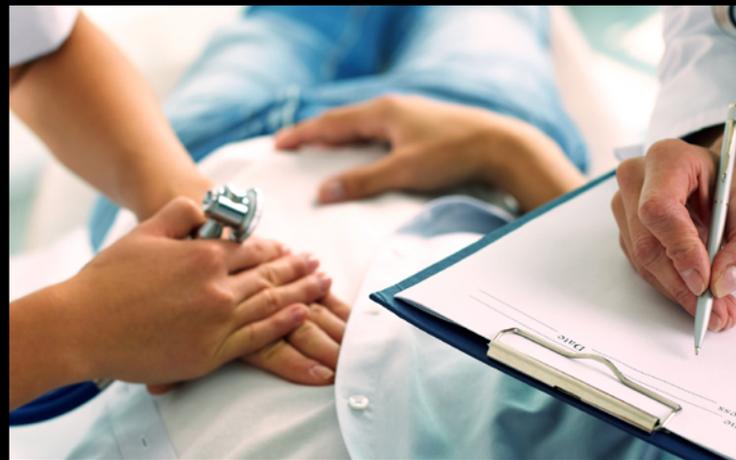
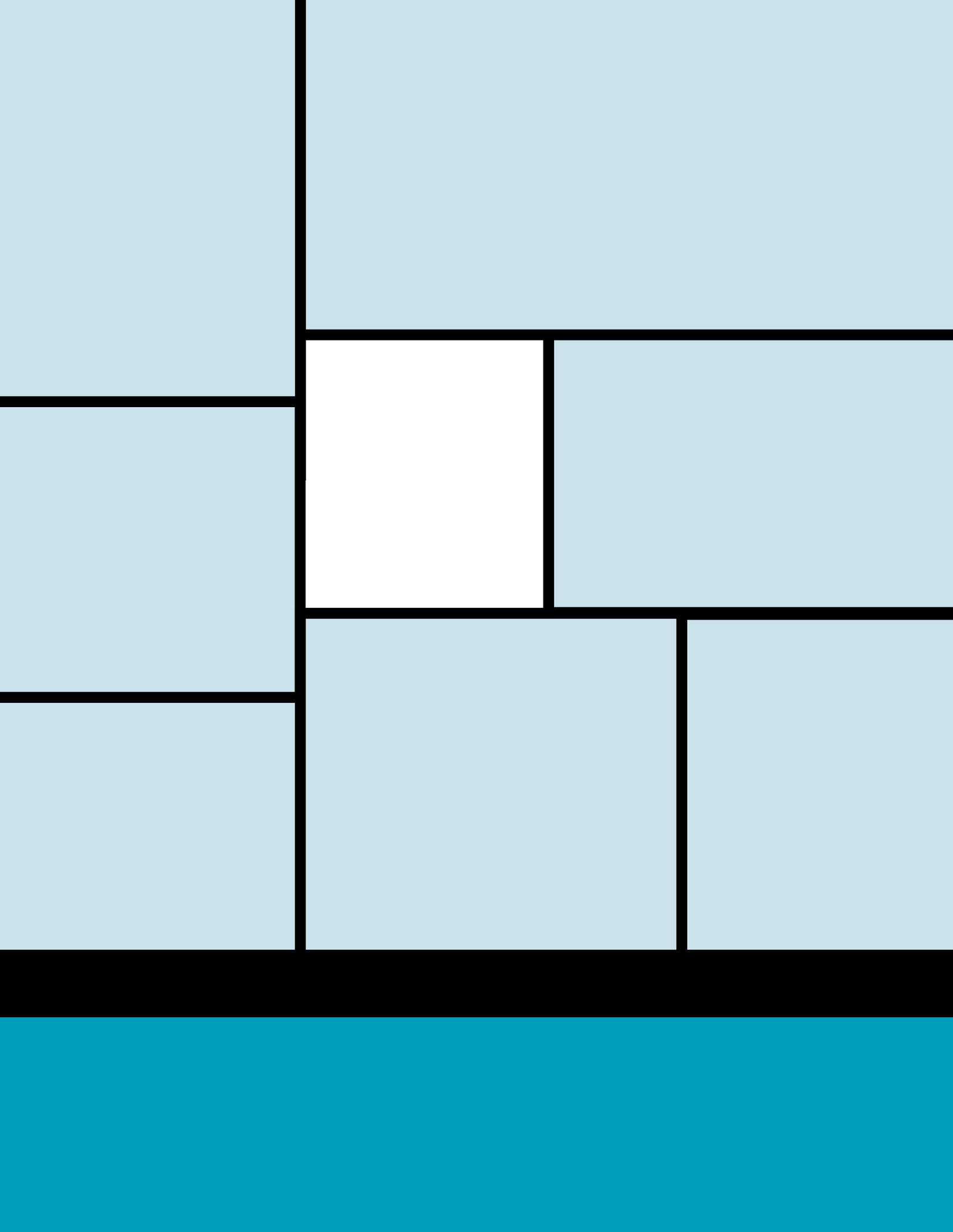




Rapport annuel de gestion 2020-2021



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



Rapport annuel de gestion

2020-2021

Adopté par
le conseil
d'administration
le **10 juin**
2021

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

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

Québec 

Le Rapport annuel de gestion 2020-2021 est une production du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches :

363, route Cameron

Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2

Téléphone : 418 386-3363

Le présent document est disponible sur le site Internet du CISSS de Chaudière-Appalaches à l'adresse suivante : www.cisssca.com

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

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

ISBN : 978-2-550-89643-2

COM 2021-025

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2020-2021

CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE CHAUDIÈRE-APPALACHES

TABLE DES MATIÈRES

1. Le message des autorités	7
2. La déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents	8
3. La présentation de l'établissement et les faits saillants	8
3.1 L'établissement	8
3.1.1 La mission	8
3.1.2 La vision	9
3.1.3 Les valeurs organisationnelles	9
3.1.4 Structure organisationnelle	10
3.2 Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives	12
3.2.1 Le conseil d'administration	12
3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives	13
3.3 Les faits saillants	28
4. Les résultats au regard du plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux	32
5. Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	38
5.1 L'agrément	38
5.2 La sécurité et la qualité des soins et des services	38
5.2.1 Les actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents	38
5.2.2 La nature des trois principaux types d'incidents (indices de gravité A et B) mis en évidence au moyen du système local de surveillance	39
5.2.3 La nature des trois principaux types d'accidents (indices de gravité C à I) mis en évidence au moyen du système local de surveillance	39
5.2.4 Les actions entreprises par le comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement en lien avec les principaux risques d'incidents/accidents	
5.2.5 La surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales	41
5.2.6 Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art 118.1 LSSSS)	41
5.2.7 Les mesures mises en place par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité aux recommandations formulées par les instances	43
5.3 Le nombre de mises sous garde dans une installation selon la mission	48
5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits	49
5.5 L'information et la consultation de la population	49

TABLE DES MATIÈRES (suite)

6. L'application de la Politique portant sur les soins de fin de vie	50
7. L'application de la Loi sur la protection de la jeunesse	51
8. Les ressources humaines	54
8.1 Les ressources humaines de l'établissement public et privé conventionné	54
9. Les ressources financières	56
9.1 L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme	56
9.2 L'équilibre budgétaire	57
9.3 Les contrats de service	57
10. La direction des ressources informatinels	57
11. L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant	58
12. La divulgation des actes répréhensibles	68
13. Les organismes communautaires	69
ANNEXE: Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration	75

1. Le message des autorités

Une année d'adaptation, de mobilisation et de résilience

Nous sommes heureux de vous présenter le rapport annuel de gestion 2020-2021 du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. À l'instar des autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, la dernière année fut une année hors du commun qui a mis en lumière la capacité d'adaptation, la mobilisation et l'engagement du personnel et des médecins de l'établissement dans une période de crise sanitaire qui marquera l'histoire contemporaine.

Chaudière-Appalaches n'a pas été épargnée par la pandémie de la COVID-19 alors que la région a connu une situation épidémiologique parfois inquiétante. L'ensemble des directions et des équipes de soins, administratives et de soutien ont multiplié leurs efforts pour faire face à cette crise tout en préservant le plus possible les services à la population. Des centres de dépistage fixes et d'autres mobiles ont été mis sur pied afin de couvrir les différents secteurs de la région. Une unité régionale COVID-19 de soins réguliers a été créée à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Trois sites non traditionnels ont aussi permis d'accueillir des usagers atteints de la COVID-19. À ces actions se sont enfin ajoutés tous les préparatifs et le début de la campagne de vaccination massive, et ce, d'abord dans les milieux de soins puis auprès de la population.

En plus de cette mobilisation sans précédent de ses ressources, le CISSS de Chaudière-Appalaches a poursuivi ses actions de prévention et de soutien à la population et auprès de groupes plus vulnérables particulièrement éprouvés par ce contexte sanitaire inédit. Plusieurs initiatives ont ainsi été mises de l'avant au cours de la dernière année dont un programme volontaire d'écoute pendant la période des Fêtes.

Au-delà de la crise sanitaire, l'année 2020-2021 fut aussi marquée par la concrétisation de plusieurs projets d'envergure dont l'ouverture de la Maison Dessercom qui accueille des usagers et leurs proches qui doivent se déplacer pour des traitements répétés sans hospitalisation à l'Hôtel-Dieu de Lévis et au Centre régional intégré de cancérologie (CRIC). Il s'agit d'un projet de 7 M\$ entièrement financé par Dessercom en collaboration avec la Fondation Hôtel-Dieu de Lévis.

La maison Gilles-Carle de Chaudière-Appalaches a, quant à elle, été inaugurée au mois de septembre dernier. Située dans la municipalité de Saint-René, il s'agit de la première installation de ce genre dans la région qui offre 11 lits de répit-hébergement aux personnes proches aidantes ainsi que des services et des activités adaptées à leur situation.

Au cours de l'année, il a également été confirmé par la ministre des aînés, Marguerite Blais, que la région accueillera trois maisons des aînés et alternatives à Saint-Martin, à Thetford, secteur de Black Lake, et à Lévis dans le quartier Saint-Étienne. Les annonces ont été réalisées en 2020 et les travaux de construction de la Maison des aînés et alternatives de Lévis sont maintenant bien entamés.

Nous avons également poursuivi les travaux en partenariat avec l'Université Laval, l'Université du Québec à Rimouski et le CISSS du Bas-Saint-Laurent dans le cadre du projet Aventure Médecine visant à accueillir, dès septembre 2022, des étudiantes et étudiants en médecine à Rimouski et à Lévis. Le projet a pour but de former des étudiantes et étudiants au doctorat en médecine à Lévis et à Rimouski afin de valoriser et promouvoir la pratique médicale en région et en milieu rural. Ce projet a pour finalité de favoriser le recrutement et la rétention de médecins dans les régions de l'Est-du-Québec.

Enfin, toutes ces réalisations n'auraient pu voir le jour sans le travail et la mobilisation de la grande équipe du personnel et des médecins du CISSS de Chaudière-Appalaches. Nous tenons à les remercier de façon toute particulière à l'occasion de cette année inédite. La crise a fait ressortir en chacun de nous plus que jamais notre capacité d'adaptation et de résilience. Tout au long de cette année, nous avons tous été témoins d'équipes créatives, mobilisées et centrées sur les besoins des usagers et de la population. C'est avec toute notre gratitude que nous tenons à exprimer notre profonde reconnaissance.



Brigitte Busque,
présidente du conseil d'administration





Patrick Simard,
président-directeur général par intérim



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

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

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2020-2021 du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches ainsi que les contrôles y afférant sont fiables et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2021.

Le président-directeur général par intérim



Patrick Simard

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

3.1 L'établissement

3.1.1 La mission

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

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

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

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

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

3.1.2 La vision

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

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

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

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

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

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

3.1.3 Les valeurs organisationnelles

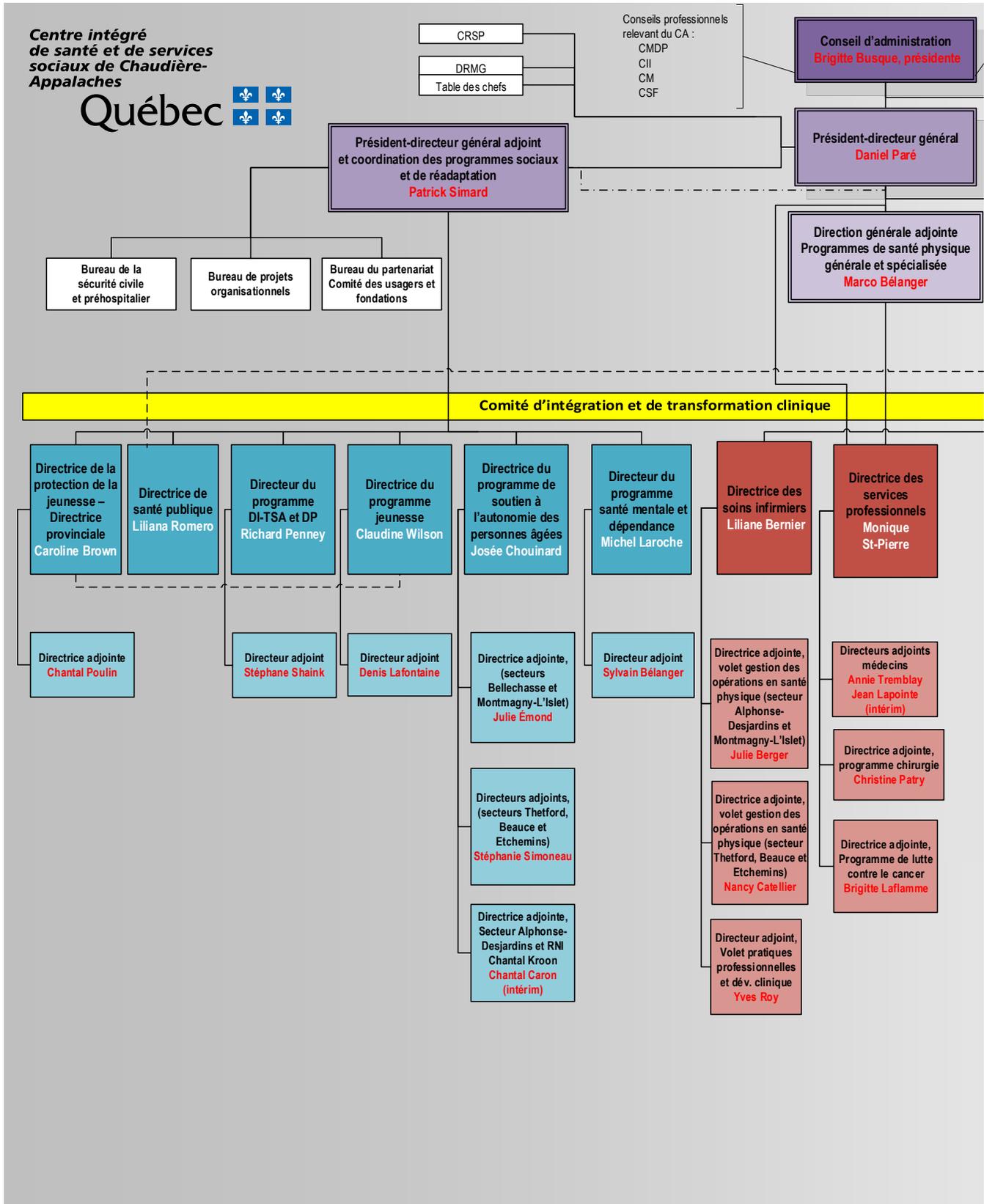
Humanisme : Au CISSS de Chaudière-Appalaches, nous énonçons clairement notre croyance en l'humain. Nous reconnaissons l'unicité de chaque personne, sa dignité et son intégrité. Pour cette raison, l'ouverture à l'autre et l'écoute représentent la base du comportement bienveillant, tout en favorisant l'autodétermination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

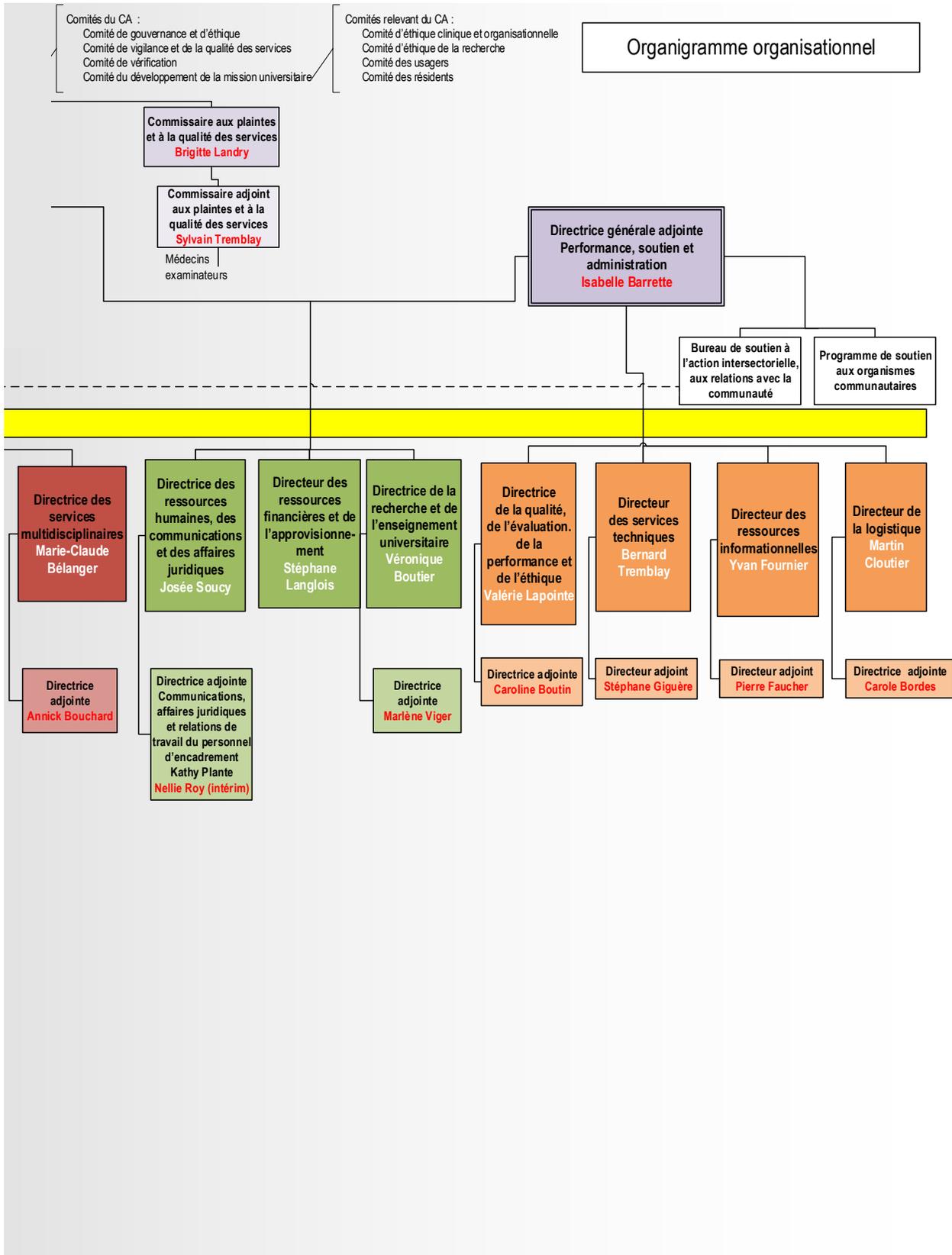


Collaboration : Pour assurer une fluidité dans les soins et les services offerts à la population et construire un nouveau « nous » solide, la collaboration nous appelle à travailler ensemble avec nos usagers et partenaires en complémentarité, au-delà de nos différences, en priorisant la cohésion et la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

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

3.1.4 Structure organisationnelle





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

3.2.1 Le conseil d'administration

Le conseil d'administration est imputable, avec le président-directeur général, des responsabilités confiées au CISSS de Chaudière-Appalaches et de l'actualisation des orientations nationales. Le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Christian Dubé, a annoncé la nomination des membres désignés le 26 mars 2018 ainsi que des membres indépendants et des membres représentant les organismes du milieu de l'enseignement du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches le 30 septembre 2018, conformément à la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Tous les candidats ont été sélectionnés en tenant compte de différents critères, notamment la parité femmes/hommes, la représentativité des différentes parties du territoire couvert par chaque établissement, de même que la composition socioculturelle, ethnoculturelle, linguistique ou démographique de l'ensemble de ses usagers. En ce qui concerne plus spécifiquement les membres indépendants, les candidates et les candidats choisis devaient également satisfaire à certaines exigences quant à leur profil de compétence, d'expertise et d'expérience dans divers domaines, notamment en gouvernance, en gestion des risques, finance et comptabilité, en ressources immobilières, informationnelles ou humaines, en protection de la jeunesse, en santé mentale ou à titre d'utilisateur des services sociaux. Le ministre s'est également assuré que les conditions requises pour agir à titre de membre indépendant au sein d'un conseil d'administration sont respectées.

Le conseil d'administration a tenu sept séances ordinaires, une séance publique d'information annuelle et quatre séances extraordinaires.

Les officiers du conseil d'administration sont :

- M^{me} Brigitte Busque, présidente;
- M^{me} Josée Caron, vice-présidente;
- M. Patrick Simard, secrétaire.

Les membres du conseil d'administration sont :

- Dr Simon Bordeleau, conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP);
- D^{re} Catherine Boucher, département régional de médecine générale (DRMG);
- M^{me} Brigitte Busque, présidente, compétences en ressources immobilières, informationnelles ou humaines;
- M^{me} Josée Caron, compétence en gouvernance ou éthique;
- M. Paul-André Dorval, expertise en santé mentale;
- M^{me} Diane Fecteau, comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP);
- M. Mathieu Fontaine, expertise dans les organismes communautaires;
- M. Yves Genest, expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux;
- M^{me} Suzanne Jean, compétence en gestion des risques, finance et comptabilité;
- M^{me} Maryan Lacasse, conseil des infirmières et infirmiers (CII);
- M. Jérôme L'Heureux, expertise en protection de la jeunesse;
- M^{me} Émilie Moisan-De Serres, conseil multidisciplinaire (CM);
- M. Jean-François Montreuil, milieu de l'enseignement;
- M. François Roberge, membre observateur – représentant des fondations;
- M. Patrick Simard, président-directeur général par intérim;
- M^{me} Lise M. Vachon, comité des usagers (CU);
- Poste vacant, compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité;
- Poste vacant, expertise en réadaptation.

Rapport de suivi du code d'éthique et de déontologie

Le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration, présenté en annexe, a été adopté le 1er mars 2016. Pour l'année 2019-2020, aucune situation de manquement à ce code n'a été signalée, aucune décision ni sanction n'a été imposée et aucun administrateur n'a été révoqué ou suspendu.

Vous pouvez consulter le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CISSS de Chaudière-Appalaches sur la page suivante de notre site Web : http://cisssca.intranet.reg12.rtss.qc.ca/fileadmin/Intranet/CISSS/R%C3%A8glements_politiques_proc%C3%A9dures_protocoles/R%C3%A8glements/Code_ethique-deontologie.pdf

3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives

Voici la liste des comités du conseil d'administration.

Comités du conseil d'administration

Comité de gouvernance et d'éthique	
M ^{me} Josée Caron	Présidente
M ^{me} Diane Fecteau	Membre
M. Yves Genest	Membre
M ^{me} Suzanne Jean	Membre
M. Patrick Simard	Président-directeur général par intérim (membre d'office)

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1 ^{er} avril 2020 au 31 mars 2021
Le comité de gouvernance et d'éthique s'est réuni à deux reprises en 2020-2021 sur les quatre réunions prévues au calendrier. Deux réunions ont été annulées dues aux démissions de deux administrateurs et à la pandémie de la COVID-19. Lors de ces séances, les sujets suivants ont été traités : l'accueil des nouveaux membres, le suivi des recommandations de la visite d'Agrément Canada, l'outil d'évaluation des séances du conseil d'administration afin de se conformer au nouveau mode de rencontre par webconférence ainsi que la présentation du comité d'éthique clinique et organisationnelle.

Comité de vigilance et de la qualité des services	
M. Jérôme L'Heureux	Président
M. Mathieu Fontaine	Membre
M ^{me} Lise M. Vachon	Membre
M ^{me} Brigitte Landry	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services (membre d'office)
M. Patrick Simard	Président-directeur général par intérim (membre d'office)

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021

Le comité de vigilance et de la qualité des services s'est réuni à cinq reprises en 2020-2021. Lors de ces cinq séances, le comité a traité du suivi de l'agrément et des différents motifs de plaintes, du suivi qualité des résidences pour personnes âgées et des centres d'hébergement de soins et de longue durée et d'assurer une vigie des enjeux particuliers reliés au protecteur du citoyen, à la gestion des risques et à la prévention et le contrôle des infections.

Comité de vérification

M ^{me} Suzanne Jean	Présidente
M. Jérôme L'Heureux	Membre
M ^{me} Josée Caron	Membre
M. Yves Genest	Membre
D ^r Jean-François Montreuil	Membre

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021

Le comité de vérification s'est réuni à 7 reprises en 2020-2021. Les principaux sujets traités ont portés sur :

- Le suivi des coûts supplémentaires reliés à la pandémie de Covid-19.
- Le suivi de l'application des règles en gestion contractuelle.
- Les suivis de gestion annuels : présentation des états financiers et du rapport de l'auditeur externe, adoption du budget initial et suivis financiers périodiques.
- La présentation de l'évolution de la productivité du CISSS de Chaudière-Appalaches.

Comité du développement de la mission universitaire

D ^{re} Catherine Boucher	Représentante du conseil d'administration
M ^{me} Véronique Boutier	Directrice de la recherche et de l'enseignement universitaire
M ^{me} Brigitte Busque	Présidente du conseil d'administration
M ^{me} Suzanne Jean	Représentante du conseil d'administration
M ^{me} Mélanie Gagnon	Représentante de l'UQAR
M ^{me} Maryan Lacasse	Représentante du conseil d'administration
D ^r Gilles Lortie	Représentant de l'Université Laval, cogestionnaire de l'enseignement médical
D ^r Jean-François Montreuil	Président du comité
M. Daniel Paré (remplacé par M. Patrick Simard, président-directeur général adjoint)	Président-directeur général
M ^{me} Marlène Viger	Directrice adjointe de la recherche et de l'enseignement universitaire

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021

En appui au développement d'une culture d'organisation apprenante, les contrats d'affiliation avec l'Université Laval et l'UQAR ont été signés et envoyés au MSSS. Pour l'Université Laval,

des discussions se poursuivent dans le cadre de comités conjoints régionaux temporaires (CHU de Québec, IUCPQ, CIUSSS CN et CISSS de Chaudière-Appalaches) afin de proposer des annexes pour la recherche, l'enseignement et l'ETMISSS. De part et d'autre, l'excellente collaboration des partenaires a été soulignée. Un processus semblable est prévu avec l'UQAR.

Depuis l'automne 2020, le Centre de recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches a une nouvelle directrice, la Pr Clémence Dallaire. Cette dernière a continué de soutenir l'animation de la vie scientifique, mais en mode virtuel du fait de la pandémie. Les activités scientifiques sous forme d'événements, de conférences et d'ateliers virtuels ont été valorisées et les concours ont pu être octroyés, avec le soutien de la Fondation Hôtel-Dieu de Lévis et de la Fondation de l'Hôtel-Dieu de Montmagny. Ainsi, le nombre de projets de recherche a continué d'augmenter, en plus de ceux touchant la COVID. Également, un nouveau projet structurant « Accélération vers un lac de données apprenant au CISSS de Chaudière-Appalaches pour mieux soutenir les décideurs et les chercheurs dans le but d'améliorer l'excellence des soins de santé pour la population de Chaudière-Appalaches », en collaboration avec la DQEPE et la DRI, a amené de nouvelles opportunités de collaborations au niveau provincial.

Le projet Aventure Médecine se déroule selon l'échéancier prévu. Le nouveau Pavillon d'enseignement médical à l'Hôtel-Dieu de Lévis, prévu en 2022, a franchi l'étape de la production des plans et devis définitifs. La construction devrait débuter en juillet 2021. Les nouvelles places d'Externat longitudinal intégré (ELI) ont trouvé preneur rapidement et les étudiants sont attendus pour l'automne 2021. Des projets de collaboration interprofessionnelle et de formation médicale continue sont aussi en cours dans le cadre d'Aventure Médecine.

En enseignement, la COVID nous a obligé à faire preuve de souplesse et d'agilité. Grâce à l'excellente collaboration des Universités et des maisons d'enseignement, la DREU a pu poursuivre avec succès les stages en établissement, malgré les énormes défis imposés par la pandémie, dont ceux de la mobilité des stagiaires en raison des restrictions de déplacement entre zones rouges et vertes. La vaccination s'est également déployée rapidement pour les étudiants (avec 85 % des résidents vaccinés).

Enfin, notre programme de soutien et de reconnaissance des superviseurs de stage est devenu une référence dans la province. Plusieurs présentations ont été réalisées dans la dernière année dont au RUISSS-Laval et à la Table des directions d'enseignement du MSSS.

Pour répondre aux développements de la mission universitaire, la bibliothèque du CISSS de Chaudière-Appalaches a continué de se transformer physiquement et virtuellement en milieu de partage des connaissances pour permettre aux cliniciens du territoire de puiser des données probantes avec le développement d'une offre de service virtuelle. Déjà, un service dédié aux usagers et à leurs proches est offert en oncologie.

En parallèle, malgré la pandémie, les travaux pour soutenir notre organisation apprenante en améliorant l'accès aux connaissances de pointe et la capacité de l'organisation à intégrer ces connaissances dans ses pratiques cliniques et de gestion ont continué d'avancer et plusieurs projets d'amélioration sont en cours.

Conseils professionnels relevant du conseil d'administration

Il est à noter qu'en raison de la situation sanitaire reliée à la COVID-19, certaines rencontres ont été annulées ou repris avec le mode webconférence.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)	
D ^r Martin Arata	Président
D ^{re} Mélissa LeBlanc	Vice-présidente
D ^r Samuel Béliveau	Secrétaire-trésorier
D ^r Roberto Tosti	Représentant – Secteur Alphonse-Desjardins
D ^r André Villeneuve	Représentant – Secteur Alphonse-Desjardins
D ^{re} Geneviève Gonthier	Représentante – Secteur Alphonse-Desjardins
D ^{re} Sandra Létourneau	Représentante – Secteur Beauce
D ^r Gilles Labrecque	Représentant – Secteur Montmagny-L'Islet
D ^r Kherdine Laddada	Représentant – Secteur Montmagny-L'Islet
D ^{re} Audrey Godbout	Représentante – Secteur Thetford
M ^{me} Dominique Rousseau	Pharmacienne

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1 ^{er} avril 2020 au 31 mars 2021
Gestion de la crise COVID en priorisant la qualité et l'accès aux services.
Mise en place des instances locales.
Promotion de l'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique (formation, outils, etc.).

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)	
M ^{me} Virginie Breton	Présidente
M ^{me} Line-Janik Robichaud	Vice-présidente
M. Maxime Bernard	Trésorier
M. Patrick Simard	Président-directeur général par intérim
M ^{me} Rosie St-Pierre	Conseillère
M ^{me} Caroline Poulin	Conseillère
M ^{me} Pascale Labrecque	Conseillère
M. David-Jean Chouinard	Conseiller
M ^{me} Marie-Anne Beauchamp	Conseillère
M. Pierre-Paul Grondin	Conseiller
M ^{me} Saphyre Chamberland	Conseillère
M. Joas Quirion	Président du CIIA
M. Jean-François Blanchet	Représentant du CIIA
M ^{me} Liliane Bernier	Directrice des soins infirmiers
M. Yves Roy	Directeur adjoint des soins infirmiers, volet pratiques professionnelles et développement clinique

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021

La situation liée à la COVID-19 aura amené l'ensemble du personnel du CISSS de Chaudière-Appalaches à s'adapter à de nouvelles conditions de travail. C'est pourquoi le conseil des infirmières et infirmiers et le conseil multidisciplinaire se sont penchés sur ce que leurs membres vivaient en cette période de pandémie. Les conseils ont élaboré et analysé un sondage pour documenter les perceptions des membres. Des problématiques vécues, des solutions envisagées et des bons coups réalisés en sont ressortis. Près de 900 membres du CII et CM ont répondu au sondage. Les résultats préliminaires ont été présentés à la Direction générale et au conseil d'administration. Les résultats finaux seront présentés au début de l'été afin de faire une analyse plus exhaustive.

Une partie des résultats ont servi à une chercheuse de l'Université Laval, Marianne Beaulieu, pour l'écriture d'un article scientifique sur la perception des infirmières sur la pratique professionnelle en temps de COVID (Article paru dans la revue **Le Point en santé et services sociaux (Hiver 2021)** où le CECII était un des co-auteur). De plus, un atelier portant sur le sujet de l'article a été présenté au Colloque Virtuel Éducation/Formation en santé et services sociaux le 8 avril 2021.

Pour éviter un arrêt dans la continuité des processus de mise en place des divers protocoles ou ordonnances, les membres ont commenté et questionné les demandes de consultations en ligne. En 2020-2021, nous avons ainsi vu et commenté 15 ordonnances collectives concernant les différents secteurs d'activités du CISSS de Chaudière-Appalaches et 1 ordonnance collective pour les GMF, 11 protocoles médicaux avec médication, 1 ordonnance préimprimée (OPI), 15 protocoles infirmiers, 23 procédures cliniques et une règle de soins infirmiers modifiée. Le CECII a été également consulté par la DQEPE pour sa fiche sur le secret professionnel et la confidentialité en contexte de pandémie.

Une révision de son règlement de régie interne a été approuvé au ministère de la Santé et des services sociaux en septembre 2020, puis déposé en mai 2021 lors de l'AGA pour adoption, ainsi qu'au conseil d'administration.

Le CECII a débuté sa participation dans un projet de recherche sur l'engagement professionnel avec le centre de recherche sur CISSS de Chaudière-Appalaches avec la phase I et II sous forme de questionnaires. Le projet se poursuivra en 2021-2022.

Le comité de la Relève infirmière (CRI) a créé une vidéo explicative sur la mission du CRI afin d'assurer la représentativité du comité lors des journées de tronc communs des candidates infirmières.

Conseil multidisciplinaire (CM)	
M ^{me} Myriam Ouellet (jusqu'en décembre 2020)	Présidente Membre d'office de tous les comités du CECM
M ^{me} Myriane Rousseau (depuis décembre 2020)	Présidente Membre d'office de tous les comités du CECM
M. Jude Martel	Vice-président Responsable du comité des avis
M ^{me} Audrey Lachance	Secrétaire-trésorière Membre du comité des avis du CECM
M ^{me} Marie-Pier Blais	Membre du comité pour le maintien et le développement des compétences (CMPC)
M. Éric Morasse	Responsable du comité de soutien aux comités de pairs Représentant du CM au comité développement stratégique du partenariat avec usagers
M ^{me} Anny Berthiaume	Membre du comité des communications, responsable de l'AGA et des élections Représentante du CM au comité des ordonnances Représentante du CM au comité gala excellence
M ^{me} Mélanie Jacques	Responsable du comité des communications du CECM
M. Martin Vaillancourt	Membre du comité des communications
M ^{me} Valérie Gosselin	Responsable du comité de soutien aux comités de pairs Membre du comité pour le maintien et le développement des compétences (CMPC)
M. Pierrot-Maxime Bernier	Responsable du comité pour le maintien et la promotion de la compétence (CMPC)
M ^{me} Lucie Lefebvre	Membre du comité des avis
M. Matthieu Gilbert	Membre du comité des avis
M ^{me} Patricia Bilodeau	Membre du comité de soutien au comité de pairs Représentante du CM au comité de gestion des risques (à partir de septembre 2019)
M ^{me} Marie-Claude Bélanger	Déléguée du président-directeur général
M. Patrick Simard	Président-directeur général par intérim

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021
La page Facebook du conseil multidisciplinaire.
Sondage mené avec le conseil des infirmiers et infirmières sur les pratiques professionnelles en temps de pandémie.
Avis sur l'outil de cheminement clinique informatisé (OCCI). Dépôt de l'avis à la Direction générale du CISSS de Chaudière-Appalaches.
ACMQ : Le CECM est en leadership pour l'écriture de l'avis provincial.

Conseil des sages-femmes (CSF)	
Mme Clara Sévigny-Bachand	Présidente
Mme Julie Turgeon	Vice-présidente
Mme Marie-Josée Larocque	Secrétaire
Mme Jessie Lapointe	Officière
Mme Christine Rheault	Officière

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021
En raison du contexte pandémique actuel, nous avons travaillé à l'élaboration d'un plan de contingence afin de pallier à un éventuel manque d'effectifs, lequel a été transmis au MSSS.
Les démarches pour la mise en place d'une entente de collaboration interprofessionnelle (trajectoires de collaboration) se sont poursuivies par les représentants du Service Sages-femmes Mimosa et de l'Hôtel-Dieu de Lévis. Un des éléments de l'entente demeure en suspens. Les discussions se poursuivent.
Le règlement sur les médicaments qu'une sage-femme peut prescrire ou administrer a été révisé et adopté en février 2021. L'équipe du Service sages-femmes travaille activement à actualiser des processus, trajectoires, documentation et organisation de la pharmacie de la Maison de naissance Mimosa.
Des mesures spéciales ont été mises en place de façon diligente afin d'assurer la sécurité de la clientèle et la pérennité des services dans le contexte de la COVID-19. Les directives ministérielles et de la PCI de l'établissement sont appliquées.

Autres comités

Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)	
Mme Louise Binet	Pharmacienne-propriétaire, secteur Beauce-Etchemins et présidente du CRSP
Mme Catherine Bolduc	Pharmacienne en établissement de santé, secteur Thetford
Mme Chantal Breton	Chef du département régional de pharmacie, CISSS de Chaudière-Appalaches
Mme Caroline Buteau	Pharmacienne communautaire salariée, secteur Alphonse-Desjardins
Mme Andrée-Anne Caron	Pharmacienne-propriétaire, secteur Beauce-Etchemins
Mme Stéphanie Faucher (maternité à partir de septembre 2020) Samuelle Gilbert-Faucher (à partir du 15 octobre 2020)	Pharmacienne communautaire salariée, secteur Thetford
Mme Diane Fecteau	Pharmacienne en établissement de santé, secteur Beauce-Etchemins
Mme Kathy Grenier	Pharmacienne communautaire salariée, secteur Montmagny-L'Islet
M. Marc Hurtubise	Pharmacien-propriétaire, secteur Montmagny-L'Islet
Mme Stéphanie Laforest	Pharmacienne communautaire salariée, secteur Alphonse-Desjardins

M ^{me} Geneviève Larouche	Membre invité, représentante du CRSP de la Capitale-Nationale
M ^{me} Marie-Claude Lord	Pharmacienne en établissement de santé, secteur Montmagny-L'Islet
M. Patrick Simard	Président-directeur général par intérim, CISSS de Chaudière-Appalaches
M ^{me} Marie-Claude Raymond	Pharmacienne-propriétaire, secteur Alphonse-Desjardins
M ^{me} Camille Dupuis-Brousseau (depuis février 2021)	Pharmacienne-propriétaire, secteur Alphonse-Desjardins
D ^{re} Monique St-Pierre	Membre invité, directrice des services professionnels – CISSS de Chaudière-Appalaches
M ^{me} Dominique Rousseau	Pharmacienne en établissement de santé, secteur Alphonse-Desjardins
M. Daniel Roux	Membre invité, représentant du Département régional de médecin générale (DRMG)

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021

Nouvelles activités des pharmaciens : des travaux ont été réalisés afin de soutenir le déploiement des nouvelles activités des pharmaciens en communauté et dans les GMF. Des outils cliniques, tels que des ordonnances de consultation au pharmacien avec soins simultanés pour l'ajustement thérapeutique ainsi qu'un formulaire de collaboration professionnelle ont été élaborés.

Trajectoire régionale pour l'antibiothérapie intraveineuse à domicile (ATIVAD) : les travaux d'harmonisation pour la mise en place d'une trajectoire optimale pour la clientèle inscrite au programme d'antibiothérapie intraveineuse à domicile se sont poursuivis tout au long de la dernière année; les enjeux de libération des ressources pour tenir les travaux dans le contexte de la pandémie de COVID-19 ont toutefois ralenti leur avancement. Ce dossier se poursuivra pour la prochaine année.

Rencontres de suivi de la vaccination en pharmacie communautaire : des rencontres spéciales ont été ajoutées afin de partager les enjeux concernant la vaccination en pharmacie communautaire, nouvellement offerte dans le cadre de la campagne de vaccination contre l'influenza à l'automne 2020 et de la campagne de vaccination contre la COVID-19 au printemps 2021, et afin de solutionner en continu les préoccupations ou les problématiques soulevées.

Département régional de médecine générale (DRMG)

D ^r Marc Bergeron	Chef du DRMG - Montmagny-L'Islet (Omnipratique)
D ^{re} Annie Lanthier	Membre élu - Alphonse-Desjardins (Service de périnatalogie)
D ^r Sylvain Dion	Membre élu – Etchemins (Omnipratique)
D ^r Luc Bédard	Membre coopté – Thetford (Omnipratique)
D ^r Éric Legendre	Membre coopté - Alphonse-Desjardins (Service de médecine d'urgence)
D ^{re} Michèle Robichaud (Chef de service médecine générale Alphonse-Desjardins)	Membre coopté - Alphonse-Desjardins (Service de réadaptation)
D ^r Normand Drolet	Membre coopté – Lotbinière (Omnipratique)
D ^{re} Anne Laliberté	Membre coopté – Bellechasse (Omnipratique)
D ^{re} Geneviève Caron-Fauconnier	Membre coopté – Beauce (Omnipratique)
D ^r Christophe Hamel	Membre coopté – Chutes-Chaudière (Omnipratique)
D ^r Daniel Roux	Membre coopté - Nouvelle-Beauce (Omnipratique)
D ^r Jérôme Patry (Service de GMF-U)	Membre coopté - Alphonse-Desjardins (Volet GMF-U)

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021

Pandémie COVID-19: Implication du DRMG dans l'ensemble des missions dévolues à la première ligne

- Maintien de la couverture médicale dans les quatre CDÉ de notre région, avec ajustement au besoin en fonction des différentes volumétries de consultations.
- Participation active, par le biais du comité de réaffectation et en concertation avec les différentes directions, à l'organisation et au maintien de la couverture médicale dans les différents SNT de la région.
- Maintien-consolidation de la couverture médicale en CHSLD-SAD-RPA, en partenariat avec la DSP et la DPSAPA. Cette collaboration majorée mérite d'être soulignée, car elle a permis de limiter de façon substantielle les requis d'hospitalisation.
- En partenariat étroit avec la DSP, représentations régulières maintenues auprès des chefs de GMF et autres cliniques depuis le début de la pandémie afin de les garder bien au fait de l'évolution de la situation et du caractère essentiel de leur implication soutenue sur tous les fronts. Nous considérons d'ailleurs que celle-ci s'est avérée déterminante et exemplaire.
- Suivi étroit des activités cliniques en cliniques froides. Lorsque requis par le délestage important, tant au niveau infirmier que médical, des allègements temporaires des heures d'ouverture furent octroyés dans plusieurs GMF, avec retour à la normale dès que la situation fut régularisée.

Instauration-encouragement d'une culture d'accès populationnel

La mise sur pied des CDÉ ayant entraîné une diminution des consultations de nature infectieuse en cliniques froides, une obligation d'accès populationnel fut exigée de l'ensemble des GMF, qui y ont répondu favorablement et en très grande majorité. Toutefois, nous assistons actuellement à une augmentation importante et préoccupante de la clientèle orpheline, surtout en lien avec une vague importante de départs à la retraite. Il sera donc primordial que cette nouvelle culture d'accès populationnel, nouvelle pour certains GMF, soit maintenue, encouragée et même bonifiée. À cet effet, notre région (PDG, DSP, DRMG) participera bientôt à la mise sur pied du « Projet Accès Réseau Pertinence », qui visera à développer un nouveau paradigme permettant une optimisation de la trajectoire de soins dont le but sera essentiellement de faire en sorte que l'usager soit vu par le bon professionnel, au bon moment, tout en favorisant la pertinence de la consultation.

Représentation afin de modifier le programme de transition 2021-2022 des contrats GMF

Dans le contexte de la reconduction accélérée des contrats GMF en temps de pandémie, un plan de transition fut présenté aux chefs GMF par le MSSS en vue d'introduire un nouveau programme en avril 2022. Malheureusement, ce plan n'avait pas fait l'objet de consultation préalable adéquate auprès d'instances médicales concernées. Ainsi, certaines directives, telles que présentées, furent considérées inacceptables par l'ensemble des chefs de GMF, que ce soit par leur caractère obligatoire ou dans l'application de celles-ci. Devant la menace (que nous considérons justifiée) que plusieurs contrats ne soient pas reconduits, des représentations concertées de l'ensemble des chefs de DRMG eurent lieu auprès des instances ministérielles et syndicales afin d'en arriver à une nouvelle mouture mieux peaufinée et à la satisfaction de tous les acteurs réunis. L'ensemble des contrats GMF de notre région furent finalement reconduits intégralement.

Représentation afin de bonifier notre PREM en omnipratique

Des représentations ont été faites ont été faits auprès du MSSS en lien avec l'iniquité dans la proportion insuffisante de nouveaux médecins vs médecins en retour de région octroyés. Le nombre total de postes devrait être majoré, en lien avec une vague importante de départs à la retraite qui s'intensifie depuis trois ans. Un "déficit" de plus de trente médecins (arrivées vs départs) est prévu dans ce laps de temps et aura un effet direct sur l'augmentation quasi-exponentielle du nombre de patients orphelins au GAMF (plus de 45000 patients en avril 2021).

Un comité d'optimisation du PREM (médecins du COMDIR-DRMG, équipe de la DSP) a été mis sur pied l'automne dernier afin de rassembler l'information nécessaire à convaincre nos interlocuteurs du MSSS. Une rencontre eut lieu en février et la réception a été excellente. Le PREM 2022 en omnipratique sera connu, et ce, à la hauteur de nos attentes.

Table régionale des chefs de département	
D ^{re} Martine Poulin	Chef du département d'anesthésiologie
D ^r André Vincent	Chef du département de biologie médicale
D ^{re} Monique St-Pierre et D ^r Martin Arata	Co-Chefs du département de chirurgie intermédiaire
D ^{re} Marie-Josée Godbout	Chef du département d'imagerie médicale
D ^{re} Anik Tremblay	Chef du département de médecine générale
D ^r Pierre Grammond	Chef du département de médecine spécialisée
D ^{re} Monique St-Pierre et D ^r Martin Arata	Co-chefs du département de médecine d'urgence intermédiaire
D ^r Jean-Pierre Gennaoui	Chef du département d'obstétrique et gynécologie
D ^{re} Catherine Déry	Chef du département de pédiatrie
D ^r Michel Wapler	Chef du département de psychiatrie
M ^{me} Chantal Breton	Chef du département de pharmacie
D ^r Pierre Deshaies	Chef du département de santé publique

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021

Contribution majeure des chefs de département et des chefs de service médicaux dans le suivi du dossier de la pandémie de la COVID-19 :

- Participation active au Comité local hospitalier COVID.
- Implication majeure dans l'actualisation du plan de délestage des activités cliniques ainsi que la reprise progressive des activités selon l'intensité des éclosions.
- Contribution pour la promotion des mesures de prévention et de contrôle des infections déployées dans le contexte de la pandémie de la COVID-19.
- Établissements des modalités liées à la réaffectation des médecins en période de pandémie de la COVID-19.
- Élaboration de trajectoires de transferts de clientèle inter-hôpitaux en période de pandémie.
- Implication dans la gestion des équipes médicales pour la dispensation des soins aux usagers séjournant dans l'unité de soins COVID-19 et aux soins intensifs COVID-19.
- Collaboration des chefs concernant les centres de dépistage et d'évaluation de la COVID-19.
- Contribution des médecins pour la prise en charge médicale des usagers séjournant dans les sites non traditionnels de soins ouverts en période d'éclosion de la COVID-19.

Comité d'éthique de la recherche

M ^{me} Marlène Castilloux, D.E.C.	Représentante de la collectivité
M ^{me} Amélie Chouinard, pharm., M. Sc.	Expertise scientifique
M. Martin Gaudreau, M. Sc.	Expertise scientifique (membre non votant)
M. Paul Guay, LL. B.	Expertise juridique
M ^{me} Nathalie Laflamme, Ph. D.	Expertise scientifique
M ^{me} Ana Marin, Ph. D.	Expertise en éthique et expertise scientifique
M. Guy Morin, M. Ph.,	Représentant de la collectivité
M. Jean Rousseau, Ph. D.	Expertise scientifique

M ^{me} Marie-Philippe Tremblay, B. Sc. inf., M. Sc.	Expertise scientifique
M ^{me} Anne Bolduc, LL. B.	Expertise juridique (substitut)
M ^{me} Kim Caron, B. Sc. Inf	Expertise scientifique (substitut)
M. Pierre-Maurice Ferland, M. Éth.	Expertise en éthique (substitut)
M ^{me} Claire Gaudreault-Arbelot, B. Sc., M.A.	Expertise en éthique (substitut)
M ^{me} Marie-Soleil Hardy, Ph. D.	Expertise scientifique (substitut)
M ^{me} Catherine Pépin, B. Sc. Inf.	Expertise scientifique (substitut)
Poste vacant	Expertise scientifique

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021

30 nouveaux projets de recherche ont été évalués cette année par le CER (comparé à 32 l'an dernier).

Un total de 228 formulaires de suivi continu (amendements, information supplémentaire, déviation au protocole, renouvellement, fermeture, réponses aux conditions du CER) ont été traités.

Deux nouveaux membres au sein du comité (M^{me} Kim Caron en remplacement de M^{me} Marie-Philippe Tremblay pour la période de son congé de maternité et de son congé parental; M^{me} Catherine Pépin en remplacement de M^{me} Kim Caron concernant un départ provisoire de ses fonctions au CER pour la période de ses nouvelles fonctions intérimaires en raison de la pandémie COVID-19 pour la clientèle en soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)). Départ d'un membre au sein du comité (D^r Félix Carrier). Par ailleurs, le poste de médecin désigné conjointement par le CMDP et la DSP est toujours vacant.

Comité des usagers

M. Bernard Poulin	Président
M ^{me} Diane Anglehart	Secrétaire
M ^{me} Claudette St-Gelais	Trésorière
M. Roland Poulin	Membre
M ^{me} Lise M. Vachon	Membre
M ^{me} Karine Hamelin	Membre
M ^{me} Renée Hébert	Membre
M ^{me} Pierrette Gosselin	Membre
M. Claude Filteau	Membre
M ^{me} Marielle Fortier	Membre
M ^{me} Michelle Cliche	Vice-présidente

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021

Soutien offert aux comités des usagers en continu pendant l'année et un soutien plus important a été donné à un comité des usagers en particulier, dans une démarche de Plan de relance.

S'est assuré d'acheminer en continu pendant l'année les préoccupations des CU et des CR à la Direction générale afin que les sujets soient abordés lors des 24 conférences organisées avec eux, d'assister aux rencontres et de produire des résumés qui ont pu être acheminés à tous les membres des CU et des CR.

Formation d'un regroupement des personnes-ressources qui travaillent pour les comités des usagers, dans un but de les soutenir dans leurs tâches, d'échanger des informations pertinentes et de partager des bonnes pratiques et des outils.

Bonification des canevas de base des rapports d'activités et financiers et conception d'un guide d'instruction dans le but de faciliter leur complétion et d'harmoniser la démarche pour l'ensemble des CU et des CR.

Comité des résidents - Table hébergement régionale (regroupement régional des comités de résidents)

M ^{me} Marielle Fortier	Responsable de la Table hébergement régionale (THR) déléguée par le CUCI
M ^{me} Michelle Cliche	Adjointe à la responsable
M ^{me} Diane Anglehart	Membre
M ^{me} Claudette St-Gelais	Membre
M ^{me} Diane Lapointe	Membre
M ^{me} Suzanne Brisson	Membre
M ^{me} Christine Cyr	Membre
M ^{me} Normande Roy	Membre
M ^{me} Ginette Picard	Membre

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021

Deux consultations auprès des président(es) des comités de résidents, par les membres de la THR : exercice du mandat et préoccupations.

Une rencontre de travail entre la Directrice du programme SAPA et les deux responsables de la THR, concernant les préoccupations et rédaction d'un résumé des éléments échangés, transmis à tous les membres des CU et des CR.

Rédaction d'un guide pour les présidents de CR incluant la fiche d'information sur les CHSLD.

Participation à différentes consultations, notamment : **Fumoir dans les Maisons des aînés et alternative**, guide en vue de la réintégration des proches aidants et celui des membres des CR dans les CHSLD, focus groupe sur les Maisons des aînés et alternative, guide d'accueil et d'information des résidents en CHSLD.

Comité de gestion des risques

M. Patrick Simard	Le président-directeur général ou une personne identifiée par ce dernier pour agir comme responsable du comité et membre d'office
M ^{me} Caroline Boutin	Directrice adjointe de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
M ^{me} Maryse Laplante	Conseillère à la gestion intégrée des risques et à la prestation sécuritaire des soins et services La chef de service à la gestion intégrée des risques et à la prestation sécuritaire des soins et services

M ^{me} Marielle Fortier	Représentante du comité des usagers Un membre du comité des usagers
M ^{me} Catherine Roy	Chef de service en prévention et contrôle des infections Un membre désigné par le comité de prévention des infections
M ^{me} Chantal Breton	Pharmacienne-chef Le chef du département de la pharmacie
D ^r François Paquet	Urgentologue et médecin hyperbare Un médecin issu du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
M ^{me} Patricia Bilodeau	Ergothérapeute Un membre issu du conseil multidisciplinaire (social/réadaptation)
M ^{me} Caroline Poulin	Infirmière Un membre issu du conseil des infirmiers et infirmières, dédié aux soins cliniques, représentant la mission hospitalière
M. Pierre-Luc Blanchet	Infirmier auxiliaire Un membre issu du conseil des infirmiers et infirmières auxiliaires, dédié aux soins cliniques, représentant la mission hébergement
M. Jonathan Simard	Conseiller cadre du programme chirurgie Un répondant local au retraitement des dispositifs médicaux des établissements
M ^{me} Annick Payeur	Chef de service gynéco-pédiatrie-néonatalogie Un membre des services du continuum enfance jeunesse

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021

Appui donné pour la mise en place d'un sous-comité multidisciplinaire pour aider à l'implantation et assurer le suivi des déclarations des RIM et IIM (Loi de Vanessa).

Appui donné au comité tactique intégrateur (CTI) pour la diffusion du programme de prévention des chutes en RI-RTF.

Mise à jour du plan de sécurité des usagers du CISSS de Chaudière-Appalaches.

Appui donné pour la mise en place des recommandations émises pour la prévention du déconditionnement chez les personnes hébergées dans les milieux de vie collectifs, particulièrement dans le contexte des mesures accrues de prévention et de contrôle des infections.

Vigie et questionnements apportés à la Direction générale sur la sécurité entourant l'utilisation des mesures de contrôle.

Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de Chaudière-Appalaches

M. Peter Whitcomb	Président
M ^{me} Lorna Campbell	Membre
M. Brian Gignac	Membre

M ^{me} Laurel Lowry	Membre
M ^{me} Michelle Mathieu	Membre
M ^{me} Ann Marie Powell	Membre
M ^{me} Maurren Small	Membre

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021

Suivi du plan d'action 2020-2021 visant l'accès aux services de santé et aux services sociaux du CISSS de Chaudière-Appalaches.

Collaboration à la mise en œuvre des actions visant l'adaptation des services de santé et des services sociaux pour les personnes d'expression anglaise en Chaudière-Appalaches.

Comité consultatif des installations inscrites au dernier permis de l'établissement fusionné (CSSS de la région de Thetford)

M ^{me} Carole Mercier	Présidente
M. André Fugère	Secrétaire
M ^{me} Chantal Tanguay	Membre
M ^{me} Annie Stewart	Membre
M. Bernard Brun	Membre
M. Richard Tanguay	Membre
Siège à combler	

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021

Le comité consultatif des installations inscrites au dernier permis de l'établissement fusionné (CSSS de la région de Thetford) n'a tenu aucune réunion ni réalisé d'activités pour la période couverte entre le 1^{er} avril 2020 et le 31 mars 2021. Considérant le caractère d'urgence vécu au sein de l'organisation, aucune action n'a été réalisée.

Les rencontres reprendront progressivement au cours de la prochaine année et nous croyons que la pandémie aura mis davantage en lumière des besoins particuliers de notre territoire.

Comité paritaire en santé et en sécurité au travail

M ^{me} Mélanie Lambert	Membre SSST
M. Laurier Ouellet	Membre syndical
M. Martin Lemieux	Membre syndical
M ^{me} Annie Dubois	Membre syndical

Mme Isabelle Furlotte	Membre syndical
M. Richard Penney	Membre patronal
Mme Josée Chouinard	Membre patronal
M. Bruno Beaulieu	Co-président patronal
M. Jonathan Lemieux	Membre patronal

* Le co-président syndical est à statuer.

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021

Les activités du CPSST ont cessé contextuellement avec l'arrivée de la pandémie. Un topo des grandes actions en cours a été envoyé aux membres du comité lors de l'annulation des rencontres. Une seule rencontre a eu lieu le 25 février dernier durant laquelle nous avons fait état du dossier sur la protection respiratoire et de la présence terrain de l'équipe du service de la prévention, SST dans le cadre de la pandémie : soutien aux équipes en matière de SST et PCI (visite ad hoc ou en continu surtout en zone chaude), analyses ergonomiques dans les cliniques de vaccination et dépistage, formation sur le port de certains EPI, développement d'outils, etc.

Les sous-comités paritaires ont également fait relâche en 2020-2021.

3.3 Les faits saillants

Des services pour faire face à la COVID

Pendant sa gestion de la pandémie en 2020-2021, le CISSS de Chaudière-Appalaches a eu à déployer ou à rehausser des services spécifiques à la population pour faire face à la COVID. Ainsi, pour ce faire, vu l'augmentation majeure du nombre de personnes infectées par le virus en Chaudière-Appalaches au fil de l'année, les équipes d'enquêtes épidémiologiques ont été rehaussées, des sites de dépistage ont été déployés, des unités de soins COVID ont été ouvertes en centres hospitaliers, des sites d'hébergement temporaire pour les gens infectés par le virus qui devaient être sortis de leur milieu

de vie, mais sans requis d'hospitalisations. Une cellule de gestion des éclosions en milieux de vie et en milieux de soins a aussi été mise en place et une multitude de mesures sanitaires ont été appliquées au fil de l'année, pour faire face à la situation sanitaire, autant à l'interne que chez les partenaires du CISSS de Chaudière-Appalaches comme les résidences privées pour aînés (RPA), les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de type familial (RTF). Pour boucler le tout, une vaste opération de vaccination a été déployée dans la région.



Le déploiement de la vaccination en Chaudière-Appalaches

Après plusieurs mois à gérer la pandémie, l'opération de vaccination a été lancée dans la région dès la fin décembre en commençant par les résidents de nos CHSLD et ensuite auprès des résidents des RPA et autres clientèles vulnérables. Et c'est en février que le CISSS de Chaudière-Appalaches a commencé à vacciner la population générale de la région dans ses quatre grands centres de vaccination massive à Lévis, Montmagny, Saint-Georges et Thetford ainsi que dans ses six sites de proximité de Laurier-Station, Sainte-Marie, Disraeli, Saint-Lazare, Lac-Échemin et Saint-Jean-Port-Joli.



« Jardignons nos balcons! » : un projet mobilisateur pour les aînés

Le projet Jardignons nos balcons! a été officiellement lancé en juin dernier. Ce projet a été mis en place afin de faire vivre du bonheur et d'occuper le quotidien des citoyens aînés vivant en logement social et communautaire, et ce, dans le contexte de la COVID-19.



Nouveau service d'hôtellerie hospitalière à proximité de l'Hôtel-Dieu de Lévis

La Maison Dessercom était fin prête en septembre dernier à accueillir ses premiers résidents. La population de Chaudière-Appalaches qui doit se déplacer pour des traitements répétés sans hospitalisation à l'Hôtel-Dieu de Lévis et au Centre régional intégré de cancérologie (CRIC) peut être hébergée dans cet édifice confortable, paisible, accessible et abordable. Le projet d'hôtellerie hospitalière vise à simplifier la vie des usagers et de leurs proches en réduisant leurs déplacements. Financée en totalité par Dessercom, au coût de 7 M\$, la Maison Dessercom était un projet central de la campagne majeure de la Fondation Hôtel-Dieu de Lévis. L'édifice, qui a été transféré au CISSS de Chaudière-Appalaches, vient compléter l'offre de service de l'établissement. La Maison Dessercom est opérée par la Fondation québécoise du cancer. Son ouverture a cependant été décalée au printemps 2021 alors que l'espace a servi, pour le CISSS de Chaudière-Appalaches, de site non traditionnel pour héberger des usagers atteints de la COVID qui devaient être sortis de leur milieu de vie, mais sans requis d'hospitalisation.



Des mesures pour favoriser l'intégration des enfants avec des besoins particuliers dans les camps de jour



Des mesures concrètes à la Ville de Saint-Georges ont été offertes afin de bonifier les services et le suivi offerts aux enfants avec des besoins particuliers dans le cadre des activités de camp de jour. Une entente, permettant notamment de la formation et du soutien aux intervenants du camp de jour, vise à favoriser l'intégration d'enfants ayant un handicap ou des besoins particuliers. Cette entente est en suivi d'une autre semblable convenue l'année précédente avec la Ville de Lévis.

De gauche à droite : M. Daniel Paré, président-directeur général du CISSS de Chaudière-Appalaches, M. Claude Morin, maire de Ville de Saint-Georges, et M. Richard Penney, directeur du programme déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA et DP).

Inauguration de la Maison Gilles-Carle : pour mieux soutenir les proches aidants en Chaudière-Appalaches

Le 5 septembre dernier a eu lieu l'inauguration de la nouvelle Maison Gilles-Carle de Chaudière-Appalaches, dans la municipalité de Saint-René, en Beauce. Il s'agit de la première installation de ce genre offerte à la communauté de la région.

La mission de cette Maison Gilles-Carle consiste à offrir 11 lits de répit-hébergement aux personnes proches aidantes, en répondant aux besoins physiques et psychosociaux des personnes aidées et en offrant également des activités diversifiées et adaptées à leur situation. Ces services sont offerts en continu, tous les jours de la semaine, par une équipe constituée de 14 intervenants. Aussi, un service de répit de jour est notamment offert pour les personnes proches aidantes. L'organisme est opéré par la Société Alzheimer Chaudière-Appalaches en collaboration avec le CISSS de Chaudière-Appalaches.



Accueil de 234 nouveaux préposés aux bénéficiaires dans les CHSLD pour une première cohorte

La première cohorte de formation accélérée des préposés aux bénéficiaires a permis d'accueillir 234 nouveaux employés dans les CHSLD de la région à la suite de leur formation et de leur stage. Ce programme, mis en place par le gouvernement du Québec en mai 2020, a pour objectif de combler la pénurie de personnel pour cette catégorie d'emploi. Le CISSS de Chaudière-Appalaches a démarré quatre autres cohortes au cours de l'année 2020-2021 pour répondre aux besoins criant de main-d'œuvre.

Annnonce de trois maisons des aînés dans la région

La ministre responsable des Aînés et des Proches-aidants, M^{me} Marguerite Blais, a annoncé la construction de trois maisons des aînés dans la région de la Chaudière-Appalaches. Ce nouveau type d'hébergement rappellera davantage un domicile et favorisera les contacts humains ainsi qu'un mode de vie plus actif, entre autres, grâce à un accès à des espaces

extérieurs aménagés et à des installations intérieures mieux adaptées aux besoins des résidents et de leurs proches. De plus, l'environnement des maisons des aînés et alternatives facilitera l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections en cas d'éclosion. Cette transformation sera aussi bénéfique pour le personnel qui travaille dans ces milieux et contribuera d'ailleurs à l'attractivité et à la rétention de cette main-d'œuvre. Les maisons des aînés seront situées à Lévis, quartier Saint-Étienne, à Saint-Martin et à Thetford, secteur de Black Lake.



De gauche à droite : M. Daniel Paré, PDG du CISSS de Chaudière-Appalaches, M. Gilles Lehouillier, maire de Lévis, M. Marc Picard, député des Chutes-de-la-Chaudière, M^{me} Marguerite Blais, ministre responsable des Aînés et des Proches Aidants et M^{me} Josée Chouinard, directrice du Programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées au CISSS de Chaudière-Appalaches.

Ça marche Doc! lance son tout nouveau Répertoire des sentiers hivernaux en Chaudière-Appalaches

Bien déterminé à ne pas laisser tomber la population en temps de pandémie, Ça marche Doc! a lancé son tout nouveau Répertoire des sentiers hivernaux en Chaudière-Appalaches en collaboration avec le CISSS de Chaudière-Appalaches. Au total, plus d'une quarantaine de municipalités en Chaudière-Appalaches se sont ajoutées au répertoire, qui prend une toute nouvelle mouture et qui gagne en convivialité. Plusieurs sentiers urbains de cette région, d'au moins un kilomètre, entretenus l'hiver et gratuits, ont été inventoriés. En plus des sentiers de marche, les amateurs de raquettes vont être servis puisqu'un tout nouveau volet de ce répertoire sera maintenant consacré à ce sport d'hiver.



Des « écoutants volontaires » pour la période des Fêtes

L'équipe en santé mentale a mis en place une initiative pour soutenir la population pendant la période des Fêtes dans un contexte difficile lié au confinement. Un appel au personnel et aux gestionnaire a été lancé pour devenir des « écoutants volontaires » entre le 19 et le 26 décembre.

Trente-six employés ont généreusement accepté de donner de leur temps, totalisant ainsi 1 360 heures de disponibilité. Certains organismes communautaires en santé mentale ont également accepté de contribuer, créant ainsi un filet de sécurité pour les personnes dans le besoin.

Aventure médecine continue sur sa lancée



L'Université Laval, l'Université du Québec à Rimouski et les centres intégrés de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent et de Chaudière-Appalaches poursuivent leurs travaux dans le cadre du projet Aventure médecine visant à accueillir, dès septembre 2022, des étudiantes et étudiants en médecine à Rimouski et à Lévis.

Le projet a pour but de former des étudiantes et étudiants au doctorat en médecine à Rimouski et à Lévis afin de valoriser et de promouvoir la pratique médicale en région et en milieu rural. Ce projet a pour finalité de favoriser le recrutement et la rétention de médecins dans les régions de l'Est-du-Québec.

Un service de transport et d'accompagnement pour l'accessibilité à la vaccination des personnes vulnérables

Un service d'accompagnement et de transport bénévole pour les personnes âgées ou en perte d'autonomie ainsi que pour celles à mobilité réduite a été mis en place partout en Chaudière-Appalaches pour les personnes voulant se faire vacciner contre la COVID-19. Ce sont 17 organismes, dont les quatre Centres d'action bénévole, qui offriront ce service. Une entente de collaboration entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des centres d'action bénévole du Québec a été conclue pour offrir ce service gratuitement.



4. Les résultats au regard du plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux

Résultats au regard des engagements pour l'année 2020-2021

Orientation : Améliorer l'accès aux professionnels et aux services			
Objectif : Offrir un accès plus rapide aux services de première ligne			
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2020	Résultats au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 plan stratégique du MSSS
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	88,77 %	86,95 %	83 %
1.09.27.01-PS Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	336 425	333 579	5 522 287

1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille

Légère diminution de notre taux d'inscription auprès d'un médecin de famille par rapport à l'année dernière, qui peut s'expliquer par l'implication des médecins dans les différentes activités reliées à la pandémie.

Régionalement, pour 2020-2021, nous avons 369 886 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 425 425 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 86,95 %.

Au cours de la dernière année, il y a eu plusieurs départs de médecins (retraite, changement de région, maladie, etc.) dans notre région, ce qui a engendré une augmentation importante du nombre de patients orphelins inscrits au Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) (+14 313). Malgré l'ajout des obligations médicales reliées à la pandémie, nous avons réussi tout de même à poursuivre les inscriptions auprès d'un médecin de famille afin de maintenir un niveau acceptable. Voici les détails par réseau local de services (RLS) :

Etchemins : Il y a 15 551 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 16 538 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 94,03 %.

Alphonse-Desjardins : Il y a 217 074 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 255 260 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 85,04 %.

Beauce : Il y a 64 414 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 71 761 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 89,76 %.

Thetford : Il y a 37 774 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 42 341 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 89,21 %.

Montmagny-L'Islet : Il y a 35 073 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 39 525 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 88,74 %.

1.09.27.01-PS Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF

Le nombre de patients inscrits en groupe de médecine de famille (GMF) en Chaudière-Appalaches, au 31 mars 2021, est de 333 579. Voici les détails par réseau local de services (RLS) :

Etchemins : Il y a 15 299 patients inscrits auprès d'un médecin de famille en GMF, sur une population totale de 16 538 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 92,51 %.

Alphonse-Desjardins : Il y a 202 869 patients inscrits auprès d'un médecin de famille en GMF sur une population totale de 255 260 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 79,48 %.

Beauce : Il y a 56 170 patients inscrits auprès d'un médecin de famille en GMF sur une population totale de 71 761 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 78,27 %.

Thetford : Il y a 24 599 patients inscrits auprès d'un médecin de famille en GMF sur une population totale de 42 341 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 58,10 %.

Montmagny-L'Islet: Il y a 34 642 patients inscrits auprès d'un médecin de famille en GMF sur une population totale de 39 525 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 87,65 %.

Objectif: Diminuer le temps d'attente à l'urgence			
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2020	Résultats au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 plan stratégique du MSSS
1.09.16-PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	95	67	132 minutes
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	11,65	12,84	15 heures

Le nombre de visites dans les urgences a chuté considérablement en 2020-2021. L'augmentation du nombre d'utilisateurs réorientés (le pourcentage de réorientation des cas de priorité 4 (moins urgent) et 5 (non urgent)* est passé de 5,5 % en 2019-2020 à 14,7 % en 2020-2021, ainsi que la baisse observable des visites lors de la première vague de la pandémie de COVID-19 ont contribué à cette baisse de visites. Malgré tous les efforts, la situation pandémique a détérioré l'ensemble des indicateurs liés à la durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence. La réorganisation des unités de soins (zone jaune et rouge), la baisse de lits disponibles dans le réseau, les éclosions, le nombre d'utilisateurs requérant un niveau de soin alternatif (NSA), les délais d'attente en lien avec le dépistage et la pénurie de personnel ont contribué à augmenter l'ensemble des indicateurs liés à la durée moyenne de séjour. Par contre, le délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire est passé de 95 minutes en 2019-2020 à 67 minutes en 2020-2021. L'année 2021-2022 permettra assurément de reprendre l'ensemble des travaux qui contribueront à une meilleure fluidité de la clientèle dans les urgences de la région de Chaudière-Appalaches.

Hôpital de Thetford

- Une baisse de 13 011 visites a été constatée en 2020-2021;
- La durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence est passée de 11,7 heures (2019-2020) à 11,4 heures (2020-2021) avec une légère diminution de 0,3 heure.

Hôpital de Saint-Georges

- Une baisse de 6 855 visites a été constatée en 2020-2021;
- La durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence est passée de 11,4 heures (2019-2020) à 11,5 heures (2020-2021) pour une légère augmentation de 0,1 heure.

Hôtel-Dieu de Lévis

- Pour l'année 2020-2021, une baisse de 11 359 visites est notée pour l'urgence passant de 74 912 visites en 2019-2020 à 63 553 pour l'année 2020-2021;
- La durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence est passée de 13,5 heures (2019-2020) à 14,9 heures (2020-2021) pour une augmentation de 1,4 heure.

Centre Paul-Gilbert

- Noter que l'urgence du Centre Paul-Gilbert a été fermée et convertie en clinique d'évaluation/dépistage pour l'année 2020-2021.

Hôpital de Montmagny

- Pour l'année 2020-2021, une baisse de 10 404 visites est notée pour l'urgence passant de 34 671 visites en 2019-2020 à 24 267 pour l'année 2020-2021;
- La durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence est passée de 9,8 heures (2019-2020) à 10,0 heures (2020-2021) pour une légère augmentation de 0,2 heure.

* Niveau 4 – Moins urgent : La condition du patient est liée en une maladie aiguë et non sévère qui ne présente aucun risque pour sa survie. Exemples : brûlure mineure ou phlébite. Niveau 5 – Non urgent : La condition du patient s'apparente à une maladie mineure ou chronique qui ne présente aucun risque de détérioration. Exemples : rhume, fièvre, mal de dos, ongle incarné ou constipation.

Objectif : Améliorer l'accès aux services en santé mentale			
Indicateur	Résultat au 31 mars 2020	Résultat au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 plan stratégique du MSSS
1.08.16- PS Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	730	600	19 201

La liste d'attente est composée de la clientèle adulte et jeune et comprend les services ambulatoires ainsi que les services spécialisés. Nous révisons actuellement les services de notre continuum sous l'angle du Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM), ce qui implique une participation des intervenants et une gestion humaine de changement en lien avec certaines pratiques cliniques. Avec la promotion de la demande d'aide au 811, nous avons connu une augmentation du nombre de demandes de service. L'ajout d'intervenants avec les investissements reçus a permis malgré tout de diminuer le nombre de personnes en attente. Un défi de recrutement de psychiatres et de pédopsychiatres continue d'avoir un impact sur l'accès à ces services.

Objectif : Améliorer l'accès aux services en dépendance			
Indicateur	Résultat au 31 mars 2020	Résultat au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 plan stratégique du MSSS
1.07.07-PS Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	3 663	3 594	60 671

Le contexte pandémique a eu un impact sur le nombre de demandes de service dans ce secteur. Nous observons une légère diminution du nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance entre le 31 mars 2020 et le 31 mars 2021. Nous poursuivons le Plan d'action interministériel en dépendance (PAID) afin de toujours améliorer l'accès aux services.

Objectif : Améliorer l'accès aux services spécialisés			
Indicateurs	Résultat au 31 mars 2020	Résultat au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 plan stratégique du MSSS
1.09.49-PS Pourcentage des consultations auprès d'un médecin spécialiste, après référence par un médecin de famille, réalisé à l'intérieur des délais (Priorités A-B-C-D-E) A = 3 jours et moins / B = 10 jours et moins / C = 28 jours et moins / D = 3 mois et moins / E = 12 mois et moins	61,1 %	70,3 %	81 %
1.09.32.10-PS Nombre de demandes des chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	489	2 032	40 000
1.09.33.02-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours	97,2 %	93,2 %	85 %

1.09.49-PS Pourcentage des consultations auprès d'un médecin spécialiste, après référence par un médecin de famille, réalisé à l'intérieur des délais

Considérant le contexte pandémique, malgré la non atteinte de la cible nationale 2020-2021 de 81 %, l'augmentation de près de 10 % par rapport à l'année précédente est en soi un résultat satisfaisant, la pandémie ayant eu un impact majeur sur le niveau d'activités avec ses trois vagues à l'intérieur de la même année financière.

1.09.32.10-PS Nombre de demandes des chirurgies en attente depuis plus de 6 mois

On constate une augmentation du nombre de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois.

La très grande majorité des usagers hors délais sont en attente sur le site Alphonse Desjardins. Il s'agit des blocs opératoires de la région (Paul-Gilbert et Hôtel-Dieu de Lévis) qui ont été les plus durement touchés depuis le début de la pandémie. Le site Paul-Gilbert a été fermé en mai pendant quelques semaines et, depuis le 1er octobre 2020, a dû fermer de nouveau. Par ailleurs, le site Hôtel-Dieu de Lévis étant centre désigné COVID dans la région, plusieurs ressources du bloc opératoire ont été délestées en soins intensifs. Ce délestage a mené à plusieurs absences maladies, démissions, retraites devancées, etc. À ces départs, s'est ajouté le retrait des femmes enceintes et des immuno-supprimés qui n'ont toujours pas pu réintégrer le travail. Finalement, la formation de nouvelles recrues a été grandement touchée (pénurie de ressources dans toute l'organisation) et un énorme retard doit être repris. Malheureusement, dans ce contexte, le taux de présence sur les postes au site Hôtel-Dieu de Lévis oscille entre 42 % et 45 % ce qui empêche une reprise des activités à 100 %.

Le niveau d'activités chirurgicales est toutefois à 100 % en Beauce, à Montmagny et à Thetford, mais demeure à 60 % au site Alphonse-Desjardins depuis l'été dernier, ce qui explique l'augmentation importante et croissante des hors délais en attente.

Parmi les mesures correctrices mises en place, notons :

1. Partenariat avec la CMS Lasik Md pour les chirurgies en ophtalmologie (neuf priorités par semaine comparativement à trois à quatre auparavant);
2. Partenariat avec la CMS Opéra Md qui cible la chirurgie générale, l'orthopédie, la plastie et l'ORL (deux à trois priorités par semaine);
3. Deuxième offre offerte aux usagers les plus anciens sur les listes d'Alphonse-Desjardins vers les autres sites du CISSS de Chaudière-Appalaches;
4. Partage du plateau régional avec les chirurgiens de Lévis;
5. Reprise de certaines interventions sous locale au site Paul-Gilbert (requiert une seule infirmière et le chirurgien);
6. Reprise des travaux de construction de la salle de chirurgie mineure au site Hôtel-Dieu de Lévis (livraison juin 2021) permettant de récupérer du temps opératoire intra bloc;
7. Optimisation du plateau de Paul-Gilbert grâce à un investissement financier important pour l'achat de fournitures, appareils, etc. visant la délocalisation de certaines chirurgies du site Hôtel-Dieu de Lévis. Cet exercice est en cours pendant la fermeture de ce bloc;
8. Création d'un poste de moniteur clinique temps complet dédié au bloc opératoire de l'Hôtel-Dieu de Lévis pour permettre l'accueil d'un plus grand nombre de recrues en simultané et en continu;
9. Mise en place du concept de «salle-école» qui débutera à la période estivale (avec l'arrivée du moniteur clinique);
10. Campagne «grande séduction» en cours pour augmenter l'attractivité des infirmières au bloc opératoire (recrutement interne et externe).

1.09.33.02-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours

Légère diminution du pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours par rapport à l'année dernière, évidemment en lien avec l'accessibilité de notre plateau technique dans le contexte de pandémie. Malgré tout, 93,2 % des patients ont été opérés à l'intérieur du délai prescrit par le MSSS.

Objectif: Améliorer l'accès aux services pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme			
Indicateur	Résultat au 31 mars 2020	Résultat au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 plan stratégique du MSSS
1.47-PS 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	1 180	1 149	16 000

Le nombre de places en hébergement a connu une baisse en 2020-2021 par rapport à l'année précédente passant de 1180 places en 2019-2020 à 1149 places en 2020-2021.

La diminution des places est surtout présente dans les ressources de type familial (RTF), passant de 581 places à 557 places. Cela fait suite à une optimisation des places utilisées par le programme.

Au niveau des ressources intermédiaires (RI), une augmentation des places est relevée. Cela s'explique notamment par l'actualisation d'une RI spécialisée avec le programme santé mentale et la reclassification de certains usagers. Le nombre d'usagers hébergés en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) a légèrement augmenté, passant de 209 à 217. Les autres milieux de vie sont demeurés relativement stables.

Objectif : Augmenter les services de soutien à domicile			
Indicateurs	Résultat au 31 mars 2020	Résultat au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 plan stratégique du MSSS
1.03.05.06-PS Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	21 270	22 025	364 602
1.03.05.05-PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile	1 125 648	1 192 174	21,3 millions d'heures

1.03.05.06-PS Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile

Malgré le contexte de la pandémie COVID-19, qui a perduré pendant toute l'année 2020-2021, il n'y a pas eu de diminution du nombre de personnes qui ont reçu des services de soutien à domicile. Une hausse de 4 % est notée entre le résultat au 31 mars 2020 et celui au 31 mars 2021. Plus précisément, 21 270 personnes avaient reçu des services de soutien à domicile l'année dernière, comparativement à 22 025 personnes cette année.

1.03.05.05-PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile

Malgré le contexte de pandémie COVID-19, l'intensité des services de soutien à domicile a été maintenue toute l'année 2020-2021. Une hausse de 5,9 % de services de soutien à domicile est même observée entre le 31 mars 2020 et le 31 mars 2021.

Objectif : Améliorer l'accès aux services destinés aux enfants, aux jeunes et à leurs familles			
Indicateurs	Résultat au 31 mars 2020	Résultat au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 plan stratégique du MSSS
1.45.45.05-PS 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	89 %	94 %	86 %
1.06.19-PS Pourcentage des premiers services en CLSC pour les jeunes en difficulté rendus dans un délai de 30 jours ou moins	52 %	84,3 %	73 %

1.45.45.05-PS 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

L'établissement a augmenté de 5 % la proportion de jeunes enfants ayant bénéficié d'un service durant la dernière année malgré la période pandémique. Le délestage des services à l'enfance a été limité dans ce secteur durant la dernière année. L'utilisation de la téléadaptation, la diminution des déplacements des équipes cliniques, l'optimisation des modalités de services de groupe sont des éléments qui ont contribué à améliorer la situation.

1.06.19-PS Pourcentage des premiers services en CLSC pour les jeunes en difficulté rendus dans un délai de 30 jours ou moins

- Des travaux ont été réalisés afin d'améliorer la qualité de la saisie statistique dans le processus Jeunes en difficulté (JED);
- Un suivi serré des délais d'accès des demandes par l'utilisation de l'outil Power BI est fait systématiquement;
- Animation et sensibilisation auprès des différents intervenants sur l'indicateur. Ceci a apporté une meilleure connaissance des intervenants sur l'impact de cet indicateur en lien avec le délai d'accès des services;
- Une offre de groupes complète concernant quatre problématiques (anxiété, TDAH, parents d'ados, gestion des émotions) a été mise en place, ce qui permet d'augmenter la prise en charge et le volume de consultations;
- La pandémie a créé une fluctuation des demandes durant le printemps 2020, ce qui a généré une diminution de la liste d'attente. Cependant, depuis décembre 2020, les demandes ont augmenté de 40 % au guichet jeunesse;
- Des interventions brèves au guichet ont aussi permis de libérer de l'espace pour attribuer les suivis individuels JED dans de meilleurs délais.

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

5.1 L'agrément

Considérant la situation de la pandémie de COVID-19, Agrément Canada a suspendu toutes ses visites pour l'année 2020. La prochaine visite pour le CISSS de Chaudière-Appalaches est prévue en juin 2022 pour la séquence 3 (santé physique, services généraux et télésanté). L'établissement conserve tout de même sa mention «Agréé», une certification qui vient reconnaître la qualité et la sécurité des soins et services offerts par le personnel.

5.2 La sécurité et la qualité des soins et des services

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

Par les années passées, le Service de la gestion intégrée des risques et de la prestation sécuritaire des soins et services (GIRPSSS) était actif et présent dans les différents milieux pour promouvoir la déclaration et la divulgation des incidents et accidents. Que ce soit par des kiosques lors de l'accueil des nouveaux employés, des présentations dans les équipes, des animations de comité de retour sur l'expérience (CREX), ces activités permettaient de créer des contacts directs et des échanges avec les différents intervenants du CISSS de Chaudière-Appalaches. Lors des premières semaines de la pandémie de COVID-19, le Service de la GIRPSSS a revu ses façons de faire pour continuer sa mission afin de pallier les impacts de la pandémie et des restrictions liées aux mesures sanitaires. L'offre et les contenus de formation ainsi que les présences dans les milieux ont été revisités et adaptés. Des formations ont été ajustées pour être données par un support virtuel.

Voici quelques exemples de formations données au cours de l'année 2020-2021 :

- Divulgation, donnée à l'équipe des Sages-Femmes;
- Gestion des risques, destinée au corps médical, ainsi qu'une formation pour les résidents en médecine du GMF-U des Etchemins;
- Gestion des risques, donnée à l'ensemble des CEPI et externes en soins infirmiers;
- Gestion des risques pour les équipes de relève en DI-TSA et DP;
- Axe - 1 Gestion des risques pour les gestionnaires.

Outre ces formations formelles, plusieurs rencontres et discussions se sont tenues entre les gestionnaires et leurs assistantes pour les accompagner dans la déclaration, l'analyse et la divulgation d'événements indésirables. Le personnel de soutien de la GIRPSSS participe aussi à promouvoir la déclaration et la divulgation. Les techniciennes de la GIRPSSS font une vigie de l'ensemble des déclarations. Elles prennent contact (par téléphone ou par courriel) avec les déclarants et les chefs de service pour répondre à leur question et leur donner des bases solides en matière de déclaration et de divulgation d'incident et d'accident.

Dans le rapport de l'an dernier, il avait été question de formation informelle où le conseiller de la GIRPSSS circule dans le centre ou le service ou encore l'unité de soins et répond aux questions spontanées des employés. Cela permettrait de sensibiliser tant le personnel que les usagers et leur famille en matière de sécurité. Il était prévu d'en faire une pratique régulière, mais en raison de la pandémie (restriction des visites), ce projet est reporté à plus tard.

Finalement, une des activités phares du Service de la GIRPSSS est l'animation de CREX auprès des équipes. Rappelons que cette activité permet de développer les compétences des équipes en matière de gestion d'événements indésirables et vise à développer une culture de sécurité. Ne pouvant tenir des CREX en personne, soit en raison des règles sanitaires ou encore à cause de la pénurie de personnel, le Service de la GIRPSSS a proposé aux gestionnaires des façons alternatives aux CREX. Cela a tout de même permis aux équipes d'être impliquées dans la résolution de problèmes. Force est de constater une augmentation du nombre d'événements traités par les équipes de façon autonome, ce qui permet de sensibiliser les

équipes à l'amélioration continue. Pour l'année 2020-2021, sur 145 pistes d'amélioration émises, 23 avaient été identifiées rapidement par l'équipe avant même l'intervention du Service de la GIRPSSS. En date du 31 mars 2021, 91 pistes d'amélioration ont été réalisées et 14 sont réalisées de façon continue. Nous pouvons donc dire que 72 % des pistes d'amélioration sont implantées.

Lorsque survient un accident avec conséquence (gravité E1 et plus), il est obligatoire de procéder à une divulgation à l'utilisateur ou à son représentant légal. Au CISSS de Chaudière-Appalaches, le taux de divulgation des événements de gravité E1 et plus est de 100 %. Des nuances doivent être apportées à ce chiffre, car par défaut, l'application SISSS PROV rend obligatoire la divulgation à partir d'une gravité E1. Le Service de la GIRPSSS a fait plusieurs types d'interventions pour pallier cette demande. Par des appels, des courriels, de la formation ou encore par la diffusion de capsules d'information sur la divulgation, nombreuses sont les actions réalisées pour sensibiliser les gens à l'obligation de divulguer. Le fait que le Service de la GIRPSSS pallie fait en sorte que nous n'avons pas exactement le portrait réel sur la divulgation initiale. Ce point a aussi été porté à l'attention du MSSS, car un portrait plus fidèle permettrait de cibler des actions précises.

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

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

	Nombre	% par rapport à l'ensemble des incidents	% par rapport à l'ensemble des événements
Test de laboratoire	596	30,7 %	3,11 %
Médication	428	22,6 %	2,24 %
Autres	304	16,7 %	1,59 %

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

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

	Nombre	% par rapport à l'ensemble des accidents	% par rapport à l'ensemble des événements
Chute	6 491	30,7 %	33,92 %
Médication	4 355	22,6 %	22,76 %
Autres	3 319	16,7 %	17,35 %

Échelle de gravités

A	Circonstance ou situation à risque de provoquer un événement indésirable ou d'avoir des conséquences pour l'utilisateur (situation à risque).
B	Événement indésirable survenu mais l'utilisateur n'a pas été touché (échappée belle).
C	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur, sans lui causer de conséquence. Présence d'inconvénients qui ne requièrent aucune intervention additionnelle particulière ni de surveillance.
D	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur et des vérifications additionnelles sont requises pour confirmer la présence ou l'apparition de conséquences.
E₁	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences mineures et temporaires n'exigeant que des interventions non spécialisées, sans hospitalisation / prolongation d'hospitalisation.
E₂	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences temporaires nécessitant des soins, services, interventions ou traitements spécialisés sans impact sur la nécessité / durée de l'hospitalisation ou de l'épisode de soins.
F	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences temporaires exigeant des soins / traitements supplémentaires spécialisés et qui ont un impact sur la nécessité / durée de l'hospitalisation ou de l'hébergement.
G	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences permanentes sur ses fonctions physiologiques, motrices, sensorielles, cognitives ou psychologiques.
H	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences nécessitant des interventions de maintien de la vie (intubation, ventilation assistée, réanimation cardio-respiratoire).
I	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences qui ont contribué à son décès.

5.2.4 Les actions entreprises par le comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement en lien avec les principaux risques d'incidents/accidents

En début d'année 2020-2021, les rencontres du comité de gestion des risques ont été suspendues en raison de la pandémie de COVID-19. Elles ont repris sur une base régulière à partir de novembre 2020. Le comité de gestion des risques a entériné des recommandations pour améliorer la sécurité relative aux chutes en RI-RTF, au déploiement des travaux liés à la Loi de Vanessa, à l'utilisation des mesures de contrôle et au déconditionnement chez les personnes âgées. Le comité a aussi révisé le plan de sécurité des usagers du CISSS de Chaudière-Appalaches.

Le Service de la GIRPSSS a maintenu ses activités de base, ce qui a permis d'assurer un suivi étroit pour garantir une déclaration complète et continue des incidents/accidents, et ce, dans l'ensemble de l'établissement. Une vigie est effectuée par les techniciennes de la GIRPSSS en collaboration avec les conseillers. Des critères établis permettent de cibler les événements nécessitant une analyse plus approfondie avec les équipes terrain dans le but de mettre en place des moyens pour diminuer le risque et la gravité des conséquences auprès de la clientèle.

Un tableau de bord trimestriel détaillant les principaux risques observés dans l'établissement est aussi publié, de même que l'analyse s'y rattachant. Bi-annuellement, un tableau de bord par continuum de soins et services est aussi produit. Dans une optique de donner sens à la déclaration des événements indésirables, le service de la GIRPSSS vise à rendre autonomes les gestionnaires pour la présentation de leurs statistiques dans leurs salles de pilotage. Pour ce faire, de la formation est donnée en ce sens et les procédures pour l'extraction de données dans le Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) sont disponibles dans l'intranet.

Depuis la mise en place du Service de la GIRPSSS, la réalisation de comités de retour sur l'expérience (CREX) est l'un des éléments incontournables et reconnus effectués par ce service. Avec l'impact de la pandémie dans l'établissement, ce type d'activité a été mis en suspens puis revu afin d'être poursuivi. Il est important de mentionner que tous les événements sentinelles¹ sont analysés par un conseiller de la GIRPSSS, mais ils ne se concluent pas tous par la tenue d'un CREX. Afin de porter un regard critique sur les conclusions des analyses d'événements sentinelles, le Service de la GIRPSSS a standardisé les conclusions à émettre surtout lorsqu'il n'y a pas de CREX. Cela permet de quantifier le nombre d'événements où aucune recommandation n'est émise, le nombre d'événements qui génèrent un suivi à un comité de travail (ex. : comité de prévention des chutes) et le nombre d'événements déjà traités par l'équipe terrain. Ce dernier élément permet de suivre l'évolution de l'autonomie des équipes en matière de gestion des risques. Toujours dans une visée de standardisation du travail, les événements de la famille « maltraitance » ont été classés de façon différente.

Types d'événements sentinelles	Nombre de cas total en événements sentinelles	Nombre de cas avec recommandations	Nombre de recommandations totales pour ce type d'événement
Abus, agression, harcèlement	8	2	14
Autre	15	5	26
Bâtiment, matériel, équipement	5	2	16
Blessure d'origine connue	4	1	1
Blessure d'origine inconnue	2	0	0
Bris de confidentialité	4	1	10
Chute	87	17	41
Désorganisation comportementale	2	0	0
Diète	1	1	9
Fugue/disparition	1	0	0
Imagerie	2	0	0
Laboratoire	6	2	2
Maltraitance*	7	1	1
Médicament	10	5	11
Obstruction respiratoire	5	1	1
Retrait des dispositifs médicaux	1	1	18
Tentative de suicide/suicide	18	5	16
Traitement	14	5	5
TOTAL	192	49	145

* Dossiers analysés par la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques.

1. Ce terme est utilisé pour désigner un événement qui demande une analyse approfondie parce qu'il révèle des failles dans un processus qui ont entraîné ou auraient pu entraîner des conséquences graves.

5.2.5 La surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales

La chef du service en prévention et contrôle des infections (PCI) n'a pas été en mesure de siéger au comité de gestion des risques afin d'agir à titre de membre désigné par le comité de prévention et contrôle des infections. L'année 2020-2021 a été marquée par la gestion de la pandémie de COVID-19. Depuis l'automne 2020, l'équipe de PCI relève de la Direction générale adjointe au programme de santé physique générale et spécialisée. Les enjeux PCI ont été portés par le Comité stratégique des mesures d'urgence ainsi que le comité de direction de l'établissement. L'équipe de PCI a été extrêmement sollicitée et a participé activement à l'implantation des meilleures pratiques dans les domaines suivants :

- Mise en place de mesures préventives à la COVID-19 (formation, préparation de notes de service, révision protocoles, etc.);
- Participation aux activités pour la gestion des cas (cliniques de dépistage et d'évaluation, aménagement des zones rouges, des sites non traditionnels (SNT) et des zones tampons, etc.);
- Trouver des alternatives face à la pénurie d'équipement de protection individuelle à la suite de la pénurie mondiale;
- Implantation d'une stratégie de protection respiratoire (P100 afin de faire face au manque de N95, formation et élaboration de protocoles d'utilisation);
- Ajout de ressources afin de supporter l'équipe de PCI pour les enquêtes épidémiologiques, gestion des éclosions, application des bonnes pratiques, et ce, même dans les milieux de vie;
- Implantation de l'équipe d'intervention selon le modèle de la Croix rouge canadienne;
- Plusieurs acteurs ont rejoint l'équipe de base afin de renforcer les mesures de prévention et gérer les éclosions.

Mis à part la COVID-19, l'équipe de PCI a continué de faire ses activités de surveillance (SI-SPIN) pour les pathogènes autres que la COVID.

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

Volet organisationnel

Le protocole des applications des mesures de contrôle a été révisé en janvier 2020. Une formation sur l'environnement numérique d'apprentissage (ENA) d'une durée de 2 h 30 portant sur la politique et le protocole sur les mesures de contrôle sera disponible sous peu pour soutenir les équipes dans l'application de ceux-ci. Toutefois, il n'y a pas encore de modalités établies ni d'échéancier pour le déploiement de la formation considérant le contexte actuel de pandémie.

Direction du programme jeunesse

Nous observons, en 2020-2021, une hausse significative des isolements comparativement aux données de 2019-2020. Cette hausse est de l'ordre de 18,7 % (584 vs 492). Cette tendance s'observe également pour les contentions. En effet, nous notons une augmentation du recours aux contentions de 38,6 % en 2020-2021 (643 vs 464). Des mesures d'isolements ont été appliquées auprès de 37 usagers différents, tandis que des mesures de contentions ont été appliquées auprès de 55 usagers différents. Cependant, il faut considérer que des usagers ayant de multiples problématiques représentent à eux seuls une proportion importante des mesures qui sont prises. Pour les isolements, trois usagers représentent à eux seuls 43,8 % de l'ensemble des mesures qui ont été prises. Pour ce qui est des contentions, trois usagers représentent à eux seuls 43,7 % des mesures qui ont été prises. Le déploiement de la nouvelle procédure en matière de recours aux mesures de contrôle au Programme jeunesse, la poursuite du déploiement du modèle ARC ainsi que l'intervention thérapeutique lors de conduite agressive (ITCA) dans les unités de réadaptation soutiennent cette volonté de l'ensemble des équipes à porter un regard sur la pratique et à diminuer au maximum le recours de l'application des mesures de contrôle des usagers.

Direction du programme santé mentale et dépendance (DPSMD)

Malheureusement, avec la pandémie qui nous a frappés, certains travaux en lien avec l'application des mesures de contrôle ont été suspendus. Cependant, comme ce dossier demeure une priorité de la Direction du programme santé mentale et dépendance, nous nous assurons que l'application de mesures de contrôle soit faite en dernier recours. Pour ce faire, pour l'année financière 2020-2021, nous avons d'ailleurs vu une augmentation importante de la clientèle agressive sur les unités de psychiatrie. Pour soutenir les équipes hospitalières et afin de diminuer le recours à l'application de contentions physiques ou chimiques, nous avons opté pour augmenter les heures en surveillance par du personnel formé en sécurité. Pour le secteur de Lévis, nous avons mis en place des postes permanents d'agent d'intervention, ce qui a contribué à désamorcer les situations critiques. Malgré tous les efforts, lorsque la situation le nécessitait, afin de protéger la personne d'elle-même ou d'autrui, la direction note une baisse de 6 %, passant de 706 à 663 mesures de contrôle appliquées dans les unités de psychiatrie. Le principal moyen utilisé a été la mise en salle d'isolement. Finalement, il est à noter qu'aucune application de mesure de contrôle n'est appliquée dans nos milieux d'hébergement dans la communauté.

Direction du programme DI-TSA et DP

En contexte de pandémie, la santé publique recommandait la mise en place de mesures sanitaires : distanciation physique, lavage de mains, port du masque et, dans certaines situations, l'isolement préventif. Pour la clientèle DI-TSA et DP, l'application de l'isolement (retrait à la chambre, cessation des activités) n'était pas une mesure facile à comprendre, à appliquer et à respecter. Les intervenants des différents milieux devaient aussi soutenir ces recommandations. Dans certaines situations, des mesures d'isolement ont dû être mises en place pour éviter la contamination.

De plus, le dépistage COVID devait aussi être réalisé, le prélèvement appliqué par prélèvement nasopharyngé (gorge et deux narines) ou gargarisme pour ceux qui étaient capables de le faire. Malgré l'usage des différentes stratégies d'intervention pour aller chercher la collaboration de l'utilisateur, dans certaines situations, le maintien physique a dû être appliqué afin de réaliser le dépistage.

Contribution réalisée :

- Au comité de vigie, mis en place spécialement en lien avec la pandémie par la gestion des risques du CISSS de Chaudière-Appalaches, qui avait pour but de soutenir les équipes qui font face à des usagers non conciliants dont les comportements contreviennent aux consignes sociosanitaires émises par la Direction de santé publique. Ce comité a aussi élaboré différents outils cliniques (ex. : *Aide-mémoire des bonnes pratiques pour le respect du confinement à la chambre des personnes hébergées et autres*) pour soutenir les différentes équipes et missions du CISSS de Chaudière-Appalaches (mars à automne 2020);
- À une rencontre sur une réflexion éthique en lien avec l'application des mesures de contrôle en contexte de pandémie (oct. 2020), pilotée par le bureau d'éthique clinique et organisationnelle;
- À un avis éthique, rédaction d'une fiche sur les mesures de contrôle, piloté par le comité d'éthique clinique et organisationnelle.

Participation aux travaux des comités de projet en lien avec la réduction des mesures de contrôle, qui ont débuté en janvier 2021, ayant pour but :

- L'harmonisation des formulaires en lien avec le protocole et les procédures sur l'application exceptionnelle des mesures de contrôle;
- Le suivi en lien avec l'élaboration des procédures des différents programmes et le déploiement de la formation sur ENA.

De plus, en 2020-2021, nous avons mis à jour le tableau de bord des suivis des données sur l'usage des mesures de contrôle au Programme DI-TSA et DP.

En 2020-2021, nous avons eu **50 usagers différents** pour qui **93 mesures** ont été planifiées. Ce qui représente une moyenne de 1,8 mesure par usager. Nous observons une baisse du nombre d'usagers pour qui nous avons des mesures planifiées par rapport à l'an dernier. Nous avons **63 usagers** différents pour qui des mesures de contrôle ont été appliquées en contexte planifié et non planifié. Il y a **eu 3 135** applications de différentes mesures pour ces usagers. On note également une baisse de 20 % d'usagers pour qui des mesures ont été appliquées par rapport à 2019-2020.

Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA)

À la DPSAPA, pour l'année financière 2020-2021, la procédure «Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle au programme SAPA» a été finalisée. Un plan d'action a été élaboré pour faire connaître et mettre en application cette procédure au niveau opérationnel et s'assurer de la formation adéquate des intervenants qui auront à l'utiliser. Au 31 mars 2021, l'actualisation du plan d'action est en planification. Rappelons que la procédure «Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle au programme SAPA» est en lien direct avec la politique «Utilisation exceptionnelle de la contention, de l'isolement et des substances chimiques comme mesure de contrôle au CISSS de Chaudière-Appalaches» et du protocole « Application des mesures de contrôle du CISSS de Chaudière-Appalaches ». La DPSAPA a également participé, au niveau organisationnel, à l'harmonisation régionale des documents à utiliser en matière de mesures de contrôle des usagers.

Comme par les années précédentes, un taux de contention inférieur 10 % est visé pour le volet hébergement (CHSLD) et 0 % pour le volet soutien à domicile (SAD).

5.2.7 Les mesures mises en place par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité aux recommandations formulées par les instances

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services

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

Aperçu des thématiques abordées :

Motifs	Exemples de mesures d'amélioration
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Modifier le message téléphonique afin que soient informés adéquatement les usagers des modalités permettant la réception des requêtes de prélèvements.
Aspect financier	<ul style="list-style-type: none"> • Remplir le formulaire AH-223 afin de procéder au remboursement de la perte du vêtement lors d'une hospitalisation.
Droits particuliers	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer les directives ministérielles en vigueur relatives aux personnes proches aidantes en période de pandémie. • Rehausser les connaissances des intervenants sur le cadre de référence de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.
Organisation du milieu et ressources matérielles	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer d'apposer des affiches pour les stationnements réservés aux personnes à mobilité réduite.

Relations interpersonnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Rappeler au personnel concerné les attitudes attendues en vertu du Guide des valeurs du CISSS de Chaudière-Appalaches. • Prévoir une rencontre avec le plaignant et l'infirmière afin d'échanger ensemble et permettre de favoriser la communication.
Soins et services dispensés	<ul style="list-style-type: none"> • Rappeler aux techniciens ambulanciers paramédics de s'assurer que l'information transmise aux usagers et à leurs proches leur permet de bien comprendre les décisions prises. • Reprendre les activités permettant de rehausser les compétences des membres de l'équipe en matière de comportements perturbateurs (ITCA, OPUS, AAPA, etc.). • Appliquer la procédure clinique « Contact peau à peau au bloc opératoire et à la salle de réveil lors d'un accouchement par césarienne », et ce, dans le respect des directives ministérielles liées à la COVID-19.

Le Protecteur du citoyen

Le Protecteur du citoyen intervient chaque fois qu'il a des motifs raisonnables de croire qu'une personne ou un groupe de personnes a été lésé ou peut vraisemblablement l'être, par l'acte ou l'omission d'un organisme public, de son dirigeant, de ses membres ou du titulaire d'une fonction, d'un emploi ou d'un office qui relève de ce dirigeant. Le Protecteur du citoyen peut, chaque fois qu'il donne son avis au dirigeant d'un organisme public, lui faire toute recommandation qu'il juge utile et requérir d'être informé des mesures qui auront été effectivement prises pour remédier à la situation préjudiciable.

Au cours de la dernière année, le Protecteur du citoyen a traité 25 plaintes qui visaient les installations du CISSS de Chaudière-Appalaches. De ces plaintes, 16 recommandations ont été formulées. Des mesures correctives ont été apportées à la satisfaction du Protecteur du citoyen pour huit de ces recommandations émises, ce qui a contribué à l'amélioration de la qualité des soins et des services; sept dossiers demeurent actifs à ce jour incluant huit recommandations en cours. En outre, le Protecteur du citoyen est intervenu, de sa propre initiative, à quatre reprises auprès de l'établissement.

Tableau des recommandations

	Recommandations	Réalisé	En cours
1.	Rappeler au personnel infirmier concerné de porter des souliers fermés dans l'exécution de son travail.	X	
2.	Mettre en place une procédure à l'Hôpital de Saint-Georges visant à uniformiser la façon de préparer et transporter les effets personnels des usagers qui quittent l'urgence vers une unité de soins.		X
3.	Mettre en place les cinq recommandations de la commissaire (2019-00348) notamment la création d'un formulaire de recension des objets personnels que les usagers emportent avec eux ainsi que les rappels aux personnes concernées.		X
4.	Démontrer au Protecteur du citoyen que la facture #1109929 de 770,00 \$ a été annulée d'ici le 4 juillet 2020.	X	
5.	Cesser de facturer plus de 25,00 \$ par jour les usagers en hébergement temporaire. Démontrer que des mesures ont été mises en place pour atteindre cet objectif d'ici le 31 juillet 2020.		X
6.	Rappeler à l'infirmière concernée de l'urgence de l'Hôpital de Montmagny de porter une attention particulière à la pression qu'elle exerce sur le pied d'un bébé lors d'un prélèvement capillaire au talon, afin de ne pas le blesser.	X	
7.	Rappeler à l'ensemble du personnel infirmier de l'urgence de l'Hôpital de Montmagny l'importance de toujours réchauffer le pied d'un bébé avant d'effectuer un prélèvement capillaire au talon.	X	
8.	Ajouter au document de l'établissement Aide-mémoire pour prélèvement capillaire - clientèle nouveau-né et pédiatrique, le réchauffement du pied du bébé comme une étape préalable à un prélèvement capillaire au talon.	X	
9.	S'assurer que le personnel de l'urgence, de la chirurgie d'un jour ou de l'unité de soins de l'Hôpital Hôtel-Dieu de Lévis remplit le formulaire d'inventaire des effets personnels des usagers et le dépose au dossier de l'usager.		X

10.	Ne plus exiger systématiquement les factures d'achat et de remplacement d'un bien perdu lors d'une réclamation et de ne pas considérer ces factures comme seules preuves acceptables de la valeur du bien, et cela, dès la réception des présentes conclusions.	X	
11.	Modifier en conséquence, d'ici le 1 ^{er} décembre 2020, la procédure ayant pour titre : Gestion des objets de valeur et des effets personnels des usagers et des résidents au CISSS de Chaudière-Appalaches, en vigueur depuis le 8 mars 2017.		X
12.	Rappeler aux intervenants des équipes d'évaluation et d'orientation des signalements ainsi qu'à ceux à l'application des mesures du Centre jeunesse de s'assurer qu'ils interviennent équitablement envers chaque parent dans les dossiers de conflits de séparation tant lors de l'investigation que lors des contacts à autoriser lors des congés fériés.	X	
13.	Rappeler aux intervenants des équipes d'évaluation et d'orientation de signalements ainsi qu'à ceux à l'application des mesures du Centre jeunesse et particulièrement à l'intervenante au dossier, de consulter leur chef de service, la coordonnatrice clinique ou une spécialiste en activité clinique dans les situations où l'intérêt de l'enfant doit guider la prise de décision entre autres dans le cas de l'augmentation des contacts avec les enfants.	X	
14.	Rappeler au personnel du Centre d'évaluation et de traitement intensif (CÉTI) avec l'accompagnement de la Direction des soins infirmiers les éléments suivants : Les définitions des différentes mesures de contrôle; L'utilisation qui doit être faite de la salle d'apaisement/de retrait/d'isolement afin de bien faire la distinction entre un soin thérapeutique et une mesure de contrôle (isolement) afin que cette dernière mesure soit déclarée conformément aux normes ministérielles.		X
15.	Maintenir le suivi du plan de redressement concernant la ressource intermédiaire et de produire un nouvel état de situation afin de s'assurer du maintien et de la durabilité des correctifs apportés au niveau de la qualité des services offerts aux personnes hébergées dans ce milieu. Informer le Protecteur du citoyen des mesures prises pour atteindre cet objectif et transmettre l'état de situation à réaliser au plus tard le 31 août 2021.		X
16.	Produire un état de situation concernant les délais d'attente pour une consultation en orthopédie à l'Hôtel-Dieu de Lévis pour le 23 septembre 2020.		X
Total		8 réalisé	8 en cours

Le Coroner

En 2020-2021, 61 rapports d'investigation du coroner, dont quatre avec recommandations, concernant des décès survenus dans la région de la Chaudière-Appalaches nous furent acheminés. Des suivis sont assurés auprès des directions concernées pour la mise en place des mesures correctives.

De plus, le Service de la GIRPSSS reçoit les rapports avec et sans recommandations pour l'ensemble des établissements de santé de la province. Il voit à la diffusion de certains rapports dans une optique de prévention et de sensibilisation. Aussi, le Service de la GIRPSSS assure une vigie pour que les événements sentinelles qui nécessitent qu'un avis au coroner soit fait. La présentation des cas de coroner est un point statutaire à l'ordre du jour des rencontres du comité de gestion des risques ainsi que du comité de vigilance et de la qualité des services.

Recommandations adressées à l'établissement et résumé des mesures

Événements	Recommandations	Mesures mises en place
Décès par anoxie cérébrale par suffocation, consécutivement à un étouffement alimentaire évitable.	Au CISSS de Chaudière-Appalaches, de réviser toutes les résidences sous la supervision du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement de Chaudière-Appalaches, afin de s'assurer, de façon diligente, qu'aucun bénéficiaire n'ait accès à de la nourriture sans supervision.	La Direction DI-TSA et DP s'est assurée que les mesures déjà établies pour l'identification et la prise en charge d'usagers à risque d'étouffement soient toujours actuelles et respectées.

Décès par strangulation. Suicide.	Au CISSS de Chaudière-Appalaches, de réviser le dossier de monsieur.	Un rapport fut rédigé par le comité de révision et transmis au CMDP. Le dossier a été regardé par le comité exécutif du CMDP du CISSS de Chaudière-Appalaches.
Décès suivant une détérioration de son état de santé général, consécutivement à une chute. Décès des suites d'une fracture de la hanche.	Les coroners soulèvent conjointement les questionnements suivants et demandent à ce que des modifications soient apportées : <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce nécessaire et raisonnable d'attendre (parfois de longues heures) l'autorisation du médecin avant de transporter un résident au centre hospitalier? • Est-ce censé de laisser souffrir une personne alors que les infirmières sont qualifiées pour évaluer la gravité de la situation? • Est-ce que la norme acceptable serait de s'assurer qu'un appel au 911 soit logé rapidement par le personnel soignant si le niveau de soins le requiert? 	La Direction du programme SAPA a été interpellée pour mettre en place des actions dans le but d'éviter la récurrence au niveau du CISSS de Chaudière-Appalaches. Des discussions ont eu lieu avec le CHSLD Denis-Marcotte et un outil interne fut produit afin de clarifier les canaux de communication pour le transfert des usagers vers l'hôpital.

Le bureau de l'éthique clinique et organisationnelle

Le bureau de l'éthique clinique et organisationnelle (le Bureau) relève de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE). Il est la porte d'entrée pour toute demande de consultation et de formation en éthique clinique et organisationnelle. Afin de répondre aux demandes de consultation qui exigent une délibération éthique et une réflexion à larges spectres, trois comités d'éthique clinique et organisationnelle (CECO) et un comité d'éthique organisationnelle stratégique (CEOS) sont en place. Ceux-ci relèvent du conseil d'administration pour assurer leur indépendance. Le Bureau assure le soutien administratif de ces comités et collabore à différents travaux menés par ces derniers.

Thèmes des demandes traitées en 2020-2021 par le Bureau et les comités (CECO et CEOS)

Thème	Total de demandes traitées	Consultation au niveau du bureau de l'éthique	Formation par le bureau de l'éthique avec participation des comités d'éthique	Délibération en comité d'éthique
Éthique organisationnelle (notamment déclarations de conflits d'intérêts)	45	37	4	4
Prise de décision (notamment consentement)	16	10	1	5
Éthique professionnelle	4	1	0	3
Allocation de ressources	10	4	0	6
Fin de vie	2	2	0	0
Total	77	54	5	18

Autres activités du bureau de l'éthique clinique et organisationnelle

- Participation à des comités organisationnels :
 - Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS);
 - Comité stratégique amélioration des décisions de soin en respect des valeurs et préférence des patients;
 - Comité régional de gestion de pénurie de sang (PRMUSS);
 - Comité d'éthique de la recherche (M^{me} Ana Marin, le préside depuis décembre 2019);
 - Comité de révision de la structure (Gestion intégrée des risques);
 - Comité de vigie en oncologie (accès aux chirurgies);
 - Comité restreint de surveillance chirurgicale HDL;
 - Comité de travail en lien avec le Protocole de priorisation en soins intensifs.

- En collaboration avec les comités (CECO et CEOS) :
 - En lien avec le projet ETH-O-SSS (**ETH**ique **O**rganisationnelle en **S**anté et **S**ervices **S**ociaux), débuté en 2019 à la suite du bilan des activités en éthique 2015-2019, il y a eu des activités en lien avec les deux volets : organisationnel (mise en place du comité de la vie éthique, tournée des directions, présentations du projet à la Direction générale et au CGE du conseil d'administration) et de recherche (initiation du projet ETH-O-SSS exploratoire et financement obtenu pour ETH-O-SSS gestionnaires intermédiaires);
 - Poursuite des activités de la Cellule éthique de soutien en temps de pandémie mis en place au début de la crise sanitaire pour ajuster le soutien éthique aux besoins particuliers de l'organisation et de ses membres dans cette période;
 - Élaboration de fiches éthiques : <https://www.ciassca.com/covid-19-personnel/ethique/>;
 - Deux sondages en lien avec les valeurs organisationnelles : en été 2020 auprès des personnes œuvrant dans l'établissement et en février – mars 2021 auprès des usagers.

- Collaboration provinciale :
 - Comité d'éthique COVID-19 du MSSS : M^{me} Ana Marin participe aux réunions de ce comité en tant qu'agente de liaison avec les éthiciens des établissements du réseau de la santé et des services sociaux; dans ce même rôle, elle organise en collaboration avec deux autres agents de liaison, des rencontres hebdomadaires avec ces éthiciens;
 - Comité de travail sur le refus de dépistage de la COVID-19 (mis en place par le comité d'éthique COVID-19 du MSSS) : M^{me} Andréanne Talbot et Mme Ana Marin ont collaboré activement aux travaux de ce comité entre novembre 2020 et février 2021;
 - Participation aux rencontres de l'Observatoire éthique et santé de l'IDEA (Institut d'éthique appliquée de l'Université Laval).
 - Acfas 2021 : M^{me} Marin a organisé, en collaboration, un colloque sur les enjeux de la recherche en éthique en santé et services sociaux (<https://www.acfas.ca/evenements/congres/programme/88/enjeux-recherche/34/c>).

5.3 Le nombre de mises sous garde dans une installation selon la mission

Du 1 ^{er} avril 2020 au 31 mars 2021	Mission hôpitaux	Mission CHSLD	Mission CLSC	Mission centres de réadaptation	Total des missions
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	1 002	–	–	–	1 002
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	232
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	231	–	–	–	231

Nombre de demande (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	173
Nombre de mise sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	168	–	–	–	168

– : Nombre trop petit pour en permettre la publication.

5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits

Pour assurer le respect des droits des usagers et l'amélioration de la qualité des soins et des services, le CISSS de Chaudière-Appalaches peut compter sur l'équipe du commissaire aux plaintes et à la qualité des services (le commissariat) composée : d'une commissaire, d'un commissaire adjoint, d'agents de traitement des plaintes et de techniciennes en administration. L'examen des plaintes médicales est réalisé par les médecins examinateurs.

En cas d'insatisfaction, un usager peut formuler une plainte relative aux services reçus, à recevoir ou requis du réseau de la santé et des services sociaux. De plus, toute personne qui a des raisons de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers ne sont pas respectés, qui suspecte de la maltraitance ou de la négligence, peut signaler la situation au bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Au cours de l'année 2020-2021, le commissariat et les médecins examinateurs ont traité 1 613 dossiers qui se répartissent ainsi : 433 plaintes générales, 109 plaintes médicales, 657 interventions, 353 assistances et 61 consultations. Le délai moyen de traitement des plaintes a été de 31 jours comparativement à 26 jours en 2019-2020, ce qui représente 83 % des dossiers conclus en deçà du délai de 45 jours accordé par le législateur. Ce constat démontre encore une fois tous les efforts qui ont été maintenus et mis de l'avant par l'équipe du commissariat à répondre rapidement aux demandes. Pour joindre l'équipe du commissaire aux plaintes et à la qualité des services, il existe un numéro de téléphone unique, soit le 1 877 986-3587.

De plus, le site Internet du CISSS de Chaudière-Appalaches contient toutes les informations nécessaires sur les droits des usagers et le régime d'examen des plaintes. Des **formulaires de plaintes** sont également disponibles dans la section « **Plaintes et droits des usagers** », sous « **Commissaire aux plaintes et à la qualité des services** ».

Nous vous invitons à consulter le rapport annuel du commissaire aux plaintes et à la qualité des services 2020-2021 de l'établissement disponible sur le site Internet du CISSS de Chaudière-Appalaches à l'adresse suivante : www.cisssca.com.

5.5 L'information et la consultation de la population

En raison du contexte sanitaire qui a eu cours en 2020-2021, il n'a pas été possible pour le CISSS de Chaudière-Appalaches de tenir ses « Dialogues citoyens », mécanisme de consultation de la population de la région, dont une première édition s'est tenue en 2019-2020. L'établissement espère pouvoir remettre à l'agenda cette activité de consultation de la population en 2021-2022 et quand le contexte sanitaire le permettra.

Par ailleurs, des actions prévues au plan qui découlait des consultations 2019-2020, soit le déploiement de téléviseurs pour diffuser de l'information dans certaines salles d'attente de nos installations a connu un ralentissement dans son déploiement. Le tout se poursuivra dès que le contexte sanitaire le permettra.

Nous vous invitons à consulter notre site Web à l'adresse suivante : <https://www.cisssca.com>

Celui-ci contient plusieurs informations pour les citoyens, entre autres, les soins et services, les installations, l'existence des comités d'usagers et tout ce qui entoure la pandémie et la vaccination.

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

Rapport du président directeur général au Conseil d'administration de l'établissement et à la Commission sur les soins de fin de vie (Article 8 de la Loi concernant les soins de fin de vie, RLRQ chapitre S-32.0001).

du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021

Activité	Période du 1 ^{er} avril 2019 au 31 mars 2020 : Nombre de personnes	Site ou installation				Total
		Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie (Données dont l'exactitude est à bonifier, ainsi que la comparabilité d'une période à l'autre)	En centre hospitalier de courte durée : Source : MedÉcho, les personnes admises dans un lit réservé aux SPFV et celles admises hors lit réservé aux SPFV Alphonse-Desjardins : 271 Montmagny-L'Islet : 170 Beauce : nd (pas de lit réservé) Thetford : 187	628				628
	En centre d'hébergement et de soins de longue durée : Source : Gestred, medipatient (Impromptu) Alphonse-Desjardins : 55 Montmagny : 9 Beauce : pas de lit dédié Thetford : 88 Etchemins : 31		183			183
	À domicile : Source : I-CLSC Alphonse-Desjardins : 658 Montmagny-L'Islet : 223 Beauce : 281 Thetford : 216 Etchemins : 87			1 465		1 465
	En maison de soins palliatifs : Maison de soins palliatifs du Littoral : 86 Maison de soins palliatifs Catherine de Longpré : 110 Maison de soins palliatifs d'Hélène : 95 Source : Gestred				291	291
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées		127			127
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées		135			135
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées		132			132
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs. Informations complémentaires :		3			3

Rapport couvrant la période du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	2 567
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	127
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	135
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	132
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs. Informations complémentaires : <ul style="list-style-type: none"> • 1 personne a retiré sa demande et a changé d'avis; • 1 personne a changé son soin pour une sédation palliative continue; • 1 personne répondait aux conditions au moment de la demande d'AMM, mais a cessé d'y répondre au cours du processus d'évaluation. 	3

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

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

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

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

Cette année, la DPJ-DP a traité 6 665 signalements, ce qui correspond à une augmentation de 8,8 % comparativement à l'année précédente. Le principal motif de signalements retenus cette année est celui de l'abus physique (633, soit 25,1 %), suivi par la négligence (499, soit 19,8 %). Les principaux motifs pour lesquels la sécurité et le développement de l'enfant sont considérés compromis et qu'il est pris en charge par la DPJ-DP sont la négligence (soit 29 %) et des risques de négligence (soit 25 %) et les mauvais traitements psychologiques (soit 19,68 %). Nous remarquons une proportion importante d'enfants âgés de 0 à 12 ans signalés à la protection de la jeunesse (74,9 % vs signalements traités). Des initiatives de concertation avec tous les acteurs du milieu ont cours de façon continue afin d'en comprendre les raisons et d'agir préventivement pour éviter que la situation des enfants se détériore en Chaudière-Appalaches. C'est sur le territoire de Beauce-Sartigan (16,6 %) que nous retrouvons le nombre le plus élevé des enfants âgés entre 0 et 5 ans suivis par la DPJ-DP, suivi de près par Les Appalaches (15,6 %).

L'accessibilité, la qualité et l'efficacité de nos services sont des priorités pour la DPJ-DP. En ce sens, toutes les situations signalées requérant une intervention immédiate ou de 24 heures le sont dans les délais prévus. Nos délais de premiers contacts sont en moyenne de 20 jours.

En ce qui concerne le service des jeunes contrevenants, nous avons donné, en 2020-2021, des services à 275 usagers ayant commis des délits (46 filles et 229 garçons). Les garçons se retrouvent représentés en plus grand nombre (83,3%), 125 jeunes ont été concernés par une mesure de sanctions extrajudiciaires et 120 jeunes par des sanctions judiciaires.

Cette année, nous avons procédé à 11 adoptions québécoises, ce qui représente une diminution de 21,4 % par rapport à l'année dernière qui peut s'expliquer par certains reports d'audiences à la Cour du Québec, Chambre de la jeunesse. En ce qui concerne l'adoption internationale, les délais sont toujours en augmentation considérant que la réalité de plusieurs pays a changé et que les enfants en attente d'adoption sont souvent en grands besoins spéciaux nécessitant des soins et une implication plus grande des parents adoptifs. En ce qui concerne la tutelle, nous avons eu un nouveau jugement de tutelle au cours de la dernière année.

La Direction de la protection de la jeunesse, au cours des années, s'est fait mieux connaître par l'ensemble des directions et cela a permis une meilleure communication facilitant ainsi les zones de collaboration. Les défis de la prochaine année sont nombreux, en termes d'attraction et de rétention de notre personnel ayant perdu près de 35 % de notre personnel au profit des autres directions. Nous avons collaboré de façon étroite avec la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse afin d'aider à améliorer les services offerts à nos enfants. La dernière année a été toute particulière considérant le contexte de la pandémie et a eu des effets importants sur notre augmentation des signalements. À titre de DPJ-DP, nous travaillons en collaboration avec les différents acteurs du monde judiciaire à un comité pour améliorer la pratique judiciaire au Québec, nous travaillons principalement à réduire les délais occasionnés par le processus judiciaire. Nous participons aussi à la création d'un centre de services intégrés en abus et maltraitance avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale afin de faciliter le parcours de soins de l'enfant qui est victime d'abus ou de négligence grave. Nous sommes impliqués dans le programme d'intervention socio-judiciaire en conflits sévères de séparation avec deux autres CISSS et CIUSSS ainsi que la magistrature. Ce programme est novateur et fera l'objet d'une évaluation dans le but qu'il soit implanté dans toutes les régions du Québec.

La protection des enfants est l'affaire de tous!

Signalements traités

	2020-2021						
	0-5 ans	6-12 ans	13-15 ans	16-17 ans	Inconnu	Total	%
Fille	925	1 357	570	254	38	3 144	47,17 %
Garçon	1 077	1 634	520	246	41	3 518	52,78 %
Inconnu	3	0	0	0	0	3	0,05 %
Total	2 005	2 991	1 090	500	79	6 665	100 %

	2019-2020						
	0-5 ans	6-12 ans	13-15 ans	16-17 ans	Inconnu	Total	%
Fille	839	1219	568	276	33	2935	47,90 %
Garçon	979	1406	475	288	40	3188	52,02 %
Inconnu	2	2	0	1	0	5	0,08 %
Total	1 820	2 627	1 043	565	73	6 128	100 %

Signalements retenus par MRC

MRC	2020-2021	2019-2020
Beauce-Sartigan	384	346
Bellechasse	231	156
Chutes-de-la-Chaudière	343	351
Desjardins	269	289
Appalaches	255	336
L'Islet	98	71
Nouvelle-Beauce	203	195
Etchemins	125	82
Lotbinière	278	217
Montmagny	144	133
Robert-Cliche	109	99
Hors territoire	88	88
Total	2 363	2 363

Provenance des signalements traités

	2020-2021	2019-2020
Milieu familial	13,90 %	14,68 %
Employé d'un CJ	31,83 %	25,94 %
Famille d'accueil	0,44 %	0,17 %
Employé d'un CH ou médecin	3,04 %	4,48 %
Autres professionnels	0,63 %	0,51 %
Milieu scolaire	18,11 %	18,92 %
Milieu policier	15,70 %	15,75 %
Communauté	11,13 %	8,68 %
Milieu de garde	1,55 %	1,69 %
Employé d'un organisme	3,67 %	9,18 %
Total	100 %	100 %

Nombre de signalements retenus par problématique

Problématiques	2020-2021	2019-2020
Abandon	3	3
Abus physique	633	596
Risque sérieux d'abus physique	286	190
Abus sexuel	139	128
Risque sérieux d'abus sexuel	139	144
Mauvais traitements psychologiques	317	295
Négligence	499	527
Risque sérieux de négligence	372	292
Troubles de comportements sérieux	133	188
Total	2 521	2 363

Enfants dont la situation est prise en charge par la DPJ

	2020-2021	2019-2020	2020-2021	2019-2020
Problématiques	Total	%	Total	%
Abandon	18	0,90 %	15	0,79
Abus physique	167	8,36 %	167	8,83
Risque sérieux d'abus physique	73	3,66 %	71	3,75
Abus sexuel	55	2,75 %	47	2,49
Risque sérieux d'abus sexuel	43	2,15 %	43	2,27
Mauvais traitements psychologiques	393	19,68 %	319	16,87
Négligence	579	29 %	554	29,30
Risque sérieux de négligence	499	24,99 %	474	25,07
Troubles de comportement sérieux	170	8,51 %	201	10,63
Total	1 997	100 %	1 891	100 %

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

Milieu de vie	31 mars 2021		31 mars 2020	
	Total	%	Total	%
Suivi dans le milieu familial	868	53,35 %	837	57,60
Confié à un tiers significatif	128	7,87 %	118	8,12
Ressources de type familial	312	19,17 %	290	19,96
CR et RI	87	5,35 %	89	6,13
Autres ressources	232	14,26 %	119	8,19
Total	1 627	100 %	1 453	100 %

Milieu de vie indéterminé :

- Pas de mesures actives à l'application des mesures;
- Sans mesure pendant l'instance;
- Retard dans la saisie.

8. Les ressources humaines

8.1 Les ressources humaines de l'établissement public et privé conventionné

Nombre de personnes occupant un emploi dans l'établissement au 31 mars 2020 et nombre d'équivalents temps complet en 2019-2020

Catégorie de personnel	Nombre d'emploi au 31 mars 2020	Nombre d'ETC en 2019-2020
1 – Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	3 356	2 814
2 – Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	3 007	2 382
3 – Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 654	1 487
4 – Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	3 316	2 759
5 – Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales *	108	88
6 – Personnel d'encadrement	366	359
Total	11 807	9 888

* Soit les pharmaciens, les biochimistes cliniques, les physiciens médicaux, les sages-femmes et les étudiants.

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.

Les données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs 2020-2021

CISSS de Chaudière-Appalaches	Comparaison sur 364 jours 2020-03-29 au 2021-03-27		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées
1 – Personnel d'encadrement	649 732	84 655	734 386
2 – Personnel professionnel	3 001 787	46 827	3 048 614
3 – Personnel infirmier	5 092 432	281 995	5 374 427
4 – Personnel de bureau, technicien et assimilé	8 821 235	283 826	9 105 061
5 – Ouvriers, personnel d'entretien et de service	1 965 678	46 850	2 012 529
6 – Étudiants et stagiaires	27 645	172	27 817
Total 2020-2021	19 558 510	744 324	20 302 834
Total 2019-2020			18 784 167

Cible 2020-2021	20 313 316
Écart	(10 482)
Écart en %	- 0,1%

La cible d'effectifs (20 313 316 heures) fixée par le ministère de la Santé et des Services sociaux a été respectée par le CISSS de Chaudière-Appalaches (nombre d'heures réelles: 20 302 834).

9. Les ressources financières

9.1 L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

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

Répartition des charges brutes par programme
(Fonds d'exploitation – Activités principales)
(Informations non auditées)

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent		Variation des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Programmes-services						
Santé publique	71 788 324\$	5,32 %	18 894 012\$	1,72 %	52 894 312\$	279,95 %
Services généraux – activités cliniques et d'aide	59 083 395\$	4,38 %	57 505 338\$	5,23 %	1 578 057\$	2,74 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	270 998 896\$	20,09 %	198 847 938\$	18,07 %	72 150 958\$	36,28 %
Déficiences physiques	43 073 951\$	3,19 %	35 730 643\$	3,25 %	7 343 308\$	20,55 %
Déficiences intellectuelles et TSA	74 352 781\$	5,51 %	69 511 942\$	6,32 %	4 840 839\$	6,96 %
Jeunes en difficulté	78 706 883\$	5,83 %	69 988 897\$	6,36 %	8 717 986\$	12,46 %
Dépendances	7 534 839\$	0,56 %	6 927 393\$	0,63 %	607 446\$	8,77 %
Santé mentale	68 984 599\$	5,11 %	61 875 958\$	5,62 %	7 072 641\$	11,43 %
Santé physique	402 293 395\$	29,82 %	369 054 472\$	33,51 %	33 239 123\$	9,01 %
Programmes de soutien						
Administration	84 974 373\$	6,30 %	73 074 720\$	6,64 %	11 899 653\$	16,28 %
Soutien aux services	90 947 748\$	6,74 %	75 381 445\$	6,85 %	15 566 303\$	20,65 %
Gestion des bâtiments et des équipements	96 464 152\$	7,15 %	63 785 034\$	5,80 %	32 679 118\$	51,23 %
Total	1 349 167 536\$	100 %	1 100 577 792\$	100 %	248 589 744\$	22,59 %

Pour plus d'information sur les ressources financières de l'établissement, il est possible de consulter le rapport financier annuel AS-471 publié sur le site Internet du CISSS de Chaudière-Appalaches à l'adresse www.cisssca.com. Ce rapport inclut notamment les états financiers de l'organisation.

9.2 L'équilibre budgétaire

L'établissement a clos l'exercice financier 2020-2021 avec un surplus de 3 212 395 \$ ventilé comme suit :

Fonds d'exploitation	Surplus de l'exercice	3 629 195 \$
Fonds d'immobilisations	Déficit de l'exercice	(416 800) \$
Total	Déficit de l'exercice	3 212 395 \$

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

9.3 Les contrats de services

Au cours de l'année financière 2020-2021, des contrats de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, ont été conclus tel que mentionné dans le tableau suivant :

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

Contrats	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique	5	245 500 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique	150	35 128 447 \$
Total des contrats de services	155	35 373 947 \$

1. Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.

2. Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.

10. La direction des ressources informationnelles

Sommaire des réalisations annuelles en lien avec les enjeux et priorités en ressources informationnelles:

1. Installation de bornes Wi-Fi dans les CHSLD;
2. Mise en place de la téléphonie IP locale et pour les télétravailleurs;
3. Changement de commutateurs désuets;
4. Mise en place des centres de vaccination et de dépistage de la COVID-19;
5. Mise en place des sites non traditionnels (SNT) pour la COVID-19;
6. Mise en place des équipes mobiles pour le dépistage;
7. Déploiement des tablettes mobiles pour permettre le contact avec les familles en CHSLD;
8. Mise en place de 3 000 travailleurs en télétravail;
9. Fusion des quatre laboratoires en un seul système d'information de laboratoire;
10. Déploiement de tablettes et de portables au programme jeunesse pour l'école à distance;
11. Mise à jour de plus de 100 serveurs désuets à des environnements soutenus par le manufacturier;
12. Déploiement massif des outils de collaboration (Microsoft Teams);
13. Régionalisation de Nosokos.

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

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2021 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers et autres informations financières						
R-1 Les contrats de location d'immeubles conclus entre le CISSS-CA et la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », du <i>Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public</i> , il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition.	2011-2012	R	Applicable globalement pour le CISSS-CA depuis 2016. Aucune, car il s'agit d'une directive du MSSS.			NR
R-3 Le CISSS-CA n'a pas comptabilisé, au 31 mars 2016, à l'état de la situation financière, des subventions à recevoir du gouvernement du Québec concernant des immobilisations financées ou devant être financées par emprunts pour lesquelles des travaux ont été réalisés. Cette situation constitue une dérogation à la norme comptable sur les paiements de transfert (Normes comptables canadiennes pour le secteur public).	2013-2014	R	Applicable globalement pour le CISSS-CA depuis 2016. Aucune, car il s'agit d'une directive du MSSS.			NR
Questionnaire à compléter par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
QAI-3 Pour les non-conformités au MGF concernant les unités de mesure, voir l'annexe au rapport de l'auditeur – Unités de mesure et heures travaillées et rémunérées.	2013-2014	C	Applicable globalement pour le CISSS-CA depuis 2016. Voir les réponses au suivi des commentaires UM ci-dessous.		PR	

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R: réserve O: observation C: commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2021 R: réglée PR: partiellement réglée NR: non réglée		
				R 5	PR 6	NR 7
<p>UM-1 <u>CISSS-CA</u></p> <p>Selon le MGF, l'utilisateur doit être compilé une seule fois durant l'exercice pour l'établissement en entier. Étant donné que les numéros de dossier des usagers diffèrent pour chacune des installations de l'établissement, il est difficile pour la direction d'identifier qu'un même usager s'est présenté dans plusieurs installations durant l'exercice financier. Ainsi, il y a un risque d'une surévaluation potentielle, mais cet écart ne peut être quantifié. Les sous-centres d'activité visés sont ceux qui sont présents dans plus d'une installation ou pour lesquels le processus de compilation ne permet pas de repérer un même usager qui a utilisé les services dans plus d'une installation.</p>	2013-2014	R	Applicable globalement pour le CISSS-CA depuis 2016. Cette réserve ne pourra se régler tant et aussi longtemps que nous n'aurons pas un index patient unique pour tous les systèmes. 2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020 et le 31 mars 2021.			NR
<p>UM-10 <u>CISSS-CA – 6565</u></p> <p>Concernant l'unité de mesure « l'utilisateur » du sous-centre d'activité 6565 (Services sociaux), nous avons constaté, pour la période testée, que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes : L'unité de mesure « l'utilisateur » est erronée puisque nous avons constaté une divergence entre le nombre d'utilisateurs selon le rapport détaillé cumulatif et le rapport global cumulatif à la période 10. Pour l'année 2018-2019, nous avons constaté que l'utilisateur avait été compté plus d'une fois. Nous avons constaté que la compilation périodique des unités ne correspondait pas au total de la période.</p>	2015-2016	R	Rencontres avec tous les gestionnaires concernés du CISSS-CA. Explications données et comprises. Toutefois, des améliorations devront être faites au niveau de la production des rapports. 2018-2019 : nous avons travaillé avec quelques secteurs pour améliorer le fichier de saisie afin d'avoir l'utilisateur unique. Ceci semble porter ses fruits. 2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020 et le 31 mars 2021.		PR	

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R: réserve O: observation C: commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2021 R: réglée PR: partiellement réglée NR: non réglée		
				R 5	PR 6	NR 7
<p>UM-16 <u>CISSS-CA – 7163</u></p> <p>Concernant l'unité de mesure « l'usager » du sous-centre d'activité 7163 (Prêt d'équipement aux usagers des services à domicile), nous avons constaté que la liste détaillée fournie par le fournisseur externe ayant servi à l'inscription des unités de mesure n'est pas fiable. Celle-ci incluait des usagers en double ainsi que des usagers non admissibles selon le MGF. En 2017-2018, des écarts entre la période testée et le total annuel n'ont pas pu être expliqués. En 2018-2019, nous avons remarqué l'absence de documents confirmant le prêt d'équipement et la compilation ne s'effectue pas adéquatement. En effet, nous n'avons pas été en mesure d'obtenir toute la documentation nécessaire pour valider les prêts d'équipements.</p>	2015-2016	R	Il y a concentration de l'information dans un secteur (compilation). Par contre, le tout n'est pas complété. Il reste à valider les petits équipements en CLSC (Beauce). Il reste une partie du travail à effectuer avec les installations de Thetford et de Beauce. 2018-2019: aucun travail n'a été fait durant l'année. 2019-2020 et 2020-2021: en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020 et le 31 mars 2021.		PR	
<p>UM-17 <u>CSSS de Beauce – 7202</u></p> <p>Les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives relatives à l'unité de mesure « La semaine-étudiant » du centre d'activité 7202 (coordination et soutien) ne sont pas valables. En effet, nous avons noté une divergence entre les données inscrites à la statistique versus le décompte réel physique. L'effet de ce qui précède sur l'unité de mesure et le coût unitaire de l'unité de mesure du centre d'activité 7202 (coordination et soutien) présenté à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé. En 2018-2019, nous avons constaté qu'un stage avait été comptabilisé à deux reprises.</p>	2013-2014	R	Amélioration du processus en 2016-2017 avec la possibilité d'extraire la donnée. Les reports se font adéquatement, il reste à travailler le calcul du nombre de semaine. 2018-2019: nous avons compilé la donnée de façon cumulative. De cette façon, il nous a été possible de reprendre les données modifiées durant les périodes antérieures. Le processus est bien défini et les contrôles aussi. 2019-2020 et 2020-2021: en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020 et le 31 mars 2021.		PR	

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R: réserve O: observation C: commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2021 R: réglée PR: partiellement réglée NR: non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
<p>UM-18 <u>CISSS- CA – 7532</u></p> <p>Concernant l'unité de mesure « l'admission, la visite et l'usager » du sous-centre d'activité 7532 (Archives), nous avons constaté, que la compilation n'est pas conforme à la définition et aux directives du MGF pour les raisons suivantes. Pour certaines installations, l'établissement avait enlevé les cas en double pour les usagers utilisant plus d'un service, alors que le MGF ne spécifie pas cette demande. Pour un secteur sélectionné, les demandes de renseignements téléphoniques sont compilées alors que le MGF indique de ne pas les compiler. Même situation en 2017-2018. En 2018-2019, nous avons constaté pour un secteur donné que la compilation des données comprenait aussi les unités appartenant à une clinique privée. La documentation qui sert à étayer les informations est manquante. La compilation des profils d'utilisateurs attribués qui donnent accès au dossier électronique est erronée. Le total compilé ne correspond pas à la liste des présences pour plusieurs périodes.</p>	2015-2016	R	<p>Pour tous les points, nous avons travaillé un peu le dossier, mais nous devons prendre plus de temps pour analyser chaque élément constituant l'unité de mesure. 2018-2019 : le dossier est en constante évolution. Il reste certains points à éclaircir pour s'assurer d'une standardisation de la donnée. 2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020 et le 31 mars 2021.</p>			NR

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2021 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
<p>UM-21</p> <p>Nous avons relevé, dans plusieurs centres et sous-centres d'activités, que les statistiques cumulatives à la période 13 reportées au tableau de compilation ne correspondent pas aux statistiques compilées dans les systèmes pour les unités de mesure suivantes : « le mètre cube » du sous-centre d'activités 7703 (Fonctionnement des installations – Autres). En 2018-2019, une donnée n'a pu être corroborée par des pièces justificatives. De plus, nous avons constaté que la mesure utilisée pour le calcul de l'unité de mesure était erronée depuis 2015. 6322 - Nous avons constaté que certaines données n'étaient pas compilées dans le bon type de retraitement pondéré ce qui a pour effet de fausser la compilation des unités de mesure.</p>	2016-2017	R	Création d'un fichier de compilation CISSS et suivi périodique des données avec validation de la part du personnel de la gestion de l'information. 2018-2019 : un effort supplémentaire a été fait pour s'assurer de la validation et de la conformité des statistiques dans les différents systèmes. 2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020 et le 31 mars 2021.			NR
<p>UM-29</p> <p><u>6322</u></p> <p>Concernant l'unité de mesure « le retraitement pondéré » du sous-centre d'activités 6322 (Unité de retraitement des dispositifs médicaux – CLSC et CH), nous avons constaté que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes : Les pièces justificatives ne concordent pas avec le rapport fait manuellement. Certaines données ne sont pas inscrites alors que d'autres sont erronées. En 2018-2019, la compilation de l'unité n'a pas été faite selon la bonne pondération. Le nombre de retraitements au niveau des endoscopies a été établi en fonction d'une moyenne pour les périodes 1 à 7 au lieu d'être établi en fonction du nombre réel. En 2017-2018 et 2018-2019, des erreurs de compilation dans la période testée ont été retracées. En 2018-2019, nous avons constaté que certaines données n'étaient pas compilées dans le bon type de retraitement pondéré ce qui a pour effet de fausser la compilation des unités de mesure.</p>	2016-2017	R	2018-2019 : retour aux équipes et rappel sur l'inscription de la donnée. 2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020 et le 31 mars 2021.			NR

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2021 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
<p>UM-30 <u>6350 et 6352</u></p> <p>Concernant l'unité de mesure « l'unité technique provinciale » du centre d'activités 6350 (Inhalothérapie) et du sous-centre d'activité 6352 (Inhalothérapie – Autres), nous avons constaté que des unités d'au moins un secteur sont manquantes.</p>	2016-2017	R	Le secteur travaille sur la meilleure façon de compiler la donnée. Elle demeure encore manquante dans certaines installations. 2018-2019 : des travaux ont été débutés, mais pas terminés. La donnée n'est pas totalement exacte. 2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020 et le 31 mars 2021.		PR	
<p>UM-31 <u>6352</u></p> <p>Concernant l'unité de mesure « l'usager » du sous-centre d'activités 6352 (Inhalothérapie – Autres), nous avons également constaté que la saisie des données a été effectuée en lot, sans inscrire les numéros de dossier. Il n'est donc pas possible de connaître les usagers reliés aux données. Cela a pour incidence de sous-évaluer le nombre d'usagers. En 2017-2018, des écarts entre la période testée et le total annuel de l'année ont été retracés. En 2018-2019, il y a un écart entre le fichier détaillé et le fichier de compilation transmis.</p>	2016-2017	R	L'information a été transmise auprès des utilisateurs. 2018-2019 : le tout a été discuté avec les secteurs concernés. 2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020 et le 31 mars 2021.			NR
<p>UM-35 <u>6831 et 6832</u></p> <p>Concernant les unités de mesure « l'unité technique provinciale » et « la procédure » des sous-centres d'activités 6831 (Radiologie générale) et 6832 (Ultrasonographie), nous avons constaté que le nombre de procédures dans les fichiers détaillés que nous avons obtenus ne correspond pas aux nombres d'unités techniques provinciales et de procédures du rapport périodique testé. Même situation en 2017-2018.</p>	2016-2017	R	Le fichier détaillé contient des erreurs que le fournisseur n'est pas en mesure de nous expliquer pour le moment. Nous considérons que les données produites par le rapport sommaire sont adéquates. 2018-2019 : aucun suivi reçu cette année sur cette information. 2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020 et le 31 mars 2021.		PR	

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R: réserve O: observation C: commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2021 R: réglée PR: partiellement réglée NR: non réglée		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
<p>UM-41 <u>7553</u></p> <p>Concernant l'unité de mesure « l'usager » du sous-centre d'activités 7553 (Nutrition clinique), nous avons constaté que des usagers sont comptés plus d'une fois. En 2017-2018, la fiche d'un usager sélectionné n'a pas pu être retracée. En 2018-2019, il y a un écart entre le fichier détaillé et le fichier de compilation transmis. Également, il y a eu suppression de données non archivées. En effet, nous avons constaté que la procédure suivie lorsqu'un patient décède ou est transféré provoque la suppression de données dans le système. Nous avons également constaté qu'une unité avait été omise dans le fichier cumulatif étant donné que le rapport fourni couvrait une seule journée plutôt que la période entière.</p>	2016-2017	R	2017-2018 : Aucun suivi n'a été fait. 2018-2019 : nous avons travaillé avec plusieurs secteurs pour améliorer les fichiers « Excel maison ». Nous croyons que le personnel a bien intégré l'information. 2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020 et le 31 mars 2021.			NR
<p>UM-46</p> <p>Nous avons relevé dans plusieurs centres et sous-centres d'activités que les statistiques cumulatives à la période 13 reportées au tableau de compilation ne correspondaient pas aux statistiques compilées dans les systèmes pour l'unité de mesure suivante : « la procédure pondérée » du sous-centre d'activités 6607 (Microbiologie). Même situation pour l'année 2018-2019.</p>	2017-2018	R	Idem à UM-21			NR

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R: réserve O: observation C: commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2021 R: réglée PR: partiellement réglée NR: non réglée		
				R 5	PR 6	NR 7
UM-47 <u>6785-6834-6835</u> Concernant l'unité de mesure « l'unité technique provinciale » du sous-centre d'activités un problème informatique d'un fournisseur a empêché la compilation adéquate des unités. En 2018-2019, il y a un écart entre le fichier détaillé et le fichier de compilation transmis.	2017-2018	R	Idem à UM-35		PR	
UM-48 <u>7402</u> Concernant l'unité de mesure « le déplacement d'un usager » du sous-centre d'activités 7402 (Déplacement en ambulance vers une maison de soins palliatifs ou pour des usagers âgés de 65 ans et plus), certains déplacements auraient dû être compilés au sous-centre 7401 au lieu du 7402.	2017-2018	R	2018-2019 : le dossier des unités de mesure de ce sous-centre d'activités a été pris en charge par une seule personne d'où la recherche de la standardisation, de l'enseignement de l'information du MGF et reclassement des données s'il y a lieu. 2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020 et le 31 mars 2021.		PR	
UM-49 <u>7801</u> Concernant l'unité de mesure « le mètre carré » du sous-centre d'activités 7801 (Entretien du parc immobilier et du parc d'équipement non-médical et mobilier (propriété CHQ ou établissement public), il nous a été impossible de retracer la superficie de l'immeuble testé au plan détaillé.	2017-2018	R	2018-2019 : dossier en évolution constante. Il reste quelques éléments d'antériorité à valider. 2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020 et le 31 mars 2021.		PR	
UM-51 <u>6352</u> Nous avons constaté une anomalie dans la compilation des données entre la liste d'une période et le total présenté pour cette même période dans la liste cumulative.	2018-2019	R	2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020 et le 31 mars 2021.			NR

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2021 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
UM-52 <u>6785</u> Nous avons constaté une anomalie dans la compilation entre les listes détaillées et la liste cumulative. En effet, les UTP doivent être comptabilisées durant la période entamée, mais l'inscription ne se fait qu'à la fin de l'examen.	2018-2019	R	2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020 et le 31 mars 2021.			NR
UM-53 <u>6607 (10)</u> Nous avons constaté une anomalie dans la compilation et n'avons pas été en mesure de valider le total d'une catégorie de procédures à la fin de l'année avec la liste fournie.	2018-2019	R	2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020 et le 31 mars 2021.			NR
UM-54 <u>6607 (20)</u> Nous avons constaté une anomalie dans la compilation et n'avons pas été en mesure de valider le total d'une catégorie de procédures à la fin de l'année avec la liste fournie.	2018-2019	R	2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020 et le 31 mars 2021.			NR
UM-55 <u>6870</u> La documentation fournie ne nous a pas permis de retracer un sondage effectué avec la liste cumulative.	2018-2019	R	2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020 et le 31 mars 2021.			NR

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2021 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Rapport à la gouvernance						
Les recommandations présentées dans l'annexe et qui touchent les exercices terminés les 31 mars 2016 et 31 mars 2017 ont été émises par le Vérificateur général du Québec (VGQ).						
C-7 Le VGQ a recommandé à l'établissement de mettre en place une procédure formelle, documentée et périodique de révision des codes inactifs et de droits d'accès, en fonction des responsabilités du personnel utilisateur pour le réseau et les applications.	2013-2014	C	Applicable globalement pour le CISSS-CA depuis 2016. Ces recommandations ont été prises en compte lors de l'implantation des systèmes financiers uniques (Paie-RH et SIG-FA). Des profils d'accès ont été élaborés avec l'octroi de nouveaux codes d'accès. La procédure de révision des codes inactifs et des droits d'accès suivra au cours de la prochaine année financière. De plus, l'établissement est en cours de déploiement du projet Active Directory. 2020-2021 : l'équipe de pilotage du système Virtuo Paie-RH a procédé à la révision droits d'accès en approbation de gestionnaires. L'activité demeure toutefois à réaliser pour le système financier Espresso GRF-GRM.		PR	

12. La divulgation des actes répréhensibles

L'établissement public ou privé conventionné, de même que le Conseil cri de la santé et des services sociaux, sont tenus d'établir et de diffuser une procédure pour faciliter la divulgation d'actes répréhensibles par les employés. L'établissement doit présenter le tableau suivant.

Divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics	Nombre de divulgations	Nombre de motifs	Motifs fondés
1. Le nombre de divulgations reçues par le responsable du suivi des divulgations ¹	3	Sans objet	
2. Le nombre de motifs allégués dans les divulgations reçues (point 1) ²	Sans objet	1	Sans objet
3. Le nombre de motifs auxquels il a été mis fin en application du paragraphe 3 de l'article 22		0	
4. Motifs vérifiés par le responsable du suivi des divulgations : Parmi les motifs allégués dans les divulgations reçues (point 2), excluant ceux auxquels il a été mis fin (point 3), identifiez à quelle catégorie d'acte répréhensible ils se rapportent.			
✓ Une contravention à une loi du Québec, à une loi fédérale applicable au Québec ou à un règlement pris en application d'une telle loi		-	-
✓ Un manquement grave aux normes d'éthique et de déontologie		-	-
✓ Un usage abusif des fonds ou des biens d'un organisme public, y compris de ceux qu'il gère ou détient pour autrui		-	-
✓ Un cas grave de mauvaise gestion au sein d'un organisme public, y compris un abus d'autorité		-	-
✓ Le fait, par un acte ou une omission, de porter gravement atteinte ou de risquer de porter gravement atteinte à la santé ou à la sécurité d'une personne ou à l'environnement	Sans objet	1	0
✓ Le fait d'ordonner ou de conseiller à une personne de commettre un acte répréhensible identifié précédemment		-	-
5. Le nombre total de motifs qui ont fait l'objet d'une vérification par le responsable du suivi des divulgations		0	Sans objet
6. Parmi les motifs vérifiés par le responsable de suivi (point 4), le nombre total de motifs qui se sont avérés fondés		Sans objet	1
7. Parmi les divulgations reçues (point 1), le nombre total de divulgations qui se sont avérées fondées, c'est-à-dire comportant au moins un motif jugé fondé			1
8. Le nombre de communications de renseignements effectuées en application du premier alinéa de l'article 23 ³			
	0	-	-

1. Le nombre de divulgations correspond au nombre de divulgateurs.
2. Une divulgation peut comporter plusieurs motifs, par exemple un divulgateur peut invoquer dans sa divulgation que son gestionnaire a utilisé les biens de l'État à des fins personnelles et qu'il a contrevenu à une loi du Québec en octroyant un contrat sans appel d'offre.
3. Le transfert de renseignements au Commissaire à la lutte contre la corruption ou à tout organisme chargé de prévenir, de détecter ou de réprimer le crime ou les infractions aux lois, dont un corps de police et un ordre professionnel, entraînant ou non la fin de la prise en charge de la divulgation par le responsable du suivi est répertorié à ce point.

13. Les organismes communautaires

Le nombre d'organismes communautaires subventionnés par le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) est de 175 pour l'année 2020-2021.

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

- Suivi des obligations de la Convention de soutien financier 2015-2018 – dans le cadre du soutien financier à la mission globale des organismes communautaires œuvrant en santé et services sociaux;
- Pour les organismes communautaires financés par entente spécifique ou projet ponctuel, une lettre d'allocation exprimant les exigences de reddition de comptes est transmise systématiquement à chacune des allocations ciblées par ces modes de financement;
- Lors de la demande annuelle d'aide financière par le formulaire de demande de rehaussement financier PSOC, le CISSS de Chaudière-Appalaches s'assure que chacun des organismes communautaires demandeurs possède le Cadre de gestion ministériel du PSOC du ministère de la Santé et des Services sociaux qui précise les critères d'attribution d'un montant de rehaussement;
- Le CISSS de Chaudière-Appalaches rend disponible pour tous les organismes communautaires subventionnés le Cadre de gestion ministériel du PSOC du ministère de la Santé et des Services sociaux qui présente les exigences de reddition de comptes;
- Avis pour tous les organismes communautaires subventionnés dans le cadre du PSOC rappelant les documents exigés pour la reddition de comptes et l'échéancier balisé par le PSOC;
- Mécanisme de suivi à la reddition de comptes auprès de tous les organismes communautaires subventionnés.

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

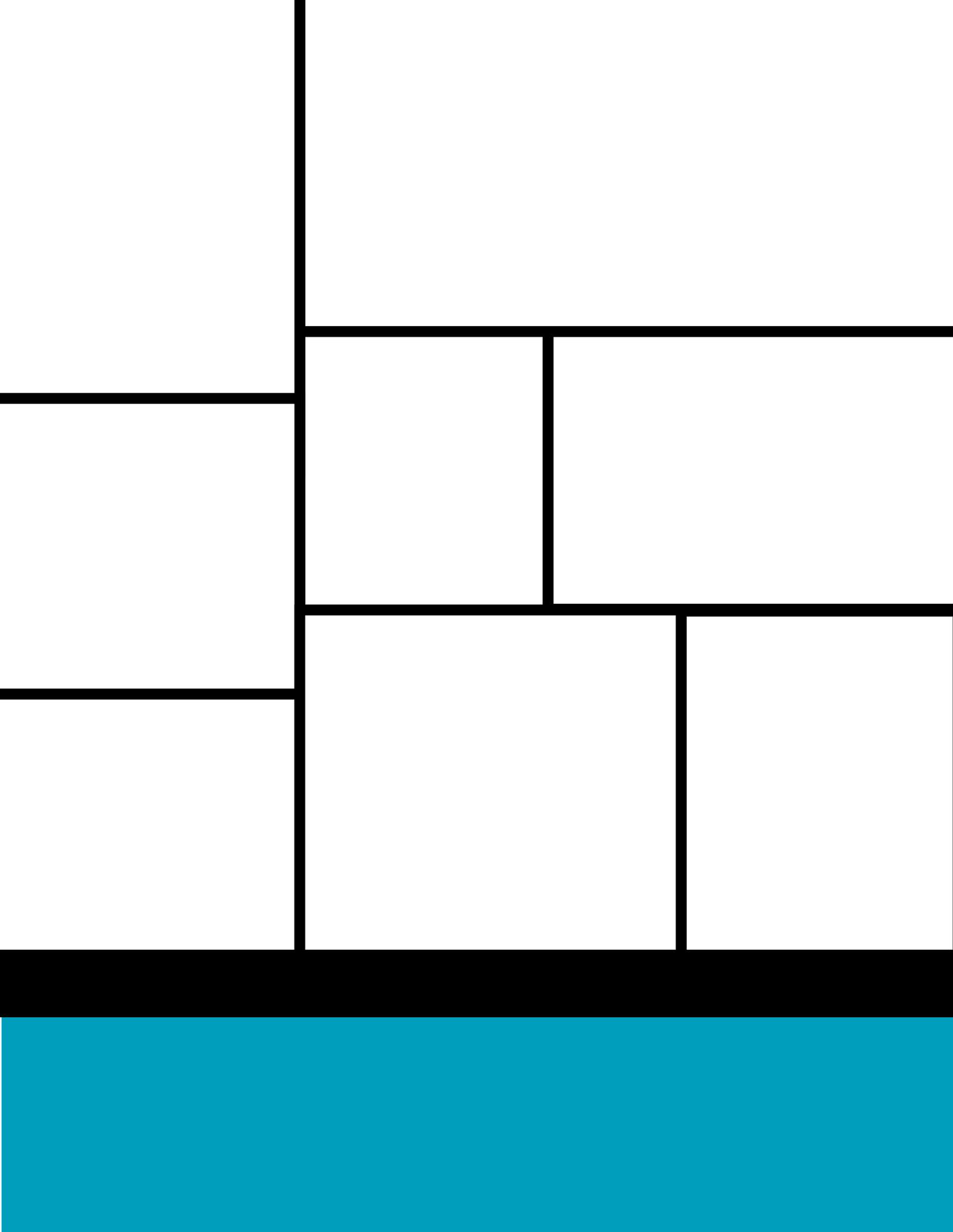
Soutien financier aux organismes communautaires par le programme de soutien financier (PSOC)		
Organismes	Total 2019-2020	Total 2020-2021
A.P.E.D.A.H. et Plus Beauce-Etchemins	23 143 \$	57 426 \$
Accueil-sérénité	109 205 \$	332 790 \$
Action Jeunesse Côte-Sud	163 243 \$	347 306 \$
Aide aux jeunes contrevenants de Beauce (A.J.C. Beauce)	203 606 \$	416 170 \$
Allaitement Québec	64 338 \$	131 506 \$
Alliance-jeunesse Chutes-de-la-Chaudière	159 886 \$	355 268 \$
Amalgame MDJ Ouest	162 194 \$	365 328 \$
Association bénévole Beauce-Sartigan inc.	293 984 \$	591 588 \$
Association de la fibromyalgie région Chaudière-Appalaches	123 159 \$	298 168 \$
Association de l'action volontaire Appalaches	301 523 \$	624 066 \$
Association de loisirs pour personnes handicapées de L'Islet-Sud	163 817 \$	395 378 \$
Association d'entraide communautaire La Fontaine	228 213 \$	491 776 \$
Association des personnes handicapées de la Chaudière	211 491 \$	452 256 \$
Association des personnes handicapées de Lévis inc.	470 203 \$	961 094 \$
Association des personnes handicapées de Lotbinière	207 705 \$	452 842 \$
Association Horizon Soleil	106 890 \$	317 252 \$
Association pour l'intégration sociale (région Beauce-Sartigan)	248 528 \$	549 848 \$

Association renaissance des Appalaches	304 491 \$	691 104 \$
Atelier occupationnel Rive-Sud inc.	171 252 \$	409 496 \$
Au Bercaill de Saint-Georges	789 835 \$	1 803 158 \$
Aube de la Paix (1993) inc.	71 586 \$	246 322 \$
Aux Quatre Vents, groupe d'entraide pour personnes en difficulté psychologique ou psychiatrique	280 383 \$	573 102 \$
CALACS de la Rive-Sud	284 514 \$	946 022 \$
Carrefour des personnes âgées de Lotbinière	165 435 \$	343 096 \$
Centre aide et prévention jeunesse de Lévis	131 886 \$	327 268 \$
Centre communautaire Normandie inc.	115 984 \$	247 072 \$
Centre d'action bénévole Beauce-Etchemin (CABBE)	255 171 \$	525 922 \$
Centre d'action bénévole Concert'Action	92 459 \$	231 400 \$
Centre d'action bénévole des MRC de Montmagny et de L'Islet (CECB)	432 043 \$	882 694 \$
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel Chaudière-Appalaches inc.	320 233 \$	1 019 032 \$
Centre de stimulation l'Intercom	128 581 \$	300 244 \$
Centre de Vie de Bellechasse inc.	84 700 \$	273 126 \$
Centre d'écoute et de prévention du suicide Beauce-Etchemins	107 251 \$	260 008 \$
Centre d'entraide de la région de Disraeli	92 105 \$	202 756 \$
Centre d'entraide familiale de la MRC de Montmagny	6 084 \$	12 436 \$
Centre d'équithérapie La Remontée	71 586 \$	146 322 \$
Centre Domrémy des Appalaches inc.	316 012 \$	679 674 \$
Centre Ex-Equo	540 124 \$	1 480 076 \$
Centre Femmes La Rose des Vents inc.	213 481 \$	436 354 \$
Centre Femmes L'Ancrage	201 740 \$	412 356 \$
Centre la Barre du Jour	231 355 \$	472 888 \$
Centre-Femmes « La Jardilec » inc.	211 822 \$	432 964 \$
Centre-Femmes de Beauce inc.	232 951 \$	476 152 \$
Centre-Femmes de Bellechasse	203 710 \$	413 288 \$
Centre-Femmes de Lotbinière	220 158 \$	450 002 \$
Club Parentaïde Beauce-Centre	13 822 \$	28 252 \$
Comptoir Le Grenier	213 969 \$	437 352 \$
Convergence action bénévole (anciennement : CAB Bellechasse-Lévis-Lotbinière)	503 239 \$	1 035 288 \$
Corporation de développement de la communauté d'expression anglaise de Mégantic (MCDC)	35 011 \$	93 466 \$
Coup de pouce nourrice	28 495 \$	71 912 \$
Diabète Beauce-Etchemin inc.	15 939 \$	32 580 \$
Entraide au masculin Côte-Sud	291 317 \$	650 962 \$
Entraide Sainte-Croix	20 000 \$	40 880 \$
Entraide Solidarité Bellechasse	212 478 \$	444 136 \$
Espace Chaudière-Appalaches	171 992 \$	763 008 \$
Frigos Pleins	96 697 \$	212 296 \$
Grands Frères Grandes Soeurs des Appalaches	85 009 \$	245 062 \$
GRIS Chaudière-Appalaches	139 271 \$	348 970 \$
Groupe d'accompagnement Jonathan inc.	101 312 \$	207 082 \$

Groupe d'entraide Cancer et Vie	85 554\$	212 296\$
Groupe espérance et cancer	114 886\$	255 854\$
Havre L'Éclaircie inc.	792 281\$	1 851 982\$
Intervalle	358 767\$	733 320\$
La Chaudronnée du Bel Âge	27 016\$	55 220\$
La Corporation de solidarité en sécurité alimentaire de Lotbinière	96 788\$	212 296\$
La Croisée - regroupement de parents, amis(es) de la personne atteinte de maladie mentale - MRC des Appalaches	152 044\$	327 268\$
La Croisée des Chemins	200 138\$	492 024\$
La Frontière	164 844\$	306 282\$
La Gîtée inc.	781 757\$	1 829 156\$
La Jonction pour elle inc.	888 284\$	2 149 530\$
La Maison des aînés de Lévis inc.	86 865\$	176 400\$
La Maison des jeunes de Charny inc.	127 849\$	317 252\$
La maison des jeunes de la M.R.C. Robert-Cliche	131 886\$	327 268\$
La maison des jeunes de Montmagny inc.	127 849\$	317 252\$
La Maison des jeunes de Saint-Étienne-de-Lauzon inc.	127 849\$	317 252\$
La Maison des jeunes de Saint-Jean-Chrysostome inc.	127 849\$	317 252\$
La Maison des jeunes de Thetford Mines	157 544\$	377 948\$
La Maison des jeunes Isotope de Saint-Malachie	10 180\$	20 808\$
La Maison des jeunes L'Azymut Est * Ouest	127 849\$	317 252\$
La Maison du Tournant inc.	345 967\$	800 192\$
La Passerelle, groupe d'aide et d'entraide pour personnes vivant avec un problème de santé mentale	362 360\$	740 664\$
La Popote roulante des Aulnaies	15 503\$	31 688\$
La Rencontre, groupe d'entraide pour personnes atteintes de maladie mentale	204 044\$	410 934\$
La Ruche de Saint-Romuald inc.	127 849\$	317 252\$
La Société Alzheimer Chaudière-Appalaches	394 148\$	744 158\$
La Société Grand Village inc.	95 000\$	224 180\$
La Tournée des marmitons de Montmagny	15 466\$	31 612\$
L'Adoberge Chaudière-Appalaches	443 772\$	1 024 074\$
L'A-Droit de Chaudière-Appalaches	179 807\$	367 526\$
L'Ancre, regroupement des parents et amis des personnes atteintes de maladie mentale	153 545\$	323 846\$
L'Arc-en-Ciel, regroupement de parents et de personnes handicapées	477 109\$	1 078 298\$
L'Arche le Printemps inc.	622 409\$	1 272 204\$
L'Assiettée Beauceronne (dissolution)	63 820\$	-\$
L'Association des personnes handicapées de Bellechasse (L' A.P.H.B.)	165 454\$	353 820\$
L'Association des TCC des deux rives (Québec - Chaudière-Appalaches)	86 430\$	176 662\$
Laura Lémerville	40 137\$	52 852\$
Le Carrefour Employabilité - Travail de rue	131 886\$	327 268\$
Le Centre de parrainage de la jeunesse de Beauce	143 998\$	357 324\$
Le Cercle de l'amitié de Cap-Saint-Ignace	17 570\$	35 914\$
Le Comptoir d'aide Le Fouillis inc.	12 884\$	26 334\$

Le Contrevent, pour l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale	267 026 \$	545 802 \$
Le Filon	148 236 \$	337 286 \$
Le Havre des femmes	743 060 \$	1 745 252 \$
Le Havre, groupe d'aide et d'entraide pour la personne vivant avec un problème de santé mentale	249 627 \$	510 238 \$
Le Murmure, groupe d'entraide de personnes ayant ou ayant eu un problème de santé mentale	188 944 \$	386 202 \$
Le Patro de Lévis inc.	7 680 \$	27 986 \$
Le Rappel groupe d'entraide de personnes atteintes d'une maladie mentale	286 744 \$	586 106 \$
Le Re-lait Montmagny-L'Islet	17 501 \$	55 548 \$
Le Service d'entraide de Charny inc.	67 312 \$	219 916 \$
Le Sillon regroupement des parents et amis de la personne atteinte d'une maladie mentale	240 160 \$	490 888 \$
Le Trait d'Union, groupe d'entraide pour personnes ayant des troubles de santé mentale	295 820 \$	604 656 \$
L'Entraide Pascal-Taché inc.	135 924 \$	337 286 \$
Les amies de Panet	17 591 \$	35 956 \$
Les nouveaux sentiers de la MRC de L'Islet	151 338 \$	327 268 \$
L'Essentiel des Etchemins	96 330 \$	212 296 \$
L'Éveil, groupe d'entraide pour personnes atteintes de maladie mentale	183 027 \$	383 596 \$
Lien-Partage inc.	243 925 \$	505 264 \$
L'Interface, organisme de justice alternative	234 029 \$	478 356 \$
L'Oasis de Lotbinière inc.	204 166 \$	417 314 \$
Maison de jeunes L'Olivier des Etchemins	155 158 \$	374 836 \$
Maison de la famille Beauce-Etchemins	152 216 \$	363 323 \$
Maison de la famille Chutes-Chaudière	2 052 \$	4 194 \$
Maison de la famille de Bellechasse	20 647 \$	31 163 \$
Maison de la famille de la MRC de L'Islet inc.	30 773 \$	56 768 \$
Maison de la famille de Lotbinière	23 771 \$	33 829 \$
Maison de la famille Nouvelle-Beauce	17 978 \$	36 748 \$
Maison de la famille R.E.V. Rive-Sud	121 012 \$	247 348 \$
Maison de la famille Rive-Sud	2 052 \$	4 194 \$
Maison des jeunes « L'Utopie »	133 519 \$	326 798 \$
Maison des jeunes de Beauce-Sartigan	241 412 \$	493 446 \$
Maison des jeunes de L'Islet-Nord	152 950 \$	368 558 \$
Maison des jeunes de Saint-Henri	86 530 \$	213 868 \$
Maison des jeunes de Saint-Michel de Bellechasse	61 508 \$	132 706 \$
Maison des jeunes d'East Broughton	52 000 \$	106 288 \$
Maison des jeunes Défi-Ados	127 849 \$	317 252 \$
Maison des jeunes des Frontières du Sud	127 849 \$	317 252 \$
Maison des jeunes du Lac Aylmer	107 517 \$	219 764 \$
Maison des jeunes Saint-Raphaël	63 092 \$	228 960 \$
Maison l'Éclaircie	20 000 \$	40 880 \$
Maison l'Odysée Jeu Alcool Drogues	188 818 \$	485 178 \$
Mesures alternatives jeunesse Frontenac inc.	200 346 \$	409 508 \$

Moisson Beauce inc.	126 629\$	248 610\$
Nouvel essor	345 242\$	746 796\$
Ouvre ton cœur à l'espoir	54 181\$	164 746\$
Parentaïme - Maison de la famille des Etchemins	11 565\$	11 819\$
Parents d'Anges Beauce-Etchemins	20 000\$	140 880\$
Partage au masculin Beauce	309 755\$	633 140\$
Personnes handicapées en action de la Rive-Sud	220 382\$	450 460\$
Popote roulante L'Islet inc.	30 640\$	62 628\$
Présence Lotbinière	83 144\$	246 654\$
Projet M.D.J. Saint-Isidore inc.	51 500\$	105 266\$
Regroupement des jeunes de Lotbinière	135 714\$	335 092\$
Regroupement des personnes aidantes de Lotbinière	165 822\$	403 960\$
Regroupement des personnes handicapées physiques de la région de Thetford (RPHPR)	166 627\$	402 210\$
Regroupement des proches aidants de Bellechasse	168 153\$	405 328\$
Réhab	454 438\$	1 041 512\$
Réseau d'entraide des Appalaches	171 224\$	391 615\$
Ressource Le Berceau inc.	220 970\$	453 662\$
Ressources-Naissances	143 040\$	286 879\$
ROPHRCA	159 806\$	100 012\$
S.O.S. Onde Amitié	96 093\$	212 296\$
Santé Mentale Québec - Chaudière-Appalaches	168 223\$	417 436\$
Se parler... D'Hommes à Hommes inc.	228 908\$	524 978\$
Service d'entraide Bernières-Saint-Nicolas inc.	78 602\$	161 254\$
Service d'entraide de Breakeyville	159 747\$	389 534\$
Service d'entraide de Pintendre	90 633\$	217 440\$
Service d'entraide de Saint-Jean-Chrysostome	88 207\$	216 040\$
Service d'entraide de Saint-Lambert-de-Lauzon	84 704\$	209 176\$
Service d'entraide de Saint-Rédempteur inc.	90 181\$	221 704\$
Service d'entraide de Saint-Romuald inc.	93 095\$	229 292\$
Service d'entraide Saint-Étienne	53 332\$	113 952\$
Service régional d'interprétariat de L'Est du Québec inc.	164 904\$	337 064\$
Société de réadaptation et d'intégration communautaire (S.R.I.C.)	892 423\$	1 809 326\$
Soupe au bouton	32 000\$	140 880\$
Stan-Jeunes	3 567\$	10 404\$
Table régionale des organismes commun. actifs en santé mentale (région - 12)	13 065\$	26 704\$
Table régionale des organismes communautaires Chaudière-Appalaches	170 931\$	339 162\$
Total général	31 648 784\$	71 284 344\$



ANNEXE

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

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

NUMÉRO : REG-CA2016-007

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

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE.....	3
Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	4
Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE.....	7
Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS.....	10
Section 4 — APPLICATION.....	12
Annexe I – Engagement et affirmation du membre.....	17
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance.....	18
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre.....	19
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général.....	20
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts.....	21
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts.....	22
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen.....	23

PRÉAMBULE

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

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

SECTION 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. Fondement légal

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

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

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

Comité d'examen ad hoc : comité institué par le conseil d'administration pour traiter une situation potentielle de manquement ou d'omission ou encore pour résoudre un problème dont il a été saisi et proposer un règlement.

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

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

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

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

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

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

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

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

LSSES : *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

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

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

Personne raisonnable : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances¹.

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 assujéti aux règles du présent Code.

5. Disposition finale

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

6. Diffusion

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

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

SECTION 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

L'éthique fait référence aux valeurs (intégrité, impartialité, respect, compétence et loyauté) permettant de veiller à l'intérêt public. Comme administrateur cela implique le respect du droit de faire appel, entre autres, à son jugement, à l'honnêteté, à la responsabilité, à la loyauté, à l'équité et au dialogue dans l'exercice de ses choix et lors de prises de décision. L'éthique est donc utile en situation d'incertitude, lorsqu'il y a absence de règle, lorsque celle-ci n'est pas claire ou lorsque son observation conduit à des conséquences indésirables.

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

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

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

- Exercer ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.
- Partager avec les membres du conseil d'administration, toute information utile ou pertinente aux prises de décision.

8.5 Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.

- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

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

8.9 Biens et services de l'établissement

- Utiliser les biens, les ressources et les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'organisation, et ce, conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.
- Ne recevoir aucune rémunération autre que celle prévue par la loi pour l'exercice de ses fonctions. Toutefois, les membres du conseil d'administration ont droit au remboursement des dépenses effectuées dans l'exercice de leurs fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

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

SECTION 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

9. Le membre ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

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

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

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

12. Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire *Déclaration des intérêts du membre* de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

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

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

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

SECTION 4 – APPLICATION

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

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent document ainsi que les lois applicables. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire *Engagement et affirmation du membre* de l'annexe I du présent document.

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

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

- a) élaborer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*;
- b) voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
- c) informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;
- d) conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;
- e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
- f) réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
- g) évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;
- h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
- i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

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

18. Comité d'examen *ad hoc*

18.1 Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen *ad hoc* composé d'au moins trois (3) personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut être composé de membres du conseil d'administration ou de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.

18.2 Un membre du comité d'examen *ad hoc* ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.

18.3 Le comité d'examen *ad hoc* a pour fonctions de :

- a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
- b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;
- c) faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

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

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

19. Processus disciplinaire

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

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

19.3 Le comité d'examen *ad hoc* détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen *ad hoc* et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s). Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen *ad hoc*.

19.4 Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'annexe VII.

19.5 Tout membre du comité d'examen ad hoc qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec une rigueur et prudence.

19.6 Le comité d'examen *ad hoc* doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen ad hoc, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen *ad hoc*, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.

19.7 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.

19.8 Le comité d'examen *ad hoc* transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

- a) un état des faits reprochés;
- b) un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;
- c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
- d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

19.9 Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.

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

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

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

ANNEXES

ANNEXE I – ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DU MEMBRE

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

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

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

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

_____	_____	_____
Signature	Date [aaaa-mm-jj]	Lieu
_____	_____	_____
Nom du commissaire à l'assermentation	Signature	

ANNEXE II – AVIS DE BRIS DU STATUT D'INDÉPENDANCE

AVIS SIGNÉ

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

Signature

Date [*aaaa-mm-jj*]

Lieu

ANNEXE III – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU MEMBRE

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

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre d'administrateur

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

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE IV – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

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

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre d'administrateur

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

3. Emploi

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE V – DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE VI – SIGNALEMENT D'UNE SITUATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE VII – AFFIRMATION DE DISCRÉTION DANS UNE ENQUÊTE D'EXAMEN

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

**www.
cissca.
com**



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

Québec 