du personnel médical doit être limitée aux diplômés des écoles de médecine qui détiennent un permis délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick, dans le cas de la dentisterie, aux personnes qui détiennent un permis délivré par la Société dentaire du Nouveau-Brunswick ou dans le cas de la chirurgie buccale et maxillo-faciale, les titulaires d'un permis de spécialiste en chirurgie bucco-dentaire et maxillo-faciale délivré conformément à la *Loi dentaire du Nouveau Brunswick* de 1985.

### **C.5.4 Nouvelles nominations – Délivrance de titres et octroi de privilèges**

- C.5.4.1** Le conseil peut nommer une personne au personnel médical après qu'une candidature à la nomination sur un formulaire établi par le conseil aura été soumise au PDG, que la candidature aura été examinée par le comité d'examen des titres du CMCL approprié et qu'une recommandation aura été reçue de la part du chef de département concerné, du comité d'examen des titres, du CMCL et du CMC.

**C.5.4.2** Le formulaire de demande du conseil doit inclure, sans toutefois s'y limiter, la reconnaissance que le candidat accepte d'effectuer des tâches de service de garde, de couverture en salle d'urgence et d'assistance chirurgicale tel que déterminé par le chef de son département.

**C.5.4.3** L'examen d'une candidature pour une nouvelle nomination et pour l'obtention de privilèges ou pour une demande de privilèges supplémentaires:

(a) doit prendre en considération les exigences en matière de ressources médicales, dentaires ou de chirurgie buccale et maxillo-faciale du service concerné; et

(b) la candidature sera évaluée en fonction:

- i. des ressources disponibles et des capacités physiques de la RRS;
- ii. des titres de compétence et de l'expérience du candidat pour les privilèges demandés;
- iii. du caractère, de la compétence et de l'aptitude de la pratique du candidat;
- iv. d'autres facteurs que le conseil peut de temps à autre jugé pertinents ou qui sont définis dans les règles des règlements administratifs.

**C.5.4.4** Tous les médecins, dentistes et chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux nommés au personnel médical doivent accepter par écrit l'énoncé de mission et de philosophie de la RRS et doivent accepter par écrit de se conformer à la *Loi sur les régies régionales de la santé* et à ses règlements, aux règlements administratifs, aux règles des règlements administratifs, aux règles du département et aux politiques de la RRS. Ils doivent aussi accepter de fournir une décharge écrite autorisant la RRS à obtenir d'autres renseignements que pourrait exiger le conseil, de temps à autre, relativement à la compétence, la capacité et la conduite.

**C.5.4.5** La nomination d'un médecin, d'un dentiste ou d'un chirurgien buccal et maxillo-facial doit comprendre des responsabilités cliniques clairement définies pour tous les départements auxquels le médecin, le dentiste ou le chirurgien buccal et maxillo-facial est nommé. Un médecin, un dentiste ou un chirurgien buccal et maxillo-facial ne sera pas autorisé à modifier ses responsabilités cliniques, telles que décrites dans sa nomination, sans l'approbation préalable du conseil, à la recommandation du chef de département, des membres du département, du CMCL et du CMC. Le non-respect des responsabilités cliniques définies de la part d'un médecin ou d'un dentiste sera considéré comme une question disciplinaire, comme le prévoient les articles C.6 et C.7 des règlements administratifs. Chaque nouvelle personne nommée doit comprendre et accepter par écrit les obligations et les conséquences qui précèdent.

**C.5.4.6** Dans le cas des départements d'enseignement, la nomination d'un médecin, d'un dentiste ou d'un chirurgien buccal et maxillo-facial doit inclure des responsabilités éducatives et cliniques bien définies. Les médecins, les dentistes et les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ne seront pas autorisés à modifier leur responsabilité d'enseignement ou leur responsabilité clinique, telles que décrites dans sa nomination, sans l'approbation préalable du conseil, à la recommandation du chef

de département, des membres du département, du CMCL et du CMC. Le non-respect des obligations susmentionnées sera considéré par le conseil comme une question disciplinaire, comme le prévoient les articles C.6 et C.7 des règlements administratifs. Chaque nouvelle personne nommée doit comprendre et accepter par écrit les obligations et les conséquences qui précèdent.

### **C.5.5 Processus – Nouvelles nominations et privilèges additionnels**

**C.5.5.1** Toutes les candidatures pour de nouvelles nominations au personnel médical ou pour l'obtention de privilèges supplémentaires doivent être soumises au PDG. Le PDG ne doit pas transmettre une candidature au CMCL (qui la fera parvenir au comité d'examen des titres pertinent aux fins de considération), à moins qu'il n'ait d'abord établi, après avoir consulté le chef du département concerné, qu'un poste au sein du personnel médical correspondant au poste pour lequel la candidature a été effectuée est vacant ou qu'il est nécessaire d'accorder des privilèges supplémentaires.

**C.5.5.2** Les autres procédures de candidature à la nomination et à la renomination au personnel médical doivent être telles qu'elles sont établies de temps à autre par le conseil et décrites dans les règles des règlements administratifs.

### **C.5.6 Processus – Renominations**

**C.5.6.1** Tous les médecins, les dentistes et les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux doivent soumettre leur candidature au PDG pour une renomination au personnel médical sur une base biennale. L'année où la nomination se termine, la candidature doit être soumise avant la date fixée par le conseil, sur un formulaire prévu par le conseil.

Le formulaire doit inclure, sans toutefois s'y limiter, la reconnaissance que le candidat accepte d'effectuer des tâches de service de garde, de couverture en salle d'urgence et d'assistance chirurgicale tel que déterminé par le chef de son département.

**C.5.6.2** L'examen d'une candidature pour une renomination et l'obtention de privilèges doivent prendre en considération:

- (a) les exigences en matière de ressources médicales, dentaires ou de chirurgie buccale et maxillo-faciale du service concerné;
- (b) la candidature sera prise en considération et sera évaluée en fonction:
  - i. des ressources disponibles et des capacités physiques de la RRS;
  - ii. des titres de compétence du candidat pour les privilèges demandés;
  - iii. de l'expérience du candidat et de son rendement antérieur;
  - iv. du caractère, de la compétence et des aptitudes de la pratique du candidat;

- v. de la recommandation du chef de département;
- vi. d'autres facteurs que le conseil peut de temps à autre jugés pertinents ou qui sont définis dans les règles des règlements administratifs.

**C.5.6.3** La renomination d'un médecin, d'un dentiste ou d'un chirurgien buccal et maxillo-facial doit inclure des responsabilités cliniques bien définies pour chaque département auquel le médecin, le dentiste ou le chirurgien buccal et maxillo-facial est nommé. Les médecins, les dentistes et les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ne seront pas autorisés à modifier leurs responsabilités cliniques, telles que décrites dans sa nomination, sans l'approbation préalable du conseil, à la recommandation du chef de département, des membres du département, du CMCL et du CMC. Le non-respect des responsabilités cliniques définies par un médecin ou un dentiste sera considéré comme une question disciplinaire, comme le prévoient les articles C.6 et C.7 des règlements administratifs. Chaque personne nommée doit comprendre et accepter par écrit les obligations et les conséquences qui précèdent.

**C.5.6.4** Dans le cas des départements d'enseignement, la renomination d'un médecin, d'un dentiste ou d'un chirurgien buccal et maxillo-facial doit inclure des responsabilités éducatives et cliniques bien définies. Les médecins, les dentistes et les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ne seront pas autorisés à modifier leur responsabilité d'enseignement ou leur responsabilité clinique, telles que décrites dans sa nomination, sans l'approbation préalable du conseil, à la recommandation du chef de département, des membres du département, du CMCL et du CMC. Le non-respect des obligations susmentionnées sera considéré par le conseil comme une question disciplinaire, comme le prévoient les articles C.6 et C.7 des règlements administratifs. Chaque personne nommée doit comprendre et accepter par écrit les obligations et les conséquences qui précèdent.

**C.5.6.5** Tous les médecins, les dentistes et les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux renommés au personnel médical doivent accepter par écrit l'énoncé de mission et de philosophie de la RRS et doivent accepter par écrit de se conformer à la *Loi sur les régies régionales de la santé* et à ses règlements, aux règlements administratifs, aux règles des règlements administratifs, aux règles du département et aux politiques de la RRS.

### **C.5.7 Nominations conjointes**

Un membre qui souhaite exercer dans plus d'un département doit présenter une demande de nomination conjointe. Le membre doit respecter les exigences de chaque département pour lesquels il a présenté une demande. Le conseil peut de temps à autre nommer des membres du personnel médical à plus d'un département, conformément aux procédures de nomination habituelles. Lorsque le conseil procède à une nomination conjointe, il doit désigner le département qui sera le département principal du membre.

### **C.5.8 Refus, réduction ou suspension des privilèges**

**C.5.8.1** Les dispositions de cet article ne s'appliquent qu'aux membres du personnel médical.

Si, à une étape du processus de vérification des titres, le CMCL ou le CMC recommande:

- (a) le refus partiel ou complet des privilèges revendiqués par un membre du personnel médical;  
ou
- (b) une suspension des privilèges d'un membre du personnel médical,

la procédure suivante doit s'appliquer.

- C.5.8.2** La recommandation doit être remise au PDG, au médecin-chef et au membre du personnel médical concerné en leur remettant la recommandation en main propre ou en l'envoyant par tout moyen d'obtenir un accusé de réception dans les plus brefs délais possible.
- C.5.8.3** La recommandation doit spécifier les raisons justifiant le refus d'octroyer les privilèges revendiqués ou de suspendre les privilèges.
- C.5.8.4** Dans les quatorze (14) jours suivant la réception de l'avis de recommandation prévu à l'article C.5.8.3, le membre du personnel médical concerné ou le PDG peuvent présenter une demande auprès du médecin-chef pour nommer une commission d'examen qui sera constituée conformément à l'article C.11, et la commission d'examen devra suivre les démarches prévues aux articles C.12 et C.13. Le processus d'examen final par le CMC et le conseil sera entrepris conformément à la procédure prévue à l'article C.14.

### **C.5.9 Privilèges temporaires**

Après consultation avec le médecin-chef ou le directeur médical concerné et le chef de département concerné, le PDG peut accorder des privilèges temporaires pour une durée ne dépassant pas douze (12) semaines consécutives et dans un but précis à un médecin, à un dentiste ou à un chirurgien buccal et maxillo-facial qui n'est pas membre du personnel médical. Dans l'exercice de ces privilèges, le bénéficiaire devra rester sous la supervision générale du chef de département concerné. Le comité exécutif du conseil peut approuver la prolongation des privilèges temporaires pour une autre période de douze (12) semaines. Le conseil doit être mis au courant de l'octroi de privilèges temporaires. L'octroi de privilèges temporaires n'accorde pas l'adhésion au personnel médical.

### **C.5.10 Absence autorisée**

- C.5.10.1** Après consultation avec le département concerné, le PDG peut, pour n'importe quelle raison et selon n'importe quelle modalité, accorder un congé à un membre du personnel médical pour une période de douze (12) mois consécutifs au maximum. Si l'absence d'un membre du personnel médical se prolonge au-delà de la durée autorisée par le PDG, il en sera déduit que le membre a démissionné du personnel médical.
- C.5.10.2** Cette section ne doit pas régir les congés pour raisons médicales.
- C.5.10.3** Les conditions relatives au retour du membre après le congé doivent être régies par les règles du département.

### **C.5.11 Restriction/suspension d'urgence**

- C.5.11.1** Dans le cas où le PDG ou le médecin-chef remarque un problème grave ou un problème potentiel qui, à son avis, nuit ou peut nuire aux soins des patients ou à la sécurité des patients ou du personnel, et où la prise de mesures immédiates est nécessaire à la protection de la sécurité et des intérêts des patients ou du personnel, le PDG peut, après avoir consulté le médecin-chef, restreindre ou suspendre les privilèges d'un membre du personnel médical par voie de procédure sommaire en avisant ce membre par écrit.
- C.5.11.2** Le PDG doit signaler au conseil, au Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ou à l'Association dentaire du Nouveau-Brunswick, à toute autre RRS au Nouveau-Brunswick et, si cela est nécessaire en vertu de dispositions législatives, à la Direction de l'assurance-maladie du ministère de la Santé, toutes les restrictions et suspensions d'urgence de privilèges.
- C.5.11.3** Si le PDG impose une suspension à un membre, il doit immédiatement veiller à ce que des dispositions soient prises pour assurer la qualité des soins prodigués aux patients touchés par la suspension dudit membre et à ce qu'un médecin traitant remplaçant soit nommé et figure sur le dossier clinique du patient, au besoin.
- C.5.11.4** Dans les cas de restrictions ou de suspensions sommaires d'un membre du personnel médical, le médecin-chef doit prendre les mesures appropriées pour veiller à ce que ces restrictions ou suspensions soient traitées conformément à la procédure d'examen prévue aux articles C.11, C.12, C.13 et C.14 des présents règlements administratifs.

### **C.6.0 Discipline**

Tous les membres du personnel médical sont visés par les procédures disciplinaires et les dispositions des présentes. Les mesures disciplinaires doivent être proportionnelles à la gravité de l'infraction et tenir compte de tous les facteurs pertinents, y compris le dossier disciplinaire antérieur du membre. Voici certaines des mesures disciplinaires et des sanctions possibles:

- (a) une réprimande verbale ou écrite;
- (b) l'obligation de respecter des conditions;
- (c) une suspension ou probation temporaire, avec ou sans conditions;
- (d) une supervision obligatoire ou un test obligatoire de dépistage des drogues et de l'alcool;
- (e) une formation obligatoire;
- (f) une modification, une réduction, un retrait ou une révocation des privilèges;
- (g) le renvoi du personnel médical;
- (h) toute autre mesure disciplinaire pouvant être considérée comme appropriée.

## **C.7.0 Conduite passible de mesures disciplinaires**

**C.7.0.1** Une conduite passible de mesures disciplinaires comprend notamment les gestes, les omissions, les énoncés, les comportements et la conduite professionnelle ou personnelle qui:

- (a) exposent ou sont raisonnablement susceptibles d'exposer les patients ou le personnel à des dangers ou à des blessures;
- (b) nuisent ou sont raisonnablement susceptibles de nuire aux patients ou au personnel ou à la prestation de soins de qualité aux patients au sein de la RRS;
- (c) constituent ou sont raisonnablement susceptibles de constituer de l'abus;
- (d) entraînent l'imposition de sanctions par un collègue;
- (e) sont contraires aux règlements administratifs, aux règles des règlements administratifs, aux règles du département et aux politiques et procédures de la RRS, ou à toute loi ou exigence législative pertinente et applicable.

**C.7.0.2** Sans restreindre le caractère général de ce qui précède, les énoncés suivants sont des exemples de conduite passible de mesures disciplinaires:

- (a) comportement non professionnel ou contraire à l'éthique, comme le définit de temps à autre le code de déontologie de l'Association médicale canadienne, le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick, la Société dentaire du Nouveau-Brunswick, l'Association dentaire canadienne ou tout autre organisme professionnel d'attribution des permis pour la province du Nouveau-Brunswick pour le personnel dentaire, ou comme le prévoit toute loi en vigueur dans la province du Nouveau-Brunswick;
- (b) incompétence ou lacunes manifestes en pratique clinique;
- (c) plainte traitée dans le cadre de toute directive sur les comportements en milieu de travail de la RRS, mais qui n'a pu être résolue aux termes de cette directive;
- (d) violation des règlements administratifs, des règles des règlements administratifs, des règles du département ou de toute entente officielle avec la RRS, des politiques et procédures existantes de la RRS ou de toute directive ou politique du Conseil de gestion ou d'un ministère;
- (e) comportement qui est non professionnel ou qui perturbe les activités de la RRS. Les comportements perturbateurs en milieu de travail sont notamment les comportements verbaux ou non verbaux qui, de par leur nature, peuvent:
  - i. faire preuve de non-respect à l'endroit d'autres personnes dans le lieu de travail;
  - ii. nuire ou avoir le potentiel de nuire aux soins prodigués aux patients;

- iii. refléter le mauvais usage d'un déséquilibre du pouvoir entre les parties;
- (f) défaut de se conformer aux conditions de toute mesure disciplinaire, sanction ou mesure corrective imposée à un membre;
- (g) défaut d'entreprendre les engagements administratifs, d'enseignement clinique et de recherche assignés et convenus de façon mutuelle;
- (h) défaut répété de procéder à la consignation des notes au dossier comme l'exige la *Loi hospitalière* et comme le prévoient les règles des règlements administratifs et les règles du département;
- (i) toute autre affaire qui, selon le PDG ou le médecin-chef, doit faire l'objet d'une enquête conformément aux dispositions des présents règlements administratifs.

## **C.8.0 Plainte contre un membre du personnel médical**

- C.8.0.1** Toute plainte contre un membre du personnel médical relativement à toute question prévue à l'article C.7 ou toute autre plainte doit être déposée auprès du chef de département ou du médecin-chef ou leur être acheminée.
- C.8.0.2** Le chef de département et le médecin-chef doivent se tenir informés et peuvent informer le PDG si l'un ou l'autre reçoit une plainte contre un membre relativement à une affaire exposée à l'article C.7 ou toute autre plainte, ou s'ils sont au courant d'une affaire exposée à l'article C.7.
- C.8.0.3** Dès que le médecin-chef reçoit une plainte ou lorsqu'il est mis au courant d'une affaire prévue à l'article C.7, il doit mettre sur pied un comité d'enquête en vertu de l'article C.10 si, d'après lui et après avoir consulté le chef de département, la sécurité du patient est en cause.
- C.8.0.4** Le membre du personnel médical doit être informé de la nature de toute plainte et avoir la possibilité de répondre.
- C.8.0.5** Dès que le médecin-chef reçoit une plainte ou lorsqu'il est mis au courant d'une affaire prévue à l'article C.7, il peut mettre en place les étapes initiales pour régler l'affaire avant d'entreprendre les procédures disciplinaires officielles prévues aux présentes.
- C.8.0.6** Si le médecin-chef n'est pas en mesure de régler l'affaire dans les trente (30) jours après avoir reçu la plainte ou après avoir été mis au courant de toute affaire prévue à l'article C.7, il peut, après avoir consulté le chef de département, renvoyer l'affaire à un processus alternatif de règlement des différends en vertu de l'article C.9 ou à un comité d'enquête en vertu de l'article C.10.

## **C.9.0 Processus alternatif de règlement des différends**

- C.9.0.1** Le processus alternatif de règlement des différends adopté en vertu de l'article C.8.0.6 est une tentative pour obtenir par médiation le règlement de tout différend avec le consentement mutuel des parties et, aux termes de l'article C.9.0.2, il doit être mené sans porter atteinte aux parties dans

les soixante (60) jours suivant la nomination du médiateur.

**C.9.0.2** Pour le processus alternatif de règlement des différends, le médecin-chef doit nommer un médiateur qui convient aux parties.

**C.9.0.3** Toutes les communications et les discussions au cours du processus alternatif de règlement des différends sont privilégiées et ne doivent pas être divulguées dans le cadre des procédures disciplinaires subséquentes, le cas échéant.

Si l'affaire est résolue par l'entremise du processus alternatif de règlement des différends:

- (a) l'affaire et le règlement proposé doivent être rapportés au médecin-chef aux fins d'étude;
  - (b) si le règlement proposé n'est pas approuvé par le médecin-chef après consultation avec le chef de département, la plainte sera renvoyée au comité d'enquête en vertu de l'article C.10.
- C.9.0.4** Si l'affaire n'est pas réglée, ou si selon l'opinion du médiateur l'affaire ne peut être réglée par l'entremise du processus alternatif de règlement des différends, la plainte doit être confiée à un comité d'enquête en vertu de l'article C.10.
- C.9.0.5** Si le règlement proposé à la suite du processus alternatif de règlement des différends suppose la modification ou le retrait des privilèges du membre, la procédure suivante doit être appliquée:

- (a) le règlement proposé doit être présenté au PDG;
- (b) si le PDG est d'accord avec le règlement proposé et la modification des privilèges, il doit soumettre le règlement au CMC;
- (c) si le PDG n'est pas d'accord avec le règlement proposé et les modifications proposées aux privilèges, il doit soumettre l'affaire au médecin-chef qui créera un comité d'enquête en vertu de l'article C.10;
- (d) si le CMC est d'accord avec le règlement proposé, le PDG doit soumettre l'affaire au conseil de la RRS pour approbation finale;
- (e) si le conseil approuve le règlement proposé et les modifications proposées aux privilèges, il doit soumettre l'affaire au médecin-chef qui procédera à l'adoption du règlement et des modifications;
- (f) si le CMC n'est pas d'accord avec le règlement proposé et les modifications proposées aux privilèges, il doit soumettre l'affaire au médecin-chef qui créera un comité d'enquête en vertu de l'article C.10.

## C.10.0 Comité d'enquête

- C.10.0.1** Dans les vingt et un (21) jours suivant le processus alternatif de règlement des différends, si l'affaire n'est pas réglée ou dès qu'elle est soumise par le PDG, le CMC ou le médecin-chef, le médecin-chef doit former un comité *ad hoc* (Comité d'enquête), composé de trois (3) personnes comme suit, et aviser le membre en conséquence:
- (a) un (1) chef de département, autre que le chef de département du membre ou du plaignant, ou, avec la permission du médecin-chef, son remplaçant désigné, qui agira à titre de président du Comité d'enquête;
  - (b) un (1) médecin nommé par le président de l'organisation du personnel médical ou son délégué. Dans l'éventualité où le président de l'organisation du personnel médical omettrait ou ne serait pas en mesure de procéder à cette nomination, le médecin-chef peut le faire;
  - (c) un médecin qui a été membre du personnel médical actif durant au moins dix (10) ans et qui est nommé par le médecin-chef.
- C.10.0.2** Aucun des membres du Comité d'enquête ne doit être un membre actuel du CMC ou avoir participé au processus alternatif de règlement des différends.
- C.10.0.3** Le Comité d'enquête doit entreprendre des enquêtes pertinentes concernant la plainte, consulter le membre, le plaignant et toute autre personne, au besoin, y compris des conseillers externes, mais ne doit pas tenir une audience formelle.
- C.10.0.4** Chaque fois que le Comité d'enquête demande au membre d'avoir un entretien avec lui, ce dernier peut être accompagné d'un avocat ou d'un mandataire.
- C.10.0.5** Le président du Comité d'enquête doit déterminer toutes les questions de procédure.
- C.10.0.6** Le Comité d'enquête doit préparer un rapport faisant état de ses recommandations, qui doit être acheminé au membre, au médecin-chef et au PDG dans les trente (30) jours suivant la création du Comité d'enquête. Le rapport:
- (a) doit déterminer si l'affaire justifie que des mesures supplémentaires soient prises;
  - (b) peut fournir des recommandations en réponse à la plainte;
  - (c) peut recommander le renvoi de la plainte à la Commission d'examen en vertu de l'article C.11.
- C.10.0.7** Dès la réception du rapport du Comité d'enquête, le médecin-chef peut examiner le rapport avec le membre.
- C.10.0.8** Dans les dix (10) jours suivant la réception du rapport et des recommandations du Comité d'enquête, le membre, le PDG ou le médecin-chef peuvent, s'ils ne sont pas satisfaits des conclusions ou des recommandations, renvoyer l'affaire à une Commission d'examen aux termes de l'article C.11.

**C.10.0.9** Si les recommandations du Comité d'enquête supposent la modification des privilèges du membre et qu'il n'y a pas d'appel comme le prévoit l'article C.10.0.8, la procédure suivante doit s'appliquer:

- (a) si le PDG est d'accord avec les recommandations et la modification des privilèges, il doit soumettre le rapport et les recommandations au CMC;
- (b) si le CMC est d'accord avec les conclusions et les recommandations du rapport, le PDG doit soumettre l'affaire au conseil de la RRS;
- (c) si le conseil est d'accord avec les conclusions et les recommandations du rapport, il doit renvoyer l'affaire au médecin-chef qui mettra en œuvre les recommandations;
- (d) si le PDG n'est pas d'accord avec les conclusions et les recommandations du rapport, il doit soumettre l'affaire à la Commission d'examen en vertu de l'article C.11;
- (e) si le CMC n'est pas d'accord avec les conclusions et les recommandations du rapport et les modifications proposées aux privilèges, il doit porter l'affaire devant la Commission d'examen en vertu de l'article C.11.

**C.10.0.10** Si, à la suite de l'expiration du délai de dix (10) jours suivant la réception du rapport du Comité d'enquête, l'affaire n'a pas été acheminée à la Commission d'examen et les recommandations n'impliquent pas la modification des privilèges du membre, le médecin-chef doit prendre les mesures nécessaires à la mise en œuvre des recommandations du rapport.

### **C.11.0 Commission d'examen**

**C.11.0.1** La Commission d'examen doit être un sous-comité *ad hoc* du CMC, qui comptera trois (3) membres du CMC, dont l'un sera un remplaçant désigné du médecin-chef qui présidera la Commission d'examen.

**C.11.0.2** Les membres de la Commission d'examen doivent être nommés par le médecin-chef ou son remplaçant désigné dans les dix (10) jours suivant la soumission du rapport par le membre, le médecin-chef, le Comité d'enquête, le CMC ou le PDG. Aucun membre de la Commission d'examen ne doit avoir siégé au Comité d'enquête ou avoir participé au processus alternatif de règlement des différends. La majorité des membres de la Commission d'examen doivent provenir de zones de santé autre que la zone principale dans laquelle le membre, qui fait l'objet de l'enquête, exerce la médecine.

### **C.12.0 Processus d'examen**

**C.12.0.1** Dès qu'une affaire est acheminée aux termes de l'article C.5.8.4, C.9 ou C.10 ou qu'un appel est déposé aux termes de l'article C.10, la Commission d'examen doit déterminer la date, l'heure et le lieu de l'audience formelle qui devra avoir lieu dans les quarante-cinq (45) jours suivant la réception, par le comité d'examen, que l'affaire est acheminée ou qu'un appel est déposé.

**C.12.0.2** La Commission d'examen doit étudier le rapport et les recommandations du Comité d'enquête, s'il y

a lieu, ainsi que tout autre document qu'elle juge pertinent. La Commission d'examen peut engager des consultants externes.

- C.12.0.3** Le membre doit être avisé de la tenue de l'audience formelle quinze (15) jours à l'avance ainsi que de la date, de l'heure et du lieu de l'audience et se voir remettre une liste ou des copies de tous les documents qui sont alors en possession de la Commission d'examen et qu'elle a l'intention de consulter lors de l'audience formelle.
- C.12.0.4** Lors de l'audience formelle, la Commission d'examen doit suivre les procédures stipulées à l'article C.13. En ce qui concerne les cas pour lesquels aucune disposition n'est prévue dans cet article, la Commission d'examen doit adopter les règles de procédure qu'elle considère propices à un règlement juste et rapide des différends.
- C.12.0.5** Dans les dix (10) jours suivant la fin de l'audience formelle, la Commission d'examen doit préparer un rapport écrit contenant ses conclusions ainsi que ses recommandations et les motifs y afférents et présenter son rapport au membre, au médecin-chef et au PDG.
- C.12.0.6** Si la décision et les recommandations de la Commission d'examen ne comprennent pas la modification des privilèges du membre, la décision est finale et exécutoire et le médecin-chef doit prendre les mesures nécessaires à la mise en œuvre des recommandations de la Commission d'examen.
- C.12.0.7** Si la décision et les recommandations mises de l'avant par la Commission d'examen impliquent la modification des privilèges du membre, le médecin-chef doit en aviser le CMC.

### **C.13.0 Procédure à suivre lors des audiences formelles de la Commission d'examen**

La procédure à suivre lors d'une audience formelle de la Commission d'examen comporte les éléments suivants:

- (a) le membre concerné peut comparaître à l'audience formelle et peut être représenté par un avocat ou un mandataire;
- (b) la RRS peut être une partie à l'audience formelle, être représentée par un avocat et présenter des éléments de preuve;
- (c) la Commission d'examen peut procéder à l'audience formelle en l'absence du membre concerné, de son avocat ou de son mandataire, à condition qu'un avis de la tenue de l'audience formelle ait été remis au membre comme l'exigent les dispositions des présents règlements administratifs;
- (d) la Commission d'examen peut ajourner l'audience formelle en tout temps et, le cas échéant, doit fixer la date, l'heure et le lieu de la reprise de l'audience formelle et doit envoyer au membre, s'il est absent au moment de l'ajournement, un avis écrit comportant ces

renseignements;

- (e) l'audience formelle doit se dérouler à huis clos;
- (f) aucune preuve n'est admissible devant la Commission d'examen à moins que, au moins sept (7) jours avant l'audience formelle, le membre ou la RRS:
  - i. dans le cas de preuves documentaires écrites, n'ait eu la possibilité d'examiner les éléments de preuve;
  - ii. dans le cas de preuves produites par un expert, n'ait obtenu une copie du rapport d'expert écrit ou, s'il n'y a aucun rapport écrit, un résumé écrit des éléments de preuve;
  - iii. dans le cas de preuves produites par un témoin, n'ait été mis au courant de l'identité du témoin ainsi que d'un résumé de la preuve du témoin;
- (g) nonobstant l'article C.13(f), la Commission d'examen peut, à sa discrétion, permettre la présentation d'éléments de preuve qui seraient autrement inadmissibles en vertu de l'article C.13(f) et donner les orientations qu'elle jugera nécessaires pour veiller à ce que le membre ou la RRS ait la possibilité de répondre;
- (h) toutes les actions de la Commission d'examen doivent être décidées par le vote d'une majorité des membres présents;
- (i) aucun membre de la Commission d'examen ne doit prendre part à une décision à la suite d'une audience formelle de la Commission d'examen, à moins qu'il n'ait été présent durant toute l'audience formelle.

### **C.14.0 Processus d'examen du comité médical consultatif et du conseil d'administration**

- C.14.0.1** Dans un délai de dix (10) jours suivant la réception d'un avis du médecin-chef aux termes de l'article C.12.0.7, le CMC doit fixer une date et une heure pour l'étude du rapport et des recommandations de la Commission d'examen et en aviser le membre.
- C.14.0.2** Dans un délai de dix (10) jours suivant la réception de l'avis du CMC aux termes de l'article C.14.0.1, le membre et la RRS peuvent demander à se présenter devant le CMC, mais ils n'ont pas droit à une audience formelle.
- C.14.0.3** Si le membre décide de se présenter devant le CMC aux termes de l'article C.14.0.1, il pourra être accompagné d'un avocat ou d'un mandataire.
- C.14.0.4** Le CMC peut procéder à l'étude du rapport et des recommandations de la Commission d'examen en l'absence du membre ou de la RRS si ces derniers ont été informés de la date et de l'heure de la

rencontre.

- C.14.0.5** Après avoir examiné le rapport et les recommandations de la Commission d'examen, le CMC doit faire parvenir ces documents au conseil, ainsi que ses recommandations, et, en même temps, donner ses recommandations au membre.
- C.14.0.6** Dès que le conseil reçoit les recommandations du CMC, il peut fixer une date et une heure pour l'étude du rapport et des recommandations de la Commission d'examen et des recommandations du CMC et doit en aviser le membre.
- C.14.0.7** Dans un délai de dix (10) jours suivant la réception de l'avis du conseil aux termes de l'article C.14.6, le membre et la RRS peuvent demander à se présenter devant le conseil, mais ils n'ont pas droit à une audience formelle.
- C.14.0.8** Si le membre décide de se présenter devant le conseil en vertu de l'article C.14.6, il pourra être accompagné d'un avocat ou d'un mandataire.
- C.14.0.9** Le conseil peut procéder à l'étude du rapport et des recommandations de la Commission d'examen et des recommandations du CMC en l'absence du membre ou de la RRS si ces derniers ont été informés de la date et de l'heure de la rencontre.
- C.14.0.10** Dès qu'il a examiné le rapport et les recommandations de la Commission d'examen et les recommandations du CMC, le conseil doit rendre une décision, décision qui sera définitive et exécutoire. La décision du conseil sera communiquée au membre du personnel médical, au PDG et à tous autres individus qui doivent mettre en œuvre les recommandations.
- C.14.0.11** Si le conseil n'est pas convaincu de disposer de toute l'information dont il a besoin pour rendre une décision, il peut demander qu'une audience formelle soit tenue devant le conseil.

### **C.15.0 Notification**

- C.15.0.1** Lorsque les privilèges du membre sont réduits, suspendus ou non renouvelés, le médecin-chef doit aviser le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ou la Société dentaire du Nouveau-Brunswick et toute autre RRS du Nouveau-Brunswick. Cette notification doit indiquer la nature et les détails de la plainte, la décision finale et toute recommandation en ce qui a trait aux mesures disciplinaires. Le médecin-chef doit aviser la Direction de l'Assurance-maladie du ministère de la Santé lorsque les privilèges d'un membre sont suspendus ou non renouvelés.
- C.15.0.2** Lorsqu'un membre du personnel médical a des privilèges et que la Régie régionale de la santé reçoit un avis d'une autre Régie régionale de la santé que les privilèges de ce membre dans cette Régie régionale de la santé ont été suspendus ou substantiellement réduits pour incompétence, négligence ou mauvaise conduite ou que le membre a démissionné alors que ses compétences, ou sa conduite font l'objet d'une enquête, le PDG, après consultation avec le médecin-chef, peut suspendre les privilèges dudit membre du personnel médical en vertu de la section C.5.12 et par la suite les dispositions des sections C.10 jusqu'à C.16 des règlements administratifs seront suivies.

### **C.16.0 Prolongation du délai**

Le PDG et le médecin-chef peuvent prolonger toute période à laquelle il est fait référence dans les présents règlements administratifs lorsqu'ils déterminent ou lorsqu'un des deux détermine que la période ne peut raisonnablement être respectée, et un avis de cette prolongation doit être transmis au membre, par écrit, ainsi qu'au président de tout comité qui pourrait être touché par la prolongation du délai.

### **C.17.0 Responsabilité en matière de consignation au dossier**

- C.17.0.1** Tous les membres du personnel médical doivent assumer leurs responsabilités en matière de consignation au dossier conformément aux dispositions de la *Loi sur les régies régionales de la santé* ou de la *Loi hospitalière* et de leurs règlements, sinon il y aurait lieu de procéder à une suspension, à une réduction ou à un retrait de leurs privilèges.
- C.17.0.2** Un membre du personnel médical peut faire l'objet d'une suspension lorsqu'il ne remplit pas le dossier d'un patient dans la période prévue dans les règles des règlements administratifs.
- C.17.0.3** Le PDG doit donner au membre du personnel médical, au président du CMCL et au chef de département du membre un avis de suspension temporaire de ses privilèges en vertu des présents règlements administratifs. Des dispositions doivent être prises par le membre pour trouver un remplaçant, au besoin.

### **C.18.0 Situations d'urgence**

Quel que soit le statut du personnel ou du département, un médecin doit en cas d'urgence faire tout ce qui est en son pouvoir pour sauver la vie ou les organes vitaux d'un patient, y compris demander toute l'assistance pouvant être disponible. Aux fins du présent article, une urgence est définie comme une situation où la vie ou un organe vital d'un patient sont directement menacés et où un retard de traitement renforcerait ce danger. Dès la première occasion, le médecin-chef sera avisé de la situation d'urgence et des actions prises.

### **C.19.0 Organisation du personnel médical (OPM)**

#### **C.19.1 Une seule organisation du personnel médical**

Il ne doit y avoir qu'une seule organisation du personnel médical pour l'ensemble de la RRS, et ce, peu importe le nombre d'établissements et de programmes administrés par cette dernière. L'organisation du personnel médical peut être sous divisée tel que décrit dans les règles des règlements administratifs.

L'organisation du personnel médical a pour objectifs:

- (a) de veiller à ce que tous les patients admis ou traités dans un établissement reçoivent les meilleurs soins possible dans le cadre des ressources de la RRS;
- (b) de veiller à un niveau de rendement professionnel élevé de la part de tous les médecins,

dentistes et chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux autorisés à pratiquer dans un établissement quelconque par le truchement d'un examen et d'une évaluation continus du rendement de chaque membre;

- (c) de fournir des directives, de promouvoir des normes éducatives élevées généralement parmi le personnel médical et d'encourager la participation à la recherche médicale;
- (d) de prendre les dispositions nécessaires pour respecter les exigences des programmes de formation de premier, deuxième et troisième cycles gérés conjointement par une université ou un autre établissement technique ou universitaire, avec lequel la RRS a conclu une entente à des fins éducatives et formatives;
- (e) de participer au maintien et à l'amélioration de la santé communautaire;
- (f) de donner des conseils d'ordre médico-administratif au PDG et au conseil;
- (g) de créer une structure organisationnelle et d'examiner les procédures nécessaires afin de promouvoir l'atteinte des objectifs susmentionnés.

### **C.19.2 Énoncé de l'objectif**

Les membres de l'OPM travailleront en collaboration avec la RRS afin d'offrir des services efficaces et efficaces à leurs patients. Les membres de l'OPM seront toujours conscients de la nécessité d'enseigner et de découvrir d'autres méthodes dont leurs patients pourraient bénéficier.

### **C.19.3 Philosophie**

Les membres de l'OPM médical offriront leurs services de manière responsable et dans un esprit de compassion, et seront toujours conscients des besoins du patient et de la dignité des personnes et des familles.