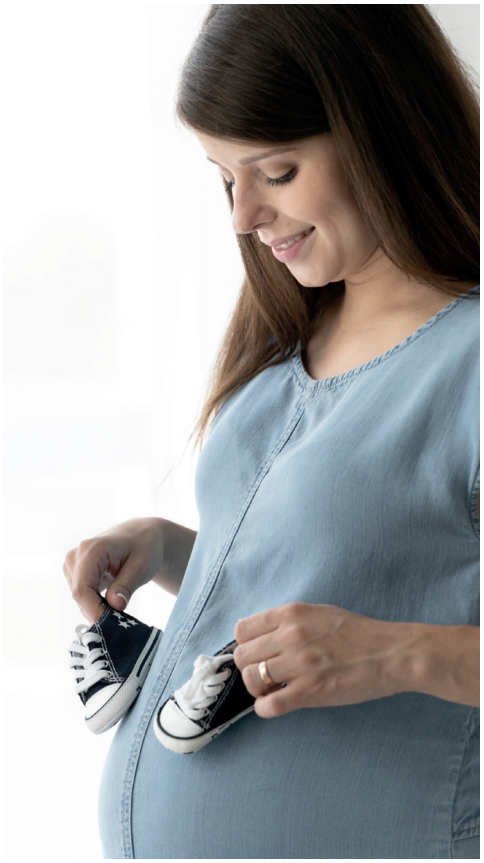
RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2019-2020

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



Québec

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

Rédaction et coordination :
Amélie Gourde, agente d'information, Service des communications et des affaires gouvernementales,
en collaboration avec le personnel du CIUSSS

Montage graphique :
Annabel Gagnon, technicienne en communication, Service des communications et des affaires gouvernementales

Relecture :
Service des communications et des affaires gouvernementales

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

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

Dépôt légal :
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020
ISSN 2371-3143 (version imprimée)
ISSN 2371-3151 (PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2020

Garant des forêts intactes[MC]
BIO GAZ ÉNERGIE
ECF

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

Message des autorités

C’est avec plaisir que nous vous présentons le Rapport annuel de gestion 2019-2020 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean (CIUSSS). Ce rapport illustre les éléments marquants du travail et des efforts déployés au cours de la dernière année par les plus de 10 500 employés de notre établissement. Les grands dossiers et les activités marquantes y sont présentés.

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

La dernière année fut teintée d’une reconnaissance marquée des couleurs locales de notre grand territoire, d’une volonté affirmée à mettre en place un système de gestion de proximité, et des mécanismes de communication propres à la réalité de chacun des secteurs socioéconomiques de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Le comité de direction du CIUSSS a poursuivi ses efforts afin de stabiliser les équipes de travail, notamment en procédant au rehaussement de plusieurs postes d’infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes, et préposés aux bénéficiaires. La fin de l’exercice 2019-2020 a été marquée par le début de la pandémie de COVID-19 et par les nombreux défis de santé publique qui en ont découlé.

La collaboration, la bienveillance et l’excellence continueront d’être les piliers de la consolidation de notre CIUSSS et de notre action auprès des usagers et de la population.

JULIE LABBÉ
Présidente-directrice générale

FRANCE GUAY
Présidente du conseil d’administration

Fiabilité des données

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION

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

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2019-2020 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;

- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;

- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2020.

Signé à Saguenay, le 31 juillet 2020.

JULIE LABBÉ
Présidente-directrice générale

Table des matières

MESSAGES DES AUTORITÉS **3**
DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES **5**
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT **8**
LE CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN 8
MISSION 11
VISION 11
VALEURS 11
ORGANIGRAMME 12
LISTE DES INSTALLATIONS 14
LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES **16**
LE CONSEIL D'ADMINISTRATION 16
COMITÉS RELEVANT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 18
COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT 19
FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE **21**
LES ÉCHOGRAPHIES CARDIAQUES FŒTALES MAINTENANT DISPONIBLES POUR LES FUTURES MÈRES DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN 21
SIGNATURE DE LA CONVENTION COLLECTIVE DE L'APTS 22
ANNONCE DE L'OUVERTURE DE LA MAISON GILLES-CARLE DE CHICOUTIMI 22
MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE REHAUSSEMENT HISTORIQUE 22
MODERNISATION DES UNITÉS DU BLOC OPÉRATOIRE DE L'HÔPITAL DE DOLBEAU-MISTASSINI 23
TOURNÉE AGIR TÔT : LE MINISTRE CARMANT ANNONCE L'OCTROI D'UN MONTANT DE 1,4 M$ AU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN 23
AJOUT D'UN NOUVEL APPAREIL D'IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE POUR LA RÉGION 24
LE CIUSSS DEVIENT UN ÉTABLISSEMENT SANS FUMÉE 24
INFO-SOCIAL AU SERVICE DE LA POPULATION DEPUIS 20 ANS AU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN 25
PETITES SÉDUCTIONS POUR LES FUTURS PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES (PAB) 25
REHAUSSEMENT DU SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE LA RÉGION 26
PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE DE SANTÉ DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN 2018 26
AIRE OUVERTE : DES SERVICES ADAPTÉS POUR DES JEUNES DE 12 À 25 ANS 26
DÉPÔT DU MÉMOIRE À LA COMMISSION LAURENT 27
COVID-19 : MOBILISATION RÉGIONALE 27
LE CIUSSS DANS LES MÉDIAS **27**

FAITS SAILLANTS DE LA MISSION UNIVERSITAIRE 29
PROGRAMME DE FORMATION MÉDICALE À SAGUENAY (PFMS) 29
GMF-U D'ALMA ET CHICOUTIMI 29
PROGRAMME DE SOUTIEN AU DÉVELOPPEMENT DE LA MISSION UNIVERSITAIRE 30
GESTION DES STAGES 30
PLAN STRATÉGIQUE DE LA DIRECTION DE LA RECHERCHE 2017-2020 30
RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 33
CHAPITRE III : ATTENTES SPÉCIFIQUES 33
CHAPITRE IV : ENGAGEMENTS ANNUELS 38
ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ 55
L'AGRÉMENT 55
LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES 55
DÉCLARATION ET DIVULGATION DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES 55
INCIDENTS / ACCIDENTS 56
RECOMMANDATIONS DU COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET SUIVI DE L'ÉTABLISSEMENT 57
SURVEILLANCE, PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES 58
ÉVALUATION ANNUELLE DE L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE DES USAGERS 58
SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU COMMISSARIAT AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES 59
SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU CORONER 60
MESURES CORRECTIVES ÉMISES PAR LE PROTECTEUR DU CITOYEN 62
LE NOMBRE DE MISES SOUS GARDE DANS UN ÉTABLISSEMENT SELON LA MISSION 63
APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE 63
L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS 64
L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION 64
RESSOURCES HUMAINES 66
LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC 66
LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS POUR L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC 67
RESSOURCES FINANCIÈRES 68
UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME 68
L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE 69
LES CONTRATS DE SERVICES 69
ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT 71
LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES 75
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 77
ANNEXE 1 - CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 90

Présentation de l'établissement

LE CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

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

Premier employeur de la région, le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean compte quelque 10 500 employés et plus de 675 médecins, dentistes et pharmaciens. Doté d'un budget de quelque 891 millions de dollars, le CIUSSS est né de la fusion de neuf établissements de santé et de services sociaux et dispose de 62 installations réparties dans l'ensemble de la région. L'établissement est aussi affilié à l'Université de Montréal et à l'Université de Sherbrooke.

Le CIUSSS

1er employeur de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean

62 installations

17 laboratoires

Plus de **10 500** employés

95 762 km² superficie du territoire desservi

277 796 habitants (15 % de moins de 15 ans, 63 % entre 15 et 64 ans et 22 % de plus de 65 ans)

4 accréditations syndicales

Plus de **1000** embauches par année

Plus de **675** médecins, dentistes et pharmaciens

Un budget annuel de **956 M$**

6 directions administratives et **12** directions cliniques

Plus de **817** demandes médiatiques annuellement dont plus de 250 entrevues

500 types d'emplois

MISSION

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

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

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

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

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

VISION

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

VALEURS

Collaboration

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

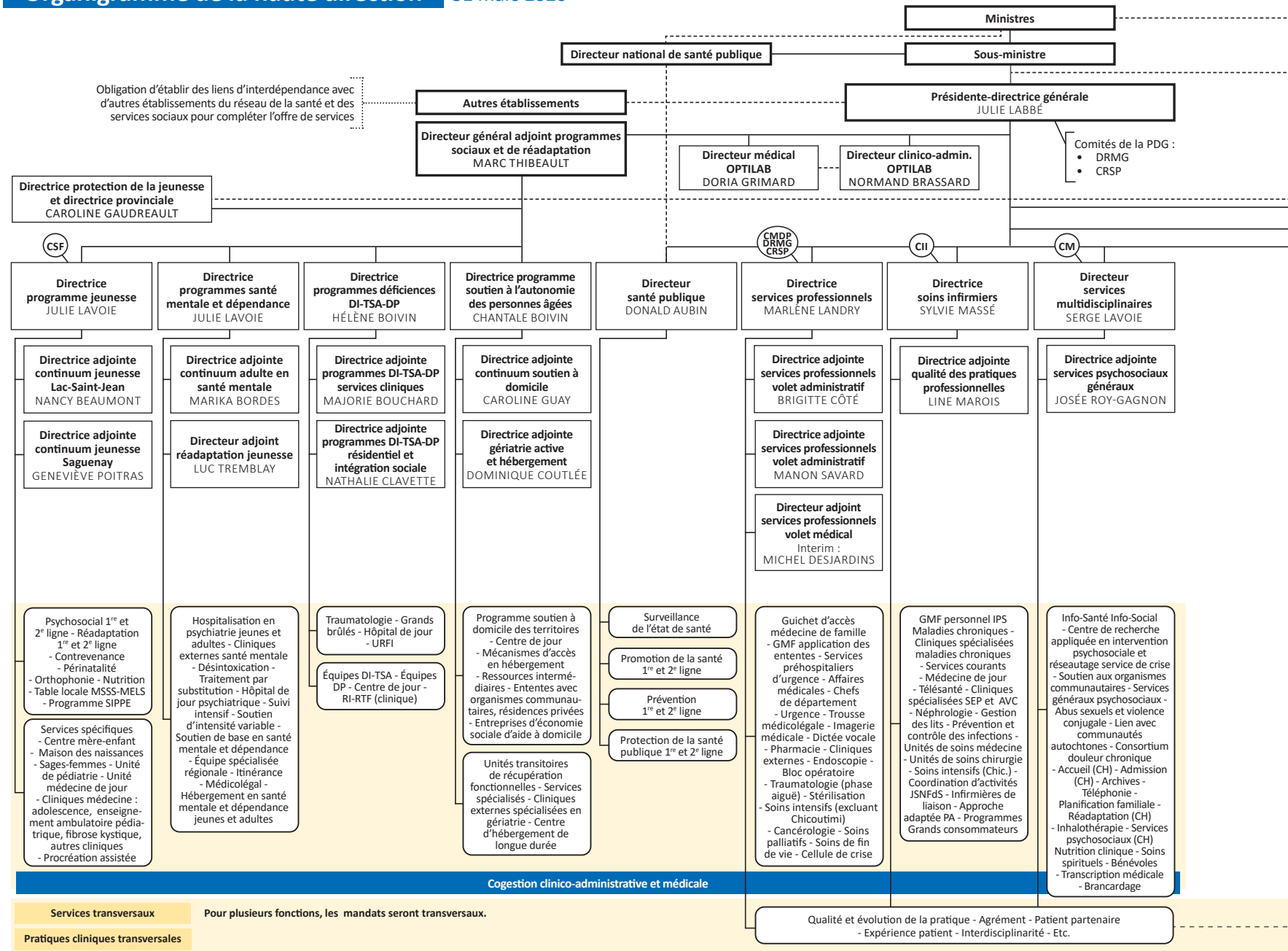
Bienveillance

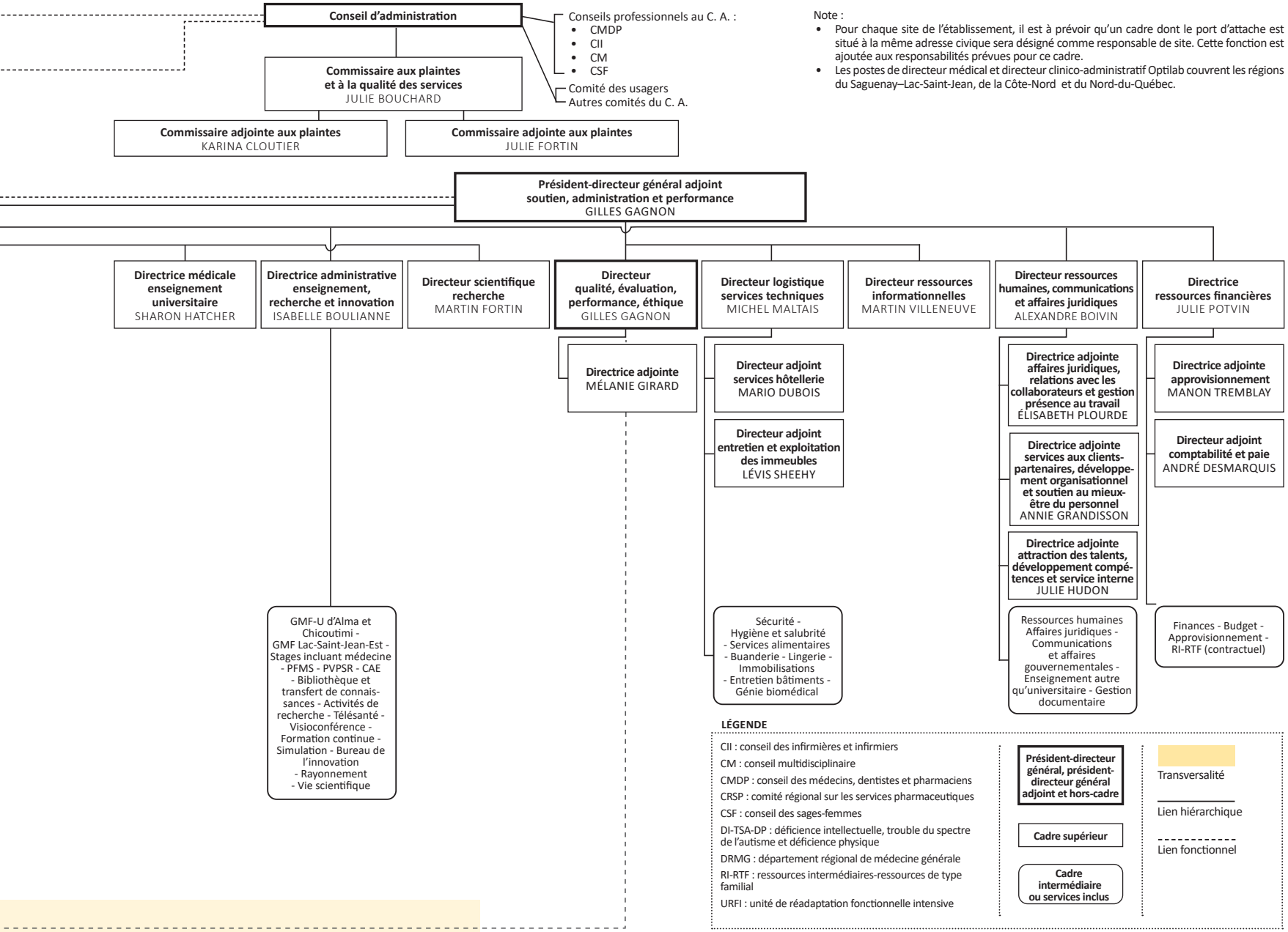
S'exprime par la volonté de traiter toute personne avec respect et sollicitude. Elle s'imprègne d'ouverture aux autres, aux changements et aux différences envers la clientèle et entre collègues. Elle incite à faire preuve d'écoute et d'empathie à l'égard d'autrui. Elle nous porte à reconnaître et à souligner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

Excellence

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

Organigramme de la haute direction 31 mars 2020





Note :

- Pour chaque site de l'établissement, il est à prévoir qu'un cadre dont le port d'attache est situé à la même adresse civique sera désigné comme responsable de site. Cette fonction est ajoutée aux responsabilités prévues pour ce cadre.
- Les postes de directeur médical et directeur clinico-administratif Optilab couvrent les régions du Saguenay–Lac-Saint-Jean, de la Côte-Nord et du Nord-du-Québec.

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

MISSION	INSTALLATION		
Centre hospitalier (CH)	Hôpital d'Alma Hôpital de Chicoutimi Hôpital de Dolbeau-Mistassini	Hôpital de La Baie Hôpital et Centre de réadaptation de Jonquière	Hôpital et Centre d'hébergement de Roberval*
Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)	Centre d'hébergement d'Alma Centre d'hébergement de Bagotville Centre d'hébergement de Dolbeau-Mistassini Centre d'hébergement de Saint-Félicien Centre d'hébergement Des Chênes Centre d'hébergement des Pensées	Centre d'hébergement Georges-Hébert Centre d'hébergement Isidore-Gauthier Centre d'hébergement Jacques-Cartier Centre d'hébergement De la Colline Centre d'hébergement Mgr-Victor-Tremblay	Centre d'hébergement Sainte-Marie Centre d'hébergement Saint-Joseph CLSC et Centre d'hébergement de Métabetchouan-Lac-à-La-Croix* CLSC et Centre d'hébergement de Normandin*** Hôpital et Centre d'hébergement de Roberval**
Centre de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation (CPRJDA)	Appartement supervisé pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Chicoutimi Centre de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation d'Alma Centre de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Chicoutimi	Centre de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Jonquière Centre de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Roberval Foyer de groupe pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Roberval	Centre de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Chibougamau CLSC et Centre de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Dolbeau-Mistassini

*En raison des deux missions de cette installation, celle-ci est également indiquée avec les installations ayant une mission hébergement et soins de longue durée.
**En raison des deux missions de cette installation, celle-ci est également indiquée avec les installations ayant une mission centre de protection et de réadaptation pour les jeunes ayant des difficultés d'adaptation.
***En raison des deux missions de cette installation, celle-ci est indiquée également avec les installations ayant une mission hébergement et soins de longue durée.

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

MISSION	INSTALLATION		
Centre local de services communautaires (CLSC)	CLSC Champlain CLSC d'Alma CLSC de Chicoutimi CLSC de Chicoutimi-Nord CLSC de Jonquière CLSC de L'Ascension-de-Notre-Seigneur	CLSC de Saint-Ambroise CLSC de Saint-Félicien CLSC du Fjord-à-L'Anse-Saint-Jean CLSC du Fjord-à-La Baie CLSC et Centre d'hébergement de Métabetchouan-Lac-à-La-Croix* CLSC et Centre d'hébergement de Normandin**	CLSC et Centre de réadaptation Saint-Antoine CLSC et Centre de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Dolbeau-Mistassini** Maison de naissance du Fjord-au-Lac
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (CRDI-TSA)	Atelier de travail en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme Brassard Atelier de travail en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme de Dolbeau-Mistassini Atelier de travail en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme de l'Aéroport Atelier de travail en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme Manouane Atelier de travail en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme de Saint-Félicien Centre d'activités de jour en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme Collard	Centre d'activités de jour en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme F. X.-Bouchard Centre d'activités de jour en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme Gauthier Centre d'activités de jour en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme Maria-Chapdelaine Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme Champlain Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme de L'Anse-Saint-Jean	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme de La Baie Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme de Métabetchouan-Lac-à-La-Croix Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme du Cénacle Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme du Long-Sault Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme Tanguay

Conseil d'administration, comités, conseils et instances consultatives

Membres du conseil d'administration

Membres	Membre du :	Mandat
BERGERON, GUYLAINE INDÉPENDANT - Gestion des risques/finance/comptabilité		24 février 2020 au 29 septembre 2021
BLACKBURN, DOMINIQUE INDÉPENDANT – Usager	Comité de vérification et de ressources humaines	30 septembre 2018 au 29 septembre 2021
BOUCHARD, CHRISTIAN INDÉPENDANT	Comité de vérification et de ressources humaines	16 mai 2019 au 29 septembre 2021
BOUCHARD, DOMINIQUE INDÉPENDANT - Ressources immobilières, informationnelles et humaines	Comité de vérification et de ressources humaines	30 septembre 2018 au 29 septembre 2021
CÔTÉ, MARTIN Comité régional sur les services pharmaceutiques	Comité de gouvernance et d'éthique	26 mars 2018 au 25 mars 2021
DÉRY, ALBERTE INDÉPENDANT - Gouvernance/éthique	Comité de révision, présidente Comité de gouvernance et d'éthique Comité de vigilance et qualité, présidente	30 septembre 2018 au 29 septembre 2021
DUBÉ, GUYLAINE, VICE-PRÉSIDENTE INDÉPENDANT – Réadaptation	Comité de vigilance et qualité, vice-prés. Comité de révision, présidente substitut	30 septembre 2018 au 29 septembre 2021
GAGNÉ, DRE ÈVE-REINE Universités affiliées		30 septembre 2018 au 29 septembre 2021

Suite

Membres	Membre du :	Mandat
GIMAËL, DR JEAN-FRANÇOIS Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens		6 juillet 2018 au 25 mars 2021
GOBEIL, MANON Conseil des infirmières et infirmiers	Comité de gouvernance et d'éthique	26 mars 2018 au 25 mars 2021
GUAY, FRANCE, PRÉSIDENTE INDÉPENDANT - Organismes communautaires		30 septembre 2018 au 29 septembre 2021
GUIMOND, FRÉDÉRICK INDÉPENDANT - Jeunesse		17 septembre 2019 au 29 septembre 2021
LABBÉ, JULIE Présidente-directrice générale	Comité de gouvernance et d'éthique, membre d'office Comité de vigilance et qualité, membre d'office	1er avril 2018 au 31 mars 2020
LAFLAMME, MANON Conseil multidisciplinaire	Comité de gouvernance et d'éthique	26 mars 2018 au 25 mars 2021
VACANT Membre observateur – Fondations		30 septembre 2018 au 29 septembre 2021
PERRON, DR PATRICE Universités affiliées		30 septembre 2018 au 29 septembre 2021
SIMARD, GILLES Comité des usagers	Comité de vigilance et qualité, membre d'office	26 mars 2018 au 25 mars 2021
VERREAULT, DR GUY Département régional de médecine générale		26 mars 2018 au 25 mars 2021
VACANT INDÉPENDANT - Vérification, performance et gestion de la qualité		30 septembre 2018 au 29 septembre 2021
COURTOIS, GILBERT INDÉPENDANT - Santé mentale		7 août 2020 au 29 septembre 2021

Comités relevant du conseil d'administration

Comité de vérification

Comité de gouvernance et d'éthique

Comité de vigilance et de la qualité

Comité de révision

Comité consultatif du territoire Maria-Chapdelaine

Le comité de gouvernance et d'éthique a analysé les formulaires de déclaration de conflit d'intérêts des nouveaux membres et des nouveaux cadres supérieurs.

Aucun cas ou manquement quant à un conflit d'intérêt n'a été constaté en cours d'année, et par conséquent, aucun cas n'a été traité par le comité de gouvernance et d'éthique, qui assure une vigilance quant à toute apparence ou conflit d'intérêt. Les membres qui pourraient être en apparence de conflit quant à une décision à prendre se retirent systématiquement des décisions.

Le code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration de l'établissement est disponible en Annexe 1.

Comités des usagers du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Comité des usagers du centre intégré (CUCI)

Comité des usagers en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme

Comité des usagers du Centre jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Comité des usagers de Lac-Saint-Jean-Est

Comité des usagers de Domaine-du-Roy

Comité des usagers de Maria-Chapdelaine

Comité des usagers de Jonquière

Comité des usagers de Chicoutimi

Comité des usagers de La Baie

Comités de l'établissement

Comités, conseils et instances de l'établissement*	Comités de la mission universitaire
Conseil des infirmières et infirmiers (CII)	Comité des ambassadeurs de la mission universitaire
Département régional de médecine générale (DRMG)	**Recherche**
Conseil multidisciplinaire (CM)	Comité d'éthique de la recherche (CÉR)
Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)	Assemblée des chercheurs
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)	Comité consultatif des chercheurs réguliers
Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée	Comité consultatif des médecins-cliniciens
Conseil des sages-femmes (CSF)	Comité exécutif de la recherche
Comité de développement durable	**Enseignement**
Comité de gestion des risques (CGR)	Comité d'enseignement de l'Hôpital de Chicoutimi
**liste non exhaustive*	Comité de coordination de la formation médicale (anciennement le Bureau régional de coordination de l'enseignement médical)

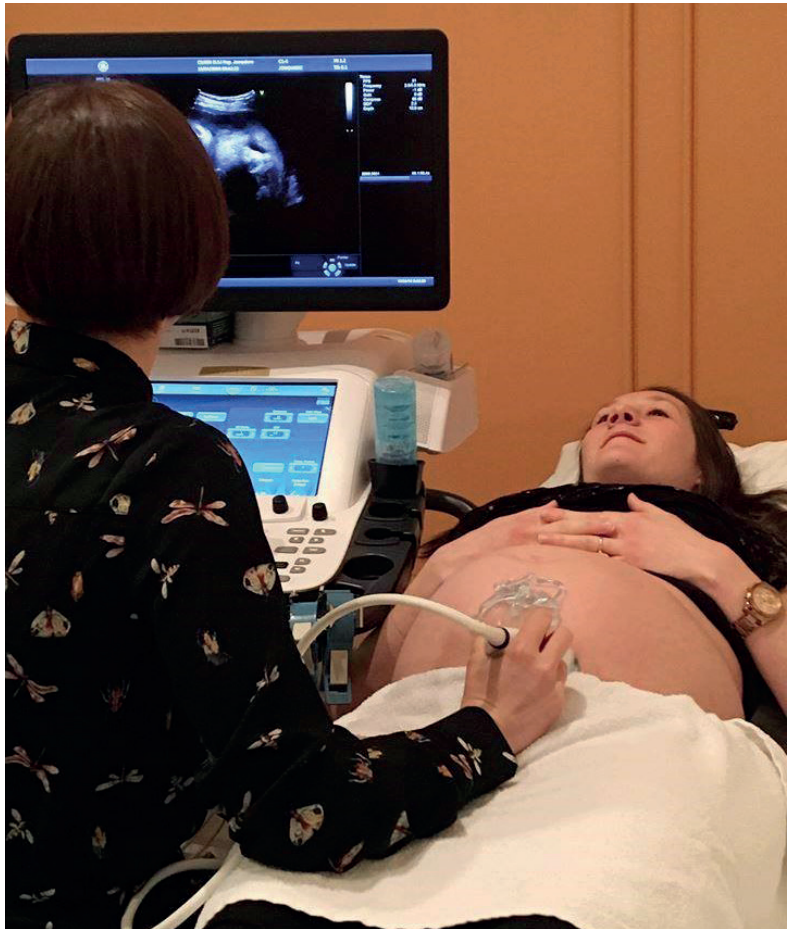
Faits saillants de l'année

LES ÉCHOGRAPHIES CARDIAQUES FŒTALES MAINTENANT DISPONIBLES POUR LES FUTURES MÈRES DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN

Avril 2019

Le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean annonce un nouveau service en obstétrique pour les futures mères de la région. Il est maintenant possible pour elles d'avoir recours à une échographie cardiaque fœtale à l'Hôpital de Jonquière lorsque l'examen est recommandé par le professionnel de la santé qui assure leur suivi de grossesse.

Ce nouveau service permettra à environ 250 femmes par année d'avoir accès à ce type d'examen dans leur région, alors qu'elles devaient auparavant se déplacer à Québec. Déjà, depuis la mise en place du service en décembre, ce sont plus de 60 femmes qui ont pu bénéficier de ce service. L'ajout de ce service est au cœur même de la mission de l'établissement, soit de veiller à la santé et au bien-être de notre population en offrant des soins et des services accessibles dans la région.



SIGNATURE DE LA CONVENTION COLLECTIVE DE L'APTS

Avril 2019

Dans le cadre des négociations locales visant le renouvellement des conventions collectives, une entente de principe est survenue le 8 février 2019 entre l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) et le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Les 2 700 membres ciblés par cette entente se sont réunis en assemblée générale le 19 février et ont voté à 96 % pour son adoption. L'APTS représente la catégorie de personnel 4 regroupant plus de 100 titres d'emplois, dont des techniciens en laboratoire, des travailleurs sociaux, des physiothérapeutes, des psychoéducateurs et des ergothérapeutes. La signature de la nouvelle convention a lieu en avril 2019.

ANNONCE DE L'OUVERTURE DE LA MAISON GILLES-CARLE DE CHICOUTIMI

Avril 2019

Les locaux de la Maison Gilles-Carle de Chicoutimi seront aménagés dans une ancienne maison de soins palliatifs. C'est la Fondation pour Enfants Marc Denis qui achète l'infrastructure pour ensuite la remettre en don à Hébergement Plus, l'organisme porteur du projet. Ce don, d'une valeur de 225 000 $, permettra d'aménager de 9 à 13 chambres pour offrir du répit aux proches aidants de la région. Le gouvernement du Québec fournira les soins et les services appropriés aux occupants dès l'ouverture de la maison et du Centre de répit. Il s'agit d'une initiative citoyenne qui donne lieu à un partenariat entre la communauté et le gouvernement, afin d'intensifier et de diversifier l'offre de services de répit aux proches aidants à l'échelle du Québec.

MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE REHAUSSEMENT HISTORIQUE

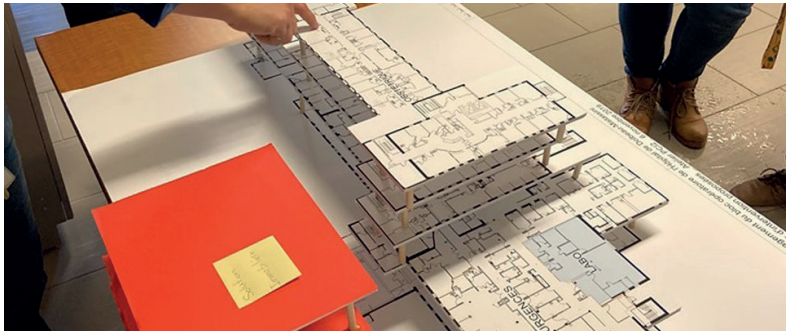
Mai 2019

La présidente-directrice générale du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Julie Labbé, annonce la mise en oeuvre d'un plan de rehaussement qui permettra de rehausser et de créer 300 postes d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et d'inhalothérapeutes, 190 postes d'emploi paratechniques, des services auxiliaires et des métiers, et 20 postes de personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration.

« Dès mon entrée en fonction il y a un an, je partageais l'importance que nous devons accorder à la stabilisation des équipes de travail, au développement de notre offre de service sur le territoire, au maintien de notre autonomie régionale, à l'amélioration de la fluidité du parcours du patient dans notre établissement, à la caractérisation de nos communautés et aux actions de santé publique devant y être associées. Aujourd'hui, nous franchissons une étape charnière avec l'aboutissement des travaux liés au rehaussement, en vue de soutenir notre personnel clinique. Il s'agit d'une démarche hautement prioritaire pour notre établissement afin de pallier les problématiques relatives à la stabilisation des équipes, dans un souci constant de donner des soins et services sécuritaires

et de qualité à nos usagers et d'offrir des conditions de travail favorables aux membres du personnel. »

- Julie Labbé, présidente-directrice générale



MODERNISATION DES UNITÉS DU BLOC OPÉRATOIRE DE L'HÔPITAL DE DOLBEAU-MISTASSINI

Juin 2019

Le projet de modernisation des unités du bloc opératoire de l'Hôpital de Dolbeau-Mistassini est autorisé à amorcer sa phase de conception. Ce projet a pour objectif de rendre les unités du bloc opératoire plus fonctionnelles et d'améliorer la logistique, notamment afin d'accroître la confidentialité, de faire une meilleure division des activités pour éviter les croisements dans la zone stérile, d'agrandir et de créer des espaces mieux adaptés au contexte actuel ainsi que d'assurer une meilleure prévention des infections.

Les unités qui bénéficieront des travaux projetés sont le bloc opératoire, la chirurgie d'un jour, l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) et l'unité de retraitement des endoscopes.

Parmi les améliorations apportées par le projet, on retrouve :

- un bloc de quatre salles, dont une salle pour la chirurgie générale, une autre pour les chirurgies spécialisées, une salle d'endoscopie ainsi qu'une salle de chirurgie mineure, permettant de rapatrier toutes les activités à un seul endroit;
- une salle de réveil de trois civières et une aire de préparation et de récupération commune pour l'endoscopie et la chirurgie comptant neuf civières;
- l'inclusion de travaux de correction des non-conformités logistiques de l'URDM, la relocalisation dans ce secteur du retraitement des endoscopes et l'aménagement adéquat de la circulation dans le bloc et les secteurs voisins.

TOURNÉE AGIR TÔT : LE MINISTRE CARMANT ANNONCE L'OCTROI D'UN MONTANT DE 1,4 M$ AU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN

Juillet 2019

Dans le cadre de sa tournée aux quatre coins du Québec afin de présenter le programme Agir tôt, le ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux, monsieur Lionel Carmant, a visité la région du Saguenay–Lac Saint Jean.

À cette occasion, il a annoncé l'octroi d'un montant de 1 400 700 $ afin de rehausser les équipes d'intervention auprès des jeunes enfants présentant un retard de développement, une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme et d'améliorer les services de dépistage dans la région. Agir tôt vise à identifier le plus tôt possible les difficultés chez l'enfant, à évaluer son profil de développement et à l'orienter vers le bon service et, enfin, à lui offrir le soutien dont lui et sa famille ont besoin.

AJOUT D'UN NOUVEL APPAREIL D'IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE POUR LA RÉGION

Septembre 2019

Le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean est autorisé à procéder à l'achat d'un troisième appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM), afin de mieux répondre aux besoins de la région.

Ce troisième appareil, qui sera situé dans les locaux de l'Hôpital de Chicoutimi, vise à répondre à la hausse de la demande pour des examens d'IRM, observée dans la région et dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. Cet appareil s'ajoute aux deux autres qui sont déjà actifs au CIUSSS, soit celui de l'Hôpital d'Alma et de celui de l'Hôpital de Chicoutimi, lesquels ne sont plus suffisants pour assurer un accès de proximité à ce service en temps opportun.L'acquisition de l'appareil nécessite un investissement de 5 M$, tant du point de vue de l'agrandissement nécessaire que de l'équipement, somme qui sera assumée par le CIUSSS. Les coûts de fonctionnement seront quant à eux soutenus par l'entremise du financement à l'activité accordé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

LE CIUSSS DEVIENT UN ÉTABLISSEMENT SANS FUMÉE

Septembre 2019

Le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean devient un établissement sans fumée à compter du lundi 16 septembre 2019. Cela signifie que le périmètre de 9 mètres de toute porte « sans fumée » sera élargi pour couvrir la totalité des terrains et des stationnements des installations. Cette initiative se veut une réponse aux orientations ministérielles et s'inscrit dans la volonté du CIUSSS d'accentuer son rôle significatif de veiller à la santé et au bien-être de ses travailleurs et de la population de son territoire en favorisant l'adoption de saines habitudes de vie.

Les orientations ministérielles publiées en avril 2016 exigeaient que les établissements de santé, dont fait partie le CIUSSS, adoptent une politique pour un environnement sans fumée. Les milieux de santé et de services sociaux sans fumée permettent de réduire les effets néfastes du tabagisme, de favoriser des choix santé et de soutenir un environnement sain pour tous, soit les usagers, le personnel et les visiteurs.

INFO-SOCIAL AU SERVICE DE LA POPULATION DEPUIS 20 ANS AU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN

Octobre 2019

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean souligne le vingtième anniversaire du service Info-Social dans la région en compagnie des membres du personnel, dont certains sont présents depuis le premier appel reçu le 1er avril 1999, et des partenaires du milieu.

Chaque année, ce sont plus de 20 000 appels qui sont répondus par la centrale du Saguenay–Lac-Saint-Jean. En moyenne, 55 personnes sont aidées et outillées chaque jour. En plus d'offrir le service à la population de la région, le service Info-Social dessert également la population du Nord-du-Québec ainsi que celle de la Côte-Nord pendant la nuit.

Cette qualité d'offre psychosociale à la population est possible en grande partie grâce à l'arrimage et la collaboration des différents partenaires qui gravitent autour du service et qui placent l'usager au coeur de leurs actions. Le service Info-Social maintient une collaboration étroite avec les autres services de première ligne du CIUSSS, les services policiers des régions desservies, les organismes communautaires et bien d'autres.

PETITES SÉDUCTIONS POUR LES FUTURS PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES (PAB)

Novembre 2019

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean et les commissions scolaires du Pays-des-Bleuets, du Lac-Saint-Jean et des Rives-du-Saguenay lancent leur tournée de Petites séductions en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) à Dolbeau-Mistassini et à Saguenay les 27 et 29 novembre.

Le principal objectif de cette campagne de recrutement novatrice vise à démarrer, dès janvier 2020, des cohortes de formation d'assistance à la personne en établissement et à domicile (APED) à Chicoutimi, à Alma et à Dolbeau, afin de combler les besoins en main-d'œuvre de l'établissement.

REHAUSSEMENT DU SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE LA RÉGION

Novembre 2019

À la suite de l'annonce de la bonification importante du soutien financier octroyé aux organismes communautaires de la région faite par la ministre de la Santé et des Services sociaux en septembre 2019, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean annonce la distribution du budget supplémentaire de 2 234 200 $.

Ce montant s'ajoute de manière récurrente au budget de près de 28 M$ déjà alloué dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), portant ainsi le budget qui leur est réservé à plus de 30 M$ annuellement. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, ce sont 144 organismes oeuvrant en santé et en services sociaux qui recevront un financement issu de cette bonification, dont six d'entre eux recevront un tout premier financement. Au total, ce sont 198 organismes qui sont financés au Saguenay–Lac-Saint-Jean.

PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE DE SANTÉ DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN 2018

Janvier 2020

L'état de santé des adultes de la région est demeuré stable depuis 2012, bien que certains gains puissent encore être réalisés. C'est ce que révèle l'Enquête de santé du Saguenay–Lac-Saint-Jean 2018 diffusée par la Direction de santé publique du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Ayant pour principal objectif de dresser un portrait de l'état de santé et de bien-être de la population adulte à l'échelle régionale, ce rapport permet également d'observer les variations dans le temps, d'identifier les différences entre les territoires et de documenter des problématiques spécifiques.

Les résultats de l'Enquête servent à inspirer non seulement les professionnels et les décideurs du CIUSSS de la région, mais également tous ceux qui ont à coeur l'essor de la région.

AIRE OUVERTE : DES SERVICES ADAPTÉS POUR DES JEUNES DE 12 À 25 ANS

Janvier 2020

Le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint Jean est l'une des quatre nouvelles régions où sera déployé le projet Aire ouverte au cours de l'année 2020. Il s'agit notamment du développement d'une offre de service intégrée répondant aux besoins des jeunes de 12 à 25 ans.

Le projet permettra d'offrir aux jeunes du réseau local de services (RLS) de Jonquière des services dans un contexte sécurisant en facilitant l'accessibilité aux services de première ligne en santé globale (santé mentale, santé physique, dépendance et en santé sexuelle).

Le projet inclura des ressources professionnelles, qui seront déterminées à la suite des consultations auprès des jeunes, des familles et des différents partenaires du milieu.

DÉPÔT DU MÉMOIRE À LA COMMISSION LAURENT

Janvier 2020

Dans le cadre du mandat général de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse (la Commission Laurent), le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint Jean a présenté son mémoire. Il se veut une forme de rapport réflexif, permettant de dresser un portrait factuel des zones de vigilance de l'organisation et des manières actuelles de faire, tout en proposant des pistes d'amélioration concrètes aux différents constats observés au Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Ce mémoire est le fruit d'un travail de consultation et de réflexion globale avec les équipes en jeunesse. Il était essentiel d'entendre et de valoriser le savoir expérientiel des employés, en s'imprégnant de la réalité régionale.

COVID-19 : MOBILISATION RÉGIONALE

Mars 2020

Les circonstances liées au contexte mondial entourant la COVID-19 amènent la prise de nouvelles dispositions visant à ralentir la propagation du virus. Une série de mesures sont mises en place par le gouvernement du Québec et le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) afin de limiter la propagation de la COVID-19.

Mobilisé depuis plusieurs semaines, le CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean met en place tout le nécessaire afin d'identifier rapidement les cas suspects, se préparer à intervenir si requis et limiter la propagation de la COVID-19 au sein de notre population. Des instructions concernant notamment le triage à l'urgence, les précautions à appliquer en milieu de soins pour protéger le personnel et la prise en charge des cas ont été distribuées aux équipes concernées. Le CIUSSS dispose d'un protocole de triage des maladies respiratoires sévères infectieuses.

LE CIUSSS DANS LES MÉDIAS

Les relations avec les médias constituent une activité importante pour le CIUSSS. En 2019-2020, le Service des communications et des affaires gouvernementales du CIUSSS a répondu à plus de 817 demandes en provenance de journalistes, animateurs et recherchistes, soit un nombre plus élevé que celui de l'année précédente. Cette hausse s'explique notamment par la couverture médiatique engendrée par le contexte de pandémie de la COVID-19.

Ce sont plus de 57 porte-paroles différents qui ont accordé plus de 250 entrevues à des représentants des médias du Saguenay–Lac-Saint-Jean et d'ailleurs au Québec.

Données médias

Plus de **817** demandes médiatiques annuellement

Plus de **57** porte-paroles et experts

Plus de **250** entrevues

Plus de **2800** reportages et nouvelles impliquant le CIUSSS

Une soixantaine d'actions ont été initiées par le Service des communications et des affaires gouvernementales auprès des médias pour faire connaître les services et faire rayonner les projets et les bons coups de notre établissement. Une trentaine de communiqués de presse ont en outre été publiés.

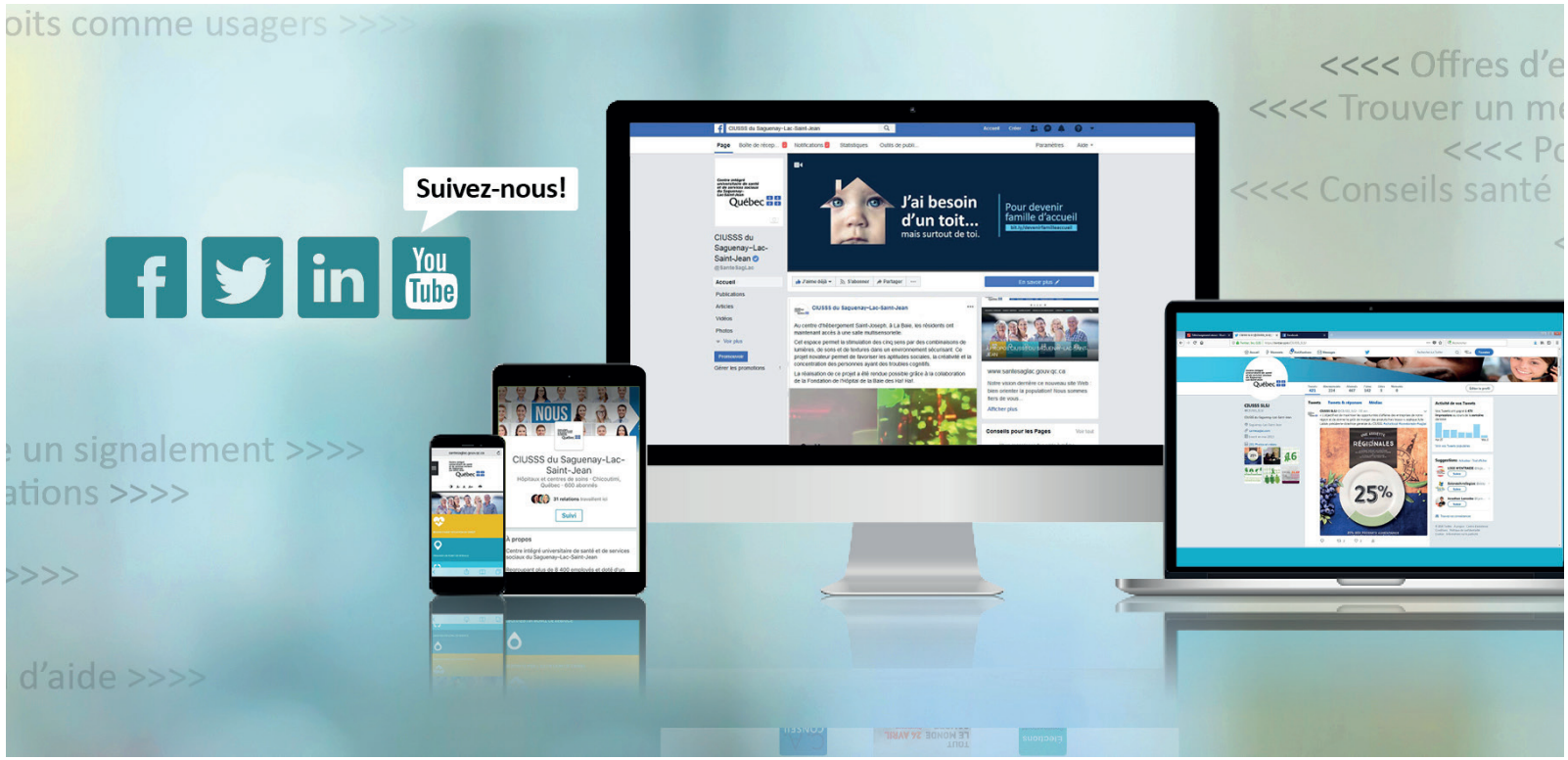
La couverture médiatique accordée au CIUSSS montre bien que l'organisation représente une source d'information majeure dans la région. En effet, l'établissement a fait l'objet de près de 3000 reportages, nouvelles ou articles.

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

Proximité avec la population

Le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean est présent sur diverses plateformes sociales dans le but d'assurer une conversation avec les usagers, les partenaires et la population. Cette présence permet de mieux faire connaître les soins et les services offerts dans l'ensemble de ses installations, mais également d'informer sur divers sujets liés à la santé publique.

En raison de leur grande visibilité, les médias sociaux représentent un excellent moyen pour faire rayonner les initiatives qui émanent de l'organisation et mettre en valeur les bons coups des équipes.



Quelques données

Au 31 mars 2020, la page Facebook du CIUSSS compte 11 607 abonnés, soit une augmentation de 41 % depuis la dernière année. Le compte Twitter regroupe maintenant 646 abonnés, soit une augmentation de 14 %. Le site Web santesaglac.gouv.qc.ca reçoit en moyenne, chaque mois, 22 297 visites et 63 988 pages sont consultées.

FAITS SAILLANTS DE LA MISSION UNIVERSITAIRE

Programme de formation médicale à Saguenay (PFMS)

Le programme de formation médicale à Saguenay a célébré la graduation de sa 10e cohorte de finissants. Depuis la création du programme dans la région, celui-ci a diplômé 276 médecins dont 123 sont en exercice et parmi lesquels 45 pratiquent la médecine au Saguenay–Lac-Saint-Jean.

La réforme du curriculum du programme de médecine de l'Université de Sherbrooke amorcée en 2017-2018 s'est poursuivie. Ce nouveau programme vise particulièrement l'acquisition de connaissances et la mobilisation des étudiants dans des situations authentiques, proches de la pratique sur le terrain, mais également sur la pratique réflexive, qui permet un retour sur les choix qui ont été faits, les gestes posés, la façon de s'y prendre, les résultats obtenus.

GMF-U d'Alma et Chicoutimi

L'objectif premier pour l'année 2019-2020 au GMF-U d'Alma était de stabiliser les équipes à travers les différents défis rencontrés.

Des travaux ont été effectués afin de mieux connaître notre clientèle. En analysant les différentes raisons de consultation, cela nous a permis de varier notre offre de rendez-vous selon les besoins réels des patients. Une meilleure accessibilité est alors observée. Le déploiement de l'outil « Rendez-vous Santé Québec » devient un plus en termes d'accessibilité.

Le télétravail aura été un défi organisationnel, mais aura permis à l'équipe soignante d'optimiser ses méthodes de références des patients tout en diminuant par le fait même le volume de numérisation devant être faite par l'équipe du secrétariat.

Des travaux sont également en œuvre visant l'amélioration des trajectoires de services.

Les professionnels et les gestionnaires exerçant au sein des GMF-U sont de plus en plus sollicités afin d'atteindre des niveaux de performance élevés. Ces exigences sont souvent atteintes au prix d'une détérioration du bien-être individuel et collectif. Ainsi, pour répondre à ce besoin, le GMF-U de Chicoutimi a mis sur pied le projet « Conciliation bien-être et performance ». L'objectif de ce projet était d'améliorer l'équilibre, le bien-être et la performance auprès des employés et des professionnels du GMF-U.

Le modèle logique de l'Institute for Healthcare Improvement a été adopté. Celui-ci s'articule autour de neuf dimensions : sécurité psychologique, vision partagée, autonomie, reconnaissance, gestion participative, travail d'équipe et collégialité, amélioration quotidienne, bien-être et résilience, mesure. De plus, un projet d'érudition des résidents en médecine de famille a été mis en place et a permis de former un comité « Bonheur » et de construire un outil de mesure du bien-être au travail.

L'équipe suit donc l'évolution de l'équilibre du bien-être et la performance à l'aide de mesures quantitatives. Les observations sur le terrain indiquent que le cycle d'apprentissage profond est activé. Ces observations sont basées sur la participation à la station visuelle, l'initiation et la participation aux activités sociales et sur la participation à l'identification et à la résolution des problèmes qui émergent au quotidien dans le GMF-U de Chicoutimi.

Programme de soutien au développement de la mission universitaire

Le programme de soutien au développement de la mission universitaire vise à soutenir financièrement, grâce à la Fondation de ma vie, des initiatives qui contribuent au développement de l'enseignement et de la recherche au sein de l'établissement. Cette année, le programme a octroyé une bourse de maîtrise à une infirmière clinicienne aux soins intensifs de l'Hôpital de Chicoutimi, qui poursuit des études aux cycles supérieurs à l'Université du Québec à Chicoutimi.

De plus, ce programme a contribué à l'installation de deux nouveaux chercheurs recrutés à l'Université de Sherbrooke dont les activités de recherche s'effectuent à 100 % dans la région. Le programme a également servi à soutenir financièrement des équipes au niveau d'activités de transfert de connaissances.

Gestion des stages

La gestion des stages a poursuivi sa croissance au cours de la dernière année. Une campagne de recrutement de superviseurs de stage, la création d'un registre de superviseurs de stage, la mise en place d'un réseau d'agent de planification et de placement de stage (physiothérapie, travail social, inhalothérapie, secrétariat médical) pour faciliter le placement et soutenir les superviseurs font entre autres partie des réalisations. Mentionnons que l'établissement accueille plus de 4 000 stagiaires annuellement dans un peu plus de 40 programmes différents incluant les externes et les résidents en médecine.

Par ailleurs, une première journée de formation à la supervision a été organisée en mai 2019 à Alma pour tous les superviseurs de stage du CIUSSS. Plus de 100 personnes ont participé à cette activité. Le succès de cette activité motive l'équipe de la Direction de la recherche, de l'enseignement et de l'innovation (DERI) à renouveler l'expérience!

La DERI est maintenant responsable de tous les stages effectués au sein de l'établissement. La gestion des stages de la catégorie 1 – Soins infirmiers est sous sa responsabilité. Cette réorganisation avait pour but d'améliorer le soutien et la coordination du processus de placement de stage des étudiantes en soins infirmiers et augmenter le nombre de places de stage. Une responsable a été nommée en janvier 2020 pour s'occuper spécifiquement de cette catégorie de stages qui représente plus de la moitié des stages réalisés au CIUSSS.

La Direction, via le fonds de soutien aux stages, a lancé la deuxième édition du Programme de subventions aux superviseurs de stage – catégorie 4. Ce programme vise à soutenir le développement, l'innovation, la créativité et la formation continue des superviseurs de stage en se basant sur le principe que tous n'ont pas accès aux mêmes avantages lors de l'encadrement de stagiaires. Cette année, le programme a redonné près de 33 550 $ pour l'acquisition d'équipement et de matériel ainsi que pour de la formation destinée aux superviseurs de stage.

Plan stratégique de la Direction de la recherche 2017-2020

La Direction de la recherche a continué la mise en place et le suivi du plan d'action visant à opérationnaliser le plan stratégique et guider l'ensemble de ces réalisations. Dans les faits saillants à souligner, mentionnons l'obtention de bourses de carrière du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) à des chercheurs réguliers du CIUSSS : Luigi Bouchard, chercheur boursier senior; Cynthia Gagnon chercheure boursière senior; Marie-Ève Poitras, chercheure boursière junior 1 et Karine Tremblay, boursière junior 1.

La Direction a poursuivi la consolidation des activités de recherche clinique pharmaceutique tout en offrant un meilleur soutien aux chercheurs qui veulent effectuer des essais cliniques commandités par l'industrie pharmaceutique. Les chercheurs peuvent maintenant compter sur une équipe de six personnes pour les soutenir

dans leur projet. Ainsi, 29 projets sont en cours au sein du CIUSSS, permettant à 198 patients de bénéficier d'un suivi par l'équipe de la recherche clinique. Le CIUSSS a également intégré le Consortium de recherche en oncologie clinique du Québec (Q-CROC). Par ailleurs, le CIUSSS a fait l'implantation de la plateforme Web Nagano pour l'évaluation, l'approbation, l'autorisation et le suivi des projets de recherche se déroulant dans ces installations. Cette plateforme vient aider l'organisation du guichet unique pour la soumission des projets de recherche.

La Direction poursuit activement son travail de collaboration avec le Centre de recherche Charles-Le Moyne – Saguenay–Lac-Saint-Jean sur les innovations en santé (CR-CSIS) particulièrement en ce qui a trait à la planification stratégique du centre. Rappelons que le CR-CSIS est le fruit d'une alliance scientifique, stratégique et administrative entre le CISSS de la Montérégie-Centre, le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean et l'Université de Sherbrooke. Depuis sa création, le CR-CSIS ne cesse de se développer autour de l'engagement à améliorer l'accès à la santé pour des clientèles spécifiques, majoritairement vulnérables et souvent orphelines.

Finalement, le CIUSSS a été en constantes interactions avec ses universités d'affiliation, particulièrement avec notre université régionale, Université du Québec à Chicoutimi (UQAC) avec laquelle la collaboration est omniprésente tant du côté de l'enseignement que de la recherche. La Direction s'est également activée au cours de l'année au renouvellement des contrats d'affiliation universitaire avec trois universités (Université de Sherbrooke, Université de Montréal et UQAC).

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

CHAPITRE III - ATTENTES SPÉCIFIQUES

Chapitre III - Entente de gestion et d'imputabilité 2019-2020
Fiche de reddition de comptes des attentes spécifiques

N°	Titre de l'attente spécifique	Réalisé ou en cours de réalisation	Si non atteint, % de réalisation	Commentaires
SANTÉ PUBLIQUE (DGSP)				
1.1	Implanter, d'ici le 31 mars 2020, le Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche dans tous les CHSLD publics et privés conventionnés de la province de Québec.	En cours	50 %	Participation à titre consultatif seulement. Dû à la pandémie, les services de notre chargée de projet ont été mitigés. Son mandat a été renouvelé et l'échéance d'implantation reportée par le MSSS compte tenu de la pandémie. Reddition de comptes reportée. - Entente entre les dentistes et le ministère non signée à ce jour. - Formation aux employés en CHSLD en cours, presque complétée dans tous les CHSLD. - L'offre de service n'est pas déployée au niveau régional dû à l'absence de contrat avec les dentistes. - Reprise des travaux prévue à l'automne 2020.

Fiche de reddition de comptes des attentes spécifiques

N°	Titre de l'attente spécifique	Réalisé ou en cours de réalisation	Si non atteint, % de réalisation	Commentaires
SANTÉ PUBLIQUE (DGSP)				
1.2	Assurer la participation des directions de santé publique aux travaux des CAR pour appuyer la concertation d'acteurs régionaux de divers secteurs d'activités autour de priorités et d'actions favorables à la santé.	Réalisé		La Direction de santé publique siège sur la Conférence administrative régionale (CAR). La Direction de santé publique assume la coprésidence de deux sous-comités de la CAR : 1- Développement social par le directeur de santé publique. 2- Table intersectorielle régionale sur les saines habitudes de vie par la coordonnatrice de santé publique.
1.3	Présenter un bilan des activités réalisées en matière de lutte contre le tabagisme.	Réalisé		Nous avons offert, en 2019-2020, un counseling individuel intensif en CAT dans six CLSC de la région ainsi que dans un centre de santé autochtone à raison d'un à quatre jours par semaine. Nous avons promu les différentes campagnes de communication auprès des populations visées (Defi J'arrête j'y gagne, Semaine pour un Québec sans tabac, etc.). Nous avons promu les activités de prévention offertes, pour les jeunes, par le CQTS et avons financé une école et huit maisons de jeunes pour des projets en prévention du tabagisme chez les jeunes.
PROGRAMMES DÉDIÉS AUX PERSONNES, AUX FAMILLES ET AUX COMMUNAUTÉS				
2.1	Bonnes pratiques des établissements pour la prévention et la réduction des usagers en NSA.	En cours	ND	Travaux en continu afin d'implanter les bonnes pratiques pour réduire les usagers en NSA.
2.2	Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD.	En cours	75 %	L'implantation du deuxième bain en CHSLD est complétée pour douze des seize CHSLD. Variable selon le contexte et le nombre de personnel en place.
2.3	Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC).	Réalisé		Nous sommes en amélioration continue sur les mesures qui ont été mises en place, conformément aux éléments du plan. Bilan au 31 mars 2020 à acheminer au MSSS pour le 30 septembre 2020.

N°	Titre de l'attente spécifique	Réalisé ou en cours de réalisation	Si non atteint, % de réalisation	Commentaires
PROGRAMMES DÉDIÉS AUX PERSONNES, AUX FAMILLES ET AUX COMMUNAUTÉS				
2.4	Plan d'action TSA (2017-2022).	En cours	60 %	Poursuite de l'implantation conformément à la planification prévue. Enjeu de délai en lien avec la COVID-19 pour la prochaine année. Planification 20-21 à revoir en septembre.
2.5	Déploiement du programme Agir tôt.	En cours	10 %	Nous participons et sommes actifs afin de suivre assidûment les travaux de déploiement, et ce, conformément aux orientations du MSSS.
2.6	Offrir des milieux résidentiels adaptés aux besoins des personnes ayant une DP, une DI ou un TSA.	En cours	92 %	Nous n'avons pas reçu de budget de l'enveloppe provinciale de 8,5 M$ pour le développement de places supplémentaires dans notre parc de ressources. Difficultés entrevues à atteindre la cible, car l'augmentation des coûts pour les places existantes dépasse l'indexation annuelle du budget. Actuellement, deux appels d'offres en cours (15 places DI-TSA, 15 places DP) et une troisième à venir (9 places) en collaboration avec la direction de la Santé mentale. Projet de logement communautaire de 42 places en développement pour la clientèle DI-TSA-DP, disponible à partir de décembre 2020.
2.7	Suivi de l'ajout d'effectifs en CHSLD.	En cours	75 %	- Dernier rehaussement fait en janvier 2020. - Poursuite des travaux de rehaussement des équipes avec l'arrivée de la nouvelle cohorte de PAB en CHSLD.

Fiche de reddition de comptes des attentes spécifiques

N°	Titre de l'attente spécifique	Réalisé ou en cours de réalisation	Si non atteint, % de réalisation	Commentaires
AFFAIRES UNIVERSITAIRES, MÉDICALES, INFIRMIÈRES ET PHARMACEUTIQUES				
4.1	Consolider l'organisation des soins et des services offerts aux personnes atteintes d'Alzheimer (et autres troubles neurocognitifs) et à leurs proches.	En cours	95 %	- 90 % des GMF formés. Les formations se poursuivent selon les besoins identifiés par les différents GMF et partenaires. - Les outils sont déployés. - Ajout d'un répondant sous-régional cette année pour répondre à la demande (travailleur social).
4.2	État d'avancement sur le Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan national 2016-2018 – Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC.	-	-	Attente annulée (réf. Bulletin de suivi des ententes de gestion et d'imputabilité - Volume 16, no 12).
4.3	Contribuer au déploiement provincial de la télésanté.	Réalisé		
4.4	État d'avancement du Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2017 2018 – Continuum de services, phase hyper aiguë, pour les personnes ayant subi un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST).	Réalisé		
INFRASTRUCTURES, LOGISTIQUE, ÉQUIPEMENTS ET APPROVISIONNEMENT				
7.1	Réaliser le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers au 31 mars 2020, conformément aux cibles fixées par l'établissement pour chacun des bâtiments déficitaires concernés.	En cours	37 %	Les travaux prévus en RDMA seront réévalués lors d'une nouvelle inspection technique des installations au cours de l'été 2020. Certains besoins ciblés originalement par les firmes de professionnels ne correspondaient pas avec les priorités de l'Établissement.

Fiche de reddition de comptes des attentes spécifiques

N°	Titre de l'attente spécifique	Réalisé ou en cours de réalisation	Si non atteint, % de réalisation	Commentaires
COORDINATION, PLANIFICATION, PERFORMANCE ET QUALITÉ				
8.1	Sécurité civile.	Réalisé		Le CIUSSS maintient une structure permanente de sécurité civile - mission santé qui lui permet d'assurer la prise en charge d'événements ou de sinistres en collaboration avec ses partenaires.
8.2	Gestion des risques en sécurité civile - Santé et Services sociaux.	En cours	60 %	La démarche de gestion des risques en sécurité civile se poursuit afin d'identifier les mesures de mitigation des principaux risques identifiés par l'établissement. Échéancier de réalisation 31 mars 2021.
8.3	Plan de continuité des activités – Santé et Services sociaux.	En cours	75 %	La démarche de planification de la continuité des activités est amorcée pour plusieurs secteurs critiques. Les travaux vont se poursuivre afin d'identifier les mesures de délestage pour les directions et programmes et les stratégies pour développer une plus grande robustesse. Échéancier de réalisation fin 2021.
8.4	Révision des Programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise.	En cours	50 %	L'élaboration du Programme d'accès est terminée. Nous sommes en attente d'une approbation du Conseil du trésor avant la mise en application de celui-ci.
8.5	Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise.	Réalisé		Deux rencontres se sont déroulées au cours de l'année 2019. Les rencontres débuteront à nouveau en septembre 2020.
TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION				
9.1	Proportion des ressources mises à jour au Répertoire des ressources en santé et en services sociaux (RRSS) dans les délais prescrits.	Réalisé		
9.2	Maintien des dispositions de la directive sur la cybersécurité.	Réalisé		Conformément aux demandes de la DGTI, nous maintenons ces dispositions depuis son adoption par le MSSS en 2018.

LÉGENDE

- Atteinte de l'engagement annuel (100 %)
- Atteinte de l'engagement annuel égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %
- Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS
Entente de gestion 2019-2020 - Chapitre IV Bilan annuel

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
SANTÉ PUBLIQUE			
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec qui le CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire	ND	60 %	59,6 %
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	94,7 %	90 %	93,1 %
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	82,7 %	90 %	80 %
Plan stratégique 15-20 **1.01.29-PS** Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	1 606	1530	1934
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	79,7 %	85 %	74,2 %
1.01.32-EG2 Proportion des élèves de 4e année du primaire adéquatement vaccinés contre l'hépatite B selon le calendrier de vaccination du protocole d'immunisation du Québec		90 %	11,9 %

COMMENTAIRES

1.01.13.01-EG2
Les travaux sur l'harmonisation de la pratique infirmière en milieux scolaires ont porté fruit, mais malheureusement n'ont pu être menés à terme considérant le manque de ressources infirmières. Nous sommes toujours en attente des orientations provinciales d'harmonisation de la pratique des infirmières scolaires. Le nombre d'écoles s'est stabilisé en 2019-2020.

1.01.27-EG2
L'engagement de la population pour la vaccination se maintient. Cette vaccination est à un moment propice puisque les parents n'ont majoritairement pas repris le travail à ce moment. Le manque de ressources infirmières pour remplacer notre personnel régulier demeure cependant un défi de taille.

1.01.28-EG2 ET 1.01.30-EG2
L'engagement de la population pour la vaccination se maintient. Si nous avions à comparer nos résultats en calculant un délai de 28 jours suivant la vaccination plutôt que 14 jours tel que stipulé par l'entente de gestion, notre résultat de P13 atteindrait au cumulatif pour 1.01.28 : 92 % et pour 1.01.30 : 88,1 %, données qui se rapprochent de notre cible à atteindre.

Les parents ayant repris le marché du travail lors de cette vaccination doivent concilier travail/famille pour la prise de rendez-vous. Si l'enfant présente un épisode de maladie aiguë, le report de rendez-vous est parfois difficile considérant que l'horaire de vaccination est complet. Nous avons également de la difficulté à obtenir des ressources infirmières pour combler les demandes ponctuelles.

1.01.29-PS
Nous avons dépassé largement la cible à atteindre.

1.01.32-EG2
La proportion d'élèves vaccinés pour une première dose atteint 95,2 % à P11, la 2e dose n'ayant pu être administrée en contexte de pandémie.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
SANTÉ PUBLIQUE – PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES			
Plan stratégique 15-20 **1.01.19.01-PS** Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	NA	100 %	100 %
Plan stratégique 15-20 **1.01.19.02-PS** Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	NA	100 %	100 %
Plan stratégique 15-20 **1.01.19.04-PS** Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	NA	100 %	100 %
Plan stratégique 15-20 **1.01.26-PS** Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	NA	80 %	67 %

LÉGENDE

- Atteinte de l'engagement annuel (100 %)
- Atteinte de l'engagement annuel égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %
- Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

COMMENTAIRES

1.01.26-PS

1.01.26 Un plan de décentralisation des audits d'hygiène des mains a été mis en place au cours de la dernière année. Ce plan d'action vise à permettre une bonne appropriation des principes d'hygiène des mains par les équipes. L'analyse des résultats des secteurs actuellement décentralisés rend confiants que le taux s'améliorera dans la prochaine année.

LÉGENDE

- Atteinte de l'engagement annuel (100 %)
- Atteinte de l'engagement annuel égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %
- Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
SOUTIEN À DOMICILE DE LONGUE DURÉE			
P1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	NA	662 039	671 358
Plan stratégique 19-23 **1.03.05.05-EG2** Nombre total d'heures de service de soutien à domicile	NA	ND	715 146
Plan stratégique 19-23 **1.03.05.06-PS** Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	NA	NA	14 836
Plan stratégique 15-20 **1.03.11-PS** Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	6 659	7 000	6 347
Plan stratégique 15-20 **1.03.12-PS** Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	57,5 %	90 %	63

COMMENTAIRES

1.03.05.01-EG2

a. L'engagement est atteint. Ceci s'explique par l'augmentation constante des différents services rendus à domicile à la population dans le besoin (personnel SAD, services achetés, allocation chèque-emploi-service). Une vigilance à la qualité des données des heures en services achetés a été faite cette année dans les six RLS.

b. Cet indicateur a été modifié en 2019-2020 pour intégrer la clientèle de profil santé physique long terme. Le résultat ne peut pas être comparé à celui de l'an dernier.

c. Des questionnements ont été soulevés au ministère concernant les données indiquées au Gestred 10 554. Des travaux réalisés cette année ont permis de constater une différence d'heures entre ce qui est saisi au système statistique I-CLSC et les informations indiquées au Gestred 10 554. Les travaux pour assurer une qualité des données se poursuivront cette année.

1.03.05.05-EG2

a. Les résultats au 31 mars 2020 sont sous l'engagement indiqué à l'addenda. Il s'agit d'un nouvel indicateur pour lequel la cible a été fixée en janvier 2020.

b. Il s'agit d'un nouvel indicateur, aucun comparatif possible avec les années précédentes.

c. Aucune problématique actuellement connue en lien avec la qualité des données.

1.03.05.06-PS

a. Le résultat au 31 mars 2020 est légèrement sous la cible attendue à l'addenda.

b. Il s'agit d'un nouvel indicateur, aucun comparatif possible avec les années précédentes.

c. Les données étant disponibles seulement au Gestred 10 554 et n'ont pas été comparées avec le système statistique I-CLSC. Cette démarche pourrait être faite pour assurer une qualité des informations et ventiler les résultats par profil clientèle.

1.03.11-PS

a. Le résultat au 31 mars 2020 est sous la cible attendue. Cet indicateur représente le nombre d'usagers actifs à la fin d'une période (il ne s'agit pas d'un cumulatif depuis le début de l'année). Le repérage de la clientèle est

(SUITE) SOUTIEN À DOMICILE DE LONGUE DURÉE

constant dans tous les RLS. Depuis août 2019, de nouveaux rapports sont disponibles et analysés à chaque période. Les profils clientèles sont ajustés au besoin afin de répondre aux exigences du cadre normatif du I-CLSC (saisie des statistiques). Les usagers en attente de services SAD ont été priorisés tout au long de l'année. Le manque de ressources humaines limite également la capacité des intervenants à prendre de nouveaux dossiers en charge. Des travaux étaient en cours afin d'harmoniser les processus SAD, le déploiement de ce projet est actuellement reporté.

b. Le résultat est en baisse par rapport au résultat du 31 mars 2019. Cette baisse a été graduelle tout au long de l'année 2019-2020.

c. La qualité des données est vérifiée à chaque période. Il n'y a pas de problème connu lié à la qualité des données pour cet indicateur. Cependant, un résultat cumulatif depuis la période 1 serait davantage représentatif du nombre d'usagers suivis pendant l'année.

1.03.12-PS

a. Le résultat au 31 mars 2020 est sous la cible attendue. De nouveaux rapports sont rendus disponibles aux équipes cliniques depuis août 2019 pour leur permettre de répartir l'ensemble des évaluations à compléter tout au long de l'année. Une amélioration du pourcentage de complétion a été remarquée dans la majorité des RLS depuis avril 2019. La baisse de production de la complétion des OEMC et des plans d'intervention peut être causée par les absences des employés et la non-possibilité d'effectuer tous les remplacements disponibles en raison du manque de main-d'œuvre. Les soins cliniques directs à l'usager sont priorisés dans un contexte de manque de main-d'œuvre. De façon cumulative depuis le 1er avril 2019 jusqu'au 31 mars 2020, nous notons plus de 21 000 heures travaillées de moins que le budget SAD prévu 2019-2020. Des travaux pour améliorer le temps de complétion des OEMC sont envisagés.

b. À la fin de l'année 2020, on remarque une amélioration du résultat par rapport au 31 mars 2019. Ceci indique que les évaluations sont davantage à jour et représentatives des besoins de la clientèle en soutien à domicile.

c. Les résultats ventilés sont maintenant partagés aux équipes de soutien à domicile à chaque période. La qualité des informations est vérifiée tout au long de l'année.

LÉGENDE

- Atteinte de l'engagement annuel (100 %)
- Atteinte de l'engagement annuel égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %
- Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

LÉGENDE

- Atteinte de l'engagement annuel (100 %)
- Atteinte de l'engagement annuel égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %
- Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES			
Plan stratégique 15-20 **1.03.07.00-PS** Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée		100 %	100 %
Plan stratégique 15-20 **1.03.07.01-PS** Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée		100 %	100 %
Plan stratégique 15-20 **1.03.07.02-PS** Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée		100 %	100 %
Plan stratégique 15-20 **1.03.10-PS** Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100 %	100 %	ND
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	89,7 %	90 %	86,8 %
1.03.16-EG2 Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention	85,4 %	90 %	84,1 %

COMMENTAIRES

1.03.10-PS

Indicateur suspendu.

1.03.13-EG2

a. Le mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) régional permet de respecter les critères d'admission en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et l'adéquation des profils. Des travaux sont en cours au MAH en lien avec la qualité des données transmises au ministère. Il arrive encore une réticence à admettre certains usagers en ressources intermédiaires, principalement lorsqu'un usager présente des troubles de comportement.

b. Le résultat de cet indicateur est légèrement inférieur au résultat obtenu l'an dernier.

c. Les données sont chargées par le ministère à chaque période. Nous croyons que ces informations sont justes, valides et représentatives de la réalité de ce qui est saisi au système régional Accès-Hébergement-02. Une transition vers un autre système statistique au MAH a été reportée à une date ultérieure. Ce système permettra une harmonisation de la saisie des informations avec un système de tenue statistique qui est utilisé dans les autres régions de la province.

1.03.16-EG2

a. Le résultat au 31 mars 2020 est sous la cible attendue. Ceci peut s'expliquer par le manque de main-d'œuvre en CHSLD pour compléter ces évaluations ainsi que la difficulté à libérer le personnel pour la formation OEMC. Les soins directs aux usagers en CHSLD sont prioritaires.

b. Le résultat est inférieur comparé au résultat du 31 mars 2019.

c. Aucun problème connu en lien avec la qualité des données.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
JEUNES EN DIFFICULTÉ			
Plan stratégique 15-20 **1.06.17-PS** Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	17,11	14,55	17,73
Plan stratégique 19-23 **1.06.19-EG2** Pourcentage des premiers services en CLSC pour les jeunes en difficulté rendus dans un délai de trente jours ou moins	64 %	75 %	53 %

LÉGENDE

- Atteinte de l'engagement annuel (100 %)
- Atteinte de l'engagement annuel égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %
- Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

COMMENTAIRES

1.06.17-PS

D'importantes démarches sont en cours afin d'augmenter ce taux de prise en charge en négligence. Malgré ces efforts, l'atteinte de la cible n'est pas présente. Nous poursuivons nos efforts en collaboration avec la DPJ et les services jeunes en difficulté.

1.06.19-EG2

La qualité de la donnée est actuellement en questionnement pour cet indicateur, le calcul local étant de 71%. Une démarche de validation de la donnée est actuellement en cours.

DÉPENDANCES			
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de quinze jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées	87,1 %	90,1 %	91,4 %
Plan stratégique 15-20 **1.07.06-PS** Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	72,2 %	90 %	62
Plan stratégique 19-23 **1.07.07-EG2** Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	2 664	2 794	2 844

COMMENTAIRES

1.07.06-PS

Bien que nous n'ayons pas atteint l'engagement de 19-20, les efforts se poursuivent et les actions visant l'amélioration de l'accès en dépendance sont en place et accompagnées d'un projet organisationnel.

Entente de gestion 2019-2020 - Chapitre IV Bilan annuel

LÉGENDE

- Atteinte de l'engagement annuel (100 %)
- Atteinte de l'engagement annuel égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %
- Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
DÉFICIENCES			
Plan stratégique 15-20 **1.05.15-PS** Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	66,25	60	89,37
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	92,8 %	90 %	85,6 %
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	88 %	90 %	80,14 %
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	93,7 %	90 %	72,8 %
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	88,7 %	90 %	68,9 %
Plan stratégique 19-23 **1.45.45.05-EG2** Proportion des jeunes enfants présentant un retard significatif de développement ayant bénéficié de services des programmes en déficience physique ou en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme dans les délais	NA	90 %	77 %
Plan stratégique 15-20 **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 de soutien à l'intégration au travail	50 %	90 %	50 %
Plan stratégique 19-23 **1.47-EG2** Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme		848	764

(SUITE) DÉFICIENCES

COMMENTAIRES

1.05.15-PS
Nous notons une augmentation des demandes reçues dans la dernière année, et malgré que nous n'atteignons pas la cible visée, nous demeurons sous le délai de 90 jours qui est la balise du plan d'accès en DI-TSA-DP. Notre moyenne de HPS (heures de prestation de services) par usager est également plus élevée que l'an dernier, ceci malgré la pénurie de main-d'œuvre vécue cette année.

1.45.04.01-EG2
Le pourcentage s'approche de la cible, et les délais non respectés touchent davantage les personnes de priorité élevée de plus de 6 ans, toutes déficiences confondues. Par ailleurs, les RLS du haut du Lac-Saint-Jean (secteurs Domaine-du-Roy et Maria-Chapdelaine) et de Chicoutimi ont été durement touchés par la pénurie de main d'œuvre, sans diminution des demandes de services, ce qui a augmenté les délais de prise en charge.

1.45.04.05-EG2
Le pourcentage de respect observé (à moins de 10 % de la cible) et le délai moyen de prise en charge (qui se situe à un peu plus de 91 jours) montrent que la majorité des usagers en déficience physique sont pris en charge dans des délais acceptables. Cependant, cela est moins vrai dans le programme en déficience du langage, où le taux de respect est de 13,68 % pour les usagers avec priorité élevée de moins de 6 ans. On parle de 111 usagers dont les délais ont été non respectés, et de 17 usagers où les délais ont été respectés. Plusieurs démarches d'amélioration ont été réalisées dans le programme dans les huit dernières années, et depuis la création du CIUSSS, le nombre d'usagers vus est passé de 258 annuellement à 516 en 19-20, avec l'ajout d'un poste d'orthophoniste en 18-19, et des ressources du programme agir tôt (trois orthophonistes) en janvier et février dernier. Il est clair qu'avec l'augmentation des références chaque année, un ajout de ressources supplémentaires sera requis pour penser atteindre les balises ministérielles de délais de prise en charge et réaliser l'implantation des balises de bonnes pratiques émises par l'INESSS l'an dernier.

1.45.05.01-EG2
La non-atteinte de la cible s'explique principalement par les difficultés dans deux RLS, soit Domaine-du-Roy, où la pénurie de personnel vécue en déficience physique est particulièrement présente (le taux de respect est de 55 %) ; et dans le RLS de Chicoutimi, où nous avons également des difficultés de main-d'œuvre (taux de respect de 55 %). La situation actuelle en soutien à domicile demeure très préoccupante au niveau de la main-d'œuvre; combinée à la situation actuelle liée à la pandémie, nous aurons une vigie sur les usagers en attente afin d'identifier rapidement les situations problématiques et revoir la priorité de prise en charge au besoin.

1.45.05.05-EG2
La non-atteinte de la cible s'explique principalement par la pénurie des ressources humaines et également par la prise en charge de certains cas plus complexes qui ont demandé l'investissement de beaucoup de temps. Si on considère la réalité des usagers dont la priorité est élevée, 33 usagers ont été vus dans les délais souhaités (90 jours), alors que 26 n'ont pu être pris en charge dans les délais requis. Le délai moyen de prise en charge est de 88,55 jours, donc moindre que la balise du MSSS pour cette priorité. Pour la priorité modérée (1 an) on parle de 45 usagers, où 40 ont été pris en charge dans le respect des délais, et où le délai moyen est de 117 jours, donc moindre que le 365 jours de la balise. Aussi, malgré le taux de respect global de 67,03 %, plusieurs usagers ont été pris en charge dans des délais qui s'approchent de la balise ministérielle.

1.45.45.05-EG2
Pour ce nouvel indicateur, on se retrouve dans les mêmes délais que nos enfants de moins de 6 ans en déficience intellectuelle et en TSA, ce sont les mêmes équipes qui les desservent. Il faut penser à une augmentation importante des demandes avec l'arrivée du projet Agir tôt dans la prochaine année.

1.46-PS
Pour cet indicateur, il s'agit de onze usagers et d'une photo prise au 15 septembre. Deux semaines après cette date, tous les usagers avaient intégré des services de jour.

1.47-EG2
Il s'agit d'un nouvel indicateur pour la direction. Nous avons actuellement une liste et des délais d'attente importants en regard de nos services résidentiels (1 an d'attente en RI DP) et l'alourdissement de la clientèle entraîne des coûts annuels plus importants que l'indexation du budget annuel, ce qui a amené une diminution du nombre de places disponibles dans le parc de ressources dans les dernières années. Réalistement, il faudra donc un ajout budgétaire pour pouvoir atteindre la cible et par la suite, un ajustement annuel du budget pour pouvoir la maintenir.

LÉGENDE

- Atteinte de l'engagement annuel (100 %)
- Atteinte de l'engagement annuel égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %
- Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

LÉGENDE

- Atteinte de l'engagement annuel (100 %)
- Atteinte de l'engagement annuel égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %
- Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
SANTÉ MENTALE			
Plan stratégique 15-20 **1.08.13-PS** Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le ministère	NA	516	610,2
Plan stratégique 15-20 **1.08.14-PS** Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le ministère	NA	118	106,2
Plan stratégique 19-23 **1.08.16-PS** Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	ND	799	489

COMMENTAIRES

Les indicateurs 1.08.13-PS et 1.08.14-PS doivent être pris conjointement dans notre région, car nous avons des places FACT, et ce, dans trois des six réseaux locaux de services. Nous atteignons donc la cible pour ces deux indicateurs.

URGENCE			
Plan stratégique 19-23 **1.09.01-PS** Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	8,90	8	9,30
Plan stratégique 19-23 **1.09.16-EG2** Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	156	145	158
Plan stratégique 15-20 **1.09.43-PS** Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	56,4 %	75 %	56 %
Plan stratégique 15-20 **1.09.44-PS** Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	63,4 %	80 %	63,2 %

COMMENTAIRES

1.09.01-PS

Nous observons de l'efficience dans les actions posées afin d'atteindre la cible puisque la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean est de plus en plus vieillissante. La moyenne varie d'une installation à l'autre de 7,3 à 10,6 heures. Un travail organisationnel ainsi qu'une tournée du territoire sont réalisés afin d'actualiser les plans de désencombrement des urgences avec l'ensemble des directions. L'arrivée de la pandémie a cependant été un frein à la poursuite du déploiement. Toutefois, nous tentons de nous accoler au

(SUITE) URGENCE

plan de désengorgement ministériel. L'augmentation du délai moyen entre la demande d'hospitalisation et le départ de l'usager de l'urgence est passé de 2,5 heures en 2018-2019 à 3,1 heures en 2019-2020. La moyenne varie de 2,6 à 6,1 heures ce qui pourrait expliquer les résultats de 2019-2020.

1.09.43-PS

Il s'agit d'une cible difficile à atteindre. Par contre, avec le déploiement du RVSQ, cela pourrait certainement favoriser l'atteinte de la cible. Une campagne de sensibilisation populationnelle promouvant le moyen d'avoir accès à son médecin de famille pourrait certainement nous être favorable dans la poursuite de l'atteinte de cet engagement.

1.09.44-PS

La révision des processus en ambulatoire est une préoccupation constante afin d'améliorer la durée de séjour des usagers. Une révision des ordonnances collectives est en cours et pourrait favoriser l'atteinte de l'engagement. Avec l'arrivée de la pandémie, la mise en place de la réorientation systématique de la clientèle P4-P5 vers un médecin de famille aura sans doute des répercussions positives dans le futur.

LÉGENDE

- Atteinte de l'engagement annuel (100 %)
- Atteinte de l'engagement annuel égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %
- Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE			
Plan stratégique 15-20 **1.09.05-PS** Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 138	1 176	1 162
Plan stratégique 15-20 **1.09.45-PS** Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	ND	29	ND
Plan stratégique 15-20 **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	9,2 %	8 %	8,4 %

COMMENTAIRES

1.09.05-PS

Nous n'avons aucun client en attente de premier service de soins palliatifs en SAD puisque ces clientèles sont priorisées au niveau de la prise en charge. L'ensemble des clients ayant fait une demande SAD a été pris en charge.

LÉGENDE

- Atteinte de l'engagement annuel (100 %)
- Atteinte de l'engagement annuel égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %
- Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
SANTÉ PHYSIQUE – SERVICES SPÉCIALISÉS			
Plan stratégique 19-23 **1.09.49-PS** Pourcentage des consultations auprès d'un médecin spécialiste, après référence par un médecin de famille, réalisées à l'intérieur des délais (Priorités A-B-C-D-E)	81,5 %	80 %	77,7 %

COMMENTAIRES

Note : Les indicateurs 1.09.49.01 et 1.09.49.02 ont été unifiés pour devenir l'indicateur 1.09.49

a. Augmentation de plages horaires pour certaines spécialités, ce qui a pour effet de faciliter l'octroi des rendez-vous aux usagers dans les délais prescrits. À noter que pour certaines spécialités, il n'y a pas de plage horaire disponible, avec pour conséquence des hors délais. Des demandes sont transférées à l'instance locale (prise en charge par eux) dans certains cas. Nous travaillons en collaboration avec les agentes administratives des instances locales (bureaux ou centres hospitaliers) pour obtenir une plage dans les délais prescrits s'il n'y a pas d'horaire au départ. Grande collaboration lorsque c'est possible notamment pour priorités B-C dans les délais prescrits.

b. Le taux à P13 a été affecté par le contexte pandémie. À P13, nous avons octroyé 612 rendez-vous de plus qu'à pareille date l'an dernier, malgré le début de la mitigation des services en période de pandémie. La mitigation nous a obligé à voir principalement les cas les plus urgents et les hors délais. À la même période de l'année dernière, la phase 3 du projet débutait (sept nouvelles spécialités); à cette époque, il n'y avait pas de liste d'attente dans ces nouvelles spécialités, leur pourcentage de rendez-vous dans les cibles était donc nécessairement élevé.

c. L'an passé, les engagements étaient de 80 % pour les priorités A-B et C et 77 % pour les D et E. Une cible unifiée de 80 % est proposée pour 2020-2021.

SANTÉ PHYSIQUE – SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE			
Plan stratégique 15-20 **1.09.25-PS** Nombre total de GMF	13	13	14
Plan stratégique 19-23 **1.09.27-PS** Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	91,39 %	92,5 %	92,9 %
Plan stratégique 19-23 **1.09.27.01-EG2** Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	206 657	218 657	214 089
Plan stratégique 15-20 **1.09.48-PS** Nombre de groupe de médecine de famille réseau (GMF-R) ou super-clinique	0	0	0

COMMENTAIRES

a. L'atteinte de l'engagement est rendue possible grâce à une grande collaboration des responsables médicaux.

b. Le niveau d'atteinte régional des cibles est appréciable (92,92 % global et 79,45 % en GMF) considérant que le niveau d'atteinte provincial est de 81,08 % globalement et de 65,58 % en GMF.

c. L'engagement 2020-2021 vise le maintien du résultat 2019-2020 considérant la baisse documentée reliée à la pandémie.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
CHIRURGIE			
Plan stratégique 15-20 **1.09.32.00-PS** Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour l'ensemble des chirurgies	2	0	56
Plan stratégique 19-23 **1.09.32.10-EG2** Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de six mois	302	450	884

LÉGENDE

- Atteinte de l'engagement annuel (100 %)
- Atteinte de l'engagement annuel égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %
- Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

COMMENTAIRES

L'arrivée de la pandémie et les directives concernant les activités chirurgicales s'y rattachant, ont fait en sorte que toutes les chirurgies jugées non urgentes, électives, n'ont pas été réalisées dans des délais opportuns. Malgré la reprise graduelle des activités chirurgicales, les listes d'attentes se sont allongées considérablement. Nous concentrons nos efforts en premier lieu sur la chirurgie oncologique. Pour la chirurgie élective autre, nous priorisons les chirurgies selon les critères établis en tenant compte des délais.

SANTÉ PHYSIQUE – CANCÉROLOGIE			
Plan stratégique 19-23 **1.09.33.01-PS** Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	79,5 %	90 %	72,4 %
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	98,3 %	100 %	98,1 %

COMMENTAIRES

1.09.33.01-PS ET 1.09.33.02-EG2

a. Les facteurs suivants expliquent principalement la non-atteinte de l'engagement soit :
   - la pénurie de personnel infirmier œuvrant dans les blocs opératoires;
   - la disponibilité restreinte, à certaines périodes de l'année, du service d'anesthésie en raison d'absences maladie;
   - le non-remplacement lors des vacances de deux chirurgiens spécialisés en gynéco-onco et thoraco-onco.

   En ce qui concerne le personnel infirmier, la dotation des postes est en cours, les cohortes de formation sont planifiées. En ce qui concerne le service d'anesthésie, l'enjeu de disponibilité est réglé. Fait à noter : nous maintenons, en moyenne, sept salles d'opération par jour pour la période estivale au bloc opératoire de Chicoutimi.

b. La mise en place du comité de surveillance des activités chirurgicales pendant la pandémie, tel qu'exigé par le MSSS, nous a permis d'explorer de nouvelles avenues visant, entre autres, l'atteinte des ententes de gestion. Par exemple, le service d'urologie répartit ses activités chirurgicales dans deux blocs opératoires, soit Chicoutimi et Alma, libérant ainsi du temps opératoire pour d'autres spécialités. Les mastectomies sont maintenant réalisées dans deux blocs opératoires, soit, Chicoutimi et Jonquière, en ce qui concerne les chirurgiens généraux de Chicoutimi.

   De plus, les délais de chirurgie oncologique sont regardés à chaque rencontre de comité de surveillance des activités chirurgicales.

LÉGENDE

- Atteinte de l'engagement annuel (100 %)
- Atteinte de l'engagement annuel égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %
- Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
SANTÉ PHYSIQUE – IMAGERIE MÉDICALE			
Plan stratégique 15-20 **1.09.34.02-PS** Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les scopies	44,6 %	90 %	50 %
Plan stratégique 15-20 **1.09.34.03-PS** Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les mammographies diagnostiques	81,2 %	100 %	100 %
Plan stratégique 15-20 **1.09.34.04-PS** Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les échographies obstétricales	100 %	100 %	100 %
Plan stratégique 15-20 **1.09.34.05-PS** Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les échographies cardiaques	44,4 %	90 %	43 %
Plan stratégique 15-20 **1.09.34.06-PS** Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les échographies mammaires	96,9 %	100 %	100 %
Plan stratégique 15-20 **1.09.34.07-PS** Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les autres échographies	61,9 %	90 %	86 %
Plan stratégique 15-20 **1.09.34.08-PS** Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les tomodensitométries	90,1 %	95 %	94 %
Plan stratégique 15-20 **1.09.34.09-PS** Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les résonances magnétiques	45,6 %	50 %	39 %
Plan stratégique 15-20 **1.09.34.10-PS** Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les tomographies par émission de positrons (TEP)	100 %	100 %	98 %

(SUITE) SANTÉ PHYSIQUE – IMAGERIE MÉDICALE

COMMENTAIRES

1.09.34.02-PS

La priorisation est faite en fonction des examens considérés urgents, semi-urgents et électifs. En raison de la variation des effectifs médicaux (congés de maternité ou autre), ce secteur se retrouve en déficit d'effectifs. En collaboration étroite avec l'équipe médicale, l'organisation du travail est régulièrement revue afin de dégager des plages quotidiennes pour la scopie ou encore des blitz sont planifiés. La clientèle urgente est reçue dans les délais.

1.09.34.04-PS

Un travail de collaboration étroite par l'équipe médicale des gynécologues nous permet de garder ce secteur en contrôle.

1.09.34.05-PS

Un troisième appareil d'échographie est toujours en attente sur le site de Chicoutimi (liste d'attente la plus importante) afin d'améliorer l'accessibilité (en attente d'autorisation du MSSS). Des blitz sont réalisés lorsque possible dès qu'un cardiologue est disponible. Un important exercice de priorisation des requêtes a été fait, ce qui a permis de s'assurer que les patients aient accès à leur examen en lien avec la priorisation clinique.

1.09.34.06-PS

Un suivi très serré des délais et un travail étroit avec nos équipes médicales nous permettent de demeurer en contrôle dans ce secteur.

1.09.34.07-PS

L'optimisation de certains sites permet une meilleure accessibilité et ainsi a un impact direct sur les listes d'attente. Le recrutement médical a également permis de stabiliser certains sites qui présentaient des découvertures. Cette stabilité aide donc à la réalisation de nos engagements.

1.09.34.08-PS

Beaucoup d'entraide intersites permet de répondre à nos engagements. L'optimisation des plages horaires est également toujours en évaluation afin de répondre aux exigences du MSSS afin d'avoir une offre de service de 16 heures par jour, 7 jours sur 7.

1.09.34.09-PS

Un changement d'appareil sur le site d'Alma et un projet d'ajout d'équipement sur le site de Chicoutimi sont en cours. Nous espérons être en mesure d'améliorer notre accessibilité à partir de l'année 2020-2021 grâce à ce rehaussement. Nos deux appareils sont accessibles 16 heures par jour, 7 jours sur 7 et de nuit lorsque la disponibilité de la main-d'œuvre le permet.

1.09.34.10-PS

L'équipe médicale de nucléistes assure un suivi rigoureux de chacune des demandes assurant ainsi le respect de nos engagements.

LÉGENDE

- Atteinte de l'engagement annuel (100 %)
- Atteinte de l'engagement annuel égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %
- Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

Entente de gestion 2019-2020 - Chapitre IV Bilan annuel

LÉGENDE

- Atteinte de l'engagement annuel (100 %)
- Atteinte de l'engagement annuel égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %
- Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
RESSOURCES MATÉRIELLES			
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100 %	100 %	100 %
RESSOURCES HUMAINES			
Plan stratégique 15-20 **3.01-PS** Ratio d'heures en assurance salaire	9,30	9,07	9,34
Plan stratégique 19-23 **3.05.02-PS** Taux d'heures supplémentaires	4,24	4,08	5,07
Plan stratégique 19-23 **3.05.03-EG2** Ratio de présence au travail	NA	89,25	89,33
Plan stratégique 15-20 **3.06.00-PS** Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,17	0,11	0,27

COMMENTAIRES

3.01-PS

L'engagement prévu à l'EGI 2019-2020 n'a pas été atteint. Malgré cela, un audit réalisé par le ministère à l'automne 2019 conclut à une gestion saine des dossiers d'assurance salaire (qui comprend certaines pistes d'amélioration). Parmi les hypothèses expliquant l'écart avec la cible, on note une forte majorité d'absences en santé mentale. Pour ce motif d'absentéisme, le délai important d'accès aux médecins spécialistes dans notre région peut prolonger certaines durées d'absences. Par ailleurs, la COVID-19 et la fermeture des régions ne nous ont pas permis de planifier des expertises en santé mentale pendant quelques mois, service non disponible dans notre région. On note d'ailleurs une augmentation de la courbe, donc du taux d'assurance salaire plus significative en fin d'année.

Une note positive est que cette courbe d'assurance salaire tend à se rapprocher de celle de l'an passé, ce qui fait que les hausses connues au cours des dernières années semblent s'atténuer, allant même vers une diminution. Entre autres, les gestionnaires ont été formés en cours d'année sur la préparation des retours au travail des salariés. En travaillant de la sorte, nous visons des retours durables et sécurisants pour les employés.

Dans les actions mises en place pour atteindre l'objectif l'an prochain on note :

- Restructuration de la DRHCAJ pour créer une équipe de prévention des risques en milieu de travail.
- Restructuration de la DRHCAJ pour créer une équipe distincte des bureaux de santé (cette équipe fait partie des affaires juridiques) responsable de la gestion des dossiers de CNESST. Ce faisant, un des objectifs visés est que les salariés attitrés au bureau de santé se consacrent uniquement à la présence au travail et à la gestion de l'assurance salaire.
- Suivi d'un plan d'action en lien avec les pistes d'amélioration ciblées lors de l'audit du ministère (à titre d'exemple : avoir recours plus promptement aux expertises, faire un suivi serré des médecins de gestion, etc.).
- Offre de service de la DRHCAJ développée par direction. Ce faisant, des plans d'action de diminution de l'assurance salaire seront développés par direction.

(SUITE) RESSOURCES HUMAINES

- L'actualisation (affichage et entrée en fonction) de plusieurs postes créés en 2019-2020 qui n'est pas encore complétée à ce jour et qui se poursuivra pendant l'année 2020-2021, devrait diminuer le taux de temps supplémentaire et ainsi accroître la satisfaction au travail et diminuer l'épuisement.

3.05.02-PS

L'engagement prévu à l'EGI 2019-2020 n'a pas été atteint notamment en raison du fort taux d'absentéisme. De plus, les enjeux de recrutement en qualité (formation) et quantité suffisante dans notre région, comme partout au Québec, sont de plus en plus grands et le fait d'augmenter les soins et services à notre population augmente par le fait même les défis liés à cette rareté de la main-d'œuvre. Nous anticipons plus facilement l'atteinte des cibles en 2020-2021 avec l'aide des éléments suivants:

- Rehaussement et création de nombreux postes à temps complet dans le titre d'emploi de préposé aux bénéficiaires suivant l'octroi de plus de 200 bourses pour des étudiants au programme de formation accélérée de 375 heures (AEP) dans le titre d'emploi de préposés au bénéficiaires.
- L'actualisation (affichage et entrée en fonction) de plusieurs postes créés en 2019-2020 qui n'est pas encore complétée à ce jour et qui se poursuivra pendant l'année 2020-2021.

3.05.03-EG2

Puisque la donnée n'est pas disponible pour 2018-2019, il est difficile d'expliquer l'atteinte ou non de l'engagement.

3.06.00-PS

La cible n'a pas été atteinte en raison de la rareté de main-d'œuvre dans certains titres d'emploi, particulièrement en ce qui a trait à la surveillance des usagers. Nous comptons sur la poursuite des efforts liés aux activités de stabilisation des équipes de travail dans les catégories 1-2-3- et 4 et l'actualisation de la création de plusieurs postes pour atteindre l'engagement pour 2020-2021.

LÉGENDE

- Atteinte de l'engagement annuel (100 %)
- Atteinte de l'engagement annuel égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %
- Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
MULTIPROGRAMMES			
Plan stratégique 15-20 **7.01.00-PS** Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de trente jours (mission CLSC)	70,3 %	72,5 %	61,7 %
Plan stratégique 15-20 **7.02.00-PS** Taux d'implantation de la Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir	15	100	NA

COMMENTAIRES

7.01.00-PS

a. Les services concernés relèvent de plusieurs directions; il y a une grande disparité entre les services, certains ayant atteint la cible.

b. P13 montre une nette diminution du délai par rapport aux autres périodes.

c. Nous questionnons la méthode de calcul cumulative par période (plutôt que cumulative) et qui ne semble pas tenir compte des interventions faites dans la journée même de la demande; nos données « maisons » donnent des résultats différents. Situation signalée au MSSS par notre pilote de système I-CLSC.

7.02.00-PS

La transmission de la reddition de comptes a été déplacée en décembre 2020 en raison des circonstances exceptionnelles causées par la COVID-19 (Bulletin Suivi des EGI vol. 16 no 03).

Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

L'AGRÉMENT

Le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean est Agréé 2018-2023.

Agrément Canada a débuté son nouveau cycle d'évaluation pour assurer la qualité et la sécurité des soins et services de santé, dans une perspective d'amélioration continue, en juin 2019 avec la séquence 1 et la séquence 2.

Normes séquence 1	Conformité
Gouvernance	100 %
Leadership	97,1 %
PCI	92,6 %
Gestion des médicaments	85,5 %
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	82,5 %
Santé publique	94,5 %
Total	91,4 %

Normes séquence 2	Conformité
Ensemble de normes jeunesse	98,9 %
Ensemble de normes santé mentale et dépendances	99,3 %
Total	99,1 %

Les normes permettent de cerner les politiques et les pratiques qui contribuent à fournir les soins sécuritaires et de haute qualité. Le rapport d'Agrément Canada fait état des résultats dans le but de guider l'établissement dans sa volonté d'intégrer les principes et de l'amélioration de la qualité.

Des plans d'amélioration de la qualité ont été élaborés afin de fournir les preuves de conformité aux critères demandés par Agrément Canada.

Agrément Canada procédera à l'évaluation de la séquence 3 pour les programmes Services généraux et Santé physique au cours de l'année 2021.

LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Déclaration et divulgation des événements indésirables

En octobre 2018, le comité de direction s'est positionné pour rendre obligatoire l'atelier de divulgation à tous les gestionnaires.

À la fin de l'année financière 2018-2019, 30 % des gestionnaires

avaient reçu la formation, ce pourcentage ayant augmenté à 71 % en 2019-2020. Un total de 55 membres du personnel ayant un rôle clé dans le processus de gestion des événements qui sont en soutien aux gestionnaires et aux équipes au quotidien ont aussi été formés sur les principes de base et/ou de la divulgation.

Au cours de l'année 2019-2020, le service de gestion des risques et prestation sécuritaire des soins et services a effectué diverses activités visant à promouvoir la déclaration des événements indésirables ainsi que la divulgation des informations nécessaires à l'usager suite à un accident tel que :

- présentation d'un atelier de formation sur les principes de base de la gestion des risques aux nouveaux gestionnaires;
- tenue d'une semaine de la sécurité des usagers du 27 janvier au 3 février 2020 ayant pour thème la culture juste de sécurité en collaboration avec le CGR et le comité des usagers;
- sondage de culture de sécurité d'Agrément Canada. Les résultats du sondage seront utilisés pour l'élaboration du prochain plan de sécurité des usagers;
- support aux équipes dans le traitement et l'analyse de 159 événements sentinelles et dans la préparation des divulgations complètes;
- élaboration et mise en place d'un algorithme décisionnel dans le cadre des déclarations obligatoires de la Loi Vanessa;
- mise à la disposition du personnel d'une formation en ligne sur la Loi Vanessa;
- poursuite du projet de décentralisation des formulaires AH-223-1 avec le territoire de La Baie, formation aux déclarants;
- formation principes de base et divulgation des gestionnaires de laboratoires de la grappe Optilab;
- atelier Divulgation offert lors de la journée des gestionnaires;
- partie 1 : Formation principes de base spécifique au secteur jeunesse aux gestionnaires;
- suivi du plan de sécurité 2018-2020 par les membres du CGR. Au total, 81 % des activités prévues au plan ont été réalisées. Certaines d'entre elles ont été annulées compte tenu de la pandémie de Covid-19.
- accompagnement de certains gestionnaires visités par Agrément afin de les soutenir dans la conformité des PORS en lien avec la gestion des risques.

Incidents / accidents

Au cours de l'année, 18 255 événements ont été déclarés par le biais du registre local de surveillance. De ce nombre, 1887 événements sont de gravité A et B, soit 10,3 % de l'ensemble des événements.

Les événements les plus déclarés au niveau des incidents (gravité A et B) sont les erreurs de médicaments avec 769 déclarations, soit 4,2 % du total des déclarations. Les actions entreprises par l'établissement en lien avec cette catégorie d'événements sont énumérées plus bas.

La seconde catégorie des incidents (A et B) la plus déclarée est « Autres » qui compte 427 déclarations, soit 2,3 % des déclarations totales. La sous-catégorie la plus importante « Autres – Autres » regroupe plusieurs types d'événements qui se produisent de façon isolée et très rarement. Chaque événement est analysé par les gestionnaires concernés.

La troisième catégorie des incidents (A et B) la plus déclarée est « Test diagnostique laboratoire » avec un total de 184 déclara-

tions pour 1 % de nos déclarations totales. Les gestionnaires de la grappe Optilab ont été formés sur les principes de base, l'analyse et la divulgation des événements. Cette formation leur permettra d'analyser les causes fondamentales des incidents et de mettre en place des mesures correctives efficaces.

Des 18 255 événements déclarés, 13 777 sont de gravité C à I et 6396 événements soit 35 %, sont attribuables à des chutes pour une incidence cumulative annuelle de 11,19 par 1000 jours présence, faisant ainsi des chutes la première cause d'accident dans notre établissement. Le comité de prévention des chutes a travaillé au cours de l'année sur la pérennité des bonnes pratiques en CHSLD. Des audits sont effectués et présentés aux équipes chaque semaine. Déploiement de la 2e phase du projet OPUS en CHSLD. Du côté de la Direction des soins infirmiers (DSI), volet qualité de la pratique, le dossier de la prévention des chutes est travaillé en priorité. Le protocole interdisciplinaire, la règle de soins sur le suivi post chute ainsi que le programme de formation sont actuellement en élaboration.

La diminution des erreurs de médicaments s'est maintenue tout au long de l'année. Elles se retrouvent au deuxième rang pour le nombre d'événements déclarés avec 3853 erreurs de gravité C à I, soit 21 % des déclarations pour un taux cumulatif annuel à 4,58 erreurs par 10 000 doses par rapport à 5,14 l'année précédente. Plusieurs éléments ont été mis en place afin de contribuer à la diminution du nombre d'erreurs de médicaments, entre autres :

- Le volet qualité de la pratique de la DSI, et ce, en étroite collaboration avec la pharmacie ont procédé à l'harmonisation du circuit du médicament selon les meilleures pratiques pour la courte et la longue durée. La formation et le déploiement sont complétés pour les secteurs de Dolbeau, La Baie ainsi que Jonquière.

- Remplacement de tout le parc des pompes à perfusion en plus d'actualiser les balises d'administration des médicaments I.V. de la bibliothèque intégrée dans la pompe.

- Certification de tout le personnel technique de la pharmacie afin de standardiser la fabrication des préparations stériles et s'assurer ainsi un produit fini de qualité et prêt à administrer.

- Analyse par la pharmacie de chaque événement déclaré en lien avec la médication afin d'en dégager les correctifs nécessaires pour éviter la répétition de l'événement.

Au niveau du troisième type principal d'événements déclarés, il s'agit de la catégorie traitement/intervention où on dénombre 767 accidents de gravité C à I, soit 4,2 % des déclarations. La sous-catégorie Non-respect d'une procédure est la plus importante dans cette catégorie. Cette catégorie regroupe plusieurs sous-types d'événements; chaque événement est analysé par les gestionnaires concernés.

De plus, tout au long de l'année, la Direction des soins infirmiers a travaillé sur l'harmonisation des pratiques, ce qui a permis de standardiser plusieurs procédures et de former le personnel à cet effet. En plus des livrables du projet d'harmonisation des pratiques, d'autres dossiers sont également travaillés en collaboration avec les directions concernées, dont celui des ordonnances collectives et la mise à jour des protocoles d'administration médicamenteuse avec le déploiement des nouvelles pompes à perfusion.

Recommandations du comité de gestion des risques et suivi de l'établissement

Les comités de gestion des risques opérationnels ont émis au cours de l'année 2019-2020 quelque 416 recommandations à l'établissement. De ce nombre, 65 % étaient réalisées à la fin de l'année financière. De plus, ce sont 680 membres du personnel qui ont été sensibilisés à la gestion des risques et à la prestation sécuritaire des soins et services par le biais des rencontres ad hoc du comité de gestion des risques.

Surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales

Le comité de gestion des risques exerce une vigie sur les taux d'hygiène des mains, le taux d'infections nosocomiales ainsi que sur les éclosions. Des statistiques sont présentées à toutes les rencontres du CGR par le service de PCI, des explications sur les mesures et les moyens mis en place sont transmis.

Hygiène des mains : amélioration du taux à 67 % comparativement aux deux dernières années qui étaient stables à 60 %. Les facteurs influençant le résultat sont l'introduction des audits décentralisés dans divers secteurs et le contexte de la pandémie de la COVID-19.

Infections nosocomiales : le MSSS établit des taux critiques par installation pour trois infections nosocomiales : les diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD), les bactériémies à SARM et les bactériémies en hémodialyse (Bac-HD) pour lesquelles nous avons un taux d'atteinte à 100 %.

Éclosions : le nombre d'éclosions est augmenté à 32, comparativement à 27 pour l'année précédente. Leur durée est passée de 431 jours à 565 jours, ce qui donne une augmentation de 134 jours. Le nombre de cas est également à la hausse pour un nombre total de 230 cas, soit une hausse de 87 cas.

Évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers

Le règlement sur l'utilisation des mesures de contrôle en contexte d'intervention planifiée, d'urgence ou particulière : contention, isolement et substance chimique, à la suite de son adoption l'an dernier, a été déposé à toutes les directions cliniques concernées.

Un registre informatique harmonisé est présentement déployé en tant que projet pilote dans un CHSLD, une unité de médecine de courte durée et une unité d'hospitalisation en santé mentale afin de faciliter la compilation des données et d'effectuer une surveillance de l'application des mesures de contrôle au sein de notre établissement.

Un comité composé de patients partenaires et de professionnels de différentes directions a été formé et a comme mandat d'œuvrer à l'amélioration des pratiques en lien avec l'utilisation des mesures de contrôle.

Un protocole interdisciplinaire est actuellement en révision pour les usagers hospitalisés en centre hospitalier et pour les résidents des CHSLD. Il sera déployé au cours de l'année à venir.

SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU COMMISSARIAT AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Motifs	Mesures d'amélioration
Accessibilité	En réponse aux huit recommandations et aux nombreux engagements, l'établissement a été interpellé afin de répondre à 38 mesures d'amélioration concernant l'accessibilité aux soins et services. Trente-quatre de ces mesures proviennent de dossiers de plaintes et quatre, de dossiers d'interventions. À titre d'exemple de mesures d'amélioration, on note, entre autres : la révision et mise en place d'un nouveau processus pour assurer la continuité des services lors des absences prolongées de l'intervenant pivot, la mise en place d'un mécanisme permettant d'informer les demandeurs de l'évolution de leur dossier en attente, rendre disponible un appareil de saturométrie nocturne, revoir la trajectoire pour les réorientations de l'urgence vers GMF afin d'assurer une prise en charge du référé. Procédure de contrôle afin d'assurer le suivi des examens en somnographie au prescripteur.
Aspect financier	Afin de répondre aux 82 recommandations de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services en matière d'aspect financier, l'établissement a mis en place 92 mesures d'amélioration. 83 de ces mesures proviennent de dossiers de plaintes et neuf, de dossiers d'interventions. Les mesures d'amélioration ont donc apporté des modifications quant à la date du début de facturation pour l'hébergement dans certains dossiers, ainsi que la suspension des frais concernant la confirmation de présence à un examen ou une visite médicale. De plus, l'établissement a procédé à l'annulation de factures et a effectué des remboursements, le tout, selon les politiques en vigueur.
Droits particuliers	L'établissement a répondu à seize mesures d'amélioration comprenant sept recommandations en lien avec les droits particuliers de l'usager. Onze de ces mesures proviennent de dossiers de plaintes et cinq, de dossiers d'interventions. Ainsi, l'établissement a, entre autres, cloisonné l'espace de dictée des radiologistes afin d'assurer la confidentialité, procédé au rappel du code d'éthique face au respect des droits des usagers et au rappel à l'égard du respect de la confidentialité, entre autres dans les salles à plusieurs lits.
Organisation du milieu et ressources matérielles	Le Commissariat aux plaintes et à la qualité des services a émis 62 mesures, dont 25 recommandations à l'établissement concernant l'organisation du milieu et des ressources matérielles. Quarante-deux plaintes en lien avec ces mesures proviennent de dossiers de plaintes et 20, de dossiers d'interventions. Suite à ces mesures, l'établissement a, entre autres, fourni les infrastructures conformes aux normes de sécurité et d'hygiène en vertu des lois et règlements applicables au Québec et des équipements conformes, remplacement de chaises dans la salle d'attente afin de tenir compte des personnes obèses, ajustement de certains menus ou portions et vérification de la conformité de l'obligation d'accréditation de certaines ressources d'hébergement.
Relations interpersonnelles	L'établissement a eu à répondre à 53 mesures d'amélioration en lien avec les relations interpersonnelles provenant de douze recommandations du Commissariat et à plusieurs engagements. Trente-neuf de ces mesures proviennent de dossiers de plaintes et quatorze, de dossiers d'interventions. Parmi ces mesures, on compte essentiellement des rappels auprès du personnel concernant les obligations découlant de la Loi, des codes de déontologie et du code d'éthique de l'établissement en lien avec les règles de civilité, de respect, de professionnalisme et de confidentialité.
Soins et services dispensés	L'établissement a été interpellé afin de mettre en place 106 mesures d'amélioration en lien avec 31 recommandations et de nombreux engagements. Trente-neuf de ces mesures proviennent de dossiers de plaintes et 21, de dossiers d'interventions. Voici des exemples de mesures : augmentation des ratios de personnel PAB le soir et la nuit, revoir la trajectoire de services lors d'un jumelage afin d'améliorer la coordination entre les services cliniques et le secteur hébergement, harmonisation des pratiques d'évaluation et d'intervention lors de risque suicidaire pour le personnel de l'urgence, faire connaitre et faire appliquer les règles de soins de plaies et de prévention des lésions de pression.

SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU CORONER

Nº d'avis	Sujet	Recommandations	Suivi
2017-03834	**Décédé d'une dissection aortique**	Visant une meilleure protection de la vie humaine, je recommande que le présent rapport soit soumis au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'Hôpital de Roberval et au Collège des médecins du Québec afin qu'ils analysent les actes médicaux posés lors de l'hospitalisation de M.	2019-04-17 Rapport du coroner envoyé à la direction des services professionnels du CIUSSS du Saguenay – Lac-Saint-Jean le 16 avril 2019 et au CMDP le 17 avril 2019. 2019-04-17 Rapport du coroner transmis à M. Marc Billard, responsable de l'inspection professionnelle et directeur adjoint, amélioration de l'exercice du Collège des médecins du Québec le 17 avril 2019.
2018-02279	**Décès par asphyxie suite à une compression thoracique**	Recommande au MSSS de prendre les mesures requises pour que la sécurité des fauteuils à assise surbaissée soit revue, dans tous les établissements du réseau de la santé où ils sont utilisés.	Lettre #1 • Le 26 septembre 2019, en lien avec la recommandation du MSSS, la fiche d'aide « Assise rigide amovible sur fauteuil roulant manuel ou base de positionnement » a été transmise à tous les directeurs du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean avec comme directive de : 1. faire suivre la communication pour le repérage des fauteuils aux gestionnaires ou aux personnes responsables du dossier dans sa direction; 2. s'assurer que le repérage des fauteuils à assise rigide amovible est réalisé dans sa direction d'ici le 10 octobre 2019. Lettre #2 1. À la suite de l'envoi, le 26 septembre dernier, de la fiche d'aide « Assise rigide amovible sur fauteuil roulant manuel ou base de positionnement » à tous les directeurs du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean, nous confirmons que l'exercice de repérage des fauteuils à assise rigide amovible est réalisé dans l'ensemble de l'organisation. 2. Aussi, dans la note acheminée à toutes les directions, des rappels généraux ont été inclus afin que la vérification des fauteuils roulants se poursuive en continu. Elle contenait entre autres : o Qu'un entretien préventif annuel est recommandé pour tous les fauteuils roulants utilisés par un usager. o Qu'il est interdit de modifier un fauteuil roulant et ses composantes d'origines. o Qu'aucune confection maison ne doit être réalisée sur un fauteuil roulant. o Qu'une vigilance en continu doit être maintenue pour le repérage de ce type de fauteuils. o Que nous incitons à signaler tout type d'incident pouvant survenir dans le cadre de l'utilisation d'un fauteuil roulant en remplissant le formulaire « Rapport de déclaration d'incident ou d'accident AH-223-1 » via l'application SISSS.

SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU CORONER

Nº d'avis	Sujet	Recommandations	Suivi
2018-01734	**Décès par surinfection pulmonaire nosocomiale**	1. Soumettre le présent rapport à l'établissement pour révision et analyse. 2. De rappeler aux médecins de l'Hôpital de Dolbeau-Mistassini leurs obligations prévues à la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès, notamment sur les décès devant obligatoirement faire l'objet d'un avis au coroner.	1. Le 25 mars dernier, la déclaration obligatoire au coroner a été discutée à la table des chefs de département afin que ceux-ci le ramènent dans leurs différents départements. 2. En date du 1er octobre 2019, le présent rapport a été acheminé aux directions ainsi qu'aux chefs de départements médicaux concernés dans l'établissement. 3. Le 1er novembre 2019, le comité exécutif du CMDP (CECMDP) a acheminé une note de service à tous les médecins du CMDP du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean afin de leur rappeler les types de décès devant faire l'objet d'un avis obligatoire au coroner.
2017-00249	**Suicide par pendaison au centre NAHA (détention)**	1. Parachever l'intégration des soins de première ligne en santé mentale, physique et de dépendance. 2. Mettre en place des stratégies pour assurer un continuum de soins de santé physique, mentale et de dépendance ainsi qu'une offre d'hébergement pour les détenus. 3. Se doter d'une équipe de liaison pour faciliter l'intégration sociale et la prise en charge des soins de santé physique, mentale et de dépendance des détenus libérés à l'issue de leur sentence. 4. Recommande au centre NAHA de préciser sa mission et les conditions d'admission des résidents, le tout en conformité avec ses champs d'expertise.	1. Afin d'intégrer les soins de première ligne en santé mentale, physique et dépendance, depuis quatre ans, l'établissement a mis sur pied un projet pilote avec le centre de détention de Roberval où une travailleuse sociale de l'équipe de santé mentale du CIUSSS y travaille avec l'équipe du service santé et le personnel du centre de détention. Celle-ci assure la liaison vers l'ensemble des services externes (santé mentale, toxicomanie et organismes communautaires). Elle assure également les fonctions de guichet d'accès en santé mentale en plus de s'assurer de bien préparer le retour en communauté des personnes lors de la fin de leur sentence. 2. La mise sur pied du projet pilote facilite un continuum de services plus fluides. En ce qui concerne l'accès à l'hébergement, lorsque la personne nécessite un hébergement à la suite de sa détention, elle est accompagnée par la travailleuse sociale vers les services disponibles dans la communauté en fonction de ses besoins. La travailleuse sociale facilite l'établissement de la liaison. 3. La liaison se fait par le professionnel de l'équipe le plus concerné par celle-ci. La travailleuse sociale assure donc la liaison au niveau de la santé mentale et l'infirmière de l'équipe de soins prend en charge la liaison en santé physique lorsque nécessaire.

MESURES CORRECTIVES ÉMISES PAR LE PROTECTEUR DU CITOYEN

Du 1er avril 2019 au 31 mars 2020

La loi prévoit que le plaignant insatisfait des conclusions du Commissariat peut porter sa plainte en deuxième instance auprès du Protecteur du citoyen. En 2019-2020, 60 dossiers ont été transmis au Protecteur du citoyen. Le Protecteur a conclu 62 dossiers au cours de cette période, et ceci a généré 10 recommandations. Il a confirmé les conclusions dans les autres dossiers.

Secteur visé	Mesure corrective	Mesures mises en place suite aux recommandations
Direction des programmes santé mentale et dépendance	Rappel au personnel soignant de l'unité psychiatrique de l'Hôpital de Roberval qu'advenant le cas d'une reconnaissance de l'hypersensibilité aux tissus de l'usagère, des soins personnalisés sont requis concernant le port de la jaquette dans la zone intensive.	Un rappel au personnel de l'Hôpital de Roberval a été fait qu'advenant le cas d'une reconnaissance de l'hypersensibilité aux tissus de l'usagère, des soins personnalisés lui soient offerts concernant le port de la jaquette dans la zone intensive.
Direction des ressources financières	R1. De s'assurer que soit affiché le tarif de frais de chambre prévu dans chaque chambre privée ou semi-privée faisant partie des unités de soins de courte durée de l'Hôpital de Chicoutimi.	Installation de nouvelles affiches concernant la tarification des frais de chambre dans chaque chambre privée ou semi-privée.
	Annuler, dans les 30 jours de la réception des présentes conclusions, la facturation (3 838 $ - 404 $) de la chambre privée d'isolement occupée du 2 au 18 septembre 2018.	Annulation de la facture de la chambre privée d'isolement occupée du 2 au 18 septembre 2018.
Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées	Revoir l'ensemble des cas concernés par l'oxygénothérapie et se conformer au Cadre de référence national.	L'établissement a revu l'ensemble des cas concernés. Certains ont eu droit à un remboursement d'oxygène et/ou de l'appareil. L'établissement se conforme désormais au Cadre de référence national.
	RI. Procéder à l'évaluation de tous les services que nécessite l'usager. R2. Organiser, après que l'évaluation soit complétée, une rencontre pour un plan d'intervention réunissant les intervenants concernés et l'usager et détermine les services requis en rapport avec les atteintes de l'usager et la façon d'y répondre.	Évaluation du patient réalisée. Rencontre pour un plan d'intervention tenue en mai 2020.
Organisme communautaire	R3. Réévaluer la situation de l'usager quant à l'admissibilité de celui-ci à l'aide gratuite pour son entretien ménager, en tenant compte du principe de gratuité, tel qu'énoncé dans la Politique de soutien à domicile « Chez soi : le premier choix ».	Réévaluer la situation de l'usager quant à l'admissibilité de celui-ci à l'aide gratuite pour son entretien ménager en mai 2020.
	Compléter l'implantation de la nouvelle grille de menus à l'îlot des Jonquilles.	Nouveau menu implanté à l'îlot des Jonquilles.
Direction des services professionnels	R1. Préciser dans ses procédures que dans les cas où deux types de transport ont été demandés simultanément pour le déplacement d'un usager, et que ce dernier a lui-même sollicité l'un d'eux qui est privé, que le consentement éclairé de l'usager, si possible, soit obtenu pour poursuivre ses services. R2. Rappeler à son personnel qu'il doit prendre en considération la demande d'un usager de recourir à un transporteur de son choix pour son transfert vers un autre établissement et qu'il doit exposer à l'usager et/ou son représentant les aléas possibles de son choix de transport afin qu'il puisse prendre une décision éclairée et, le cas échéant, lui faire signer un refus de services.	Dossier en cours.

LE NOMBRE DE MISES SOUS GARDE DANS UN ÉTABLISSEMENT SELON LA MISSION

	MISSION CH	MISSION CHSLD	MISSION CLSC	MISSION CR	TOTAL
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	1057				**1057**
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	**80**
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	107				**107**
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	**102**
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)	108				**108**

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

Rapport couvrant la période du 1er avril 2019 au 31 mars 2020

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	2 171
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	37
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	107
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	67
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs : • Ne répond pas aux conditions : 7 • A cessé de répondre aux conditions au cours de l'évaluation : 3 • A changé d'avis : 4 • Transfert d'établissement : 2 • Décès avant la fin de l'évaluation : 7 • Décès avant l'administration de l'aide médicale à mourir : 6 • En cours : 3 • Autre : 8	40

L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

Le rapport annuel du Commissariat aux plaintes et à la qualité des services 2018-2019 de l'établissement est disponible sur le site Web du CIUSSS à l'adresse www.santesaglac.gouv.qc.ca.

L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION

L'établissement vise l'intégration des usagers à titre de membres à part entière de l'organisation et assure la qualité, la sécurité et les meilleurs résultats pour leurs familles et eux-mêmes. Le partenariat avec le patient s'inscrit dans cette approche, alors que les usagers sont invités à participer avec les équipes à la coconstruction de démarches pour améliorer les soins et services. Munis de compétences expérientielles (les connaissances de la vie avec la maladie ou les connaissances d'un secteur de soins), les patients partenaires peuvent devenir membres à part entière des équipes, tant en contexte d'organisation des soins et services qu'en contexte de gouvernance.

La participation des usagers permet d'optimiser la diversité des points de vue et commentaires sur les processus, les projets, la vision.

Plusieurs moyens pour évaluer l'expérience des usagers sont encouragés au CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean, par exemple :

- Réalisation de sondages afin d'évaluer l'expérience vécue par les usagers dans leur continuum de soins et services;
- focus group avec des usagers;
- gemba expérience-patient, soit aller à la rencontre de l'usager, sur le lieu où les soins et services sont offerts, afin de comprendre l'expérience vécue;
- boîte à suggestions;
- entretiens individuels.

Ce sont plus de 40 patients-partenaires qui sont impliqués au sein de l'établissement comme parties prenantes des améliorations à mettre en place. Voici quelques exemples de collaboration :

- adaptation de l'offre alimentaire;
- projet d'intégration sociale de personnes avec déficience intellectuelle ou trouble du spectre de l'autisme au travail;
- comité qualité en hémodialyse;
- obtention d'avis sur la documentation clinique, permettant d'obtenir l'avis des usagers sur le contenu de la documentation clinique afin d'assurer la bonne compréhension de celle-ci;
- gestion de l'accès de proximité.

L'établissement peut par ailleurs compter sur l'étroite collaboration de neuf comités des usagers qui regroupent plus de soixante bénévoles qui ont à cœur l'amélioration des soins et services. La relation de confiance qui lie ces bénévoles à l'organisation permet de développer une compréhension et une vision commune, assurant les échanges et le travail conjoint veillant aux intérêts des usagers. L'établissement a d'ailleurs conçu un Guide de participation des usagers à des comités organisationnels, de concert avec le comité des usagers du centre intégré (CUCI), afin de préciser l'approche de partenariat avec les usagers et définir les rôles des patients ressources et des représentants des comités des usagers au sein du CIUSSS.

Ressources humaines

Les ressources humaines de l'établissement public

	Nombre d'emplois au 31 mars 2019	Nombre d'ETC en 2018-2019
1 - Personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires	3 095	2 602
2 - Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	2 711	2 207
3 - Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 309	1 200
4 - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	2 645	2 277
5 - Personnel non visé par la loi 30	68	60
6 - Personnel d'encadrement	332	324
Total	10 160	8 671

Nombre d'emplois = Nombre d'emplois occupés dans le réseau au 31 mars de l'année concernée et ayant au moins une heure, rémunérée ou non, dans les trois mois suivant la fin de l'année financière. Les personnes qui, au 31 mars, occupent un emploi dans plus d'un établissement sont comptabilisées pour chacun de ces emplois.

Nombre d'équivalents temps complet (ETC) = L'équivalent temps complet permet d'estimer le nombre de personnes qui aurait été nécessaire pour effectuer la même charge de travail, à l'exclusion des heures supplémentaires payées, si tous avaient travaillé à temps complet. C'est le rapport entre le nombre d'heures rémunérées, ce qui inclut les jours de vacances, les jours fériés et autres congés rémunérés, ainsi que les heures supplémentaires prises en congé compensé, et le nombre d'heures du poste pour une année, lequel tient compte du nombre de jours ouvrables dans l'année.

LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS POUR L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC

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 la ministre de la Santé et des Services sociaux.

Le dépassement de la cible de notre établissement peut s'expliquer notamment par le fait que les heures de travail nécessaires pour la mise en œuvre de projets cliniques et organisationnels ont été supérieures à ce qui avait été anticipé. Également, l'arrivée de la pandémie de la COVID-19 a généré un nombre important d'heures de travail en temps supplémentaire dans les premières semaines afin de s'assurer que notre établissement soit prêt à faire face à cette pandémie.

Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs

Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Comparaison sur 364 jours pour avril à mars 2019-03-31 au 2020-03-28		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Heure travaillée	Heure supplémentaire	Total heure rémunérée
1 - Personnel d'encadrement	578 507	9 361	587 868
2 - Personnel professionnel	2 232 617	19 842	2 252 459
3 - Personnel infirmier	4 646 122	215 311	4 861 434
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	7 012 814	246 830	7 259 644
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	1 749 831	42 152	1 791 982
6 - Étudiants et stagiaires	8 379	50	8 430
Total 2019-2020	**16 228 270**	**533 547**	**16 761 817**
Total 2018-2019			**16 450 019**

Cible 2019-2020 :	**16 686 520**
Écart	**75 297**
Écart en %	**0,5 %**

Ressources financières

UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME

PROGRAMME	EXERCICE PRÉCÉDENT (2018-2019)		EXERCICE COURANT (2019-2020)		VARIATIONS DES DÉPENSES	
	Dépenses	%	Dépenses	%	$	%
PROGRAMME-SERVICE						
Santé publique	14 897 704 $	1,66 %	16 541 531 $	1,73 %	1 643 827 $	11,03 %
Services généraux - activités cliniques et d'aide	43 407 012 $	4,82 %	47 889 496 $	5,01 %	4 482 484 $	10,33 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	123 956 484 $	13,78 %	133 412 604 $	13,95 %	9 456 120 $	7,63 %
Déficience physique	30 596 979 $	3,40 %	31 991 050 $	3,35 %	1 394 071 $	4,56 %
Déficience intellectuelle et TSA	47 896 714 $	5,32 %	49 508 651 $	5,18 %	1 611 937 $	3,37 %
Jeunes en difficulté	60 827 141 $	6,76 %	65 769 443 $	6,88 %	4 942 302 $	8,13 %
Dépendances	5 607 480 $	0,62 %	5 903 432 $	0,62 %	295 952 $	5,28 %
Santé mentale	49 011 901 $	5,45 %	51 162 898 $	5,35 %	2 150 997 $	3,80 %
Santé physique	351 066 244 $	39,02 %	373 639 036 $	39,07 %	22 572 792 $	6,43 %
PROGRAMME-SOUTIEN						
Administration	49 155 054 $	5,46 %	52 113 120 $	5,45 %	2 958 066 $	6,02 %
Soutien aux services	65 573 716 $	7,29 %	69 293 882 $	7,25 %	3 720 166 $	5,67 %
Gestion des bâtiments et des équipements	57 663 917 $	6,41 %	58 986 765 $	6,17 %	1 322 848 $	2,29 %
TOTAL	899 660 346 $	100 %	956 211 908 $	100 %	56 551 562 $	6,29 %

Les états financiers complets de l'établissement sont disponibles au www.santesaglac.gouv.qc.ca

L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de santé et de services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001), un établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier, et ne doit pas engager de déficit en fin d'année.

Le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean termine son exercice financier 2019-2020 avec un déficit global de 1 311 368 $, composé d'un surplus de 35 987 $ pour le fonds d'exploitation et d'un déficit de 1 347 625 $ pour le fonds d'immobilisation. Le CIUSSS ne respecte pas son obligation légale de ne pas encourir de déficit à la fin d'une année financière.

Le déficit cumulé 2019-2020 devra être considéré dans l'atteinte de l'équilibre budgétaire de la prochaine année.

LES CONTRATS DE SERVICES

CONTRAT DE SERVICES COMPORTANT UNE DÉPENSE DE 25 000 $ ET PLUS CONCLU ENTRE LE 1ER AVRIL 2019 ET LE 31 MARS 2020	NOMBRE	VALEUR
Contrats de services avec une personne physique[1]	1	38 826 $
Contrats de services avec un contractant[2]	131	**24 534 638 $**
TOTAL DES CONTRATS DE SERVICES	132	24 573 464 $

[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.

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

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O, ou C)	Mesure prise pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Location des immeubles conclue avec la Société Immobilière du Québec à titre de contrat location-exploitation au lieu de contrat de location-acquisition.	2011-12	R	Aucune modification. Directive de comptabilisation du MSSS.			X
Non-consolidation des états financiers de la Corporation de services Saint-Vallier, corporation contrôlée par le CSSS de Chicoutimi.	2011-12	C	Le CSSSC respecte les directives de la circulaire 03 01 10 12 sur l'exploitation des activités commerciales. Les informations financières de la Corporation de services Saint-Vallier sont présentées par voie de notes aux pages 270 du rapport AS-471.		X	

SIGNIFICATION DES CODES

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

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

(Suite)

SIGNIFICATION DES CODES

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

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

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O, ou C)	Mesure prise pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
L'établissement a encouru un excédent des charges sur les revenus au niveau du fonds d'immobilisation. Ce résultat va à l'encontre de l'article 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux qui mentionne qu'aucun établissement public ne doit encourir de déficit à la fin d'une année financière.	2019-20	C	Pour le fonds d'immobilisation, le résultat est déficitaire. Cependant, l'explication est la suivante : la totalité des revenus des projets autofinancés d'avant le 1er avril 2015 a été comptabilisée. Donc tant que ces projets ont de l'amortissement à prendre, il y aura un déficit au fonds d'immobilisation, avec contrepartie suffisante au surplus cumulé. Le ministère de la Santé et des Services sociaux est au courant et nous confirme qu'il n'y aura pas de plan de redressement en lien avec le déficit du fonds d'immobilisation.		X	
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
En raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.						
Unités de mesure sur base estimative : unité mètre carré et mètre cube pour les locaux loués pour le CLSC.	2008-09	R	Aucune mesure corrective prise par le CIUSSS. Les mètres carrés et les mètres cubes ont été établis à partir du bail de location.			X
Unités de mesure sur base estimative : les communications extérieures au médecin responsable du patient (résumé de dossier, consultations) sont compilées sur une base estimative aux archives (7532).	2011-12	R	Une installation a modifié son processus de compilation à la période 7 et celui-ci est désormais conforme. Une autre installation n'a toujours pas modifié son processus, mais cela sera fait dans l'exercice subséquent.		X	
Unité de mesure « L'usager » Inhalothérapie 6350.	2014-15	R	L'une des installations n'a pas compilé de statistique pour le sous-centre d'activité « Inhalothérapie - autres (6352) ».			X
Unités compilées sur base estimative - Mètre carré et mètre cube (centre d'activité 7640; sous-centre d'activité 7644 et centre d'activité 7700 et sous-centre d'activité 7703).	2011-12	R	Aucune			X
Le processus de compilation de l'unité de mesure A) « L'usagère » pour le sous-centre 5990 ne permet pas de compiler les usagères dont la grossesse chevauche l'exercice antérieur et l'exercice en cours.	2017-18	R	Les interventions sont compilées dans I-CLSC depuis novembre 2018.		X	

(Suite)

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O, ou C)	Mesure prise pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Unité compilée sur base estimative - Usager - Sous-centre d'activité 6806.	2011-12	R	L'établissement analyse présentement la situation afin de déterminer la pertinence et la façon de compiler l'unité de mesure.			X
Une composante de l'unité de mesure 7690, soit Transport externe des usagers, n'est pas adéquatement compilée, en raison du fait qu'un usager est inscrit par transport, peu importe le nombre d'usagers en cause.	2017-18	R				X
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Création d'un titre d'emploi pour les salariés dédiés à un directeur avec salaire plus élevé qu'une secrétaire de direction, en fonction des tâches et responsabilités.	2012-13	C	Des démarches sont en cours.			X
Non-consolidation des états financiers de la Corporation de services Saint-Vallier, corporation contrôlée par le CSSS de Chicoutimi.	2011-12	C	Le CSSSC respecte les directives de la circulaire 03 01 10 12 sur l'exploitation des activités commerciales. Les informations financières de la Corporation de services Saint-Vallier sont présentées par voie de notes aux pages 270 du rapport AS-471.			X
L'établissement a encouru un excédent des charges sur les revenus au niveau du fonds d'immobilisation. Ce résultat va à l'encontre de l'article 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux qui mentionne qu'aucun établissement public ne doit encourir de déficit à la fin d'une année financière.	2019-20	C			X	
Pour un test effectué, l'approbation requise d'un dépassement de coûts d'un contrat de construction n'a pas été obtenue.	2018-19	C				X

SIGNIFICATION DES CODES

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

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

(Suite)

SIGNIFICATION DES CODES

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

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

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O, ou C)	Mesure prise pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Nous avons noté que la chef du traitement de la paie a les privilèges de gestion des droits d'accès dans Logibec-Paie en cas de remplacement de la personne dédiée à la gestion des accès. Ceci devrait être restreint au personnel de sécurité TI ou les droits ne devraient être que temporaires et surveillés lors des remplacements. De plus, la gestion des accès dans SAP n'est pas limité au personnel TI, des utilisateurs du service des finances pouvant faire la gestion des accès, alors qu'ils ne devraient qu'autoriser les accès afin de séparer ces tâches incompatibles.	2019-20	C				X
Les codes d'utilisateurs utilisés doivent être uniques. Bien que chaque administrateur de domaine ait son propre compte, nous avons noté que le compte administrateur est actif et utilisé. Il existe donc un risque de non-imputabilité des opérations effectuées par les intervenants dans les différentes applications et composantes TI.	2019-20	C				X
Rapport à la gouvernance						
Pour les activités du Centre de jour à la Résidence des Années d'Or, la même personne s'occupe de collecter l'argent des usagers ainsi que d'effectuer les dépôts.	2014-15	C	Aucune			X
Pour un test effectué, l'approbation requise d'un dépassement de coût d'un contrat n'a pas été obtenue.	2018-19	C				X

(Suite)

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O, ou C)	Mesure prise pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Nous avons noté que la chef du traitement de la paie a les privilèges de gestion des droits d'accès dans Logibec-Paie en cas de remplacement de la personne dédiée à la gestion des accès. Ceci devrait être restreint aux personnes de sécurité TI ou les droits ne devraient être que temporaires et surveillés lors des remplacements. De plus, la gestion des accès dans SAP n'est pas limité au personnel TI, des utilisateurs du service des finances pouvant faire la gestion des accès, alors qu'ils ne devraient qu'autoriser les accès afin des séparer ces tâches incompatibles.	2019-20	C				X
Les codes d'utilisateurs utilisés doivent être uniques. Bien que chaque administrateur de domaine ait son propre compte, nous avons noté que le compte administrateur est actif et utilisé. Il existe donc un risque de non-imputabilité des opérations effectuées par les intervenants dans les différentes applications et composantes TI.	2019-20	C				X

SIGNIFICATION DES CODES

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

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

LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

Aucun acte répréhensible n'a fait l'objet d'une divulgation au sein du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean au cours de l'année 2019-2020.

Organismes communautaires

Dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Saguenay–Lac-Saint-Jean finance des organismes communautaires selon trois modes.

Le premier mode de financement du PSOC vise à soutenir la mission globale des organismes communautaires reconnus dans le domaine de la santé et des services sociaux.

En 2019-2020, ce sont 204 organismes communautaires qui ont reçu un soutien financier de ce type, totalisant 25 212 912 $. Ce total inclut le montant de 2 324 200 $ accordé par le MSSS afin de rehausser le financement à la mission globale. Il s'agit du pourcentage le plus important de l'enveloppe budgétaire, soit 94 %.

La deuxième forme de financement possible pour les organismes communautaires est celle qui concerne les ententes pour activités spécifiques. Ce type de soutien financier peut comporter un caractère non récurrent ou être attribué pour une période limitée. Dans le cadre du PSOC, ce soutien financier, de l'ordre de 1 475 676 $, représente 5 % de l'enveloppe budgétaire totale.

Finalement, c'est un montant de 88 325 $ qui a été accordé en 2019-2020, pour des projets ponctuels ou pour des subventions de dépannage d'urgence. Ce troisième mode de financement vise à supporter divers types de projets ponctuels, sur une base non récurrente, ce qui totalise 1 % de l'enveloppe budgétaire. Il peut s'agir de projets de formation, de projets expérimentaux ou novateurs ainsi que certaines situations nécessitant un financement de dépannage urgent.

Pour ces trois modes de financement, c'est un total global de 26 776 913 $ qui a été alloué pour l'année 2019 2020 aux organismes communautaires œuvrant en santé et services sociaux de la région. La répartition de cette enveloppe budgétaire s'est effectuée dans le respect des critères ministériels et des orientations régionales du PSOC.

Le Cadre de référence pour l'application du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, élaboré en collaboration avec les organismes communautaires qui exercent leurs activités dans le domaine de la santé et des services sociaux au Saguenay–Lac-Saint-Jean et reconnus dans le PSOC, reconnaît notamment la contribution unique et essentielle des organismes communautaires au bien-être de la population régionale, tout en respectant le contexte légal régissant l'action communautaire autonome (ACA) au Québec.

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

Les tableaux ci-après précisent le financement accordé aux organismes communautaires en 2019-2020 selon les trois volets précités (le volet mission globale inclut, s'il y a lieu, le montant récurrent accordé pour le rehaussement du financement à la mission globale).

Budget PSOC 2019-2020	Entente pour activités spécifiques		Mission globale PSOC		Projet ponctuel		Total 2018-2019	Total 2019-2020
	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020		
RLS CHICOUTIMI								
ADHIS (Association pour le développement de la personne handicapée intellectuelle du Saguenay)			159 939 $	177 818 $			159 939 $	177 818 $
Association des parents d'adolescents de Chicoutimi (APAC)			77 347 $	91 239 $			77 347 $	91 239 $
Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées (AQDR)	69 454 $	70 704 $			518 $	288 $	69 972 $	70 992 $
Café-Jeunesse de Chicoutimi			57 797 $	86 337 $	840 $	265 $	58 637 $	86 602 $
Carrefour communautaire Saint-Paul			8 939 $	9 100 $			8 939 $	9 100 $
Centre d'action bénévole de Chicoutimi			181 571 $	207 339 $	5 840 $	4 964 $	187 411 $	212 303 $
Centre d'action bénévole de Laterrière			46 976 $	62 821 $			46 976 $	62 821 $
Centre du Lac Pouce							- $	- $
Comité des malades de Saint-Fulgence			1 842 $	1 875 $			1 842 $	1 875 $
Comptoir multiservice de Falardeau			6 887 $	7 011 $	2 713 $	93 $	9 600 $	7 104 $
Corporation Les adolescents et la vie de quartier de Chicoutimi			70 906 $	87 182 $	710 $	1 032 $	71 616 $	88 214 $
École nationale d'apprentissage par la marionnette (ÉNAM)			64 085 $	86 239 $			64 085 $	86 239 $
Femmes-Action : séparation-divorce			44 617 $	55 420 $			44 617 $	55 420 $
Groupe aide-action de Saint-Honoré			76 257 $	100 129 $			76 257 $	100 129 $
Groupe d'action communautaire de Falardeau			153 049 $	170 804 $			153 049 $	170 804 $
Le Centre communautaire Horizon 3e âge			35 090 $	35 722 $			35 090 $	35 722 $
Local Jeunes centre-ville de Chicoutimi			70 800 $	87 074 $			70 800 $	87 074 $
Maison des jeunes « Évasion » de Chicoutimi			103 657 $	128 023 $		815 $	103 657 $	128 838 $
Maison des jeunes Alaxion			71 092 $	79 872 $	157 $		71 249 $	79 872 $
Maison des jeunes de Laterrière			82 011 $	93 487 $			82 011 $	93 487 $
Maison des jeunes de Saint-Fulgence			60 853 $	76 948 $	512 $	91 $	61 365 $	77 039 $
Maison des jeunes de Saint-Honoré			71 073 $	90 852 $	190 $		71 263 $	90 852 $
Popote express Chicoutimi			49 136 $	50 020 $			49 136 $	50 020 $
Service alimentaire « La Recette »			80 836 $	97 291 $			80 836 $	97 291 $

→

Budget PSOC 2019-2020	Entente pour activités spécifiques		Mission globale PSOC		Projet ponctuel		Total 2018-2019	Total 2019-2020
	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020		
(SUITE) RLS CHICOUTIMI								
Service communautaire de consultation individualisée de Chicoutimi			42 591 $	55 358 $		528 $	42 591 $	55 886 $
Service de travail de rue de Chicoutimi			71 283 $	87 566 $	1 000 $	992 $	72 283 $	88 558 $
TOTAL CHICOUTIMI	**69 454 $**	**70 704 $**	**1 688 634 $**	**2 025 527 $**	**12 480 $**	**9 068 $**	**1 770 568 $**	**2 105 299 $**

Budget PSOC 2019-2020	Entente pour activités spécifiques		Mission globale PSOC		Projet ponctuel		Total 2018-2019	Total 2019-2020
	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020		
RLS JONQUIÈRE								
Association pour personnes handicapées A.B.C.S.	30 000 $	30 000 $	84 114 $	95 628 $			114 114 $	125 628 $
Centre d'action bénévole de Jonquière			108 230 $	125 178 $	1 000 $		109 230 $	125 178 $
Centre de femmes Mieux-être de Jonquière			198 188 $	229 255 $	1 000 $	1 000 $	199 188 $	230 255 $
Centre de services du Mieux-Vivre Bégin, Shipshaw, Saint-Charles et Saint-Ambroise			182 679 $	200 967 $			182 679 $	200 967 $
Centre d'intervention familiale Le Transit			141 853 $	155 405 $		1 000 $	141 853 $	156 405 $
Centre L'Escale de Jonquière	52 387 $	53 330 $	211 531 $	222 839 $		166 $	263 918 $	276 335 $
Entre-Êtres			15 047 $	30 318 $			15 047 $	30 318 $
La Maison des jeunes de Jonquière			108 816 $	120 775 $	401 $	121 $	109 217 $	120 896 $
La Ressource de Jonquière			15 276 $	15 551 $			15 276 $	15 551 $
La Soupière de l'Amitié d'Arvida/Kénogami			5 532 $	2 766 $			5 532 $	2 766 $
L'Alternative Café-Jeunesse de Jonquière (parrain PATRO)	44 697 $	45 502 $					44 697 $	45 502 $
Les Aînés de Jonquière			277 921 $	290 424 $	360 $	160 $	278 281 $	290 584 $
L'Association pour la promotion des droits des personnes handicapées de Jonquière			32 573 $	98 319 $			32 573 $	98 319 $
Maison des jeunes de Larouche				15 000 $				15 000 $
Maison des jeunes de St-Ambroise				15 000 $				15 000 $
Maison des jeunes de St-Charles-de-Bourget				15 000 $				15 000 $
Maison d'accueil et d'hébergement « La Chambrée »			684 549 $	696 871 $			684 549 $	696 871 $
Maison des jeunes de Shipshaw			61 125 $	69 725 $			61 125 $	69 725 $
TOTAL JONQUIÈRE	**127 084 $**	**128 832 $**	**2 127 434 $**	**2 399 021 $**	**2 761 $**	**2 447 $**	**2 257 279 $**	**2 530 300 $**

Budget PSOC 2019-2020	Entente pour activités spécifiques		Mission globale PSOC		Projet ponctuel		Total 2018-2019	Total 2019-2020
	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020		
RLS LA BAIE								
Centre de bénévolat Soif de vivre de La Baie			85 511 $	92 050 $			85 511 $	92 050 $
Groupe d'action communautaire de l'A.P.R.S.			88 656 $	90 252 $			88 656 $	90 252 $
Groupe d'actions communautaires de santé bénévole (GACSB)			76 239 $	87 611 $			76 239 $	87 611 $
L'Association des parents d'ados du Fjord			63 617 $	87 763 $		205 $	63 617 $	87 968 $
Les Bénévoles de Saint-Félix d'Otis			42 745 $	48 514 $			42 745 $	48 514 $
Maison des familles de La Baie	9 820 $	9 997 $					9 820 $	9 997 $
Maison des jeunes de La Baie			103 659 $	115 525 $	444 $	459 $	104 103 $	115 984 $
Maison des jeunes du Bas-Saguenay			71 000 $	84 778 $	580 $	1 000 $	71 580 $	85 778 $
Maison d'hébergement Le Rivage de La Baie			805 102 $	848 594 $	815 $	1 035 $	805 917 $	849 629 $
Popote mobile de La Baie			34 859 $	40 486 $			34 859 $	40 486 $
Service budgétaire populaire de La Baie	30 159 $	30 702 $					30 159 $	30 702 $
TOTAL LA BAIE	**39 979 $**	**40 699 $**	**1 371 388 $**	**1 495 573 $**	**1 839 $**	**2 699 $**	**1 413 206 $**	**1 538 971 $**

Budget PSOC 2019-2020	Entente pour activités spécifiques		Mission globale PSOC		Projet ponctuel		Total 2018-2019	Total 2019-2020
	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020		
RLS DOMAINE-DU-ROY								
Action bénévole Entre-Deux Saint-André			45 460 $	46 278 $	6 500 $	6 500 $	51 960 $	52 778 $
Actions bénévoles de Sainte-Hedwidge inc.			14 495 $	14 756 $			14 495 $	14 756 $
Agence Grands Frères, Grandes Sœurs du Domaine-du-Roy			71 205 $	84 987 $	844 $	986 $	72 049 $	85 973 $
Association jeannoise pour l'intégration sociale			126 245 $	128 517 $	328 $		126 573 $	128 517 $
Association pour personnes handicapées « Le Goéland »			71 502 $	73 954 $			71 502 $	73 954 $
C.A.P. Accueil jeunesse			83 659 $	95 165 $	629 $	353 $	84 288 $	95 518 $
Centre d'action bénévole de Saint-Félicien			110 503 $	150 176 $	1 424 $	687 $	111 927 $	150 863 $
Centre de femmes « La Source »			196 225 $	227 257 $		1 000 $	196 225 $	228 257 $

→

Budget PSOC 2019-2020	Entente pour activités spécifiques		Mission globale PSOC		Projet ponctuel		Total 2018-2019	Total 2019-2020
	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020		
(SUITE) RLS DOMAINE-DU-ROY								
Centre des bénévoles de Roberval			20 000 $	36 666 $			20 000 $	36 666 $
Centre des services bénévoles de Saint-Prime			12 689 $	22 930 $			12 689 $	22 930 $
Centre Le Bouscueil de Roberval	21 958 $	88 776 $	155 556 $	165 856 $		764 $	177 514 $	255 396 $
Centre Nelligan (Centre en santé mentale)			152 226 $	169 966 $	1000 $		153 226 $	169 966 $
Domaine-du-Roy en forme	8 715 $	2 218 $					8 715 $	2 218 $
Entraide amicale de Saint-François-de-Sales			15 405 $	22 182 $	255 $	517 $	15 660 $	22 699 $
Entraide bénévole Chambord			18 858 $	19 197 $			18 858 $	19 197 $
Escale du centre- ville (secteur Saint-Félicien)			88 658 $	107 754 $	203 $	680 $	88 861 $	108 434 $
Groupe bénévole Mme Hermel Gauthier			17 656 $	24 474 $		1 298 $	17 656 $	25 772 $
La Corporation des services aux handicapés du comté Roberval			64 687 $	86 351 $			64 687 $	86 351 $
L'Auberge de l'Amitié Roberval inc.			720 430 $	762 398 $		1 971 $	720 430 $	764 369 $
Le Centre populaire de Roberval			70 010 $	87 105 $			70 010 $	87 105 $
Maison des jeunes « Laser » de Roberval			103 658 $	113 024 $	197 $	866 $	103 855 $	113 890 $
Maison des jeunes de Saint-Prime			51 085 $	63 005 $	203 $	775 $	51 288 $	63 780 $
Maison des jeunes du Lac-Bouchette				15 000 $				15 000 $
Maison du cheminement	36 226 $	36 878 $	433 240 $	455 038 $	1 000 $	1 000 $	470 466 $	492 916 $
Service d'intervention de proximité Domaine-du-Roy			96 101 $	105 331 $			96 101 $	105 331 $
Services d'entraide robervalois			47 917 $	59 538 $			47 917 $	59 538 $
Services et qualité de vie de La Doré			15 926 $	16 213 $	343 $		16 269 $	16 213 $
TOTAL DOMAINE-DU-ROY	**66 899 $**	**127 872 $**	**2 854 400 $**	**3 216 040 $**	**12 926 $**	**17 397 $**	**2 934 225 $**	**3 361 309 $**

Budget PSOC 2019-2020	Entente pour activités spécifiques		Mission globale PSOC		Projet ponctuel		Total 2018-2019	Total 2019-2020
	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020		
RLS LAC-SAINT-JEAN-EST								
Accès entraide familles Lac-Saint-Jean-Est			35 386 $	43 023 $			35 386 $	43 023 $
Association des handicapés de Desbiens			187 718 $	200 597 $			187 718 $	200 597 $
Carrefour bénévole Labrecque Lamarche			36 161 $	36 812 $			36 161 $	36 812 $
Centre communautaire d'aide à la jeunesse Tandem Lac-Saint-Jean-Est			66 451 $	90 147 $			66 451 $	90 147 $
Centre d'action bénévole du Lac			145 395 $	170 512 $	300 $	416 $	145 695 $	170 928 $
Centre de femmes au Quatre-temps			217 992 $	229 416 $			217 992 $	229 416 $
Centre de rétablissement Le Renfort	163 426 $	166 368 $	305 022 $	327 512 $		1 000 $	468 448 $	494 880 $
Centre Le S.P.O.T.			53 996 $	82 468 $			53 996 $	82 468 $
Club Kinocoeur			4 500 $	4 654 $			4 500 $	4 654 $
Comité du travail de rue d'Alma			70 985 $	87 263 $	1 000 $	756 $	71 985 $	88 019 $
Foyer d'apprentissage et d'autonomie sociale d'Alma			123 795 $	141 023 $			123 795 $	141 023 $
Groupe Centre-Lac d'Alma			75 004 $	93 854 $			75 004 $	93 854 $
Groupe d'action bénévole Ensemble de Sainte-Monique et de Saint-Henri			41 762 $	42 514 $			41 762 $	42 514 $
Groupe de soutien de Saint-Nazaire			35 624 $	36 265 $	654 $		36 278 $	36 265 $
La Passerelle d'Alma			667 881 $	679 903 $			667 881 $	679 903 $
La Popote roulante d'Alma			58 540 $	60 549 $			58 540 $	60 549 $
Maison des familles La Cigogne	8 185 $	8 332 $					8 185 $	8 332 $
Maison de campagne et d'entraide communautaire du Lac			50 996 $	61 914 $			50 996 $	61 914 $
Maison des jeunes (12-18) l'Entre-Parenthèse de Chambord			61 085 $	69 685 $	383 $	642 $	61 468 $	70 327 $
Maison des jeunes d'Alma			82 911 $	106 903 $			82 911 $	106 903 $
Maison des jeunes de Delisle			30 000 $	31 350 $			30 000 $	31 350 $
Maison des jeunes de Desbiens			50 998 $	69 416 $			50 998 $	69 416 $
Maison des jeunes de Labrecque				15 000 $				15 000 $
Maison des jeunes de Lamarche			50 992 $	62 910 $			50 992 $	62 910 $

→

Budget PSOC 2019-2020	Entente pour activités spécifiques		Mission globale PSOC		Projet ponctuel		Total 2018-2019	Total 2019-2020
	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020		
RLS LAC-SAINT-JEAN-EST								
Maison des jeunes de L'Ascension-de-Notre-Seigneur			4 524 $	27 105 $			4 524 $	27 105 $
Maison des jeunes de Métabetchouan			93 865 $	110 555 $	722 $	522 $	94 587 $	111 077 $
Maison des jeunes de Saint-Bruno du Lac Saint-Jean			61 081 $	69 680 $			61 081 $	69 680 $
Maison des jeunes de Saint-Gédéon			28 452 $	21 851 $			28 452 $	21 851 $
Maison des jeunes de Saint-Nazaire			7 662 $	30 300 $			7 662 $	30 300 $
Maison des jeunes d'Hébertville			50 850 $	62 765 $	100 $		50 950 $	62 765 $
Maison des jeunes de Sainte-Monique-de-Honfleur			4 500 $	27 234 $			4 500 $	27 234 $
Moisson d'Alma			30 476 $	53 022 $	10 000 $	1 000 $	40 476 $	54 022 $
Nourri-Source			25 487 $	32 946 $			25 487 $	32 946 $
Popote roulante des Cinq Cantons	25 578 $	26 038 $			119 $	10 251 $	25 697 $	36 289 $
Résidence de Labrecque	8 185 $	8 332 $					8 185 $	8 332 $
Service d'information et intervention en toxicomanie (Unité Domrémy d'Alma)	10 000 $		86 768 $	98 330 $			96 768 $	98 330 $
Service d'accompagnement pour jeunes mères La Nichée			70 899 $	72 175 $			70 899 $	72 175 $
Soli-Can Lac-Saint-Jean-Est	406 394 $	203 198 $	191 772 $	195 224 $	1 000 $	1 000 $	599 166 $	399 422 $
Station jeunesse			61 010 $	69 608 $			61 010 $	69 608 $
TOTAL LAC-SAINT-JEAN-EST	**621 768 $**	**412 268 $**	**3 170 540 $**	**3 614 485 $**	**14 278 $**	**16 587 $**	**3 806 586 $**	**4 043 340 $**

Budget PSOC 2019-2020	Entente pour activités spécifiques		Mission globale PSOC		Projet ponctuel		Total 2018-2019	Total 2019-2020
	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020		
RLS MARIA-CHAPDELAINE								
Centre d'action bénévole Maria-Chapdelaine				50 000 $				50 000 $
Centre de femmes du pays Maria-Chapdelaine			210 402 $	229 189 $	1 000 $	1 000 $	211 402 $	230 189 $
Centre de santé mentale L'Arrimage	128 793 $	131 111 $	237 663 $	241 941 $	1 000 $	902 $	367 456 $	373 954 $
Centre Plein Vie inc.			71 134 $	99 914 $	5 200 $		76 334 $	99 914 $
Club des jeunes 12-17 d'Albanel			5 500 $	5 891 $			5 500 $	5 891 $
Comité bénévole Saint-Eugène-d'Argentenay			11 503 $	11 710 $			11 503 $	11 710 $
Comité bénévole Sainte-Elisabeth-de-Proulx			17 640 $	24 958 $			17 640 $	24 958 $
Comité des malades d'Albanel			22 370 $	22 773 $			22 370 $	22 773 $
Comité Les Amis de Saint-Stanislas			10 000 $	10 969 $			10 000 $	10 969 $
Épicerie communautaire Le Garde-Manger			60 620 $	86 711 $	111 $		60 620 $	86 711 $
Grands Frères et Grandes Sœurs du Lac-Saint-Jean Nord			71 452 $	85 238 $	656 $	784 $	72 108 $	86 022 $
Groupe Au Seingulier			1 712 $	3 486 $			1 712 $	3 486 $
Groupe Espoir Dolbeau-Mistassini			126 445 $	138 722 $	4 823 $	100 $	131 268 $	138 822 $
La Main du samaritain inc.			5 000 $	5 757 $			5 000 $	5 757 $
La Maison des jeunes Le Pentagone			51 951 $	65 386 $	2 500 $		54 451 $	65 386 $
Le Comité de santé de Saint-Ludger-de-Milot			45 000 $	46 841 $			45 000 $	46 841 $
Le Tournant 3 F (popote roulante)	7 765 $	7 905 $					7 765 $	7 905 $
L'Entraide bénévole de Notre-Dame-de-Lorette			12 000 $	15 357 $			12 000 $	15 357 $
Les Amis des aînés de Normandin			87 354 $	88 926 $			87 354 $	88 926 $
Les Bénévoles de Girardville			25 096 $	30 548 $			25 096 $	30 548 $
Les Bénévoles de Saint-Thomas-Didyme			31 871 $	37 445 $			31 871 $	37 445 $
Les Bénévoles des ainé(e)s de Sainte-Jeanne-d'Arc			7 000 $	7 431 $			7 000 $	7 431 $
Les Volontaires de Saint-Augustin Dalmas			5 000 $	10 446 $			5 000 $	10 446 $
Maison « Halte secours »			624 247 $	635 483 $	8 831 $	1 733 $	633 078 $	637 216 $
Maison des jeunes Le Jouvenceau			88 815 $	113 399 $			88 815 $	113 399 $

→

Budget PSOC 2019-2020	Entente pour activités spécifiques		Mission globale PSOC		Projet ponctuel		Total 2018-2019	Total 2019-2020
	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020		
(SUITE) RLS MARIA-CHAPDELAINE								
Maison des jeunes L'Exode			50 500 $	63 020 $			50 500 $	63 020 $
Maison des jeunes L'Illusion de Girardville			16 882 $	17 186 $			16 882 $	17 186 $
Maison des jeunes Saint-Ludger-de-Milot			11 503 $	11 710 $			11 503 $	11 710 $
Maison d'intégration Norlac			75 000 $	103 960 $			75 000 $	103 960 $
Sécuri-Cœur Maria-Chapdelaine	7 910 $	8 052 $	5 229 $	5 323 $		639 $	13 139 $	14 014 $
Service d'aide 55 plus			59 754 $	65 830 $			59 754 $	65 830 $
ToxicActions	10 000 $		84 036 $	93 049 $	28 090 $	1 000 $	122 126 $	94 049 $
TOTAL MARIA-CHAPDELAINE	**154 468 $**	**147 068 $**	**2 132 679 $**	**2 428 599 $**	**52 211 $**	**6 158 $**	**2 339 358 $**	**2 581 825 $**

Budget PSOC 2019-2020	Entente pour activités spécifiques		Mission globale PSOC		Projet ponctuel		Total 2018-2019	Total 2019-2020
	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020		
VOCATION SOUS-RÉGIONALE ET RÉGIONALE								
ARACSM-02 (Ass. des ressources alternatives et comm. en SM région 02)	45 835 $	46 660 $	86 261 $	87 814 $	1 000 $	1 000 $	133 096 $	135 474 $
ACSMS (Association canadienne pour la santé mentale Saguenay)	307 005 $	387 531 $	587 567 $	622 141 $	50 000 $		944 572 $	1 009 672 $
Association de la fibromyalgie (fibrosité) du Saguenay–Lac-Saint-Jean			25 099 $	35 551 $			25 099 $	35 551 $
Association de soutien et d'information face à la douleur (A.S.I.D.)			25 453 $	35 911 $	829 $		26 282 $	35 911 $
Association des arthritiques du Saguenay–Lac-Saint-Jean			30 524 $	36 073 $			30 524 $	36 073 $
Association des gais et lesbiennes du Saguenay–Lac-Saint-Jean			24 000 $	34 432 $	1 000 $		25 000 $	34 432 $
Association des personnes aphasiques du Saguenay			17 500 $	18 098 $			17 500 $	18 098 $
Association des personnes handicapées visuelles de la région 02			43 455 $	54 237 $			43 455 $	54 237 $
Association PANDA Saguenay–Lac-Saint-Jean			114 732 $	146 298 $	17 130 $	17 184 $	131 862 $	163 482 $
AQEPA Saguenay (Ass. du Qc pour les enfants avec problèmes auditifs)			9 929 $	10 108 $			9 929 $	10 108 $
AQEPA Lac-Saint-Jean (Ass. du Qc pour les enfants avec problèmes auditifs)			5 177 $	17 270 $			5 177 $	17 270 $
Association régionale pour les personnes épileptiques			77 998 $	89 402 $			77 998 $	89 402 $
Association Renaissance des personnes traumatisées crâniennes du SLSJ			93 855 $	173 572 $	2 800 $	1 000 $	96 655 $	174 572 $
Association québécoise de la dysphasie région SLSJ			10 000 $	25 860 $			10 000 $	25 860 $
CALACS Entre Elles			279 293 $	291 820 $			279 293 $	291 820 $
Cancer Saguenay			60 568 $	80 748 $			60 568 $	80 748 $
Cardi-O-Forme	20 362 $	20 728 $	25 475 $	35 932 $	1 005 $	389 $	46 842 $	57 049 $
Centre de prévention du suicide région 02		50 000 $	618 805 $	629 944 $	30 000 $		648 805 $	679 944 $
Centre de ressources pour hommes OPTIMUM Saguenay–Lac-Saint-Jean			217 517 $	361 432 $	84 150 $	1 000 $	301 667 $	362 432 $

→

Budget PSOC 2019-2020	Entente pour activités spécifiques		Mission globale PSOC		Projet ponctuel		Total 2018-2019	Total 2019-2020
	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020		
(SUITE) VOCATION SOUS-RÉGIONALE ET RÉGIONALE								
Centre féminin du Saguenay			708 611 $	721 366 $	743 $	1 000 $	709 354 $	722 366 $
Centre le Phare	42 548 $	43 314 $	557 118 $	611 865 $	13 400 $	1 000 $	613 066 $	656 179 $
Clowns Thérapeutiques Saguenay				6 210 $	1 000 $		1 000 $	6 210 $
Comité Enfaim			37 085 $	55 753 $	1 813 $		38 898 $	55 753 $
C.O.R.A.M.H. (Corp. de recherche et d'action sur les maladies héréditaires)			75 821 $	82 186 $			75 821 $	82 186 $
Diabète Saguenay			25 475 $	35 934 $			25 475 $	35 934 $
Équijustice LSJ inc.			346 563 $	352 801 $	1 000 $	495 $	347 563 $	353 296 $
Équijustice Saguenay inc.			303 922 $	310 307 $		775 $	303 922 $	311 082 $
GPDDSM (Groupe de promotion et défense des droits en santé mentale de la région 02)			219 762 $	228 718 $	1 000 $		220 762 $	228 718 $
G.R.T.P. (Groupe de ressource et défense des droits en santé mentale de la région 02)			64 660 $	65 824 $			64 660 $	65 824 $
Information et Référence Région 02			44 509 $	55 310 $			44 509 $	55 310 $
Interassociation des personnes handicapées du Saguenay			56 723 $	105 244 $			56 723 $	105 244 $
La Maison d'hébergement Le Séjour inc.			175 159 $	192 312 $	1 198 $	1 000 $	176 357 $	193 312 $
La Maison ISA (CALACS)			279 768 $	292 304 $	1 000 $		280 768 $	292 304 $
La Maisonnée d'Évelyne			246 839 $	258 782 $			246 839 $	258 782 $
Le Havre du fjord			149 833 $	172 530 $	1 000 $	1 000 $	150 833 $	173 530 $
Le Maillon			201 431 $	217 557 $	17 700 $	675 $	219 131 $	218 232 $
Le MIENS			223 942 $	237 973 $			223 942 $	237 973 $
Le service « Les Habitations partagées du Saguenay »			76 035 $	87 404 $	75 $		76 110 $	87 404 $
Les Services d'intégration sociale Nouvel essor du Saguenay			140 510 $	185 539 $	520 $		141 030 $	185 539 $
Maison d'accueil pour sans-abri de Chicoutimi			203 055 $	306 710 $			203 055 $	306 710 $
Maison de l'Espoir Saguenay–Lac-Saint-Jean inc.			405 566 $	421 867 $		927 $	405 566 $	422 794 $
Maison d'hébergement S.O.S. jeunesse			341 271 $	376 414 $			341 271 $	376 414 $

→

Budget PSOC 2019-2020	Entente pour activités spécifiques		Mission globale PSOC		Projet ponctuel		Total 2018-2019	Total 2019-2020
	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020	2018-2019	2019-2020		
(SUITE) VOCATION SOUS-RÉGIONALE ET RÉGIONALE								
Moisson Saguenay–Lac-Saint-Jean			108 397 $	110 348 $	235 $		108 632 $	110 348 $
Palli-Aide			150 701 $	158 413 $			150 701 $	158 413 $
Parkinson Saguenay–Lac-Saint-Jean			24 000 $	34 932 $			24 000 $	34 932 $
Regroupement des maisons des jeunes du Saguenay–Lac-Saint-Jean							- $	0 $
Regroupement des personnes atteintes de troubles de l'humeur			7 789 $	7 929 $			7 789 $	7 929 $
Regroupement des sourds et malentendants du Saguenay–Lac-Saint-Jean			15 058 $	15 329 $			15 058 $	15 329 $
Regroupement québécois pour personnes avec acouphènes (RQPA)			2 538 $				2 538 $	0 $
Santé mentale Québec-Lac-Saint-Jean			101 261 $	120 584 $	610 $		101 871 $	120 584 $
Séjour Marie-Fitzbach			198 308 $	219 878 $			198 308 $	219 878 $
Société Alzheimer de la Sagamie			423 510 $	431 133 $			423 510 $	431 133 $
Société canadienne de la sclérose en plaques Saguenay			10 871 $	11 067 $			10 871 $	11 067 $
Société canadienne de la sclérose en plaques Lac-Saint-Jean			8 465 $	23 617 $			8 465 $	23 617 $
Société de l'autisme de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean			376 542 $	390 820 $	4 100 $	1 000 $	380 642 $	391 820 $
Table régionale des organismes communautaires (TROC-02)			149 296 $	183 496 $	25 307 $	5 000 $	174 603 $	188 496 $
Tel-Aide Saguenay–Lac-Saint-Jean / Côte-Nord			76 103 $	117 473 $			76 103 $	117 473 $
Triolait			30 545 $	41 095 $	117 $	481 $	30 662 $	41 576 $
TOTAL VOCATION RÉGIONALE	**415 750 $**	**548 233 $**	**8 920 250 $**	**10 033 667 $**	**258 732 $**	**33 926 $**	**9 594 732 $**	**10 615 826 $**

Annexe 1

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION EN VERTU DE LA *LOI SUR LE MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF (CHAPITRE M-30)*

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Québec

Préambule

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

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

TABLE DES MATIÈRES

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES 92

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE 94

Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS 97

Section 4 — APPLICATION 98

Annexe I – Engagement et affirmation du membre 102

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance 103

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre 104

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général 105

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts 107

Annexe VI – Signalement d'une situation de conflit d'intérêts 108

Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen 109

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 lobbyisme (RLRQ, chapitre T-11.011).

3 Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LMRSS : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

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

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

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

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

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

4 Champ d'application

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

5 Disposition finale

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

6 Diffusion

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

SECTION 2 — Principes d'éthique et règles de déontologie

7 Principes d'éthique

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

ANNEXE I
ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DU MEMBRE

Coordonnées du bureau d'élection

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

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

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

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

_____	_____	_____
Signature	Date (aaaa-mm-jj)	Lieu

_____	_____
Nom du commissaire à l'assermentation	Signature

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 CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

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

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

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

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

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

Garant des forêts intactes[MC]
BIO GAZ® ÉNERGIE
ECF

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

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

Québec