RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2017-2018

Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Québec

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2017-2018

Adopté par le conseil d'administration **le 14 juin 2018**

Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Québec

Le Rapport annuel de gestion 2017-2018 est une production du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches :
363, route Cameron
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2
Téléphone : 418 386-3363

Le présent document est disponible sur le site Internet du CISSS de Chaudière-Appalaches à l'adresse suivante : www.cisss-ca.gouv.qc.ca

Lorsque le contexte l'exige, le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018
ISBN : 978-2-550-81830-4

COM 2018-084

TABLE DES MATIÈRES

1. Le message des autorités 7

2. La déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents 8

3. La présentation de l'établissement et les faits saillants 8

3.1 L'établissement 8

3.1.1 La mission 8

3.1.2 La vision 9

3.1.3 Les valeurs organisationnelles 9

3.1.4 La structutre organisationnelle 10

3.2 Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives 12

3.2.1 Le conseil d'administration 12

3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives 13

3.3 Les faits saillants 14

4. Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité 19

4.1 Les attentes spécifiques 19

4.2 Les engagements annuels 24

5. Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité 50

5.1 L'agrément 50

5.2 La sécurité et la qualité des soins et des services 51

5.2.1 Les actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents 51

5.2.2 La nature des trois principaux types d'incidents (indices de gravité A et B) mis en évidence au moyen du système local de surveillance 52

5.2.3 La nature des trois principaux types d'accidents (indices de gravité C à I) mis en évidence au moyen du système local de surveillance 53

5.2.4 Les actions entreprises par le comité de gestion des risques et mesures mises en place en lien avec les principaux risques d'incident/accident 54

5.2.5 Les actions entreprises par le comité de gestion des risques et mesures mises en place en lien avec la prévention et le contrôle des infections nosocomiales 59

5.2.6 Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art 118.1 LSSSS) 60

5.2.7 Les suivis apportés par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité à la suite des recommandations formulées par les instances 61

TABLE DES MATIÈRES (suite)

5.3 Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement 71

5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits 72

5.4.1 Le rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services 73

5.5 L'information et la consultation de la population 74

6. L'application de la Politique portant sur les soins de fin de vie 75

7. L'application de la Loi sur la protection de la jeunesse 78

8. Les ressources humaines 81

9. Les ressources financières 82

9.1 L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme 82

9.2 L'équilibre budgétaire 83

9.3 Les contrats de services 83

10. L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant 84

11. Les organismes communautaires 111

Annexe 117

1. Le message des autorités

La troisième année d'existence de notre établissement est maintenant terminée et nous dressons un bilan fort positif de l'évolution et des résultats du CISSS de Chaudière-Appalaches.

Au cours de la dernière année, nous avons davantage intégré et appliqué notre philosophie de gestion adoptée en 2016-2017, et ce, afin d'agir comme porteurs de sens et agents de transformation. Celle-ci se veut englobante, humaine et concrète afin que tous les employés, médecins, stagiaires et bénévoles soient heureux d'évoluer dans une même grande et belle famille. Il va sans dire que nous avons également fait vivre nos valeurs organisationnelles que sont l'humanisme, la collaboration et l'équité à travers nos actions quotidiennes envers les usagers. Nous les avons aussi mises de l'avant, entre nous, dans le cadre d'une multitude de projets ayant toujours comme trame de fond d'offrir un accès à des services de santé et à des services sociaux de qualité ainsi que d'améliorer le mieux-être de la population de la région de la Chaudière-Appalaches.

Nous accordons également une grande importance à la santé et au mieux-être de notre personnel. Cela s'est traduit dans le développement d'une culture de la reconnaissance au sein de notre établissement. Nous avons adopté et débuté l'implantation du Programme de reconnaissance du CISSS de Chaudière-Appalaches qui vise à développer une pratique de gestion des ressources humaines axée sur la reconnaissance, favorisant par le fait même la mobilisation, l'engagement, la satisfaction au travail et la rétention du personnel. Certes, la reconnaissance doit se vivre au quotidien, mais aussi lors d'événements festifs comme notre soirée annuelle visant à souligner l'apport des employés ayant cumulé 25 ans de service et de ceux qui quittent à la retraite. La toute première édition d'une semaine consacrée à la reconnaissance et notre engagement dans la démarche Entreprise en santé sont d'autres exemples qui démontrent à quel point la reconnaissance nous tient à cœur.

Rehaussé pour l'année 2017-2018, le budget de l'établissement, qui est de l'ordre de près d'un milliard de dollars, a permis l'embauche de préposés aux bénéficiaires en CHSLD, l'investissement de sommes en développement pour le soutien à domicile, des investissements en jeunesse ainsi que de nouvelles places en communauté pour les aînés, les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale et avec une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. De son côté, le Programme de soutien aux organismes communautaires a été bonifié tandis qu'un financement récurrent de 900 000 $ sera également versé annuellement au CISSS de Chaudière-Appalaches pour les usagers souffrant de troubles du spectre de l'autisme afin de contribuer à réduire les listes d'attente et à rehausser les services offerts.

Le déploiement de nos efforts de développement, tant sur le plan clinique qu'administratif, a porté ses fruits comme en témoigne les faits saillants présentés à la section 4 du présent rapport annuel.

Réaliser et bâtir ensemble. Voilà ce qui anime au quotidien les intervenants du CISSS de Chaudière-Appalaches. Des gens de cœur, unis et toujours prêts à relever de nouveaux défis pour le mieux-être des usagers.

Brigitte Busque,
présidente du conseil d'administration

Daniel Paré,
président-directeur général

2. La déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

L'information et les résultats contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au long de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de soutenir la présente déclaration. Je me suis également assuré que des travaux soient réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats et plus spécifiquement au regard de l'Entente de gestion et d'imputabilité.

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2017-2018 du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches ainsi que les contrôles y afférant sont fiables et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2018.

Le président-directeur général,

Daniel Paré

3. La présentation de l'établissement et les faits saillants

3.1 L'établissement

3.1.1 La mission

Voici les responsabilités du CISSS de Chaudière-Appalaches telles que définies par le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- Planifier, coordonner, organiser et offrir à la population de son territoire l'ensemble des services sociaux et de santé, selon les orientations et les directives ministérielles, et déterminer les mécanismes de coordination de ces derniers;
- Garantir une planification régionale des ressources humaines;
- Réaliser le suivi et la reddition de comptes auprès du MSSS en fonction de ses attentes;
- Assurer la prise en charge de l'ensemble de la population de son territoire, notamment les clientèles les plus vulnérables;
- Assurer une gestion de l'accès simplifié aux services;
- Établir des ententes et des modalités en précisant les responsabilités réciproques et complémentaires avec les partenaires de son réseau territorial de services (RTS) comme les médecins, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les pharmacies et les autres ressources privées, ainsi qu'avec d'autres établissements du réseau;
- Intégrer les réseaux locaux de services (RLS) établis au profit du RTS.

Pour assurer une véritable intégration des services offerts à la population, le CISSS de Chaudière-Appalaches doit :

- Être au cœur d'un RTS;
- Assurer la prestation de soins et de services à la population de son territoire sociosanitaire, incluant le volet santé publique;
- Assumer une responsabilité populationnelle envers la population de son territoire sociosanitaire;

- Veiller à l'organisation des services et à leur complémentarité sur son territoire dans le cadre de ses multiples missions (CLSC, hôpital, centre d'hébergement, centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, centre de réadaptation), et ce, en fonction des besoins de sa population et de ses réalités territoriales;
- Conclure des ententes avec les autres installations et les organisations partenaires de son RTS (centres hospitaliers universitaires, cliniques médicales, groupes de médecine de famille, cliniques-réseau, organismes communautaires, pharmacies communautaires, partenaires externes, etc.).

3.1.2 La vision

Le CISSS de Chaudière-Appalaches place les usagers au cœur de la nouvelle organisation de services et les implique dans les décisions qui les concernent afin qu'ils vivent une expérience de soins et de services qui réponde à leurs besoins.

Il offre aux usagers des services performants et hautement intégrés qui assurent un parcours de soins et des services continus, de qualité et efficients, ainsi qu'une facilité et une équité d'accès.

Pour ce faire, la collaboration entre tous les acteurs de l'organisation est hautement valorisée et se vit au quotidien. Pour réaliser pleinement sa mission et agir sur les déterminants de la santé, le CISSS de Chaudière-Appalaches mise sur des partenariats durables avec les divers acteurs de la communauté.

L'organisation assure l'amélioration continue de ses services, favorise et soutient les innovations émergentes du terrain, le partage des expertises et l'intégration des données probantes dans les pratiques.

Le CISSS de Chaudière-Appalaches réalise sa mission en s'appuyant sur un personnel engagé, compétent et humain. En reconnaissant la valeur première des personnes qui composent l'organisation, il contribue par ses actions à favoriser leur santé et leur mieux-être.

La vision en une phrase : Des gens de cœur unis pour votre mieux-être!

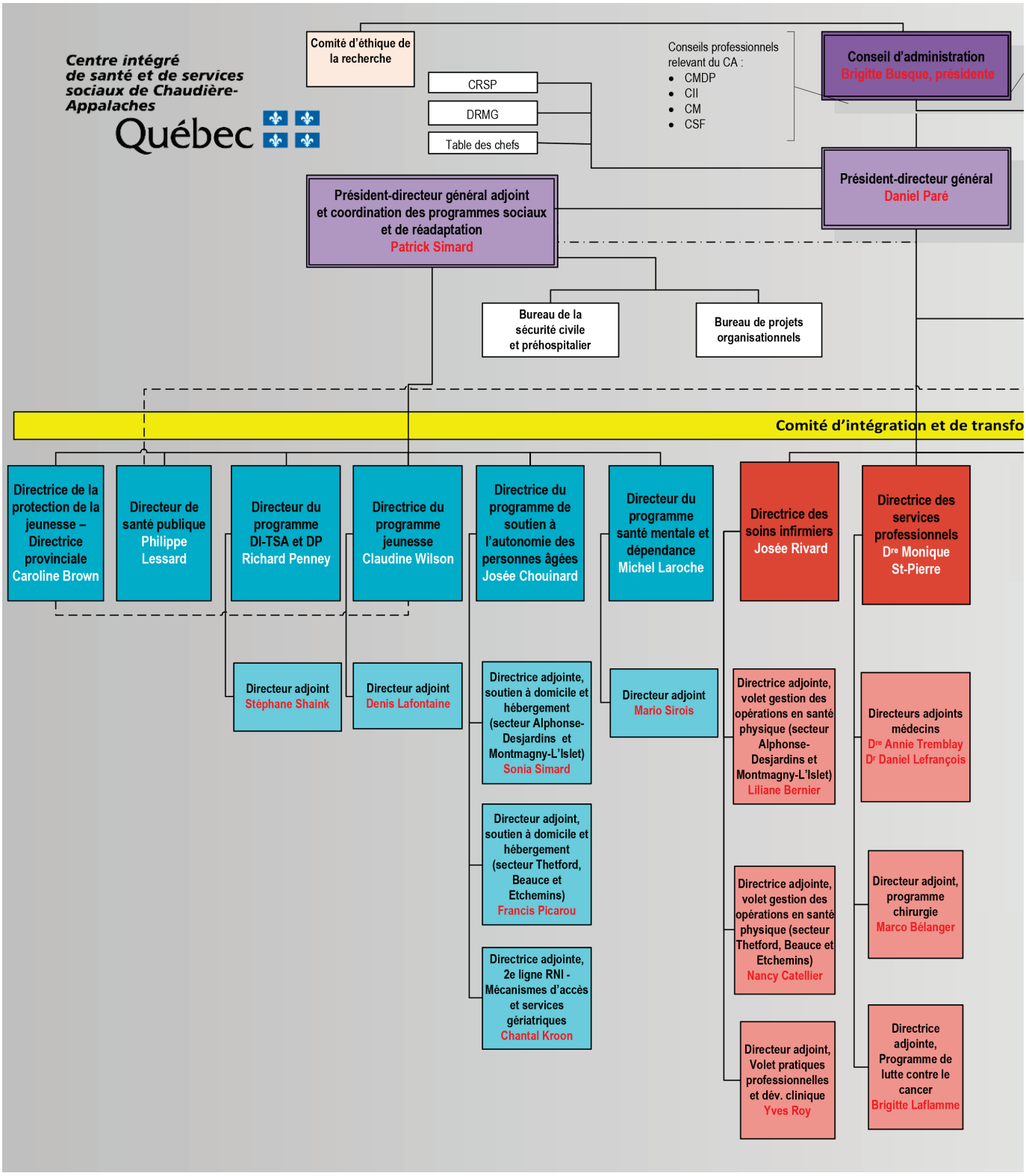
3.1.3 Les valeurs organisationnelles

Humanisme : Au CISSS de Chaudière-Appalaches, nous énonçons clairement notre croyance en l'humain. Nous reconnaissons l'unicité de chaque personne, sa dignité et son intégrité. Pour cette raison, l'ouverture à l'autre et l'écoute représentent la base du comportement bienveillant, tout en favorisant l'autodétermination de chaque individu et en encourageant le pouvoir d'agir.

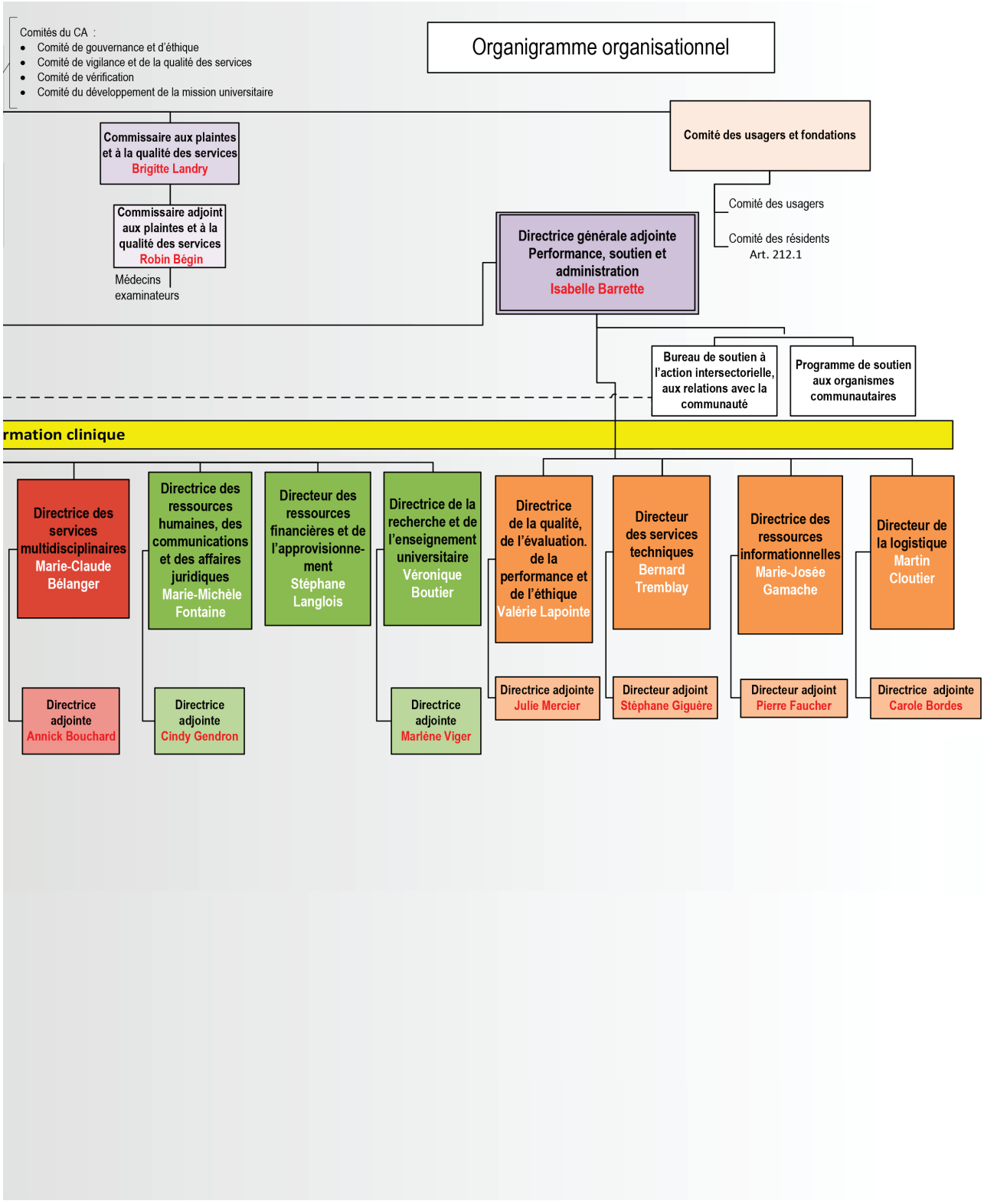
Collaboration : Pour assurer une fluidité dans les soins et les services offerts à la population et construire un nouveau « nous » solide, la collaboration nous appelle à travailler ensemble avec nos usagers et partenaires en complémentarité, au-delà de nos différences, en priorisant la cohésion et la coresponsabilité des parties.

Équité : Comme réponse aux défis actuels d'accessibilité et d'harmonisation des soins et des services dans la région, l'établissement met de l'avant la valeur d'équité comprise comme étant l'adaptation et la distribution juste des ressources, avec souplesse et en cohérence avec les besoins individuels et collectifs.

3.1.4 Structutre organisationnelle



Organigramme organisationnel



3.2 Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives

3.2.1 Le conseil d'administration

Le conseil d'administration est imputable, avec le président-directeur général, des responsabilités confiées au CISSS de Chaudière-Appalaches et de l'actualisation des orientations nationales. Le 1er octobre 2015, le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Gaétan Barrette, ainsi que la ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse et à la Santé publique, madame Lucie Charlebois, ont annoncé la nomination des membres indépendants et des membres représentant les organismes du milieu de l'enseignement du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches, conformément à la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Tous les candidats ont été sélectionnés en tenant compte de différents critères, notamment la parité femmes/hommes, la représentativité des différentes parties du territoire couvert par chaque établissement, de même que la composition socioculturelle, ethnoculturelle, linguistique ou démographique de l'ensemble de ses usagers.

En ce qui concerne plus spécifiquement les membres indépendants, les candidates et les candidats choisis devaient également satisfaire à certaines exigences quant à leur profil de compétence, d'expertise et d'expérience dans divers domaines, notamment en gouvernance, en gestion des risques, finance et comptabilité, en ressources immobilières, informationnelles ou humaines, en protection de la jeunesse, en santé mentale ou à titre d'usager des services sociaux. Le ministre s'est également assuré que les conditions requises pour agir à titre de membre indépendant au sein d'un conseil d'administration sont respectées.

Le conseil d'administration a tenu sept (7) séances ordinaires, une (1) séance publique d'information annuelle et sept (7) séances extraordinaires.

Les officiers du conseil d'administration sont :
- Mme Brigitte Busque, présidente;
- Mme Josée Caron, vice-présidente;
- M. Daniel Paré, secrétaire.

Les membres du conseil d'administration sont :
- M. Normand Baker, compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité;
- M. Denis Beaumont, expérience vécue à titre d'usager des services sociaux;
- Dr Simon Bordeleau, conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP);
- Dre Catherine Boucher, département régional de médecine générale (DRMG);
- Mme Brigitte Busque, présidente, compétences en ressources immobilières, informationnelles ou humaines;
- Mme Josée Caron, compétence en gouvernance ou éthique;
- Mme Diane Fecteau, comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP);
- Mme Suzanne Jean, compétence en gestion des risques, finance et comptabilité;
- Mme Maryan Lacasse, conseil des infirmières et infirmiers (CII);
- Poste vacant, comité des usagers (CU);
- Mme Louise Lavergne, expertise en réadaptation
- Dr Ghislain Lepage, membre observateur – représentant des fondations;
- M. Jérôme L'Heureux, expertise en protection de la jeunesse;
- Mme Émilie Moisan-De Serres, conseil multidisciplinaire (CM);
- M. Jean-François Montreuil, milieu de l'enseignement;
- M. Daniel Paré, président-directeur général;
- M. Rosaire Simoneau, expertise dans les organismes communautaires;
- M. Yvan St-Hilaire, expertise en santé mentale.

Code d'éthique et de déontologie

Le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration, présenté en annexe, a été adopté le 1er mars 2016. Pour l'année 2017-2018, aucune situation de manquement à ce code n'a été signalée, aucune décision ni sanction n'a été imposée et aucun administrateur n'a été révoqué ou suspendu.

Vous pouvez consulter le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CISSS de Chaudière-Appalaches sur la page suivante de notre site Web : www.cisss-ca.gouv.qc.ca/le-cisss-de-chaudiere-appalaches/conseil-dadministration/.

3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives

Voici la liste des comités du conseil d'administration.

Comités du conseil d'administration
- Comité de gouvernance et d'éthique;
- Comité de vigilance et de la qualité des services;
- Comité de vérification;
- Comité du développement de la mission universitaire.

Conseils professionnels relevant du C. A.
- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP);
- Conseil des infirmières et infirmiers (CII);
- Conseil multidisciplinaire (CM);
- Conseil des sages-femmes (CSF).

Autres comités
- Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP);
- Département régional de médecine générale (DRMG);
- Table régionale des chefs de département;
- Comité d'éthique de la recherche;
- Comité des usagers;
- Comité des résidents;
- Comité de gestion des risques;
- Comité d'accès aux services en langue anglaise.

3.3 Les faits saillants

3,3 M$ à l'Hôpital de Montmagny pour acquérir un appareil d'imagerie médicale par résonance magnétique

Dans le cadre des efforts visant à améliorer l'accessibilité des services diagnostiques pour l'ensemble de la population, le gouvernement du Québec octroie 3,3 M$ au CISSS de Chaudière-Appalaches pour financer l'acquisition d'un quatrième appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM).

Le nouvel appareil d'IRM permettra de mieux répondre à la demande d'examens sur le territoire du CISSS de Chaudière-Appalaches, qui disposait jusqu'à maintenant de trois de ces appareils, soit un à l'Hôtel-Dieu de Lévis, un à l'Hôpital de Thetford Mines et un à l'Hôpital de Saint-Georges. Ce quatrième appareil permettra également de réduire le nombre de patients en attente et les délais d'obtention d'un rendez-vous pour un examen d'IRM à Montmagny, comme dans l'ensemble de la région. Au financement offert par le gouvernement s'ajoute un montant de 1,75 M$ qui sera fourni par la Fondation de l'Hôtel-Dieu de Montmagny.

Des campagnes de recrutement qui portent leurs fruits!

Réalisée au printemps 2018, la troisième campagne de recrutement du CISSS de Chaudière-Appalaches a été un succès en permettant l'embauche de 140 personnes dans les titres d'emplois les plus recherchés, soit préposés aux bénéficiaires, agentes administratives et infirmières. Les efforts n'ont pas été ménagés pour cette campagne qui s'est démarquée par la tenue de kiosques dans chaque hôpital de la région où les gens ont pu postuler en personne et même réaliser des entrevues d'embauche sur place!

C'est un départ vers une Entreprise en santé!

Parce que la qualité de vie au travail est une dimension importante dans laquelle il faut tous s'investir, le CISSS de Chaudière-Appalaches a actualisé son tout premier plan de mise en œuvre de la démarche Entreprise en santé. Tout au long de l'année, les employés des différents secteurs ont pu se familiariser avec cette démarche et ses quatre sphères que sont : les pratiques de gestion, l'environnement de travail, l'équilibre travail-vie personnelle et les habitudes de vie.

Ça marche Doc! : des marches éducatives et interactives

Tout au long de l'année, les citoyens de différents secteurs de Chaudière-Appalaches et ceux de Québec ont été invités à se joindre à des marches thématiques en compagnie de médecins. Explorer la ville sous un nouvel angle en compagnie d'experts de la santé, voilà en quoi consiste le concept Ça marche Doc!

Nouvelle offre alimentaire régionale

Adoptée au printemps 2017, la nouvelle Politique alimentaire de l'établissement vise à favoriser l'accès à une saine alimentation, tout en bonifiant la qualité de l'offre dans toutes les installations en Chaudière-Appalaches. Il faut dire qu'avec 3,5 millions de repas servis aux usagers, résidents, employés et visiteurs, il est important d'avoir des lignes directrices qui assurent des mets et collations à haute valeur nutritive. Tout au long de l'année, la nouvelle offre a été implantée dans les différentes installations, un travail qui se poursuivra en 2018.

Construction du Centre régional intégré de cancérologie

Projet majeur en Chaudière-Appalaches, la construction du Centre régional intégré de cancérologie s'est poursuivie tout au long de l'année. Les défis pour ce chantier d'envergure sont nombreux et se poursuivront jusqu'à la livraison finale prévue en 2019.

La troisième phase d'implantation s'est concrétisée en cours d'année avec l'inauguration, le 21 février 2018, de la salle de tomographie par émission de positrons. Cet appareil, qui est déjà en opération, permet de préciser les diagnostics de cancer et d'optimiser les traitements de radiothérapie. L'ensemble du projet du CRIC représente un investissement global de près de 150 M$.

Le CISSS de Chaudière-Appalaches en mode efficacité énergétique : aérothermie, thermopompe et bouilloire à vapeur

Un important projet d'efficacité énergétique s'est poursuivi et a permis d'investir plus de 10,6 M$ pour réduire la consommation d'énergie et les émissions de gaz à effet de serre, notamment dans six installations de Lévis. Les résultats sont étonnants! Réduction de 34 % de la consommation énergétique et de 2 933 tonnes de gaz à effet de serre, en plus d'une économie de 16,8 millions de litres d'eau potable, soit l'équivalent de 5,6 piscines olympiques.

Aux Etchemins, un prix pour la clinique spécialisée de prise en charge des personnes atteintes de la maladie pulmonaire obstructive chronique

Le 1er juin 2018, l'équipe de la clinique spécialisée de prise en charge des personnes atteintes de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) aux Etchemins a remporté le « Prix Innovation clinique Banque Nationale 2017 » de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Chaudière-Appalaches. Grâce au soutien clinique offert, les personnes malades sont soutenues et outillées pour prendre en charge leur maladie, ce qui permet de réduire le nombre de consultations dans les urgences ainsi que les risques d'hospitalisation. Mentionnons que les maladies pulmonaires sont la deuxième cause d'hospitalisation et de mortalité dans la MRC des Appalaches.

Un plan d'action qui fera une différence dans la vie des personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme et leur famille

Chaudière-Appalaches bénéficiera d'un montant récurrent de 966 100 $ pour améliorer les services offerts aux personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme et à leur famille.

Remarquable amélioration de l'accessibilité à la chirurgie pour les patients hors délai

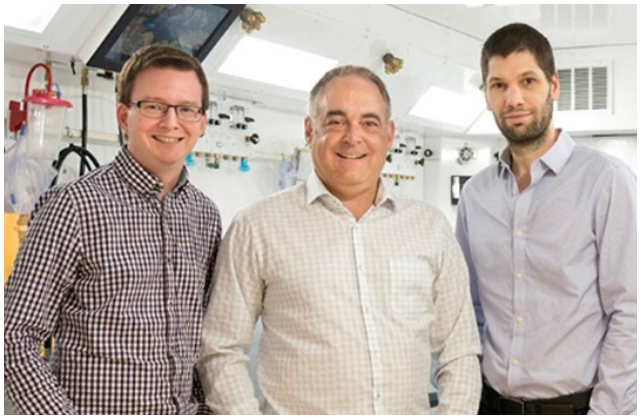
L'accessibilité à la chirurgie s'est améliorée de 70 % pour les patients hors délai, soit ceux qui sont en attente de plus de six mois d'une chirurgie dans notre région pour l'année 2017-2018. En effet, 504 patients étaient sur des listes d'attente hors délai au 1er avril 2016, comparativement à 157 au 31 mars 2017. L'objectif ultime est que tous les patients soient opérés à l'intérieur de six mois pour leur chirurgie. La région de la Chaudière-Appalaches se situe donc actuellement au deuxième rang des plus performantes au Québec à ce niveau.

Le Service de prêt d'aides techniques reçoit un Prix d'excellence de l'Institut d'administration publique de Québec

Le Service de prêt d'aides techniques s'est distingué à l'échelle provinciale en remportant, le 2 novembre 2017, un Prix d'excellence de l'Institut d'administration publique de Québec. Le travail qui a été honoré met en lumière un projet qui a été réfléchi de façon à offrir un service performant et adapté à la clientèle. Les façons de faire ont été revues, les listes d'attente réduites à zéro, le délai de livraison chez le client a été amélioré et des économies substantielles ont été réalisées. Le fait d'avoir facilité l'accès aux différents équipements qui permettent aux citoyens de demeurer à domicile constitue un plus pour les personnes à mobilité réduite et les aînés.

Un premier bilan réussi pour la formation de préposés aux bénéficiaires adaptée en CHSLD

Le projet pilote de formation de préposés aux bénéficiaires adaptée en CHSLD initié à l'automne 2017 a permis d'ajouter 32 nouvelles préposées. La seconde cohorte, débutée à l'hiver 2018, s'est quant à elle démarquée avec l'embauche de 34 candidats (18 à Lévis et 16 en Beauce).



Chaudière-Appalaches en tête de liste pour son taux d'inscription de citoyens à un médecin de famille

Avec un taux d'inscription de ses citoyens à un médecin de famille de 90,9 %, le CISSS de Chaudière-Appalaches se classe au premier rang des établissements de santé et de services sociaux au Québec. À l'échelle du Québec, en janvier 2018,
le taux a atteint 79 % alors qu'il était de 66,4 % en avril 2014.

Quatre médecins de l'Hôtel-Dieu de Lévis remportent le prix Collaboration interprofessionnelle aux Prix Profession Santé

Drs Jérome Patry, François Paquet, David Trépanier et Richard Belley de la clinique de plaies complexes de l'Hôtel-Dieu de Lévis ont remporté le prix Collaboration interprofessionnelle - médecins dans le cadre de la remise
des Prix Profession Santé. Grâce à leur expertise unique au Québec dans les soins de plaies ainsi qu'à la solide équipe interdisciplinaire dont ils font partie, composée, entre autres, d'infirmières, ces quatre médecins contribuent grandement à améliorer la vie des patients aux prises avec ce type de lésions.

Travaux et réaménagements

1. Réaménagement des locaux du Centre mère-enfant et de l'Unité pédiatrique de l'Hôpital de Thetford Mines et de l'Hôpital de Saint-Georges

Les départements de néonatalogie, de pédiatrie et d'obstétrique de l'Hôpital de Thetford Mines et de l'Hôpital de Saint-Georges ont été réaménagés grâce à la contribution financière du ministère de la Santé et des Services sociaux et d'Opération Enfant Soleil. Ces réaménagements permettent d'avoir des espaces de travail plus fonctionnels de manière à utiliser de façon optimale l'expertise du personnel dans un environnement spécifique aux enfants et à la famille. Ils contribueront également à améliorer la communication entre les parents, les professionnels de la santé et le personnel hospitalier.

2. Un défi relevé pour le CHSLD Richard-Busque

Tout au long de l'année, des travaux de différentes envergures sont menés dans les CHSLD pour assurer des environnements adéquats et sécuritaires. L'un de ces projets dignes de mention est celui du CHSLD Richard-Busque, situé à Saint-Georges. Il s'est vu confronté à un défi de taille, soit le déménagement de l'ensemble des usagers au CLSC et CHSLD de Lac-Etchemin. Après neuf mois de travaux, les résidents et les employés ont pu réintégrer les lieux fraîchement rénovés, qui procurent aujourd'hui une qualité de vie améliorée pour tous.

3. Après l'incendie, de nouveaux locaux

Enfin de retour chez nous! C'est sûrement ce que se sont dits les membres de l'équipe des laboratoires de l'Hôpital de Montmagny, en février 2018, lorsqu'ils ont réintégré leurs locaux qui avaient été détruits par un incendie en juin 2015. Les nouveaux locaux sont à la fine pointe de la technologie et les menus d'analyse ont été actualisés en fonction des besoins actuels.

4. Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité

4.1 Les attentes spécifiques

Résultats au regard des attentes signifiées pour l'année 2017-2018

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État: R = réalisée à 100 % NR = non réalisée à 100 % NA = non applicable	Commentaires
SECTION I : SANTÉ PUBLIQUE (DGSP)				
2.1	Bilan des activités réalisées	Un bilan faisant état 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.	R	
2.2	Comité prévention et contrôle des infections nosocomiales (PCIN)	Remplir le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et le comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales – Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec, Santé et Services sociaux, Québec 2006 ».	R	
SECTION II : SERVICES SOCIAUX (DGSS)				
3.1	Implanter les protocoles d'intervention en matière d'itinérance et plan de travail	L'établissement devra transmettre au MSSS une liste des installations de son territoire devant implanter le protocole, un plan de travail détaillant les activités prévues ainsi que l'échéancier de l'implantation du protocole. Un gabarit permettant l'identification des installations pertinentes sera fourni. Ces livrables permettront de déterminer la cible associée à l'indicateur « pourcentage des protocoles d'intervention implantés en matière d'itinérance » par établissement et nationalement.	R	
3.2	Poursuivre la mise en oeuvre des composantes des programmes d'intervention en négligence (PIN)	Assurer la mise en œuvre de toutes les composantes obligatoires des PIN avant le 31 mars 2018. Un 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'usagers ayant participé au programme.	R	
3.3	Évaluation et élaboration d'un plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en CHSLD 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.	NR	Pourcentage de réalisation : 95 % Date prévue de réalisation à 100 % : 1er juin 2018 Tous les usagers en CHSLD ont un SMAF et un plan d'intervention à jour. La variation de quelques pourcentages est causée par des évenements hors de notre contrôle qui ont eu un impact sur le processus des équipes interdisciplinaires ou les plans d'intervention et SMAF sont mis à jour (ex. : absence pour maladie du chef en hébergement ou difficulté à remplacer les absences d'infirmières qui animent les équipes inter). Aucun plan d'action ne sera mis en place compte tenu des excellents résultats.

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État: R = réalisée à 100 % NR = non réalisée à 100 % NA = non applicable	Commentaires
3.4	Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC)	L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC.	R	
3.5	Plan d'action 2017-2022 sur le trouble du spectre de l'autisme (TSA)	À la suite de la publication du Plan d'action et du plan de déploiement ministériel, l'établissement devra compléter et transmettre le bilan de l'implantation des mesures identifiées.	R	
3.6	ADDENDA – Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA	Les établissements, qui ont une responsabilité populationnelle, ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques en amont, en intrahospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA. Les établissements doivent également faire état des résultats pour le respect des délais d'attente, incluant les résultats des usagers en attente ou en provenance des établissements non fusionnés. Exceptionnellement, le gabarit Excel faisant état des résultats pour le respect des délais d'attente doit être transmis par courriel à M^{me} Améline Bourque à l'adresse courriel suivante : ameline.bourque@msss.gouv.qc.ca, en ajoutant l'adresse ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca en copie conforme.	R	

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État: R = réalisée à 100 % NR = non réalisée à 100 % NA = non applicable	Commentaires
3.8	ADDENDA – Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD	L'évaluation à jour, le plan d'intervention et le travail en interdisciplinarité permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs (habitudes, sécurité, niveau de collaboration et d'autonomie, portrait clinique). Un état de situation portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène sera demandé aux établissements. De plus, il est aussi prévu que des audits aléatoires seront menés par le MSSS dans les établissements.	NR	Toutes les étapes préalables à la mise en place de cette nouvelle offre de soins d'hygiène ont été complétées à 100 %, soit l'évaluation des besoins des usagers, la révision des routines de travail, l'analyse des besoins en équipements, l'analyse des espaces physiques pour les bains pour ne nommer que ceux-là. Nous avons en main un portrait à jour des besoins en « 2e bain » pour chacun des 29 CHSLD de notre CISSS. Là où nous vivons certaines difficultés, c'est en regard de la disponibilité des ressources humaines qui nous amènent un taux de réponse d'environ 50 %. Plusieurs stratégies ont été mises en place pour pallier cette difficile pénurie de PAB (voir la colonne à cet effet). Pourcentage de réalisation : 50 % Date prévue de réalisation à 100 % : 1er décembre 2018 Nous avons un taux de réponse au 2e bain qui varie selon les CHSLD et selon la pénurie de PAB. Ceci étant dit, voici les stratégies mises de l'avant pour pallier la pénurie de PAB : 1- Importante démarche de surdotation dans l'ensemble des CHSLD de la région afin de stabiliser les équipes actuelles, d'avoir une capacité de rétention et surtout un pouvoir attractif pour notre recrutement. Nous avons affiché l'équivalent de 143 postes alors que le financement ministériel pour le 2e bain nous a donné 39 postes. 2- Nous avons mis en place une formation interne et accélérée touchant de futurs PAB. 3- Nous avons tenu un salon de l'emploi sur tout le territoire de Chaudière-Appalaches (avril 2018). 4- En collaboration avec les commissions scolaires de la région, le CISSS de Chaudière-Appalaches sera la région pilote pour la formation DUAL touchant les futurs PAB. La date du 1er décembre 2018 est une appréciation de ce que les actions décrites ci-dessus devraient nous apporter.

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État: R = réalisée à 100 % NR = non réalisée à 100 % NA = non applicable	Commentaires
SECTION III : SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE (DGSSMU)				
4.3	État d'avancement de l'implantation du Plan d'action par établissement déposé le 31 mars 2016 et réalisé sur la base des orientations ministérielles 2006	Autoévaluation sur l'état d'implantation du Plan d'action déposé au 31 mars 2016. Le plan doit préciser : Action – Objectif – Stratégie/ Moyens – Responsable – Résultats/Livrables – Échéancier – Indicateur – Cible atteinte. De plus, les obstacles liés à la non-réalisation du plan devront être notés. DOULEUR CHRONIQUE	R	
4.4	État d'avancement du plan d'action triennal 2016-2019 – Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs	Autoévaluation sur l'état d'implantation des actions au Plan d'action déposé au 1er juin 2016. Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CISSS-CIUSSS devra être produit.	R	
4.5	État d'avancement sur le plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018	Autoévaluation sur le Plan d'action déposé le 31 octobre 2016 composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées. AVC	R	
4.6	État d'avancement de l'implantation du Plan d'action déposé le 31 mars 2016 par établissement réalisé sur la base des orientations ministérielles 2015	Autoévaluation sur l'état d'implantation du Plan d'action déposé au 31 mars 2016 composé à partir des actions et des objectifs, incluant l'état d'avancement des travaux au 31 mars 2018. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées. MALADIE RÉNALE	R	
4.7	Investissements en santé mentale dans l'établissement – Accompagnement par le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) pour le déploiement des services de suivi intensif dans le milieu (SIM), de soutien d'intensité variable (SIV) et de premier épisode psychotique (PEP)	Prendre part à un processus d'accompagnement avec le CNESM dans le cadre du déploiement des nouvelles équipes et des nouveaux services prévus dans les investissements annoncés le 28 avril 2017 par le ministre.	R	

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État: R = réalisée à 100 % NR = non réalisée à 100 % NA = non applicable	Commentaires
4.8	Effectifs dans les équipes de soutien dans la communauté	Fournir les informations requises quant aux effectifs en service dans la communauté : suivi intensif dans le milieu (SIM), soutien d'intensité variable (SIV), Flexible Assertive Community Treatment (FACT) et premier épisode psychotique (PEP). Contrairement au suivi des EGI associés aux SIM et SIV, ce suivi comprend également les services qui ne sont pas homologués.	R	
SECTION IV : FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET (DGFIB)				
6.1	Liste des besoins (ou correctifs) devant être réalisés dans les cinq prochaines années	L'établissement a pour objectif de finaliser l'inspection technique de son parc immobilier. À la suite de l'inspection des bâtiments, il doit élaborer la liste des correctifs devant être réalisés dans les cinq prochaines années pour chacune des installations concernées et télécharger les données dans le système Actifs+ Réseau.	R	
6.2	Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	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.	NR	Politique non complétée Pourcentage de réalisation : 50 % Raccordement des compresseurs des chambres froides de la cuisine de l'Hôtel-Dieu de Lévis sur le réseau d'eau refroidie générant une économie de 20 millions de litres d'eau potable annuellement. Autres mesures à valider selon les installations.
SECTION V : COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE (DGCRM)				
7.1	Sécurité civile	« S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure d'assumer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer : de veiller à l'élaboration ou à la révision d'un plan de sécurité civile; du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au sujet de la mission Santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile; de raffermir les liens de partenariats en sécurité civile. »	R	L'élaboration du plan de sécurité civile est pour ainsi dire terminée, nous en sommes à l'étape de la consultation des partenaires. L'étape d'approbation suivra : comité de sécurité civile et des mesures d'urgence (prévu le 12 sept. 2018) puis, par le comité de direction (au plus tard déc. 2018). Les autres actions ont été complétées conformément au plan d'action en sécurité civile 2015-2020 de l'établissement. La finalité est prévue pour le 1er décembre 2018.
7.3	Gestion des risques en sécurité civile – Santé et services sociaux	« Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en arrimage avec la gestion intégrée des risques de l'établissement. À cet effet, l'établissement doit : maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation; compléter la phase d'établissement du contexte du processus; compléter la phase d'appréciation des risques du processus. »	R	Ces phases sont terminées, nous recensons un total de 34 risques dont 6 extrêmes, 22 élevés, 3 modérés et 3 faibles.
7.6	État de situation sur le degré de maturité d'une salle de pilotage stratégique	Un bilan faisant état du déploiement de la salle de pilotage stratégique de l'établissement est demandé. Ce bilan vise à documenter la maturité de la salle de pilotage déployée selon les différentes dimensions abordées, soit la planification, le déploiement, le contrôle/suivi et la réponse-action. Aussi, des questions d'ordre général sont prévues.	R	

4.2 Les engagements annuels

Résultats au regard des engagements pour l'année 2017-2018

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2017-2018 – Indicateur du PS du MSSS 2015-2020

Axe d'intervention :	Prévention des infections
Objectif de résultats :	3. Renforcer la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Indicateur	Résultat* 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat** 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans (anciennement 1.01.24)	2 371	2 484	2 584	2 500

Reddition de comptes

2017-2018

1.01.29-PS

	Etchemins	Thetford Mines	Montmagny-L'Islet	Beauce	Alphonse-Desjardins	Chaudière-Appalaches
Résultats 2015-2016	13	332	107	380	1 652	2 484
Résultats 2016-2017	11	305	131	378	1 546	2 371
Engagements 2017-2018	21	331	106	376	1 650	2 484
Résultats 2017-2018 (p-12)	10	289	128	421	1 476	2 335

La cible est atteinte à plus de 95 % régionalement selon les résultats obtenus à P-12, tel que présenté dans le tableau ci-dessus. D'autres dépistages ont été réalisés à P-13, ce qui devrait nous rapprocher davantage de la cible. La performance régionale est stable depuis l'an passé. Après une augmentation importante du nombre de dépistages réalisés auprès des jeunes en 2015-2016, la cible a été revue à la hausse par le MSSS. Toutefois, l'objectif de 2020 est pratiquement atteint et la faisabilité à augmenter le nombre de dépistages est limitée. À titre d'information, l'offre de service en dépistage chez les jeunes est assumée, en grande partie, dans le secteur des Etchemins, par une infirmière praticienne spécialisée (IPS) dont les activités ne sont pas cumulées dans ces chiffres (les données d'intervention devant être saisies au fichier de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)). Les efforts seront réalisés dans l'optique de maintenir le degré d'implantation de ces activités chez les jeunes. Par ailleurs, à l'intérieur de communautés de pratiques, des échanges se réalisent afin de s'assurer que les interventions réalisées respectent les standards de pratiques tout en étant efficientes.

* Résultats en date du 2 juin 2017

** Résultats en date du 8 juin 2018

Légende :

- Atteinte de l'engagement annuel à 100 %
- Atteinte de l'engagement annuel égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 %
- Atteinte de l'engagement annuel inférieur à 90 %

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2017-2018 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

Axe d'intervention :	Première ligne et urgence
Objectif de résultats :	4. Améliorer l'accès aux soins et aux services professionnels de première ligne

Indicateurs	Résultat* 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat** 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.09.25-PS Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF)	20	21	21	21
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	89,31 %	90 %	90,11 %	92,5 %
1.09.48-PS Nombre total de groupes de médecine de famille réseau (GMF-R ou superclinique)	NA	2	1	1
7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	65,1 %	75 %	63,6 %	75 %

Reddition de comptes

2017-2018

1.09.25-PS
Engagement atteint.

Régionalement, 21 groupes de médecine de famille (GMF) de la région de la Chaudière-Appalaches ont complété ou renouvelé le processus d'adhésion au nouveau programme de financement. Le ministre a confirmé l'accréditation des GMF.

Implantation du nouveau programme Groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U) : 2 GMF-U, soit le GMF-U des Etchemins et le GMF-U de Lévis.

Le processus du transfert des ressources professionnelles en GMF est complété pour les GMF déjà en activité.

Alphonse-Desjardins : Deux demandes d'adhésion au nouveau programme de financement ont été confirmées en mars 2017 (l'équipe médicale Saint-Jean-Chrysostome, le GMF Taniata et l'Unité de médecine familiale (UMF) de Lévis qui ont été confirmés comme GMF). Une confirmation d'adhésion au nouveau programme de financement au Groupe de médecine de famille-Réseau (GMF-R) (superclinique), au programme de désignation réseau pour les groupes de médecine de famille, soit le GMF-R Lévis-Métro.

1.09.27-PS
Engagement atteint.

L'information fournie par le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) est la suivante (source : rapport no. 6 de la RAMQ/31-03-2018) :

- Régionalement, pour 2017-2018, nous avons 373 938 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 415 000 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 90,1 %. Le taux d'assiduité : 83,4 %.

Voici les détails par réseau local de services (RLS) :

Etchemins : Il y a 15 065 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 16 231 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 92,8 %. Le taux d'assiduité : 89 %.

Alphonse-Desjardins : Il y a 219 592 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 247 067 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 88,89 %. Le taux d'assiduité : 83 %.

Beauce : Il y a 66 307 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 70 624 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 93,9 %. Par contre, nous avons environ 1 940 patients sans médecin de famille pour ce secteur, donc nous pouvons conclure que certains médecins desservent une clientèle hors territoire. Le taux d'assiduité : 86,8 %.

Thetford Mines : Il y a 39 351 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 41 440 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 95 %. Le taux d'assiduité : 82,2 %.

Montmagny-L'Islet : Il y a 33 623 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 39 639 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 84,8 %. Le taux d'assiduité : 79 %.

1.09.48-PS
Nombre total de GMF-R : 1 GMF-R accrédité en janvier 2018.

7.01.00-PS
Il est difficile de porter des actions spécifiques, car cet indicateur concerne plusieurs directions cliniques. Des critères de priorisation, une gestion rigoureuse des charges de cas et la coordination clinique nous permettent d'obtenir ce résultat à la limite de ce qui est attendu. Des rappels constants permettront de poursuivre en ce sens.

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2017-2018 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

Axe d'intervention :	Première ligne et urgence
Objectif de résultats :	5. Réduire le temps d'attente à l'urgence

Indicateurs	Résultat* 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat** 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	11,30 h	10 h	11,03 h	10 h
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures	80 %	90 %	78,8 %	90 %
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	81,5 %	90 %	79,9 %	90 %

* Résultats en date du 2 juin 2017

** Résultats en date du 8 juin 2018

Reddition de comptes

2017-2018

Comparatif des délais du CISSS de Chaudière-Appalaches	2015-2016	2016-2017	2017-2018	Cible 2017-2018
Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée moyenne de séjour (DMS) est moins de 4 heures (1.09.44-PS)	80,1 %	81,5 %	79,9 %	85 %
Prise en charge médicale < 2 heures (1.09.43-PS)	76,9 %	80 %	78,8 %	85 %
Pourcentage de 24 heures		3 %	2,6 %	0 %
DMS sur civière (1.09.01-PS)	11,35 h	11,3 h	11 h	10 h
DMS sur civière à l'urgence clientèle 75 ans et +	14,41 h	14,4 h	13,8 h	10 h
Délai moyen sur civière à l'urgence clientèle santé mentale	14,33 h	14,7 h	14,4 h	10 h

L'année 2017-2018 démontre une amélioration de l'ensemble des indicateurs au sein du CISSS de Chaudière-Appalaches. Par contre, nous dénotons une légère détérioration au niveau de la prise en charge médicale > 2 heures.

Des travaux sont en cours afin d'offrir en tout temps le bon service au bon endroit. La concertation des directions cliniques et administratives vise à améliorer la gestion des séjours hospitaliers ainsi que la fluidité dans les urgences. De plus, la réorientation des priorités 5 vers le médecin de famille, la référence médicale et l'éducation de la population sur la bonne utilisation des services de santé sont des actions en cours visant à améliorer l'accessibilité dans nos urgences.

Thetford Mines :

- Nous remarquons une progression de 550 visites pour l'année 2017-2018.
- Le séjour moyen sur civière dépasse légèrement la cible MSSS. Il est passé de 10,3 (2016-2017) à 10,4 (2017-2018).
- Pour la clientèle de 75 ans et plus, le délai moyen sur civière à l'urgence est passé de 11,8 (2016-2017) à 12,0 (2017-2018).
- Pour la clientèle de santé mentale, le délai moyen sur civière est passé de 6,0 (2016-2017) à 8,5 (2017-2018). L'Hôpital de Thetford Mines a dû faire face à une fermeture temporaire de l'Unité de psychiatrie dans les derniers mois. Ceci explique en grande partie l'augmentation des délais pour la clientèle de santé mentale.
- Nous remarquons une légère détérioration au niveau de la cible de prise en charge médicale < 2 heures, passant de 77,3 % (2016 2017) à 76,3 % pour l'année 2017-2018. Nous avons le même constat en ce qui concerne le pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la DMS est de moins de 4 heures, soit de 77,1 % (2016-2017) à 74,3 % (2017-2018).

Beauce :

- Nous remarquons une progression de 1 821 visites pour l'année 2017-2018.
- Le séjour moyen sur civière est passé de 12,5 (2016-2017) à 11,8 (2017-2018).
- Pour la clientèle de 75 ans et plus, le délai moyen sur civière à l'urgence est passé de 14,5 (2016-2017) à 13,5 (2017-2018).
- Pour la clientèle de santé mentale, le délai moyen sur civière est passé de 13,4 (2016-2017) à 12,4 (2017-2018).
- La prise en charge médicale < 2 heures est sensiblement la même, 58,3 % (2016-2017) et 58,8 % (2017-2018) et nous notons une légère détérioration au niveau du pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la DMS est moins de 4 heures passant de 57,2 % (2016-2017) à 56,8 % (2017-2018).
- Une réorganisation du travail se poursuit à l'aire ambulatoire de l'urgence de l'Hôpital de Saint-Georges dans le but d'améliorer l'accessibilité.

Hôtel-Dieu de Lévis :

- Nous remarquons une progression de 1 088 visites pour l'année 2017-2018.
- Le séjour moyen sur civière est passé de 13,0 (2016-2017) à 12,5 (2017-2018).
- Pour la clientèle de 75 ans et plus, le délai moyen sur civière à l'urgence est passé de 16,7 (2016-2017) à 15,7 (2017-2018).
- Pour la clientèle de santé mentale, le délai moyen sur civière est passé de 18,5 (2016-2017) à 17,3 (2017-2018).
- La prise en charge médicale < 2 heures est sensiblement la même, soit 84,8 % (2016-2017) et 83,5 % (2017-2018) et au niveau du pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la DMS est moins de 4 heures est aussi sensiblement la même, soit 76,3 % (2016-2017) à 76,4 % (2017-2018).

Centre Paul-Gilbert :

- Nous remarquons une progression de 1 033 visites pour l'année 2017-2018.
- Le séjour moyen sur civière est demeuré le même, soit de 3,2.
- Pour la clientèle de 75 ans et plus, le délai moyen sur civière à l'urgence est passé de 3,5 (2016-2017) à 3,4 (2017-2018).
- Pour la clientèle de santé mentale, le délai moyen sur civière est passé de 2,8 (2016-2017) à 2,7 (2017-2018).
- La prise en charge médicale < 2 heures est sensiblement la même, soit de 85,7 % (2016-2017) à 86 % (2017-2018). Nous avons le même constat en ce qui concerne le pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la DMS est de moins de 4 heures, soit de 95,3 % (2016-2017) à 94,1 % (2017-2018).

Hôpital de Montmagny :

- Nous remarquons une progression de 750 visites pour l'année 2017-2018.
- Le séjour moyen sur civière est passé de 10 (2016-2017) à 9,4 (2017-2018).
- Pour la clientèle de 75 ans et plus, le délai moyen sur civière à l'urgence est passé de 11,5 (2016-2017) à 10,7 (2017-2018).
- Pour la clientèle de santé mentale, le délai moyen sur civière est similaire, soit de 10 (2016-2017) à 10,1 (2017-2018).
- Une légère détérioration au niveau de la prise en charge médicale < 2 heures est constatée, passant de 84,6 % (2016-2017) à 81,7 % (2017-2018). Nous avons le même constat en ce qui concerne le pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la DMS est de moins de 4 heures, soit de 89,4 % (2016-2017) à 88,2 % (2017-2018).

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2017-2018 – Indicateur du PS du MSSS 2015-2020

Axe d'intervention :	Services spécialisés
Objectif de résultats :	6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables

Indicateur (chirurgie)	Résultat* 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat** 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an – Ensemble des chirurgies	8	0	5	0

Reddition de comptes

2017-2018

1.09.32.00-PS

Engagement atteint outre quelques situations d'exception analysées, priorisées et suivies.

Deuxième offre en interne mise en place ainsi que l'ajustement des priorités selon la liste d'attente.

* Résultats en date du 2 juin 2017

** Résultats en date du 8 juin 2018

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2017-2018 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

Axe d'intervention :	Services spécialisés
Objectif de résultats :	6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables

Indicateurs (imagerie médicale)	Résultat* 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat** 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	41,3 %	90 %	45,3 %	80 %
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	85 %	100 %	99 %	100 %
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	99,7 %	100 %	100 %	100, %
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	53,5 %	100 %	57,5 %	80 %
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	27,7 %	90 %	49,6 %	80 %
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	52,1 %	90 %	63,2 %	90 %
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	93,7 %	100 %	91,8 %	100 %
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	80,6 %	90 %	80,4 %	90 %
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 (TEP)	NA	NA	NA	NA

Reddition de comptes

2017-2018

1.09.34.02-PS

- Engagement non réalisé.
  Mesures : 1) Poursuivre deuxième offre. 2) En attente de l'arrivée de 5 radiologistes (d'ici 6 mois) afin de combler le plan régional d'effectifs médicaux (PREM).
- Facteurs qui contraignent l'atteinte de l'engagement : nombre élevé de clients en attente : manque de ressources médicales.
- Apprécier l'état d'évolution : les mesures mises en place ont permis d'augmenter l'accessibilité, particulièrement à Thetford Mines (passé de 496 à 111 (78 %) du nombre de patients en attente moins de 3 mois).
- Problématique de données et méthodologie : pour certains sites, les arthroscopies et autres examens sous scopies font partie de la même classe. Ce qui veut dire que nous comptabilisions ces examens dans nos statistiques. Des travaux sont amorcés afin de respecter les codes d'examens inscrits en liste d'attente selon la classification de l'annexe G.

1.09.34.03-PS

- Engagement presque réalisé (99 %).
- Facteurs qui contraignent l'atteinte de l'engagement : réalisés.
- Problématique de données et méthodologie et mesures à mettre en place : antérieurement, il était difficile dans les systèmes de rendez-vous (RDV) de départager mammographie diagnostique et mammographie dépistage. Des travaux sont amorcés afin de respecter les codes d'examens inscrits en liste d'attente selon la classification de l'annexe G.

1.09.34.04-PS

- Engagement réalisé.

1.09.34.05-PS

- Engagement non réalisé malgré une augmentation de la productivité de 1 627 procédures supplémentaires en comparaison à 2015-2016.
  Mesures prises : poursuivre le développement de la pratique autonome pour offrir des services 7 jours sur 7 dans nos principaux sites. Nous devons ajouter des équipements, des salles ainsi que des ressources humaines afin d'améliorer l'accessibilité des services à la population.
- Facteurs qui contraignent l'atteinte de l'engagement :
  - Changement de pratiques : nouvelles recommandations des meilleures pratiques en échographie. Des changements de pratique importants en lien avec la clinique de fibrillation auriculaire (FA), le dépistage ischémie cérébrale transitoire (ICT), suivis de chimiothérapie (pré-chimiothérapie et post-chimiothérapie), les patients à risque de développer des cardiomyopathies ou une cardiotoxicité.
  - Enjeux de capacité : plateaux techniques d'échographie cardiaque à 100 % quart de jour et nous en faisons dans certains sites les fins de semaine.
- Apprécier l'état d'évolution : nombre élevé de clients en attente : P-13 = 1 319 en comparaison à 2016-2017.
  Absence d'internistes. Amélioration de l'indicateur par rapport à l'an dernier (passé de 53,5 % à 57,5 % des demandes en attente de moins de 3 mois).
- Problématique de données et méthodologie et mesures à mettre en place : sans objet (S/O) pour les données.
- Demandes de développement en évaluation au comité de direction.

1.09.34.06-PS

- Engagement non réalisé. Mesures prises : mise en place d'une deuxième offre (intersites et clinique radiologique). Mobilisation équipes médicales pour augmenter la disponibilité pour cette technique. Lorsque les 5 PREMs seront comblés, les radiologistes seront plus disponibles pour ces examens.
- Facteurs qui contraignent l'atteinte de l'engagement : manque de ressources médicales.
- Amélioration de l'indicateur par rapport à l'an dernier. Passé de 27,7 % à 49,6 %.
- Problématique de données et méthodologie et mesures à mettre en place : nous avons reçu, dans la dernière année du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), une clarification des consignes pour les nouveaux indicateurs d'accès (12 jours au lieu de 90 jours pour les délais d'attente pour les échographies mammaires diagnostiques). Des travaux sont amorcés afin de respecter les codes d'examens inscrits en liste d'attente selon la classification de l'annexe G.

1.09.34.07-PS

- Engagement non réalisé malgré une augmentation de la productivité régionale (CISSS de Chaudière-Appalaches et les cliniques de radiologie de Lévis). Mesures : redirection de la clientèle vers les autres sites du CISSS de Chaudière-Appalaches et vers les cliniques privées comme deuxième offre. Poursuivre le développement de la pratique autonome, ajout de ressources humaines les fins de semaine de jour. Demandes d'ajout de salles, d'équipements et de ressources humaines déposées. Mobilisation des équipes médicales pour augmenter la disponibilité pour cette technique.
- Facteurs qui contraignent l'atteinte de l'engagement : manque de ressources médicales. En attentes des 5 PREMs.
- Nette amélioration de l'indicateur par rapport à l'an dernier. Passé de 52,1 % à 79,7 %.
- Problématique de données et méthodologie et mesures à mettre en place : actuellement, il est difficile de discerner les échographies diagnostiques des échographies d'intervention dans certains sites (systèmes de RDV). Des travaux sont amorcés afin de respecter les codes d'examens inscrits en liste d'attente selon la classification de l'annexe G.
- Demandes de développement en évaluation au comité de direction.

1.09.34.08-PS

- Engagement non réalisé. Nous avons réalisé 8 030 procédures supplémentaires comparativement à 2015-2016. Mesures prises : poursuivre la production supplémentaire. Ouverture de l'offre de service de soir (nous avions mis des plages horaires sporadiques, mais il faut maintenant prévoir une offre de service permanente de soir en Beauce, ouverture du deuxième tomodensitométrie (TDM) la fin de semaine à l'Hôtel-Dieu de Lévis (HDL), augmentation d'heures d'ouverture à Montmagny et à Thetford Mines).
- Facteurs qui contraignent l'atteinte de l'engagement : augmentation du nombre de TDM interventions pour lesquels la présence des radiologistes est nécessaire, donc manque de ressources médicales. Augmentation importante de demandes d'examens durant les périodes 12 et 13. Nous vivons depuis quelques mois une pénurie de main-d'œuvre (technologues).
- Détérioration de l'indicateur par rapport à l'an dernier malgré 8 030 procédures supplémentaires.
- Problématique de données et méthodologie et mesures à mettre en place : des travaux sont amorcés afin de respecter les codes d'examens inscrits en liste d'attente selon la classification de l'annexe G (TDM intervention à discerner).
- Demandes de développement en évaluation au comité de direction.

1.09.34.09-PS

- Engagement non réalisé malgré une augmentation de la productivité de 3 910 procédures supplémentaires comparativement à 2015-2016. Mesures : poursuivre la production supplémentaire (redirection de la clientèle vers les autres sites du CISSS de Chaudière-Appalaches). Surcroît d'heures travaillées (soir à Thetford Mines à venir). Ouverture de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) à Montmagny en 2019.
- Facteurs qui contraignent l'atteinte de l'engagement : à HDL, nous fonctionnons 24 heures sur 24. Un pourcentage élevé de la clientèle refuse notre deuxième offre.
- Indicateur stable malgré 3 910 examens supplémentaires par rapport à 2015-2016.
- Problématique de données et méthodologie et mesures à mettre en place : des travaux sont amorcés afin de respecter les codes d'examens inscrits en liste d'attente selon la classification de l'annexe G (IRM intervention à discerner).
- Demandes de développement en évaluation au comité de direction.

Commentaires globaux :
Au total, c'est 22 792 procédures supplémentaires qui ont été réalisées au CISSS de Chaudière-Appalaches. Le secteur de l'échographie cardiaque et mammaire, de la scopie sont particulièrement préoccupants. La gratuité de l'échographie en privé n'a pas eu les effets escomptés sur nos listes d'attente. Le nombre d'usagers en attente pour un IRM est également préoccupant, mais l'ajout à moyen terme d'un 4e IRM dans la région devrait régulariser la situation.

Il y a des travaux en cours sur la pertinence de prescription de certains examens d'imagerie régionalement (IRM, TDM et échographies).

* Résultats en date du 2 juin 2017

** Résultats en date du 8 juin 2018

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2017-2018 – Indicateur du PS du MSSS 2015-2020

Axe d'intervention :	Services spécialisés
Objectif de résultats :	7. Améliorer la survie des patients atteints de cancer

Indicateur	Résultat* 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat** 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier	70,3 %	90 %	78 %	90 %

Reddition de comptes

2017-2018

1.09.33.01-PS

Contrairement à l'année précédente, les cibles sont atteintes dans les hôpitaux de Montmagny, Saint-Georges et Thetford Mines, soit 90 % des patients opérés pour une chirurgie oncologique à l'intérieur de 28 jours. La cible pour la région s'est également améliorée par rapport à l'année précédente (78 % vs 70 %).

La cible pour l'Hôtel-Dieu de Lévis n'est pas encore atteinte (70 %), principalement en raison d'une insuffisance de disponibilités du plateau technique. Des projets de construction d'une salle de bloc opératoire dédiée à l'oncologie et d'une salle de chirurgie mineure sont en cours. Dans la majorité des situations, les délais sont dépassés seulement de 2 à 4 jours. Les cas de néoplasie de la prostate ont un délai d'attente plus prolongé. Ce type de chirurgie doit se faire dans un délai de 3 mois selon les indications cliniques fournies par les urologues. Cela est toujours le cas dans la région de la Chaudière-Appalaches.

* Résultats en date du 2 juin 2017

** Résultats en date du 8 juin 2018

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2017-2018 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

Axe d'intervention :	Sécurité et pertinence
Objectif de résultats :	8. Renforcer la prévention et le contrôle des infections reliées au séjour en milieu hospitalier

Indicateurs	Résultat* 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat** 2017-2018	Engagement 2018-2019
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 (DACD)	75 %	100 %	100 %	100 %
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	100 %	100 %	100 %	100 %
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	100 %	100 %	100 %	100 %
1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	66,4 %	70 %	67,2 %	75 %

Reddition de comptes

2017-2018

1.01.19.01-PS
Engagement atteint.

1.01.19.02-PS
Engagement atteint.

1.01.19.04-PS
Engagement atteint.

1.01.19.04-PS
Engagement non atteint.

Mesures prévues pour corriger ou améliorer la situation :
Un plan d'action a été élaboré en septembre 2017 par un comité multidisciplinaire afin de revoir les stratégies. Ce plan d'action est en cours de réalisation et inclut les éléments suivants :

- Rehaussement des activités de formation au personnel en cours d'emploi et à l'accueil de chaque employé;
- Installation d'affiches dans l'environnement de soins des usagers hospitalisés et dans les aires de traitement, spécifiant que l'usager peut demander des mains propres pour ses soins;
- Recrutement d'infirmières en assignation temporaire dans nos 4 hôpitaux afin de faire de la formation et de la sensibilisation sur l'importance de l'hygiène des mains auprès de l'usager et de sa famille;
- Ajout de distributeur de solution hydro-alcoolique sur la table de chevet de chacun des usagers en hôpital afin d'augmenter l'accessibilité;
- Diffusion des résultats d'hygiène des mains sur chacune des unités des CHSLD et Unité de réadaptation fonctionnelle et intensive (URFI) audités et ventilés selon le titre d'emploi, les taux globaux, le taux des quatre moments et par période administrative selon les 3 quarts de travail;
- Diffusion des taux à la salle de pilotage stratégique;
- Remise de prix pour les unités ayant connu la plus grande amélioration des taux.

* Résultats en date du 2 juin 2017

** Résultats en date du 8 juin 2018

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2017-2018 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

Axe d'intervention :	Personnes âgées
Objectif de résultats :	10. Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée

Indicateurs	Résultat* 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat** 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	7 453	7 794	7 580	7 850
1.03.12-PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	72,7 %	90 %	74 %	90 %

Reddition de comptes

2017-2018

1.03.11-PS
En regard du nombre de personnes en soutien à domicile (SAD) de longue durée, nous avons 7 594 / 7 794 usagers, donc atteinte à 97 % de la cible.

Des travaux de pertinence en soutien à domicile ont permis d'augmenter la prise en charge de personnes en perte d'autonomie ayant un profil ISO-SMAF (système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) entre 4 et 14.

En un an, nous sommes passés de 4 783 usagers à 5 491 usagers avec profil 4 à 14, un bond de 708 nouveaux usagers vulnérables.

Les efforts réalisés en regard d'un chantier repérage à 5 volets se poursuivront en 2017-2018, notamment :
- Repérage dirigé en résidences privées en perte d'autonomie (intervenants dédiés à l'évaluation des clientèles de 85 ans et plus dans les résidences privées) dans le secteur Alphonse-Desjardins plus spécifiquement;
- Repérage avec cibles définies par secteur à partir du taux de pénétration de services;
- Évaluation prioritaire de la clientèle avec profil 710 (profil d'intervention associé à la perte d'autonomie liée au vieillissement) en attente d'un premier service en SAD (contribue à diminuer les listes d'attente SAD);
- Harmonisation de la trajectoire de repérage à l'urgence, en résidence pour personnes âgées (RPA), au domicile;
- Ajout d'un milieu de repérage (organismes communautaires).

1.03.12-PS
En 2017-2018, nous avons formé plus de 800 intervenants en SAD à l'outil de cheminement clinique informatisé (OCCI), ce qui est un changement important dans la culture en soutien à domicile. Ce projet d'amélioration continue des pratiques cliniques a nécessité une question de changement entre octobre 2017 et mars 2018. Pendant cette période, les cliniciens ont eu à s'ajuster et à apprendre également à travailler à domicile avec un portable. Par contre, les résultats démontrent une amélioration progressive, avec une tendance à la hausse.

Cet outil est désormais bien intégré dans les pratiques et reconnu comme outil de priorisation des besoins lors d'une première demande. Nous sommes en soutien aux équipes pour la réalisation de la cible de 90 % au cours de la prochaine année et nous sommes confiants de l'atteindre.

Voici les résultats de l'indicateur par secteur pour la DI-DP-TSA et SAPA :

Secteurs	% des usagers actifs au SAD ayant un OEMC à jour	% des usagers actifs en SAD ayant un OEMC et un plan de services individualisés et d'allocations de services (PSIAS) à jour
Etchemins	78 % (SAPA : 86 % - DI-DP-TSA 66 %)	74 % (SAPA : 81 % - DI-DP-TSA 64 %)
Beauce	86 % (SAPA : 91 % - DI-DP-TSA 78 %)	82 % (SAPA : 87 % - DI-DP-TSA 69 %)
Thetford Mines	79 % (SAPA : 87 % - DI-DP-TSA 66 %)	69 % (SAPA : 75 % - DI-DP-TSA 58 %)
Alphonse-Desjardins	78 % (SAPA : 80 % - DI-DP-TSA 77 %)	72 % (SAPA : 74% - DI-DP-TSA 70 %)
Montmagny-L'Islet	79 % (SAPA : 80 % - DI-DP-TSA 79 %)	75 % (SAPA : 75 % - DI-DP-TSA 74 %)

* Résultats en date du 2 juin 2017

** Résultats en date du 8 juin 2018

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2017-2018 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

Axe d'intervention :	Personnes âgées
Objectif de résultats :	11. Consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées

Indicateurs	Résultat* 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat** 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.03.07.01-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	100 %	100 %	100 %
1.03.07.02-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	100 %	100 %	100 %
1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	60 %	100 %	80 %	100 %

Reddition de comptes

2017-2018

1.03.07.01-PS
Engagement atteint à 100 %.
Les 4 installations ont implanté l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) selon les 2 conditions : soit 1, 2 et 6 à 95 % et 3, 4 et 5 à 65 %.

1.03.07.02-PS
Engagement atteint à 100 %.
Les 4 installations ont implanté l'AAPA selon les 2 conditions : soit 1, 2 et 6 à 95 % et 3, 4 et 5 à 65 %.

1.03.10-PS
Le CISSS de Chaudière-Appalaches a procédé au cours de l'année 2017-2018 à l'implantation de plusieurs prérequis à la gestion de cas, entre autres :

- La mise en œuvre des équipes territoires (cellules de travail) dans les 5 réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS);
- Par le biais des équipes territoires, les intervenants sont déjà à faire la priorisation des demandes issues de leur équipe, ainsi le développement des compétences des équipes en termes de priorisation est déjà amorcé;
- Mise en place de la notion d'intervenant pivot avec une définition qui fut présentée aux intervenants et qui s'inscrit en cohérence avec la gestion de cas. La notion d'intervenant pivot est consolidée et utilisée par le biais du système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC) (système d'information clientèle);
- Des ententes de collaboration sont signées avec toutes les résidences pour personnes âgées (RPA) du territoire de Chaudière-Appalaches;
- Un comité de travail est formé afin de proposer des ententes possibles avec les entreprises d'économie sociale en aide domestique (EESAD);
- Des comités locaux avec les organismes qui interviennent auprès des proches aidants sont en place afin d'établir des trajectoires directes et facilitantes;
- Mise en place des critères de priorisation au guichet d'accès et dans les équipes territoires.

L'approche en gestion de cas est en planification dans un projet structurant qui débutera en septembre 2018.

* Résultats en date du 2 juin 2017

** Résultats en date du 8 juin 2018

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2017-2018 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

Axe d'intervention :	Personnes vulnérables
Objectif de résultats :	12. Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant les choix des personnes

Indicateurs	Résultat* 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat** 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 311	1 420	1 299	1 420
1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	50	50	51	51
1.09.46-PS Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	16,3 %	16 %	18,3 %	17,5 %

Reddition de comptes

2017-2018

1.09.05-PS

Pour l'année 2016-2017, 1 311 usagers ont été suivis par l'équipe de soins à domicile pour la région de la Chaudière-Appalaches. Pour l'année 2017-2018, l'engagement n'a pas été atteint par rapport à l'engagement de 1 420 usagers inscrits à l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI). Il y a eu 1 299 usagers qui ont été suivis en 2017-2018, soit une atteinte à 91,48 % de la cible. Finalement, le calcul de l'indicateur 1.09.05, prévu aux ententes de gestion, ne considère pas le temps de l'hospitalisation « -72 heures post-décès ».

Proposition de plan d'amélioration pour les années 2018-2019 venant confirmer le rehaussement du nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) à domicile :

- Actualisation d'une offre de service de base en soins palliatifs et de fin de vie;
- Implantation d'un outil clinique au sein des équipes « centre local de services communautaires (CLSC) » permettant de mieux évaluer les besoins des usagers et des proches aidants en SPFV;
- Déploiement dans le secteur Alphonse-Desjardins (5 CLSC) d'un projet améliorant la prise en charge des patients SPFV de l'hôpital vers le soutien à domicile (SAD) pour « mourir à domicile » (améliorer la prise en charge médicale et professionnelle des patients en soins palliatifs);
- Information offerte aux médecins de première ligne permettant d'améliorer la prise en charge des patients en SPFV;
- Information des équipes SAD sur l'outil des conditions requises pour un retour à domicile dans un contexte de soins palliatifs et de fin de vie et d'une pochette d'accompagnement s'adressant à la personne en soins palliatifs et de fin de vie et à ses proches au soutien à domicile;
- Mise en œuvre d'un plan concernant une meilleure prise en charge pour l'expertise pharmacie pour le soutien à domicile;
- Travaux concernant les pilotes des données et les équipes cliniques sur le moment précis où bascule un usager en SPFV dans les systèmes d'information.

1.09.45-PS

Le CISSS de Chaudière-Appalaches répond à la cible ministérielle d'un lit par 10 000 personnes. Atteinte à 100 % de l'engagement 2017-2018.

1.09.46-PS

Le pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile en 2017-2018 est de 18,3 %. Ce résultat dépasse l'engagement 2017-2018 de 2,3 %.

* Résultats en date du 2 juin 2017

** Résultats en date du 8 juin 2018

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2017-2018 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

Axe d'intervention :	Personnes vulnérables
Objectif de résultats :	13. Faciliter le développement optimal et la participation sociale des enfants et des jeunes adultes ayant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Indicateurs	Résultat* 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat** 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	111,69 jours	90 jours	57,42 jours	62,72 jours
1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou à du soutien à l'intégration au travail	Indicateur en expérimentation	70 %	71.4 %	71,4 %

Reddition de comptes

2017-2018

1.05.15-PS

L'engagement de 90 jours convenu dans l'EGI est atteint. Le résultat dépasse largement l'engagement convenu et la moyenne provinciale qui est de 176,2 jours. Les mesures qui avaient été mises en place pour favoriser une prise en charge rapide en 2016-2017 ont été maintenues en 2017-2018. Des formules de groupe s'adressant aux proches ont été augmentées pour offrir un premier niveau de service et atteindre la cible. Les investissements en TSA ont permis de consolider les effectifs et diminuer les délais de prise en charge.

1.46-PS

L'engagement de 70 % a été atteint et quelque peu dépassé. Il dépasse également la moyenne provinciale qui est de 63,9 %. Il s'agit d'une amélioration par rapport à 2016-2017, année au cours de laquelle cet indicateur était en expérimentation. Le résultat avait alors atteint un taux 65 % en P-13.

* Résultats en date du 2 juin 2017

** Résultats en date du 8 juin 2018

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2017-2018 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

Axe d'intervention :	Personnes vulnérables
Objectif de résultats :	14. Améliorer la réponse aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux graves

Indicateurs	Résultat* 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat** 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	847,8	1 000	876,6	1 020
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	154,8	188	226,8	200

Reddition de comptes
2017-2018 **1.08.13-PS et 1.08.14-PS** Les investissements en santé mentale ont permis de consolider les équipes en suivi intensif et en soutien d'intensité variable (SI-SIV) de la région. Le paramètre variable de 18 ou 9 places par équivalent temps complet (ETC) selon les particularités régionales va permettre une desserte plus adaptée à la réalité de notre territoire, augmentant ainsi le nombre de places pour certains secteurs. L'accompagnement par le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) permet de préciser notre offre de service sur le territoire. Jusqu'à maintenant, nos équipes SI et SIV ont été homologuées.

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2017-2018 – Indicateur du PS du MSSS 2015-2020

Axe d'intervention :	Personnes vulnérables
Objectif de résultats :	15. Intensifier l'offre de service en dépendance et en itinérance dans le réseau

Indicateur	Résultat* 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat** 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	90 %	90 %	92,9 %	90 %

Reddition de comptes
2017-2018 **1.07.06-PS** Ces services sont déployés dans les cinq points de service de Chaudière-Appalaches (ex. : Centres de santé et de services sociaux (CSSS)) et répondent aux attentes du MSSS.

* Résultats en date du 2 juin 2017

** Résultats en date du 8 juin 2018

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2017-2018 – Indicateur du PS du MSSS 2015-2020

Axe d'intervention :	Personnes vulnérables
Objectif de résultats :	16. Améliorer le soutien aux familles en situation de négligence

Indicateur	Résultat* 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat** 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	10,05 %	9,87 %	10,44 %	10,05 %

Reddition de comptes
2017-2018 **1.06.17-PS** L'engagement de 9,87 % n'est pas atteint pour l'année 2017-2018 puisqu'à la P-13, nous en sommes à 10,44 %. Les mesures mises en place sont de faire la promotion du programme négligence auprès des intervenants dédiés à l'application des mesures. Aussi, mettre en place des comités de concertation clinique en négligence pour chacun des secteurs afin d'assurer la présence d'une personne autorisée de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) pour déterminer s'il y a matière à signaler la situation ou non. La poursuite de l'offre de service intégrée permet la continuité de services pour l'ensemble des usagers et le maintien de ceux-ci en première ligne. Finalement, le Centre de pédiatrie sociale a vu le jour dans la région de Thetford, ce qui permet un meilleur dépistage et une intervention précoce auprès des familles. L'ensemble de ces actions demeurent pertinentes et nous maintenons qu'elles auront l'effet recherché. Par contre, comme elles sont toutes récentes dans le temps, nous croyons qu'il faut leur laisser un peu de temps pour atteindre les effets souhaités. Les facteurs expliquant l'écart sont prioritairement dus à une augmentation de 15 % du nombre d'évaluations DPJ pour lesquelles la sécurité et le développement de l'enfant ont été déclarés compromis pour des motifs de négligence comparativement à l'année précédente. Cependant, pour l'ensemble des situations déclarées compromises, la problématique de la négligence est demeurée dans la même proportion que l'année précédente, soit 38,7 % comparativement à 38,9 % cette année, ce qui nous laisse croire que nos actions ont eu certains impacts sur notre indicateur vu qu'un volume beaucoup plus élevé de situations a été reçu à la DPJ et que, malgré cela, le nombre de situations prises en charge en négligence est demeuré relativement stable. Nous avons constaté lors des révisions en cours d'année que l'alinéa principal n'était pas toujours mis à jour, ce qui a un impact direct sur l'indicateur. Ainsi, des actions ont été faites et des rappels auprès des réviseurs pour les sensibiliser à l'importance de mettre l'alinéa principal à jour lorsque nécessaire. Par ailleurs, l'écart de 0,57 % à atteindre en fonction de la cible représente dans les faits moins de 10 dossiers.

* Résultats en date du 2 juin 2017

** Résultats en date du 8 juin 2018

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2017-2018 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

Axe d'intervention :	Mobilisation du personnel
Objectif de résultats :	18. Favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau

Indicateurs	Résultat* 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat** 2017-2018	Engagement 2018-2019
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	5,73 %	5,73 %	6,27 %	5,73 %
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	3,16 %	2,76 %	3,83 %	2,76 %
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,75 %	0,68 %	0,85 %	0,68 %

Reddition de comptes

2017-2018

3.01-PS

Nous constatons que, malgré le taux d'assurance salaire augmenté de 5,73 % en 2016-2017 à 6,27 % en 2017-2018, nous restons avec le meilleur taux des CISSS de la province de Québec. Nous remarquons que la durée des absences en invalidité a augmenté, particulièrement pour le secteur de la Beauce. Pour ce secteur, nous avons 3 610 journées de plus en assurance salaire en P7 2017-2018, comparativement à la même période en 2016-2017. La durée moyenne des absences est aussi passée de 29 jours d'absence à 43 jours pour une augmentation de 17 jours de plus par absence.

Nous constatons aussi qu'il y a eu une augmentation des dossiers d'assurance salaire dans la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA). En période 7 pour l'année 2016-2017, nous avions 116 212 heures en assurance salaire pour un coût de 2 342 066,89 $, comparativement à la même période pour l'année 2017-2018, nous avons 130 360 heures en assurance salaire pour un coût de 2 711 715,00 $. Donc, une augmentation de 14 148 heures et 369 648,11 $.

De plus, nous vivons une problématique dans la gestion des dossiers d'accommodement lorsque des limitations fonctionnelles permanentes sont déterminées. En effet, lorsque nous devons accommoder hors de l'unité d'accréditation d'origine, nous avons une grande résistance des syndicats receveurs afin d'accommoder des salariés provenant d'une autre accréditation syndicale. Ceci a pour conséquence d'allonger les délais de traitement et évidemment la période d'absence en invalidité.

Un autre élément contributif est l'entrée en vigueur de la nouvelle procédure de préemploi depuis le 30 janvier 2017. Cette procédure, découlant des débats juridiques des dernières années, nous demande de faire des offres d'embauche conditionnelles à l'analyse du dossier de santé du candidat. Dans les faits, la personne est donc embauchée et il faut un motif solide et répondant aux critères légaux pour ne pas honorer la promesse d'embauche conditionnelle. Cette procédure fait en sorte que nous embauchons des travailleurs avec des profils de santé plus précaires qui ont un impact sur notre taux d'assurance salaire. Nous avons 9,93 %, donc près de 10 % de personnes en assurance salaire seulement pour la période 7 qui ont été embauchées depuis les 2 dernières années.

Actions mises en place afin de réduire le taux d'assurance salaire

- Afin de réduire le taux d'assurance salaire, nous faisons parvenir le taux et le coût en assurance salaire par direction à toutes les périodes financières, nous identifions les secteurs problématiques afin de rechercher des solutions terrain, nous effectuons un plan d'action et accompagnons le gestionnaire du secteur. Deux projets Kaizen sont présentement en cours sur la trajectoire de chaque billet médical afin d'améliorer le traitement des dossiers pour les points de service Beauce et Alphonse-Desjardins.
- L'intervention des agents de gestion du personnel dans les dossiers complexes en assurance salaire et d'absentéisme chronique ainsi qu'une amélioration du processus d'accommodement dans une situation de changement d'accréditation seront aussi mises en place pour réduire le taux d'assurance salaire.
- Sensibilisation des médecins traitants sur le régime d'assurance salaire de l'employeur. C'est-à-dire que nous avons débuté des recontres auprès des médecins pour les sensibiliser et les informer sur la gestion médicale en lien avec le régime d'assurance salaire de l'employeur et les modalités de retour au travail possible.
- Nous formons des gestionnaires en assurance salaire pour les sensibiliser à leur responsabilité sur le taux d'assurance salaire.
- En collaboration avec le Centre d'expertise en développement organisationnel (CEDO), nous effectuons la mise en place d'un programme de retour au travail.

3.05.02-PS

Le résultat à P-13 de 3,83 % par rapport à un engagement de 2,76 % représente un écart pour atteindre l'engagement de 1,07.

3.06.00-PS

Le résultat à P-13 de 0,85 % par rapport à un engagement de 0,68 % représente un écart pour atteindre l'engagement de 0,17.

Mesures entreprises pour corriger la situation du recours aux heures supplémentaires et à la main-d'œuvre indépendante (MOI)

Nous travaillons principalement sur certains titres d'emploi vulnérables (priorité aux préposés aux bénéficiaires (PAB), personnel infirmier, personnel administratif) et les moyens à mettre rapidement de l'avant afin de s'assurer d'avoir des ressources en quantité et de qualité suffisantes pour répondre aux besoins, et ce, dans une perspective de diminution de la précarité et de stabilisation des équipes de travail ainsi que de diminuer le temps supplémentaire (TS), la MOI, l'assurance salaire et le taux de roulement.

Par ailleurs, sur le plan des moyens mis ou à mettre de l'avant, mentionnons notamment :

- La poursuite d'un programme de formation adaptée en CHSLD pour les PAB, ce qui permettra l'ajout d'environ 65 nouvelles ressources de PAB au total;
- Des journées de l'emploi dans nos quatre principaux territoires avec entrevues sur place;
- L'affichage de 143 nouveaux postes de PAB dont la majorité à temps complet et sur un quart stable;
- La maximisation des horaires de travail à la hauteur des disponibilités des personnes;
- Des garanties de travail à la carte tant à l'externe pour le recrutement qu'à l'interne;
- La planification des horaires de travail pour la période estivale pour une durée de 4 mois;
- Un exercice de surdotation dans les différents services, à l'automne 2018, afin de les rendre autosuffisants et autonomes;
- Impartition d'une partie des activités de remplacement à une autre direction pour le personnel infirmier et PAB afin que la liste de rappel ne gère que les autres catégories et rapatrie également les services décentralisés;
- La négociation des dispositions locales des conventions collectives permettant d'obtenir des mesures de flexibilité dans l'utilisation du personnel, d'actualiser les lettres d'entente sur la stabilité des postes et de simplifier la gestion.

Facteurs qui expliquent ou contraignent l'atteinte de l'engagement

Il y a eu effectivement une hausse marquée du TS chez le personnel PAB et, conséquemment, chez le personnel infirmier auxiliaire en découlant. À cette situation, s'ajoutent différents éléments contextuels, tels que la rareté de la main-d'œuvre dans certains titres d'emploi, une augmentation circonstancielle des absences, les vacances du personnel et le retour aux études du personnel étudiant qui réduit notamment ses disponibilités.

Problèmes connus liés à la qualité des données et de la méthodologie de l'indicateur

Nous avons déjà signifié aux représentants du Ministère qu'il serait approprié de réfléchir mutuellement sur les éléments constitutifs de la formule retenue aux fins de calculer le temps supplémentaire. À cet effet, nous avons notamment fait valoir que la variation de la banque de temps supplémentaire accumulé nous apparaîtrait plus représentative à titre d'indicateur dans la formule de calcul du TS.

* Résultats en date du 2 juin 2017

** Résultats en date du 8 juin 2018

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2017-2018 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :	Santé publique

Indicateurs	Résultat* 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat** 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec lesquelles le CISSS/CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire	73,9 %	79 %	34,5 %	80 %
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais (anciennement 1.01.14)	87,3 %	90 %	90,9 %	91,2 %
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais (anciennement 1.01.15)	67,5 %	90 %	72,1 %	90 %
1.01.30-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais	NA	75 %	59,6 %	75 %

Reddition de comptes

2017-2018

1.01.13.01-EG2

La cible de cette année n'est pas atteinte. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce fait :
Cette année, encore plusieurs interventions en prévention/promotion n'ont pas été colligées dans le I-CLSC École en santé (interventions dans des écoles primaires et secondaires, formation auprès d'enseignants du primaire concernant un programme sur les habiletés sociales). Des démarches devront être poursuivies auprès de responsables et d'intervenants terrain afin que les interventions en prévention/promotion en contexte scolaire soient saisies dans le I-CLSC École en santé.

Par ailleurs, l'indicateur actuel ne nous permet pas de compiler des interventions en environnement favorable faites avec les commissions scolaires (travailler avec des traiteurs pour améliorer la qualité nutritionnelle des repas des jeunes en milieu scolaire, des actions d'influence auprès des commissaires scolaires pour maintenir la Politique cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif pour un ensemble d'écoles primaires et secondaires). Ces actions sont efficaces et ont un impact sur un grand nombre de jeunes et demeurent des actions durables dans le temps.

L'approche École en santé vise aussi des actions dans la famille et la communauté. Ce sont des milieux de vie importants dans le développement des jeunes qui font partie de l'approche École en santé. Or, plusieurs actions réalisées en concertation avec des partenaires agissent avec les familles, les municipalités, la communauté et le milieu scolaire et pour lesquelles les organisateurs communautaires du CISSS de Chaudière-Appalaches collaborent, soit à l'animation, à la planification et à l'organisation d'actions qui visent la santé, le bien-être et la réussite éducative des jeunes (projets visant la valorisation de la lecture, projets visant la conciliation études-travail, comité sur la persévérance scolaire, etc.). Ces collaborations et ces actions ne peuvent être colligées dans le I-CLSC École en santé.

Enfin, le pourcentage de la cible, soit 79 %, repose sur un engagement historique qui n'est plus adapté au contexte actuel du réseau de la santé et des services sociaux. Des démarches devront être faites auprès du MSSS avec les autres régions qui vivent les mêmes situations.

1.01.27-EG2

	Thetford Mines	Montmagny-L'Islet	Beauce-Etchemins*	Alphonse-Desjardins*	Chaudière-Appalaches
Engagements 2017-2018	90 %	90 %	90 %	90 %	90 %
Résultats 2017-2018	93,7 %	91,2 %	93,1 %	88,3 %	90,8 %

Régionalement, la cible est atteinte et il s'agit d'une amélioration d'environ 3 % comparativement à l'an dernier. Les travaux réalisés dans le cadre du projet régional d'amélioration des services de vaccination chez les enfants âgés de 0-5 ans ont contribué à l'atteinte de l'objectif.

* La Nouvelle-Beauce et les Etchemins se trouvent désormais dans le secteur de la Beauce à la suite de la réorganisation des équipes.

1.01.28-EG2

	Thetford Mines	Montmagny-L'Islet	Beauce-Etchemins*	Alphonse-Desjardins*	Chaudière-Appalaches
Engagements 2017-2018	90 %	90 %	90 %	90 %	90 %
Résultats 2017-2018	80,6 %	72,6 %	79,5 %	64,3 %	72,1 %

* La Nouvelle-Beauce et les Etchemins se trouvent désormais dans le secteur de la Beauce à la suite de la réorganisation des équipes.

La cible à cet indicateur n'est pas atteinte dans la région et dans aucun des secteurs. Toutefois, régionalement, bien que cette cible n'ait jamais été approchée historiquement, il est possible d'observer une amélioration notable en comparaison aux années antérieures. La performance régionale à cet indicateur s'est rapprochée significativement de la moyenne québécoise, alors que nous en étions bien loin auparavant. Nous notons aussi une augmentation de la proportion d'enfants vaccinés dans le délai en 2017-2018 par rapport à l'année précédente pour tous les secteurs, particulièrement dans le secteur Alphonse-Desjardins avec une augmentation de près de sept points de pourcentage par rapport à l'année précédente. Cette augmentation marquée dans le secteur Alphonse-Desjardins est attribuable à une réorganisation administrative ayant permis d'ajouter un nombre significatif de rendez-vous (CLSC Saint-Romuald plus précisément). Au cours de l'année 2017-2018, nous avons débuté les travaux d'un projet régional dont la durée est estimée à 3 ans. L'année 2017-2018 a été consacrée à une analyse approfondie des facteurs liés à l'offre et l'organisation des services en vaccination pouvant être en cause. La réalisation de ces travaux diagnostiques ont soutenu et permis d'apporter rapidement des modifications à l'organisation des services. Par ailleurs, ces travaux ont permis d'identifier des chantiers d'amélioration prioritaires qui devront être menés à l'intérieur d'un projet organisationnel considérant leur envergure et le fait qu'ils requièrent des arrimages et des travaux interdirections du CISSS de Chaudière-Appalaches. Un projet organisationnel sera soumis sous peu aux instances stratégiques et décisionnelles du CISSS de Chaudière-Appalaches.

Il est important toutefois de préciser que d'autres éléments, en lien avec les programmes d'immunisation, viennent limiter la capacité de l'organisation à mettre l'emphase sur les travaux d'amélioration des services de vaccination des enfants âgés de 0-5 ans, dont le déploiement du PIQ virtuel (rehaussement des équipements informatiques), les changements importants du programme d'immunisation du Québec (PIQ) (transfert de connaissances et questions d'expertise de la part des vaccinateurs) et le déploiement des fonctions allégées du registre vaccinal (dont le leadership est assumé par la Direction de santé publique (DSPu), tant pour le déploiement que le pilotage).

1.01.30-EG2

	Thetford Mines	Montmagny-L'Islet	Beauce-Etchemins*	Alphonse-Desjardins*	Chaudière-Appalaches
Engagements 2017-2018	75 %	75 %	75 %	75 %	75 %
Résultats 2017-2018	65,3 %	66 %	65,1 %	52,6 %	59,6 %

* La Nouvelle-Beauce et les Etchemins se trouvent désormais dans le secteur de la Beauce à la suite de la réorganisation des équipes.

La cible à cet indicateur n'est pas atteinte dans la région et dans aucun des secteurs. Toutefois, régionalement, bien que cette cible n'ait jamais été approchée historiquement, il est possible d'observer une amélioration notable en comparaison à l'année dernière. La moyenne de la région est légèrement inférieure à celle du Québec en 2017-2018. Nous notons aussi une augmentation de la proportion des enfants vaccinés dans le délai en 2017-2018 par rapport à l'année précédente pour tous les secteurs (hausse d'environ 5 %). Les travaux réalisés dans le projet d'amélioration de service de vaccination des enfants âgés de 0-5 ans permettront également d'améliorer la performance pour cet indicateur (voir justificatif de l'indicateur 1.01.28).

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2017-2018 – Indicateur EG2

Secteur d'activités :	Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales

Indicateur	Résultat* 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat** 2017-2018	Engagement 2018-2019
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	100 %	100 %	100 %	Indicateur retiré par le MSSS

Reddition de comptes

2017-2018

1.01.19.03-EG2
Engagement atteint.

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2017-2018 – Indicateur EG2

Secteur d'activités :	Services généraux – Activités cliniques et d'aide

Indicateur	Résultat* 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat** 2017-2018	Engagement 2018-2019
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	80,9 %	90 %	79,1 %	90 %

Reddition de comptes

2017-2018

1.02.04-EG2
Nous maintenons notre modèle de centrale Info-Social tel que décrit l'an dernier. Ce modèle a été présenté à la table nationale du programme Services généraux et a reçu un accueil favorable. Cette année, nous avons travaillé avec la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) et les syndicats pour rehausser les effectifs en transformant les heures de remplacement. Le projet est actuellement en expérimentation. Par ailleurs, le nouveau système téléphonique permettant une décentralisation des activités va permettre d'améliorer nos résultats. Il est important de se rappeler que les appels urgents sont traités à plus de 95 % dans le délai de moins de 4 minutes.

* Résultats en date du 2 juin 2017

* * Résultats en date du 8 juin 2018

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2017-2018 – Indicateur EG2

Secteur d'activités :	Services généraux – Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)

Indicateur	Résultat* 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat** 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	80,5 %	85 %	77 %	85 %

Reddition de comptes

2017-2018

1.03.13-EG2

Le résultat pour 2017-2018 est de 77 %. Encore cette année, l'intensification des services à domicile a un impact sur les admissions en CHSLD. Le taux de roulement est très élevé. Les clientèles présentant des profils 9 (profils soins palliatifs avec pronostic réservé de moins de 6 mois et profils de santé physique) sont admis dans les lits de CHSLD considérant le requis de services en soins infirmiers 24/7 que nous ne retrouvons tout simplement pas ailleurs dans le continuum d'hébergement dans la communauté. Par ailleurs, deux appels d'offres sont en cours : l'une pour le développement de 10 lits pour la clientèle adulte en déficience physique et l'autre de 12 places pour la clientèle avec troubles cognitifs (profils 7-8). Ces projets réalisés devraient influencer positivement les résultats pour la prochaine année.

* Résultats en date du 2 juin 2017

* * Résultats en date du 8 juin 2018

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2017-2018 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :	Soutien à domicile (SAD)

Indicateurs	Résultat* 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat** 2017-2018	Engagement 2018-2019
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	454 731	454 712	570 185	500 183
1.03.14-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services aux personnes ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14	398 010	445 479	509 450	512 300
1.03.15-EG2 Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) ayant un profil ISO-SMAF de 4 à 14	4 783	5 491	4 676	5 530

Reddition de comptes

2017-2018

1.03.05.01-EG2 et 1.03.14-EG2
Engagements atteints

1.03.15-EG2
Les résultats de 2017-2018 démontrent une atteinte de 85 % de la cible attendue, soit un écart de 815 usagers avec profils 4 à 14 pour lesquels les outils d'évaluation multiclientèle (OEMC) ne sont pas à jour.

Cette année, la formation bonifiée de l'OEMC vers l'outil de cheminement clinique informatisé (OCCI) auprès de plus de 800 utilisateurs a changé complètement les pratiques cliniques des intervenants en soutien à domicile. Cette gestion de changement a été soutenue par un plan de formation et deux intervenantes ont été dédiées à l'amélioration de la qualité à la suite de cette formation.

Au programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), nous notons une légère augmentation des profils 1-2-3 de 1 % au cours de l'année.

En ce qui concerne la clientèle en déficience intellectuelle (DI), en troubles du spectre de l'autisme (TSA) et en déficience physique (DP), le pourcentage des profils 1-2-3 est de 33 %, une augmentation de 5 % en regard des résultats de l'an passé. Comme l'accent doit être mis sur la prise en charge des usagers ayant des besoins plus complexes, l'organisation devra veiller à identifier les usagers les plus vulnérables dès le début de l'épisode de soins et services.

* Résultats en date du 2 juin 2017

* * Résultats en date du 8 juin 2018

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2017-2018 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :	Déficiences

Indicateurs	Résultat* 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat** 2017-2018	Engagement 2018-2019
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	85,3 %	90 %	88,5 %	90 %
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	90,5 %	90,5 %	95,8 %	96,7 %
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	86,2 %	90 %	87,1 %	90 %
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	70,8 %	90 %	93 %	92,6 %

Reddition de comptes
2017-2018 **1.45.04.01- EG2** L'engagement convenu dans l'EGI n'a pas été atteint en 2017-2018 à 1,5 % près. Nous constatons toutefois une amélioration de 3,2 % par rapport à l'année 2016-2017. À noter que le résultat est de 1,9 % supérieur à la moyenne provinciale qui est de 86,6 %. **1.45.04.05- EG2** L'engagement convenu dans l'EGI a été atteint et dépassé. Nous constatons une amélioration de 5,3 % par rapport à l'année 2016-2017. Les résultats dépassent de 2,5 % la moyenne provinciale qui est de 93,3 %. **1.45.05.01- EG2** L'engagement convenu dans l'EGI n'a pas été atteint en 2017-2018 à 2,9 % près. Nous constatons toutefois une amélioration de 0,9 % par rapport à l'année 2016-2017. À noter que les résultats sont de 0,6 % supérieurs à la moyenne provinciale qui est de 86,5 %. **1.45.05.05- EG2** L'engagement convenu dans l'EGI a été atteint et dépassé de 3 %. Il s'agit d'une nette amélioration (22,2 %) par rapport à l'année 2016-2017. Les résultats dépassent de 23,2 % ceux de l'ensemble du Québec qui affiche une moyenne de 69,8 %. Des mesures ont été mises en place pour favoriser l'accès en 2016-2017. Elles ont été maintenues en 2017-2018. Les formules de dispensation des services en groupe ont été consolidées.

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2017-2018 – Indicateur EG2

Secteur d'activités :	Dépendances

Indicateur	Résultat* 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat** 2017-2018	Engagement 2018-2019
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, parmi les personnes ayant été évaluées	90,2 %	90,2 %	90,2 %	93,2 %

Reddition de comptes
2017-2018 **1.07.04-EG2** Les actions réalisées ont permis de maintenir un résultat de 90,2 %. De toute évidence, notre clientèle est évaluée en temps opportun.

* Résultats en date du 2 juin 2017

* * Résultats en date du 8 juin 2018

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2017-2018 – Indicateur EG2

Secteur d'activités :	Santé physique - Cancérologie

Indicateur	Résultat* 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat** 2017-2018	Engagement 2018-2019
1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours de calendrier	95 %	100 %	96 %	100 %

Reddition de comptes

2017-2018

1.09.33.02-EG2
Contrairement à l'année précédente, les cibles sont atteintes dans les hôpitaux de Montmagny, Saint-Georges et Thetford Mines. La cible pour la région s'est améliorée par rapport à l'année précédente (96 % vs 95 %).

La cible pour l'Hôtel-Dieu de Lévis n'est pas encore atteinte, principalement en raison d'une insuffisance de disponibilité du plateau technique. Des projets de construction d'une salle de bloc opératoire dédiée à l'oncologie et d'une salle de chirurgie mineure sont en cours. Les hors délais correspondent principalement aux chirurgies pour les néoplasies de la prostate. Ce type de chirurgie doit se faire dans un délai de 3 mois selon les indications cliniques fournies par les urologues. Cela est toujours le cas dans la région de la Chaudière-Appalaches. Par ailleurs, une augmentation du plan régional d'effectifs médicaux (PREM) en urologie est prévue en 2019.

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2017-2018 – Indicateur EG2

Secteur d'activités :	Ressources matérielles

Indicateur	Résultat* 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat** 2017-2018	Engagement 2018-2019
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100 %	100 %	100 %	100 %

Reddition de comptes

2017-2018

2.02.02-EG2
Montmagny-L'Islet : engagement atteint à 100 %.
Beauce : engagement atteint à 100 %.
Alphonse-Desjardins : engagement atteint 100 %.
Thetford Mines : engagement atteint à 100 %.

Nous sommes actuellement, en collaboration avec la prévention et contrôle des infections (PCI), à harmoniser les registres pour l'ensemble des établissements du CISSS de Chaudière-Appalaches. Le registre du suivi des zones grises sera intégré au guide d'hygiène et salubrité qui sera mis en place pour septembre 2018.

* Résultats en date du 2 juin 2017

* * Résultats en date du 8 juin 2018

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2017-2018 – Indicateur EG2

Secteur d'activités :	Ressources technologiques

Indicateur (imagerie médicale)	**Résultat* 2016-2017**	**Engagement 2017-2018**	**Résultat** 2017-2018**	**Engagement 2018-2019**
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	86,1%	95,0%	77,1%	Indicateur retiré par le MSSS

Reddition de comptes

2017-2018

6.01.01-EG2

La structure de pilotage du répertoire des ressources (RRSS) est présentement en révision au CISSS de Chaudière-Appalaches. À la suite d'un portrait de la mise à jour du RRSS qui a été réalisé l'an dernier, nous effectuons actuellement des démarches pour améliorer la mise à jour de l'outil (trajectoires, rôles et responsabilités, partenaires, etc.). À cet effet, un plan d'action est en cours d'élaboration et son actualisation est prévue en 2018-2019.

* Résultats en date du 2 juin 2017

** Résultats en date du 8 juin 2018

5. Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

5.1 L'agrément

L'établissement mentionne les suites apportées aux recommandations faites par l'organisme d'agrément dans son dernier rapport.

Le processus d'agrément est une démarche rigoureuse d'évaluation de la qualité des soins et services et d'amélioration continue à laquelle participent les usagers, le personnel, les administrateurs ainsi que les partenaires et des membres de la communauté. Il permet de déterminer les points forts et les pistes d'amélioration de l'organisation en matière de sécurité, de services centrés sur le client, de milieu de travail, d'efficience, de pertinence, d'accessibilité, de continuité et de réponse aux besoins de la population. L'évaluation se fait à partir de normes internationales basées sur des données probantes et les meilleures pratiques.

Dernièrement, le cycle d'agrément a été modifié pour être d'une durée de cinq ans, divisé en quatre ou cinq visites allégées. Un nouveau cycle d'agrément débutera durant l'année 2018-2019. Agrément Canada demeure l'organisme d'accréditation qui travaillera auprès des établissements de santé et de services sociaux.

Au mois de mai 2016, le CISSS de Chaudière-Appalaches a conservé le type d'agrément qui lui était décerné, soit Agréé. Lors de cette première visite d'agrément de notre organisation, ce sont principalement les services rattachés à la santé physique générale et spécialisée qui ont été évalués ainsi que certains aspects du fonctionnement de l'organisme (gouvernance, leadership, prévention et contrôle des infections et gestion des médicaments) et la norme santé et mieux-être de la population par le programme jeunesse. Ce maintien de certification est venu reconnaître la qualité et la sécurité des soins et services offerts par le personnel.

Différentes pistes d'amélioration ont été émises en 2016 pour lesquelles le CISSS de Chaudière-Appalaches a mis en place différentes modalités d'amélioration. Voici les mesures élaborées ou en voie d'être totalement déployées dans l'établissement pour répondre aux standards de qualité attendus :

- Implanter le bilan comparatif des médicaments et s'assurer de l'implication de tous les professionnels, incluant les médecins et les infirmières;

  Mesure d'amélioration : un comité d'implantation du bilan comparatif des médicaments (BCM) a été mis en place et actualise son plan d'action. Le BCM sera déployé dans la majorité des services requis d'ici l'automne 2018. La politique organisationnelle a été approuvée au mois de novembre 2017.

- Développer un outil standardisé permettant une transmission complète des informations d'un point de transition à un autre;

  Mesure d'amélioration : un projet pilote sera entamé dans la prochaine année dans le but de standardiser les pratiques cliniques de transfert de l'information lors de la transition d'un usager.

- Harmoniser les pratiques de soins et de cheminement des clients;

  Mesures d'amélioration : plusieurs pratiques organisationnelles requises concernent et impliquent plus d'une direction de l'établissement. Par conséquent, de nombreux comités œuvrent à harmoniser les pratiques. Ces travaux sont en constante évolution et ils s'ajustent en continu pour s'adapter aux besoins des usagers. Le projet porteur « Gestion des séjours », coordonné par la DSI et la DSP, vient structurer l'ensemble des stratégies de l'organisation dans l'optique d'une meilleure fluidité des services.

- Assurer l'intégration des multiples projets et initiatives dans une perspective organisationnelle globale;

Mesure d'amélioration : un comité directeur de projets organisationnels évalue, priorise et suit tous les projets organisationnels depuis déjà deux ans.

- Développer la pérennité des activités d'amélioration continue de la qualité et poursuivre le développement d'une culture d'amélioration de la qualité axée sur les résultats;

  Mesures d'amélioration : outre le déploiement de l'ensemble des salles de pilotage tactiques et opérationnelles des directions et secteurs du CISSS de Chaudière-Appalaches qui est en cours de réalisation, des agents LEAN ont été formés parmi les gestionnaires et certains professionnels de l'établissement. Une transformation progressive du rôle des conseillères en soutien aux direction (DSM, DQEPE, DSI) est aussi en cours pour développer un rôle d'agent intégrateur des pratiques d'amélioration continue.

5.2 La sécurité et la qualité des soins et des services

5.2.1 Les actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents

De la formation en continue et à l'embauche a été donnée sur la procédure de déclaration, le rapport de déclaration d'incident ou d'accident (AH-223) et la procédure de divulgation. Des documents de référence ainsi que des présentations sur support informatique sont disponibles pour les employés et gestionnaires dans l'intranet. Des activités de sensibilisation ont été réalisées en octobre 2017 lors de la semaine nationale de la sécurité des patients, activité initiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux à l'échelle nationale. Des capsules d'information en lien avec la gestion des risques ont aussi été publiées dans le journal interne « L'interligne ».

De plus, l'analyse des événements sentinelles, selon la méthode CREX (comités de retour sur l'expérience), réalisée en collaboration avec le gestionnaire et l'équipe terrain concernés, permet l'intégration des méthodes d'amélioration continue en gestion des risques. Cette méthode contribue au développement des compétences des parties prenantes dans l'analyse des processus sous-jacents à un événement sentinelle. En plus, elle permet d'ancrer davantage une culture de prévention et pousse la recherche de solutions innovantes pour diminuer la réalisation de préjudice qui a ou aurait pu toucher l'usager, et encore, éviter toute récidive. Au cours de l'année 2017-2018, 159 pistes d'amélioration ont été émises directement par les personnes œuvrant sur le terrain. Au 31 mars 2018, 102 pistes ont déjà été réalisées, soit 64 %. Si nous nous fions au taux de réalisation des engagements de l'an passé, soit 81 % (77 pistes réalisées/95 pistes), nous pouvons témoigner de l'engagement réel des personnes à améliorer la sécurité des soins et des services au CISSS de Chaudière-Appalaches.

Dans un autre ordre d'idées, au dernier bilan provincial disponible, nous rapportons qu'au Québec le taux de divulgation en 2016-2017 pour des événements de gravité E1 à I était de 88,3 %, alors qu'en Chaudière-Appalaches le taux est supérieur de 5,6 %, soit 93,9 % de taux de divulgation.

5.2.2 La nature des trois principaux types d'incidents (indices de gravité A et B) mis en évidence au moyen du système local de surveillance

Comme démontré dans le tableau suivant, les trois principaux types d'incidents d'indices de gravité A et B sont les tests de laboratoire, la médication et les événements de catégorie Autres.

Santé et Services sociaux Québec

Système d'information sur la Sécurité des Soins et des Services
Indice de gravité des événements déclarés selon les types d'événement - Gravité A et B

	Chute	Médication	Traitement	Diète	Test Dx laboratoire	Test Dx imagerie	RDM/MMUU	Lié au matériel	Lié à l'équipement	Lié au bâtiment	Lié au effets personnels	Abus/Agression/ Harcèlement	Autres	Total	
Indice de gravité	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**%**
Incident	46	500	207	64	5 569	30	233	174	68	67	32	3	421	7 414	28,42
A	9	67	43	1	27	3	25	64	40	48	16	2	79	424	1,63
B	37	433	164	63	5 542	27	208	110	28	19	16	1	342	6 990	26,79
Accident	6 961	4 993	1 045	110	767	109	33	152	122	23	433	675	3 253	18 676	71,58
C	593	3 302	436	61	349	44	31	63	72	8	160	96	472	5 687	21,80
D	5 001	1 611	499	45	417	58	0	71	43	15	195	481	1 366	9 802	37,57
E1	1 084	53	88	4	0	6	0	9	6	0	34	90	1 278	2 652	10,16
E2	224	18	15	0	0	1	0	8	1	0	44	5	89	405	1,55
F	44	5	4	0	0	0	2	1	0	0	0	2	37	95	0,36
G	5	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	11	0,04
H	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	0,02
I	9	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	14	0,05
ND	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	5	0,02
Total	7 007	5 493	1 252	174	6 336	139	266	326	190	90	465	678	3 674	26 090	100,00

Médication : 6,38 % des événements
Test laboratoire : 75,7 % des événements
Autres : 5,54 % des événements

5.2.3 La nature des trois principaux types d'accidents (indices de gravité C à I) mis en évidence au moyen du système local de surveillance

Comme démontré dans le tableau suivant, les trois principaux types d'accidents d'indice de gravité C à I sont les chutes, la médication et les événements de catégorie Autres.

Santé et Services sociaux Québec

Système d'information sur la Sécurité des Soins et des Services
Indice de gravité des événements déclarés selon les types d'événement - Gravité C, D, E1, E2, F, G, H, I, ND

	Chute	Médication	Traitement	Diète	Test Dx laboratoire	Test Dx imagerie	RDM/MMUU	Lié au matériel	Lié à l'équipement	Lié au bâtiment	Lié au effets personnels	Abus/Agression/ Harcèlement	Autres	Total	
Indice de gravité	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**%**
Incident	46	500	207	64	5 569	30	233	174	68	67	32	3	421	7 414	28,42
A	9	67	43	1	27	3	25	64	40	48	16	2	79	424	1,63
B	37	433	164	63	5 542	27	208	110	28	19	16	1	342	6 990	26,79
Accident	6 961	4 993	1 045	110	767	109	33	152	122	23	433	675	3 253	18 676	71,58
C	593	3 302	436	61	349	44	31	63	72	8	160	96	472	5 687	21,80
D	5 001	1 611	499	45	417	58	0	71	43	15	195	481	1 366	9 802	37,57
E1	1 084	53	88	4	0	6	0	9	6	0	34	90	1 278	2 652	10,16
E2	224	18	15	0	0	1	0	8	1	0	44	5	89	405	1,55
F	44	5	4	0	0	0	2	1	0	0	0	2	37	95	0,36
G	5	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	11	0,04
H	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	0,02
I	9	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	14	0,05
ND	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	5	0,02
Total	7 007	5 493	1 252	174	6 336	139	266	326	190	90	465	678	3 674	26 090	100,00

Chute : 37,6 % des événements
Médication : 26,9 % des événements
Autres : 17,15 % des événements

Tout au long de l'année, un suivi étroit a été effectué pour garantir une déclaration complète et continue des incidents/accidents. Ce suivi a notamment été fait par l'analyse en continue de toutes les déclarations effectuées, les corrections aux défauts de saisies dans les systèmes SISSS et Gesrisk, le suivi et la transmission du taux de déclaration périodique aux employés, aux gestionnaires, aux médecins, au comité de gestion des risques, au comité de vigilance et de la qualité et au conseil d'administration (tendance comparée avec les autres années) dans l'intranet. La production d'un tableau de bord périodique détaillant les principaux risques observés dans l'établissement est aussi publié, de même que l'analyse s'y rattachant. Trimestriellement, un tableau de bord par direction est produit en y insérant l'analyse propre aux données de la direction concernée. Le suivi régulier des rapports de déclaration des incidents/accidents permet d'identifier rapidement les événements indésirables nécessitant une analyse approfondie avec les équipes terrain dans le but de mettre en place des moyens pour diminuer le risque et/ou la gravité du préjudice auprès de la clientèle.

5.2.4 Les actions entreprises par le comité de gestion des risques et mesures mises en place en lien avec les principaux risques d'incident/accident

Attention : les informations suivantes sont dénominalisées, mais proviennent de documents confidentiels ne pouvant être diffusés. Par rapport aux principaux types d'événements identifiés précédemment, voici les mesures mises en place par l'établissement.

Types d'événements	Mesures mises en place par l'établissement
Médicaments	1. S'assurer d'une directive d'appel au Centre antipoison pour le personnel œuvrant au SAD; 2. Formation aux non professionnels sur la gestion des risques; 3. S'assurer de l'application de la règle de soins infirmiers (RSI-025); 4. S'assurer d'émettre des consignes claires et objectives dans le dossier de l'usager de la RI; 5. Rehausser les connaissances du personnel du SAD à l'égard des signes neurologiques et les effets de la médication; 6. S'assurer que l'évaluation physique de l'usager est faite par l'infirmière du SAD lorsque l'état de l'usager le requiert; 7. S'assurer que les infirmières du SAD appliquent la DQPPSI 06 et bien définir la notion de stable et instable.
Médicaments	1. Éclaircir les rôles et responsabilités du volet social SAD versus la liaison de l'hôpital de ce territoire; 2. Évaluer la possibilité d'introduire un porteur de dossier lors de l'admission de la clientèle suivie au SAD, à l'hôpital de ce secteur; 3. Demander de la complétion et la disponibilité du sommaire d'hospitalisation lorsqu'un usager est relocalisé à la suite de son congé de l'hôpital; 4. S'assurer de la transmission d'informations entre les médecins lors de la relocalisation d'usagers en post-hospitalisation dans un souci de continuité des soins et services.
Médicaments	1. Placer l'ensemble de la médication dans une seule et même armoire barrée (Médication régulière DISPILL et les PRN); 2. Établir un décompte quotidien de la médication et des PRN; 3. Donner un complément de formation sur la distribution de la médication.
Médicaments	1. S'assurer que le personnel puisse prendre connaissance des allergies connues lors de la réception du profil de pharmacie; 2. S'assurer de l'application de la procédure d'administration de la médication en vigueur dans l'établissement.
Médicaments	1. Former le personnel d'inhalothérapie à faire une double vérification indépendante (à deux et seul) lors de la préparation des médicaments à haut risque; 2. Identifier les vials d'apparence similaire qui pourraient être source d'erreur; 3. Faire usage unique des vials de vasopresseurs et jeter immédiatement toute portion inutilisée.
Médicaments	1. Remplir la section « profil d'autonomie » sur la requête d'imagerie médicale, afin d'informer le service receveur, du profil d'autonomie de l'usager et d'assurer la prise en charge adéquate de celui-ci; 2. Évaluer la possibilité de mettre un identifiant visuel aux usagers identifiés à risque de chute dans le but de faciliter son repérage et ainsi adapter les interventions; 3. Identifier clairement les usagers avec une allergie et/ou avec une intolérance médicamenteuse.

Médicaments	1. Améliorer la disposition de la médication dans l'armoire de narcotiques et faciliter l'identification et la distinction des vials d'apparence similaire; 2. Sensibiliser le personnel et favoriser la communication lors de manipulation et/ou réception de vials et d'ampoules qui présentent un changement d'apparence; 3. Améliorer la connaissance des étapes nécessaires à la double vérification indépendante, lors de la préparation de la médication à haut risque, et sensibiliser à l'importance d'application de règles de soins infirmiers; 4. Favoriser un travail de collaboration lors de la préparation de la médication des différentes équipes de travail.
Médicaments	1. Validation par le personnel infirmier des produits (solutés avec additifs) en cours et lors des changements de ceux-ci, et ce, selon le produit prescrit; 2. Placer à l'extérieur de la chambre d'accouchement (lieu bien identifié) tous les solutés avec additifs en surplus afin d'éviter des erreurs de manipulation lors de l'accouchement; 3. Uniformiser la procédure de préparation et de disposition des solutés avec additifs sur tous les quarts de travail auprès du personnel infirmier.
TOTAL d'événements avec recommandations liés aux médicaments : 8	Nombre de recommandations totales pour médicaments : 29

Types d'événements	Mesures mises en place par l'établissement
Chute	1. Améliorer la transmission d'information dans l'équipe de soins; 2. Améliorer le suivi de l'utilisation du matériel alternatif (ex. : Bed-check) afin de diminuer le nombre de sonneries, augmenter la disponibilité de ceux-ci et réduire l'aspect « stresseur » pour les résidents; 3. Mieux encadrer le processus décisionnel entourant les admissions dans les ailes prothétiques.
Chute	1. Accroître la participation et l'implication de l'usager et/ou de ses proches, le cas échéant, dans la prévention des chutes; 2. Améliorer le processus d'évaluation et d'intervention en vue de prévenir les chutes d'un usager identifié à risque de chutes; 3. Sensibiliser l'équipe de façon à susciter l'analyse et l'intervention proactive des situations liées aux chutes.
Chute	1. S'informer auprès de la compagnie (originalement Bertec) des difficultés rencontrées et des moyens pouvant être mis en place pour éviter récurrence; 2. Utiliser les lits avec ce type de ridelles seulement chez une clientèle autonome.
Chute	1. Appliquer le programme de prévention des chutes en réalisant le dépistage du risque de chute à l'admission de l'usager et lors de changements dans le profil de l'usager; 2. Favoriser rapidement une rencontre d'équipe interdisciplinaire dans les dossiers complexes; 3. Faire l'analyse postchute pour identifier le ou les facteurs en cause ayant contribué à la chute afin de corriger la source et consigner l'analyse.

Chute	1. Faire un rappel quant à la réévaluation des facteurs de risque de chute des résidents lorsqu'il y a une modification de leur état de santé et/ou à la suite d'une chute afin d'ajuster les interventions, s'il y a lieu; 2. Favoriser rapidement une rencontre d'équipe interdisciplinaire dans les dossiers complexes ou lors de changements cliniques d'un résident; 3. Améliorer le processus d'évaluation, d'intervention et sensibiliser l'équipe à susciter l'analyse à la suite d'une chute en vue d'identifier les facteurs contributifs et d'améliorer la proactivité des équipes; 4. Améliorer la communication intra-équipe et inter-quart des informations cliniques pertinentes liées aux particularités ponctuelles des usagers; 5. Favoriser la surveillance des résidents sur l'unité et assurer un environnement sécuritaire.
Chute	1. Améliorer la transmission d'information dans l'équipe de soins; 2. Favoriser le suivi régulier de l'utilisation du matériel alternatif (ex. : Bed-check) afin de diminuer le nombre de sonneries, augmenter la disponibilité de ceux-ci et réduire l'aspect « stresseur » pour les résidents; 3. Mieux encadrer le processus décisionnel entourant les admissions dans les ailes prothétiques; 4. Procéder à l'évaluation du risque de chute chez la clientèle admise en CHSLD dans les délais requis et appliquer des mesures préventives à cet effet; 5. Accroître le rôle de l'infirmière en tant que leader dans l'organisation de travail lors de situation de manque de personnel; 6. Favoriser la surveillance des résidents sur l'unité (salon, chambre, salle à dîner, etc.) ainsi que la réponse à leurs besoins; 7. S'assurer de l'utilisation adéquate et sécuritaire du matériel servant de mesures de contrôle; 8. Appliquer de la meilleure façon le processus de décontentionnement.
Chute	1. Indiquer systématiquement au PTI lorsqu'un risque de chute est identifié; 2. Favoriser l'harmonisation des systèmes de mobilité se trouvant au centre d'hébergement dans le but de réduire les risques liés à l'installation, la vérification et l'utilisation des systèmes de mobilité; 3. Poursuivre la démarche de relier le système de cloche d'appel à un système de padget.
Chute	1. Augmenter la précision de l'information échangée dans un contexte de prévention des chutes auprès d'un usager à risque.
Chute	1. Remplir la section « profil d'autonomie » sur la requête d'imagerie médicale afin d'informer le service receveur du profil d'autonomie de l'usager et d'assurer la prise en charge adéquate de celui-ci; 2. Évaluer la possibilité de mettre un identifiant visuel aux usagers identifiés à risque de chute dans le but de faciliter son repérage et ainsi adapter les interventions; 3. Identifier clairement les usagers avec une allergie et/ou avec une intolérance médicamenteuse.
Chute	1. Indiquer systématiquement au PTI lorsqu'un risque de chute est identifié; 2. Lors d'une chute, faire l'évaluation post-chute en documentant au dossier de l'usager : les circonstances ayant conduit à la chute, les causes, les conséquences ainsi que sa récurrence possible; 3. Poursuivre la bonne pratique de réviser les mesures préventives mises en place pour s'assurer de leur pertinence et de leur efficacité; 4. Documenter au dossier de l'usager, l'évaluation de la douleur PQRST à la suite d'une chute.
TOTAL d'événements avec recommandations liés aux chutes : 10	Nombre de recommandations totales pour chutes : 35

Types d'événements	Mesures mises en place par l'établissement
Test de laboratoire	1. Former et installer une commis pour enregistrer au labo et accueillir le client; 2. Faire un document simplifié pour la saisie de rapport AH-223; 3. Refuser les prescriptions non-conformes tel qu'expliqué dans des notes de service précisant la conformité d'une prescription; 4. Améliorer le logiciel et former le personnel.

Types d'événements	Mesures mises en place par l'établissement
Erreur liée au dossier	1. Informer le personnel sur la procédure de gestion de dossiers; 2. Acheminer, s'il y a lieu, les documents aux archives; 3. S'assurer que les documents cliniques soient récupérés lors du départ d'un intervenant; 4. Identifier des mécanismes formels afin de vérifier et contrôler les entrées et sorties des documents du local d'archives et en limiter l'accès.

Types d'événements	Mesures mises en place par l'établissement
Autre	1. S'assurer que les fenêtres sur l'unité de psychiatrie dont les usagers ont accès, soient conçues de façon à empêcher les fugues; 2. Modifier l'environnement physique du module d'observation afin de diminuer le risque de fugue, de tentative de suicide ou encore de blessure (usager et personnel); 3. Faire une réflexion sur le processus entourant les comparutions au Palais de justice afin de diminuer la possibilité qu'un usager fugue; 4. Diminuer l'utilisation, au maximum, de la porte considérée comme issue de secours à l'aile nord et s'assurer de sa sécurité.
Autre	1. Enseigner les pratiques de base en prévention et contrôles des infections au personnel travaillant dans la ressource; 2. Mettre du matériel préventif à la disposition de la ressource (masques, gants, lingettes désinfectantes, solution désinfectante); 3. Identifier une répondante en prévention et contrôle des infections pour l'équipe de la RI, en cas de besoin; 4. Élaborer une procédure à suivre en cas d'éclosion de maladies infectieuses, pour la ressource; 5. Reformuler le message émis, lors d'échange entre le milieu hospitalier et le personnel de la ressource, pour valider l'information transmise (ex.: Donc, si je comprends bien, vous demandez que …); 6. Développer le réflexe des employés à poser des questions lors d'une discussion avec un professionnel de la santé (ex.: Y a-t-il des recommandations? Que dois-je faire? Y a-t-il des risques?).
Autre	1. Rediffuser l'information concernant l'usager lors de son entrée à la RAC; 2. Publier les composantes du protocole suicidaire du programme DITSA-DP; 3. Rendre facilement accessible le protocole dans la valise de garde.
Autre	1. Appliquer les consignes transmises en lien avec le risque d'étouffement; 2. Sécuriser l'environnement de l'usager; 3. Fournir aux responsables RI-RTF les informations concernant l'usager lors de son arrivée à la résidence.

Autre	1. Informer le personnel sur la procédure de gestion de dossiers; 2. Acheminer, s'il y a lieu, les documents aux archives; 3. S'assurer que les documents cliniques soient récupérés lors du départ d'un intervenant; 4. Identifier des mécanismes formels afin de vérifier et contrôler les entrées et sorties des documents du local d'archives et en limiter l'accès.
Autre	1. Assurer la continuité des services dans un contexte de problématique suicidaire; 2. Revoir le contenu de l'orientation des nouveaux intervenants sociaux de l'urgence et de l'unité de psychiatrie; 3. Améliorer l'accès à l'information; 4. Revoir la prise en charge des usagers suicidaires à la transition des soins.
Autre	1. Assurer la continuité des services dans un contexte de problématique suicidaire; 2. Revoir le contenu de l'orientation des nouveaux intervenants sociaux de l'urgence et de l'unité de psychiatrie; 3. Améliorer l'accès à l'information; 4. Revoir la prise en charge des usagers suicidaires à la transition des soins.
Autre	1. Augmenter la sécurité des usagers à risque suicidaire en contexte d'admission dans l'aire sécurisée; 2. Augmenter la sécurité des usagers, ainsi que celle du personnel lors de l'application de contentions; 3. Réévaluer les nouvelles procédures résultant de la mise en place des pistes d'amélioration 1 et 2.
Autre	1. Rejoindre en tout temps un responsable de la ressource ou une autre personne désignée par le responsable de la ressource; 2. Observer, annoter les signes informant de l'état de santé de l'usager; 3. S'assurer que les responsables de RI-RTF renseignent les intervenants du CAJ des changements produits chez l'usager (état santé, modification prescription des médicaments, etc.).
Autre	1. Mettre en place des mécanismes formels de contrôle pour les sorties des usagers; 2. Retirer ou désactiver le bouton «Arrêt» dans l'ascenseur en cause; 3. Développer une procédure de communication en contexte d'urgence, pour assurer la transmission de l'information pendant et après un événement.
Autre	1. Sécuriser le courrier qualifié confidentiel; 2. Identification du courrier; 3. Maintenir à jour le bottin téléphonique; 4. Formaliser un aide-mémoire des tâches à réaliser à la réception du secteur concerné. 5. S'assurer que le service DICOM livre le courrier au bon endroit.
TOTAL d'événements avec recommandations liés aux autres : 11	Nombre de recommandations totales pour autres : 42

Résumé :

Type d'événement	Nombre de cas total	Nombre de cas avec recommandations	Nombre de recommandations totales pour ce type d'événement
Chutes	36	10	35
Médicament	12	8	29
Traitement	15	7	23
Imagerie	1	1	3
Laboratoire	1	1	4
Retrait des dispositifs médicaux	4	0	0
Bâtiment	5	2	4
Équipement	3	1	4
Matériel	6	1	5
Agression	8	3	17
Harcèlement	1	1	3
Autre	31	11	42
Total	123	46	169

5.2.5 Les actions entreprises par le comité de gestion des risques et mesures mises en place en lien avec la prévention et le contrôle des infections nosocomiales

Chacun des événements sentinelles est présenté au comité de gestion des risques ainsi que les plans d'action qui y sont rattachés et, au besoin, des ajustements peuvent y être apportés par le comité.

Notamment, le comité de gestion des risques porte une attention particulière au suivi d'implantation et d'amélioration du système de management de la gestion des risques et de la prestation sécuritaire des soins et services dont :

- Suivi du taux de participation aux huit comités de prestation sécuritaire de soins et services (CPSSS) mis en place;
- Suivi des taux d'infections nosocomiales et d'hygiène des mains.

Au cours de la dernière année, le comité de gestion des risques a accueilli les cadres supérieurs des différentes directions à venir présenter les travaux en cours avec leurs comités locaux et régionaux (CREX et CPSSS) ainsi que les moyens de communication mis en place dans leur direction pour diffuser les informations qui émanent de ces comités et des solutions innovantes qui améliorent la qualité et la sécurité de leur clientèle au quotidien.

Toutes ces actions permettent au comité de gestion des risques d'avoir une vigie constante sur la qualité et la sécurité des soins et services, tant en réponse aux événements qu'au développement de la culture juste de sécurité, soit la promotion et la prévention.

Également, la mise en place d'un système novateur de management de la gestion intégrée des risques et de la prestation sécuritaire des soins et services a permis la création d'un comité d'experts aviseurs (CEA) des domaines de risques critiques ou émergents. Ce comité a pour mandat, entre autres, d'identifier les modalités permettant l'implantation des recommandations issues du Groupe vigilance pour la sécurité des soins (GVSS). Ce comité est composé de conseillers

cadres experts des domaines de risques étudiés et de gestionnaires de programmes. À titre d'exemple, ce comité a travaillé, en collaboration avec un CHSLD, à la mise en place d'un projet pilote de la pratique des tournées intentionnelles auprès de la clientèle âgée, recommandation issue du GVSS. Ce projet de tournées intentionnelles, tel que dans la littérature, a amené une diminution du taux de chute de la clientèle. À la suite de ce projet pilote, les membres impliqués ont présenté leurs résultats au comité de gestion des risques. Le comité de gestion des risques a acheminé une lettre de recommandation au président-directeur général et à son comité de direction afin que cette mesure, issue du GVSS, soit implantée dans les CHSLD et les unités de courte durée au sein du CISSS de Chaudière-Appalaches. Cette recommandation a reçu un accueil favorable de la part de la Direction générale et de son comité directeur. Les travaux mis de l'avant par le comité soutiennent, notamment différentes approches organisationnelles dont celle de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA), la culture juste de sécurité, l'approche usager-partenaire, etc.

Finalement, un comité interdisciplinaire sur la gestion du circuit du médicament, soutenu par des comités locaux sur la gestion du circuit du médicament, a été mis en place. Le principal mandat de ces comités est d'assurer la gestion efficiente et sécuritaire des médicaments au sein du CISSS de Chaudière-Appalaches.

5.2.6 Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art 118.1 LSSSS)

Avec la création du CISSS de Chaudière-Appalaches, les principaux constats réfèrent au besoin pour l'organisation d'harmoniser ses pratiques en matière de mesure de contrôle et de préciser ses modalités de soutien et de suivi quant à leur application. À cet effet, des actions ont été prises à différents paliers de l'organisation.

Au plan stratégique :
- Adoption de la Politique sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle;
- Élaboration du protocole d'application des mesures de contrôle;
- Adoption, par le comité de direction, d'une stratégie organisationnelle de réduction de l'utilisation des mesures de contrôle (couvrant les aspects de leadership, développement des pratiques, mesure et suivi, etc.);
- Mise en place progressive de la structure de gouverne en matière d'expertise et de suivi des mesures de contrôle (communauté de pratique experte et liens avec le comité de gestion des risques).

Aux plans tactique et opérationnel :
- Suivis assurés auprès de différentes instances à la suite des recommandations concernant les mesures de contrôle (commissaire aux plaintes, CDPDJ, coroner, comité d'éthique);
- Réalisation d'un guide de référence concernant les mesures de remplacement pour les adultes présentant des troubles de santé mentale et des comportements agressifs;
- Déploiement progressif des salles de pilotage dans les directions cliniques et introduction des indicateurs de suivi des mesures de contention.

Les sections suivantes présentent les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers pour certaines de nos clientèles vulnérables :

Programme jeunesse (centre de réadaptation)

Nous observons, en 2017-2018, une baisse significative des isolements comparativement aux données de 2016-2017. Cette baisse est de l'ordre de près de 30 % (369 vs 531). Cette tendance s'observe également pour les contentions. En effet, nous notons une diminution du recours à la contention de 15 % en 2017-2018 (191 vs 225). Certains facteurs expliquent ces résultats encourageants, dont la création d'une résidence à assistance continue (RAC) pour les enfants souffrant de déficience intellectuelle et du trouble du spectre de l'autisme ainsi que l'ajout de personnel en cours d'année dans l'unité multiproblématiques du Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation de Lévis.

Programme déficience intellectuelle - trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (volet DI-TSA)

Une démarche d'évaluation des enjeux professionnels en lien avec les mesures de contrôle a été conduite et des améliorations ont été apportées dans la clarification des responsabilités, le suivi des mesures appliquées et la collecte des données. Des balises cliniques ont aussi été émises en février 2018, en lien avec la planification et l'application des mesures de contrôle chez la clientèle enfant de moins de 14 ans. Au plan quantitatif, nous observons un maintien du nombre de mesures planifiées par rapport à 2016-2017 où nous avions 239 mesures, et cette année 237. Également, le nombre de mesures de contention utilisées est de 1,7 par usager (ce taux inclus tous les types de contention : escorte, isolement, maintien physique, contention mécanique et PRN).

Programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)

La Direction SAPA s'est donnée comme objectif, au cours de l'année 2017-2018, de procéder à la diminution du taux de contention dans les 29 installations CHSLD et de procéder à une révision régulière des mesures de contrôle en CHSLD dans le but d'assurer des soins et services de haute qualité aux usagers hébergés. La cible visée pour l'année était d'atteindre un taux de contention inférieur à 10 % par CHSLD. Les données de chaque CHSLD ont fait l'objet d'une attention régulière au cours de l'année et les résultats ont été présentés dans les deux salles de pilotage tactique, axes Sud et Nord, de la Direction SAPA.

Secteur Montmagny-L'Islet : Quand nous comparons la période P13 2016-2017 avec la période P13 2017-2018, nous observons une diminution de 4 % des contentions, incluant les côtés de lits (17 % à 14 %). Deux CHSLD ont des taux de 6 % et 4 %.

Secteur Alphonse-Desjardins : Pour le même comparatif, nous observons une diminution similaire, soit 4 % des contentions, incluant les côtés de lits (17 % à 13 %). Trois CHSLD ont également obtenu des taux plus bas de 5 % ou 7 %. Enfin, soulignons la diminution de 3 % du taux de contention d'un des CHSLD, passant de 12 % à un taux de 9 %.

Axe Sud (secteurs Etchemins, Beauce et Thetford Mines) : Le secteur de Beauce a un taux de contention de seulement 2 % qu'il a maintenu à peu près toute l'année. Il en va de même avec le secteur des Etchemins qui a une performance enviable qui frôle les 0 % de contention chez sa clientèle hébergée. Ces données sont le résultat d'efforts d'équipe où chaque intervenant assure une vigie sur la mise en place des contentions physiques et surtout sur une approche basée sur les mesures de remplacement. Le secteur de Thetford Mines partait de beaucoup plus loin avec un taux, l'an passé, qui avoisinait les 20 % alors qu'il termine l'année avec un 10 % pour l'ensemble des cinq CHSLD de ce secteur. L'expertise et l'expérience touchant la décontention en Beauce et aux Etchemins ont profité largement aux intervenants du secteur de Thetford Mines pour initier un changement de culture. Maintenant intégrée dans l'animation des salles de pilotage, cette bonne pratique fait l'objet d'un suivi régulier.

5.2.7 Les suivis apportés par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité à la suite des recommandations formulées par les instances

Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services

L'ensemble des recommandations adressées à l'organisation et aux résidences privées pour aînés sont déposées au comité de vigilance et de la qualité des services. Chacune des directions concernées a la responsabilité d'actualiser les recommandations émises par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Un outil de suivi organisationnel a été déployé afin que le comité de direction assure une vigie à cet effet.

Le Protecteur du citoyen

Le Protecteur du citoyen intervient chaque fois qu'il a des motifs raisonnables de croire qu'une personne ou un groupe de personnes a été lésé ou peut vraisemblablement l'être, par l'acte ou l'omission d'un organisme public, de son dirigeant, de

ses membres ou du titulaire d'une fonction, d'un emploi ou d'un office qui relève de ce dirigeant. Le Protecteur du citoyen peut, chaque fois qu'il donne son avis au dirigeant d'un organisme public, lui faire toute recommandation qu'il juge utile et requérir d'être informé des mesures qui auront été effectivement prises pour remédier à la situation préjudiciable.
Au cours de la dernière année, le Protecteur du citoyen a traité 22 plaintes qui visaient les installations du CISSS de Chaudière-Appalaches. De ces plaintes, 18 recommandations ont été formulées. Des mesures correctives ont été apportées à la satisfaction du Protecteur du citoyen pour l'ensemble de ces recommandations émises, ce qui a contribué à l'amélioration de la qualité des soins et des services. En outre, le Protecteur du citoyen est intervenu, de sa propre initiative, à trois reprises auprès de l'établissement. Aucune recommandation n'a été formulée à cet égard.

Recommandations	Mesures correctives
Diffuser le livret d'information sur les soins palliatifs et de fin de vie dans toutes les unités de soins de l'Hôtel-Dieu de Lévis.	Le livret d'information a été distribué.
Évaluer la pratique d'utilisation ainsi que la disponibilité du matériel et de l'équipement nécessaire à la mise en place des mesures alternatives à la contention au CHSLD de Saint-Fabien-de-Panet afin que la sécurité des résidents soit assurée en tout temps.	Audit de dossiers de toutes les chutes de l'année 2016-2017 sur les observations et le respect des procédures postchute. Élaboration d'un plan d'action en lien avec les résultats. Achat de systèmes TABS sensoriels pour lit et fauteuil.
Rappeler au personnel de faire preuve de vigilance quant à l'encadrement sécuritaire de risque de chute des personnes hébergées : • Par des interventions ciblées par des professionnels qui travaillent en interdisciplinarité; • Par la mise en place de mesures alternatives à la contention au moyen de matériel adapté au profil clinique et au besoin de sécurité.	Formation du personnel sur l'encadrement sécuritaire du risque de chute, sur les mesures alternatives à la contention, sur le matériel et la réévaluation des mesures alternatives à la contention. Formation sur le nouveau programme de prévention des chutes du CISSS de 2 h pour tous les employés.
Rappeler à l'équipe de chirurgie buccale et maxillo-faciale d'annoter les demandes de consultation et de les conserver au dossier des usagers.	Les rappels ont été effectués.
Rappeler aux membres de l'équipe de chirurgie buccale et maxillo-faciale de respecter le choix des usagers désirant conserver leur place sur la liste d'attente.	Les rappels ont été effectués.
Conclure une entente établissant un corridor d'accès aux services spécialisés en déficience auditive du CISSS de Chaudière-Appalaches pour les personnes présentant une hypothèse de TTA ou un TTA de la région de la Capitale-Nationale.	Une proposition de transfert de connaissance, de collaboration, de soutien et de partage d'outils d'intervention a été faite par les dirigeants du Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) de notre établissement à l'Institut en réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ) relevant du CIUSSS de la Capitale-Nationale afin que l'IRDPQ puisse développer une offre de service auprès de la clientèle TTA de sa région. Cette proposition veut permettre aux équipes en déficience auditive de cette instance de bonifier et d'adapter les outils présentés à leur réalité et à leurs besoins. Aussi, une audiologiste du CRDP du CISSS de Chaudière-Appalaches est disponible pour échanger sur l'offre de service et présenter les outils requis à l'équipe de l'IRDPQ.
Analyser l'admissibilité aux services spécialisés de réadaptation en déficience auditive de l'usagère concernée par la présente plainte et, le cas échéant, de déterminer le niveau de priorité pour le début des services conformément au Plan d'accès du Ministère et d'inscrire cette dernière à sa juste place sur la liste d'attente, c'est-à-dire au moment où cette demande aurait dû être relayée par le CIUSSS de la Capitale-Nationale vers la fin du mois d'août 2016.	L'usagère s'est vue attribuée une priorité 3, conformément aux critères du plan d'accès du MSSS.

Favoriser les conditions qui permettent la réalisation d'un milieu de vie de qualité pour tous, notamment par le regroupement sélectif de résidents selon leur profil de besoins afin d'éviter les effets collatéraux de comportements dérangeants sur les résidents de profils différents.	Une démarche de réflexion pour développer des regroupements de la clientèle hébergée par micro-milieux a été réalisée. Notre établissement est inscrit à l'atelier de travail de la communauté de pratique en continuum Aîné qui traitera plus spécifiquement du thème : « Regroupement des résidents au profil similaire (micro-milieux). » Une visite de deux CHSLD qui ont créé des micro-milieux a été réalisée afin de s'inspirer des meilleures pratiques développées dans le réseau. Un comité de travail régional a été créé à l'automne 2017 afin d'amorcer une réflexion sur les regroupements de clientèle en hébergement. Des usagers partenaires ont été associés à ce comité. Concernant le CHSLD de Sainte-Hénédine spécifiquement, un portrait de la clientèle a été dressé.
Réévaluer les besoins réels de l'usager en tenant compte des principes énoncés dans la Politique de soutien à domicile « Chez-soi : le premier choix » et élaborer un plan d'intervention en conséquence.	L'usager a été réévalué au moyen de l'outil d'évaluation multiclientèles (OÉMC). Le plan de services individualisés et d'allocation des services (PSIAS) est également à jour avec l'organisation de service mise en place, selon le requis de service de l'usager et l'offre de service en vigueur actuellement dans la région de la Chaudière-Appalaches.
Rétablir le principe de gratuité des services d'aide domestique pour les usagers dont la situation correspond aux critères de faible revenu établis par la Politique de soutien à domicile « Chez-soi : le premier choix »	Le nouveau cadre de référence en soutien à domicile de longue durée a été lancé à la fin du mois de mai 2017 lors du forum SAD. Dans ce cadre, il est indiqué que l'aide domestique sera fournie via le programme d'exonération financière de soutien à domicile (PEFSAD) et que le service SAD fournira un support financier aux personnes à faible revenu pour payer le différentiel.
S'assurer que les intervenants de l'équipe Jeunes en difficulté, volet santé mentale jeunesse, du CLSC de Lac-Etchemin procèdent à des révisions aux trois mois des plans d'intervention et des plan d'intervention individualisés familiaux et les consignent aux dossiers des usagers.	Des rappels de l'obligation de procéder à des révisions aux trois mois des plans d'intervention et des plans d'intervention individualisés familiaux et de les consigner aux dossiers des usagers ont été effectués auprès des personnes concernées.
Prendre les moyens nécessaires afin que les intervenants de l'équipe Jeunes en difficulté, volet santé mentale jeunesse, du CLSC de Lac-Etchemin consultent la coordonnatrice clinique et/ou la chef de service lorsqu'une fin de services difficile est envisagée afin de discuter des alternatives possibles.	Des rappels de l'obligation de consulter la coordonnatrice clinique lorsqu'une fin de services difficile est envisagée afin de discuter des alternatives possibles et de consulter le chef de service au besoin ont également été effectués et seront faits auprès des mêmes personnes et dans les mêmes circonstances que ci-dessus. Les rencontres cliniques mensuelles avec la coordonnatrice clinique permettent également des échanges à cet effet. De plus, celle-ci est disponible au besoin pour des consultations cliniques.
Rencontrer chacun des trois intervenants visés afin que la situation soit discutée en fonction des bonnes pratiques relatives à la fin des services et aux difficultés rencontrées en cours de suivi.	Les bonnes pratiques ont été réitérées lors des échanges avec les trois intervenants concernés et la coordonnatrice clinique.

Clarifier les règles en lien avec la gestion et le transport des spécimens, notamment en : • Déterminant la liste des analyses qui peuvent faire l'objet d'une demande urgente; • Précisant les mesures à prendre à l'Hôpital de Montmagny lorsqu'une analyse est demandée en urgence au laboratoire de l'Hôtel-Dieu-de-Lévis; • Informant le personnel concerné.	Diffusion aux médecins du service de l'urgence de Montmagny du menu des analyses faites sur place. Rappel au personnel infirmier et médical d'inscrire « stat » dans la requête de laboratoire. Rappel au personnel du laboratoire de la procédure de transport urgent.
Préciser la fonction de l'intervenant pivot dans le continuum de services afin qu'il puisse, d'une part, assurer le mandat de coordination entre les divers secteurs d'activité, et d'autre part, offrir un accompagnement personnalisé et proactif à l'usager ou l'usagère, permettant ainsi d'assurer la continuité des services.	Réalisation d'une première rencontre avec l'usager afin de réévaluer les besoins et établir les priorités. Ajout de 1,5 heures en aide à la vie quotidienne. Poursuite de l'évaluation dans les prochaines semaines, notamment en lien avec les besoins en aide à la vie domestique.
Réévaluer le besoin d'aide domestique, incluant les travaux lourds admissibles, dans l'objectif d'assurer le maintien à domicile de l'usager suivant les balises ministérielles en vigueur, dont le principe de gratuité, et d'apporter les changements à l'offre de service, le cas échéant.	Travaux et rencontres des différentes équipes afin de baliser le rôle des différents intervenants sociaux impliqués auprès de l'usager, dont celui de l'intervenant pivot. Réalisation d'un document pour les intervenants. Réévaluation des besoins de l'usager. Réévaluation de la situation des autres usagers ayant adressé une demande d'aide pour les activités domestiques ayant été refusée.
Prendre les moyens nécessaires pour permettre le contact peau à peau en tout temps lorsqu'il n'y a pas de contre-indications, conformément au protocole infirmier « Contact peau à peau suite à un accouchement vaginal ou par césarienne et surveillance clinique du nouveau-née ».	Rappels et rediffusion auprès des infirmières au bloc opératoire et à la salle de réveil sur les indications, les contre-indications et les directives du Protocole infirmier concernant le contact peau à peau. Rappels aux différents professionnels du bloc opératoire de l'importance des explications aux parents et de la documentation au dossier des raisons cliniques n'ayant pu permettre le contact peau à peau avec le parent. Développement et diffusion d'un aide-mémoire. Réalisation d'audits sur le contact peau à peau postcésarienne au bloc opératoire et élaboration d'un plan d'action si nécessaire. Formation aux différents professionnels du bloc opératoire sur l'importance du contact peau à peau, sur la mise au sein et sur les objectifs cliniques de l'allaitement. Élaboration de la procédure clinique « Contact peau à peau lors d'un accouchement par césarienne. »
Offrir une modalité de service à l'usagère qui lui permettra de répondre à son besoin de participation sociale en fonction de ses aspirations et de ses capacités au minimum une journée dans la semaine en plus de sa fréquentation à l'atelier de travail CÉTAL.	Implication de l'équipe clinique afin de définir et d'offrir à l'usagère des alternatives qui lui permettront d'avoir une journée supplémentaire par semaine afin de combler un besoin occupationnel ou socio professionnel.

Le coroner

Six rapports d'investigation du coroner avec recommandations concernant des décès survenus dans la région nous ont été acheminés. Des suivis sont assurés auprès des directions concernées pour la mise en place des mesures correctives. La présentation des cas de coroner est un point statutaire à l'ordre du jour des rencontres du comité de gestion des risques ainsi que du comité de vigilance et de la qualité des services.

Recommandations pour Chaudière-Appalaches

Nº de rapport	Événement	Lieu	Recommandations	Mesures mises en place
2623	Rupture d'anévrisme	Hôpital de Montmagny	Au CISSS de Chaudière-Appalaches d'examiner la qualité des actes médicaux prodigués à M. MD lors de sa consultation à l'Hôpital de Montmagny le 2 octobre 2016.	Le dossier a été revu par le CMDP et selon la LSSSS, nous ne pouvons avoir accès aux conclusions du CMDP, en référence à l'article 214.
2129	Embolie pulmonaire consécutive à une fracture de la hanche. Décès accidentel.	Hôtel-Dieu de Lévis	À l'Hôtel-Dieu de Lévis, poursuivre l'application des mesures proposées par la conseillère à la gestion des risques. 1. Rappeler aux employés de ne pas mobiliser un usager qui a chuté avant l'évaluation post-chute devant être faite par l'infirmière. 2. Rehausser la connaissance du personnel sur l'utilisation des systèmes de contention. 3. Sensibiliser le personnel infirmier à demander la collaboration d'autres professionnels au besoin dans l'analyse des situations à risques et dans les recommandations à préconiser dans une optique de limiter l'utilisation des contentions. 4. Revoir la pertinence d'utiliser la mesure de contrôle de type Adhésia. 5. Appliquer la procédure de divulgation aux usagers numéro PRO-CDD2016-201 dans les meilleurs délais.	1. Rappel fait à l'ensemble du personnel sur la nécessité d'évaluer l'usager par une infirmière, et ce, à la suite d'une chute avant de mobiliser ce dernier. Rappel fait spécifiquement aux infirmières quant à leurs responsabilités professionnelles, notamment lors de l'application du protocole à la suite d'une chute et lors de la prise de décision et l'application d'une mesure de contrôle chez un usager. 2. Former, à l'aide de capsules d'information clinique, l'ensemble du personnel sur les bonnes pratiques quant à l'installation sécuritaire de la ceinture de contention de type Adhésia. Réalisation et diffusion d'une fiche clinique « aide-mémoire » rappelant les consignes à respecter lors de l'installation sécuritaire de la ceinture de type Adhésia. 3. Rappel fait aux équipes de soins sur l'application de la procédure encadrant l'utilisation des contentions et les mesures de contrôle incluant la collaboration des différents professionnels afin de discuter sur les moyens les moins contraignants pouvant être utilisés chez l'usager et audites. 4. À la suite des recommandations du plan d'action SEN_AD_1617_décès 9000, la ceinture de type Adhésia a fait l'objet d'une évaluation par le comité de travail afin de statuer sur la pertinence de son utilisation. 5. Rappel fait aux ASI de l'unité sur la responsabilité des différents professionnels quant à la procédure de divulgation, notamment pour les accidents de gravité E1 à I.

Nº de rapport	Événement	Lieu	Recommandations	Mesures mises en place
81	Hémorragie intracrânienne consécutivement à un traumatisme à la tête subi lors d'une chute.	Hôpital de Thetford Mines	Que le gestionnaire de risques du CISSS de Chaudière-Appalaches examine ce dossier et porte son attention, notamment sur l'absence de mesures préventives cohérentes avec l'évaluation des risques de chute faite à l'admission, sur l'évaluation clinique post-chute et sur l'absence de rapport de déclaration d'incident ou d'accident à la suite de la chute du 5 décembre 2016.	La conseillère à la gestion des risques a examiné le dossier et un comité de retour d'expérience a eu lieu en janvier 2018 avec l'équipe de soins afin d'établir et de mettre en place les mesures préventives cohérentes avec l'évaluation des risques de chute et lors de l'évaluation post-chute.
2812	Défaillance multiorganique sévère résultant d'un choc hémorragique. Refus de transfusion sanguine.	Hôtel-Dieu de Lévis	Au directeur des services professionnels de l'Hôtel-Dieu de Lévis et à la Direction du programme jeunesse de l'Hôtel-Dieu de Lévis : 1. D'ajouter à leur plan d'action pour la clientèle qui refuse les transfusions sanguines, la rédaction d'un plan de traitement particulier pour chaque patiente afin de prévoir d'avance les gestes médicaux à poser en cas de pertes sanguines importantes. 2. D'impliquer tous les médecins appelés à travailler avec cette clientèle à participer activement à la mise en place du plan de traitement particulier lorsqu'il doit être établi pour une cliente, notamment en rencontrant cette cliente et en planifiant avec elle chacun des gestes à être posé en cas de problèmes. Au ministère de la Santé et des Services sociaux, de prendre connaissance du présent rapport et de le diffuser à tous les établissements du Québec où se pratique l'obstétrique.	1. S'assurer de la mise en place des recommandations 1.3 et 2.1 du CREX. • Élaboration du plan de traitement médical relié aux refus de transfusions sanguines. • Diffusion de cet outil à l'aide d'un plan de communication pour le public cible. • Présentation et adoption du plan de traitement au CDP et Conseil SF. • Diffusion de l'outil à l'aide d'un plan de communication. 2. Identifier le public cible concerné et élaborer un plan de communication pour la diffusion du plan de traitement.

Nº de rapport	Événement	Lieu	Recommandations	Mesures mises en place
3300	Hémorragie cérébrale importante secondaire à un traumatisme à la tête occasionné par une chute.	CHSLD Saint-Alexandre, Thetford Mines	Comme mentionné dans le rapport du CISSS de Chaudière-Appalaches, il est important que l'établissement assure un environnement sécuritaire aux personnes qui lui sont confiées. Nous appuyons l'ensemble des recommandations émises dans le rapport d'accident/incident produit. 1. De plus, nous recommandons particulièrement au CISSS de Chaudière-Appalaches de s'assurer que lorsqu'un système de détection de mobilité est installé, celui-ci soit bien adapté aux conditions de l'usager concerné et qu'il puisse être changé s'il ne semble pas convenir ou s'il n'a pas fonctionné. 2. Nous recommandons également au CISSS de Chaudière-Appalaches de s'assurer du suivi des usagers hébergés afin de détecter les changements de comportement et de pouvoir modifier les mesures prescrites (y compris la médication) au besoin. 3. Nous recommandons enfin au CISSS de Chaudière-Appalaches de demeurer vigilant sur l'administration des médicaments en fonction des doses prescrites.	1. Formation sur les mesures alternatives : • S'assurer que le résident ait le bon système de détection de mobilité en fonction de son état; • Simulation dans une chambre avec infra-rouge afin de comprendre dans quelles circonstances il ne sonne pas; • Clarifier les rôles du matériel; • Clarifier qui installe les mesures alternatives; • Informer le personnel sur l'entretien préventif du matériel. 2. Faire le suivi des signes vitaux sur la feuille de paramètre de signes vitaux : • Faire une évaluation du résident lors des changements d'état; • S'assurer que ce qui est inscrit dans le rapport interservices pertinent à l'état du résident soit aussi inscrit dans la note d'évolution; • Réévaluer le risque de chute lorsque l'état du résident change et apporter une modification au PTI et au plan de travail du personnel. La formation sur l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique : enfant, adulte et aîné pour les infirmières, dont celles en CHSLD, aidera à l'amélioration de la qualité des évaluations réalisées par les infirmières. 3. Rappel à l'ensemble du personnel infirmier sur la procédure de la double vérification indépendante: • Capsule d'information sur la préparation de la médication en sous-cutané, avec exercices de calcul des doses prescrites.

Nº de rapport	Événement	Lieu	Recommandations	Mesures mises en place
1881	Arythmie cardiaque, consécutivement à une maladie artériosclérotique.	CLSC et CHSLD de Lac Etchemin	Nous recommandons au CISSS de Chaudière-Appalaches que le document intitulé « Procédure à suivre lors d'une demande d'hébergement temporaire pour usager provenant d'un secteur autre que Les Etchemins » soit revu afin que le patient hébergé temporairement puisse bénéficier d'une évaluation par un médecin lorsque son état de santé l'exige, sans devoir nécessairement recourir au médecin de famille.	La procédure a été revue en octobre 2017 et les modalités pour assistance médicale y sont spécifiées.
TOTAL	6			

Autres instances

Le Bureau de l'éthique clinique et organisationnelle

Le Bureau de l'éthique clinique et organisationnelle (le Bureau) relève de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE). Il est la porte d'entrée pour toute demande de consultation en éthique clinique et organisationnelle.

Au cours de la dernière année, le Bureau a traité 74 demandes de consultation et 24 demandes de développement ou de formation. Pour l'ensemble de ces demandes, 21 d'entre elles ont été référées vers un comité d'éthique de l'établissement pour lesquelles le Bureau assure le soutien administratif.

Les comités d'éthique clinique et organisationnelle et le comité d'éthique organisationnelle stratégique

Afin de répondre aux demandes de consultation qui exigent une délibération éthique et une réflexion à large spectre, trois comités d'éthique clinique et organisationnelle (CECO) et un comité d'éthique organisationnelle stratégique (CEOS) sont en place. Ceux-ci relèvent du conseil d'administration pour assurer leur indépendance.

Les CECO se sont réunis à 32 reprises pour analyser et explorer les enjeux suivants :

CECO soutien à l'autonomie des personnes âgées

Politique de consentement aux soins et services
Politique pour la création d'environnements sans fumée
Les relations extraconjugales en CHSLD
Le Guide des valeurs
Dilemme concernant des gestes inappropriés d'un proche envers un résident
Les niveaux de soins
Organisation de midis délibérations en CHSLD
Orientation ministérielle sur l'utilisation de caméras en CHSLD
Les niveaux d'intervention au soutien à domicile et le désengagement des usagers
Dissimulation de la médication dans la nourriture en CHSLD
Politique de partenariat usager
Refus de soins
Semaine nationale de l'éthique
Présence d'animaux de ferme en CHSLD

CECO santé physique

Politique de consentement aux soins et services
Le Guide des valeurs
Divulgation d'un diagnostic de VIH
Organisation de midis conférences
Aide médicale à mourir
Alimentation en fin de vie
Le consentement aux soins et aux services
Politique de partenariat usager
La gestion des listes d'attente
Semaine nationale de l'éthique

CECO santé mentale/dépendance, jeunesse, déficience intellectuelle - trouble du spectre de l'autisme et déficience physique

Politique de consentement aux soins et services
Politique pour la création d'environnements sans fumée
Le Guide des valeurs
Semaine nationale de l'éthique
La confidentialité portant sur un dossier judiciaire
L'interprétation de l'intérêt de l'enfant
Niveau d'intervention vs des propos suicidaires
Révision de la démarche de délibération éthique
Politique de partenariat usager
La confidentialité au sein d'une Maison de jeunes
Organisation de midis échanges

Le CEOS s'est réuni à quatre reprises pour analyser et explorer les enjeux suivants :

CEOS
Cadre de fonctionnement du CEOS
La démarche d'intégration des valeurs organisationnelles
Le Guide des valeurs
Bilan des activités des CECO
Le financement privé d'activités de l'établissement
Règlement portant sur les conflits d'intérêts
L'offre de service en psychothérapie pour les employés du CISSS de Chaudière-Appalaches
Cadre de référence en éthique
Politique de consentement aux soins et services
Politique de partenariat usager

5.3 Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement

CISSS de Chaudière-Appalaches	Installations				Total établissement
	Hôtel-Dieu de Lévis	Hôpital de Saint-Georges	Hôpital de Montmagny	Hôpital de Thetford Mines	
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	479	193	86	117	875
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	389	166	73	102	730
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 y exerce dans ses installations	20	11	( )	18	
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	20	11	( )	17	
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	20	10	( )	16	
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	73	34	11	22	140
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	67	33	11	21	132
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)	56	28	11	20	115
Nombre d'usagers différents mis sous garde (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période du 1er avril au 31 mars de l'année, peu importe le type ou le nombre de garde auxquels il a été soumis)	392	168	73	111	744

( ) : Nombre trop petit pour en permettre la publication.

5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits

Mandat de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services

En vertu des pouvoirs qui lui sont conférés par la loi, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, le commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services ainsi que les médecins examinateurs sont responsables envers le conseil d'administration, du respect des droits des usagers dans le cadre de leurs fonctions et du traitement diligent de leurs plaintes. Ils exercent, notamment les fonctions suivantes :

- Appliquer la procédure d'examen des plaintes en recommandant, au besoin, toutes mesures susceptibles d'en améliorer le traitement;
- Assurer la promotion de l'indépendance de son rôle, ainsi que la promotion du régime d'examen des plaintes et du code d'éthique;
- Examiner avec diligence une plainte, dès sa réception;
- Saisir toute instance visée lorsqu'en cours d'examen, une pratique ou une conduite d'un membre du personnel soulève des questions d'ordre disciplinaire et formule toute recommandation à cet effet dans ses conclusions;
- Informer, dans un délai de 45 jours, le plaignant des conclusions motivées auxquelles ils sont arrivés, accompagnées, le cas échéant, des recommandations transmises aux instances concernées et indique les modalités de recours auprès du Protecteur du citoyen ou du comité de révision dans le cas d'une plainte médicale;
- Dresser au moins une fois par année un bilan de leurs activités.

La mission et les valeurs

Ayant pour mission de s'assurer du respect et de l'application du régime d'examen des plaintes, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services s'assure également de promouvoir la qualité des services et le respect des droits des usagers. Inspirée par les valeurs organisationnelles du CISSS de Chaudière-Appalaches, ses actions et ses réflexions reposent sur des valeurs dont les principales se déclinent ainsi : l'équité, l'humanisme et la collaboration. Ces valeurs se traduisent dans l'exécution de son rôle et de ses responsabilités, tant auprès des usagers, des partenaires que de l'ensemble de la population.

Comparatif des dossiers conclus 2016-2017 et 2017-2018

Comparatif des dossiers 2016-2017 et 2017-2018	2016-2017	2017-2018
Nombre de plaintes conclues	447	385
Nombre d'interventions	400	468
Nombre d'assistances auprès des usagers	507	375
Nombre de consultations	40	57
Nombre de plaintes qui ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du citoyen	49	33
Délai moyen pour le traitement des plaintes (jours)	48	28

Comparatif des principaux motifs de plaintes (tableau par catégories d'objets)

Catégories d'objets	2016-2017				2017-2018			
	Plaintes générales et médicales	Interventions	Total	% Total par motif	Plaintes générales et médicales	Interventions	Total	% Total par motif
Accessibilité	136	110	246	18	114	122	236	17
Aspect financier	45	38	83	6	57	34	91	6
Droits particuliers	72	36	108	8	65	55	120	8
Organisation du milieu et ressources matérielles	88	102	190	14	93	111	204	14
Relations interpersonnelles	172	80	252	18	146	114	260	18
Soins et services	350	138	488	36	342	175	517	36
Autres	1	3	4	0	4	3	7	1
TOTAL	**864**	**507**	**1 371**	**100**	**821**	**614**	**1435**	**100**

Nous constatons que les motifs de plainte les plus fréquents portent sur les soins et services dispensés (517), ce qui constitue une augmentation de 6 % (517/488) par rapport à 2016-2017, suivis des relations interpersonnelles (260) et de l'accessibilité (236). Pour 2017-2018, le traitement des dossiers a généré plus de 500 mesures d'amélioration comprenant 100 recommandations portant, le plus souvent, sur les soins et les services dispensés par le personnel. Plus spécifiquement, les usagers ont remis en question les interventions réalisées, les habiletés techniques et professionnelles, l'évaluation et le jugement professionnel.

L'ensemble des recommandations adressées aux instances visées sont déposées au comité de vigilance et de la qualité des services. Chacune des directions concernées a la responsabilité d'actualiser les recommandations émises par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Un outil de suivi organisationnel a été déployé afin que le comité de direction assure une vigie à cet effet.

5.4.1 Le rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services

Le rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services est disponible dans la section « Commissaire aux plaintes » du site Internet du CISSS de Chaudière-Appalaches : http://www.cisss-ca.gouv.qc.ca/droits-des-usagers/commissaires-aux-plaintes/.

5.5 L'information et la consultation de la population

L'information de la population

Le CISSS de Chaudière-Appalaches met en place plusieurs moyens pour informer la population. Le site Internet de l'établissement offre aux usagers une foule d'informations à propos des services offerts et sur la façon d'y avoir accès, en plus de présenter des actualités variées. Outre cet outil de communication, l'établissement diffuse de l'information régulièrement et assure une présence marquée sur différents médias sociaux : page Facebook, chaîne YouTube, Twitter, LinkedIn. Le CISSS de Chaudière-Appalaches diffuse aussi de l'information concernant ses activités dans les médias traditionnels (ex. : journaux locaux). D'ailleurs, en lien avec son plan de communication stratégique, l'établissement souhaite accroître sa présence dans les médias traditionnels au cours des prochaines années pour y faire la promotion de ses services et faire connaître ses bons coups à la population.

La première séance publique annuelle d'information du CISSS de Chaudière-Appalaches a eu lieu le 7 novembre 2017. La population était invitée à assister à cette rencontre dans laquelle le président-directeur général, M. Daniel Paré, a présenté le rapport 2015-2016 sur les activités de l'établissement. Les rapports des instances et des comités ainsi que les grandes orientations 2016-2017 ont également été présentés. Cette séance publique annuelle s'est terminée par une période de questions et d'échanges.

La consultation de la population

Le CISSS de Chaudière-Appalaches met les usagers à contribution à l'égard de l'organisation des services en adoptant une approche de partenariat avec eux. Cette façon de faire est en pleine cohérence avec les valeurs organisationnelles que sont l'humanisme, la collaboration et l'équité. Ces dernières ont d'ailleurs été déterminées, entre autres, avec la participation des usagers, ce qui est un bel exemple de coconstruction.

Pourquoi adopter l'approche de partenariat avec les usagers?

- Parce que l'établissement veut améliorer et humaniser les soins et services aux usagers;
- Parce que les usagers sont les premiers concernés dans la prise en charge de leur condition;
- Parce qu'une participation réelle des usagers favorise l'autodétermination et l'obtention de meilleurs résultats de santé;
- Parce que les savoirs expérientiels des usagers sont riches, complémentaires aux savoirs cliniques et qu'ils transforment notre vision des soins et services;
- Parce que le fait de considérer la perspective des usagers nous permet de mieux répondre à leurs besoins, d'améliorer nos actions, non seulement « pour », mais d'abord « avec » eux;
- Parce que les usagers doivent avoir une place active et équitable dans leur système de santé.

Au CISSS de Chaudière-Appalaches, c'est la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique qui a le rôle de développement et de soutien aux autres directions en ce qui a trait à l'implication d'usagers ou de proches comme collaborateurs en amélioration des services. Cet accompagnement est déjà effectif auprès de plusieurs équipes-projets et il est appelé à s'étendre davantage dans les prochaines années.

Évidemment, l'approche de partenariat avec les usagers intègre implicitement la satisfaction de l'usager. Cette dernière est aussi couverte par les sondages de satisfaction des usagers qui sont réalisés dans le cadre de la démarche d'agrément, par le comité des usagers ainsi que par les différentes directions de l'établissement qui souhaitent ponctuellement évaluer la portée de leurs interventions.

6. L'application de la Politique portant sur les soins de fin de vie

Santé physique - soins palliatifs et de fin de vie

Plan stratégique ministériel

12. Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant les choix des personnes	
	2017-2018
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1130 (à la P11)
1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie	51

Formation générale sur les soins palliatifs et de fin de vie

Développer les compétences en SPFV des intervenants du réseau

Nombre total de personnes à former en 2017-2018	1 005
Nombre total de personnes formées en 2017-2018	P 9 : 35 % P 13 : Un peu plus de 402 personnes, soit environ 40 %

Approche mentorat

Nombre total de personnes à former en 2017-2018	Infirmières auxiliaires : 197 Auxiliaires de soins : 58 Préposés aux bénéficiaires : 339
Nombre total de personnes formées en 2017-2018	Infirmières auxiliaires : 0 Auxiliaires de soins : 0 Préposés aux bénéficiaires : 0

Santé et Services sociaux Québec

Direction générale des services de santé et médecine universitaire

Application de la Politique concernant les soins de fin de vie

Rapport du président-directeur général au conseil d'administration de l'établissement et à la Commission sur les soins de fin de vie (Loi concernant les soins de fin de vie, Chapitre III, art. 8)

du 10 décembre 2016 au 9 juin 2017

Activité	Information demandée	Site ou installation				
		Hôpital	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	Total
Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie (données dont l'exactitude est à bonifier, ainsi que la comparabilité d'une période à l'autre)	**En hôpital de courte durée (source MedÉcho)** Alphonse-Desjardins : 164 Montmagny-L'Islet : 95 Beauce : pas de lits réservés Thetford : 63 (saisie du 10 décembre 2016 au 31 mars 2017)	312				**312**
	En CHSLD (source Gestred, medipatient, Impromptu) Alphonse-Desjardins : 31 Montmagny : 16 Beauce : N/D Thetford : 45 Etchemins : 10		102			**102**
	À domicile (source I-CLSC) Alphonse-Desjardins : 360 Montmagny-L'Islet : 138 Beauce : 112 Thetford : 125 Etchemins : 36			771		**771**
	En maison de soins palliatifs (source Gestred) Maison de soins palliatifs du Littoral : N/D Maison de soins palliatifs Catherine de Longpré : N/D				162	**162**
	En CHSLD privé conventionné Pavillon Bellevue : 9 CH de l'Assomption à Saint-Georges de Beauce : 24 Saint-Joseph de Lévis : 32 Chanoine-Audet : N/D			65		**65**
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	27				**27**
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	22				**22**
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	17				**17**
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs. Informations complémentaires : (1 patient a demandé la SPC, 1 patient n'éprouve pas de souffrances physiques ou psychiques constantes, 1 patient inapte à consentir aux soins et n'a pas formulé lui-même la demande d'AMM, 1 patient en détresse respiratoire nécessitant sédation palliative pour confort et 1 patient ayant retiré sa demande).	5				**5**

du 10 juin 2017 au 9 décembre 2017

Activité	Information demandée	Site ou installation				
		Hôpital	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	Total
Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie (données dont l'exactitude est à bonifier, ainsi que la comparabilité d'une période à l'autre)	**En hôpital de courte durée (source MedÉcho)** Alphonse-Desjardins : 185 Montmagny-L'Islet : 6 Beauce : pas de lits réservés (66 codifiés SP) Thetford : 12	269				**269**
	En CHSLD (source Gestred, medipatient, Impromptu) Alphonse-Desjardins : 30 Montmagny : 19 Beauce : N/D Thetford : 43 Etchemins : 10		102			**102**
	À domicile (source I-CLSC) Alphonse-Desjardins : 336 Montmagny-L'Islet : 118 Beauce : 101 Thetford : 128 Etchemins : 32			715		**715**
	En maison de soins palliatifs (source Gestred) Maison de soins palliatifs du Littoral: 74 Maison de soins palliatifs Catherine de Longpré: 88				162	**162**
	En CHSLD privé conventionné Pavillon Bellevue : 14 CH de l'Assomption à Saint-Georges de Beauce : N/D Saint-Joseph de Lévis : N/D Chanoine-Audet : 24 Le CHSLD Vigi Notre-Dame de Lourdes : N/D			38		**38**
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	31				**31**
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	24				**24**
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	23				**23**
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs. Informations complémentaires : 1 patient a accepté la sédation palliative	1				**1**

7. L'application de la Loi sur la protection de la jeunesse

La directrice de la protection de la jeunesse - directrice provinciale (DPJ-DP) applique principalement deux lois : la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA). Elle est également responsable d'administrer le Code civil du Québec en matière d'adoption québécoise et elle assume des responsabilités en adoption internationale. De plus, la DPJ-DP agit à titre de tutrice légale pour un certain nombre d'enfants.

Elle doit assumer personnellement, au plan légal, la responsabilité de toutes les décisions prises et de toutes les interventions faites auprès de chacun des enfants qui lui sont confiés. La DPJ-DP est donc responsable de chaque enfant dont elle a pris sa situation en charge dans le cadre de la LPJ et de la LSJPA. Cette imputabilité lui confère un rôle d'autorité sociale où elle se doit de s'assurer en tout temps qu'il y ait une réponse aux besoins des enfants et des familles du territoire qu'elle dessert. Au Québec, il y a une DPJ-DP pour chacune des régions administratives.

La DPJ-DP ne peut agir seule afin de s'assurer que chacun des enfants soit protégé. Elle a donc besoin de compter sur la bienveillance de toute la population. À ce titre, la Loi sur la protection de la jeunesse oblige tout citoyen ou professionnel à signaler la situation d'un enfant dont il considère qu'il n'a pas réponse à ses besoins essentiels.

Cette année, la DPJ-DP a traité 4 962 signalements, ce qui correspond à une augmentation de 11 % comparativement à l'année précédente. Le principal motif de signalements retenus cette année est celui de négligence (530), suivi de près par l'abus physique (495). La négligence (153) et les troubles de comportement (101) sont cependant les principaux motifs pour lesquels la sécurité et le développement de l'enfant sont considérés compromis et qu'il est pris en charge par la DPJDP, mais suivi de près par l'abus physique (93). Nous remarquons une proportion importante d'enfants âgés de 0 à 12 ans signalés à la protection de la jeunesse (72,3 % vs signalements traités). Des initiatives de concertation avec tous les acteurs du milieu ont cours de façon continue afin d'en comprendre les raisons et d'agir préventivement pour éviter que la situation des enfants se détériore en Chaudière-Appalaches. C'est sur le territoire de Beauce-Sartigan (18,3 %) que nous retrouvons le nombre le plus élevé des enfants âgés entre 0 et 5 ans suivis par la DPJ-DP.

L'accessibilité, la qualité et l'efficience de nos services sont des priorités pour la DPJ-DP. En ce sens, toutes les situations signalées requérant une intervention immédiate ou de 24 heures le sont dans les délais prévus.

En ce qui concerne le service des jeunes contrevenants, nous avons donné, en 2017-2018, des services à 476 jeunes âgés de 12 à 18 ans ayant commis des délits (98 filles et 378 garçons). Les garçons se trouvent représentés en plus grand nombre (79,4 %), 242 jeunes ont été concernés par une mesure de sanctions extrajudiciaires et 175 jeunes par des mesures judiciaires. La possession de stupéfiants, le trafic et les vols sont parmi les délits les plus commis.

Cette année, nous avons procédé à 11 adoptions québécoises, ce qui représente plus du double de l'année dernière. Les modifications prévues au Code civil du Québec en matière d'adoption seront mises en application à compter de la mi-juin 2018. Nous nous attendons à une augmentation de nos situations d'adoptions québécoises. En ce qui concerne l'adoption internationale, les délais sont toujours en augmentation considérant que la réalité de plusieurs pays a changé et que les enfants en attente d'adoption sont souvent en grands besoins spéciaux qui nécessitent des soins et une implication plus grande des parents adoptifs. Nous avons huit nouveaux jugements d'enfants confiés à un tuteur.

À travers la transformation du réseau, la Direction de la protection de la jeunesse s'est fait mieux connaître par l'ensemble des directions et cela a permis une meilleure communication facilitant ainsi les zones de collaboration. Les défis de la prochaine année sont nombreux. Nous travaillerons principalement à favoriser et à actualiser l'intégration des services de 1re et de 2e ligne afin d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la fluidité entre les différents programmes. Nous participons aussi à la création d'un centre de services intégrés en abus et maltraitance avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale afin de faciliter le parcours de soins de l'enfant qui est victime d'abus ou de négligence grave. Nous sommes impliqués dans le programme d'intervention sociojudiciaire en conflits sévères de séparation avec deux autres CISSS et CIUSSS ainsi que la magistrature.

Ce programme est novateur et fera l'objet d'une évaluation dans le but qu'il soit implanté dans toutes les régions du Québec. Cette année, l'ensemble des services de la protection de la jeunesse a connu des hausses de volume exceptionnelles. Des défis de recrutement et de rétention de la main-d'œuvre font aussi partie des enjeux de la direction.

La protection des enfants est l'affaire de tous!

Signalements traités

	2016-2017						
	0-5 ans	6-12 ans	13-15 ans	16-17 ans	Inconnu	Total	%
Fille	617	839	400	157	9	2022	45,8 %
Garçon	731	1045	376	215	24	2391	54,2 %
Inconnu	2	0	0	0	0	2	0 %
Total	1350	1884	776	372	33	4415	100 %

	2017-2018						
	0-5 ans	6-12 ans	13-15 ans	16-17 ans	Inconnu	Total	%
Fille	728	918	456	219	28	2349	47,34 %
Garçon	784	1154	433	211	28	2610	52,60 %
Inconnu	1	1	0	0	1	3	0,06 %
Total	1513	2073	889	430	57	4962	100 %

Signalements retenus par MRC

MRC	2016-2017	2017-2018
Beauce-Sartigan	267	288
Bellechasse	155	150
Chutes-de-la-Chaudière	258	336
Desjardins	231	266
Appalaches	231	279
L'Islet	69	85
Nouvelle-Beauce	124	158
Etchemins	69	102
Lotbinière	156	185
Montmagny	119	110
Robert-Cliche	84	90
Hors-territoire	95	79
Total	**1858**	**2128**

Provenance des signalements traités

	2016-2017	2017-2018
Milieu familial	17,7 %	20,80 %
Employé d'un CJ	11,9 %	8,6 %
Employé d'un CSSS	13,5 %	10,2 %
Employé d'un CH ou médecin	5,1 %	4,8 %
Autres professionnels	1 %	0,5 %
Milieu scolaire	19,5 %	19,9 %
Milieu policier	17,2 %	16,9 %
Communauté	12,7 %	16,3 %
Milieu de garde	1,4 %	2.0 %
Total	100 %	100 %

Nombre de signalements retenus par problématique

Problématiques	2016-2017	2017-2018
Abandon	2	2
Abus physique	464	495
Risque sérieux d'abus physique	165	172
Abus sexuel	91	100
Risque sérieux d'abus sexuel	82	99
Mauvais traitements psychologiques	237	230
Négligence	412	530
Risque sérieux de négligence	242	246
Troubles de comportements sérieux	163	254
Total	**1 858**	**2 218**

Enfants dont la situation est prise en charge par la DPJ

	2016-2017		2017-2018	
Problématiques	**Total**	**%**	**Total**	**%**
Abandon	25	1,7 %	23	1,4 %
Abus physique	130	8,5 %	159	9,9 %
Risque sérieux d'abus physique	63	4,1 %	65	4 %
Abus sexuel	35	2,3 %	29	1,8 %
Risque sérieux d'abus sexuel	28	1,8 %	35	2,2 %
Mauvais traitements psychologiques	240	15,7 %	270	16,8 %
Négligence	403	26,4 %	422	26,2 %
Risque sérieux de négligence	401	26,3 %	418	25,9 %
Troubles de comportement sérieux	201	13,2 %	190	11,8 %
Total	**1 526**	**100 %**	**1 611**	**100 %**

Milieu de vie des enfants à l'application des mesures au 31 mars

	31 mars 2017		31 mars 2018	
Problématiques	Total	%	Total	%
Suivi dans le milieu familial	593	55,2 %	585	54,6 %
Confié à un tiers significatif	67	6,2 %	75	7 %
Ressources de type familial	345	32,1 %	337	31,4 %
CR et RI	70	6,5 %	75	7 %
Autres ressources	0	0 %	0	0
Total	1 075	100 %	1 072	100 %

8. Les ressources humaines

Comparaison 2014-2015 à 2017-2018

Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 – Personnel d'encadrement	2014-15	795 889	1 813	797 701	438	516
	2015-16	695 418	2 237	697 655	382	462
	2016-17	641 420	1 861	643 281	353	419
	2017-18	621 556	1 775	623 332	342	401
	Variation	(21,9 %)	(2,1 %)	(21,9 %)	(21,9 %)	(22,3 %)
2 – Personnel professionnel	2014-15	2 227 365	9 308	2 236 674	1 233	1 610
	2015-16	2 255 944	10 392	2 266 336	1 248	1 605
	2016-17	2 318 930	9 173	2 328 103	1 284	1 663
	2017-18	2 457 538	12 756	2 470 294	1 363	1 755
	Variation	10,3 %	37 %	10,4 %	10,5 %	9 %
3 – Personnel infirmier	2014-15	4 774 896	132 463	4 907 359	2 567	3 393
	2015-16	4 719 417	118 859	4 838 276	2 537	3 350
	2016-17	4 703 351	142 496	4 845 846	2 520	3 368
	2017-18	4 808 591	172 701	4 981 292	2 574	3 409
	Variation	0,7 %	30,4 %	1,5 %	0,3 %	0,5 %
4 – Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	7 446 935	114 332	7 561 267	4 102	5 720
	2015-16	7 362 120	110 726	7 472 847	4 057	5 639
	2016-17	7 364 251	130 394	7 494 645	4 060	5 726
	2017-18	7 508 116	170 702	7 678 818	4 140	5 989
	Variation	0,8 %	49,3 %	1,6 %	0,9 %	4,7 %
5 – Ouvriers, personnel d'entretien et service	2014-15	1 659 784	18 329	1 678 112	847	1 329
	2015-16	1 659 210	17 302	1 676 512	846	1 310
	2016-17	1 657 211	19 333	1 676 544	845	1 320
	2017-18	1 641 617	24 392	1 666 009	837	1 335
	Variation	(1,1 %)	33,1 %	(0,7 %)	(1,1 %)	0,5 %
6 – Étudiants et stagiaires	2014-15	20 028	178	20 206	11	68
	2015-16	16 482	80	16 562	9	73
	2016-17	6 707	31	6 738	4	31
	2017-18	9 982	110	10 092	6	37
	Variation	(50,2 %)	(37,9 %)	(50,1 %)	(50,2 %)	(45,6 %)
Total du personnel	2014-15	16 924 896	276 423	17 201 319	9 198	12 105
	2015-16	16 708 591	259 597	16 968 188	9 080	11 892
	2016-17	16 691 870	303 287	16 995 157	9 066	11 954
	2017-18	17 047 400	382 437	17 429 837	9 261	12 290
	Variation	0,7 %	38,4 %	1,3 %	0,7 %	1,5 %

La cible d'effectifs (réduction de 1 %) fixée par le ministère de la Santé et de Services sociaux n'a pas été respectée par le CISSS de Chaudière-Appalaches. Nous notons plutôt une augmentation de 1,3 %. Cette variation s'explique par le fait que certains des investissements dans le réseau de la santé et des services sociaux annoncés en cours d'exercice financier ont pu avoir des impacts additionnels imprévus sur les effectifs des établissements et contribuer, dans certains cas, au dépassement des cibles d'effectifs allouées par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

9. Les ressources financières

9.1 L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Les charges des activités principales du fonds d'exploitation ont permis de soutenir l'ensemble des programmes-services :

Répartition des charges brutes par programmes

(Fonds d'exploitation – activités principales) (Informations non-auditées)

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent	
	Dépenses	%	Dépenses	%
Programmes-services				
Santé publique	15 018 312 $	1,58 %	15 893 944 $	1,80 %
Services généraux – activités cliniques et d'aide	51 003 980 $	5,36 %	40 417 143 $	4,58 %
Soutien à l'autonomie de personnes âgées	164 470 537 $	17,28 %	147 072 935 $	16,66 %
Déficience physique	31 781 299 $	3,34 %	27 697 489 $	3,14 %
Déficience intellectuelle et TSA	62 775 881 $	6,60 %	60 179 434 $	6,82 %
Jeunes en difficulté	57 930 492 $	6,09 %	53 002 887 $	6 %
Dépendances	5 753 310 $	0,60 %	3 638 981 $	0,41 %
Santé mentale	55 450 828 $	5,83 %	47 256 186 $	5,35 %
Santé physique	312 722 708 $	32,86 %	298 884 537 $	33,85 %
Programmes soutien				
Administration	65 565 435 $	6,89 %	62 365 582 $	7,06 %
Soutien aux services	69 366 906 $	7,29 %	67 599 606 $	7,66 %
Gestion des bâtiments et des équipements	59 975 032 $	6,30 %	58 986 758 $	6,68 %
Total	**951 814 720 $**	**100 %**	**882 995 482 $**	**100 %**

Note : À compter de l'exercice financier 2017-2018, les dépenses de transfert envers les organismes communautaires sont comptabilisées au rapport financier annuel de l'établissement.

Pour plus d'information sur les ressources financières de l'établissement, il est possible de consulter le rapport financier annuel AS-471 publié sur le site Internet du CISSS de Chaudière-Appalaches à l'adresse *https://www.cisss-ca.gouv.qc.ca/le-cisss-de-chaudiere-appalaches/rapports-et-publications-administratives/recherche-par-theme/categorie/41/*. Ce rapport inclut notamment les états financiers de l'organisation.

9.2 L'équilibre budgétaire

L'établissement a clos l'exercice financier 2017-2018 avec un surplus de 14 210 $ ventilé comme suit :

Fonds d'exploitation	Surplus de l'exercice	549 885 $
Fonds d'immobilisations	Déficit de l'exercice	(535 675) $
Total	**Surplus de l'exercice**	**14 210 $**

À la lumière des résultats mentionnés ci-dessus, l'établissement a respecté son obligation légale de ne pas encourir de déficit à la fin d'une année financière.

9.3 Les contrats de services

Au cours de l'année financière 2017-2018, des contrats de service, comportant une dépense de 25 000 $ et plus, ont été conclus comme mentionné dans le tableau suivant :

Contrats de services, comportant une dépense de 25 000 $ et plus, conclus entre le 1er avril et le 31 mars

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique[1]	1	230 010 $
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique[2]	192	47 438 803 $
Total des contrats de services	**193**	**47 668 813 $**

1. Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.
2. Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.

10. L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant

Lors de la réalisation de ses différents mandats, l'auditeur indépendant peut émettre des réserves, commentaires et observations aux établissements. Lorsqu'il y a lieu, ces derniers prennent des mesures pour régler ou améliorer la problématique identifiée.

Le tableau des pages suivantes doit être rempli par les établissements publics et intégré à la page 140 du rapport financier annuel. Il vise à informer sur les différentes mesures appliquées pour régler ou améliorer les problématiques soulevées par le biais des réserves, observations et commentaires formulés par l'auditeur indépendant dans l'un des documents suivants :

- Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers et autres informations financières;
- Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées;
- Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres;
- Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant;
- Rapport à la gouvernance.

Pour compléter l'information requise, les établissements publics décrivent d'abord chaque réserve, observation et commentaire en précisant leur nature de la façon suivante :

- R : pour réserve;
- O : pour observation;
- C : pour commentaire.

Ils ajoutent également l'année où la réserve, l'observation ou le commentaire a été formulé pour une première fois.

Puis, ils indiquent la ou les mesures appliquées ou inscrivent « aucune » si aucune disposition n'a été prise. Certaines réserves peuvent émaner du respect de directives spécifiques du Ministère, par exemple la comptabilisation des contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures (SQI) (anciennement la Société immobilière du Québec (SIQ)) à titre de contrats de location-exploitation au lieu de contrats de location-acquisition tel que préconisé par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Dans une telle situation, les établissements publics inscrivent : « aucune, car directive du MSSS ».

Finalement, les établissements mentionnent l'état au 31 mars de l'exercice de la problématique soulevée, ceci à l'aide d'un X dans la case appropriée :

- R : pour réglée;
- PR : pour partiellement réglée;
- NR : pour non réglée.

Les établissements publics doivent reporter les réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant en 2016-2017 en plus d'indiquer les nouvelles réserves, commentaires et observations émis pour l'exercice en cours. De plus, ils doivent indiquer les mesures prises au cours de l'exercice 2017-2018. Ce tableau est également présenté dans le rapport annuel de gestion.

S'ils le jugent approprié, les établissements publics peuvent ajouter leurs commentaires au tableau pour assurer une meilleure compréhension de la situation.

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

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers et autres informations financières						
R-1 Les contrats de location d'immeubles conclus entre le CISSS de Chaudière-Appalaches et 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 », du *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition.	2011-2012	R	Applicable globalement pour le CISSS-CA depuis 2016 Aucune, car il s'agit d'une directive du MSSS			NR
R-2 Par ailleurs, le CISSS-CA n'a pas pris les mesures nécessaires afin de s'assurer que toutes les informations en regard de ses obligations contractuelles soient établies et présentées adéquatement au rapport financier annuel aux pages 635-00 à 635-03. Étant donné l'impossibilité d'obtenir des éléments probants suffisants et appropriés concernant l'exhaustivité, la réalité et l'exactitude de ces informations, nous n'avons pu déterminer si les pages 635-00 à 635-03 du rapport financier annuel auraient dû faire l'objet d'ajustements à cet égard.	2012-2013	R	Applicable globalement pour le CISSS-CA depuis 2016. <u>Exercice 2017-2018</u> Des améliorations ont été apportées au cours de l'année 2017-2018. D'une part, l'ensemble des gestionnaires ont été sollicités dans le cadre de l'identification des obligations contractuelles. D'autre part, une description du processus a été réalisée afin de s'assurer d'une compréhension commune.		PR	

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
R-3 Le CISSS-CA n'a pas comptabilisé, au 31 mars 2016, à l'état de la situation financière, des subventions à recevoir du gouvernement du Québec concernant des immobilisations financées ou devant être financées par emprunts pour lesquelles des travaux ont été réalisés. Cette situation constitue une dérogation à la norme comptable sur les paiements de transfert (Normes comptables canadiennes pour le secteur public) qui prévoit la comptabilisation des subventions lorsqu'elles sont autorisées par le gouvernement à la suite de l'exercice de son pouvoir habilitant et que le CISSS-CA a satisfait aux critères d'admissibilité. Par ailleurs, l'article 1.1 de la ***Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics ou municipaux et certains autres transferts*** (RLRQ, chapitre S-37.01) énonce que la seule partie d'une subvention qui doit être comptabilisée est celle qui est exigible dans l'exercice du CISSS-CA et autorisée par le Parlement dans l'année financière du gouvernement du Québec, comme le prescrit la loi, les ajustements suivants, selon l'estimation établie, sont nécessaires afin que les états financiers du CISSS-CA respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2013-2014	R	Applicable globalement pour le CISSS-CA depuis 2016. Aucune, car il s'agit d'une directive du MSSS.			NR
Questionnaire à compléter par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
QAI-1 L'absence d'un registre comptable permanent des immobilisations ne permet pas le respect des principes directeurs sur les immobilisations.	2013-2014	C	Applicable globalement pour le CISSS-CA depuis 2016.			NR
QAI-3 Pour les non-conformités au MGF concernant les unités de mesure, voir l'annexe au rapport de l'auditeur – Unités de mesure et heures travaillées et rémunérées.	2013-2014	C	Applicable globalement pour le CISSS-CA depuis 2016. Voir les réponses au suivi des commentaires UM ci-dessus.		PR	

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
QAI-4 Non-conformité à la circulaire 2007-003 concernant les activités accessoires commerciales de GESTAC – autorisation de l'agence non obtenue pour l'octroi du contrat.	2013-2014	C	L'établissement est présentement en révision du mode de gouvernance de ses activités commerciales, notamment de ses activités de stationnement. Ce nouveau mode de gouvernance permettra de respecter les dispositions prévues à la circulaire 03.01.10.12.			NR
QAI-10 Pour plusieurs ententes conclues avec des ressources intermédiaires et des ressources de type familial (RI/RTF), des renouvellements ont été inscrits dans les obligations contractuelles présentées à la page 635-00 alors que les ententes ne venaient pas à échéance dans un avenir suffisamment rapproché afin que l'établissement soit en mesure de n'avoir aucune incertitude quant à son renouvellement. De plus, les valeurs utilisées pour établir les coûts n'ont pas été indexées annuellement. Cela contrevient à la circulaire 2016-001 (annexe 3).	2015-2016	C	A compter de l'exercice 2016-2017, les engagements pour les RI et RTF ont été établis en fonction de chaque contrat RI et RTF. Tous les contrats ont été déposés sur un répertoire commun afin que toutes les personnes impliquées dans la détermination de l'engagement puissent y avoir accès. Des efforts ont été faits afin que les dates de début et de fin initiales du contrat versus les dates de début et de fin des périodes de renouvellement soient adéquatement considérées lors de l'évaluation de l'engagement. Les engagements ont été indexés selon ce qui a été requis par le MGF.	R		
QAI-11 L'inscription d'un ajustement au centre d'activités 7700, en lien avec les loyers de la SQI, ne répond pas à la description d'un ajustement tel que présenté au MGF, chapitre 3, section C.	2016-2017	C	Aucun ajustement en lien avec les loyers de la SQI n'a été présenté au centre d'activités 7700 pour 2017-2018.	R		

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
QAI-12 Utilisation de la colonne ajustement du solde au début pour des montants non significatifs dans certaines pages évolutives. Cette situation n'est pas conforme aux directives des pages explicatives du rapport financier annuel.	2016-2017	C	<u>Fonds d'exploitation :</u> La colonne ajustement du solde au début a été utilisée aux pages 290-00 et 390-00 pour des montants respectifs de 466 878 $ et 902 097 $. En plus d'être significatifs, ces ajustements sont notamment requis par la NOCC-26 sur l'approvisionnement en produits sanguins de même que le message aux abonnés du 15 avril 2018 de la circulaire 2014-005 portant sur la facturation des analyses de laboratoire entre établissements. <u>Fonds d'immobilisation :</u> Utilisé en 2016-2017 à la page 294-00 pour des raisons particulières d'ajustements requis pour respecter les critères de revenus reportés. En 2017-2018, la recommandation est appliquée en immobilisations.	R		
QAI-13 Dans les résultats attendus établis au fonds d'immobilisations, les revenus relatifs aux projets autofinancés, financés par un réaménagement budgétaire (ponction), ne correspondent pas au montant des remboursements en capital et intérêts effectués par le MSSS en lieu et place de l'établissement. Cette situation n'est pas conforme aux directives des pages explicatives du rapport financier annuel.	2016-2017	C	En 2016-2017, à la suite d'une mauvaise interprétation de la page explicative, cette situation était présente. Au 31 mars 2018, la situation sera également présente afin de corriger l'erreur de l'an dernier et rétablir la situation au solde de fonds.		PR	
QAI-14 Des rétributions RI-RTF relatives à la mesure liée aux services de soutien ou d'assistance exceptionnels (MSSAE) ont été versées sans avoir soumis le formulaire de demande de MSSAE au MSSS et sans avoir obtenu son approbation, conformément à l'annexe 8 de la circulaire 2017-028 (2016-033).	2016-2017	C	L'établissement s'est assuré de faire approuver préalablement à leur rétribution toute mesure relative aux services de soutien ou d'assistance exceptionnels (MSSAE).	R		

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
UM-1 <u>CISSS-CA</u> Selon le MGF, l'usager doit être compilé une seule fois durant l'exercice pour l'établissement en entier. Étant donné que les numéros de dossier des usagers diffèrent pour chacune des installations de l'établissement, il est difficile pour la direction d'identifier qu'un même usager s'est présenté dans plusieurs installations durant l'exercice financier. Ainsi, il y a un risque d'une surévaluation potentielle, mais cet écart ne peut être quantifié. Les sous-centres d'activités visés sont ceux qui sont présents dans plus d'une installation ou pour lesquels le processus de compilation ne permet pas de repérer un même usager qui a utilisé les services dans plus d'une installation.	2013-2014	R	Applicable globalement pour le CISSS-CA depuis 2016. Cette réserve ne pourra se régler tant et aussi longtemps que nous n'aurons pas un index patient unique pour tous les systèmes.			NR
UM-3 <u>CISSS-CA</u> Nous avons relevé dans plusieurs sous-centres d'activités, qui sont composés de l'addition de plusieurs autres sous-centres d'activités, que les statistiques cumulatives n'étaient pas bien compilées. Cette anomalie a été retracée dans les sous-centres suivants : 6000 Administration des soins : sous-évaluation de 1 898 jours-présence, cette anomalie a été corrigée. 6804 Pharmacie usagers hospitalisés : sous-évaluation de 949 jours-présence, cette anomalie a été corrigée. 7606 Cueillette, distribution et autres charges : sous-évaluation de 9 276 jours-présence. En 2017-2018, des écarts entre la période testée et le total annuel n'ont pas pu être expliqués.	2015-2016	R	Rencontres faites en cours d'année dans différents secteurs, mais celles-ci ne sont pas terminées. Création d'un fichier de compilation CISSS-CA et suivi périodique des données avec validation de la part du personnel de la gestion de l'information.		PR	

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
UM-4 <u>CSSS Alphonse-Desjardins - 4131</u> Concernant l'unité de mesure « l'usager » du sous-centre d'activités 4131 (Maladies infectieuses à déclaration obligatoire, les signalements et les éclosions), nous avons constaté que des interventions avaient été saisies avec le mauvais code de sous-programme et incluses dans ce sous-centre d'activités alors qu'elles auraient dû être incluses au sous-centre 4133 (Prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang). L'importance de cette anomalie n'a pas été quantifiée, mais cela a néanmoins pour effet de surévaluer le nombre d'usagers.	2014-2015	R	Des rencontres ont été faites avec les intervenants. Compte tenu des résultats, des précisions seront à apporter auprès des intervenants. Suivi auprès des intervenants. Nous croyons que l'information est bel et bien comprise.	R		
UM-7 <u>CSSS Alphonse-Desjardins - 6174</u> Pour le sous-centre d'activités 6174 (Soins infirmiers à domicile), bien que des coûts soient comptabilisés, aucune unité de mesure n'est compilée. Ces coûts correspondent à des soins infirmiers prodigués à des usagers en CHSLD qui auraient dû être comptabilisés dans le sous-centre d'activités 6060 (Soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie). Cette anomalie n'a pas été quantifiée, mais cela a pour effet de surévaluer les coûts du sous-centre d'activités 6174 et de sous-évaluer le coût unitaire du sous-centre d'activités 6060. Les tests effectués en 2017-2018 n'ont permis de relever aucun écart.	2014-2015	R	Une analyse a été réalisée par la direction concernée (DRFA) afin d'identifier la source de l'écart (imputation des coûts).		PR	

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
UM-8 <u>CSSS Alphonse-Desjardins - 6322</u> Concernant l'unité de mesure « le retraitement » du sous-centre d'activités 6322 (Unité de retraitement des dispositifs médicaux – CLSC et CH), nous avons constaté, pour la période testée, que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes : A : Certaines données n'étaient pas inscrites alors que d'autres étaient compilées en double ou ne devaient être compilées (ex. : oxyde non compilé ou endoscope et ozone en double ou stérilisation rapide en trop). En 2017-2018, des erreurs de compilation ont été retracées concernant sept unités manquantes.	2014-2015	R	A : Rencontre faite et correction demandée, compte tenu des résultats, des précisions seront à apporter auprès des intervenants. Rencontre au niveau du CISSS-CA effectuée en cours d'année avec les gestionnaires pour discussion des problématiques soulevées. La donnée est maintenant adéquate.			NR
UM-10 <u>CISSS-CA - 6565</u> Concernant l'unité de mesure « l'usager » du sous-centre d'activités 6565 (Services sociaux), nous avons constaté, pour la période testée, que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes : A : L'unité de mesure « l'usager » est erronée puisque nous avons constaté une divergence entre le nombre d'usagers selon le rapport détaillé cumulatif et le rapport global cumulatif à la période 10. B : L'unité de mesure « l'usager » est erronée puisque la compilation s'effectue avant que l'intervention de service ait lieu. Les interventions psychosociales qui sont annulées sont donc compilées malgré le fait qu'il n'y a pas eu de service. La situation a été corrigée en février 2016. Cette anomalie a pour effet de surévaluer le nombre d'usagers. Les tests effectués en 2017-2018 n'ont permis de retracer aucun écart.	2015-2016	R	A : Rencontres avec tous les gestionnaires concernés du CISSS-CA. Explications données et comprises. Toutefois, des améliorations devront être faites au niveau de la production des rapports. B : Rencontre avec tous les gestionnaires concernés du CISSS-CA. Explications données et comprises. Compte tenu des résultats, des précisions seront à apporter auprès des intervenants.		PR PR	

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
UM-11 <u>CISSS-CA - 6710</u> Concernant les unités de mesure « l'unité technique provinciale » et « l'usager » du centre d'activités 6710 (Électrophysiologie), nous avons constaté, pour la période testée, que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes : L'unité de mesure « l'unité technique » est erronée en raison des éléments suivants : C : Il y a des anomalies dans l'utilisation des codes administratifs et une utilisation de codes modificateurs incompatibles à des codes administratifs. En 2017-2018, des écarts entre la période testée et le total annuel n'ont pas pu être expliqués.	2015-2016	R	Pour le point C, malgré les modifications apportées et le suivi fait avec les autres secteurs, les résultats ne se sont pas adéquats, des précisions seront apportées. Les suivis ont été effectués auprès du personnel. Les données sont maintenant adéquates.			NR
UM-12 <u>CSSS Alphonse-Desjardins - 6890</u> Concernant les unités de mesure « la participation » et « le temps vécu-loisir » du centre d'activités 6890 (Animation – loisirs), nous avons constaté, pour la période testée, que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes : A : Les unités de mesure « le temps vécu-loisirs » et « la participation » sont erronées à cause des erreurs de saisie ou d'addition.	2014-2015	R	Ajustements apportés au CISSS-CA pour l'année 2016-2017, ce qui a eu pour effet une diminution significative du nombre d'unités de mesure : • La suppression de certaines activités non admissibles. • La validation de certains fichiers de compilation (calculs). A : Seulement quelques installations ont été vérifiées, mais pas à la grandeur du CISSS-CA. Il y a eu standardisation de la collecte d'information. Nous croyons que la donnée est adéquate.	R		

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
UM-15 <u>CISSS-CA - 7064</u> Concernant l'unité de mesure « l'usager » du sous-centre d'activités 7064 (Procédures d'aphérèse), aucune statistique n'a été compilée et aucun coût n'a été associé à ce sous-centre d'activités. Les statistiques sont actuellement compilées dans le sous-centre d'activités 7061 (Services externes d'oncologie et d'hématologie). L'établissement n'a pas été en mesure d'isoler les procédures d'aphérèse des autres procédures et d'effectuer la compilation selon le MGF. L'importance de cette anomalie n'a pas été quantifiée, mais cela a néanmoins pour effet de sous-évaluer le nombre d'usagers du sous-centre 7064 et surévaluer le nombre d'usagers du sous-centre 7061.	2015-2016	R	Correction apportée en 2016-2017, la compilation a été effectuée, mais la page 650 pour ce c/a n'a pas été présentée, car les coûts n'étaient pas disponibles au prix d'un effort raisonnable. La donnée a été traitée ainsi que les ressources financières s'y rattachant.	R		
UM-16 <u>CISSS-CA - 7163</u> Concernant l'unité de mesure « l'usager » du sous-centre d'activités 7163 (Prêt d'équipement aux usagers des services à domicile), nous avons constaté, que la liste détaillée fournie par le fournisseur externe ayant servi à l'inscription des unités de mesure n'est pas fiable. Celle-ci incluait des usagers en double ainsi que des usagers non admissibles selon le MGF. En 2017-2018, des écarts entre la période testée et le total annuel n'ont pas pu être expliqués.	2015-2016	R	Il y a concentration de l'information dans un secteur (compilation). Par contre, le tout n'est pas complété. Il reste à valider les petits équipements en CLSC (Beauce). Il reste une partie du travail à effectuer avec les secteurs de Thetford Mines et de la Beauce.		PR	

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
UM-17 <u>CSSS de Beauce - 7202</u> Les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives relatives à l'unité de mesure « La semaine-étudiant » du centre d'activités 7202 (Coordination et soutien) ne sont pas valables. En effet, nous avons noté une divergence entre les données inscrites à la statistique versus le décompte réel physique. L'effet de ce qui précède sur l'unité de mesure et le coût unitaire de l'unité de mesure du centre d'activités 7202 (Coordination et soutien) présenté à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé. NOTE : Cette problématique a été libellée ainsi au rapport 2015-2016 dans le CISSS-CA (mais même problématique) : « Nous ne pouvons déterminer si le nombre d'unités de semaine-étudiant est conforme ou non, puisque les pièces justificatives, le rapport détaillé cumulatif et le rapport sommaire cumulatif ne correspondent pas ». Même situation en 2017-2018.	2013-2014	R	Amélioration du processus en 2016-2017 avec la possibilité d'extraire la donnée, ce qui était impossible en 2015-2016. Les reports se font adéquatement, il reste à travailler le calcul du nombre de semaine.			NR
UM-18 <u>CISSS-CA - 7532</u> Concernant l'unité de mesure « l'admission, la visite et l'usager » du sous-centre d'activités 7532 (Archives), nous avons constaté, que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes : A : Pour un certain secteur (Etchemins), l'établissement avait enlevé les cas en double pour les usagers utilisant plus d'un service alors que le MGF ne spécifie pas cette demande. B : Nous avons relevé diverses pratiques de compilations qui ne répondaient pas aux directives du MGF (par exemple : compilation de manipulation selon le nombre de demandes alors que certaines ne nécessitaient qu'une seule manipulation). C : Pour un secteur sélectionné (Beauce), les demandes de renseignements téléphoniques sont compilées alors que le MGF indique de ne pas les compiler. Même situation en 2017-2018.	2015-2016	R	Pour tous les points, nous avons travaillé un peu le dossier, mais nous devons prendre plus de temps pour analyser chaque élément constituant l'unité de mesure.			NR

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
UM-21 Nous avons relevé dans plusieurs centres et sous-centres d'activités que les statistiques cumulatives à la période 13 reportées au tableau de compilation ne correspondent pas aux statistiques compilées dans les systèmes pour les unités de mesure suivantes : • « L'usager » du sous-centre d'activités 5521 (Famille d'accueil – Jeunes en difficulté). En 2017-2018, la même situation a été observée. • « L'usager » du sous-centre d'activités 5541 (Autres ressources – Jeunes en difficulté). • « L'admission » du sous-centre d'activités 6050 (Soins infirmiers de courte durée aux adultes et aux enfants). • « Le retraitement pondéré » du sous-centre d'activités 6322 (Unité de retraitement des dispositifs médicaux – CLSC et CH). En 2017-2018, la même situation a été observée. • « L'usager » du sous-centre d'activités 6565 (Services sociaux). • « L'unité technique provinciale » et « la procédure » du sous-centre d'activités 6831 (Radiologie générale). En 2017-2018, la même situation a été observée. • « L'unité technique provinciale » et « la procédure » du sous-centre d'activités 6832 (Ultrasonographie). • « L'unité technique provinciale » et « la procédure » du sous-centre d'activités 6834 (Tomodensitométrie). • « Le jour-présence » du sous-centre d'activités 7043 (Ressources résidentielles – assistance résidentielle continue [santé mentale]). • « Le mètre cube » du sous-centre d'activités 7703 (Fonctionnement des installations – Autres).	2016-2017	R	Création d'un fichier de compilation CISSS-CA et suivi périodique des données avec validation de la part du personnel de la gestion de l'information.		PR	

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
UM-22 Nous avons relevé dans plusieurs sous-centres d'activités, qui sont composés de l'addition de plusieurs autres sous-centres d'activités, que les statistiques cumulatives ne sont pas exactes. Cette anomalie a été retracée pour l'unité « le jour-présence » dans les sous-centres suivants : • 6000 (Administration des soins). • 6804 (Pharmacie usagers hospitalisés). • 7606 (Cueillette, distribution et autres charges). En 2017-2018, la même situation a été observée. • 7703 (Fonctionnement des installations – Autres).	2016-2017	R	Idem à UM-3		PR	
UM-23 <u>4131 et 4133</u> Concernant l'unité de mesure « l'usager » du sous-centre d'activités 4131 (Maladies infectieuses à déclaration obligatoire, les signalements et les éclosions), nous avons constaté que des interventions ont été saisies avec le mauvais code de sous-programme et incluses dans ce sous-centre d'activités alors qu'elles devaient plutôt être incluses au sous-centre d'activités 4133 (Prévention des infections transmissibles sexuellement par le sang).	2016-2017	R	Idem à UM-4	R		

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
UM-24 <u>5602</u> Concernant les unités de mesure « la présence » et « l'usager » du sous-centre d'activités 5602 (Service d'apprentissage aux habitudes de travail [LPJ – LSJPA – LSSSS]), nous avons constaté que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes : • L'unité de mesure « la présence » est erronée, car le nombre de jours présence a été obtenu en divisant le nombre d'heures travaillées par sept. Cette façon de faire ne tient pas compte des jours pour lesquels la présence est de moins de sept heures. • Les unités de mesure « la présence » et « l'usager » sont erronées en raison d'une mauvaise démarcation au fichier de compilation. Le fichier de compilation inclut des heures de mars 2016. Cette anomalie a été corrigée. Les tests effectués en 2017-2018 n'ont permis de retracer aucun écart.	2016-2017	R		R		
UM-25 <u>5941</u> Concernant l'unité de mesure « la moyenne d'usagers suivis » du sous-centre d'activités 5941 (Suivi intensif dans la communauté), nous avons constaté qu'une visite à domicile sans réponse a été considérée comme une rencontre de suivi intensif. Cela a pour incidence de surévaluer la moyenne d'usagers suivis.	2016-2017	R	Un suivi a été fait au niveau des intervenants, mais nous ne pouvons confirmer que la situation a été réglée au niveau du CISSS-CA.		PR	

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
UM-26 <u>5990</u> Concernant les unités de mesure « l'usagère » et « l'accouchement » du centre d'activités 5990 (Pratique des sages-femmes), nous avons constaté que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes : • L'unité de mesure « l'usagère » est erronée, car il y a eu des anomalies lors de la compilation des suivis et des données d'un secteur sont manquantes. • L'unité de mesure « l'accouchement » est erronée, car il y a eu des anomalies d'addition de la liste manuscrite de compilation. En 2017-2018, des écarts entre la période testée et le total annuel n'ont pas pu être expliqués.	2016-2017	R	Aucun suivi fait en 2017-2018 donc nous ne pouvons conclure que la donnée a été correctement compilée.			NR
UM-27 <u>6174</u> Concernant le sous-centre d'activités 6174 (Soins infirmiers à domicile continus), nous avons constaté, pour un secteur donné, que des heures travaillées et rémunérées ont été comptabilisées alors que ces heures correspondent à des soins infirmiers prodigués à des usagers en CHSLD, qui auraient dû être incluses dans le sous-centre d'activités 6060 (Soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie). Nous avons également constaté que le calcul de l'unité de mesure « le jour-services » du sous-centre d'activités 6174, pour un autre secteur donné, était erroné et avait pour incidence de surévaluer le nombre d'unités. Cette anomalie a été corrigée. Les tests effectués en 2017-2018 n'ont permis de retracer aucun écart.	2016-2017	R	Voir UM-7	R		

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
UM-28 <u>6302 et 6303</u> L'unité de mesure « la visite » du sous-centre d'activités 6303 (Planification familiale) ainsi que les heures travaillées et rémunérées afférentes ne sont pas présentées au rapport financier annuel. Elles sont plutôt, de façon non conforme à la définition du MGF, présentées dans le sous-centre d'activités 6302 (Consultations externes spécialisées). Les tests effectués en 2017-2018 n'ont permis de retracer aucun écart.	2016-2017	R		R		
UM-29 <u>6322</u> Concernant l'unité de mesure « le retraitement pondéré » du sous-centre d'activités 6322 (Unité de retraitement des dispositifs médicaux – CLSC et CH), nous avons constaté que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes : • Les pièces justificatives ne concordent pas avec le rapport fait manuellement. Certaines données ne sont pas inscrites alors que d'autres sont erronées. • Le nombre de retraitements au niveau des endoscopies a été établi en fonction d'une moyenne pour les périodes 1 à 7 au lieu d'être établi en fonction du nombre réel. En 2017-2018, des erreurs de compilation dans la période testée ont été retracées.	2016-2017	R	Idem UM-8			NR
UM-30 <u>6350 et 6352</u> Concernant l'unité de mesure « l'unité technique provinciale » du centre d'activités 6350 (Inhalothérapie) et du sous-centre d'activités 6352 (Inhalothérapie – Autres), nous avons constaté que des unités d'au moins un secteur sont manquantes.	2016-2017	R	Le secteur travaille sur la meilleure façon de compiler la donnée. Elle demeure encore manquante dans certaines installations.			NR

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
UM-31 6352 Concernant l'unité de mesure « l'usager » du sous-centre d'activités 6352 (Inhalothérapie – Autres), nous avons également constaté que la saisie des données a été effectuée en lot, sans inscrire les numéros de dossier. Il n'est donc pas possible de connaître les usagers reliés aux données. Cela a pour incidence de sous-évaluer le nombre d'usagers. En 2017-2018, des écarts entre la période testée et le total annuel de l'année ont été retracés.	2016-2017	R	L'information a été transmise auprès des utilisateurs.			NR
UM-32 6564 Concernant l'unité de mesure « l'intervention » du sous-centre d'activités 6564 (Psychologie), nous avons constaté que les appels faits, permettant d'orienter le plan d'intervention, ne sont pas comptés à titre d'intervention. Cela a pour incidence de sous-évaluer le nombre d'interventions. Les tests effectués en 2017-2018 n'ont permis de retracer aucun écart.	2016-2017	R	Il reste encore quelques travaux de reclassement et de compréhension de certains secteurs pour s'assurer de la validité de la donnée.	R		
UM-33 6565 Concernant l'unité de mesure « l'usager » du sous-centre d'activités 6565 (Services sociaux), nous avons constaté que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF, car un usager a été compté lors de la date de création du dossier au lieu d'être compté à la date de l'intervention psychosociale. Les tests effectués en 2017-2018 n'ont permis de retracer aucun écart.	2016-2017	R	Il reste encore quelques travaux de reclassement et de compréhension de certains secteurs pour s'assurer de la validité de la donnée.	R		

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
UM-34 6794 Concernant l'unité de mesure « le traitement d'hémodialyse » du sous-centre d'activités 6794 (Hémodialyse hors de l'unité de dialyse), nous avons constaté que des traitements n'ont pas été saisis dans le système. Les tests effectués en 2017-2018 n'ont permis de retracer aucun écart.	2016-2017	R	Omission de saisie de l'intervenant.	R		
UM-35 6831 et 6832 Concernant les unités de mesure « l'unité technique provinciale » et « la procédure » des sous-centres d'activités 6831 (Radiologie générale) et 6832 (Ultrasonographie), nous avons constaté que le nombre de procédures dans les fichiers détaillés que nous avons obtenus ne correspond pas aux nombres d'unités techniques provinciales et de procédures du rapport périodique testé. Même situation en 2017-2018.	2016-2017	R	Le fichier détaillé contient des erreurs que le fournisseur n'est pas en mesure de nous expliquer pour le moment. Nous considérons que les données produites par le rapport sommaire est adéquat.		PR	

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
UM-36 6834 Concernant les unités de mesure « l'unité technique provinciale » et « la procédure » du sous-centre d'activités 6834 (Tomodensitométrie), nous avons constaté que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes : A : La valeur unitaire attribuée à des procédures est erronée. B : Les manipulations d'image ont été incluses. Cette anomalie a été corrigée. C : Le nombre de procédures dans les fichiers détaillés que nous avons obtenus ne correspond pas au nombre de procédures du rapport périodique testé. En 2017-2018, les tests effectués n'ont permis de retracer aucun écart.	2016-2017	R	A : Le fournisseur se doit de mettre à jour les différentes tables de données. B : Corrigé C : Le fichier détaillé contient des erreurs que le fournisseur n'est pas en mesure de nous expliquer pour le moment. Nous considérons que les données produites par le rapport sommaire est adéquat.	R R R		
UM-37 6835 Concernant l'unité de mesure « la procédure » du sous-centre d'activités 6835 (Résonance magnétique), la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF, car les manipulations d'image ont été incluses.	2016-2017	R	Correction faite	R		
UM-38 6890 Concernant l'unité de mesure « la participation » du centre d'activités 6890 (Animation – loisirs), nous avons constaté que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes : D : Des erreurs d'addition ont été constatées. E : Des erreurs de compilation, lorsqu'il y a deux activités ou plus lors d'une même journée, ont été constatées.	2016-2017	R	Voir UM-12	R		

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
UM-39 <u>7061 et 7064</u> Le sous-centre d'activités 7064 (Procédures d'aphérèse) et ses unités de mesure « la procédure d'aphérèse » et « l'usager » ne sont pas présentés au rapport financier annuel. Les heures travaillées et rémunérées sont plutôt, de façon non conforme à la définition du MGF, présentées dans le sous-centre d'activités 7061 (Services externes d'oncologie et d'hématologie).	2016-2017	R	Voir UM-15	R		
UM-40 <u>7163</u> Concernant l'unité de mesure « l'usager » du sous-centre d'activités 7163 (Prêt d'équipement aux usagers des services à domicile), nous avons constaté que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes : F : Aucune statistique n'est disponible pour les équipements dont la gestion est effectuée par les CLSC. La comptabilisation des prêts d'équipement n'est pas uniforme d'un CLSC à l'autre. G : Aucune statistique n'était comptabilisée dans le fichier de compilation, même si la liste détaillée des équipements prêtés dont la gestion est faite par l'entrepôt était disponible. Cette anomalie a été corrigée. En 2017-2018, les tests effectués n'ont permis de retracer aucun écart.	2016-2017	R	Voir UM-16	R		
UM-41 <u>7553</u> Concernant l'unité de mesure « l'usager » du sous-centre d'activités 7553 (Nutrition clinique), nous avons constaté que des usagers sont comptés plus d'une fois. En 2017-2018, la fiche d'un usager sélectionné n'a pas pu être retracée.	2016-2017	R	Aucun suivi n'a été fait en 2017-2018			NR

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
UM-42 <u>7604</u> Concernant les unités de mesure « le kilogramme de linge souillé » et « le kilogramme de linge propre » du sous-centre d'activités 7604 (Buanderie), nous avons constaté que les données pour l'année financière du secteur jeunesse ne sont pas exhaustives. Les données sont manquantes pour la période du 1er avril 2016 au 19 février 2017.	2016-2017	R	Suivi fait dans le secteur	R		
UM-43 <u>8002</u> Concernant les unités de mesure « les heures de prestation de services » et « l'usager » du sous-centre d'activités 8002 (Évaluation, expertise et orientation – Déficience physique), nous avons constaté que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes : H : L'unité de mesure « les heures de prestation de services » est erronée en raison de l'inclusion d'heures non reliées aux cas d'usagers identifiables. I : L'unité de mesure « l'usager » est erronée, car des usagers ont été comptés plus d'une fois.	2016-2017	R	Les données sont saisies au SIPAD depuis le 1er avril 2017. Le rapport que nous produisons pour l'AS-471 afin d'extraire ces données est conforme aux règles du MGF.	R		

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
UM-44 <u>8022</u> Concernant les unités de mesure « les heures de prestation de services » et « l'usager » du sous-centre d'activités 8022 (Réadaptation pour adultes – Traumatismes cranio-cérébraux), nous avons constaté que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes : J : Des usagers de 17 ans et moins ont été inclus alors que le sous-centre regroupe les activités touchant seulement les adultes. Cette anomalie a été corrigée. K : La compilation des unités de mesure ne s'effectue pas toujours selon le type de traumatisme dans les sous-centres d'activités du 8020. Cela a pour incidence de surévaluer les unités de mesure « les heures de prestation de services » et « l'usager » et de sous-évaluer d'une ampleur équivalente les unités des autres sous-centres concernés.	2016-2017	R	Le tout avait été corrigé en 2016-2017. Après un contrôle qualité en 2016-2017, le tout est conforme selon le MGF.	R		
UM-45 <u>8028</u> Concernant les unités de mesure « les heures de prestation de services » et « l'usager » du sous-centre d'activités 8028 (Réadaptation pour adultes – Déficience motrice non répartie), nous avons constaté que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes : L : La compilation des heures de prestation de service et les usagers ne sont pas toujours compilés en fonction des diagnostics des usagers dans le centre d'activités 8020 (Réadaptation pour adulte – Déficience motrice). Le sous-centre 8028 inclut des statistiques qui devraient être compilées dans un autre sous-centre du centre 8020. M : Des usagers de 17 ans et moins ont été inclus alors que le sous-centre regroupe les activités touchant seulement les adultes. Cette anomalie a été corrigée. En 2017-2018, les tests effectués n'ont permis de retracer aucun écart.	2016-2017	R	Il faudrait valider auprès de la chef de service de l'AEO si des directives claires ont été signifiées au personnel du guichet d'accès afin d'inscrire l'usager au programme qui découle de son diagnostic et non au programme « général » 8028. Le tout avait été corrigé en 2016-2017. Après un contrôle qualité en 2016-2017, le tout est conforme selon le MGF.	R R		

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
UM-46 Nous avons relevé dans plusieurs centres et sous-centres d'activités que les statistiques cumulatives à la période 13 reportées au tableau de compilation ne correspondaient pas aux statistiques compilées dans les systèmes pour les unités de mesure suivantes : A : « L'usager » du sous-centre d'activités 6351 (Inhalothérapie à domicile). B : « L'usager » du sous-centre d'activités 6531 (Aide à domicile régulière). C : « L'usager » du sous-centre d'activités 6561 (Services psychosociaux à domicile). D : « La procédure pondérée » du sous-centre d'activités 6607 (Microbiologie).	2017-2018	R				NR
UM-47 6785-6834-6835 Concernant l'unité de mesure « l'unité technique provinciale » du sous-centre d'activités, un problème informatique d'un fournisseur a empêché la compilation adéquate des unités.	2017-2018	R				NR
UM-48 7402 Concernant l'unité de mesure « le déplacement d'un usager » du sous-centre d'activités 7402 (Déplacement en ambulance vers une maison de soins palliatifs ou pour des usagers âgés de 65 ans et plus), certains déplacements auraient dû être compilés au sous-centre 7401 au lieu du 7402.	2017-2018	R				NR
UM-49 7801 Concernant l'unité de mesure « le mètre carré » du sous-centre d'activités 7801 (Entretien du parc immobilier et du parc d'équipement non-médical et mobilier (propriété CHQ ou établissement public)), il nous a été impossible de retracer la superficie de l'immeuble testé au plan détaillé.	2017-2018	R				NR

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
UM-50 <u>6831 et 6837</u> Concernant l'unité de mesure, Unité technique provinciale et la procédure, nous retrouvons le décompte des unités du 6837 dans le sous-centre d'activités 6831. Ceci fait en sorte de sous-évaluer le 6837 pour une surévaluation du 6831.	2017-2018	R				NR
Rapport à la gouvernance						
Les recommandations présentées dans l'annexe et qui touchent les exercices terminés les 31 mars 2016 et 31 mars 2017 ont été émises par le Vérificateur général du Québec (VGQ). Le suivi de ces observations sera fait par le VGQ ultérieurement. Au cours de l'audit de l'exercice terminé le 31 mars 2018, nous n'avons pas fait de suivi des dites observations, ni des commentaires de l'établissement.						
C-3 Le VGQ a recommandé à l'établissement de mettre en place des procédures d'encadrement et d'approbation suffisantes pour la préparation des informations requises à la production du rapport financier annuel.	2013-2014	C	Applicable globalement pour le CISSS-CA depuis 2016. Les mesures suivantes ont été mises en place afin d'améliorer les procédures relatives à la préparation du rapport financier annuel : déploiement d'un outil parapluie pour le volet exploitation, centralisation des transactions dans une base de données unique pour le fonds d'immobilisation, amélioration de l'uniformité des pratiques comptables et financières entre les anciens secteurs, etc. Au cours de l'année 2017-2018, l'établissement a étendu ses pratiques à la plupart des informations complémentaires de nature financière.	R		

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
C-5 Le VGQ a recommandé à l'établissement d'effectuer une analyse des contrats de location et comptabiliser ceux-ci dans le respect des exigences des NCCSP.	2013-2014	C	En cours. Démarche complétée pour le contrat au point QAI-9. Tous les nouveaux contrats de location font l'objet d'une analyse afin de s'assurer d'un mode de comptabilisation adéquat dans le respect des exigences des NCCSP.	R		
C-7 Le VGQ a recommandé à l'établissement de mettre en place une procédure formelle, documentée et périodique de révision des codes inactifs et de droits d'accès, en fonction des responsabilités du personnel utilisateur pour le réseau et les applications.	2013-2014	C	Applicable globalement pour le CISSS-CA depuis 2016. Ces recommandations seront prises en compte lors de l'implantation des futurs systèmes uniques (Paie-RH et SIG-FA). En phase d'implantation, les efforts sont principalement déployés sur l'élaboration des profils d'accès et l'octroi des nouveaux codes. La procédure de révision des codes inactifs et des droits d'accès suivra au cours de la prochaine année financière.		PR	
C-8 Le VGQ a recommandé à l'établissement d'analyser et documenter la nature des sommes composant le solde inter-fonds.	2013-2014	C		R		
C-10 Le VGQ a recommandé au CISSS-CA de revoir son processus de compilation des obligations contractuelles afin de s'assurer de la qualité de l'information ainsi que de la réalité et de l'exhaustivité des obligations contractuelles présentées au rapport financier annuel.	2015-2016	C	Voir réponse au point R-2		PR	

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
C-11 Le VGQ a recommandé au CISSS-CA de revoir les divers processus financiers et leurs accès informatiques afin de s'assurer d'une séparation adéquate des tâches incompatibles.	2015-2016	C	L'organisation du travail est en cours de révision dans le cadre de l'implantation des bases de données uniques Paie-RH & GRF-GRM. L'ensemble des profils d'accès ont également été revus.		PR	
C-16 Le VGQ a recommandé au CISSS-CA de prendre les mesures requises afin de respecter les exigences de présentation des NCCSP concernant le budget approuvé par le conseil d'administration.	2015-2016	C	Le budget 2017-2018 a été élaboré en considérant l'ensemble des informations exigées – celui-ci sera présenté intégralement au AS-471 2017-2018 dans le respect des exigences de présentation des NCCSP.	R		
C-17 Le VGQ a recommandé au CISSS-CA de planifier et documenter adéquatement les prochaines conversions de systèmes.	2015-2016	C	Les prochaines conversions sont prévues en 2018-2019 dans le cadre de l'implantation d'un système unique GRF-GRM. Ces conversions seront documentées adéquatement.		PR	
C-18 Le VGQ a recommandé au CISSS-CA de prendre les mesures requises afin de préparer des descriptions uniformes de tous ses processus significatifs.	2015-2016	C	Les descriptions manquantes ont été élaborées au cours de l'année financière 2017-2018.	R		
C-19 Le VGQ a recommandé au CISSS-CA de rehausser la configuration des mots de passe selon ces standards minimaux : • Longueur minimale de huit caractères; • Complexité obligatoire (lettres, chiffres, caractères spéciaux, etc.); • Modification périodique obligatoire : (60 jours) 90 jours dans le cadre global; • Fermeture après trois tentatives d'accès infructueuses (cinq dans le cadre global); • Historique d'utilisation de mot de passe (10).	2015-2016	C	Dans le cadre de l'implantation de ses systèmes financiers fusionnés (Paie-RH & GRF-GRM), l'établissement s'est assuré que la configuration des mots de passe respecte les standards minimaux. La sécurité logique a été rétablie tant pour les accès des utilisateurs que des fournisseurs.	R		

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
C-20 Le VGQ a recommandé au CISSS-CA d'améliorer la gestion des accès en s'assurant de la documentation des autorisations.	2015-2016	C	Ces recommandations ont été prises en compte lors de l'implantation des systèmes financiers uniques. La fin de l'implantion du système unique Paie-RH est prévue en décembre 2018 et en mai 2018 pour GRF-GRM.		PR	
C-21 Le VGQ a recommandé au CISSS-CA de corriger les lacunes concernant la gestion des modifications de systèmes en procédant au renforcement des procédures suivantes : • Mise en place d'une méthodologie de maintenance; • Documentation des tests; • Autorisation des modifications aux systèmes et aux données; • Séparation des tâches entre le personnel de développement et celui responsable des migrations; • Documentation des modifications.	2015-2016	C	Les directions administratives concernées (DRFA, DRHCAJ et DL) ont adhéré au processus organisationnel de demandes de changement pour tous les systèmes financiers de l'établissement.	R		
C-22 Le VGQ a recommandé au CISSS-CA de revoir la présentation de ses dépôts sur achats d'équipements non reçus. En effet, des dépôts effectués pour l'achat d'équipements, principalement pour le projet du CRIC, ont été capitalisés dans les travaux en cours. Comme ces équipements n'avaient pas encore été reçus, ils ne répondaient pas à la définition d'une immobilisation. Une anomalie de présentation a ainsi été relevée.	2016-2017	C	Ce traitement avait été préconisé pour le bilan au 31 mars 2016 et modifié pour celui de 2017. Il avait été convenu avec le VGQ de revenir à la présentation en dépôts sur acquisition, mais non corrigé au 31 mars 2017 simplement pour une question de délais. Cette recommandation est donc appliquée au bilan du 31 mars 2018.	R		

11. Les organismes communautaires

Le nombre d'organismes communautaires subventionnés par le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) est de 175 pour l'année 2017-2018.

Voici quelques actions réalisées par notre établissement afin d'obtenir le rapport financier et le rapport d'activités des organismes communautaires :

- Signature, pour tous les organismes, de la Convention de soutien financier 2015-2018 – dans le cadre du soutien financier à la mission globale des organismes communautaires oeuvrant en santé et services sociaux;
- Pour les organismes communautaires financés par entente spécifique ou projet ponctuel, une lettre d'allocation exprimant les exigences de reddition de comptes est transmise systématiquement à chacune des allocations ciblées par ces modes de financement;
- Lors de la demande annuelle d'aide financière par le formulaire d'admissibilité et de demande de soutien financier PSOC, le CISSS de Chaudière-Appalaches s'assure que chacun des organismes communautaires demandeurs possède la brochure PSOC du ministère de la Santé et des Services sociaux qui précise les exigences de reddition de comptes;
- Le CISSS de Chaudière-Appalaches rend disponible pour tous les organismes communautaires subventionnés la publication du ministère de la Santé et des Services sociaux en lien avec la reddition de comptes : La reddition de comptes dans le cadre du soutien à la mission globale – Programme de soutien aux organismes communautaires;
- Avis pour tous les organismes communautaires subventionnés dans le cadre du PSOC rappelant les documents exigés pour la reddition de comptes et l'échéancier balisé par le PSOC;
- Mécanisme de suivi à la reddition de comptes auprès de tous les organismes communautaires subventionnés.

La subvention accordée à chacun des organismes communautaires subventionnés par le PSOC se trouve dans le tableau suivant.

Soutien financier aux organismes communautaires par le programme de soutien financier (PSOC)		
Organismes	**Total 2016-2017**	**Total 2017-2018**
APEDAH et Plus Beauce-Etchemins	– $	7 851 $
Accueil Sérénité	55 023 $	90 282 $
Action Jeunesse Côte-Sud	146 960 $	147 989 $
Actions bénévoles communautaires diverses de St-Adalbert	8 767 $	– $
Aide aux jeunes contrevenants de Beauce	195 488 $	196 856 $
Allaitement Québec	33 830 $	62 205 $
Alliance-Jeunesse Chutes-de-la-Chaudière	90 044 $	118 674 $
Amalgame MDJ Ouest	140 831 $	156 817 $
Association Bénévole Beauce-Sartigan	246 758 $	287 979 $
Association de la fibromyalgie région Chaudière-Appalaches	67 032 $	71 336 $
Association de l'action volontaire Appalaches	255 409 $	287 659 $
Association de loisirs pour personnes handicapées de L'Islet-Sud	94 759 $	96 834 $
Association d'Entraide Communautaire La Fontaine	206 736 $	208 184 $
Association des personnes handicapées de La Chaudière	175 959 $	177 190 $
Association des personnes handicapées de Lévis	443 631 $	446 736 $
Association des personnes handicapées de Lotbinière	196 655 $	198 032 $
Association Horizon Soleil	102 917 $	103 637 $
Association pour l'intégration sociale (région Beauce-Sartigan)	212 628 $	214 116 $

Association Renaissance des Appalaches	250 130 $	260 292 $
Association TCC des deux Rives - Québec - Chaudière-Appalaches	67 133 $	67 603 $
Atelier occupationnel Rive-Sud	92 259 $	92 905 $
Au Bercail de St-Georges	658 434 $	678 043 $
Aube de la Paix (1993)	19 383 $	39 383 $
Aux Quatre Vents, groupe d'entraide pour personnes en difficulté psychologique ou psychiatrique	269 204 $	271 089 $
Carrefour des personnes aînées de Lotbinière	154 970 $	153 514 $
Centre aide et prévention jeunesse de Lévis	76 263 $	76 797 $
Centre communautaire Normandie	106 559 $	107 304 $
Centre d'action bénévole Beauce-Etchemin	241 296 $	232 811 $
Centre d'action bénévole Bellechasse-Lévis-Lotbinière	502 319 $	472 529 $
Centre d'action bénévole Concert'action	86 863 $	87 460 $
Centre d'action et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (Calacs) de Chaudière-Appalaches	283 462 $	285 446 $
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (Calacs) de Rive-Sud	273 170 $	275 082 $
Centre de stimulation L'intercom	17 386 $	59 931 $
Centre de vie de Bellechasse	45 862 $	45 311 $
Centre d'écoute et de prévention du suicide Beauce-Etchemins	97 789 $	98 473 $
Centre d'entraide communautaire bénévole de Montmagny (Centre D'action Bénévole CECB)	363 231 $	416 336 $
Centre d'entraide de la région de Disraëli	51 003 $	51 360 $
Centre d'entraide familiale de la MRC de Montmagny	6 319 $	16 346 $
Centre d'équithérapie La Remontée	– $	20 000 $
Centre Domrémy des Appalaches	287 908 $	289 786 $
Centre Ex-Equo	446 579 $	449 705 $
Centre Femmes La Rose des Vents	204 968 $	206 403 $
Centre Femmes L'ancrage	193 696 $	195 052 $
Centre la Barre du Jour	222 131 $	223 686 $
Centre Femmes « La Jardilec »	203 376 $	204 800 $
Centre Femmes de Beauce	223 663 $	225 228 $
Centre Femmes de Bellechasse	200 052 $	201 452 $
Centre Femmes de Lotbinière	211 379 $	242 859 $
Club Parentaide Beauce-Centre	13 748 $	13 827 $
Comptoir Le Grenier	210 186 $	210 186 $
Corporation de développement de la communauté d'expression anglaise de Mégantic	4 844 $	– $
Coup de pouce nourrice	8 569 $	22 629 $
Diabète Beauce-Etchemins	9 553 $	21 000 $
Entraide au masculin Côte-Sud	179 523 $	160 099 $
Entraide Solidarité Bellechasse	200 169 $	176 498 $
Espace Chaudière-Appalaches	160 334 $	161 456 $
Frigos Pleins	64 684 $	65 137 $
G.R.I.S. Chaudière-Appalaches	123 608 $	139 500 $
Grands Frères Grandes Sœurs des Appalaches	53 471 $	78 298 $
Groupe Bénévole « Les Coeurs Ouverts » de Ste-Lucie de Beauregard	8 270 $	– $

Groupe d'accompagnement Jonathan	60 449 $	66 026 $
Groupe d'entraide Cancer et Vie	57 194 $	57 594 $
Groupe Espérance et Cancer	91 258 $	91 897 $
Havre L'Éclaircie	760 691 $	779 016 $
Hommes à Hommes	147 772 $	148 806 $
Intervalle	344 462 $	346 873 $
La chaudronnée des cuisines collectives (Le Filon)	60 345 $	80 695 $
La chaudronnée du Bel âge	25 938 $	26 120 $
La corporation de solidarité en sécurité alimentaire de Lotbinière	– $	20 000 $
La croisée - regroupement de parents, amis(es) de la personne atteinte de maladie mentale - MRC des Appalaches	145 982 $	147 004 $
La croisée des chemins	248 628 $	244 302 $
La Frontière	125 520 $	142 914 $
La Gîtée	750 587 $	780 341 $
La Jonction pour elle	852 867 $	858 837 $
La Maison de la famille de Lotbinière	23 620 $	9 483 $
La Maison des ainés de Lévis	79 539 $	80 119 $
La Maison des jeunes de Charny	107 580 $	108 333 $
La Maison des jeunes de la MRC Robert-Cliche	76 907 $	78 298 $
La Maison des jeunes de St-Étienne-de-Lauzon	75 153 $	75 901 $
La Maison des jeunes de St-Jean-Chrysostome	52 205 $	75 901 $
La Maison des jeunes de Thetford Mines	112 866 $	113 656 $
La Maison des jeunes L'Azymut Est-Ouest	65 680 $	75 901 $
La Maison des jeunes L'incontournable de Montmagny	66 786 $	85 901 $
La Maison du Tournant	283 212 $	287 911 $
La passerelle groupe d'aide et d'entraide pour personnes vivant un problème de santé mentale	347 911 $	350 347 $
La popote roulante des Aulnaies	14 873 $	15 389 $
La Rencontre - groupe d'entraide pour personnes atteintes de maladie mentale	193 028 $	194 379 $
La Ruche de St-Romuald	72 416 $	75 901 $
La Société Alzheimer Chaudière-Appalaches	349 208 $	414 641 $
La Société Grand Village	66 374 $	66 839 $
La Tournée des Marmitons de Montmagny	14 850 $	14 954 $
L'adoberge Chaudière-Appalaches	328 682 $	330 983 $
L'A-Droit de Chaudière-Appalaches	172 638 $	173 846 $
L'Ancre, regroupement des parents et amis des personnes atteintes de maladie mentale	142 622 $	143 620 $
L'Arc-en-Ciel, Regroupement de Parents et de Personnes Handicapées	355 290 $	377 633 $
L'Arche Le Printemps	594 826 $	598 989 $
L'Assiettée Beauceronne	75 684 $	76 214 $
L'Association des personnes handicapées de Bellechasse (APHB)	151 729 $	152 791 $
Laura Lémerveil	– $	41 000 $
Le Centre de parrainage de la jeunesse de Beauce	66 735 $	85 489 $
Le Cercle de l'amitié de Cap St-Ignace	17 140 $	17 260 $

Le Comptoir d'aide Le Fouillis	12 370 $	12 457 $
Le Contrevent - pour l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale	256 379 $	258 174 $
Le Havre des femmes	713 432 $	725 426 $
Le Havre - groupe d'aide et d'entraide pour la personne vivant avec un problème de santé mentale	239 675 $	241 352 $
Le Murmure - groupe d'entraide de personnes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants	181 411 $	182 681 $
Le Rappel - groupe d'entraide de personnes atteintes d'une maladie mentale	275 311 $	277 238 $
Le Re-lait Montmagny-L'Islet	8 688 $	12 000 $
Le Service d'entraide de Charny	72 041 $	72 545 $
Le Sillon regroupement des parents et amis de la personne atteinte d'une maladie mentale	230 585 $	232 199 $
Le Trait d'Union, groupe d'entraide pour personnes ayant des troubles de santé mentale	284 026 $	288 622 $
L'entraide Pascal-Taché	81 219 $	81 788 $
Les amies de l'entraide de St-Juste	14 859 $	11 197 $
Les amies de Panet	17 194 $	17 314 $
Les Compagnes de l'Entraide du Lac-Frontière	8 007 $	– $
Les nouveaux sentiers de la MRC de L'Islet	140 502 $	141 486 $
L'Essentiel des Etchemins	70 166 $	70 657 $
L'éveil - groupe d'entraide pour personnes atteintes de maladie mentale	167 089 $	168 258 $
Lien-Partage	230 396 $	214 901 $
L'interface - organisme de justice alternative	224 698 $	226 271 $
L'oasis de Lotbinière	196 025 $	197 397 $
Maison de jeunes l'Olivier des Etchemins	89 673 $	100 799 $
Maison de la famille Beauce-Etchemins	43 422 $	126 793 $
Maison de la famille Chutes-Chaudière	2 447 $	2 447 $
Maison de la famille de Bellechasse	20 540 $	34 981 $
Maison de la famille de La MRC de L'Islet Inc	27 075 $	27 315 $
Maison de la famille Nouvelle-Beauce	17 738 $	17 845 $
Maison de la famille REV Rive-Sud	105 436 $	114 157 $
Maison de la famille Rive-Sud	2 447 $	2 447 $
Maison des jeunes « St-Henri »	71 224 $	75 901 $
Maison des jeunes « L'utopie »	69 952 $	80 416 $
Maison des jeunes de Beauce-Sartigan	231 786 $	233 408 $
Maison des jeunes de St-Michel de Bellechasse	50 600 $	60 000 $
Maison des jeunes D'east Broughton	32 655 $	52 000 $
Maison des jeunes Défi-Ados	81 890 $	82 463 $
Maison des jeunes des Frontières Du Sud	75 633 $	76 162 $
Maison des jeunes Du Lac Aylmer	30 278 $	40 000 $
Maison des jeunes Patriotes de L'islet Nord	78 246 $	100 170 $
Maison des jeunes, St-Raphaël	48 393 $	61 000 $
Maison L'éclaircie	– $	20 000 $
Maison L'odyssée Jeu Alcool Drogues	90 395 $	90 983 $
Manoir Aylmer - Toxico-Gîtes 2003	198 411 $	198 411 $
Mesures Alternatives Jeunesse Frontenac	192 358 $	193 705 $

Moisson Beauce	116 779 $	192 596 $
Nouvel Essor	314 767 $	310 714 $
Ouvre ton cœur à l'espoir	28 633 $	52 385 $
Parentaime Maison de la famille des Etchemins	11 361 $	– $
Partage au masculin Beauce	201 391 $	202 801 $
Personnes handicapées en action de la Rive-Sud	211 595 $	213 076 $
Popote Roulante L'Islet	29 405 $	29 624 $
Présence Lotbinière	52 310 $	66 206 $
Projet M.D.J. Saint-Isidore	37 762 $	51 500 $
Regroupement des Associations de Personnes Handicapées Région Chaudière-Appalaches (RAPHRCA)	39 729 $	40 007 $
Regroupement des jeunes de Lotbinière	88 012 $	88 628 $
Regroupement des personnes aidantes de Lotbinière	110 772 $	105 680 $
Regroupement des personnes handicapées physiques de la région de Thetford (RPHPRT)	100 357 $	101 059 $
Regroupement des proches aidants de Bellechasse	104 226 $	134 876 $
Réhabilitation de Beauce (Réhab)	395 348 $	414 695 $
Réseaux d'entraide des Appalaches	93 121 $	91 728 $
Ressource alternative des Jeunes de Bellechasse	71 829 $	72 332 $
Ressource le Berceau	213 110 $	214 568 $
Ressources-Naissances	104 885 $	98 580 $
S.O.S. Onde Amitié	84 341 $	84 931 $
Santé Mentale Québec - Chaudière-Appalaches	93 667 $	99 870 $
Service d'entraide Bernière-St-Nicolas	51 334 $	51 694 $
Service d'entraide de Breakeyville	116 108 $	136 965 $
Service d'entraide de Pintendre	60 888 $	61 349 $
Service d'entraide de St-Jean-Chrysostome	75 122 $	75 648 $
Service d'entraide de St-Lambert-de-Lauzon	50 658 $	51 013 $
Service d'entraide de St-Rédempteur	53 436 $	53 810 $
Service d'entraide de St-Romuald	53 945 $	54 323 $
Service d'entraide St-Étienne	52 637 $	53 006 $
Service régional d'interprétariat de l'est du Québec	158 329 $	159 437 $
Société de réadaptation et d'intégration communautaire (S.R.I.C.)	849 894 $	855 843 $
Soupe aux boutons	– $	24 000 $
Stan-Jeunes	4 554 $	5 000 $
Table régionale des organismes communautaires Chaudière-Appalaches	159 315 $	160 430 $
Table Régionale des Organismes Communautaires Actifs en Santé Mentale (TROCASM)	12 544 $	12 632 $
Vie-Amitié-Partage	7 884 $	– $
Grand total	26 341 140 $	27 524 469 $

ANNEXE

Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration

Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches
Québec

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

NUMÉRO : REG-CA2016-007

Préparé par : *Le ministère de la Santé et des Services sociaux*	**Référence :** *Loi sur le ministère du conseil exécutif (chapitre M-30)*
Recommandé par : *Le comité de gouvernance et d'éthique,* *le 27 janvier 2016* ***Adopté par :*** *Le conseil d'administration* **Résolution numéro : 2016-03-10.1**	**En vigueur :** *Le 27 janvier 2016* **Révisé:**

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE....3

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES....4

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE....7

Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS....10

Section 4 — APPLICATION....12

Annexe I – Engagement et affirmation du membre....17

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance....18

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre....19

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général....20

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts....21

Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts....22

Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen....23

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. Ce Code en édicte donc les principes éthiques et les obligations déontologiques. La déontologie fait référence davantage à l'ensemble des devoirs et des obligations d'un membre. L'éthique, quant à elle, 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 ils doivent faire face. 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 prémisse 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 lobbysme* (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 constituent 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, susceptible 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[1].

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.

[1] BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). Raisonnement éthique dans un contexte de marge de manœuvre accrue : clarification conceptuelle et aide à la décision – Rapport de recherche, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Secrétariat du Conseil du trésor, p. 51.

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 responsabilité, 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 partisanes.

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 à 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 présumé 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 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.

ANNEXES

ANNEXE I – ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DU MEMBRE

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**

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.

Ils peuvent toutefois, avec le consentement du ministre, exercer d'autres activités professionnelles qu'elles soient ou non rémunérées. Ils peuvent aussi exercer tout mandat que le ministre leur confie. » (art. 37, RLRQ, chapitre O-7.2).

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 V – DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

Je, soussigné, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, membre du conseil d'administration du _____ déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____ _____ _____

Signature **Date** *[aaaa-mm-jj]* **Lieu**

ANNEXE VI – SIGNALEMENT D'UNE SITUATION DE CONFLITS 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 – AFFIRMATION DE DISCRÉTION DANS UNE ENQUÊTE D'EXAMEN

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**

www.
cisss-ca.
gouv.qc.ca

Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches

Québec