



Centre intégré universitaire
de santé et de services sociaux
du Saguenay–Lac-Saint-Jean

**RAPPORT
ANNUEL
2016-2017**

Édition produite par :

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Rédaction et coordination :

Amélie Gourde, agente d'information, Service des relations médias et communications publiques,
en collaboration avec le personnel du CIUSSS.

Montage graphique :

Stéphanie Gobeil, technicienne en communication, Service des relations médias et communications publiques

Relecture :

Bianca Fillion, agente administrative, Service des relations médias et communications publiques
Jean-François Saint-Gelais, adjoint à la PDG, Service des relations médias et communications publiques

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Ce document a été édité en quantité limitée. Il est disponible en version électronique sur le site Internet du CIUSSS.
(www.santesaglac.gouv.qc.ca)

Dépôt légal :

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017
ISSN 2371-3143 (version imprimée)
ISSN 2371-3151 (PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2017



Garant
des forêts
intactes^{MC}



ECF

Imprimé sur du Rolland Enviro Print, contenant 100 % de fibres postconsommation et fabriqué à partir d'énergie biogaz.
Il est certifié FSC®, Procédé sans chlore, Garant des forêts intactes et ECOLOGO 2771.

Message des autorités

C'est avec plaisir que nous vous présentons le Rapport annuel de gestion 2016-2017 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Ce rapport illustre les éléments marquants du travail et des efforts déployés au cours de la dernière année par les quelque 10 500 employés de notre établissement. Les grands dossiers et les activités marquantes y sont présentés.

Dans le cadre de notre exercice de rapport annuel de gestion, nous rendons compte à la population du bilan de l'établissement dans les différents programmes et services. Pour chacun sont présentés les résultats obtenus, qui invitent à maintenir nos bonnes pratiques ou à procéder à des changements dans nos actions.

Avec la fin de l'année financière 2016-2017, le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean termine sa deuxième année d'existence. On ne peut passer sous silence tout le chemin parcouru durant les deux premières années de mise en place de notre CIUSSS. Nous avons opéré un changement de culture progressif, qui tend vers un véritable réseau intégré. À terme, cette réforme majeure de notre réseau de la santé et des services sociaux sera bénéfique pour les usagers et notre population.

Une telle transformation ne se réalise pas en deux temps, trois mouvements. Les deux premières années d'existence du CIUSSS ont été particulièrement mouvementées. Nous avons investi tous les efforts pour assurer des soins et services de grande qualité au cours cette période de transition et de développement. Portés par l'ambition d'exceller et d'innover pour faire une différence dans la vie des gens en contribuant à leur mieux-être, nous avons fait appel en continu à la rigueur, à la responsabilité et à la cohérence.

La collaboration, la bienveillance et l'excellence constituent nos valeurs organisationnelles. Ce sont là les assises de notre action, les piliers qui permettront de consolider les fondations de notre grand CIUSSS.



MARTINE COUTURE
Présidente-directrice générale



FRANCE GUAY
Présidente du conseil d'administration



Fiabilité des données

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

À titre de présidente-directrice générale, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2016-2017 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2017.

Signé à Saguenay le 14 juin 2017.



MARTINE COUTURE
Présidente-directrice générale



Table des matières

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

LE CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX	10
MISSION.....	12
VISION.....	13
VALEURS	13
ORGANIGRAMME	16

FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE

INAUGURATION DES NOUVEAUX LOCAUX DE L'URGENCE DE L'HÔPITAL D'ALMA.....	19
INVESTISSEMENT DE 1,65 M\$ POUR L'AMÉLIORATION DES LOCAUX DU GROUPE DE MÉDECINE FAMILIALE UNIVERSITAIRE (GMF-U)...	20
CRÉATION DE LA CHARTE RÉGIONALE DES SAINES HABITUDES DE VIE	20
MODERNISATION DU BLOC OPÉRATOIRE DE L'HÔPITAL DE ROBERVAL	21
INVESTISSEMENT DE 3,1 M\$ POUR LES SERVICES DE SANTÉ DANS LA RÉGION	22
MISSION UNIVERSITAIRE.....	22
LE CIUSSS DANS LES MÉDIAS	23

CONSEIL D'ADMINISTRATION, COMITÉS, CONSEILS ET INSTANCES CONSULTATIVES

CONSEIL D'ADMINISTRATION	24
COMITÉS RELEVANT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	25
CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE	26
COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE	27
COMITÉ STRATÉGIQUE DE LA MISSION UNIVERSITAIRE	29
COMITÉ DE LA RECHERCHE.....	29
BUREAU DE DIRECTION DE LA RECHERCHE	29
CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS	30
CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS ET COMITÉ DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES	31
CONSEIL DES SAGE-FEMMES	32
COMITÉ DE GESTION DES RISQUES.....	34

(suite)

DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE.....	34
COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES	36
RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ	39
ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ	74
AGRÉMENT	75
SÉCURITÉ ET QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES.....	75
EXAMEN DES PLAINTES ET PROMOTION DES DROITS	77
MESURES D'AMÉLIORATION	79
DÉLAI DE TRAITEMENT	79
MESURES D'AMÉLIORATION	79
ÉTUDE SUR DES QUESTIONS D'ORDRE DISCIPLINAIRE.....	79
COMITÉ DE RÉVISION	80
PROTECTEUR DU CITOYEN	80
RESSOURCES HUMAINES.....	82
GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS POUR L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC	82
RESSOURCES FINANCIÈRES.....	85
RAPPORT DE LA DIRECTION	85
RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT	86
RÉSULTATS FINANCIERS.....	88
ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT	99
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES.....	102
ANNEXES	115
ANNEXE 1 CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DE CONSEIL D'ADMINISTRATION	117
ANNEXE 2 PRÉSENCE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	138

Liste des tableaux

TABLEAU 1	Liste des installations du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux.....	14
TABLEAU 2	Membres du conseil d'administration	24
TABLEAU 3	Comités relevant du conseil d'administration	25
TABLEAU 4	Autres comités.....	25
TABLEAU 5	Détail des projets évalués au CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean.....	28
TABLEAU 6	Membres du comité de direction du Département régional de médecine générale	35
TABLEAU 7	Entente de gestion et d'imputabilité 2016-2017	40
TABLEAU 8	Engagements et indicateurs du CIUSSS	51
TABLEAU 9	Personnes mises sous garde dans une installation maintenue par le CIUSSS	76
TABLEAU 10	Dossiers au cours de l'exercice	78
TABLEAU 11	Principaux motifs des plaintes médicales conclues au cours de l'exercice	79
TABLEAU 12	Application de la politique portant sur les soins de fin de vie.....	81
TABLEAU 13	Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs.....	82
TABLEAU 14	État des résultats - Exercice terminé le 31 mars 2017	88
TABLEAU 15	État des surplus (déficits) cumulés - Exercice terminé le 31 mars 2017	89
TABLEAU 16	État de la situation financière - Exercice terminé le 31 mars 2017.....	90
TABLEAU 17	État de la variation des actifs financiers nets (dette nette) - Exercice terminé le 31 mars 2017	91
TABLEAU 18	État des flux de trésorerie - Exercice terminé le 31 mars 2017	92
TABLEAU 19	Charges encourues par programmes-services 2016-2017	94
TABLEAU 20	Revenus reportés relatifs aux sommes reçues par dons, legs et autres formes de contributions (art.269 LSSSS)....	95
TABLEAU 21	Contrats de service	97
TABLEAU 22	Détails de l'état du suivi des réserves.....	99
TABLEAU 23	Organismes communautaires financés (2016-17), par réseau local de services (RLS)	103

A light blue map of the Saguenay-Lac-Saint-Jean region in Quebec, Canada, showing the coastline and various municipalities. The map is positioned in the background of the page.

Présentation de l'établissement

LE CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Créé officiellement le 1^{er} avril 2015, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) s'est façonné au cours des deux dernières années à travers l'élaboration de sa structure interne, qui se déploie dans dix-huit directions (six directions administratives et douze cliniques).

Premier employeur de la région, le CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean compte quelque 10 500 employés et plus de 650 médecins, dentistes et pharmaciens. Doté d'un budget de quelque 815 millions de dollars, le CIUSSS est né de la fusion de neuf établissements de santé et de services sociaux et dispose de 62 installations réparties dans l'ensemble de la région. L'établissement est aussi affilié à l'Université de Montréal et à l'Université de Sherbrooke.

10

2016-17
RAPPORT ANNUEL

Présentation de l'établissement

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean

95 762 km²
superficie du territoire desservi



62
installations



2 009 lits

Dont 1 263 en centre d'hébergement
et de soins de longue durée (CHSLD)
et 746 en centre hospitalier (CH)

278 808

habitants
(17 % de moins
de 18 ans,
63 % entre 18 et
64 ans et 20 % plus
de 65 ans)



Le CIUSSS

**1^{er} employeur
de la région**

du Saguenay–Lac-Saint-Jean



4
accréditations syndicales

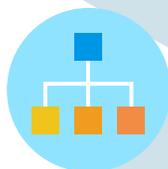


10 500
employés

Plus de
650
médecins,
dentistes et
pharmaciens



6
directions administratives et
12
directions cliniques



500
types d'emplois



\$\$\$

Un budget annuel de
815 M\$

Plus de
800
demandes médiatiques annuellement
dont plus de 300 entrevues accordées



11

2016-17
RAPPORT ANNUEL

Présentation de l'établissement

MISSION

Veiller à la santé et au bien-être de la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean par le déploiement de continuums de services intégrés, adaptés aux besoins et accessibles dans chacun des milieux.

Contribuer, par sa mission et sa désignation universitaire, au développement des savoirs et des pratiques, au transfert et à la fusion des connaissances.

Pour accomplir cet engagement, le CIUSSS assume les responsabilités suivantes :

- planifier, coordonner, organiser et offrir à la population l'ensemble des services sociaux et de santé, incluant le volet santé publique, selon les orientations et les directives ministérielles;

- déterminer les mécanismes de coordination des services à la population;
- garantir une planification régionale des ressources humaines;
- réaliser le suivi et la reddition de comptes auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS);
- assurer la prise en charge de l'ensemble de la population, notamment les personnes les plus vulnérables;
- assurer la gestion de l'accès aux services;
- établir les ententes, modalités et responsabilités avec les partenaires de son réseau territorial de services, par exemple, les médecins, organismes communautaires, entreprises d'économie sociale, pharmacies et autres ressources privées.

S'agissant de la désignation universitaire, le statut universitaire du CIUSSS découle du fait qu'une université, en l'occurrence l'Université de Sherbrooke, offre un programme complet d'études en médecine dans notre région. La mission universitaire du CIUSSS compte deux volets, soit l'enseignement et la recherche.



VISION

Des soins de santé et des services sociaux accessibles et efficaces qui s'adaptent aux besoins de la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

VALEURS

Collaboration

C'est miser sur la force d'une équipe. C'est faire confiance et croire au potentiel de chacun pour atteindre des objectifs. C'est la synergie qui permet de viser plus haut pour s'enrichir au contact de l'autre. Elle s'appuie sur l'interdisciplinarité et le partenariat autant entre collègues, directions, qu'avec l'ensemble des acteurs de la communauté. Elle implique une relation empreinte de confiance, d'écoute et de respect, de même qu'un souci constant de communiquer.

Bienveillance

S'exprime par la volonté de traiter toute personne avec respect et sollicitude. Elle s'imprègne d'ouverture aux autres, aux changements et aux différences envers la clientèle et entre collègues. Elle incite à faire preuve d'écoute et d'empathie à l'égard d'autrui. Elle nous porte à reconnaître et à souligner les efforts, les forces et la contribution de chacun.

Excellence

Fait référence à la volonté d'exécuter les tâches avec attention et d'innover dans le but ultime de faire une différence dans la vie des gens en contribuant à leur mieux-être. Elle fait appel à la rigueur, la responsabilité, la cohérence et trouve son inspiration dans une éthique élevée des comportements individuels et organisationnels. L'excellence se manifeste en continu par la recherche de la qualité, du travail bien fait et du développement des compétences.



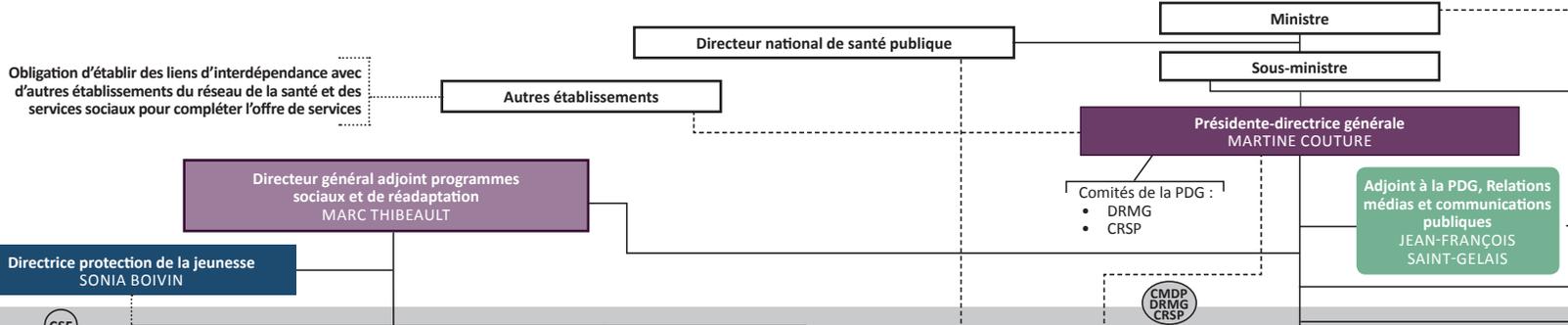
TABLEAU 1 Liste des installations du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

TERRITOIRE	ÉTABLISSEMENT	TERRITOIRE	ÉTABLISSEMENT
La Baie	Hôpital de La Baie CLSC du Fjord (La Baie et Anse-Saint-Jean) Centre d'hébergement de Bagotville Centre d'hébergement Saint-Joseph	Maria-Chapdelaine	Hôpital de Dolbeau-Mistassini CLSC Les Jardins du Monastère CLSC et Centre d'hébergement de Normandin Centre d'hébergement de Dolbeau-Mistassini
Chicoutimi	Hôpital de Chicoutimi CLSC de Chicoutimi CLSC de Chicoutimi-Nord Centre d'hébergement de la Colline Centre d'hébergement Jacques-Cartier Centre d'hébergement Mgr Victor-Tremblay Maison de naissance du Fjord-au-Lac	Installations en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme	Atelier et centre d'activités de jour de l'Anse-Saint-Jean Atelier et centre d'activités de jour de La Baie Atelier et centre d'activités de jour du Cénacle Atelier Manouane Atelier et centre d'activités de jour du Long-Sault Atelier Champlain Atelier et centre d'activités de jour du Séminaire Atelier et centre d'activités de jour Tanguay Atelier Scott Centre d'activités de jour Gauthier Atelier de l'Aéroport Atelier Saint-Félicien Centre d'activités de jour Roland Atelier Roland Centre d'activités de jour F. X.-Bouchard Atelier de Dolbeau-Mistassini Centre d'activités de jour de Dolbeau- Mistassini
Jonquière	Hôpital de Jonquière Centre de réadaptation en déficience physique Centre de réadaptation en dépendance CLSC de Jonquière Centre d'hébergement Sainte-Marie Centre d'hébergement des Pensées Centre d'hébergement Georges-Hébert Centre d'hébergement Des Chênes		

Suite Liste des installations du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

TERRITOIRE	ÉTABLISSEMENT	TERRITOIRE	ÉTABLISSEMENT
Lac-Saint-Jean-Est	Hôpital d'Alma CLSC Champlain CLSC d'Alma CLSC de l'Ascension-de-Notre-Seigneur CLSC de Métabetchouan-Lac-à-la-Croix Centre d'hébergement Isidore-Gauthier Centre d'hébergement d'Alma Centre d'hébergement de Métabetchouan-Lac-à-la-Croix	Installations en protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) et réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA)	CPEJ – Services externes de La Baie CPEJ – Services externes de Chicoutimi / Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation Saint-Georges Foyer de groupe La Parenthèse CPEJ – Services externes de Jonquière CPEJ – Services externes d'Alma CPEJ – Services externes de Roberval Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation La Chesnaie Foyer de groupe l'Intervalle CPEJ – Services externes de Dolbeau- Mistassini CPEJ – Services externes de Chibougamau
Domaine-du-Roy	Hôpital de Roberval CLSC de Saint-Félicien CLSC de Roberval Centre d'hébergement de Roberval Centre d'hébergement de Saint-Félicien		

Organigramme de la direction 12 juin 2017

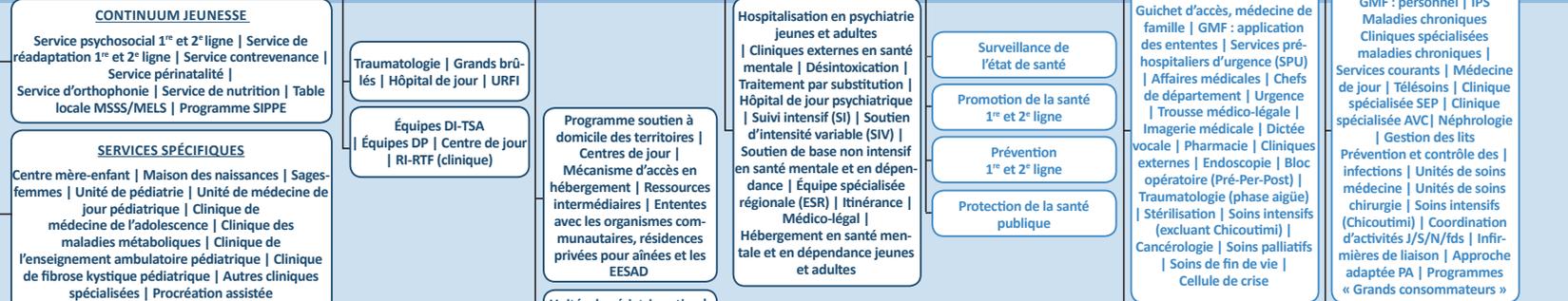


COMITÉ DE COORDINATION CLINIQUE



Services transversaux : Pour plusieurs fonctions, les mandats seront transversaux

COGESTION ADMINISTRATIVE ET MÉDICALE

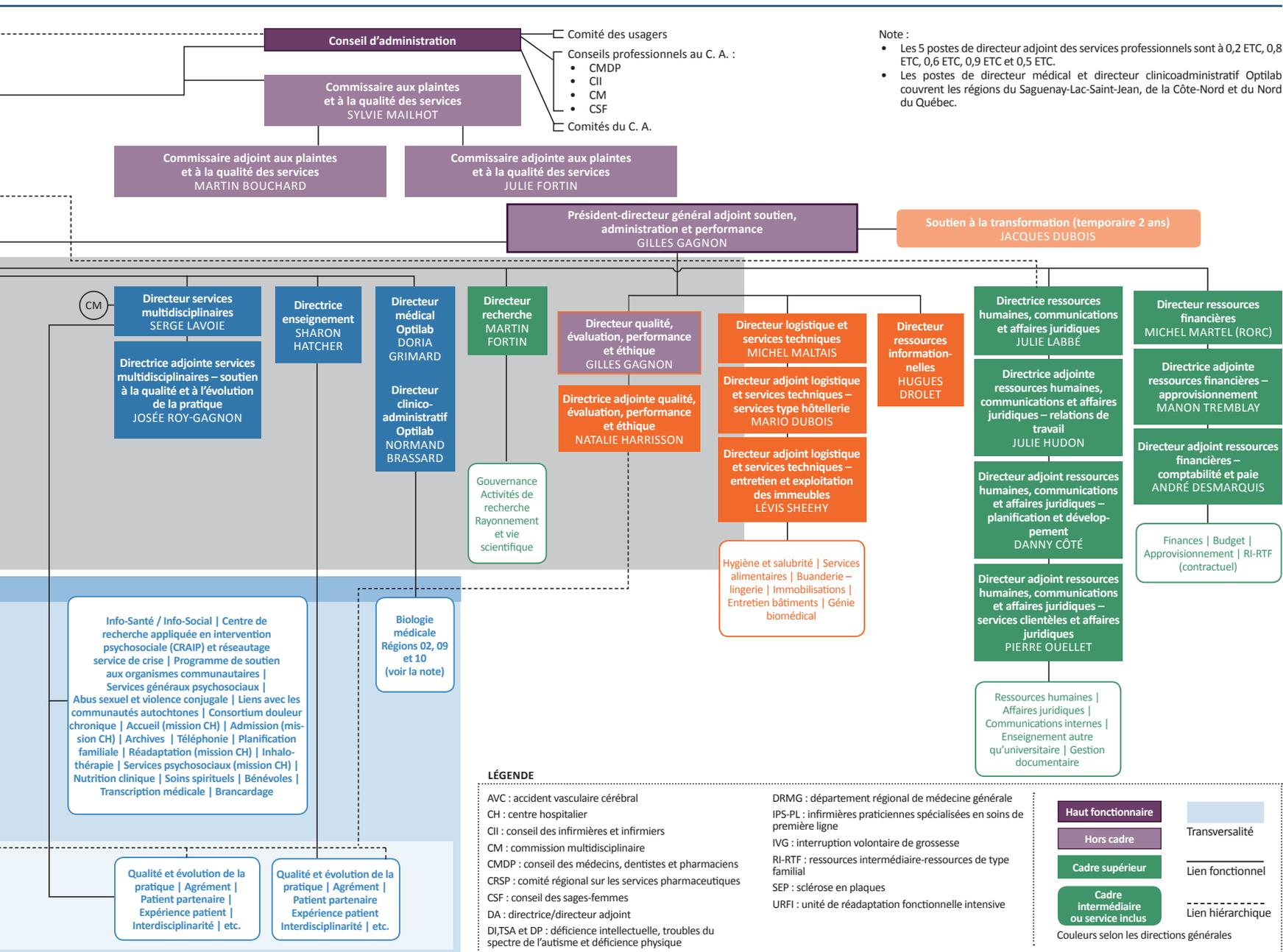


Pratiques cliniques transversales



16

2016-17 RAPPORT ANNUEL





37 822 000 \$

Les nouveaux locaux de l'urgence d'Alma représentent un investissement total de 37 822 000 \$ financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux à hauteur de 36 655 000 \$. La contribution du CIUSSS s'élève à 1 167 000 \$ pour les travaux.

6 178 m²

Cet agrandissement, d'une superficie totale de 6 178 mètres carrés, s'accompagne d'un réaménagement des locaux de l'ancienne urgence.

Faits saillants de l'année

INAUGURATION DES NOUVEAUX LOCAUX DE L'URGENCE DE L'HÔPITAL D'ALMA

24 mai 2016

C'est en présence du ministre de la Santé et des Services sociaux, Gaétan Barrette, que le CIUSSS a inauguré les nouveaux locaux de l'urgence de l'Hôpital d'Alma, dans le cadre d'un projet englobant l'agrandissement et le réaménagement de l'urgence et des cliniques externes, ainsi que la construction d'un stationnement de 188 places sur trois niveaux. Ce projet est l'aboutissement d'une quinzaine d'années de travaux de conception et de préparation.

Les travaux ont consisté en un agrandissement de l'hôpital sur trois niveaux, incluant un rez-de-sol où se situe la nouvelle urgence, et un rez-de-chaussée pour les cliniques externes et une partie des laboratoires. Cet agrandissement, d'une superficie totale de 6 178 mètres carrés, s'accompagne d'un réaménagement des locaux de l'ancienne urgence.

Ces travaux font suite à la construction du stationnement, qui s'est conclue en 2014. L'ensemble des travaux devrait se terminer en juin 2017.

Le projet vise à offrir plus d'espace à l'urgence et aux cliniques externes et à les aménager de manière plus fonctionnelle et efficace.

En ce qui concerne l'urgence, ce réaménagement majeur comprend une aire de civières plus spacieuse et l'ajout d'espaces de traitement ainsi que d'espaces communs et de bureaux. Les cliniques externes, quant à elles, ont été dotées de salles d'examen supplémentaires et bénéficient d'un accès direct à l'urgence.

Sur le plan financier, ce projet représente un investissement total de 37 822 000 \$, financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux à hauteur de 36 655 000 \$. La contribution du CIUSSS s'élève à 1 167 000 \$ pour les travaux.

Les nouveaux locaux de l'urgence auront un impact positif notable sur l'accessibilité et la qualité des soins et des services de première ligne offerts à la population.



INVESTISSEMENT DE 1,65 M\$ POUR L'AMÉLIORATION DES LOCAUX DU GROUPE DE MÉDECINE FAMILIALE UNIVERSITAIRE (GMF-U) DE CHICOUTIMI

4 novembre 2016

Le ministre de la Santé et des services sociaux, Gaétan Barrette, a annoncé à Saguenay un investissement de 1 650 000 \$ destiné à l'amélioration des locaux du groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U) de Chicoutimi.

Les améliorations qui seront apportées aux locaux du GMF permettront notamment de former annuellement plus de médecins dans le cadre du programme de médecine de l'Université de Sherbrooke.

Le ministre Barette a affirmé que le GMF-U de Chicoutimi est « l'un des plus performants du Québec » et a souligné « le travail de l'équipe pour avoir réussi à se démarquer de la sorte, malgré des espaces actuellement restreints ».



CRÉATION DE LA CHARTE RÉGIONALE DES SAINES HABITUDES DE VIE

10 novembre 2016

La Table intersectorielle régionale sur les saines habitudes de vie (TIR-SHV) du Saguenay–Lac-Saint-Jean, coordonnée par le CIUSSS, a annoncé la création de la Charte régionale des saines habitudes de vie.

Les initiatives au profit des saines habitudes de vie sont nombreuses au Saguenay–Lac-Saint-Jean. La Charte régionale des saines habitudes de vie vise à faire en sorte que toutes les municipalités de la région se sentent partie prenante du mouvement au profit des saines habitudes de vie et s'y reconnaissent.

Cette charte permettra de donner du poids et du souffle aux actions dans les municipalités pour améliorer le bien-être des citoyens. La signature de la Charte témoigne de la volonté d'engagement d'un conseil municipal et favorise la mise en place d'actions structurantes.

20

2016-17
RAPPORT ANNUEL

Faits saillants de l'année

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean

MODERNISATION DU BLOC OPÉRATOIRE DE L'HÔPITAL DE ROBERVAL

5 décembre 2016

Le député de Roberval, responsable de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean et premier ministre du Québec, Philippe Couillard, a procédé à l'inauguration du bloc opératoire de l'Hôpital de Roberval, à la suite des travaux de modernisation.

Les travaux ont été effectués au 6^e étage du centre hospitalier, soit le bloc opératoire et la salle de réveil. La superficie concernée par les travaux représente 570 m². Concrètement, le projet a contribué à l'amélioration de l'accessibilité du poste d'accueil et du bloc

opératoire, l'aménagement d'une salle de réveil de six civières, dont une en isolement, et l'ajout de réserves. Le projet comprend aussi l'agrandissement de certaines salles regroupées du bloc opératoire, soit les salles où seront réalisées les chirurgies générales, en gynécologie, urologie, oto-rhino-laryngologie, dentisterie, ophtalmologie, orthopédie et endoscopie.

Les coûts en immobilisation et en équipements représentent 8 250 000 \$ dont la majeure partie a été assumée par le CIUSSS. De ce montant, une somme d'environ 2 000 000 \$ de dollars concerne les travaux supplémentaires qui ont dû être faits en raison des conséquences de l'incendie du 6 juin 2016, tant au bloc que dans les espaces voisins.

Le projet a aussi reçu une contribution financière du ministère de la Santé et des Services sociaux, à la hauteur de 925 000 \$, et de la Fondation du CSSS Domaine-du-Roy, pour un montant de 375 000 \$.



Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean



INVESTISSEMENT DE 3,1 M\$ POUR LES SERVICES DE SANTÉ DANS LA RÉGION

20 mars 2017

Le député de Dubuc et adjoint parlementaire du premier ministre pour la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Serge Simard, a annoncé une aide financière de 3 111 290 \$ pour la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

La région s'est vu accorder un montant de 1 630 090 \$ pour la création de 32 places pour personnes âgées en perte d'autonomie modérée, 6 places en santé mentale à Saguenay et 6 places de réadaptation (dont 2 au Saguenay en déficience physique et 4 au Lac-Saint-Jean en gériatrie).

Pour soutenir cette offre de service accrue et, plus précisément, en vue d'améliorer les soins et les services offerts dans les CHSLD, monsieur Simard a également annoncé un investissement de 1 481 200 \$ destiné à l'embauche de personnel. Cela représentera environ 32 personnes de plus dans les CHSLD de la région, qui occuperont des postes de proposé aux bénéficiaires.

MISSION UNIVERSITAIRE

Programme de formation médicale à Saguenay (PFMS)

En 2016, le PFMS célébrait ses dix ans d'existence. Déployé en 2006, ce programme de l'Université de Sherbrooke vise à favoriser la formation de médecins en région afin qu'ils bénéficient d'une formation de haut niveau et soient également sensibilisés aux besoins des plus petites communautés. Dans le cadre des célébrations du dixième anniversaire, deux événements se sont tenus le 26 octobre 2016, soit un forum régional et une soirée de gala. Sous le thème « Vers une médecine grandeur nature », le forum visait à présenter un bilan des dix dernières années et à réfléchir à l'avenir du programme.

UMF d'Alma et GMF-UMF de Chicoutimi

En juillet 2016, l'Unité de médecine de famille (UMF) d'Alma et le Groupe de médecine de famille (GMF)-UMF de Chicoutimi ont accueilli respectivement 6 et 12 nouveaux médecins résidents. Leur mission première est d'enseigner aux médecins résidents à prodiguer des soins de santé et services de première ligne intégrés. Ils participent également au développement et à l'application des connaissances. Tout au long de leur parcours, superviseurs et enseignants accompagnent les apprenants dans une pratique exemplaire et innovatrice des soins de santé et des services de première ligne en collaboration interprofessionnelle.

Programme de soutien au développement de la mission universitaire

La troisième édition des remises de bourses décernées dans le cadre du Programme de soutien au développement de la mission universitaire s'est tenue le 29 septembre 2016. Financé par la Fondation de ma vie, ce programme permet la réalisation de projets de recherche et d'enseignement. Quatre équipes pourront ainsi concrétiser leurs projets grâce à des fonds totalisant 83 275 \$.

22

2016-17
RAPPORT ANNUEL

Faits saillants de l'année

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Les initiatives retenues pour l'année 2016 sont : l'agrément des programmes de simulation par le Collège des médecins et des chirurgiens du Canada; la compréhension de la mission universitaire auprès des usagers d'une clinique surspécialisée; et l'expérience patient dans les milieux d'enseignement en première ligne au Québec. Une étudiante à la maîtrise en sciences infirmières s'est également vue décerner une bourse d'études.

Simulation

Depuis trois ans, le Centre de formation continue de l'Hôpital de Chicoutimi offre aux infirmières, inhalothérapeutes et résidents en médecine de famille, un atelier connu sous le nom de « Méga code » interdisciplinaire. À la suite de la fusion des établissements, des professionnels de la santé des installations de La Baie, Chicoutimi, Jonquière, Alma et Roberval y ont participé.

Politique de gestion des stages

En 2016, la Direction de l'enseignement, en collaboration avec d'autres directions cliniques, a débuté la mise en place d'une politique de gestion des stages visant principalement à clarifier et standardiser le processus de gestion des stages dans toutes les disciplines et professions du CIUSSS du Saguenay—Lac-Saint-Jean. Des mesures pour la valorisation et la reconnaissance de la fonction de supervision ont également été mises en place. De nombreuses rencontres ont été réalisées avec les parties prenantes du CIUSSS et des différents établissements d'enseignement afin d'établir la politique qui devrait être déployée au courant de l'année 2017.

LE CIUSSS DANS LES MÉDIAS

Les relations avec les médias constituent une activité importante pour le CIUSSS. En 2016-2017, les différents médias de la région ont réalisé 2434 textes, reportages et nouvelles impliquant le CIUSSS. Il s'agit d'une augmentation de 69 % par rapport à l'année précédente.

Soixante-dix porte-parole ont accordé quelque 300 entrevues à des représentants des médias du Saguenay—Lac-Saint-Jean.

Le Service des relations médias et des communications publiques (SRMCP) du CIUSSS a répondu à 800 demandes en provenance de journalistes, animateurs et chercheurs, soit 27 % de plus qu'au cours de l'exercice 2015-2016. Une trentaine d'actions ont été initiées par le SRMCP auprès des médias pour faire connaître les services et rayonner des projets et bons coups de notre établissement. Une vingtaine de communiqués de presse ont en outre été publiés.

La couverture médiatique accordée au CIUSSS montre bien que l'organisation représente une source d'information majeure dans la région.

L'analyse fine de l'activité médiatique du CIUSSS s'inscrit dans un objectif d'amélioration continue de notre communication publique. Les résultats permettent de maintenir ou de mieux orchestrer nos pratiques, et ce, dans le souci premier de communiquer adéquatement avec des dizaines de milliers de lecteurs, auditeurs et téléspectateurs exposés régulièrement à nos différents messages.



Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean



Plus de
800
demandes formulées par
les médias dont plus de
300 entrevues accordées



477
Articles parus
dans les journaux



326
Reportages et nouvelles
produits par les
stations de télévision



1631
Reportages et nouvelles
diffusés dans les
stations de radio

23

2016-17
RAPPORT ANNUEL

Faits saillants de l'année

Conseil d'administration, comités, conseils et instances consultatives

TABLEAU 2 Membres du conseil d'administration

Membres	Provenance	Membres	Provenance
BARON, Christian	Nommé – Université affiliée - Montréal	DUFOUR, Dominic	Observateur – Fondations
BÉRUBÉ, Christiane	Indépendante – Réadaptation	GAUDREAU, Mauril	Nommé – Université affiliée – Sherbrooke
BLANCHET, Denyse	Indépendante – Gestion des risques	GUAY, France, présidente	Indépendante – Organismes communautaires
BOUCHARD, Dominique	Indépendant – Ressources immobilières, informationnelles et humaines	LAROUCHE, Marie-Hélène	Désignée – Conseil des infirmières et infirmiers
CÔTÉ, Martin	Désigné – Comité régional sur les services pharmaceutiques	LEMIEUX, Jean	Indépendant – Protection de la jeunesse
CÔTÉ-DUPÉRE, Denyse	Désignée – Comité des usagers	MARCHAND, Paul JR	Désigné – Conseil multidisciplinaire
COURTOIS, Bibiane	Indépendant – Santé mentale	SONIER, Jean-Claude	Indépendant – Vérification/performance/qualité
COUTURE, Martine	Présidente-directrice générale	SIMARD, Fabien	Désigné – Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
DALLAIRE, Laurent-Paul	Indépendant – Usager	TRUCHON, Michel	Indépendant – Gouvernance/éthique
DUBÉ, Guylaine	Indépendant – Réadaptation	VERREAU, Guy	Désigné – Département régional de médecine générale

TABLEAU 3 Comités relevant du conseil d'administration

Comité de vérification	Comités des usagers du Saguenay–Lac-Saint-Jean Comité des usagers DI-TSA Comité des usagers du Centre jeunesse du SLSJ Comité des usagers du Lac-Saint-Jean Est Comité des usagers de Domaine-du-Roy Comité des usagers de Maria-Chapdelaine Comité des usagers de Jonquière Comité des usagers de Chicoutimi Comité des usagers de La Baie Comité des usagers du centre intégré (CUCI)
Comité de gouvernance et d'éthique	
Comité de vigilance et de la qualité	
Comité de révision	
Comité consultatif du territoire Maria-Chapdelaine	

En ce qui concerne le code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration, aucun cas n'a été traité ou suivi par les membres et aucun manquement n'a été constaté en 2016-2017.

TABLEAU 4 Autres comités

Conseil multidisciplinaire	Conseil des infirmières et infirmiers et comité des infirmières et infirmiers auxiliaires
Comité d'éthique de la recherche	Conseil des sage-femmes
Comité de stratégie de la mission universitaire	Comité de gestion des risques
Comité de la recherche	Département régional de médecine générale
Bureau de direction de la recherche	
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean

25

2016-17
RAPPORT ANNUEL

CONSEIL D'ADMINISTRATION,
COMITÉS, CONSEILS ET
INSTANCES CONSULTATIVES

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Le conseil multidisciplinaire du Saguenay–Lac-Saint-Jean regroupe 2 577 membres répertoriés dans des professions identifiées sous plus de 40 titres d’emploi différents.

Le comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM) est composé de dix membres élus et trois cooptés par et parmi les membres du conseil, conformément à la procédure d’élection prévue au règlement, ainsi que de la présidente-directrice générale et de la personne qu’elle désigne à cette fin. Le CECM a cherché à être le plus représentatif possible des installations territoriales ainsi que des programmes-clientèles en élisant des membres provenant de six secteurs géographiques de la région, ainsi que de quatre programmes-clientèle, en plus des trois postes cooptés.

La première année du CECM a été consacrée au développement. La création des différents comités a permis aux membres de travailler de façon efficiente sur différents projets, soit la gestion des comités de pairs, les demandes d’avis, le plan de communication, la création d’un comité encadrant la pratique professionnelle (CMPC). De plus, un travail rigoureux a été réalisé afin de rejoindre le plus de membres possible à travers la collecte d’informations et le développement de stratégies de communication. L’objectif de se faire connaître en tant que CECM s’est traduit, entre autres, par l’organisation de midis-conférences.

Le conseil a également obtenu un financement annuel de ses activités pour un budget de 52 787 \$, ce qui lui permet de réaliser ses différents mandats.



COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Le comité d'éthique de la recherche (CER) du CIUSSS est désigné par le ministre de la Santé et des Services sociaux en vertu de l'article 21 du Code civil du Québec. Par cette désignation, il est habilité à approuver les projets de recherche réalisés auprès de personnes mineures ou majeures inaptes (inaptitude subite, permanente ou temporaire), ainsi que les projets de recherche réalisés auprès des personnes majeures.

Mandat

- Veiller à la dignité, à la sécurité et au bien-être des participants à la recherche et assurer le respect de leurs droits.
- Évaluer, approuver, modifier, interrompre ou refuser tout projet de recherche qui relève de son autorité et qui n'est pas conforme.
- Exercer la surveillance continue de l'éthique des projets de recherche approuvés.
- Veiller au suivi des projets de recherche en cours.

Faits saillants

Le CER est la porte d'entrée de tous les projets de recherche devant être réalisés au CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Le personnel du CER s'assure que les projets reçoivent la triple évaluation requise (scientifique, éthique et de la convenance institutionnelle). Une fois ces évaluations réalisées, le personnel du CER s'assure que le chercheur obtienne l'autorisation qui lui permettra de réaliser le projet de recherche dans les murs de l'établissement. Un nouveau règlement a été rédigé et adopté par le conseil d'administration du CIUSSS, le 30 novembre 2016, soit le *Règlement relatif au processus d'évaluation et d'autorisation des projets de recherche au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean*.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Membres du comité d'éthique de la recherche

Johane de Champlain, vice-présidente substitut, conseillère à l'éthique membre régulier et juriste membre substitut

Marie-Andrée Tremblay, conseillère à l'éthique, membre substitut

Claude Prévost, représentante du public, membre régulier

Claude Gilbert, représentant du public, membre substitut

Marie-Andrée Tremblay, représentante du public, membre substitut

Luigi Bouchard, membre scientifique, membre régulier

Diane Brisson, membre scientifique, membre substitut

Alexandre Fortin, membre scientifique, membre substitut

Alexandre Lavoie, membre scientifique, membre substitut

Daniel Rivard, membre scientifique, membre substitut

Véronique Roberge, membre scientifique, membre substitut

Maxime Sasseville, membre scientifique, membre substitut

Marc Tremblay, membre scientifique, membre substitut

(Suite sur le comité d'éthique à la recherche)

Évaluation des projets de recherche

Au cours de l'exercice, le comité a évalué 19 projets de recherche, soit en mode monocentrique ou multicentrique, pour lesquels il a agi à titre de CER évaluateur. En outre, 27 projets ont été reçus par l'entremise du Comité de la convenance institutionnelle, pour lesquels le CER n'était pas le CER évaluateur. Le CER a également évalué 654 demandes dans le cadre du suivi continu passif. Présentement, 114 projets de recherche sont en cours dans notre établissement.

TABLEAU 5 **Détail des projets évalués au CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean**

Projets monocentriques	14	
Projets multicentriques pour lesquels il agit à titre de CER évaluateur	5	
Projets multicentriques reçus par le Comité de la convenance institutionnelle pour lesquels le CER du CIUSSS n'était pas le CER évaluateur (multicentriques provenant d'autres établissements)	27	
	Projets - participants majeurs	Projets - participants mineurs ou majeurs inaptes
Projets traités en comité plénier	5	2
Projets traités en comité restreint	9	0
Projets traités en mode délégué	3	0
Projets pour lesquels aucune décision n'a encore été rendue	0	0

COMITÉ STRATÉGIQUE DE LA MISSION UNIVERSITAIRE

Le Comité stratégique de la mission universitaire relève de la présidente-directrice générale du CIUSSS. Il propose des orientations à la PDG et au comité de direction de l'établissement en matière d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Il favorise le développement de la mission d'enseignement et de recherche en concertation avec la mission de soins et services de l'établissement. Il assure le suivi des dossiers stratégiques et participe à la promotion interne et externe de la mission universitaire.

Les activités du comité ont débuté en 2016-2017. De nombreux sujets y ont été traités, mais les principaux enjeux de l'année courante concernaient la planification stratégique du centre de recherche du CIUSSS et la politique de gestion des stages.

COMITÉ DE LA RECHERCHE

Le comité de la recherche est défini dans les contrats d'affiliation avec les universités de Montréal et de Sherbrooke. Il est formé de représentants des facultés de médecine et des vice-rectorats à la recherche des universités, de représentants de l'établissement et de chercheurs. Le mandat du comité a une portée stratégique. Il se penche en effet sur toutes les grandes questions visant le développement et la pérennité de la mission de recherche. En 2016-2017, les travaux ont principalement porté sur le projet visant à mettre en valeur l'expertise régionale en maladies génétiques et

sur l'exercice de planification stratégique de la recherche (y compris les volets stratégiques du recrutement du financement des partenariats et des communications).

BUREAU DE DIRECTION DE LA RECHERCHE

La fonction du Bureau de direction de la recherche est d'assister et de conseiller le directeur de la recherche sur la gestion courante, la vie scientifique et le développement de la mission de recherche. Il permet de veiller à la discussion et à la transparence des décisions.

Le Bureau regroupe des chercheurs qui représentent les espaces universitaires, les axes de recherche ou des programmes ou installations actifs en recherche. Des représentants des directions universitaires et financières participent également. En 2016-2017, le Bureau s'est penché notamment sur le nouveau cadre réglementaire des bonnes pratiques et de la gestion de la recherche (adopté par le conseil d'administration en janvier 2017), le programme des dîners-conférences, la semaine de la recherche et la planification stratégique.

Le comité d'étude de la convenance institutionnelle des projets et le comité d'évaluation scientifique des projets de recherche sont des instances qui répondent aux exigences ministérielles d'évaluation de tout projet qui pourrait se dérouler dans l'établissement. Le premier comité relève de la présidente-directrice générale et le second du directeur de la recherche. Les données relatives aux activités de ces instances sont présentées dans le rapport annuel que le Comité d'éthique de la recherche remet au ministère.

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

Mandat général du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) a plusieurs mandats, soit l'évaluation, la surveillance et l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle, la distribution appropriée et équitable des soins et services, l'évaluation et le maintien des compétences de tous ses membres, l'organisation scientifique et technique de toute l'organisation du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean dans la dispensation des soins. Le CMDP réalise tout mandat complémentaire demandé à son comité exécutif.

Mandats ou objectifs spécifiques au cours de l'année

- Formation des comités permanents du CMDP et surveillance de leur fonctionnement. Les comités siègent dans chaque installation et font le travail requis, mais la coordination inter-installation reste à définir. Ce sera le travail du nouveau président pour l'année à venir. Le sous-comité de la tenue du dossier de l'utilisateur est en voie de formation avec des règles qui s'appliqueront de façon uniforme à travers le CIUSSS.
- L'apprentissage du travail de groupe avec toutes les installations régionales s'est poursuivie afin d'en assurer une équité populationnelle.

Membres élus

Sophie Bernier, conseillère, Roberval
Marie-Lucie Bouchard, conseillère, Jonquière
Julie Côté, conseillère, Roberval
Martin de la Boissière, conseiller, Dolbeau
Dominique Gagnon, trésorière, Jonquière
Marie-Élaine Gagnon, conseillère, La Baie
Jean-François Gimaël, 2^e vice-président, Alma
Isabelle Jean, conseillère, Alma
David Laverdière, 1^{er} vice-président, Chicoutimi
Fabien Simard, président, Chicoutimi
Hugo Villeneuve, conseiller, Chicoutimi

Membres d'office

Donald Aubin, directeur services professionnels
Martine Couture, présidente-directrice générale

Membre invitée

Sharon Hatcher, directrice de l'enseignement

Membres remplaçants

Audrey Corneau, La Baie
Myriam Paul, Dolbeau
Julie Potvin, Roberval
Christian Ricard, Alma

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS ET COMITÉ DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES

Mandat et responsabilités

Le conseil des infirmières et infirmiers (CII) est, pour chaque centre exploité par son établissement, responsable envers le conseil d'administration :

- d'apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés dans le centre et, le cas échéant, en collaboration avec le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (chapitre I-8) et exercées dans le centre;
- de faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments applicables à leurs membres dans le centre;
- de faire des recommandations sur les règles de soins infirmiers applicables à leurs membres dans le centre;
- de faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins dispensés par leurs membres dans le centre;
- de donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers sur le territoire et sur la planification de la main-d'œuvre infirmière. (LSSSS, article 370.3 et Loi 10, article 87).

Le CII est, pour chaque centre exploité par l'établissement, responsable envers la présidente-directrice générale de donner son avis sur les questions suivantes :

- l'organisation scientifique et technique du centre;
- les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des infirmières et infirmiers;
- toute autre question que le président-directeur général porte à son attention. (LSSSS, article 221).

Le mandat du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) est :

- d'apprécier la qualité des soins infirmiers posés par des personnes qui exercent des activités d'infirmier et d'infirmière auxiliaire pour l'établissement;
- de donner son avis sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence professionnelle des infirmiers et infirmières auxiliaires;
- de faire des recommandations sur l'attribution appropriée des soins dispensés.

Bilan des activités

Le plus grand défi du début de l'année 2016 a été de mettre sur pied un processus d'élections pour nommer officiellement les membres de l'exécutif et de passer d'un comité exécutif (CECII) transitoire à un CECII élu et représentatif des différents programmes et secteurs de notre établissement. Les élections

n'ont pas été nécessaires puisque 9 candidatures ont été reçues pour 11 places disponibles. Les nouveaux membres élus ont été présentés lors de l'assemblée générale annuelle qui s'est déroulée le 6 juin 2016 dans chacun des territoires de la région.

Le CECII est maintenant composé de 12 infirmières élues (en tenant compte de la représentativité des programmes et des secteurs), de

3 membres nommés d'office (la PDG, la directrice des soins infirmiers et la présidente du CIIA) et de 4 invités permanents (trois infirmières pour représenter les trois niveaux d'enseignement et une infirmière de l'ordre régional de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec).

Le CECII s'est réuni à 5 reprises du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017 et à une reprise en assemblée générale annuelle. De nombreux sujets ont été traités en vue d'optimiser et d'assurer une qualité de soins optimale à l'ensemble de la population de la région. Plus spécifiquement, les actions ont été les suivantes :

- développer un plan d'action 2016-2018 pour structurer les actions à poser;
- collaborer avec la Direction des soins infirmiers et l'OIIAQ sur le suivi de la formation intraveineuse pour les infirmières auxiliaires;
- élaborer un feuillet informatif sur le mandat et les responsabilités du CII pour se faire connaître;
- approuver l'Avis clinique sur l'accès à la documentation pour les préposés aux bénéficiaires en lien avec la confidentialité;
- réviser la règle de soins infirmiers (RSI) sur la prescription infirmière (RSI-01);
- approuver différentes règles de soins infirmiers
 - RSI02 – Prévention des plaies de pression
 - RSI05 – Non-professionnels.

CONSEIL DES SAGE-FEMMES

Le Conseil des sage-femmes (CSF) est responsable envers le conseil d'administration de l'établissement :

- de contrôler et d'apprécier de manière générale la qualité et la pertinence des actes posés par les sage-femmes;
- de faire des recommandations sur les règles de soin applicables à ses membres;
- de faire des recommandations sur la distribution appropriée des services dispensés par ses membres;
- de faire des recommandations sur la compétence professionnelle d'une sage-femme qui adresse une demande au C. A. en vue de conclure un contrat;
- de faire des recommandations sur les obligations qui doivent être rattachées à l'exercice de la profession de sage-femme;
- de faire un rapport annuel au C. A. concernant l'exécution de ses fonctions et les avis qui en résultent;
- d'assumer toute autre fonction que lui confie le C. A.

La grande majorité des objectifs généraux et spécifiques fixés pour l'année 2016-2017 a été atteinte.

Principales réalisations

- Atteinte du plein effectif sage-femme, c'est-à-dire une équipe de six sage-femmes et une responsable des services.
- Participation de l'ensemble des sage-femmes au programme d'approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux.

- Adoption de la nouvelle offre de service ainsi que des critères de sécurité pour les accouchements à domicile. Maintenant, les femmes désirant accoucher à domicile pourront le faire dans un rayon de 30 minutes de l'Hôpital de Chicoutimi (en plus de répondre à une liste de critères de sécurité adoptée par le CSF).
- Révision de l'entente de service pour la pratique sage-femme au sein du CIUSSS, spécifiquement la pratique des accouchements vaginaux après césarienne (AVAC). Il est convenu en comité de travail interdirection de la suspension des travaux dans l'attente de recommandations plus claires émanant de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux. La décision est basée sur le fait que la pratique actuelle confère une sécurité des soins optimale pour les clientes vivant un contexte d'AVAC.
- Reprise des activités du comité qualité de l'acte.

Perspectives d'action pour la prochaine année

- Consolidation des rôles et pouvoirs du CSF en lien avec le processus de traitement des plaintes, le partage des renseignements cliniques et la révision par les paires.
- Maintenir la distribution appropriée des services en consolidant l'équipe et en développant nos partenariats avec les centres accoucheurs du CIUSSS.
- Consolider le rôle consultatif du groupe de parents usagers de la Maison de naissance du Fjord-au-Lac.
- Développer un mécanisme de compilation et de suivi systématique des recommandations faites en comité périnatal.



COMITÉ DE GESTION DES RISQUES DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Le comité de gestion des risques est composé de 22 membres.

Le comité a tenu quatre rencontres régulières en cours d'année. À chacune des rencontres, des points statutaires sont présents à l'ordre du jour pour les sujets suivants :

- décentralisation de la saisie des rapports d'incident ou d'accident ;
- rapports d'investigation du coroner;
- prévention et contrôle des infections;
- comité sécurité des personnes âgées;
- gestion intégrée des risques;
- mesures d'urgence;
- agrément.

Principales réalisations

- Mise en place de la gestion des risques dans le CIUSSS, dépôt et adoption du règlement sur les règles de fonctionnement du comité de gestion des risques.
- Dépôt et adoption du règlement relatif à la divulgation de l'information nécessaire à un usager à la suite d'un accident.
- Dépôt et adoption du plan de sécurité des usagers 2016-2017.
- Adoption du programme de prévention et contrôle des infections, de son plan d'action 2016-2018 et de sa politique de prévention en contrôle des infections.

Les perspectives d'action pour la prochaine année sont de poursuivre le développement d'une culture de sécurité des usagers tout en éliminant la culture du blâme.

Le Département régional de médecine générale (DRMG) exerce, sous l'autorité de la présidente-directrice générale, les responsabilités suivantes :

1. Faire des recommandations sur la partie du Plan régional des effectifs médicaux relative aux médecins-omnipraticiens qui doit être effectuée et, une fois que le ministre a approuvé le plan, assurer la mise en place et l'application de la décision du CIUSSS relative à ce plan.
2. Définir et proposer le Plan régional d'organisation des services médicaux généraux lequel doit préciser, par territoire de réseau local de services de santé et de services sociaux, les services dispensés à partir d'un cabinet privé, d'un centre local de services communautaires ou d'une clinique externe d'un centre hospitalier exploité par un établissement, la nature des services existants et attendus en termes d'accessibilité et de prise en charge des diverses clientèles et assurer la mise en place et l'application de la décision du CIUSSS relative à ce plan.
3. Définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux pouvant inclure le réseau de garde intégré, notamment par la conclusion d'ententes de services, de jumelage ou de parrainage interétablissements, la garde en disponibilité pour les services dispensés en centre d'hébergement et de soins de longue durée et pour le programme de maintien à domicile et assurer la mise en place et la coordination de la décision du CIUSSS relative à ce réseau, le tout devant s'inscrire à l'intérieur du Plan régional d'organisation des services médicaux généraux.
4. Faire des recommandations sur la nature des services médicaux généraux découlant des programmes prioritaires et assurer la mise en place de la décision du CIUSSS relative à cette matière.

5. Faire des recommandations sur la liste des activités médicales particulières et assurer la mise en place de la décision du CIUSSS relative à cette liste.
6. Évaluer l'atteinte des objectifs relativement au Plan régional d'organisation des services médicaux généraux et à la partie du Plan régional des effectifs médicaux relative aux médecins omnipraticiens.
7. Donner son avis sur tout projet concernant la dispensation des services médicaux généraux :
 - donner son avis sur certains projets relatifs à l'utilisation de médicaments;
 - donner son avis sur l'instauration des corridors de services proposés par le réseau universitaire intégré de santé.
8. Réaliser toute autre fonction que lui confie la présidente-directrice générale du CIUSSS relativement aux services médicaux généraux.

En 2016-2017, le comité de direction du DRMG s'est réuni à huit occasions. Les principaux sujets discutés lors de ces rencontres ont été les suivants :

- Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) en omnipratique;
- activités médicales particulières (AMP);
- besoins prioritaires et priorités de recrutement dans les installations du CIUSSS;
- guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF);
- centre de répartition des demandes de services (CRDS);
- déploiement des professionnels dans les GMF.
- centre de répartition des demandes de services (CRDS);
- déploiement des professionnels dans les GMF.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean

TABLEAU 6

Membres du comité de direction du Département régional de médecine générale

Membres	Provenance
AUBIN, Donald	Directeur des services professionnels, CIUSSS
AUGER-LAFOND, Michaël	Maria-Chapdelaine
BÉDARD, Noémie	Agente de planification, de programmation et de recherche, CIUSSS
BLANCHETTE, Joëlle	Résidente
BOUDREAU, Roberto (chef du DRMG)	Domaine-du-Roy
COLLARD, Stéphanie	Chicoutimi (urgence)
COUTURE, Martine	Présidente-directrice générale, CIUSSS
DUBOIS, Marion	Jonquière
GAUTHIER, Nadia	Jonquière
HÉVEY, Simon	Domaine-du-Roy
LEMIEUX, Martin	Chicoutimi (enseignement)
NADEAU, Martine	La Baie
RICHARD, Lorraine	Chicoutimi
TRAN, Emmanuelle	Lac-Saint-Jean-Est
VERREAU, Guy	Lac-Saint-Jean-Est

COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES

Le comité régional sur les services pharmaceutiques exerce les responsabilités qui lui sont dévolues par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) :

Article 417.8 :

Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques et la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, le comité régional sur les services pharmaceutiques exerce, sous l'autorité du président-directeur général, les responsabilités suivantes :

- faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre;
- donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments;
- donner son avis sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques;
- exécuter tout autre mandat que lui confie le président-directeur général.

Le comité régional des services pharmaceutiques (CRSP) s'est réuni à quatre reprises au cours de l'année 2016-2017.

Les principaux sujets traités ont été les suivants : les communications; l'arrimage des soins et services pharmaceutiques entre le milieu hospitalier et communautaire; et les modifications au règlement du CRSP.

Les membres du comité régional sur les services pharmaceutiques en date du 31 mars 2017 sont les suivants :

Isabelle Tremblay, présidente, pharmacienne salariée en pratique communautaire

Isabelle CHAMPAGNE, pharmacienne propriétaire

Maude MORIN, pharmacienne propriétaire

Julie RIVARD, pharmacienne salariée en pratique communautaire

Martin CÔTÉ, pharmacien en établissement

Isabelle JEAN, pharmacienne en chef en établissement

Jean-François LAROCHE, pharmacien en établissement

Suzanne MALTAIS, pharmacienne en établissement

Martine COUTURE, présidente-directrice générale

Suzanne GAGNÉ, directrice adjointe des services professionnels

Marie-Andrée RÉGIS, agente de planification, de programmation et de recherche, direction des services professionnels

36

2016-17
RAPPORT ANNUEL





Résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents :

Les résultats à la fin de l'année financière de l'exercice 2016-2017 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean présentent :

- les engagements et les résultats obtenus;
- des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de l'année financière 2016-2017.

Signé à Saguenay, le 14 juin 2017.



MARTINE COUTURE
Présidente-directrice générale

TABLEAU 7 Entente de gestion et d'imputabilité 2016-2017
Fiche de reddition de comptes des attentes spécifiques

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation %	Commentaires
SECTION I : SANTÉ PUBLIQUE (DGSP)				
1.1	BILAN DES ACTIVITÉS RÉALISÉES	Un bilan faisant état des ressources humaines consenties pour la mise en œuvre des activités selon le centre d'activité (nombre de personnes travaillant à temps complet ou son équivalent temps complet) et des activités réalisées selon le milieu de vie ciblé (types d'activités, description des activités, objectifs généraux, état de la mise en œuvre des activités, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre des activités, etc.) est demandé.	100%	
1.2	COMITÉ PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES	Compléter le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et la composition de ce comité sont précisés dans le document <i>Les infections nosocomiales - Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec</i> , (Santé et Services sociaux Québec, 2006). La mise à jour de ce dernier est en cours et sa publication est prévue en décembre 2016.	100%	Puisque le nouveau Cadre de référence sur les infections nosocomiales n'est pas encore arrivé officiellement, nous avons conservé notre mode de fonctionnement antérieur au CIUSSS, soit une TRPIN et de comité de prévention des infections locaux. À l'arrivée du Cadre de référence, nous nous conformerons aux exigences.

→

SUITE Entente de gestion et d'imputabilité 2016-2017
Fiche de reddition de comptes des attentes spécifiques

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION EN	COMMENTAIRES
SECTION II : SERVICE SOCIAUX (DGSS)				
2.1	LISTE DES INSTALLATIONS ET ORGANISMES AU SEIN DU RSSS DEVANT IMPLANTER LES PROTOCOLES D'INTERVENTION EN MATIÈRE D'ITINÉRANCE	L'établissement devra transmettre une liste des installations et organismes de sa région devant implanter le protocole. Un gabarit à compléter sera fourni, lequel comportera des indications permettant l'identification des installations et organismes pertinents. La liste des installations et organismes transmise permettra de déterminer la cible pour l'établissement, ainsi que la cible nationale, associée à l'indicateur.	0%	Gabarit non fourni-mesure reportée. En attente du gabarit du MSSS.
2.2	PROGRAMME D'INTERVENTION EN NÉGLIGENCE	Le formulaire GESTRED identifie les composantes devant être présentes dans un PIN pour qu'il soit efficace. Il prévoit également une section pour identifier le nombre d'utilisateurs ayant participé au programme.	100%	
2.3	CONSOLIDATION DU SERVICE DE CONSULTATION TÉLÉPHONIQUE PSYCHOSOCIALE 24/7 (INFO SOCIAL)	L'établissement doit produire un état de situation afin d'exposer les mesures prises pour respecter et atteindre les standards comme prescrit dans l'Offre de services sociaux généraux.	100%	Le service est en place et répond à 100 % aux attentes.

→

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation %	Commentaires
(suite) SECTION II : SERVICE SOCIAUX (DGSS)				
2.4	ÉVALUATION ET ÉLABORATION D'UN PLAN D'INTERVENTION POUR TOUS LES USAGERS HÉBERGÉS EN CENTRE D'HÉBERGEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE PUBLIC	L'établissement doit viser à ce que toutes les personnes hébergées aient une évaluation à jour, à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), et possèdent un plan d'intervention. Les résultats des profils ISO-SMAF à jour et des plans d'intervention devront être transmis dans le formulaire GESTRED prévu à cette fin. Un état de situation sur les résultats obtenus devra également être produit.	100%	
2.5	PLAN TERRITORIAL D'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS ET DE LA CONTINUITÉ	L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC.	100%	
2.6	APPLICATION DU NOUVEAU LEXIQUE DES VARIABLES DU RELEVÉ QUOTIDIEN DE LA SITUATION À L'URGENCE ET EN CENTRE HOSPITALIER	L'établissement doit produire un état de situation sur l'application du nouveau lexique RQSUCH. Celui-ci devra faire état des actions entreprises pour, d'une part, s'assurer de la validité des données dans le contexte d'un changement au niveau des variables, et d'autre part, actualiser les quatre principes directeurs visant à instaurer de meilleures pratiques dans l'organisation et la dispensation des soins et services.	100%	
2.7	PORTRAIT DES LITS DE SOINS ET SERVICES POSTAIGUS	L'établissement doit produire un état de situation pour documenter l'offre de lits de soins et services post-aigus qui contiendra, notamment, son rôle et fonctionnement, les clientèles desservies ainsi que les ressources et les mécanismes de liaison avec les autres composantes du continuum.	100%	

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation %	Commentaires
SECTION III : SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE (DGSSMU)				
3.1	SUIVI DE L'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS ET ATTEINTE DES CIBLES DE L'ENTENTE ENTRE LE MSSS ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC	Un plan de travail permettant d'atteindre les cibles de l'entente entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec lié à la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses disposition législatives en matière de procréation assistée (2015, chapitre 25) doit être déposé. Par la suite, un suivi régulier des résultats de ce plan de travail sera fait sous la forme d'états de situation.	50%	Phase I du CRDS complétée à 100 % Phase II en cours selon les orientations du MSSS (20 % réalisé) Travail en continu avec les spécialistes concernés. Ajustement régulier - suivi en gestion de projet
3.2	MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS: PLAN D'ACTION TRIENNAL 2016-2019 ET SUIVI DES RÉALISATIONS	Un plan d'action triennal 2016-2019 devra être élaboré en impliquant les entités concernées, dont en premier lieu les promoteurs des dix-neuf projets d'implantation ciblés. Un état de situation des réalisations de l'établissement devra également être produit.	100%	
3.3	PLAN D'ACTION PAR ÉTABLISSEMENT RÉALISÉ SUR LA BASE DU PLAN D'ACTION NATIONAL 2016-2018	L'établissement devra déposer un plan d'action et une autoévaluation à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux.	70%	

→

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation %	Commentaires
(suite) SECTION III : SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE (DGSSMU)				
3.4	DÉPLOIEMENT DES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE	L'établissement devra produire deux états de situation qui confirment la réalisation des actions suivantes : effectuer la migration d'au moins une unité de médecine familiale (UMF) vers le modèle GMF (nouveau GMF à partir d'une UMF ou ajout d'une UMF à un GMF existant) et reconnaître un nouveau GMF ou ajouter un site clinique à un GMF existant à partir d'un site CLSC (services médicaux première ligne).	100%	
3.5	ADDENDA - MISE EN ŒUVRE DU FONCTIONNEMENT DE LA BIOLOGIE MÉDICALE SOUS LE FORMAT DES GRAPPES OPTILAB	L'établissement serveur a l'obligation d'assurer, en collaboration avec les autres établissements de sa grappe, le cas échéant, la mise en œuvre du fonctionnement de la biologie médicale sous le format des grappes OPTILAB. Pour ce faire, il s'engage à réaliser certain(e)s actions, mesures ou livrables dans le temps, et ce, en fonction d'une reddition de comptes articulée essentiellement selon un mode de gestion de projet.	100%	
3.6	POURSUITE DU DÉVELOPPEMENT ET DU SOUTIEN DE L'OFFRE DE SERVICE EN SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE	L'établissement doit produire un plan d'action qui prévoit : le rehaussement des SPFV à domicile, la mise en place d'un programme clinique de soins de fin de vie, la poursuite du développement des lits réservés en SPFV et la formation des professionnels du réseau en SPFV.	60%	La mise en place du programme des soins de fin de vie a été la priorité. Il est en place. Priorisation de ce dossier pour une mise en œuvre à l'automne 2017.

→

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation %	Commentaires
SECTION IV : FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET (DGFIB)				
4.1	LISTES DES BESOINS (OU CORRECTIFS) DEVANT ÊTRE RÉALISÉS DANS LES CINQ PROCHAINES ANNÉES PAR INSTALLATION PRINCIPALE	Pour une seconde année, l'établissement a pour objectif de procéder à l'inspection technique de 30 % de la superficie de leur parc immobilier respectif en 2016-2017 afin d'atteindre un pourcentage cumulatif minimal de 60 %. À la suite de l'inspection technique des bâtiments, il doit élaborer les listes des correctifs par installation principale devant être réalisés dans les cinq prochaines années et télécharger les données dans le système Actifs + Réseau.	100%	
4.2	STRATÉGIE QUÉBÉCOISE D'ÉCONOMIE D'EAU POTABLE	Par la complétion du formulaire GESTRED, l'établissement participe à la réalisation du plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.	100%	

→



N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation %	Commentaires
SECTION V : COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE (DGCRM)				
5.1	ADDENDA - COMITÉ RÉGIONAL POUR LES PROGRAMMES D'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE	La formation des comités régionaux pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise est repoussée à une date ultérieure de l'année 2016-2017.	S.O	
5.2	MANDAT MINISTÉRIEL DE LEADERSHIP RÉGIONAL EN SÉCURITÉ CIVILE	Exercer et approfondir le rôle de leadership régional en sécurité civile auprès des établissements de sa région. À cet effet, le MSSS s'attend à ce que l'établissement mette en place une instance de coordination régionale en sécurité civile et se dote de mécanismes de concertation efficaces permettant son déploiement. De plus, advenant la visite de dignitaires en sol québécois, prévoir que des plans de santé pour les dignitaires jouissant d'une protection internationale soient préparés et applicables.	0%	
5.3	SÉCURITÉ CIVILE	S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure de jouer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au niveau de la mission Santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile.	100%	

→

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation %	Commentaires
(Suite) SECTION V : COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE (DGCRM)				
5.4	GESTION DES RISQUES EN SÉCURITÉ CIVILE - SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX	Procéder au lancement du processus de gestion des risques en sécurité civile. À cet effet, l'établissement doit identifier un responsable du processus. Il peut s'agir du coordonnateur en sécurité civile de l'établissement ou d'une ressource en lien avec celui-ci. Le responsable du processus de gestion des risques en sécurité civile devra compléter le programme de formation du MSSS, réaliser les préalables à la démarche et l'étape du contexte de réussite en amont.	75%	<p>La séance de formation Bloc 3 donnée par le MSSS nous sera offerte en septembre 2017. Les dates de disponibilité du bloc 3 ne permettaient pas à tous les établissements de suivre le bloc 3 dans l'année 2016-2017. Toutefois, les processus sont démarrés pour l'ensemble des comités locaux et régionaux dans l'ensemble de la région.</p> <p>Le CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean a réservé des places sur la formation du mois de septembre 2017 afin de compléter les modules de formation en gestion des risques.</p>
5.5	CENTRE D'EXPERTISE SUR LE BIEN-ÊTRE ET L'ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE DES RÉFUGIÉS ET DES DEMANDEURS D'ASILE	La responsabilité de la coordination du Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile a été confiée au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour l'année financière 2016-2017. Ainsi, afin de contribuer au transfert, à la mobilisation et à la valorisation des connaissances aux CISSS et CIUSSS désignés, le Centre d'expertise déposera un plan de travail au MSSS en début d'année financière et des rencontres de suivies auront lieu avec le MSSS à trois moments au cours de l'année.	0%	

→

47

2016-17
RAPPORT ANNUELRÉSULTATS AU REGARD
DE L'ENTENTE DE GESTION
ET D'IMPUTABILITÉ

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation %	Commentaires
SECTION VI : PLANIFICATION, ÉVALUATION ET QUALITÉ (DGPEQ)				
6.1	PLAN D'ACTION MINISTÉRIEL EN RÉPONSE AUX RECOMMANDATIONS ISSUES DES RAPPORTS DU GROUPE VIGILANCE POUR LA SÉCURITÉ DES SOINS	L'établissement doit s'assurer que les installations favorisent la mise en œuvre du plan d'action ministériel en réponse aux recommandations du GVSS et intensifient le déploiement des meilleures pratiques susceptibles de réduire la gravité et l'incidence des chutes et des événements en lien avec la médication.	30%	<p>CHUTES : Vu les changements de pratiques importants ainsi que la nécessité de la participation des membres du personnel pour une appropriation et la pérennité, nous avons planifié un déploiement d'un système de prévention des chutes en étapes avec un support clinique adéquat.</p> <p>MÉDICATION : Les ressources financières, informationnelles et cliniques et le moratoire sur les outils numériques dont une solution informatique unique à toutes nos installations nous limitent dans l'avancement des différents projets, comme le démontre le plan d'action joint.</p> <p>Explication des 2 colonnes précédentes et des mesures.</p> <p>1. Pourcentage de réalisation 10 % : le déploiement est en cours dans les CHSLD de la région suite à un projet pilote très porteur et ayant déjà des résultats concrets dans 2 CHSLD.</p> <p>2. Date de réalisation à 100 % : mars 2020 pour l'ensemble du CIUSSS incluant la courte durée et tous les services ambulatoires.</p> <p>MESURES : Les mesures entreprises par l'établissement pour s'assurer la réalisation à 100 % : planification effectuée annuellement avec suivi au comité tactique de la sécurité de la personne âgée (CIUSSS). Nous nous assurons d'un support et du suivi des actions réalisées, par exemple : rencontres téléphoniques hebdomadaires des porteurs du dossier afin de répondre aux questions des pivots des unités. Nous sommes en élaboration d'un tableau de bord avec le suivi de nos indicateurs afin de s'assurer de voir le taux à la baisse et mieux analyser nos pistes d'amélioration.</p>

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation %	Commentaires
(Suite) SECTION VI : PLANIFICATION, ÉVALUATION ET QUALITÉ (DGPEQ)				
6.2	DIAGNOSTIC ET PLAN D'ACTION À L'ÉGARD DES PERSONNES HANDICAPÉES	Le diagnostic sur l'intégration des personnes handicapées doit contenir des informations sur : la proportion de personnes handicapées à l'emploi, l'accessibilité aux installations, le respect de la politique d'accès aux documents et services, l'accessibilité Web, le processus d'approvisionnement lors de l'achat des biens et services, et les activités pour la semaine québécoise des personnes handicapées. Par la suite, le plan d'action doit être réalisé et porté sur les obstacles prioritaires identifiés.	100%	<p>La séance de formation Bloc 3 donnée par le MSSS nous sera offerte en septembre 2017. Les dates de disponibilité du bloc 3 ne permettaient pas à tous les établissements de suivre le bloc 3 dans l'année 2016-2017. Toutefois, les processus sont démarrés pour l'ensemble des comités locaux et régionaux dans l'ensemble de la région.</p> <p>Le CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean a réservé des places sur la formation du mois de septembre 2017 afin de compléter les modules de formation en gestion des risques.</p>

→

Le plan d'action à l'égard des personnes handicapées doit être réalisé et porté sur les obstacles prioritaires identifiés.



Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation %	Commentaires
SECTION VII : TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION (DGTI)				
7.1	ORIENTATION STRATÉGIQUE DU MINISTRE EN TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION DES SYSTÈMES D'INFORMATION UNIFIÉS	<ul style="list-style-type: none"> • Parachever les travaux préparatoires à la mise en œuvre de l'orientation stratégique en technologie de l'information (TI); • Aligner les priorité en TI de l'établissement à celles du plan global du MSSS; • Préciser les stratégies et les plans de mise en œuvre en fonction de la capacité de l'établissement, de l'état des lieux et des cibles convenues; • Planifier et organiser les projets de déploiement des solutions unifiées qui auront été retenues; • Faire autoriser tous les projets en ressources informationnelles par le MSSS - en conformité avec la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (chapitre G-1.03). 	100%	

→

TABLEAU 8 Engagements et indicateurs du CIUSSS
Ententes de gestion 2016-2017 – Chapitre IV-Bilan P13

Indicateurs	Engagements 2016-2017	Cibles 2020	Résultats p13	Atteinte (%)	Suivi-commentaire
SANTÉ PUBLIQUE					
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles ayant mis en œuvre des interventions globales et concertées en promotion et en prévention de la santé selon l'approche École en santé (AÉS)	54 %	NA	48,7	90.2	Nous avons atteint 90,2 % de la cible convenue de l'EG1 2016-2017. Nous poursuivons nos travaux d'harmonisation des pratiques et notre collaboration étroite avec les commissions scolaires. Nous observons une grande amélioration comparativement à l'an dernier. Comme il a été mentionné par les années passées, pour cet indicateur, nous sommes tributaires du milieu scolaire.
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	90 %	NA	90,3	100.4	Cible atteinte.
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais	90 %	NA	79,1	87.9	Cible non atteinte. Nous sommes présentement accompagnés par l'Institut national de santé publique du Québec pour le projet sur l'Optimisation du service de vaccination 0-5 ans. Nous sommes au début, soit à l'élaboration de notre portrait régional. Nous comptons sur ce projet afin d'améliorer notre pourcentage d'atteinte de la cible. Il n'en demeure pas moins que lorsque l'enfant atteint l'âge de 12 mois, les parents sont de retour au travail et il est plus difficile pour eux de se libérer pour les rendez-vous. Dès l'annulation d'un rendez-vous ou lorsque l'enfant présente des contre-indications temporaires à la vaccination, ils se voient leur rendez-vous reporté ultérieurement (plus loin que le délai de 14 jours) en raison du manque de plage horaire disponible pour les reporter rapidement.

Indicateurs	Engagements 2016-2017	Cibles 2020	Résultats p13	Atteinte (%)	Suivi-commentaire
-------------	--------------------------	----------------	------------------	-----------------	-------------------

(SUITE) SANTÉ PUBLIQUE

Plan stratégique 1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez des jeunes de 15 à 24 ans	1 466	1 530	1 712	116.8	Cible atteinte.
--	-------	-------	-------	-------	-----------------

SANTÉ PUBLIQUE-INFECTION NOSOCOMIALES

Plan stratégique 1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	95 %	95 %	100		Cible atteinte.
---	------	------	-----	--	-----------------

Plan stratégique 1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	95 %	95 %	100		Cible atteinte.
---	------	------	-----	--	-----------------

Plan stratégique	95 %	95 %	100		Cible atteinte.
------------------	------	------	-----	--	-----------------

Indicateurs	Engagements 2016-2017	Cibles 2020	Résultats p13	Atteinte (%)	Suivi-commentaire
-------------	--------------------------	----------------	------------------	-----------------	-------------------

(SUITE) SANTÉ PUBLIQUE-INFECTION NOSOCOMIALES

1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	95 %	95 %	100		Cible atteinte.
---	------	------	-----	--	-----------------

SANTÉ PUBLIQUE – PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

1.01.19.03-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	95 %	NA	95		Cible atteinte.
--	------	----	----	--	-----------------

SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE

1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	90 %	NA	90.8	100.9	Cible atteinte.
1.02.07-EG2 Pourcentage de réfugiés ayant bénéficié d'une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique	ND	ND	ND	ND	Non disponible

Indicateurs	Engagements 2016-2017	Cibles 2020	Résultats p13	Atteinte (%)	Suivi-commentaire
-------------	--------------------------	----------------	------------------	-----------------	-------------------

PERSONNES ÂGÉES

Plan stratégique 1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	NA	100	100	Cible atteinte.
Plan stratégique 1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	66 %	NA	66.7	100	Cible atteinte.
Plan stratégique 1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	83.3 %	100 %	100	120	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spécifier si l'engagement convenu dans l'EGI 2016-2017 est atteint ou non. Dans le cas où l'engagement n'est pas atteint, spécifier les mesures qui seront entreprises par l'établissement pour corriger la situation; 6/6 territoires obtiennent un résultat supérieur à 80 %. Régionalement, nos résultats sont de 87,62 %. 2. Identifier les facteurs qui expliquent ou contraignent l'atteinte de l'engagement; Le passage en mode CIUSSS a eu un impact significatif sur différents aspects du RSIPA. La dernière année a été nécessaire pour débiter l'harmonisation de notre réseau et l'intégrer sous sa nouvelle gouvernance. 3. Apprécier l'évolution des résultats par rapport à l'année précédente, lorsque ces données sont disponibles;

Indicateurs	Engagements 2016-2017	Cibles 2020	Résultats p13	Atteinte (%)	Suivi-commentaire
-------------	--------------------------	----------------	------------------	-----------------	-------------------

(SUITE) PERSONNES ÂGÉES

					<p>Progression notable des résultats de 2015-2016 vers 2016-2017.</p> <p>4. Identifier s’il y a eu des problèmes connus liés à la qualité des données et de la méthodologie de l’indicateur. Le cas échéant, spécifier les mesures qui seront mises en place par l’établissement pour corriger la situation.</p> <p>La complétion de la grille OSIRSIPA repose, pour plusieurs questions, sur des informations subjectives. La validité des informations d’une évaluation à l’autre est variable à l’intérieur d’une même région. Cette variation doit également exister entre les régions.</p>
--	--	--	--	--	---

SERVICES GÉNÉRAUX – SOUTIEN À L’AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (SAPA)

1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus	90 %	NA	85.5	95	<p>1. Spécifier si l’engagement convenu dans l’EGI 2016-2017 est atteint ou non. Dans le cas où l’engagement n’est pas atteint, spécifier les mesures qui seront entreprises par l’établissement pour corriger la situation;</p> <p>Engagement presque atteint. La prise en charge du MAH sous un mode régional permettra d’assurer la rigueur et la standardisation au niveau des profils à l’admission. Pour l’année 2016-2017, 4 territoires sur 6 étaient pris en charge sous le mode régional, ce qui pourrait expliquer un résultat légèrement inférieur à 90 %. 100 % des territoires seront en mode régional à partir du 8 mai 2017.</p>
---	------	----	------	----	--

Indicateurs	Engagements 2016-2017	Cibles 2020	Résultats p13	Atteinte (%)	Suivi-commentaire
-------------	--------------------------	----------------	------------------	-----------------	-------------------

(SUITE) SERVICES GÉNÉRAUX – SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (SAPA)

					<p>Identifier les facteurs qui expliquent ou contraignent l'atteinte de l'engagement;</p> <p>Certaines problématiques cliniques (ex. : troubles de comportement) rendent plus difficiles les admissions en RI, ce qui pourrait expliquer certains cas d'exception.</p> <p>Apprécier l'évolution des résultats par rapport à l'année précédente, lorsque ces données sont disponibles;</p> <p>Données non disponibles.</p> <p>Identifier s'il y a eu des problèmes connus liés à la qualité des données et de la méthodologie de l'indicateur. Le cas échéant, spécifier les mesures qui seront mises en place par l'établissement pour corriger la situation.</p> <p>Une problématique de qualité des données a été identifiée au regard de notre système Accès-02, ce qui a provoqué une non-validité de certains profils à l'admission. Par exemple, un client évalué au MAH et saisi dans le système avec un profil 7 en attente de RI. Si le client est admis 12 mois plus tard, qu'une nouvelle évaluation est réalisée et qu'il a maintenant un profil 10, il sera admis en CHSLD. Cependant, le profil à l'admission demeure celui saisi dans le système à la création du dossier. Il semble admis avec un profil 7; en réalité, il présente un profil 10. Cette problématique sera corrigée.</p>
--	--	--	--	--	--

Indicateurs	Engagements 2016-2017	Cibles 2020	Résultats p13	Atteinte (%)	Suivi-commentaire
SOUTIEN À DOMICILE DE LONGUE DURÉE					
Plan stratégique 1.03.05.01 – EG2 Nombre total d’heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	451 125		426 682	94.6	<ol style="list-style-type: none"> Spécifier si l’engagement convenu dans l’EGI 2016-2017 est atteint ou non. Dans le cas où l’engagement n’est pas atteint, spécifier les mesures qui seront entreprises par l’établissement pour corriger la situation; Engagement non atteint. La diminution des heures est en majorité liée aux travaux sur la pertinence des services ayant entraîné la fermeture des dossiers profils 1-2-3. L’arrivée éventuelle de l’OCCI permettra sans aucun doute d’améliorer les heures rendues à domicile. Des travaux sont réalisés afin de développer des standards de pratique pour les différents intervenants (optimisation des heures travaillées). Identifier les facteurs qui expliquent ou contraignent l’atteinte de l’engagement; Les heures accordées en intensification de service dans les RPA (qui ne sont pas en heures EÉSAD ou CES) ne sont pas comptabilisées dans I-CLSC (formulaire 554), ce qui engendre une perte d’heures. Les interventions réalisées par nos professionnels qui interviennent au centre hospitalier (dans le cadre de la liaison, planification de congé ou NSA) ne peuvent être entrées dans I-CLSC (avis différents avec les pilotes I-CLSC). Nous sommes en attente des consignes du MSSS à ce sujet.

Indicateurs	Engagements 2016-2017	Cibles 2020	Résultats p13	Atteinte (%)	Suivi-commentaire
-------------	--------------------------	----------------	------------------	-----------------	-------------------

(SUITE) SOUTIEN À DOMICILE DE LONGUE DURÉE

					<p>Les interventions indirectes réalisées par nos professionnels ne sont pas comptabilisées (ex : coordination téléphonique des services avec EÉSAD).</p> <p>3. Apprécier l'évolution des résultats par rapport à l'année précédente, lorsque ces données sont disponibles;</p> <p>D'importants travaux pour la réalisation d'OÉMC ont eu un impact majeur sur les heures de services directs puisque ceux-ci ne sont pas encore complétés à domicile.</p> <p>4. Identifier s'il y a eu des problèmes connus liés à la qualité des données et de la méthodologie de l'indicateur. Le cas échéant, spécifier les mesures qui seront mises en place par l'établissement pour corriger la situation.</p> <p>Problématique de comptabilisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des services accordés en intensification dans les RPA; • des statistiques d'interventions réalisées en centre hospitalier; • des interventions indirectes.
<p>Plan stratégique</p> <p>1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)</p>	6430	8 265	5 983	93	<p>1. Spécifier si l'engagement convenu dans l'EGI 2016-2017 est atteint ou non. Dans le cas où l'engagement n'est pas atteint, spécifier les mesures qui seront entreprises par l'établissement pour corriger la situation;</p>

Indicateurs	Engagements 2016-2017	Cibles 2020	Résultats p13	Atteinte (%)	Suivi-commentaire
(SUITE) SOUTIEN À DOMICILE DE LONGUE DURÉE					
					<p>Engagement non atteint particulièrement relié aux travaux sur la pertinence des services qui ont engendré des fermetures de dossiers pour les profils 1-2-3. Diverses mesures permettront d'améliorer la situation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du repérage avec Prisma-7 (EÉSAD, RPA, cliniques de vaccination et GMF). • Gestion des listes d'attente et priorisation des clients en attente d'un premier service (au 31 mars 2017 aucun client en attente d'un premier service SAD dans la région 02). <p>2. Identifier les facteurs qui expliquent ou contraignent l'atteinte de l'engagement;</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'analyse et la révision des charges de cas ont amené la fermeture de certains dossiers. • La gestion par épisode de soins (plutôt que de laisser un dossier ouvert au cas où) et les travaux en lien avec l'autonomisation des clients. <p>3. Apprécier l'évolution des résultats par rapport à l'année précédente, lorsque ces données sont disponibles;</p> <p>Voir questions 1 et 2.</p>

Indicateurs	Engagements 2016-2017	Cibles 2020	Résultats p13	Atteinte (%)	Suivi-commentaire
-------------	--------------------------	----------------	------------------	-----------------	-------------------

(SUITE) SOUTIEN À DOMICILE DE LONGUE DURÉE

					<p>4. Identifier s'il y a eu des problèmes connus liés à la qualité des données et de la méthodologie de l'indicateur. Le cas échéant, spécifier les mesures qui seront mises en place par l'établissement pour corriger la situation.</p> <p>Nous croyons que le nombre total de clients est un indicateur qui pourrait être amélioré de façon à être plus significatif en utilisant le nombre par groupe de profils avec un facteur de pondération.</p> <p>Exemple : nombre de profils 1-2-3 (clients perte autonomie légère) pondération .5, nombre de profils 4-5-6 (clients directement dans la mission SAD) pondération 1, nombre de profils 7-8-9 (admissible en RI) donc pondération 1.5, nombre de profils 10 et + (admissible en CHSLD) donc pondération de 2.</p>
<p>Plan stratégique</p> <p>1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)</p>	90 %	90 %	78.7	87.4	<p>1. Spécifier si l'engagement convenu dans l'EGI 2016-2017 est atteint ou non. Dans le cas où l'engagement n'est pas atteint, spécifier les mesures qui seront entreprises par l'établissement pour corriger la situation;</p> <p>Engagement non atteint. La diminution du résultat par rapport à l'année précédente nous rappelle l'importance de maintenir le focus et de ne rien tenir pour acquis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Répartition hebdomadaire des cibles pour chaque intervenant; • Standard de gestion mis en place;

Indicateurs	Engagements 2016-2017	Cibles 2020	Résultats p13	Atteinte (%)	Suivi-commentaire
(SUITE) SOUTIEN À DOMICILE DE LONGUE DURÉE					
Plan stratégique 1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	90 %	90 %	78.7	87.4	<ul style="list-style-type: none"> • Balises de planification (ex : pour les 6 premiers mois de l'année). <p>2. Identifier les facteurs qui expliquent ou contraignent l'atteinte de l'engagement;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de ressources humaines dans certains titres d'emploi; • Certains employés ne sont pas formés pour compléter l'OÉMC; • Dans certains cas, manque d'adhésion des intervenants au projet. <p>3. Apprécier l'évolution des résultats par rapport à l'année précédente, lorsque ces données sont disponibles;</p> <p>Il faut retenir que 50 % (3/6) des territoires ont atteint un résultat de plus de 90 %. Toutefois, le fait qu'un territoire se retrouve à 66 % affecte le résultat régional.</p> <p>4. Identifier s'il y a eu des problèmes connus liés à la qualité des données et de la méthodologie de l'indicateur. Le cas échéant, spécifier les mesures qui seront mises en place par l'établissement pour corriger la situation.</p> <p>Rien à signaler. Les gestionnaires ont accès aux résultats chaque semaine.</p>

Indicateurs	Engagements 2016-2017	Cibles 2020	Résultats p13	Atteinte (%)	Suivi-commentaire
-------------	--------------------------	----------------	------------------	-----------------	-------------------

DÉFICIENCE

1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90 %	NA	92.9	103.3	Cible atteinte.
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90 %	NA	84.2	93.5	<p>L'engagement concernant l'indicateur 1.45.04.05 n'est pas atteint. Les résultats sont en majeure partie associés à la non-atteinte de la cible en déficience du langage (DL), ainsi qu'en déficience auditive (DA) et visuelle (DV).</p> <p>Les facteurs qui expliquent la non-atteinte de la cible en déficience du langage sont principalement associés à une augmentation du nombre de demandes dans les deux dernières années (128 en 15-16, 111 en 16-17), malgré que la révision des pratiques ait permis d'augmenter le nombre de clients desservis de 25 usagers (331 usagers desservis en 15-16, 336 usagers desservis en 16-17) sans ajout de ressources. Dans la prochaine année, nous prévoyons développer un poste en orthophonie, ce qui devrait nous permettre d'atteindre l'engagement 17-18, dans le contexte où l'augmentation des demandes ne se poursuit pas au même rythme.</p> <p>En déficience auditive, nous constatons également une augmentation importante des demandes, associées au vieillissement de la population (243 demandes en 15-16, 276 en 16-17); alors que nous n'avons pas pu augmenter le nombre de ressources. Le nombre de clients desservis est passé de 486 en 15-16, à 557 en 16-17.</p>

Indicateurs	Engagements 2016-2017	Cibles 2020	Résultats p13	Atteinte (%)	Suivi-commentaire
(SUITE) DÉFICIENCE					
					En déficience visuelle, il y a également une augmentation importante du nombre de demandes (173 en 15-16, 238 en 16-17), et malgré les travaux d'optimisation des pratiques, nous avons desservi deux usagers de plus en 16-17 par rapport à 15-16. Ceci s'explique également par une pénurie de ressources, soit les spécialistes en réadaptation en déficience visuelle. Dans la prochaine année, nous ne pourrons augmenter les effectifs tant en déficience auditive (DA) qu'en déficience visuelle (DV), faute de moyens financiers. Compte tenu du vieillissement de la population, nous anticipons une augmentation des demandes, et donc une difficulté à répondre à l'engagement 17-18.
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90 %	NA	95.9	106.6	Cible atteinte.
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90 %	NA	92.9	103.2	Cible atteinte.
Plan stratégique 1.05.15-PS Délai moyen accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme	90 %	90 %	71	121.1	L'engagement est respecté, compte tenu que la cible est exprimée en jours, et le délai maximal étant de 90 jours.

Indicateurs	Engagements 2016-2017	Cibles 2020	Résultats p13	Atteinte (%)	Suivi-commentaire
-------------	--------------------------	----------------	------------------	-----------------	-------------------

DÉPENDANCES

1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	80 %	NA	89.8	112.2	Cible atteinte.
Plan stratégique 1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	70 %	90 %	59.1	84.5	Pour cet indicateur en 2016-2017, un progrès important a pu être noté. Nous avons mis de l'avant plusieurs mesures pour intensifier la détection et l'intervention précoce. L'ensemble de ces mesures a porté certains résultats, mais un impact plus important se fera ressentir davantage en 2017-2018. Notons entre autres le déploiement d'intervenants de 1 ^{ère} ligne et la formation des AEOR de certains CLSC. D'autres actions sont prévues pour l'année 17-18.

SANTÉ MENTALE

Plan stratégique 1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	426	418	426	99.9	Cible atteinte.
Plan stratégique 1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	214	214	209	97.6	Nous avons maintenu la majorité de nos effectifs. Par contre, nous avons réaffecté un 0.2 ETC dans l'équipe de 1 ^{ère} ligne et nous avons dû composer avec un poste de pair aidant vacant dans la dernière année, ce qui explique la légère diminution dans le nombre de places de suivi intensif dans le milieu.
1.08.15-EG2 Nombre d'utilisateurs en attente d'une consultation médicale en psychiatrie ou pédopsychiatrie en clinique externe pour lesquels le délai d'accès excède 30 jours	116	NA	84	127.6	Cible atteinte.

64

2016-17
RAPPORT ANNUEL

Indicateurs	Engagements 2016-2017	Cibles 2020	Résultats p13	Atteinte (%)	Suivi-commentaire
SANTÉ PHYSIQUE - URGENCE					
Plan stratégique 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	10 h	7.50	10.6	94.1	La cible pour les indicateurs 1.09.01-PS, 1.09.43-PS et 1.09.44-PS ne sont pas tout à fait atteints pour la région. Les résultats de 2016-2017 ont été largement influencés par les résultats du secteur de Roberval qui a subi un incendie du bloc opératoire et a condamné une unité de soins complète. Ce sinistre a occasionné une diminution de la capacité d'admission à l'Hôpital de Roberval, donc un ralentissement de la fluidité entre les unités et avec les consultants à l'urgence. De plus, l'entraide régionale a fait en sorte que plusieurs installations ont été influencées par un nombre augmenté de transports. Par ailleurs, il y a eu une augmentation du nombre de visites (580) dans les urgences malgré un taux d'inscription aux médecins de famille de 86%
Plan stratégique 1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	60 %	90 %	55.9	93.1	
Plan stratégique 1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	70 %	90 %	62.5	89.3	

SANTÉ PHYSIQUE – SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE (SPFV)

Plan stratégique 1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 108	1 176	1 081	97.6	1. Spécifier si l'engagement convenu dans l'EGI 2016-2017 est atteint ou non. Dans le cas où l'engagement n'est pas atteint, spécifier les mesures qui seront entreprises par l'établissement pour corriger la situation;
---	-------	-------	-------	------	---

Indicateurs	Engagements 2016-2017	Cibles 2020	Résultats p13	Atteinte (%)	Suivi-commentaire
-------------	--------------------------	----------------	------------------	-----------------	-------------------

(SUITE) SANTÉ PHYSIQUE – SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE (SPFV)

					<p>La cible n'est pas atteinte, mais aucun client n'est en attente de soins palliatifs à domicile dans la région. Cette clientèle est priorisée et prise en charge dès la demande de service. Des démarches seront entreprises afin de s'assurer que le continuum de services CH-CLSC est efficace et permet d'identifier l'ensemble des clients ayant un requis de services à domicile. De plus, le budget « programme de soutien des proches aidants des personnes en soins palliatifs », permettra d'augmenter l'intensification de services auprès de ces clients, sans toutefois augmenter le nombre de clients puisqu'ils sont déjà connus du SAD.</p> <p>2. Identifier les facteurs qui expliquent ou contraignent l'atteinte de l'engagement;</p> <p>Actuellement, aucune demande n'est en attente de services.</p> <p>3. Apprécier l'évolution des résultats par rapport à l'année précédente, lorsque ces données sont disponibles;</p> <p>Progression constante annuellement.</p>
--	--	--	--	--	--

Indicateurs	Engagements 2016-2017	Cibles 2020	Résultats p13	Atteinte (%)	Suivi-commentaire
(SUITE) SANTÉ PHYSIQUE – SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE (SPFV)E					
					<p>4. Identifier s’il y a eu des problèmes connus liés à la qualité des données et de la méthodologie de l’indicateur. Le cas échéant, spécifier les mesures qui seront mises en place par l’établissement pour corriger la situation.</p> <p>Aucune problématique de qualité de données identifiée.</p>
Plan stratégique 1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie	29	28	29	100	Cible atteinte.
Plan stratégique 1.09.25-PS Nombre total de GMF	12	13	13	108.3	Cible atteinte.
Plan stratégique 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d’un médecin de famille	85 %	85 %	87.86	103.4	Cible atteinte.
SANTÉ PHYSIQUE - CHIRURGIE					
Plan stratégique 1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l’ensemble des chirurgies	0	0	117	97.1	<p>Cet engagement n’est pas atteint. Il y a eu un incendie au bloc opératoire de l’Hôpital de Roberval qui a nécessité une grande réorganisation régionale pendant plus de 8 mois en 2015-2016.</p> <p>La grande majorité des chirurgies en attente est de la chirurgie bariatrique qui a dû être suspendue à l’Hôpital de Roberval.</p>

Indicateurs	Engagements 2016-2017	Cibles 2020	Résultats p13	Atteinte (%)	Suivi-commentaire
(SUITE) SANTÉ PHYSIQUE - CHIRURGIE					
					De plus, il arrive qu'il y ait des erreurs de saisie qui, une fois corrigées, persistent dans le système qui génère les statistiques.
SANTÉ PHYSIQUE - CHIRURGIE					
Plan stratégique 1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	90 %	90 %	79.4	88.2.	Engagement non atteint. Une partie de l'écart est attribuable à la réorganisation nécessaire suite à l'incendie du bloc opératoire de l'Hôpital de Roberval. Aussi, une spécialité a accusé un retard particulier dû à la nécessité de modifier les équipements et les méthodes de traitement préconisées pour les meilleures pratiques. Le travail a été fait en cours d'année.
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	100 %	NA	98.3	98.3	Engagement non atteint. Une partie de l'écart est attribuable à la réorganisation nécessaire suite à l'incendie du bloc opératoire de l'Hôpital de Roberval. Aussi, une spécialité a accusé un retard particulier dû à la nécessité de modifier les équipements et les méthodes de traitement préconisées pour les meilleures pratiques. Le travail a été fait en cours d'année.
SANTÉ PHYSIQUE – IMAGERIE MÉDICALE					
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	90 %	100 %	80	88.9	L'engagement convenu dans l'EGI 2016-2017 est atteint dans les catégories suivantes : mammographie, diagnostique, échographie mammaire, tomodensitométrie et tomographie par émission de positrons.

Indicateurs	Engagements 2016-2017	Cibles 2020	Résultats p13	Atteinte (%)	Suivi-commentaire
(SUITE) SANTÉ PHYSIQUE – IMAGERIE MÉDICALE					
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	90 %	100 %	100	111.1	Un processus de 2e offre a été offert à l'ensemble des usagers en attente d'échographie autre (abdomen-pelvien, etc.) pour leur offrir la possibilité de passer leur examen dans un autre site n'ayant pas d'attente. Les plages disponibles pour l'échographie obstétricale et cardiaque ont été augmentées dans certains sites pour contribuer à supporter les sites ayant des attentes plus importantes.
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	90 %	100 %	72.7	80.8	Un plan d'action est élaboré en résonance magnétique afin de procéder à une augmentation de production dans les deux sites visés. Des actions sont en cours.
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	90 %	100 %	54.2	60.2	
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	90 %	100 %	100	111.1	
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	90 %	100 %	70.8	78.6	
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	90 %	100 %	99.7 %	110.8 %	

Indicateurs	Engagements 2016-2017	Cibles 2020	Résultats p13	Atteinte (%)	Suivi-commentaire
-------------	--------------------------	----------------	------------------	-----------------	-------------------

(SUITE) SANTÉ PHYSIQUE – IMAGERIE MÉDICALE

1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	90 %	100 %	50.6	56.2	
--	------	-------	------	------	--

1.09.34.10-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomographies par émission de positrons	90 %	100 %	100	ND	
--	------	-------	-----	----	--

RESSOURCES MATÉRIELLES

2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100 %	NA	100	100	Cible atteinte.
---	-------	----	-----	-----	-----------------

RESSOURCES HUMAINES

Plan stratégique 3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	6,75 %	6,22	7.79	84.6	<p>L'engagement prévu à l'EGI 2016-2017 n'a pas été atteint. Devant ce résultat, la direction déploiera lors de la prochaine année le projet identifié hautement prioritaire « Système intégré de la présence au travail », dont la mandante est la présidente-directrice générale, Mme Martine Couture.</p> <p>Ce grand projet comprend quatre sous-projets :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutien aux opérations courantes et présence au travail. Celui-ci porte sur l'implantation de saines pratiques de gestion à partir des principaux déterminants ayant une incidence sur la présence au travail.
---	--------	------	------	------	---

70

2016-17
RAPPORT ANNUEL



Indicateurs	Engagements 2016-2017	Cibles 2020	Résultats p13	Atteinte (%)	Suivi-commentaire
(SUITE) RESSOURCES HUMAINES					
					<ul style="list-style-type: none"> Déploiement de la politique nationale sur la gestion intégrée de la présence au travail. Mise en place d'un bureau de santé à Saguenay. Celui-ci intégrera le déploiement notamment du « Cadre de référence sur le soutien et la réintégration au travail ». Harmonisation et consolidation des initiatives en milieu de travail. <p>Le défaut d'atteinte des résultats prévus à l'engagement résulte du mouvement engendré par la réalisation concurrente de 180 projets d'optimisation sur la période du dernier exercice financier. La rigueur des bureaux de santé au niveau de la gestion médico-administrative n'est pas en cause.</p>
Plan stratégique 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	2,75 %	2,90	3.07	88.4	L'engagement prévu à l'EGI 2016-2017 n'a pas été atteint. L'organisation mise sur l'amélioration de la présence au travail par le projet ci-haut pour réaliser l'engagement de la prochaine année. L'engagement de la dernière année n'a pas été réalisé en raison de l'absentéisme et d'une incapacité à recruter à un niveau suffisant pour y pallier dans certains titres d'emploi.
Plan stratégique 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'oeuvre indépendante	0,12 %	0,23	0.11	104.9	L'engagement prévu à l'EGI 2016-2017 n'a pas été atteint. L'organisation mise sur l'amélioration de la présence au travail par le projet ci-haut pour réaliser l'engagement de la prochaine année. L'engagement de la dernière année n'a pas été réalisé en raison de l'absentéisme et d'une incapacité à recruter à un niveau suffisant pour y pallier dans certains titres d'emploi.

Indicateurs	Engagements 2016-2017	Cibles 2020	Résultats p13	Atteinte (%)	Suivi-commentaire
-------------	--------------------------	----------------	------------------	-----------------	-------------------

RESSOURCES TECHNOLOGIQUES

6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)

98 %

NA

94.3

96.2

L'engagement 2016-2017 n'a pas été atteint en raison de changements de pilotes locaux et de la difficulté de recruter et de former une pilote régionale – et une substitut – pour la mise à jour des informations contenues dans le RRSS. Pour améliorer notre résultat, nous allons nous assurer de former deux pilotes régionales.





Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité



AGRÉMENT

Visite agrément Canada au Centre de santé de services sociaux Domaine-du-Roy en mars 2015 : suivi de dépôt de preuves demandé pour le 3 septembre 2016

Suite à la visite d'Agrément Canada au CSSS Domaine-du-Roy (ancien établissement) en mars 2015, un suivi des 50 non-conformités devait être fait pour le 3 septembre 2016 à Agrément Canada. Il s'agissait du seul dépôt de preuve demandé.

Afin de se conformer aux exigences, plusieurs gestionnaires ont été ciblés afin de fournir les preuves demandées. La coordination de la démarche a été assumée par le chef de service évaluation, expérience patient et éthique. Après l'évaluation des preuves remises au comité d'évaluation d'Agrément Canada, le 26 septembre 2016, seulement cinq critères de normes sur 50 exigeaient un supplément de preuves à fournir. Ils ont été transmis en avril dernier. Les plans d'amélioration de la qualité du rendement fournis ont démontré notre conformité aux exigences.

Visite Agrément Canada du 12 au 17 juin 2016

Le CIUSSS a été visité en juin 2016. Les visiteurs ont évalué 13 normes et 28 pratiques organisationnelles.

À la suite de la visite d'Agrément Canada, la présidente-directrice générale a reçu le rapport de la visite (7 juillet 2016) ainsi qu'une lettre l'informant que le CIUSSS conservait le type d'agrément, soit AGRÉÉ, jusqu'à la prochaine visite en juin 2018.

Le taux de conformité était de 91,2 %. Cependant, certaines mesures devaient être adoptées afin de conserver le statut « agréé » de notre établissement. Le CIUSSS est en attente de la décision du comité d'évaluation d'Agrément Canada pour le retour à la conformité d'une dizaine de critères non-conformes.

En vue de la visite d'agrément de juin 2018, 19 normes et 31 pratiques organisationnelles seront évaluées. La coordination du processus d'agrément est faite par la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE).

SÉCURITÉ ET QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Au cours de l'année 2016-2017, le CIUSSS a fait la promotion continue de la déclaration et de la divulgation des incidents-accidents.

- Dans le cadre de l'harmonisation du registre local, des suivis et des comparatifs sur les taux de déclaration ont été faits. Ils ont permis d'identifier les écarts et d'intervenir auprès des secteurs concernés.
- Dans le cadre du projet de décentralisation de la saisie à la source des déclarations, un suivi a été réalisé de façon régulière. Du soutien a été fourni par l'équipe de gestion des risques dans le cadre de cette démarche.
- Pendant la période de préparation à la décentralisation, tout le personnel et les gestionnaires sont formés en vue d'harmoniser les pratiques au sein des anciens établissements et de sensibiliser le personnel à la déclaration des événements.
- La procédure de déclaration des événements indésirables est en cours d'harmonisation pour l'ensemble du CIUSSS. Elle sera en place d'ici l'été 2017.

Un total de 19 545 événements indésirables a été déclaré au cours de l'année. Les principaux types d'événements déclarés sont reliés aux médicaments (6 074 pour 31 % du total) et aux chutes (7 222 pour 37 % du total). Au total, moins de 0,51 % sont des accidents ayant provoqué des conséquences de niveaux de gravité variables. Chacun de ces événements (appelé « événement sentinelle ») fait

l'objet d'une résolution de problème qui permet de formuler des recommandations aux équipes concernées. Chaque évènement sentinelle est également communiqué à la présidente-directrice générale dans les 24 heures suivant son occurrence et partagé au comité de direction de façon hebdomadaire.

L'établissement a fait le suivi de huit rapports d'investigation du coroner. Conformément à la procédure, chaque rapport fait l'objet d'une analyse par les équipes concernées et d'un suivi auprès du bureau chef du coroner.

TABLEAU 9 Personnes mises sous garde dans une installation maintenue par le CIUSSS

Lorsqu'un médecin évalue une personne qui présente un danger pour elle-même ou pour autrui, il peut la placer sous garde pendant un certain temps, qu'elle se soit présentée à l'hôpital de son plein gré ou non. Cette garde en établissement peut revêtir trois formes : la garde préventive; la garde régulière (provisoire); et la garde par demande du tribunal.

	HÔPITAL DE CHICOUTIMI	HÔPITAL D'ALMA	HÔPITAL DE ROBERVAL	HÔPITAL DE JONQUIÈRE	HÔPITAL DE LA BAIE	HÔPITAL DE DOLBEAU-MISTASSINI	TOTAL
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	489	62	270	77	41	26	965
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	370	57	157	67	28	26	705
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	16	2	34	4	0	0	56

→

	HÔPITAL DE CHICOUTIMI	HÔPITAL D'ALMA	HÔPITAL DE ROBERVAL	HÔPITAL DE JONQUIÈRE	HÔPITAL DE LA BAIE	HÔPITAL DE DOLBEAU-MISTASSINI	TOTAL
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	16	1	17	4	0	0	38
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	14	1	30	4	0	0	49
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	78	13	16	3	0	0	110
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	78	13	16	3	0	0	110
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	52	11	15	3	0	0	81
Nombre d'usagers différents mis sous garde (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période du 1 ^{er} avril au 31 mars de l'année, peu importe le type ou le nombre de garde auxquels il a été soumis)	371	57	157	67	28	26	706

EXAMEN DES PLAINTES ET PROMOTION DES DROITS

Améliorer la qualité des services : notre préoccupation constante!

La population peut avoir accès à la totalité du Rapport annuel 2016-2017 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes en consultant le site Internet du CIUSSS au www.santesaglac.gouv.qc.ca ou en communiquant avec le

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean

commissaire aux plaintes et à la qualité des services, au 1 877-662-3963, pour en obtenir une copie. Les données qui suivent sont extraites de ce rapport.

Le régime d'examen des plaintes, défini par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, prévoit quatre types de dossiers pour lesquels la commissaire intervient.

- **LA PLAINTÉ** : c'est par elle que l'utilisateur ou son représentant exprime son insatisfaction à l'égard des services qu'il a reçus ou aurait dû recevoir. Le régime d'examen des plaintes prévoit que

les insatisfactions relatives à la conduite, au comportement ou à la compétence d'un médecin, d'un dentiste, d'un pharmacien ou d'un résident, de même que celles qui concernent la qualité d'actes relevant de l'activité professionnelle de ces personnes soient examinées par un médecin examinateur.

- **L'INTERVENTION** : c'est toute personne qui agit dans l'intérêt des usagers en signalant à la commissaire une situation qui porte ou risque de porter préjudice à un usager ou à un groupe d'usagers. La commissaire peut aussi intervenir de sa propre initiative, si elle constate des situations préjudiciables dans l'exercice de sa fonction.
- **L'ASSISTANCE** : c'est habituellement une demande d'aide de la

part d'un usager ou de son représentant pour toute démarche concernant l'obtention de soins ou de services.

- **LA CONSULTATION** : c'est une demande d'avis portant notamment sur toute question relevant de la compétence de la commissaire, des droits des usagers et du code d'éthique de l'établissement.

Faits saillants

Au cours de l'exercice 2016-2017, le Bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services a procédé à l'ouverture de 945 nouveaux dossiers et finalisé le traitement de 927 dossiers.

TABLEAU 10 DOSSIERS AU COURS DE L'EXERCICE

Nouveaux dossiers reçus au cours de l'exercice

EXERCICE	PLAINTES GÉNÉRALES	PLAINTES MÉDICALES	ASSISTANCES	INTERVENTIONS	TOTAL
2016-2017	431	92	308	114	945

Dossiers conclus au cours de l'exercice

EXERCICE	PLAINTES GÉNÉRALES	PLAINTES MÉDICALES	ASSISTANCES	INTERVENTIONS	TOTAL
2016-2017	422	86	308	111	927

Traitements des dossiers au cours de l'exercice

Motifs	Plaintes générales		Interventions		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Accessibilité	89	14,86	23	14,94	112	14,87
Aspect financier	90	15,03	8	5,19	98	13,01
Droits particuliers	44	7,35	14	9,09	58	7,70
Organisation du milieu et ressources matérielles	64	10,68	28	18,18	92	12,22
Relations interpersonnelles	111	18,53	32	20,78	143	18,99
Soins et services dispensés	198	33,06	47	30,52	245	32,54
Autre	3	0,50	2	1,30	5	0,66
Total	599	100 %	154	100 %	753	100 %

Une même plainte peut comporter plusieurs éléments d'insatisfaction, que nous traduisons en termes de « motifs de plaintes ». Au total, on dénombre 753 motifs pour les plaintes générales et les dossiers d'intervention, répartis en 7 catégories.

78

2016-17
RAPPORT ANNUEL

ACTIVITÉS RELATIVES
À LA GESTION DES RISQUES
ET DE LA QUALITÉ

MESURES D'AMÉLIORATION

Les 533 dossiers de plaintes générales et d'interventions traités et conclus en 2016-2017 ont fait l'objet de 599 recommandations ou mesures d'amélioration. La présence d'une recommandation ne signifie pas qu'il y ait eu manquement ou encore lésion de droit pour l'utilisateur; elle peut tout simplement être liée à une occasion d'améliorer la qualité des services ou la satisfaction de l'utilisateur. Ces mesures peuvent se situer à deux niveaux, soit à portée individuelle ou à portée systémique. Chacune des recommandations, ainsi que son suivi, a été présentée au comité de vigilance et de la qualité du conseil d'administration du CIUSSS.

Les plaintes générales ont fait l'objet de 403 recommandations :

- 184 (46 %) à portée individuelle;
- 219 (54 %) à portée systémique.

Les dossiers d'interventions ont fait l'objet de 116 recommandations :

- 41 (35 %) à portée individuelle;
- 75 (65 %) à portée systémique.

DÉLAI DE TRAITEMENT

Soixante pour cent des plaintes ont été traitées à l'intérieur du délai légal de 45 jours. S'il arrive qu'une plainte requière plus de temps, l'utilisateur est informé des raisons de ce délai, ainsi que de l'avancement de l'examen de la plainte.

TABLEAU 11 PRINCIPAUX MOTIFS DES PLAINTES MÉDICALES CONCLUES AU COURS DE L'EXERCICE

MOTIFS	PLAINTES MÉDICALES	
	Nombre	%
Accessibilité	4	3,7
Droits particuliers	11	10,1
Relations interpersonnelles	26	23,8
Soins et services dispensés	68	62,4
Total	109	100 %

Au total, on retrouve 109 motifs de plaintes pour le traitement de 86 plaintes à caractère médical traitées et conclues au cours de la période.

MESURES D'AMÉLIORATION

Les plaintes médicales ont fait l'objet de 36 recommandations :

- 19 (53 %) à portée individuelle;
- 17 (47 %) à portée systémique.

ÉTUDE SUR DES QUESTIONS D'ORDRE DISCIPLINAIRE

Ce sont 15 dossiers (six plaintes générales, six plaintes médicales, un dossier d'intervention et deux dossiers en provenance du comité de révision) qui ont fait l'objet d'une référence pour étude plus approfondie sur des questions d'ordre disciplinaire.

COMITÉ DE RÉVISION

La loi prévoit que le plaignant ou le professionnel concerné insatisfait des conclusions du médecin examinateur peut porter sa plainte en deuxième instance auprès du comité de révision. Quatorze dossiers ont été acheminés au comité de révision. Les conclusions du médecin examinateur ont été confirmées dans neuf des dossiers. Un complément d'examen a été demandé dans quatre dossiers et deux dossiers ont été orientés pour étude à des fins disciplinaires.

PROTECTEUR DU CITOYEN

La loi prévoit que le plaignant insatisfait des conclusions de la commissaire peut porter sa plainte en deuxième instance auprès du Protecteur du citoyen. En 2016-2017, 28 dossiers ont été transmis au Protecteur du citoyen. Parmi ces dossiers, 35 motifs ont été retenus par le Protecteur du citoyen. Les dossiers analysés ont généré 10 nouvelles recommandations, dont quatre sont liées à l'aspect financier, quatre aux soins et services dispensés, un aux droits particuliers et un à l'organisation du milieu et aux ressources matérielles.

COMMISSARIAT AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	Sylvie MAILHOT
Commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services	Martin BOUCHARD
Commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services	Julie FORTIN
Agente de recherche et de traitement aux plaintes	Caroline GOBEIL
Agente de recherche et de traitement aux plaintes	Claude POITRAS
Agente de recherche et de traitement aux plaintes	Isabelle BOUCHARD

MÉDECINS EXAMINATEURS

Hans McLelland	Bernard GILBERT
Nathalie LAPIERRE	Réjean DELISLE
Marie-Claude GAGNON	Frédéric FORTIN
André BERGERON	

COMITÉ DE RÉVISION

Présidente	Christiane BÉRUBÉ
Présidente substitut	Guylaine DUBÉ
Médecin	Sylvie AUDET
Médecin	Yvon-Jacques LAVALLÉE
Médecin substitut	Jean-Jacques DALLAIRE

80

2016-17
RAPPORT ANNUEL

TABLEAU 12 APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

Exercice : 2016-2017 (du 10 juin 2016 au 10 décembre 2016)		
ACTIVITÉ	INFORMATION DEMANDÉE	TOTAL
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	1296
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	5
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	15
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	4 (+1 le 12 déc.)
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et motifs : - 6 personnes ne répondaient pas aux critères; - 3 personnes sont décédées en cours de processus; - 1 personne était en cours de processus.	10
Exercice : 2015-2016 (du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016)		
ACTIVITÉ	INFORMATION DEMANDÉE	TOTAL
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	1792
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	4
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	1
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	1
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et motifs.	0

Les données présentées dans le rapport annuel de gestion 2015-2016 étaient celles de la période du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016.

Ressources humaines

GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS POUR L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC

Nous avons respecté la cible, fixée par le MSSS, de réduire le nombre d'heures rémunérées en 2016-2017 par rapport à l'exercice 2015-2016.

TABLEAU 13 PRÉSENTATION DES DONNÉES POUR LE SUIVI DE LA LOI SUR LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS

Source : MSSS –
Présentation des
données pour le suivi de
la Loi sur la gestion et le
contrôle des effectifs.

CIUSSS DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN		COMPARAISON SUR 364 JOURS POUR AVRIL À MARS				
	VALEURS OBSERVÉES	2014-04-06 AU 2015-04-04		2016-04-03 AU 2017-04-01		
		HEURES TRAVAILLÉES	HEURES SUPPLÉM.	TOTAL HEURES RÉMUNÉRÉES	NOMBRE ETC	NOMBRE INDIVIDUS
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	685 956	886	686 842	379	430
	2015-16	617 356	4 485	621 841	341	396
	2016-17	580 245	1 523	581 768	320	371
	Variation	(15,4 %)	71,8 %	(15,3 %)	(15,5 %)	(13,7 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	1 943 239	9 503	1 952 742	1 076	1 330
	2015-16	1 949 836	10 224	1 960 060	1 080	1 351
	2016-17	1 976 162	9 921	1 986 083	1 095	1 362
	Variation	1,7 %	4,4 %	1,7 %	1,7 %	2,4 %
3 - Personnel infirmier	2014-15	4 637 707	127 485	4 765 192	2 489	3 169
	2015-16	4 546 051	119 793	4 665 844	2 439	3 127
	2016-17	4 549 068	123 081	4 672 149	2 437	3 093
	Variation	(1,9 %)	(3,5 %)	(2,0 %)	(2,1 %)	(2,4 %)
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	6 558 777	85 799	6 644 575	3 588	4 971
	2015-16	6 511 377	82 148	6 593 524	3 562	4 887
	2016-17	6 508 064	94 887	6 602 951	3 561	4 858
	Variation	(0,8 %)	10,6 %	(0,6 %)	(0,8 %)	(2,3 %)

82

2016-17
RAPPORT ANNUEL

RESSOURCES HUMAINES





SUITE

5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	1 707 015	16 247	1 723 262	870	1 448
	2015-16	1 650 483	13 287	1 663 770	841	1 404
	2016-17	1 644 380	18 429	1 662 809	838	1 365
	Variation	(3,7 %)	13,4 %	(3,5 %)	(3,7 %)	(5,7 %)
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	10 640	52	10 692	6	67
	2015-16	3 842	44	3 886	2	24
	2016-17	8 046	6	8 052	4	49
	Variation	(24,4 %)	(88,5 %)	(24,7 %)	(23,6 %)	(26,9 %)
Total du personnel	2014-15	15 543 333	239 972	15 783 305	8 408	10 761
	2015-16	15 278 944	229 981	15 508 925	8 264	10 608
	2016-17	15 265 965	247 847	15 513 812	8 255	10 521
	Variation	(1,8 %)	3,3 %	(1,7 %)	(1,8 %)	(2,2 %)

Cible 2016-2017 en heures rémunérées : **15 563 700**

Écart à la cible - en heures **(49 888)**



kehrrs

112.88
212.44

222.44
21.22
21.22

24.88
18.92

41.87

9.85

9.45

214.21

88.70

65.90

31.20

802.90

86.15

-53.25
85.72
48.25

-148.80
1.183.41

283.00

20.88
24.44

21.22
21.22

174.88
76.88
360.94

48.82

121.17

182.98

27.92

8.65

2.86

0.03

0.90

1.48

41

40

2.8

2.6

1

Ressources financières

RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Saguenay–Lac-Saint-Jean ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au *Manuel de gestion financière* édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Il rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et les approuve.

Les états financiers ont été audités par la firme Raymond Chabot Grant Thornton dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Raymond Chabot Grant Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le conseil d'administration pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



MARTINE COUTURE
Présidente-directrice générale



MICHEL MARTEL
Directeur des ressources financières

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration de
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
Bureau 200
140, Grande Allée Est
Québec (Québec) G1R 5P7

Téléphone : 418 647-3151
Télécopieur : 418 647-5939
www.rcgt.com

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2017 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean pour l'exercice terminé le 31 mars 2017. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 14 juin 2017 (voir ci-dessous).

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean pour l'exercice terminé le 31 mars 2017 constituent un résumé fidèle de ces états

financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean pour l'exercice terminé le 31 mars 2017.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 14 juin 2017. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2017 et 2016 n'ont pas été déterminées.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean au 31 mars 2017 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Ruymond Chabot *Kenneth Thorton* S.É.A.C.R.L.

Québec

Le 14 juin 2017

¹ CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A109631

RÉSULTATS FINANCIERS

TABLEAU 14 ÉTAT DES RÉSULTATS - EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2017

	EXPLOITATION		IMMOBILISATIONS	TOTAL	
	ACTIVITÉS PRINCIPALES 2017	ACTIVITÉS ACCESSOIRES 2017	2017	TOTAL 2017	TOTAL 2016
REVENUS	(\$)	(\$)	(\$)	(\$)	(\$)
Subventions MSSS	715 237 259	1 989 091	39 106 981	756 333 331	752 663 501
Subvention Gouvernement du Canada		117 652		117 652	117 787
Contributions des usagers	46 993 330			46 993 330	45 064 387
Ventes de services et recouvrements	11 167 334			11 167 334	9 597 887
Donations	209 635		2 432 177	2 641 812	2 745 379
Revenus de placement	448 641	9 627	27 495	485 763	584 379
Revenus de type commercial		4 781 673	285 950	5 067 623	4 224 029
Gain sur disposition			114 202	114 202	12 250
Autres revenus	5 760 455	13 448 453	2 708 804	21 917 712	14 293 015
TOTAL	779 816 654	20 346 496	44 675 609	844 838 759	829 302 614
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	542 287 090	7 878 278		550 165 368	544 281 813
Médicaments	20 365 466			20 365 466	20 902 203
Produits sanguins	8 649 902			8 649 902	7 046 568
Fournitures médicales et chirurgicales	32 570 814			32 570 814	31 226 438
Denrées alimentaires	7 357 922			7 357 922	7 818 797
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	51 699 770			51 699 770	51 400 079
Frais financiers			12 012 270	12 012 270	12 113 827

88

2016-17
RAPPORT ANNUEL

RESSOURCES FINANCIÈRES

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean

→

SUITE

	EXPLOITATION		IMMOBILISATIONS	TOTAL	
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	13 668 799		455 805	14 124 604	13 147 083
Créances douteuses	633 084			633 084	282 571
Loyer	8 321 710			8 321 710	7 942 702
Amortissement des immobilisations			31 075 875	31 075 875	29 354 775
Perte sur disposition d'immobilisations			1 506 933	1 506 933	2 638 073
Dépenses de transfert	22 821 565	329 534		23 151 099	23 239 834
Autres charges	75 913 856	7 268 474		83 182 330	82 817 646
TOTAL	784 289 978	15 476 286	45 050 883	844 817 147	834 212 409
Surplus (déficit) de l'exercice	(4 473 324)	4 870 210	(375 274)	21 612	(4 909 795)

TABLEAU 15 ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS - EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2017

	FONDS		TOTAL	
	Exploitation (\$)	Immobilisations (\$)		
	2017	2017	2017	2017
SURPLUS CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	3 733 493	13 830 098	17 563 591	18 393 819
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	(4 079 567)		(4 079 567)	
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	(30 280)		(30 280)	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS	(376 354)	13 830 098	13 453 744	18 393 819
SURPLUS (DÉFICITS) DE L'EXERCICE	396 886	(375 274)	21 612	(4 909 795)
Transferts interfonds				
SURPLUS CUMULÉS À LA FIN	20 532	13 454 824	13 475 356	13 484 024
Affectations d'origine interne			2 162 590	2 130 631
Solde non affecté			11 312 766	11 353 393
TOTAL			13 475 356	13 484 024

TABLEAU 16 ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE - EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2017

	FONDS		TOTAL	
	Exploitation (\$)	Immobilisations (\$)		
	2017	2017	2017	2016
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse	37 061 376	4 836 005	41 897 381	51 452 862
Débiteurs – MSSS	13 051 496	2 905 556	15 957 052	19 207 659
Autres débiteurs	17 829 435	2 837 877	20 667 312	12 009 801
Créances interfonds (dettes interfonds)	1 312 777	(1 312 777)		
Subvention à recevoir (perçue d’avance) – Réforme comptable	58 548 959	82 083 198	140 632 157	142 016 720
Placements de portefeuille		62 500	62 500	62 500
Frais reportés liés aux dettes		1 418 738	1 418 738	1 427 690
Autres éléments	857 740		857 740	744 103
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	128 661 783	92 831 097	221 492 880	226 921 335
PASSIFS				
Emprunts temporaires		26 027 485	26 027 485	56 137 470
Autres créditeurs et autres charges	65 381 585	2 728 774	68 110 359	69 915 759
Intérêts courus à payer		2 919 465	2 919 465	3 056 853
Revenus reportés	9 541 430	22 840 962	32 382 392	36 211 751
Dettes à long terme		433 643 184	433 643 184	406 357 134
Passif au titre des avantages sociaux futurs	67 806 620		67 806 620	68 543 231
Autres éléments	764 891		764 891	563 375
TOTAL DES PASSIFS	143 494 526	488 159 870	631 654 396	640 785 573
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(14 832 743)	(395 328 773)	(410 161 516)	(413 864 238)
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations		408 783 597	408 783 597	413 894 715
Stocks de fournitures	9 239 336		9 239 336	9 137 847
Frais payés d’avance	5 613 939		5 613 939	4 315 700
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	14 853 275	408 783 597	423 636 872	427 348 262
SURPLUS CUMULÉS	20 532	13 454 824	13 475 356	13 484 024

90

 2016-17
 RAPPORT ANNUEL

RESSOURCES FINANCIÈRES

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean

TABLEAU 17 ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)
- EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2017

	FONDS		TOTAL	
	Exploitation (\$)	Immobilisations (\$)		
	2017	2017	2017	2016
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(9 720 054)	(400 064 617)	(409 784 671)	(395 406 769)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	(4 079 567)		(4 079 567)	
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	(30 280)		(30 280)	
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ	(13 829 901)	(400 064 617)	(413 894 518)	(395 406 769)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	396 886	(375 274)	21 612	(4 909 795)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS				
Acquisitions		(27 931 734)	(27 931 734)	(47 377 639)
Amortissement de l'exercice		31 075 875	31 075 875	29 354 775
(Gain) / Perte sur dispositions		1 392 731	1 392 731	2 625 823
Produits sur dispositions		470 919	470 919	12 250
Ajustements des immobilisations		103 327	103 327	(2 352)
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS		5 111 118	5 111 118	(15 387 143)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE				
Acquisition de stocks de fournitures	(41 355 803)		(41 355 803)	(37 372 749)
Acquisition de frais payés d'avance	(21 171 555)		(21 171 555)	(18 505 396)
Utilisation de stocks de fournitures	41 254 314		41 254 314	37 347 720
Utilisation de frais payés d'avance	19 873 316		19 873 316	20 369 894
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	(1 399 728)		(1 399 728)	1 839 469
Autres variations des surplus (déficits)				
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(1 002 842)	4 735 844	3 733 002	(18 457 469)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(14 832 743)	(395 328 773)	(410 161 516)	(413 864 238)

TABLEAU 18 ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE - EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2017

	2017 \$	2016 \$
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus (déficit)	21 612	(4 909 795)
Éléments sans incidence sur la trésorerie		
Stocks et frais payés d'avance	(1 399 728)	1 839 469
Perte (Gain) sur disposition d'immobilisation	1 392 731	2 625 823
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations	(2 964 540)	(3 229 312)
Amortissement des immobilisations	31 075 875	29 354 775
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	317 981	310 574
Subvention MSSS	(24 056 275)	(27 077 956)
Autres	73 047	(47 702)
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE	4 439 091	3 775 671
Variation des actifs financiers et des passifs liés au fonctionnement	(11 860 542)	10 135 614
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT	(7 399 839)	9 001 490
ACTIVITÉ D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Sorties de fonds relatives à l'acquisition d'immobilisations	(25 239 678)	(45 175 692)
Produits de disposition	470 919	12 250
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS	(24 768 759)	(45 163 442)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT		
Variation des placements temporaires		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT		
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Emprunts effectués – Dettes à long terme	53 743 144	53 860 909
Emprunts remboursés – Dettes à long terme	(1 020 042)	(15 327 879)
Variation des emprunts temporaires – fonds d'exploitation		(563 904)
Emprunts temporaires effectués – Fonds d'immobilisations	62 447 698	19 928 811

→

SUITE

Emprunts temporaires remboursés – Fonds d’immobilisations	(92 557 683)	(24 471 126)
Variation du Fonds d’amortissement du gouvernement		
Autres		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT	22 613 117	33 426 811
Augmentation (diminution) de la trésorerie et des équivalents de trésorerie	(9 555 481)	(2 735 141)
Trésorerie et équivalents de trésorerie au début	51 452 862	54 188 003
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la fin	41 897 381	51 452 862
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la fin comprennent : Encaisse	41 897 381	51 452 862
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT		
Débiteurs-MSSS	3 250 607	566 987
Autres débiteurs	(8 657 511)	3 796 814
Subvention à recevoir – réforme comptable – avantages sociaux futurs	3 786	596 882
Frais reportés liés aux dettes	(309 029)	(268 848)
Autres éléments d’actifs	(113 637)	(17 206)
Autres créditeurs et autres charges à payer	(4 497 456)	3 366 830
Avances de fonds – enveloppes décentralisées		
Intérêts courus à payer	(137 388)	(324 627)
Revenus reportés	(864 819)	1 703 121
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	(736 611)	1 568 044
Autres éléments de passifs	201 516	(852 383)
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT	(11 860 542)	10 135 614

TABLEAU 19 CHARGES ENCOURUES PAR PROGRAMMES-SERVICES 2016-2017

non-auditées

Programmes	Charges brutes par programmes-services \$	Répartition des centres d'activités non exclusifs \$	Répartition des charges non réparties \$	Total \$
Santé publique	11 586 077	404 315	(-20 341)	11 970 051
Services généraux - Activités cliniques et d'aide	17 335 408	13 216 401	1 778 287	32 330 096
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	73 313 948	31 510 078	(-175 823)	104 648 203
Déficience physique	6 832 971	20 107 740	(-45 131)	26 895 580
Déficience intellectuelle et TSA	41 747 263	2 476 733	(-74 118)	44 149 878
Jeunes en difficulté	46 423 179	2 508 634	(-82 000)	48 849 813
Dépendances	4 264 371	134 157	(-7 373)	4 391 155
Santé mentale	37 435 039	4 820 342	(-70 813)	42 184 568
Santé physique	157 132 410	118 850 288	21 505 954	297 488 652
Administration	51 129 581		453 157	51 582 738
Soutien aux services	61 883 977		303 830	62 187 807
Gestion des bâtiments et des équipements	54 698 636		2 912 801	57 611 437
Total	563 782 860	194 028 688	26 478 430	784 289 978

TABLEAU 20 REVENUS REPORTÉS RELATIFS AUX SOMMES REÇUES PAR DONs, LEGS ET AUTRES FORMES DE CONTRIBUTIONS (ART.269 LSSSS)

		Revenus reportés au début	Ajustements à la colonne 1	Sommes allouées dans l'exercice	Revenus inscrits dans l'exercice	Revenus reportés à la fin (C1+C2+C3-C4)	Variation des revenus reportés (C1+C2-C5)
		1	2	3	4	5	6
CONTRIBUTIONS DE TIERS							
Contributions de tiers SANS fins particulières		-	-	629	629	-	-
Contributions de tiers AVEC fins particulières							
Fonds de dotation-Immobilisations Roberval	2	2 255 440		71 818	412 375	1 914 883	340 557
Fondation de ma vie et corpo St-Vallier	3	7 351 181		410 250	1 061 625	6 699 806	651 375
Fondation de ma vie	4			84 898	84 898	0	
Hémodyalise	5	86 911		11 725	7 209	91 427	(4 516)
Diabète	6	3 813		5 000		8 813	(5 000)
Oncologie	7			98 750	16 549	82 201	(82 201)
Sclérose en plaques	8	39 632		6 446	2 732	43 346	(3 714)
Fonds d'éducation DSI	9			150 000	23 400	126 600	(126 600)
Autres FE	10	93 801	(30 075)	13 332	20 227	56 831	6 895
Fondation Équilibre	11			24 678	24 678	0	
Fonds Rivard Blackburn	12						
Formation continue hémodynamie	13	24 517			606	23 911	606
Clinique insuffisance cardiaque	14	21 209		51 750	25 604	47 355	(26 146)
Projet Fa-cilité	15	16 438		5 365	3 103	18 700	(2 262)
Appart. en ville	16	348 167		17 000	13 504	351 663	(3 496)
Maladies du sein	17	7 538				7 538	0
Don Diabète MPOC	18	725				725	0
PQDCS	19	314				314	0
Fonds de dotation - Immobilisations	20	653 864	11 166	218 865	84 367	799 528	(134 498)
Fonds Canadian Tire	21			1 400		1 400	(1 400)
Fonds dével. du Centre le Jeannois	22	1 263 111			96 013	1 167 098	96 013
Fondation de l'Hôtel-Dieu d'Alma	23	1 424 134		139 652	150 858	1 412 928	11 206

→

		Revenus reportés au début	Ajustements à la colonne 1	Sommes allouées dans l'exercice	Revenus inscrits dans l'exercice	Revenus reportés à la fin (C1+C2+C3-C4)	Variation des revenus reportés (C1+C2-C5)
		1	2	3	4	5	6
Immo. acquises avant 2008	24	271 656			91 947	179 709	91 947
Autres (préciser P297)	25	4 238 909	(11 166)	195 886	521 488	3 902 141	325 602
TOTAL (L.01 à L.25)	26	18 101 360	(30 075)	1 507 444	2 641 812	16 936 917	1 134 368
Capital	27						
Revenus non réservés accumulés	28						
Revenus réservés accumulés:							
...	29						
...	30						
...	31						
...	32						
...	33						
Autres (préciser P297)	34	4 537	30 075			34 612	0
TOTAL (L.27 à L.34)	35	4 537	30 075			34 612	
GRAND TOTAL (L.26 + L.35)	36	18 105 897	0	1 507 444	2 641 812	16 971 529	1 134 368
REVENUS REPORTÉS (L.36) AU:							
Fds Exploitation - ACT.PRINC.(P290)	37	299 435		453 940	209 635	543 740	(244 305)
Fds Exploitation - ACT.ACCES.(P291)	38						
Fonds Immobilisations (P294)	39	17 806 462		1 053 504	2 432 177	16 427 789	1 378 673
TOTAL REV. REPORTÉS (L.37 à L.39)	40	18 105 897		1 507 444	2 641 812	16 971 529	1 134 368

TABLEAU 21 CONTRATS DE SERVICE

	NOMBRE	VALEUR
Contrats de service avec une personne physique	1	85 354 \$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne	Nature technique 46	5 826 981 \$
	Services professionnels 29	9 682 629 \$
TOTAL DES CONTRATS DE SERVICE	76	15 594 964 \$

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2017

NOTE 1 - CONSTITUTION ET MISSION

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean (ci-après désigné par l'établissement, est un établissement public constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2) le 1^{er} avril 2015.

Le CIUSSS a pour mission de :

- Planifier, coordonner, organiser et offrir à la population l'ensemble des services sociaux et de santé, selon les orientations et les directives ministérielles.

- Déterminer les mécanismes de coordination des services à la population.
- Garantir une planification régionale des ressources humaines.
- Réaliser le suivi et la reddition de comptes auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).
- Assurer la prise en charge de l'ensemble de la population, notamment les personnes les plus vulnérables.
- Assurer la gestion de l'accès aux services.
- Établir les ententes, modalités et responsabilités avec les partenaires de son réseau territorial de services par exemple les médecins, organismes communautaires, entreprises d'économie sociale, pharmacies et autres ressources privées, etc.

Le siège social de l'établissement est situé au 930, Jacques-Cartier Est à Saguenay (Chicoutimi).

Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean de la façon suivante :

- Centre de santé et de services sociaux Cléophas-Claveau (5 points de service);
- Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi (6 points de service);
- Centre de santé et de services sociaux de Jonquière (7 points de service);
- Centre de santé et de services sociaux du Lac-Saint-Jean-Est (7 points de service);
- Centre de santé et de services sociaux Domaine-du-Roy (5 points de service);
- Centre de santé et de services sociaux Maria-Chapdelaine (4 points de service);
- Centre jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean (9 points de service);
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement du Saguenay–Lac-Saint-Jean (17 points de service).

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujéti aux impôts sur le revenu au Québec ou au Canada.

NOTE 2 - MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001), l'établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations.

Selon les résultats du fonds d'immobilisations présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2017, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale.



Hôpital de Roberval



Hôpital d'Alma

État du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant

TABEAU 22 DÉTAILS DE L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O, ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2017		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Location des immeubles conclue avec la Société Immobilière du Québec à titre de contrat location-exploitation au lieu de contrat de location-acquisition.	2011-12	R	Aucune modification. Directive de comptabilisation du MSSS.			X
Non consolidation des états financiers de la Corporation de services Saint-Vallier, corporation contrôlée par le CSSS de Chicoutimi.	2011-12	C	Le CSSSC respecte les directives de la circulaires 03 01 10 12 sur l'exploitation des activités commerciales. Les informations financières de la Corporation de services Saint-Vallier sont présentées par voie de notes aux pages 270 du rapport AS-471.			X
L'établissement a encouru un excédent des charges sur les revenus au niveau du fond d'immobilisations. Ce résultat va à l'encontre de l'article 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux qui mentionne qu'aucun établissement public ne doit encourir de déficit à la fin d'une année financière.	2015-16	R	Pour l'exercice 2016-2017, le résultat est déficitaire.			X
Unités de mesure sur base estimative : Unité mètre carré et mètre cube pour les locaux loués pour le CLSC.	2008-09	R	Aucune mesure corrective prise par le CIUSSS. Les mètres carrés et les mètres cubes ont été établis à partir du bail de location.			X

Signification des codes

COLONNE 3 «NATURE» :
R : Réserve
O : Observation

COLONNE 5,6 ET 7
«ÉTAT DE LA PROBLÉMATIQUE» :
R : Régulé
PR : Partiellement Régulé
NR : Non Régulé

99

2016-17
RAPPORT ANNUEL

Signification des codes

COLONNE 3 «NATURE» :
R : Réserve
O : Observation

COLONNE 5,6 ET 7
«ÉTAT DE LA
PROBLÉMATIQUE» :

R : Régulé
PR : Partiellement Régulé
NR : Non Régulé

100

2016-17
RAPPORT ANNUEL

RESSOURCES FINANCIÈRES

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O, ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2017		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Unités de mesure sur base estimative: Les communications extérieures au médecin responsable du patient (résumé de dossier, consultations...) sont compilées sur une base estimative aux archives.	2011-12	R	Aucune mesure de correction mise en place. Le CIUSSS a estimé le nombre de demandes en établissant des standards relatifs aux demandes de communications. Ces standards ont été établis à partir d'un échantillonnage représentatif.			X
Unité de mesure «L'usager» Inhalothérapie 6350.	2014-15	R	L'établissement n'a pas compilé de statistique pour le sous centre d'activité «Inhalothérapie- autres (6352)».			X
L'unité de mesure du centre d'activités «Unité de réadaptation fonctionnelle intensive en centre de réadaptation pour déficience physique» (8090) n'est pas compilé par l'établissement qui utilise les données du centre d'activité «Internat - Déficience physique» (6496) comme unité de mesure estimative.	2011-12	R	Il s'agit d'une situation provinciale.			X
Unités compilées sur base estimative - Mètre carré et mètre cube (Centre d'activité 7640; Sous-centre d'activité 7644 et Centre d'activité 7700 et Sous-centre d'activité 7703).	2011-12	R	Aucune			X
Unité compilées sur base estimative - Usager - Sous centre d'activité 6806.	2011-12	R	Aucune			X
Méthode d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives - transport d'un usager - Centre d'activités 7690).	2011-12	R	Aucune			X
Non-conformité des unités de mesure utilisées par l'Établissement aux définitions contenues dans le <i>Manuel de gestion financière</i> publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux - services de santé courants - Centre d'activités 6307.	2013-14	R	Aucune			X
Méthode d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives - transport d'un usager - Centre d'activités 7690).	2011-12	R	Aucune			X

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O, ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2017		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Non-conformité des unités de mesure utilisées par l'Établissement aux définitions contenues dans le <i>Manuel de gestion financière</i> publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux - services de santé courants - Centre d'activités 6307.	2013-14	R	Aucune			X
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Création d'un titre d'emploi pour les salariés dédiés à un directeur avec salaire plus élevé qu'une secrétaire de direction, en fonction des tâches et responsabilités.	2012-13	C	Aucune			X
Rapport à la gouvernance						
Pour les activités du Centre de jour à la Résidence des Années d'or, la même personne s'occupe de collecter l'argent des usagers ainsi que d'effectuer les dépôts.	2014-15	C	Aucune			X
Pour les données des centres d'activités # 6532 et # 6174 (UTRF) à la Résidence Georges-Hébert, un rapprochement devrait être fait entre les dates d'autorisation des entrées et sorties des usagers inscrites au dossier et celles entrées dans le système d'admission.	2014-15	C	Aucune			X
Le coût moyen utilisé sur certaines listes de stocks n'est pas mis à jour selon celui calculé par le système informatique.	2014-15	C	Aucune			X
La politique sur le contrôle interne n'a pas été revue suite à la fusion des neuf établissements pour s'ajuster aux changements de postes et de tâches.	2015-16	O	Des mesures seront prises au cours de 2016-2017 pour régler cette situation.	X		
Pour la firme ambulancière Medinord, les AS-810 ne comportent pas tous la signature d'une personne responsable de l'établissement destinataire.	2015-16	C	Suivi fait par le personnel du CIUSSS. Cependant, il semble difficile pour le personnel hospitalier d'obtenir la signature dans certaines circonstances (transport de nuit par exemple).		X	

Signification des codes

COLONNE 3 «NATURE» :
R : Réserve
O : Observation

COLONNE 5,6 ET 7
«ÉTAT DE LA PROBLÉMATIQUE» :
R : Régulé
PR : Partiellement Régulé
NR : Non Régulé

101
2016-17
RAPPORT ANNUEL

Organismes communautaires

Dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean subventionne des organismes selon trois modes de financement.

Le premier mode de financement vise à soutenir la mission globale des organismes communautaires reconnus dans le domaine de la santé et des services sociaux. Il s'agit du pourcentage le plus important de l'enveloppe budgétaire, soit 87,6 %. En 2016-2017, 195 organismes communautaires ont reçu un soutien financier de ce type qui totalise 20 024 572 \$.

Le second mode du PSOC porte sur le financement d'organismes communautaires à travers des ententes pour des activités spécifiques. Ce soutien financier représente 6,9 % de l'enveloppe budgétaire totale. Ces ententes peuvent concerner des organismes déjà financés dans le cadre du premier mode ou des organismes dont le financement de la mission globale relève d'un autre ministère. Ce type de soutien financier peut être non récurrent ou attribué pour une période limitée. Uniquement pour ce mode de financement, le CIUSSS a investi 1 514 627 \$.

Finalement, c'est un montant de 344 164 \$ qui a été accordé, en 2016-2017, pour des projets ponctuels ou des subventions de dépannage. Ce troisième mode de financement vise à supporter divers types de projets ponctuels, sur une base non récurrente, qui totalise 1,6 % de l'enveloppe budgétaire. Il peut s'agir de projets de formation, de projets expérimentaux ou novateurs, ainsi que de certaines situations nécessitant un financement de dépannage.

Pour ces trois modes de financement, c'est un total de 21 883 363 \$ qui a été alloué, en 2016-2017, à 202 organismes communautaires de la région.

Depuis plusieurs années, l'instance régionale (maintenant devenue CIUSSS) dispose d'un cadre de coopération avec les organismes communautaires, qui a été adopté par en avril 2008. Élaboré en collaboration avec les organismes communautaires qui exercent leurs activités dans le domaine de la santé et des services sociaux au Saguenay–Lac-Saint-Jean et reconnus dans le PSOC, le cadre de coopération reconnaît la contribution unique et essentielle des organismes communautaires au bien-être de la population régionale, tout en respectant le contexte légal régissant l'action communautaire au Québec.

Le cadre de coopération doit tenir compte des résultats des travaux d'harmonisation réalisés sur plan national. À cet égard, avec l'avènement de la « convention de soutien financier » introduite en 2012 et les changements structurels du réseau de la santé et des services sociaux, une révision du cadre de coopération est en cours, de concert avec les représentants des organismes communautaires de la région.

Le CIUSSS confirme son respect des règles et normes édictées par le ministère de la Santé et des Services sociaux, et ce, telles que décrites dans le cadre de coopération en vigueur. Toutes les mesures ont été prises pour s'assurer que les organismes communautaires complètent le processus de financement selon les règles prescrites.

Les tableaux ci-après précisent les organismes communautaires qui ont été financés en 2016-2017, par réseau local de services (RLS) et selon les trois volets précités.

102

2016-17
RAPPORT ANNUEL

ORGANISMES
COMMUNAUTAIRES



TABLEAU 23 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES FINANCÉS (2016-17), PAR RÉSEAU LOCAL DE SERVICES (RLS)-

RLS LA BAIE ORGANISMES COMMUNAUTAIRES RECONNUS DANS LE CADRE DU PSOC	Mission Globale PSOC		Mission globale FINESSS		Entente de services		Projets ponctuels		Total 2015-2016	Total 2016-2017
	2015-2016	2016- 2017	2015- 2016	2016- 2017	2015- 2016	2016- 2017	2015- 2016	2016- 2017		
Centre de bénévolat Soif de vivre de La Baie	72 287	73 154	10 301	10 425					82 588	83 579
Centre Le Phare	538 077	544 534			41 094	41 587			579 171	586 121
Groupe d'action communautaire de l'APRS	62 989	63 745	12 978	13 134					75 967	76 879
Groupe d'actions communautaires de santé bénévole	66 629	67 428	7 004	7 088					73 633	74 516
L'Association des parents d'ados du Fjord	61 443	62 180							61 443	62 180
Les Bénévoles de Saint-Félix d'Otis	37 750	38 203	3 535	3 577					41 285	41 780
Maison des jeunes de La Baie	80 800	81 770							80 800	81 770
Maison des jeunes du Bas-Saguenay	27 760	28 093						5 166	27 760	33 259
Maison d'hébergement Le Rivage de La Baie	777 584	786 915						1 000	777 584	787 915
Popote mobile de La Baie	11 022	17 751	12 876	6 438					23 898	24 189
TOTAL RLS LA BAIE	1 736 341	1 763 773	46 694	40 662	41 094	41 587		6 166	1 824 129	1 852 188

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean

RLS JONQUIÈRE ORGANISMES COMMUNAUTAIRES RECONNUS DANS LE CADRE DU PSOC	Mission Globale PSOC		Mission globale FINESSS		Entente de services		Projets ponctuels		Total 2015-2016	Total 2016- 2017
	2015-2016	2016- 2017	2015- 2016	2016- 2017	2015- 2016	2016- 2017	2015- 2016	2016- 2017		
Ainés de Jonquière, Les	182 292	184 479	79 214	80 164				1 000	261 506	265 643
Association pour personnes handicapées A.B.C.S.	61 923	62 666			30 000	30 000			91 923	92 666
Association renaissance des personnes traumatisées crâniennes du SLSJ	80 988	81 960						11 000	80 988	92 960
Cancer Saguenay	53 669	54 313						167	53 669	54 480
Carrefour communautaire Saint-Paul	8 633	8 737						170	8 633	8 907
Centre d'action bénévole de Jonquière	64 571	65 346	25 250	25 552				2 458	89 821	93 356
Centre de femmes Mieux-être de Jonquière	191 414	193 711						1 000	191 414	194 711
Centre de services du Mieux-vivre Bégin, Ships., St-Ch. et St-Ambroise	141 835	133 939	39 143	39 613				10 000	180 978	183 552
Centre d'intervention familiale Le Transit	137 005	138 649						1 000	137 005	139 649
Centre l'Escale de Jonquière	184 985	187 205			41 113	41 606			226 098	228 811
Entre-Êtres	4 875	4 933							4 875	4 933
Épicerie Halte-ternative								20 000		20 000
G.R.T.P. (Groupe de ressources pour les troubles de panique et troubles anxieux)	62 451	47 213							62 451	47 213
La Ressource de Jonquière	14 755	14 932							14 755	14 932
La Soupière de l'amitié d'Arvida/Kénogami	5 380	5 445							5 380	5 445
L'Alternative Café-jeunesse de Jonq. (parrain PATRO)	30 785	31 154			12 385	12 533			43 170	43 687
L'Ass. pour la promotion des droits des pers. handica- pées de Jonq.	62 920	63 675							62 920	63 675
Le Service "Les Habitations partagées du Saguenay"	63 135	63 893	10 301	10 425				80	73 436	74 398
Maison d'accueil et d'hébergement "La Chambrée"	661 151	669 085							661 151	669 085
Maison de quartier de Jonquière	24 061	-							24 061	-
Maison des jeunes de Jonquière	85 780	86 809							85 780	86 809
Maison des jeunes de Shipshaw	45 190	45 732							45 190	45 732
Regroupement des sourds et malentendants du SLSJ	14 645	14 821							14 645	14 821
TOTAL RLS JONQUIÈRE	2 182 443	2 158 697	153 908	155 754	83 498	84 139		46 875	2 419 849	2 445 465

RLS CHICOUTIMI ORGANISMES COMMUNAUTAIRES RECONNUS DANS LE CADRE DU PSOC	Mission Globale PSOC		Mission globale FINESSS		Entente de services		Projets ponctuels		Total 2015-2016	Total 2016- 2017
	2015-2016	2016- 2017	2015- 2016	2016- 2017	2015- 2016	2016- 2017	2015- 2016	2016- 2017		
ADHIS (L'Ass. pour le développement de la pers. hand. intellect. du Sag.)	135 156	136 778							135 156	136 778
AQEPA Saguenay (Ass. Québec enfants avec problèmes auditifs)	9 773	9 773							9 773	9 773
Ass. canadienne pour la santé mentale section Sag.	567 483	574 291			296 513	300 071			863 996	874 362
Association des parents d'adolescents de Chic. (APAC)	65 045	65 826							65 045	65 826
Association des personnes aphasiques du Saguenay	17 170	17 376							17 170	17 376
Café jeunesse de Chicoutimi	55 823	56 492					371		55 823	56 863
Cardi-O-forme	10 100	10 221			59 367	60 079	4 510		69 467	74 810
Centre d'action bénévole de Chicoutimi	93 659	94 783	81 705	82 686			50		175 364	177 519
Centre d'action bénévole de Laterrière	2 374	2 402	36 192	36 626					38 566	39 028
Centre du Lac Pouce	6 765	6 846					871		6 765	7 717
Centre féminin du Saguenay	684 391	692 604							684 391	692 604
Comité des malades de Saint-Fulgence	1 800	1 800							1 800	1 800
Comptoir Multi-Service de Falardeau	6 652	6 732					365		6 652	7 097
Corporation des adolescents et la vie de quartier de Chicoutimi	14 653	14 829					986		14 653	15 815
Diabète Saguenay	10 415	10 540					873		10 415	11 413
École nationale des arts de la marionette (ÉNAM)	52 236	52 863					1 775		52 236	54 638
Femmes-action : Séparation-divorce	33 434	33 835							33 434	33 835
Groupe aide-action Saint-Honoré	63 767	64 532	9 883	10 002					73 650	74 534
Groupe d'action communautaire de Falardeau	125 423	126 928	22 394	22 664					147 817	149 592
Interassociation des personnes handicapées du Sag.	54 783	55 441							54 783	55 441
Justice alternative jeunesse Saguenay	294 401	297 934					741		294 401	298 675
Le Centre communautaire horizon 3e âge	33 890	34 297							33 890	34 297
Le Maillon (Regr.de parents et amis de pers.atteinte de maladie mentale Sag.)	184 887	187 106					967		184 887	188 073

(SUITE) RLS CHICOUTIMI ORGANISMES COMMUNAUTAIRES RECONNUS DANS LE CADRE DU PSOC	Mission Globale PSOC		Mission globale FINESSS		Entente de services		Projets ponctuels		Total 2015-2016	Total 2016-2017
	2015-2016	2016-2017	2015- 2016	2016- 2017	2015- 2016	2016- 2017	2015- 2016	2016- 2017		
Le MIENS	211 459	213 996							211 459	213 996
Local des jeunes centre ville de Chicoutimi	18 420	18 641							18 420	18 641
Maison d'accueil pour sans-abri de Chicoutimi	176 798	178 920					31 296		176 798	210 216
Maison des jeunes "Evasion" de Chicoutimi	80 799	81 768							80 799	81 768
Maison des jeunes Alaxion	40 448	40 933							40 448	40 933
Maison des jeunes de Laterrière	79 208	80 158							79 208	80 158
Maison des jeunes de Saint-Fulgence	7 400	7 489					8 000		7 400	15 489
Maison des jeunes de Saint-Honoré	37 982	38 438							37 982	38 438
Maison ISA (CALACS)	270 206	273 448					4 000		270 206	277 448
Palli-Aide	85 929	86 960	59 622	60 337					145 551	147 297
Popote de Laterrière	2 000	2 024							2 000	2 024
Popote Express Chicoutimi	26 922	27 245	18 868	19 094					45 790	46 339
Regroupement des personnes atteintes de troubles de l'humeur	7 575	7 666					1 000		7 575	8 666
Séjour Marie Fitzbach	162 554	164 505					80		162 554	164 585
Service alimentaire "La Recette"	30 356	30 720							30 356	30 720
Service communautaire de consultation individualisée de Chicoutimi	31 477	31 855					450		31 477	32 305
Service communautaire travail de rue de Chicoutimi	44 701	45 237					1 000		44 701	46 237
Services d'intégration sociale Nouvel essor du Saguenay	135 708	137 336							135 708	137 336
Triolait	20 200	20 442					8 100		20 200	28 542
TOTAL RLS CHICOUTIMI	3 994 222	4 042 010	228 664	231 409	355 880	360 150		65 435	4 578 766	4 699 004

RLS LAC-SAINT-JEAN-EST ORGANISMES COMMUNAUTAIRES RECONNUS DANS LE CADRE DU PSOC	Mission Globale PSOC		Mission globale FINESSE		Entente de services		Projets ponctuels		Total 2015-2016	Total 2016-2017
	2015-2016	2016-2017	2015- 2016	2016- 2017	2015- 2016	2016- 2017	2015- 2016	2016- 2017		
Accès entraide familles Lac-Saint-Jean Est	23 668	23 952							23 668	23 952
Action bénévole Entre-Deux Saint-André	27 140	27 466	16 766	16 967					43 906	44 433
AQEPA Lac-Saint-Jean (Ass. Québec enfants avec problèmes auditifs)	5 000	5 060							5 000	5 060
Association des handicapés de Desbiens	181 302	183 478							181 302	183 478
Carrefour bénévole Labrecque Lamarche		-	34 926	35 345				10 000	34 926	45 345
Centre communautaire d'aide à la jeunesse Tandem Lac-St-Jean Est	64 180	64 950							64 180	64 950
Centre d'action bénévole du Lac	72 182	73 048	48 480	49 062				30 367	120 662	152 477
Centre de femmes au Quatre-temps	191 224	193 519						947	191 224	194 466
Centre services prévention et orientation en toxicomanie Le S.P.O.T.	52 151	52 777							52 151	52 777
Club Kinocoeur	4 500	4 500							4 500	4 500
Comité de santé de Saint-Ludger-de-Milot	44 440	38 711							44 440	38 711
Comité de travail de rue d'Alma	25 642	25 950						816	25 642	26 766
Foyer d'apprentissage et d'autonomie sociale d'Alma	119 563	120 997							119 563	120 997
Groupe Centre-Lac d'Alma	72 439	73 308							72 439	73 308
Groupe d'action bénévole Ensemble de Sainte-Monique et de Saint-Henri	32 861	33 255	7 474	7 563					40 335	40 818
Groupe de soutien de Saint-Nazaire	34 406	34 819							34 406	34 819
Information et référence Région 02	33 330	33 730						796	33 330	34 526
Justice alternative Lac-Saint-Jean	334 717	338 734						699	334 717	339 433
La Nichée	13 683	13 847							13 683	13 847
La Popote roulante d'Alma	14 696	14 872	42 749	43 262					57 445	58 134
Le Renfort	265 623	268 810			157 841	159 735			423 464	428 545
Maison de campagne et d'entraide communautaire du Lac	27 217	27 544						136	27 217	27 680
Maison des jeunes d'Alma	80 077	81 038							80 077	81 038
Maison des jeunes de Delisle	29 952	30 311							29 952	30 311

(SUITE) RLS LAC-SAINT-JEAN-EST ORGANISMES COMMUNAUTAIRES RECONNUS DANS LE CADRE DU PSOC	Mission Globale PSOC		Mission globale FINESSS		Entente de services		Projets ponctuels		Total 2015-2016	Total 2016-2017
	2015-2016	2016-2017	2015- 2016	2016- 2017	2015- 2016	2016- 2017	2015- 2016	2016- 2017		
Maison des jeunes de Desbiens	27 483	27 813							27 483	27 813
Maison des jeunes de Labrecque								7 000		7 000
Maison des jeunes de Lamarche	26 689	27 009						7 000	26 689	34 009
Maison des jeunes de l'Ascension-de-Notre-Seigneur	4 370	4 422							4 370	4 422
Maison des jeunes de Métabetchouan	80 998	81 970							80 998	81 970
Maison des jeunes de Saint-Bruno du Lac St-Jean	39 161	39 631							39 161	39 631
Maison des jeunes de Saint-Gédéon	27 479	16 571							27 479	16 571
Maison des jeunes de Saint-Nazaire	7 400	7 489							7 400	7 489
Maison des jeunes d'Hébertville	6 895	6 978							6 895	6 978
Maison des jeunes du Lac-Bouchette								9 000		9 000
Maison des jeunes Sainte-Monique-de-Honfleur	4 545	4 545							4 545	4 545
Maison des jeunes Saint-Ludger-de-Milot	11 110	11 243							11 110	11 243
Moisson d'Alma	10 605	10 732							10 605	10 732
Nourri-Source	12 120	12 265							12 120	12 265
Passerelle d'Alma	645 052	652 793			5 000	8 200			650 052	660 993
Popote roulante des cinq cantons								13 000		13 000
Service d'information et d'intervention en toxicomanie (SIIT)	78 974	79 921							78 974	79 921
Soli-Can Lac-Saint-Jean Est	53 795	54 440	5 151	5 213	381 688	386 268			440 634	445 921
Station jeunesse	29 216	29 566							29 216	29 566
TOTAL RLS LAC-SAINT-JEAN-EST	2 815 885	2 832 064	155 546	157 412	544 529	554 203		79 761	3 515 960	3 623 440

RLS DOMAINE-DU-ROY ORGANISMES COMMUNAUTAIRES RECONNUS DANS LE CADRE DU PSOC	Mission Globale PSOC		Mission globale FINESSS		Entente de services		Projets ponctuels		Total 2015-2016	Total 2016-2017
	2015-2016	2016-2017	2015- 2016	2016- 2017	2015- 2016	2016- 2017	2015- 2016	2016- 2017		
Actions bénévoles de Sainte-Hedwidge	14 267	7 432							14 267	7 432
Agence grands frères grandes sœurs Domaine-du-Roy	46 557	47 116						940	46 557	48 056
Association des gais et lesbiennes du SLSJ								5 115		5 115
Association jeannoise pour l'intégration sociale	102 615	103 846							102 615	103 846
Association pour personnes handicapées "Le Goéland"	70 654	71 502							70 654	71 502
Auberge de l'amitié de Roberval	695 806	704 156							695 806	704 156
C.A.P. Accueil jeunesse	80 800	81 770							80 800	81 770
Centre d'action bénévole de Saint-Félicien	61 236	71 569	35 042	43 463				6 000	96 278	121 032
Centre de femmes "La Source"	189 518	191 792						1 000	189 518	192 792
Centre des bénévoles de Roberval	35 451	8 863							35 451	8 863
Centre des services bénévoles de Saint-Prime	8 808	6 314							8 808	6 314
Centre Le Bouscueil de Roberval	140 581	142 268			84 225	85 236			224 806	227 504
Centre Nelligan	127 707	129 239							127 707	129 239
Centre populaire de Roberval	29 276	29 627							29 276	29 627
Corporation des services aux handicapés du comté Roberval	52 817	53 451							52 817	53 451
Corporation des services bénévoles de transport et d'accueil de La Doré	13 419	322							13 419	322
Diabète Lac-Saint-Jean	-	-							-	-
Entraide amicale Saint-François-de-Sales	14 878	15 057						1 000	14 878	16 057
Entraide bénévole, Chambord	10 461	10 586	7 880	7 975					18 341	18 561
Escale du centre ville Saint-Félicien	80 799	81 769							80 799	81 769
Groupe bénévole Mme Hermel Gauthier	17 172	15 431							17 172	15 431
Maison des jeunes "Laser" Roberval	80 799	81 769							80 799	81 769
Maison des jeunes (12-18) l'Entre-Parenthèse de Chambord	39 731	40 208							39 731	40 208
Maison des jeunes de La Doré	28 422	28 763						210	28 422	28 973

(SUITE) RLS DOMAINE-DU-ROY ORGANISMES COMMUNAUTAIRES RECONNUS DANS LE CADRE DU PSOC	Mission Globale PSOC		Mission globale FINESSS		Entente de services		Projets ponctuels		Total 2015-2016	Total 2016-2017
	2015-2016	2016-2017	2015- 2016	2016- 2017	2015- 2016	2016- 2017	2015- 2016	2016- 2017		
Maison des jeunes de Saint-Prime	39 731	40 208							39 731	40 208
Maison du cheminement pour santé mentale	418 432	423 453		26 902	34 988	35 408		12 099	453 420	497 862
Santé mentale Québec -LSJ	78 483	79 425						334	78 483	79 759
Service d'intervention de proximité Domaine- du-Roy	87 987	89 043			-	10 000			87 987	99 043
Services d'entraide Robervalois	37 555	38 006	1 134	1 148					38 689	39 154
Services et qualité de vie La Doré	7 777	3 888	7 605	3 802					15 382	7 690
TOTAL RLS DOMAINE-DU-ROY	2 611 739	2 596 873	51 661	83 290	119 213	130 644		26 698	2 782 613	2 837 505

RLS MARIA-CHAPDELAINÉ ORGANISMES COMMUNAUTAIRES RECONNUS DANS LE CADRE DU PSOC	Mission Globale PSOC		Mission globale FINESSS		Entente de services		Projets ponctuels		Total 2015-2016	Total 2016-2017
	2015-2016	2016-2017	2015- 2016	2016- 2017	2015- 2016	2016- 2017	2015- 2016	2016- 2017		
Au Seingulier (parrainé par Service d'aide 55 +)	3 360	2 695							3 360	2 695
Bénévoles de Girardville, Les	17 097	17 302	7 142	7 227					24 239	24 529
Centre de femmes du pays Maria-Chapdelaine	183 894	186 101						1 000	183 894	187 101
Centre de santé mentale L'Arrimage	219 881	222 520			124 392	125 884		1 000	344 273	349 404
Centre Plein vie	46 314	46 869							46 314	46 869
Club des jeunes 12-17 d'Albanel	5 656	5 656							5 656	5 656
Comité bénévole Saint-Eugène d'Argentenay	11 110	9 345							11 110	9 345
Comité bénévoles Sainte-Elizabeth-de-Proulx	12 917	11 072	4 120	4 169					17 037	15 241
Comité des malades d'Albanel	16 665	16 865							16 665	16 865
Épicerie communautaire; Le Garde-Manger								20 000		20 000
Grands frères grandes sœurs Lac-Saint-Jean- Nord	35 207	35 629						644	35 207	36 273
Groupe Espoir Dolbeau-Mistassini	102 806	104 039						1 794	102 806	105 833
La main du samaritain	5 500	5 566							5 500	5 566

110

2016-17
RAPPORT ANNUELORGANISMES
COMMUNAUTAIRES

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean



(SUITE) RLS MARIA-CHAPDELAINE ORGANISMES COMMUNAUTAIRES RECONNUS DANS LE CADRE DU PSOC	Mission Globale PSOC		Mission globale FINESSE		Entente de services		Projets ponctuels		Total 2015-2016	Total 2016-2017
	2015-2016	2016-2017	2015- 2016	2016- 2017	2015- 2016	2016- 2017	2015- 2016	2016- 2017		
La Maison des jeunes Le Pentagone	50 176	50 778							50 176	50 778
Le Cran... d'arrêt	210 083	212 603						7 000	210 083	219 603
Le Groupe "Les amis de Saint-Stanislas" (parrain N-D de Lorette)	5 494	3 680	5 111	2 556					10 605	6 236
Le Tournant 3 F (popote roulante)	7 500	7 590							7 500	7 590
L'Entraide bénévole de Notre-Dame de Lorette	8 080	8 177	3 030	3 066					11 110	11 243
Les Amis des aînés de Normandin	41 814	42 316	32 889	33 283					74 703	75 599
Les Bénévoles de Saint-Thomas Didyme	27 691	28 023	3 091	3 128					30 782	31 151
Les bénévoles des aîné(e)s de Sainte-Jeanne d'Arc	3 565	1 782	3 535	1 768					7 100	3 550
Les Volontaires de Saint-Augustin Dalmas	8 554	-	1 545	-					10 099	-
Maison "Halte Secours"	602 910	610 145						1 000	602 910	611 145
Maison des jeunes de Saint-Augustin (Dalmas)										
Maison des jeunes l'Exode	41 599	42 098							41 599	42 098
Maison des jeunes l'illusion de Girardville	16 500	16 500							16 500	16 500
Maison d'intégration Norlac	89 142	90 212							89 142	90 212
Maison jeunes Le Jouvenceau	85 779	86 808							85 779	86 808
Sécuri-Cœur Maria-Chapdelaine	5 050	2 526			7 639	3 221			12 689	5 747
Service d'aide 55 plus Dolbeau-Mistassini	37 449	37 898	10 605	10 732					48 054	48 630
Services bénévoles Péribonka	10 327	5 164	4 300	2 150					14 627	7 314
Société canadienne de sclérose en plaques (section Lac-Saint-Jean)	8 176	8 274							8 176	8 274
Toxic-Actions	61 848	62 590			-	10 000			61 848	72 590
TOTAL RLS MARIA-CHAPDELAINE	1 982 144	1 980 823	75 368	68 079	132 031	139 105		32 438	2 189 543	2 220 445

111

2016-17
RAPPORT ANNUELORGANISMES
COMMUNAUTAIRES

MISSION RÉGIONALE ORGANISMES COMMUNAUTAIRES RECONNUS DANS LE CADRE DU PSOC	Mission Globale PSOC		Mission globale FINESSE		Entente de services		Projets ponctuels		Total 2015-2016	Total 2016-2017
	2015-2016	2016-2017	2015- 2016	2016- 2017	2015- 2016	2016- 2017	2015- 2016	2016- 2017		
Ass. des ressources alternatives et comm. en SM région 02	78 483	79 425			44 268	44 799	30 000	-	152 751	124 224
Association de la fibromyalgie (fibrosité) du SLSJ	6 050	6 123							6 050	6 123
Association de soutien et d'information face à la douleur (A.S.I.D.)	7 501	7 591						470	7 501	8 061
Association des arthritiques du Saguenay-Lac-Saint-Jean	17 188	17 394							17 188	17 394
Association des personnes handicapées visuelles de la région 02	41 970	42 474							41 970	42 474
Association PANDA SLSJ	110 812	112 141					16 180	16 564	126 992	128 705
Association québécoise de la dysphasie du SLSJ	10 500	10 500						1 000	10 500	11 500
Association régionale pour les personnes épileptiques	65 674	66 462							65 674	66 462
C.O.R.A.M.H. (Corp. recherche et d'action sur maladies héréditaires)	73 229	74 108							73 229	74 108
CALACS Entre elles	269 747	272 984							269 747	272 984
Centre de prévention du suicide région 02	597 655	604 827				160 000	10 000	-	607 655	764 827
Comité Enfaim	26 159	26 473						2 480	26 159	28 953
GPDDSM (Groupe de promotion et défense des droits en SM de la région 02)	212 250	214 797							212 250	214 797
Havre du Fjord	66 308	89 632						24 426	66 308	114 058
La Maisonnée d'Évelyne	238 402	241 262							238 402	241 262
Maison de l'espoir Saguenay-Lac-Saint-Jean	357 565	376 856						414	357 565	377 270
Maison d'hébergement Le Séjour	169 173	310 920						1 000	169 173	311 920
Maison d'hébergement S.O.S. jeunesse	300 632	304 239							300 632	304 239
Moisson Saguenay-Lac-Saint-Jean	99 864	101 062							99 864	101 062
Parkinson SLSJ										
Regroupement québécois pour personnes avec acouphènes (RQPA)	5 075	5 075							5 075	5 075

112

2016-17
RAPPORT ANNUELORGANISMES
COMMUNAUTAIRES

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean

→

(SUITE) MISSION RÉGIONALE ORGANISMES COMMUNAUTAIRES RECONNUS DANS LE CADRE DU PSOC	Mission Globale PSOC		Mission globale FINESSS		Entente de services		Projets ponctuels		Total	Total
	2015-2016	2016-2017	2015- 2016	2016- 2017	2015- 2016	2016- 2017	2015- 2016	2016- 2017	2015-2016	2016-2017
Société alzheimer de la Sagamie	290 573	294 060	118 461	119 883					409 034	413 943
Société canadienne de la sclérose en plaques section Saguenay	10 500	10 626							10 500	10 626
Société de l'autisme de la région du Saguenay- Lac-Saint-Jean	363 672	368 036					2 000		363 672	370 036
Tel-Aide Saguenay-Lac-Saint-Jean / Côte-Nord	63 844	64 610							63 844	64 610
TROC-02 (Table régionale des organismes communautaires)	91 073	92 166					38 437		91 073	130 603
TOTAL MISSION RÉGIONALE	3 573 899	3 793 843	118 461	119 883	44 268	204 799	56 180	86 791	3 792 808	4 205 316



Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean



Annexes

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE
DES ADMINISTRATEURS
DE CONSEIL D'ADMINISTRATION

ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DU MEMBRE

TABLEAU DES PRÉSENCES
AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Code d'éthique et de déontologie
des administrateurs
de conseil d'administration en vertu
de la *Loi sur le ministère du Conseil
exécutif* (Chapitre M-30)

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY—LAC-SAINT-JEAN

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Québec 

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	119
Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES	120
Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE.....	122
Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS	125
Section 4 — APPLICATION	126
Annexe I – Engagement et affirmation du membre	130
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance.....	131
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre	132
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général.....	133
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts	135
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflit d'intérêts	136
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen	137

Préambule

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Elle doit reposer sur un lien de confiance entre l'établissement et la population.

Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie doit demeurer une préoccupation constante des membres du conseil d'administration pour garantir à la population une gestion transparente, intègre et de confiance des fonds publics. *Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs* en édicte donc les principes éthiques et les obligations déontologiques. L'éthique, est de l'ordre du questionnement sur les grands principes de conduite à suivre, pour tout membre du conseil d'administration, et de l'identification des conséquences pour chacune des options possibles quant aux situations auxquelles il doit faire face. La déontologie, quant à elle, fait référence davantage à l'ensemble des devoirs et des obligations d'un membre. Ces choix doivent reposer, entre autres, sur une préoccupation d'une saine gouvernance dont une reddition de comptes conforme aux responsabilités dévolues à l'établissement.

SECTION 1 — Dispositions générales

1 Objectifs généraux

Le présent document a pour objectifs de dicter des règles de conduite en matière d'intégrité, d'impartialité, de loyauté, de compétence et de respect pour les membres du conseil d'administration et de les responsabiliser en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisses d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur.

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

- a) aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- b) traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- c) régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres;
- d) définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;
- e) prévoit des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Tout membre est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs* ainsi que par les lois applicables. En cas de divergence, les règles s'appliquent en fonction de la hiérarchie des lois impliquées.

2 Fondement légal

Le *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs* repose notamment sur les dispositions suivantes :

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du Code civil du Québec.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2).
- Loi sur les contrats des organismes publics (RLRQ, chapitre C-65.1).
- Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbying (RLRQ, chapitre T-11.011).

3 Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

CODE : Code d'éthique et de déontologie des membres élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration.

COMITÉ D'EXAMEN AD HOC : Comité institué par le conseil d'administration pour traiter une situation potentielle de manquement ou d'omission ou encore pour résoudre un problème dont il a été saisi et proposer un règlement.

CONSEIL : Conseil d'administration de l'établissement, tel que défini par les articles 9 et 10 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

CONFLIT D'INTÉRÊTS : Désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un membre peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait, par exemple, à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir.

CONJOINT : Une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la Loi d'interprétation (RLRQ, chapitre I-16).

ENTREPRISE : Toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence.

FAMILLE IMMÉDIATE : Aux fins de l'article 131 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux est un membre de la famille immédiate d'un président-directeur général, d'un président-directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'établissement, son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint.

FAUTE GRAVE : Résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables au membre et qui constitue une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration.

INTÉRÊT : Désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, émotionnelle, professionnelle ou philanthropique.

LMRSS : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de

la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

LSSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux.

MEMBRE : Membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé.

PERSONNE INDÉPENDANTE : Tel que défini à l'article 131 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, une personne se qualifie comme indépendante, notamment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptibles de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

PERSONNE RAISONNABLE : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances .

RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS : Une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial, technologique ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonction au sein de l'établissement. Toute information de nature stratégique ou autre qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration, serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'établissement.

4 Champ d'application

Tout membre du conseil d'administration est assujetti aux règles du présent Code.

5 Disposition finale

Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration. Le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration assume la responsabilité de veiller à l'application du présent Code. Ce dernier doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique tous les trois ans, ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil lors d'une de ses séances régulières.

6 Diffusion

L'établissement doit rendre le présent Code accessible au public, notamment en le publiant sur son site Internet. Il doit aussi le publier dans son rapport annuel de gestion en faisant état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le comité d'examen ad hoc, des décisions prises et des sanctions imposées par le conseil d'administration ainsi que du nom des membres révoqués ou suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

SECTION 2 — Principes d'éthique et règles de déontologie

7 Principes d'éthique

L'éthique fait référence aux valeurs (intégrité, impartialité, respect, compétence et loyauté) permettant de veiller à l'intérêt public. Comme administrateur, cela implique le respect du droit de faire appel, entre autres, à son jugement, à l'honnêteté, à la responsa-

bilité, à la loyauté, à l'équité et au dialogue dans l'exercice de ses choix et lors de prises de décision. L'éthique est donc utile en situation d'incertitude, lorsqu'il y a absence de règle, lorsque celle-ci n'est pas claire ou lorsque son observation conduit à des conséquences indésirables.

En plus des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.
- Être sensible aux besoins de la population et assure la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.

- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

8 Règles de déontologie

La déontologie est un ensemble de règles juridiques de conduite dont l'inobservation peut conduire à une sanction. On peut les retrouver dans diverses lois ou règlements cités au point 2. Ces devoirs et règles déontologiques indiquent donc ce qui est prescrit et proscrit.

En plus des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

8.1 Disponibilité et compétence

- Être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au *Règlement sur la régie interne* du conseil d'administration de l'établissement.
- Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions.
- Favoriser l'entraide.
- S'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habilités et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

8.2 Respect et loyauté

- Respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques, procédures applicables ainsi que les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- Agir de manière courtoise et entretenir des relations fondées sur le respect, la coopération, le professionnalisme et l'absence de toute forme de discrimination.
- Respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision, la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée ainsi que toute décision, et ce, malgré sa dissidence.
- Respecter toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence, en faisant preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

8.3 Impartialité

- Se prononcer sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.
- Placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

8.4 Transparence

- Exercer ses responsabilités avec transparence, notamment

en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.

- Partager avec les membres du conseil d'administration toute information utile ou pertinente aux prises de décision.

8.5 Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.
- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

- Respecter les règles applicables au sein de l'établissement à l'égard de l'information, des communications, de l'utilisation des médias sociaux et des relations avec les médias, entre autres, en ne s'exprimant pas auprès des médias ou sur les médias sociaux s'il n'est autorisé par celles-ci.

8.8 Charge publique

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.
- Démissionner immédiatement de ses fonctions lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. Il doit démissionner si sa charge publique est à temps partiel et qu'elle est susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve et/ou le placer en conflit d'intérêts.

8.9 Biens et services de l'établissement

- Utiliser les biens, les ressources et les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'organisation, et ce, conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.

- Ne recevoir aucune rémunération autre que celle prévue par la loi pour l'exercice de ses fonctions. Toutefois, les membres du conseil d'administration ont droit au remboursement des dépenses effectuées dans l'exercice de leurs fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

8.10 Avantages et cadeaux

- Ne pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il lui est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.

8.11 Interventions inappropriées

- S'abstenir d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel.
- S'abstenir de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

SECTION 3 — Conflit d'intérêts

9 Le membre ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est

notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

10 Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.

11 Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

- a) avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
- b) avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
- c) obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
- d) avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
- e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

12 Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales,

sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire *Déclaration des intérêts du membre* de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

13 Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire *Déclaration de conflit d'intérêts* de l'annexe V.

14 Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

15 La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

SECTION 4 — Application

16 Adhésion au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent document ainsi que les lois applicables.

Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs* par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire *Engagement et affirmation du membre* de l'annexe I du présent document.

Tout nouveau membre doit aussi le faire dans les soixante jours suivant son entrée en fonction. En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient au membre de consulter le comité de gouvernance et d'éthique.

17 Comité de gouvernance et d'éthique

En matière d'éthique et de déontologie, le comité de gouvernance et d'éthique a, entre autres, pour fonctions de :

- a) élaborer un *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs* conformément à l'article 3.1.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif;
- b) voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
- c) informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;
- d) conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;
- e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
- f) réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
- g) évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;

- h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
- i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

Comme ce sont les membres du comité de gouvernance et d'éthique qui édictent les règles de conduite, ils ne devraient pas être confrontés à les interpréter, dans un contexte disciplinaire. Si tel était le cas, cela pourrait entacher le processus disciplinaire en introduisant un biais potentiellement défavorable au membre en cause. C'est pourquoi il est proposé de mettre en place un « comité d'examen *ad hoc* » afin de résoudre le problème ou de proposer un règlement, à la discrétion du conseil d'administration.

18 Comité d'examen *ad hoc*

- 18.1** Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen *ad hoc* composé d'au moins trois (3) personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut être composé de membres du conseil d'administration ou de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.
- 18.2** Un membre du comité d'examen *ad hoc* ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.
- 18.3** Le comité d'examen *ad hoc* a pour fonctions de :
- a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement pré-

sumé par un membre du conseil d'administration aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;

- b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;
- c) faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

18.4 La date d'entrée en fonction, la durée du mandat des membres du comité d'examen *ad hoc* de même que les conditions du mandat sont fixées par le comité de gouvernance et d'éthique.

18.5 Si le comité d'examen *ad hoc* ne peut faire ses recommandations au comité de gouvernance et d'éthique avant l'échéance du mandat de ses membres, le comité de gouvernance et d'éthique peut, le cas échéant, prolonger la durée du mandat pour la durée nécessaire à l'accomplissement de ce dernier. La personne qui fait l'objet de l'enquête en est informée par écrit.

19 Processus disciplinaire

19.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.

19.2 Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen *ad hoc*, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un membre a pu contrevenir au présent document, en transmettant le formulaire *Signalement d'une situation de conflit d'intérêts* de l'annexe VI rempli par cette personne.

- 19.3** Le comité d'examen *ad hoc* détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen *ad hoc* et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s). Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen *ad hoc*.
- 19.4** Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'annexe VII.
- 19.5** Tout membre du comité d'examen *ad hoc* qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec une rigueur et prudence.
- 19.6** Le comité d'examen *ad hoc* doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen *ad hoc*, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen *ad hoc*, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.
- 19.7** Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.
- 19.8** Le comité d'examen *ad hoc* transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :
- a) un état des faits reprochés;
 - b) un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;
 - c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
 - d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.
- 19.9** Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.

19.10 Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche un manquement, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.

19.11 Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées. Lorsqu'il y a eu un manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général ou le Ministre, selon la gravité du manquement.

19.12 Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.

19.13 Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs*, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement et conformément aux dispositions de la Loi sur les archives (RLRQ, chapitre A-21.1).

20 Notion d'indépendance

Le membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé, doit dénoncer par écrit au conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. Il doit transmettre au conseil d'administration le formulaire *Avis de bris du statut d'indépendance* de l'annexe II du présent Code, au plus tard dans les trente (30) jours suivant la présence d'une telle situation.

21 Obligations en fin du mandat

Dans le cadre du présent document, le membre de conseil d'administration doit, après la fin de son mandat :

- Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions.
- Se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
- Ne pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.
- S'abstenir de solliciter un emploi auprès de l'établissement pendant son mandat et dans l'année suivant la fin de son mandat, à moins qu'il ne soit déjà à l'emploi de l'établissement. Si un cas exceptionnel se présentait, il devra être présenté au conseil d'administration.

ANNEXE I

ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DU MEMBRE

Coordonnées du bureau d'élection

Je, soussigné, _____, membre du conseil d'administration du _____, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, adopté par le conseil d'administration le _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le _____.

Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs.

J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que la rémunération et le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.

En foi de quoi, j'ai _____, pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ et je m'engage à m'y conformer.

Signature

Date (aaaa-mm-jj)

Lieu

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean

ANNEXE II

AVIS DE BRIS DU STATUT D'INDÉPENDANCE

AVIS SIGNÉ

Je, soussigné, _____ [prénom et nom en lettres moulées],
déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d'affecter mon statut de membre
indépendant au sein du conseil d'administration du _____
due aux faits suivants :

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE III

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU MEMBRE

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées],
membre du conseil d'administration du _____, déclare les
éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

- Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.
- Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :

2. Titre d'administrateur

- Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du _____.
- J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du _____. [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

Je me déclare lié par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie et je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ à m'y conformer.

Signature

Date (aaaa-mm-jj)

Lieu

ANNEXE IV DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées],
président-directeur général et membre d'office du _____,
déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.

- Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :

2. Titre d'administrateur

- Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du _____.

- J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du _____. [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:

3. Emploi

« Le président-directeur général et le président-directeur général adjoint d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un établissement non fusionné doivent s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de leur fonction.

ANNEXE VI SIGNALEMENT D'UNE SITUATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

Je, soussigné, _____, estime que le membre suivant :
_____, est en situation de conflit d'intérêts apparent, réel ou potentiel en
regard des faits suivants :

Je demande que le conseil d'administration adresse ce signalement au comité de gouvernance et d'éthique pour analyse et recommandation, et je comprends que certaines informations fournies dans ce formulaire constituent des renseignements personnels protégés par la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (RLRQ, chapitre A-2.1).

Je consens à leur utilisation aux seules fins d'examiner s'il existe ou non une situation de conflit d'intérêts apparente, réelle ou potentielle.

Signature Date [aaaa-mm-jj] Lieu

ANNEXE VII

SIGNALEMENT D'UNE SITUATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

Je, soussigné, _____, affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions d'administrateur.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

PRÉSENCE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CIUSSS AUX SÉANCES ORDINAIRES

Nom (entrée en fonction)	Mer. 28 sept.	Mar. 25 oct.	Lun. 17 nov. (SS)	Mer. 30 nov.	Mar. 6 déc. (SS)	Jeu. 22 déc. (SS)	Mer. 18 jan- vier	Mer. 22 fév.	Ven. 3 mars (SS)	Mer. 29 mars (SS)	Mer. 5 avril	Jeu. 20 avril (SS)	Jeu. 4 mai (SS)	Mer. 24 mai	Lun. 15 mai (SS)	Mer. 14 juin	Mer. 21 juin	Total	%
Christian BARON (10 août 2016)	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	4	23,53
Christiane BÉRUBÉ (30 sept. 2015)	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	14	82,35
Denyse BLANCHET (3 février 2017)								0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	5	50,00
Dominique BOUCHARD (30 sept. 2015)	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	10	58,82
Martin CÔTÉ (30 sept. 2015)	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	13	76,47
Denyse CÔTÉ-DUPÉRRÉ (23 mars 2016)	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	13	76,47
Bibiane COURTOIS (3 nov. 2016)				1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	10	71,43
Martine COUTURE	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	13	76,47
Laurent-Paul DALLAIRE (30 sept. 2015)	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	15	88,24
Guyline DUBÉ (30 sept. 2015)	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	14	82,35
Dominic DUFOUR (30 sept. 2015)	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	Démission				4	30,77
Mauril GAUDREAU (30 sept. 2015)	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5	29,41
France GUAY (30 sept. 2015)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	16	94,12
Marie-Hélène LAROUCHE (30 sept. 2015)	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	12	70,59
Jean LEMIEUX (30 sept. 2015)	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	14	82,35
Paul Jr MARCHAND (30 sept. 2015)	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	13	76,47

Nom (entrée en fonction)	Mer. 28 sept.	Mar. 25 oct.	Lun. 17 nov. (SS)	Mer. 30 nov.	Mar. 6 déc. (SS)	Jeu. 22 déc. (SS)	Mer. 18 jan- vier	Mer. 22 fév.	Ven. 3 mars (SS)	Mer. 29 mars (SS)	Mer. 5 avril	Jeu. 20 avril (SS)	Jeu. 4 mai (SS)	Mer. 24 mai	Lun. 15 mai (SS)	Mer. 14 juin	Mer. 21 juin	Total	%
Fabien SIMARD (30 sept. 2015)	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	9	52,94
Jean-Claude SONIER (25 août 2016)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	15	88,24
Michel TRUCHON (30 sept. 2015)	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	10	58,82
Guy VERREULT (28 sept. 2016)	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	12	70,59
Gilles GAGNON pdga *au besoin	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	4	23,53
MEMBRES PAR RÉU- NION (QUORUM = 11)	13	15	12	17	11	11	17	14	11	18	14	11	11	12	14	13	11		



Garant
des forêts
intacts^{MC}

BIOGAZ[®]
ÉNERGIE

ECF

Imprimé sur du Rolland Enviro Print, contenant 100 % de fibres postconsommation et fabriqué à partir d'énergie biogaz.
Il est certifié FSC[®], Procédé sans chlore, Garant des forêts intacts et ECOLOGO 2771.

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Saguenay-
Lac-Saint-Jean*

Québec 