



RAPPORT ANNUEL DE GESTION

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

2017-2018

Édition produite par :

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

Rédaction et coordination :

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

Montage graphique :

Stéphanie Gobeil, technicienne en communication, Service des communications et des affaires gouvernementales

Relecture :

Service des communications et des affaires gouvernementales

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

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

Dépôt légal :

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018

ISSN 2371-3143 (version imprimée)

ISSN 2371-3151 (PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

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

© Gouvernement du Québec, 2018



Garant
des forêts
intactes^{MC}



ECF

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

Message des autorités

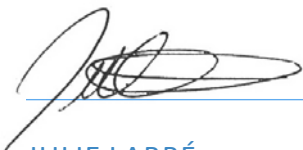
C'est avec plaisir que nous vous présentons le Rapport annuel de gestion 2017-2018 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean (CIUSSS). Ce rapport illustre les éléments marquants du travail et des efforts déployés au cours de la dernière année par les quelque 10 500 employés de notre établissement. Les grands dossiers et les activités marquantes y sont présentés.

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

Cette fin d'année est marquée par la réalisation ou la poursuite des grands projets que nous avons développés depuis la création du CIUSSS, tels qu'Optilab, le Centre de répartition des demandes de services, le Guichet d'accès pour la clientèle orpheline et le projet *Système intégré de la présence au travail*. Nos efforts continueront d'être concentrés sur la proximité, l'accessibilité et la qualité des soins et services offerts à notre population.

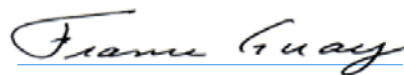
Avec la fin de l'année financière 2017-2018, le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean termine sa troisième année d'existence. Nous avons opéré un changement de culture progressif à travers une réforme majeure de notre réseau de la santé et des services sociaux.

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



JULIE LABBÉ

Présidente-directrice générale



FRANCE GUAY

Présidente du conseil d'administration



Fiabilité des données

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

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

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2017-2018 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2018.

Signé à Saguenay, le 14 juin 2018.



JULIE LABBÉ

Présidente-directrice générale



Table des matières

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

LE CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX.....	10
MISSION.....	12
VISION.....	12
VALEURS.....	13
ORGANIGRAMME.....	14-15
LISTE DES INSTALLATIONS.....	16-17

FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE

OPTILAB – UNE GRAPPE, UN SEUL DÉPARTEMENT CLINIQUE DE MÉDECINE DE LABORATOIRE.....	19
LE CIUSSS À L'HONNEUR LORS DU GALA DU MÉRITE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTÉ DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE.....	20
DEUXIÈME ANNÉE D'EXISTENCE DE LA MAISON DE NAISSANCE DU FJORD-AU-LAC ET 250 ^e SUIVI FAIT PAR LES SAGES-FEMMES DANS LA RÉGION.....	20
LE CIUSSS SOULIGNE LA SEMAINE MONDIALE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL.....	21
RÉVISION DE L'OFFRE ALIMENTAIRE EN CHSLD.....	22
RÉORGANISATION DU GUICHET D'ACCÈS À UNE CLIENTÈLE ORPHELINE (GACO).....	22
MARTINE COUTURE NE SOLLICITE PAS UN SECOND MANDAT.....	22
DÉMARRAGE DES ÉTUDES DU PROJET D'AGRANDISSEMENT ET DE RÉAMÉNAGEMENT DES UNITÉS DU BLOC OPÉATOIRE DE L'HÔPITAL DE CHICOUTIMI.....	23
DÉPLOIEMENT PROVINCIAL D'UNE OFFRE DE TESTS DE PORTEUR POUR QUATRE MALADIES HÉRÉDITAIRES RÉCESSIVES.....	23
PLUS DE SERVICES POUR MIEUX SOUTENIR LES PERSONNES ET LES FAMILLES TOUCHÉES PAR LE TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME DANS LA RÉGION DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN.....	24
LE CIUSSS CONCLUT DES ENTENTES LOCALES AVEC LA FIQ ET LA CSN.....	25
LA FONDATION DE L'OIIQ OCTROIE LA SUBVENTION « POUR MIEUX SOIGNER » D'UNE VALEUR DE 225 000 \$.....	25
LANCEMENT DU NOUVEAU SITE INTERNET DU CIUSSS.....	26
JULIE LABBÉ NOMMÉE PDG DU CIUSSS DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN.....	26

(suite)

MISSION UNIVERSITAIRE

PROGRAMME DE FORMATION MÉDICALE À SAGUENAY (PFMS).....	27
PROGRAMME DE FORMATION EN PHARMACIE AVEC L'UNIVERSITÉ LAVAL	27
GROUPES DE MÉDECINE FAMILIALE UNIVERSITAIRES (GMF-U) DE CHICOUTIMI ET D'ALMA.....	27
VISITE FACULTAIRE	27
SIMULATION	27
POLITIQUE DE GESTION DES STAGES	28

LE CIUSSS DANS LES MÉDIAS

PROXIMITÉ AVEC LA POPULATION	29
------------------------------------	----

CONSEIL D'ADMINISTRATION, COMITÉS, CONSEILS ET INSTANCES CONSULTATIVES

CONSEIL D'ADMINISTRATION.....	30-31
COMITÉS RELEVANT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	32
COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE	33
COMITÉ STRATÉGIQUE DE LA MISSION UNIVERSITAIRE	34
COMITÉ D'ENSEIGNEMENT.....	34
BUREAU RÉGIONAL DE COORDINATION DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL	34
COMITÉ DE LA RECHERCHE	35
BUREAU DE DIRECTION DE LA RECHERCHE	35
CONSEIL DES SAGES-FEMMES.....	36
COMITÉ DE GESTION DES RISQUES.....	37
CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS ET COMITÉ DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES	38-39
CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE	40
CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS	41
COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES.....	42
DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE	44-45

RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

CHAPITRE III – ATTENTES SPÉCIFIQUES	47-54
CHAPITRE IV – ENGAGEMENTS ANNUELS	55-76

ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

AGRÉMENT	79
SÉCURITÉ.....	79-80
RECOMMANDATIONS DU CORONER.....	81-83
PERSONNES MISES SOUS GARDE	83
EXAMEN DES PLAINTES ET PROMOTION DES DROITS.....	84-87
RECOMMANDATIONS DU PROTECTEUR DU CITOYEN	88-89
COMMISSARIAT AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	90
APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	91

RESSOURCES HUMAINES

GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS	92-93
---	-------

RESSOURCES FINANCIÈRES

UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME.....	95
L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE	94
LES CONTRATS DE SERVICES	94

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT97-101**ORGANISMES COMMUNAUTAIRES** 102-113**ANNEXE**

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS.....	115
---	-----

A stylized map of the Saguenay-Lac-Saint-Jean region in orange, with the white shape of the Saguenay Fjord in the center. The map shows the outlines of the various municipalities within the region.

Présentation de l'établissement

LE CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

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

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

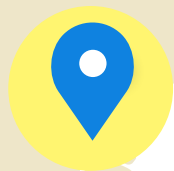
10

2017-18
RAPPORT ANNUEL

Présentation de l'établissement

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

95 762 km²
superficie du territoire desservi



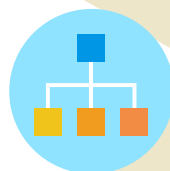
278 808
habitants
(17 % de moins
de 18 ans,
63 % entre 18 et
64 ans et 20 % de
plus de 65 ans)



Plus de
650
médecins,
dentistes et
pharmaciens



6
directions administratives et
12
directions cliniques



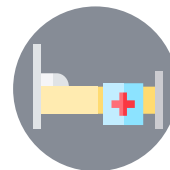
500
types d'emplois



Le CIUSSS

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

62
installations
17
laboratoires



2 148 lits*
Dont 1 200 en centre d'hébergement
et de soins de longue durée (CHSLD)
et 750 en centre hospitalier (CH)
*MSSS, 2015



4
accréditations syndicales



10 500
employés



Un budget annuel de
815 M\$

Plus de
620
demandes médiatiques
annuellement dont plus
de 347 entrevues accordées



11

2017-18
RAPPORT ANNUEL

Présentation de l'établissement

MISSION

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

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

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

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

médecins, organismes communautaires, entreprises d'économie sociale, pharmacies et autres ressources privées.

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

VISION

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



VALEURS

Collaboration

C'est miser sur la force d'une équipe. C'est faire confiance et croire au potentiel de chacun pour atteindre des objectifs. C'est la synergie qui permet de viser plus haut pour s'enrichir au contact de l'autre. Elle s'appuie sur l'interdisciplinarité et le partenariat autant entre collègues, di-

rections, qu'avec l'ensemble des acteurs de la communauté. Elle implique une relation empreinte de confiance, d'écoute et de respect, de même qu'un souci constant de communiquer.

Bienveillance

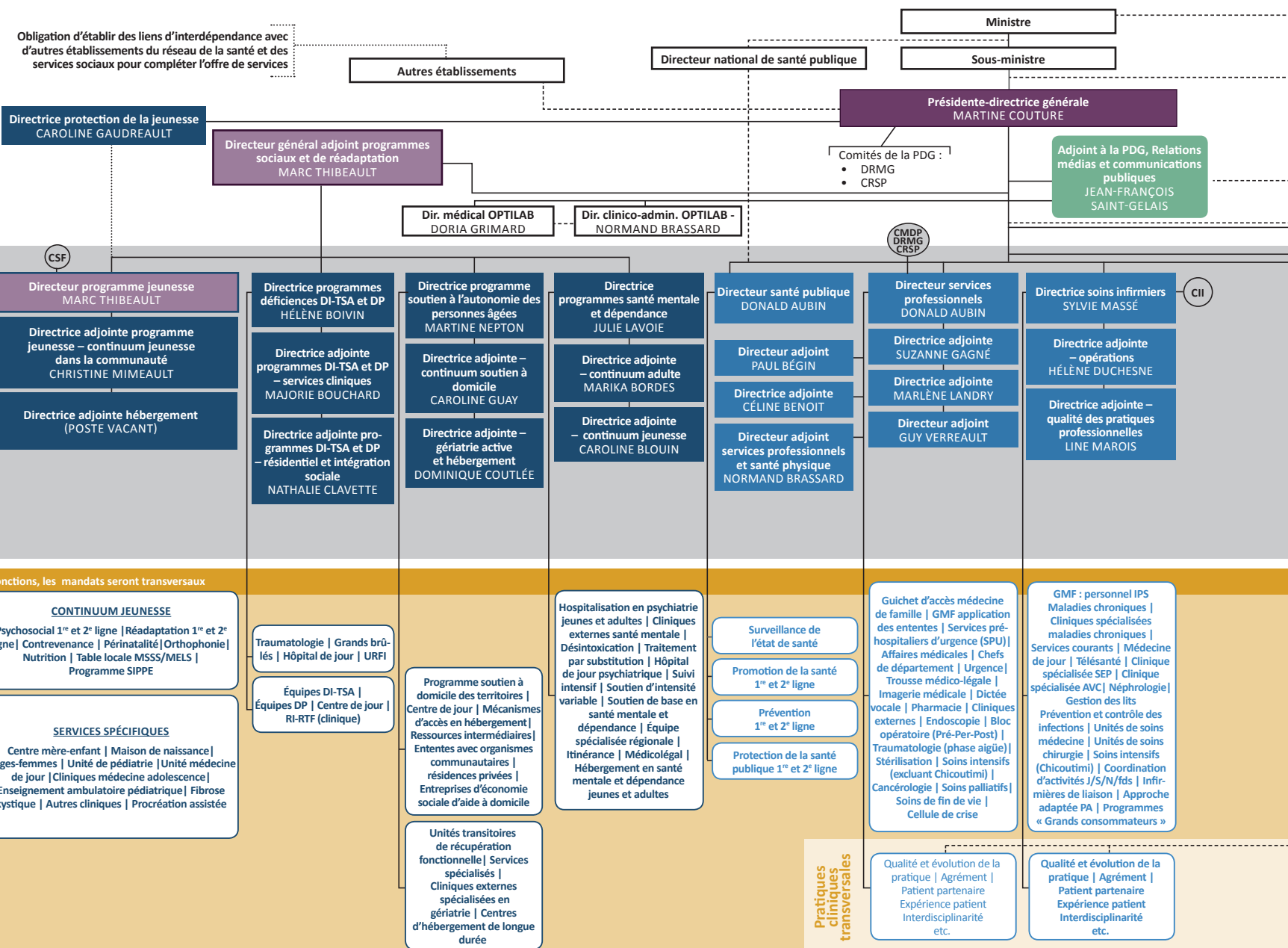
S'exprime par la volonté de traiter toute personne avec respect et sollicitude. Elle s'imprègne d'ouverture aux autres, aux changements et aux différences envers la clientèle et entre collègues. Elle incite à faire preuve d'écoute et d'empathie à l'égard d'autrui. Elle nous porte à reconnaître et à souligner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

Excellence

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



Organigramme de la direction 31 mars 2018

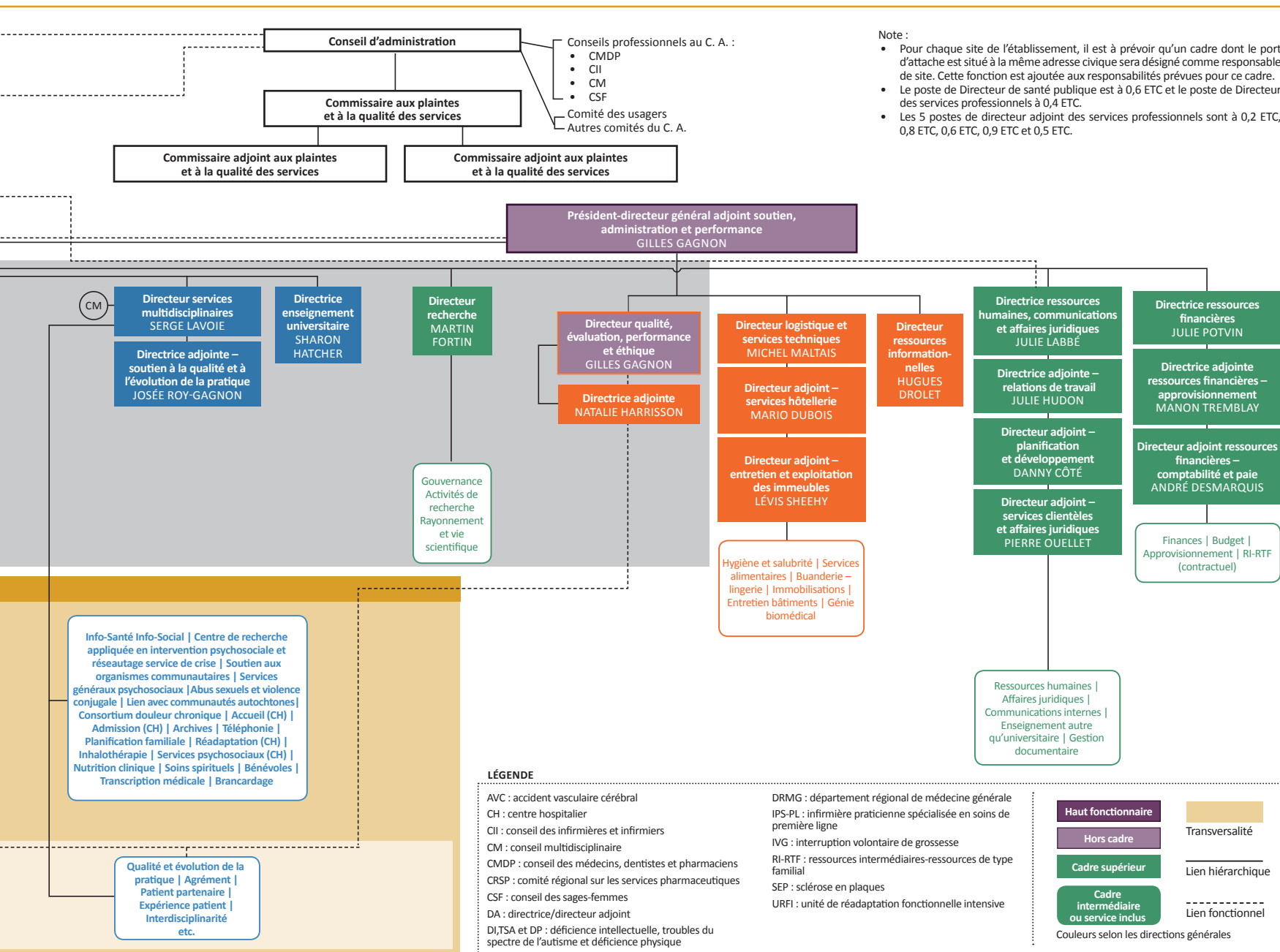


14

2017-18
RAPPORT ANNUEL

Présentation de l'établissement

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



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

TERRITOIRE	INSTALLATION	TERRITOIRE	INSTALLATION
La Baie	Hôpital de La Baie CLSC du Fjord – La Baie CLSC du Fjord – L’Anse-Saint-Jean Centre d’hébergement de Bagotville Centre d’hébergement Saint-Joseph	Maria-Chapdelaine	Hôpital de Dolbeau-Mistassini CLSC Les Jardins du Monastère CLSC et Centre d’hébergement de Normandin Centre d’hébergement de Dolbeau-Mistassini
Chicoutimi	Hôpital de Chicoutimi CLSC de Chicoutimi CLSC de Chicoutimi-Nord Centre d’hébergement de la Colline Centre d’hébergement Jacques-Cartier Centre d’hébergement Saint-François Centre d’hébergement Monseigneur-Victor-Tremblay Maison de naissance du Fjord-au-Lac	Lac-Saint-Jean-Est	Hôpital d’Alma CLSC Champlain CLSC d’Alma CLSC de L’Ascension-de-Notre-Seigneur CLSC de Métabetchouan-Lac-à-la-Croix Centre d’hébergement Isidore-Gauthier Centre d’hébergement d’Alma Centre d’hébergement de Métabetchouan-Lac-à-la-Croix
Jonquière	Hôpital de Jonquière Centre de réadaptation en déficience physique Centre de réadaptation en dépendance CLSC de Jonquière CLSC de Saint-Ambroise Centre d’hébergement Sainte-Marie Centre d’hébergement des Pensées Centre d’hébergement Georges-Hébert Centre d’hébergement des Chênes		

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

TERRITOIRE	INSTALLATION	TERRITOIRE	INSTALLATION
Domaine-du-Roy	Hôpital de Roberval CLSC de Saint-Félicien CLSC de Roberval Centre d'hébergement de Roberval Centre d'hébergement de Saint-Félicien CLSC et Centre de réadaptation en dépendance Saint-Antoine	Installations en protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) et réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA)	CPEJ – Services externes de La Baie CPEJ – Services externes de Dolbeau-Mistassini CPEJ – Services externes de Chibougamau CRJDA de Chicoutimi CRJDA de Jonquière CRJDA d'Alma CRJDA de Roberval
Installations en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme	Atelier et centre d'activités de jour de L'Anse-Saint-Jean Atelier et centre d'activités de jour de La Baie Atelier et centre d'activités de jour du Cénacle Atelier et centre d'activités de jour du Long-Sault Atelier et centre d'activités de jour du Séminaire Atelier et centre d'activités de jour Tanguay Atelier et centre d'activités de jour Roland Atelier Manouane Atelier Champlain Atelier Scott Atelier de l'Aéroport Atelier Saint-Félicien Centre d'activités de jour François-Xavier-Bouchard Centre d'activités de jour Gauthier Centre d'activités de jour de Dolbeau-Mistassini		



83,3 M \$

Le projet d'agrandissement et de réaménagement du bloc opératoire, de la chirurgie d'un jour et de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) de l'Hôpital de Chicoutimi.

90 %

Présentement, près de 90 % de la population régionale a un médecin de famille grâce.

250^e

Ce sont 250 suivis qui ont été faits par les sages-femmes dans la région depuis 2013.

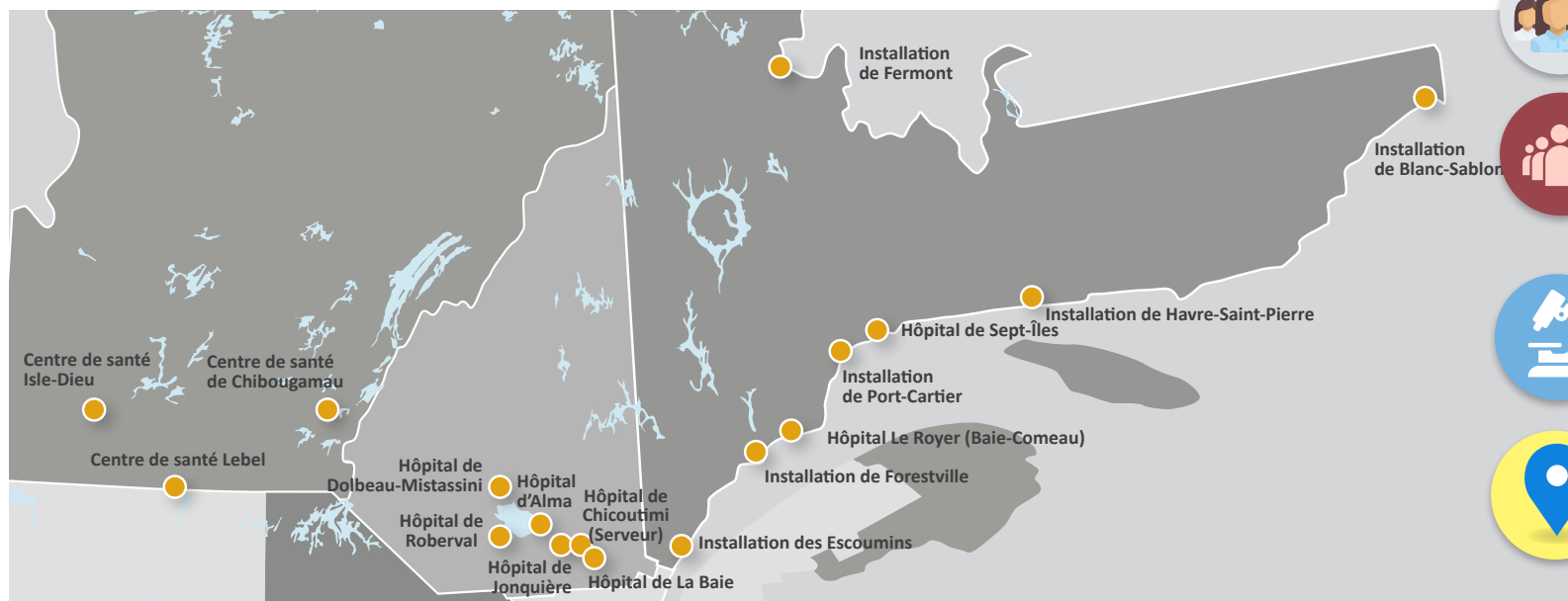
Faits saillants de l'année

OPTILAB – UNE GRAPPE, UN SEUL DÉPARTEMENT CLINIQUE DE MÉDECINE DE LABORATOIRE

1^{er} avril 2017

Le début de l'année marquait le premier jalon important de l'actualisation clinique et administrative qui vient concrétiser la mise en œuvre d'Optilab. Les employés des laboratoires des régions de la Côte-Nord et du Nord-du-Québec sont devenus officiellement des employés du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Tous réunis, ils ne forment maintenant qu'un seul département clinique de médecine de laboratoire. L'équipe s'est donc agrandie et, par le fait même, s'est enrichie du dynamisme et de l'expertise terrain, au bénéfice du projet.



Plus de
300
employés



388 593
habitants au total
(278 808) SLSJ
(95 647) Côte-N.
(14 139) N.-du-Québec



17
Laboratoires
(6) SLSJ,
(3) N.-du-Québec
et (8) Côte-N.



715 893 km²
étendue au total
(95 893) SLSJ
(270 000) Côte-N.
(350 000) N.-du-Québec



LE CIUSSS À L'HONNEUR LORS DU GALA DU MÉRITE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTÉ DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

6 avril 2017

Le CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean s'est illustré lors de la cérémonie du 12^e Gala du Mérite de la Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) de l'Université de Sherbrooke alors que Martine Couture, présidente-directrice générale (PDG), et Martin Fortin, directeur de la recherche, y ont reçu des distinctions pour leur contribution au rayonnement et au développement de la Faculté.

La PDG du CIUSSS, Martine Couture, a reçu le prix

Madeleine-Côté, décerné à une personne ou à un groupe de personnes qui, par son action, contribue significativement au développement de la Faculté.

Le directeur de la recherche du CIUSSS, Martin Fortin, a lui aussi été honoré en recevant le prix Étienne-Le Bel. Ce prix est décerné à un chercheur senior qui compte dix ans ou plus de vie universitaire pour sa contribution significative à l'avancement de la science, la qualité de ses recherches et l'impact de ses publications.

DEUXIÈME ANNÉE D'EXISTENCE DE LA MAISON DE NAISSANCE DU FJORD-AU-LAC ET 250^e SUIVI FAIT PAR LES SAGES-FEMMES DANS LA RÉGION

5 mai 2017

À l'occasion de la Journée de la sage-femme 2017, le CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean a tenu à souligner les deux années d'existence de la Maison de naissance du Fjord-au-Lac, située à Chicoutimi, ainsi que le 250^e suivi fait par les sages-femmes dans la région depuis 2013.

Présente lors de cette journée bien spéciale, la présidente-directrice générale du CIUSSS, Martine Couture, a rappelé tout le chemin parcouru depuis le début du projet en 2012 jusqu'à l'ouverture de la maison de naissance en avril 2015. Madame Couture a souligné l'ouverture et la collaboration de la communauté médicale qui s'est impliquée dans le déploiement des services et a cru au projet.

20

2017-18
RAPPORT ANNUEL

Faits saillants de l'année

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

LE CIUSSS SOULIGNE LA SEMAINE MONDIALE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

1^{er} octobre 2017

Pour soutenir et faire la promotion de l'allaitement, le CIUSSS du

Saguenay–Lac-Saint-Jean, en collaboration avec les organismes de soutien à l'allaitement, a invité tous les commerces, établissements et organisations de la région à exposer l'affichette *ICI on soutient l'allaitement maternel* dans les lieux publics qui accueillent les parents et les bébés allaités. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, de plus en plus de mères veulent allaiter. La présence d'environnements favorables à l'allaitement exerce une influence positive sur la décision d'allaiter et en facilite la poursuite.



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

21

2017-18
RAPPORT ANNUEL

Faits saillants de l'année



RÉVISION DE L'OFFRE ALIMENTAIRE EN CHSLD

Janvier 2018

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec a amorcé en septembre 2016 une vaste démarche visant à améliorer l'organisation des soins et des services aux aînés du Québec, et ce, tant à domicile qu'en CHSLD.

L'offre alimentaire a fait l'objet d'une analyse rigoureuse pour répondre aux orientations du MSSS quant à l'amélioration de l'offre alimentaire. Pour réaliser cette démarche, des cuisiniers, nutritionnistes, techniciens en diététique, usagers, gestionnaires et membres du personnel ont été mis à contribution dans les installations du CIUSSS. La composition des menus, la qualité des aliments, le goût, la variété, les besoins alimentaires et les mets texturés ont été analysés.

Le CIUSSS a puisé parmi les recettes les plus populaires auprès de sa clientèle et a élaboré de nouvelles recettes pour concocter les meilleurs repas, au goût amélioré, avec une valeur nutritive maximale et un aspect en bouche plus goûteux et intéressant visuellement.

Le déploiement des nouveaux menus dans les CHSLD et les hôpitaux a commencé en janvier et se terminera à la fin juin 2018.

RÉORGANISATION DU GUICHET D'ACCÈS À UNE CLIENTÈLE ORPHELINE (GACO)

8 janvier 2018

Le fonctionnement centralisé du guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO) à l'Hôpital de Dolbeau-Mistassini a débuté en janvier 2018. Le principal objectif du GACO est de faciliter l'accès à un médecin de famille à l'utilisateur qui en fait la demande, selon une priorisation clinique et la disponibilité des effectifs médicaux.

Cette réorganisation a permis de rendre le GACO plus fonctionnel et vise une meilleure documentation de l'état de l'utilisateur. Le guichet contribue non seulement à un jumelage plus judicieux entre le patient et le médecin, mais aussi à une plus grande prise en charge des usagers en attente. Présentement, près de 90 % de la population régionale a un médecin de famille.

MARTINE COUTURE NE SOLLICITE PAS UN SECOND MANDAT

9 janvier 2018

La présidente-directrice générale du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Martine Couture, a annoncé qu'elle ne sollicitera pas un second mandat à la tête de l'établissement.

Martine Couture a été nommée PDG du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean par le ministre de la Santé et des Services sociaux, Gaétan Barrette, le 6 mars 2015, après avoir occupé pendant dix ans le poste de PDG de l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

22

2017-18
RAPPORT ANNUEL

Faits saillants de l'année

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

DÉMARRAGE DES ÉTUDES DU PROJET D'AGRANDISSEMENT ET DE RÉAMÉNAGEMENT DES UNITÉS DU BLOC OPÉRATOIRE DE L'HÔPITAL DE CHICOUTIMI

19 janvier 2018

Le ministre Gaétan Barrette, accompagné du député de Dubuc et adjoint parlementaire du premier ministre pour la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Serge Simard, a annoncé que le projet d'agrandissement et de réaménagement du bloc opératoire, de la chirurgie d'un jour et de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) de l'Hôpital de Chicoutimi allait de l'avant. L'annonce de ce projet permettra de confirmer le rôle majeur de l'Hôpital de Chicoutimi à l'échelle régionale et suprarégionale, et ce, dans plusieurs spécialités. Le coût du projet est estimé à 83,3 millions de dollars.

Ce projet consiste en un agrandissement sur trois niveaux. Le sous-sol accueillera l'entreposage et les salles pour l'électromécanique,

le rez-de-chaussée, l'URDM, alors que le bloc opératoire ainsi que la chirurgie d'un jour seront quant à eux regroupés au premier étage. Les nouveaux locaux permettront aux cliniciens de travailler dans un environnement plus moderne et fonctionnel, mieux adapté aux normes actuelles, notamment en ce qui a trait à la sécurité, de même qu'à la prévention et au contrôle des infections. La population pourra bénéficier de soins chirurgicaux encore plus accessibles dans la région.

DÉPLOIEMENT PROVINCIAL D'UNE OFFRE DE TESTS DE POR- TEUR POUR QUATRE MALADIES HÉRÉDITAIRES RÉCESSIVES

19 janvier 2018

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, Gaétan Barrette, ainsi que l'adjoint parlementaire du premier ministre pour la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean et député de Dubuc, Serge Simard, ont



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

23

2017-18
RAPPORT ANNUEL

Faits saillants de l'année

procédé à l'annonce du déploiement de l'offre de ces tests pour toutes les personnes potentiellement porteuses des gènes qui en sont responsables. Les tests, offerts localement depuis quelques années à la suite de l'initiative de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, sont maintenant disponibles sur l'ensemble du territoire québécois.

L'offre provinciale de ces tests concerne quatre maladies qui affectent davantage les personnes originaires du Saguenay–Lac-Saint-Jean, de Charlevoix et de la Haute-Côte-Nord : l'acidose lactique congénitale, l'ataxie spastique de Charlevoix-Saguenay, la neuropathie sensitivomotrice héréditaire et la tyrosinémie de type 1.

PLUS DE SERVICES POUR MIEUX SOUTENIR LES PERSONNES ET LES FAMILLES TOUCHÉES PAR LE TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME DANS LA RÉGION DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN

23 janvier 2018

Le député de Dubuc et adjoint parlementaire du premier ministre pour la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Serge Simard, a annoncé un investissement récurrent de 628 200 \$. De plus, un montant additionnel non récurrent de 80 000 \$ est accordé à la région. Ces investissements permettront notamment de :

- augmenter le nombre d'enfants de moins de cinq ans qui bénéficient du programme d'intervention comportementale intensive (ICI) et de services en réadaptation;

- éliminer la liste d'attente et augmenter ainsi le nombre de familles qui reçoivent du soutien pour des services de répit, de dépannage et de gardiennage;
- offrir un soutien financier aux organismes communautaires afin de créer de nouvelles places en répit, en dépannage et en gardiennage;
- affecter systématiquement un intervenant pivot aux jeunes enfants dès l'accès aux services;
- assurer une continuité des services à la fin de la scolarisation (21 ans) afin de favoriser l'intégration au travail ou vers d'autres types d'activités.

Par ailleurs, le Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale (CRAIP) du CIUSSS reçoit 350 000 \$ pour développer une formation provinciale sur l'intervention psychosociale en matière d'agression sexuelle pour les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux. La formation en ligne sera déployée en 2019-2020.

Le CRAIP s'est vu également confier le mandat provincial de mettre à jour les guides d'intervention Info-Social afin de les rendre disponibles aux autres centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et CIUSSS. Les guides d'intervention sont des outils de travail pour les équipes Info-Social. L'objectif est de les déployer en 2020. Pour cette phase, le CIUSSS a reçu une somme de 700 000 \$.

LE CIUSSS CONCLUT DES ENTENTES LOCALES AVEC LA FIQ ET LA CSN

8 février 2018

Le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean a annoncé que des ententes

24

2017-18
RAPPORT ANNUEL

Faits saillants de l'année

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

locales temporaires ont été conclues avec la Confédération des syndicats nationaux (CSN) et la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ). Ces ententes permettront d'agir concrètement sur les besoins importants de main-d'œuvre ainsi que sur le recours au temps supplémentaire et au temps supplémentaire obligatoire.

Ces ententes locales sont le fruit d'un travail de collaboration et issues de la volonté de toutes les parties de donner des soins et services de qualité, tout en offrant des conditions de travail adéquates à notre personnel. Elles visent à :

- diminuer le recours au temps supplémentaire et au temps supplémentaire obligatoire;
- augmenter l'attraction et la rétention du personnel;
- améliorer la conciliation travail-vie personnelle.

Ces ententes locales avec les syndicats FIQ et CSN sont effectives jusqu'à la mi-octobre 2018.

Également, pendant la situation exceptionnelle vécue à l'hiver 2018, une entente avec l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC) a permis à des étudiants en sciences infirmières d'être libérés de leurs cours pour prêter main forte à leurs collègues en milieu hospitalier. Diverses solutions ont été trouvées pour assurer leur réussite scolaire. Le CIUSSS est reconnaissant du soutien de l'établissement d'enseignement pendant cette période.

LA FONDATION DE L'OIIQ OCTROIE LA SUBVENTION « POUR MIEUX SOIGNER » D'UNE VALEUR DE 225 000 \$

20 février 2018

La Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a octroyé la subvention « Pour mieux soigner », d'une valeur de 225 000 \$, au CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Cette subvention permettra de favoriser un accompagnement précoce des personnes recevant un diagnostic de cancer par des infirmières et infirmiers en groupe de médecine familiale (GMF).

Les usagers concernés des treize GMF de la région auront la possibilité d'être les premiers au Québec à recevoir ce type de service d'accompagnement précoce. Le projet vise à optimiser la contribution des infirmières et infirmiers exerçant en GMF pour offrir un accompagnement aux personnes touchées par le cancer tout au long de la trajectoire de soins.



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

25

2017-18
RAPPORT ANNUEL

Faits saillants de l'année



LANCEMENT DU NOUVEAU SITE INTERNET DU CIUSSS

7 mars 2018

Le CIUSSS a procédé au lancement de son nouveau site Internet au www.santesaglac.gouv.qc.ca. La vision derrière ce nouveau site est de bien orienter la population.

Première source de référence en matière de santé et services sociaux au Saguenay-Lac-Saint-Jean, cet outil permet à la population de trouver rapidement l'information sur de nombreux sujets, dont les soins et services offerts aux futurs parents, aux familles, aux jeunes et adultes ainsi qu'aux personnes âgées.



JULIE LABBÉ NOMMÉE PDG DU CIUSSS DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

14 mars 2018

Le gouvernement du Québec a annoncé la nomination de la nouvelle présidente-directrice générale du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Julie Labbé.

Madame Labbé compte plus de 25 ans d'expérience en tant que gestionnaire, notamment dans le secteur privé. Elle est gestionnaire dans le réseau de la santé et des services sociaux depuis une dizaine d'années. Titulaire d'un baccalauréat en relations industrielles, elle a cumulé plusieurs postes de direction. Elle était la directrice des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques du CIUSSS depuis 2015. Julie Labbé entrera en fonction le 1^{er} avril 2018.

26

2017-18
RAPPORT ANNUEL

Faits saillants de l'année

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

MISSION UNIVERSITAIRE

Programme de formation médicale à Saguenay (PFMS)

La première année d'une réforme majeure du curriculum du programme de médecine de l'Université de Sherbrooke a été implantée avec succès en 2017-2018. Ce nouveau programme est plus représentatif de la pratique professionnelle. Il prépare davantage les étudiants à devenir des médecins capables d'agir avec compétence dans des situations de soins variés, des plus fréquentes aux plus complexes. Des professeurs du PFMS ont contribué de façon significative à la conception du nouveau curriculum et à la formation d'une centaine de nouveaux enseignants. Plus de 240 médecins ont été formés à Saguenay depuis la création du programme.

Programme de formation en pharmacie avec l'Université Laval

Le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean est agréé depuis 2013 par la Faculté de pharmacie de l'Université Laval pour offrir le programme complet de la maîtrise en pharmacie d'hôpital pour les résidents et pour l'accueil des étudiants inscrits au Pharm. D., les doctorants de 1^{er} cycle en pharmacie. Le CIUSSS accueille également des résidents d'autres établissements d'enseignement dans le cadre d'une rotation externe de leur choix. Cette entente favorise le recrutement de pharmaciens en établissement de santé dans la région. En 2017-2018, 36 étudiants au Pharm. D. et six résidents ont été accueillis au CIUSSS.

Groupes de médecine familiale universitaires (GMF-U) de Chicoutimi et d'Alma

Depuis le 27 novembre 2017, le GMF-U de Chicoutimi a repris ses activités cliniques et pédagogiques dans des locaux rénovés. Une augmentation du nombre de salles cliniques s'imposait étant

donné l'augmentation du nombre de résidents et de stagiaires et l'intégration de nouveaux professionnels de la santé pour offrir à la clientèle des services plus complets en première ligne. Des investissements de 1,65 million de dollars accordés par le MSSS ont été nécessaires afin de permettre au GMF-U de Chicoutimi de remplir ses missions.

Du côté du GMF-U d'Alma, le financement obtenu par le déploiement du cadre de gestion a permis de doter le GMF-U d'infrastructures nécessaires à l'atteinte des exigences ministérielles. Les rénovations fonctionnelles ont contribué à bonifier l'offre de services en permettant l'intégration de nouveaux professionnels de la santé. Par ailleurs, l'ajout de salles de consultation permet d'améliorer la capacité d'accueil d'apprenants en médecine en leur offrant un milieu d'apprentissage mieux adapté à leurs besoins (salon des résidents, cafétéria, salle de rencontre, etc.). Les investissements réalisés favorisent le développement régional et assurent le rayonnement des activités cliniques et pédagogiques au Lac-Saint-Jean.

Visite facultaire

Le 27 octobre 2017, le nouveau doyen de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke (FMSS), Dominique Dorion, et son équipe ont rendu visite aux équipes d'enseignement et de recherche. Lors de cette visite, plusieurs rencontres avec les équipes d'enseignement et de recherche ont été effectuées. La PDG et les membres de l'équipe de direction du CIUSSS ont également été rencontrés.

Simulation

Depuis mai 2017, une équipe de la Direction de l'enseignement universitaire, sous la direction médicale de Kim Pion, offre aux professionnels de la santé qui travaillent dans les urgences de la région la formation « Simulation interdisciplinaire mobile à l'urgence (SIMU) ». Cette activité de simulation se donne en milieu de travail. Novatrice, elle permet de former les professionnels (médecins, infirmières et inhalothérapeutes) en

interdisciplinarité pour les amener à mieux performer en situation de gestion de crise et ainsi améliorer la qualité et la sécurité des soins dans les urgences. De plus, la nouvelle formation « Code bleu » a été offerte pour la première fois en juin 2017. Il s'agit d'une activité de simulation de soins critiques permettant aux participants de démontrer et de mettre en pratique leurs connaissances des soins en situation d'urgence, à faire preuve de leadership et à développer une pratique collaborative. La simulation est un moyen simple qui améliore la qualité des soins et la sécurité des patients.

Politique de gestion des stages

En juin 2017, le comité de direction approuvait la nouvelle politique de gestion des stages visant principalement à standardiser le processus de gestion des stages dans toutes les disciplines et professions du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean. La Direction de l'enseignement universitaire souhaite que chaque activité d'enseignement soit une opportunité d'enrichissement et d'amélioration de la pratique professionnelle pour son personnel, une occasion d'évolution des pratiques et une preuve de l'excellence des soins et services donnés à la population. De nombreuses rencontres ont été réalisées afin de promouvoir et faire connaître la nouvelle politique d'amélioration de gestion des stages auprès des employés de l'établissement.

Données médias



Plus de
620
demandes formulées par
les médias dont plus de
300 entrevues accordées



262
Reportages et
nouvelles produits
par les stations de
télévision



390
Articles parus
dans les journaux



1490
Reportages et
nouvelles
diffusés dans les
stations de radio

28

2017-18
RAPPORT ANNUEL

Faits saillants de l'année

LE CIUSSS DANS LES MÉDIAS

Les relations avec les médias constituent une activité importante pour le CIUSSS. En 2017-2018, les différents médias de la région ont réalisé 2 142 textes, reportages et nouvelles impliquant le CIUSSS.

Soixante porte-parole ont accordé près de 350 entrevues à des représentants des médias du Saguenay–Lac-Saint-Jean et ailleurs au Québec.

Le Service des relations médias et des communications publiques (SRMCP) du CIUSSS a répondu à 620 demandes en provenance de journalistes, animateurs et chercheurs, soit 22,5 % de moins qu'au cours de l'exercice 2016-2017. Cette diminution peut être expliquée par le fait que l'année précédente a été marquée par des événements exceptionnels, comme l'incendie du bloc opératoire de l'Hôpital de Roberval.

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

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

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

Proximité avec la population

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

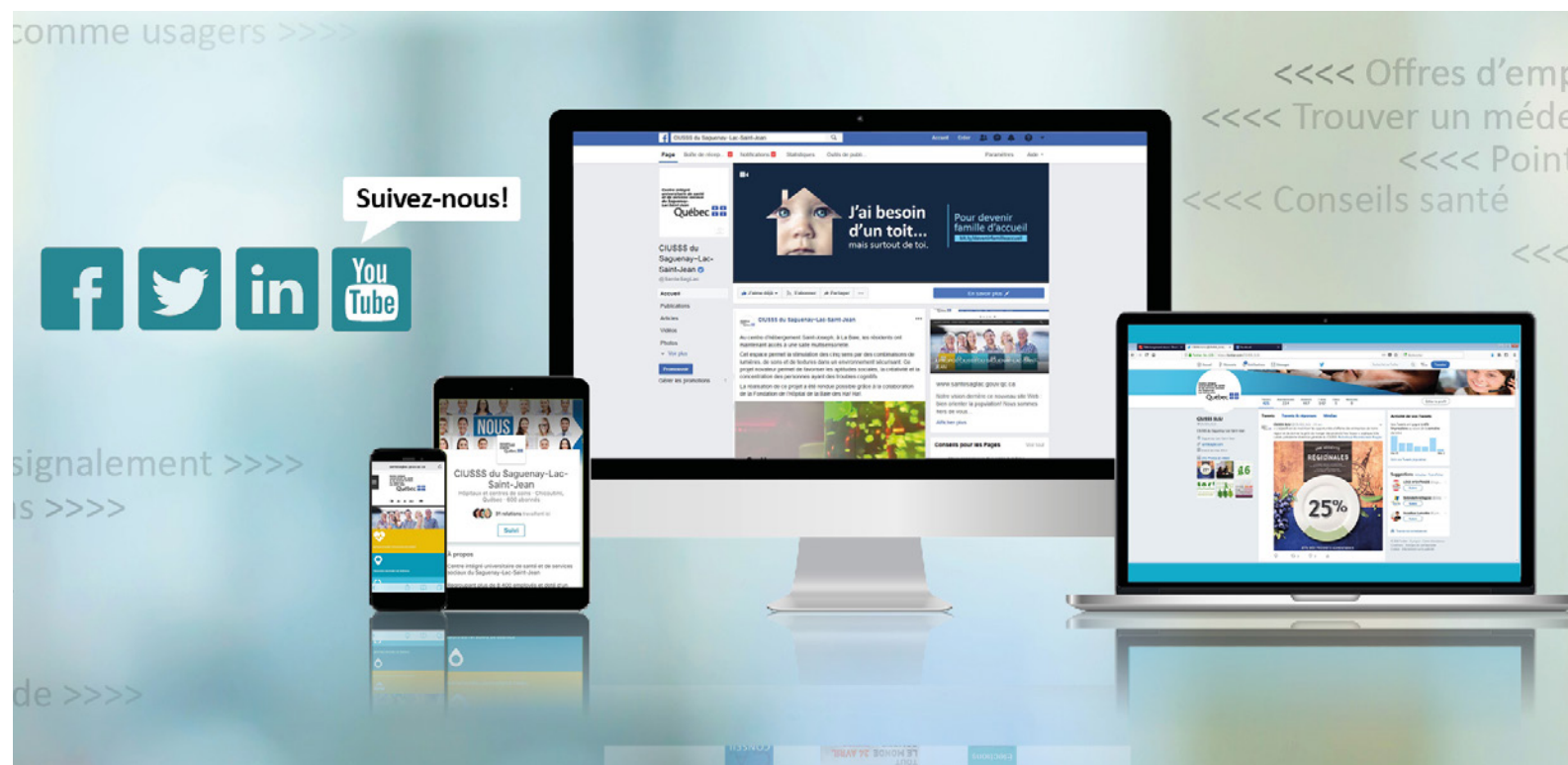
En raison de leur grande visibilité, les médias sociaux représentent un excellent moyen pour faire rayonner les initiatives qui émanent de l’organisation et mettre en valeur les bons coups des équipes.

Quelques données

Au 31 mars 2018, la page Facebook du CIUSSS compte 6 646 abonnés, soit une augmentation de 27 % depuis la dernière année. Plus de 80 % des abonnés vivent au Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Le compte Twitter regroupe maintenant 449 abonnés, soit une augmentation de 33 %.

Le site Internet reçoit en moyenne, chaque mois, 16 624 visites et 41 697 pages sont consultées.



Conseil d'administration, comités, conseils et instances consultatives

Membres du conseil d'administration

Membres	Membre du :	Mandat
BARON, Christian Université affiliée - Montréal		2 ans - 10 août 2016 au 29 sept. 2018
BÉRUBÉ, Christiane Indépendant - Réadaptation	Comité de révision, présidente Comité de gouvernance et d'éthique, présidente	3 ans - 30 sept. 2015 au 29 sept. 2018
BLANCHET, Denyse Indépendant – Gestion des risques/finance/comptabilité	Comité de vérification	1 ½ an - 3 février 2017 au 29 sept. 2018
BOUCHARD, Dominique Indépendant - Immobilisation/information/ressources humaines	Comité de vérification	3 ans - 30 sept. 2015 au 29 sept. 2018
CÔTÉ, Martin Comité régional sur les services pharmaceutiques	Comité de gouvernance et d'éthique	3 ans - 26 mars 2018 au 25 mars 2021
COURTOIS, Bibiane Indépendant – Santé mentale		2 ans - 3 novembre 2016 au 29 sept. 2018
COUTURE, Martine Présidente-directrice générale	Comité de vigilance et de la qualité Comité de gouvernance et d'éthique	3 ans - 30 sept. 2015 au 31 mars 2018
DALLAIRE, Laurent-Paul Indépendant – Usager	Comité de vérification Comité de vigilance et de la qualité	3 ans - 30 sept. 2015 au 29 sept. 2018
DUBÉ, Guylaine, vice-présidente Indépendant – Réadaptation	Comité de gouvernance et d'éthique Comité de vigilance et de la qualité, présidente Comité de révision, présidente substitut	3 ans - 30 sept. 2015 au 29 sept. 2018

30

2017-18
RAPPORT ANNUEL

Membres	Membre du :	Mandat
VACANT Membre observateur - Fondations		
GAUDREAU, Mauril Université affiliée - Sherbrooke		3 ans - 30 sept. 2015 au 29 sept. 2018
GUAY, France, présidente Indépendant - Organismes communautaires	Comité de vérification	2 ans - 30 sept. 2015 au 29 sept. 2017
GOBEIL, Manon Conseil des infirmières et infirmiers		3 ans - 26 mars 2018 au 25 mars 2021
LEMIEUX, Jean Indépendant - Jeunesse	Comité de vérification, président Comité de gouvernance et d'éthique	3 ans - 30 sept. 2015 au 29 sept. 2018
LAFLAMME, Manon Conseil multidisciplinaire		3 ans - 26 mars 2018 au 25 mars 2021
SONIER, Jean-Claude Indépendant - Vérification/performance/qualité	Comité de vérification	25 août 2016 au 29 sept. 2018
VACANT Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens		
SIMARD, Gilles Comité des usagers	Comité de vigilance et de la qualité	3 ans - 26 mars 2018 au 25 mars 2021
TRUCHON, Michel Indépendant - Gouvernance/éthique	Comité de gouvernance et d'éthique	3 ans - 30 sept. 2015 au 29 sept. 2018
VERREAU, Guy Département régional de médecine générale		5 ans - 28 sept. 2016 au 25 mars 2021

Comités relevant du conseil d'administration

Comité de vérification

Comité de gouvernance et d'éthique

Comité de vigilance et de la qualité

Comité de révision

Comité consultatif du territoire Maria-Chapdelaine

En ce qui concerne le code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration, aucun cas n'a été traité ou suivi par les membres et aucun manquement n'a été constaté en 2017-2018. Les déclarations de conflits d'intérêts sont analysées au comité de gouvernance et d'éthique et déposées au conseil d'administration.

Le code d'éthique et de déontologie est disponible en annexe 1.

Comités des usagers du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Comité des usagers du centre intégré (CUCI)

Comité des usagers DI-TSA

Comité des usagers du Centre jeunesse du SLSJ

Comité des usagers de Lac-Saint-Jean-Est

Comité des usagers de Domaine-du-Roy

Comité des usagers de Maria-Chapdelaine

Comité des usagers de Jonquière

Comité des usagers de Chicoutimi

Comité des usagers de La Baie

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Mandat

Le mandat du comité d'éthique de la recherche (CER) est de veiller à la dignité, à la sécurité et au bien-être des participants à la recherche et d'assurer le respect de leurs droits. Conséquemment, le CER a le pouvoir d'évaluer, d'approuver, de modifier, d'interrompre ou de refuser tout projet de recherche qui relève de son autorité et qui n'est pas conforme.

Le comité exerce la surveillance continue de l'éthique des projets de recherche approuvés.

Le CER peut assister les chercheurs et leurs équipes dans la présentation d'un projet de recherche ou dans leur démarche sur une question donnée, contribuant ainsi à la formation éthique du milieu institutionnel.

Le CER est habilité à approuver les projets de recherche réalisés auprès des personnes mineures, des personnes majeures inaptes ou des personnes majeures subitement devenues inaptes ainsi que les projets de recherche réalisés auprès des personnes majeures.

Liste des membres 2017-2018

Quatre membres réguliers ayant également un mandat comme membre substitut :

- Jean Mathieu, M.D. président, membre scientifique, membre régulier;
- Christine Gagnon, notaire, vice-présidente, juriste à titre de membre régulier et conseillère à l'éthique à titre de membre substitut;
- Johane de Champlain, vice-présidente substitut, conseillère à l'éthique à titre de membre régulier et juriste à titre de membre substitut;
- Tarek Bouhali, M. Sc. membre scientifique, membre régulier.

Il y a également 24 membres substitués qui sont appelés à participer aux réunions selon leur expertise et le type de projets que le CER doit évaluer.

Faits saillants

Au cours de l'année, nous avons consolidé le nouveau processus de fonctionnement interne mis en place l'an dernier, et ce, dans le but de faciliter le processus d'évaluation et d'autorisation d'un projet de recherche au CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Au cours de l'exercice, trois réunions plénières ont été tenues, trois réunions ont eu lieu en comité restreint et quatre en mode délégué. Le CER du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean a évalué quinze projets de recherche (dix en mode monocentrique et cinq en mode multicentrique). Également, le CER a évalué 133 demandes dans le cadre du suivi continu passif. Le nombre total des projets en cours dans notre établissement est de 156.

33

2017-18
RAPPORT ANNUEL

CONSEIL D'ADMINISTRATION,
COMITÉS, CONSEILS ET
INSTANCES CONSULTATIVES

COMITÉ STRATÉGIQUE DE LA MISSION UNIVERSITAIRE

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

De nombreux sujets y ont été traités au cours de l'année 2017-2018 tels que l'intégration du Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale (CRAIP) au sein de la mission universitaire, la mise en place d'une structure d'appui pour la mission auprès des directions cliniques du CIUSSS et la refonte du Programme de soutien au développement de la mission universitaire (PSDMU). Par contre, la planification stratégique du centre de recherche du CIUSSS et la politique de gestion des stages furent au cœur des principaux enjeux de l'année courante.

COMITÉ D'ENSEIGNEMENT

Le comité d'enseignement a pour fonction de supporter et de conseiller la directrice de l'enseignement sur la gestion courante des programmes d'enseignement, de veiller à la coordination et à la

réalisation des programmes d'enseignement qui font l'objet d'une entente dans le cadre des affiliations universitaires (Université de Sherbrooke et Université de Montréal) ainsi que de s'assurer que les conditions nécessaires à leur réalisation soient remplies.

Il permet de veiller à la discussion et à la transparence des décisions. En plus de répondre à son mandat, le comité d'enseignement a travaillé cette année sur la mise en place de la politique de gestion des plaintes envers les résidents afin d'aider ceux-ci lorsqu'ils sont concernés par l'examen d'une plainte, ainsi que sur les rôles et responsabilités des résidents et des externes qui circulent sur les unités de soins de notre établissement.

BUREAU RÉGIONAL DE COORDINATION DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Le Bureau régional de coordination de l'enseignement médical (BRCEM) a comme mandat de favoriser le développement de la mission universitaire sur tout le territoire du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Il assure la représentation des intérêts académiques de la région auprès des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS). Il coordonne également la demande et l'offre régionale de stages et assure la qualité de l'apprentissage et la formation professorale. Ainsi, il met en œuvre toute action contribuant à maximiser les retombées positives de l'enseignement universitaire sur l'accessibilité aux services pour les populations. Ce bureau est composé de la directrice de l'enseignement, de l'adjointe aux

affaires universitaires, des directeurs des groupes de médecine familiale universitaires (GMF-U) de Chicoutimi et d'Alma, des responsables régionaux des stages postdoctoraux en spécialités et de l'externat et du directeur des services professionnels. Il comprend aussi les cinq responsables de la formation médicale de chacune des installations de la région et le coordonnateur du Programme de formation médicale à Saguenay (PFMS).

COMITÉ DE LA RECHERCHE

Le comité de la recherche est défini dans les contrats d'affiliation avec les universités de Montréal et de Sherbrooke. Il est formé de représentants des facultés de médecine et des vice-rectorats à la recherche des universités, de représentants de l'établissement et de chercheurs.

Le mandat du comité a une portée stratégique. Il se penche en effet sur toutes les grandes questions visant le développement et la pérennité de la mission de recherche. En 2017-2018, les discussions ont principalement porté sur la planification stratégique 2017-2020 de la recherche et son plan d'action, les affiliations universitaires, le recrutement de chercheurs et la planification des infrastructures de recherche.

BUREAU DE DIRECTION DE LA RECHERCHE

La fonction du Bureau de direction de la recherche est d'assister et de conseiller le directeur de la recherche

sur la gestion courante, la vie scientifique et le développement de la mission de recherche. Il permet de veiller à la discussion et à la transparence des décisions.

Le bureau regroupe des chercheurs qui représentent les espaces universitaires, les créneaux d'excellence de recherche et les programmes actifs en recherche. Des représentants des directions universitaires et financières y participent également. En 2017-2018, le bureau s'est penché notamment :

- sur l'amélioration des processus d'évaluation des projets de recherche;
- la planification des besoins en infrastructures;
- la planification stratégique 2017-2020 de la direction de la recherche et son plan d'action;
- le soutien de gestion des activités de formation offertes par les équipes de la recherche.



CONSEIL DES SAGES-FEMMES

Mandat

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

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

Liste des membres 2017-2018

Marie-Élaine Malo

Élizabeth Tailly

Ingrid Arneberg-Joncas

Laurie Morvan-Houle

Alizée Brisebois

Magali Coursange

Catherine Forest

Clara Sévigny-Bachand

Guylaine Dubé

Faits saillants

Consolidation des rôles et pouvoirs du CSF en lien avec le processus de traitement des plaintes, le partage des renseignements cliniques et la révision par les pairs.

Maintenir la distribution appropriée des services en consolidant l'équipe.

Développer un mécanisme de compilation et de suivi systématique des recommandations faites en comité périnatal.

36

2017-18
RAPPORT ANNUEL

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

Mandat

Le comité de gestion des risques a pour mandat d'assurer au CA que l'établissement respecte les règlements, les politiques et les protocoles au regard de la gestion des risques et qu'il remplit ses obligations en ce qui a trait à la sécurité des usagers. Le comité de gestion des risques exerce un rôle de vigie pour la mise en place de la gestion des risques dans l'établissement. Il se fait le promoteur de la sécurité des soins et des services offerts et apporte un soutien au personnel et aux professionnels dans la recherche et le développement de moyens pour accroître la sécurité des usagers.

Faits saillants

233 recommandations ont été émises par les comités de gestion des risques opérationnels à la suite de l'analyse d'événements sentinelles.

259 membres du personnel ont été sensibilisés à la gestion des risques et la prestation sécuritaire des soins et services par le biais de rencontres.

Liste des membres 2017-2018

Jean-François Betala-Belinga

Sonia Boivin

Marika Bordes

Isabelle Boulianne

Josée Brassard

Nathalie Clavette

Martin Côté

Dominique Coutlée

Hélène Desbiens

Suzanne Gagné

Roger Gervais

Natalie Harrisson

Valérie Lamothe

Bruno Lapointe

Suzanne Laprise

Catherine Larouche

François Lessard

Véronique Pedneault

Geneviève Poitras

Véronique Sabourin

Lévis Sheehy

Josée Simard

- Trois postes vacants -

37

2017-18
RAPPORT ANNUEL

CONSEIL D'ADMINISTRATION,
COMITÉS, CONSEILS ET
INSTANCES CONSULTATIVES

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

Mandat et responsabilités

Le conseil des infirmières et infirmiers (CII) est responsable envers le CA :

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

Le CII est responsable envers la présidente-directrice générale de donner son avis sur les questions suivantes :

- l'organisation scientifique et technique du CIUSSS;
- les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des infirmières et infirmiers;
- toute autre question que la présidente-directrice générale porte à son attention (LSSSS, article 221).

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

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

Liste des membres 2017-2018

Mélissa Bélanger, La Baie

Sandra Bilodeau, Alma

Katy Blais, Alma

Caroline Bouchard, Dolbeau-Mistassini

Suzanne Côté, Alma

Hélène Desbiens, Chicoutimi

Chantale Dufour, Jonquière

Marie-Pier Gagné, Roberval

Sylvain Gagnon, La Baie

Guillaume Girard, Chicoutimi

Julie Godbout, Chicoutimi

Annie Houde, Jonquière

Dominique Labbé, Chicoutimi

Marie-Pier Lalancette, Roberval

38

2017-18
RAPPORT ANNUEL



Faits saillants

Collaboration avec la Direction des soins infirmiers aux plans d'amélioration, à la suite des visites d'inspection de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ).

Application du plan d'action 2016-2018.

Collaboration avec la Direction des soins infirmiers et l'OIIAQ sur le suivi de la formation intraveineuse pour les infirmières auxiliaires.

Collaboration à l'avancement de la formation sur l'examen clinique et la pérennité du projet.

Approbation du protocole de sédation/analgésie.

Recommandations liées au Règlement sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substance chimique.

Approbation des différentes règles de soins infirmiers, portant notamment sur la vaccination contre l'influenza et le pneumocoque, la prévention des plaies de pression et la médication en vente libre en milieu scolaire.

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Mandat

Responsabilités envers le CA :

- de constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de leurs membres;
- de faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et des services offerts par ses membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité;
- d'assumer toute autre fonction que lui confie le CA

Responsabilités envers la présidente-directrice générale :

- Donner son avis sur les questions suivantes :
 - l'organisation scientifique et technique du CIUSSS;
 - les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres.
- toute autre question que la PDG porte à son attention.

Liste des membres 2017-2018

Mathieu Lamontagne, président, La Baie
Valérie Lamothe, vice-présidente, Roberval
Charlyne Boivin, secrétaire, La Baie
Johanie Harvey, trésorière, Jonquière
Christine Girard, administratrice, Jonquière
Jimmy Dufour, administrateur, Alma
Claudine Gingras, administratrice, Chicoutimi
Sara Lafrance, administratrice, Chicoutimi
Kim Larouche, administratrice, Dolbeau
Mario Ouellet, administrateur, Alma
Carole-Anne Rossignol, administratrice, Sept-Îles
Martine Tremblay, administratrice, Jonquière
Annie Villeneuve, administratrice, Chicoutimi
Serge Lavoie, directeur des services multidisciplinaires
Julie Fortin, directrice adjointe des services multidisciplinaires
Martine Couture, présidente-directrice générale
Caroline Maltais, La Baie, en remplacement de Charlyne Boivin
Marie-Claude Desrochers, Jonquière, en rempl. de Martine Tremblay

Faits saillants

Visite de nos membres dans les installations.

Poursuite des travaux des comités :

- communication;
- comité de pairs.
- avis et recommandation :
 - participation du Conseil multidisciplinaire sur le comité

plan de développement des ressources humaines (PDRH);

- regroupement des professionnels;
- implication de l'inhalothérapeute en dysphagie lors de l'évaluation instrumentale;
- utilisation des mesures de contrôle.

- comité sur le maintien et le développement des compétences des membres (CMPC) :
 - participation de quatre membres au colloque annuel de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ) sous le thème : « Les CM engagés, une richesse

pour tous » et participation à la table des présidents de l'ACMQ en juin 2017;
- participation d'un membre du CECM au comité sur la gestion des risques.

40

2017-18
RAPPORT ANNUEL

CONSEIL D'ADMINISTRATION,
COMITÉS, CONSEILS ET
INSTANCES CONSULTATIVES

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

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

Mandat ou mission

Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) a plusieurs mandats soit l'évaluation, la surveillance et l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle, la distribution appropriée et équitable des soins et services, l'évaluation et le maintien des compétences de tous ses membres, l'organisation scientifique et technique de toute l'organisation du CIUSSS du Saguenay—Lac-Saint-Jean dans l'offre des soins et enfin, tous mandats complémentaires qui sont demandés au comité exécutif.

Liste des membres 2017-2018

Membres élus

Sophie Bernier, trésorière,
Roberval

Marie-Lucie Bouchard,
conseillère, Jonquière

Julie Côté, conseillère, Roberval

Martin de la Boissière, conseiller,
Dolbeau

Marie-Élaine Gagnon,
conseillère, La Baie

Jean-François Gimaël, président,
Alma

Isabelle Jean, secrétaire, Alma

Jérôme Pineault Le Page,
conseiller, Chicoutimi

Hugo Villeneuve,
1^{er} vice-président, Chicoutimi

Nancy Watts, conseillère,
Jonquière

David Laverdière, président,
Chicoutimi
(a quitté son poste le 28 mars 2018)

Membres d'office

Donald Aubin, directeur des
services professionnels

Martine Couture,
présidente-directrice générale

Membre invitée

Sharon Hatcher, directrice de
l'enseignement

Membres remplaçantes

Stéphanie Morel-Tremblay,
La Baie

Catherine Côté, Chicoutimi

Faits saillants

Intervention pour rectifier certaines trajectoires des patients, clarifier les rôles de chacun dans certains milieux, de façon à optimiser la qualité et la sécurité des soins et encadrer ainsi les pratiques médicales offertes aux usagers.

Collaboration à la mise en place d'une solution permanente et durable prenant compte de la capacité de production des milieux, la capacité de payer de l'établissement et de la qualité des soins offerts aux usagers.

Supervision des différents comités sous sa responsabilité.

Évaluation des 350 dossiers de médecins spécialistes pour renouveler leurs privilèges de pratique.

Harmonisation de la liste des médicaments dans le CIUSSS.

Travail de collaboration avec le Service des archives médicales pour l'harmonisation des règlements portant sur la tenue de dossier.

Nomination d'un chef dans les départements de chirurgie, de médecine spécialisée et de pédiatrie au cours de cet exercice.

Constitution de cinq nouveaux comités de discipline pour l'évaluation de plaintes.

Gestion de la découverte en plastie par le biais de la mise en place d'un corridor de transfert avec les orthopédistes des installations d'Alma pour la couverture de la pathologie de la main. Les autres grands axes, soit le traitement des brûlés et les déficits de couverture, sont pris en charge par les plasticiens de Québec.

Création du comité de convenance (ou le comité d'autorisation des médicaments) pour supporter les cliniciens et évaluer la pertinence de la mise en place de nouvelles médications selon des critères objectifs reconnus, en particulier dans le domaine de l'oncologie.

41

2017-18
RAPPORT ANNUEL

CONSEIL D'ADMINISTRATION,
COMITÉS, CONSEILS ET
INSTANCES CONSULTATIVES

COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES

Mandat ou mission

Le comité régional sur les services pharmaceutiques exerce les responsabilités qui lui sont dévolues par cette loi :

Article 417.8 :

dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques et la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, le comité régional sur les services pharmaceutiques exerce, sous l'autorité de la présidente-directrice générale, les responsabilités suivantes :

- 1. faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre;*
- 2. donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments;*
- 3. donner son avis sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques;*
- 4. exécuter tout autre mandat que lui confie la présidente-directrice générale.*

Le rapport concernant les résultats du processus électoral du CRSP a été déposé au CA le 29 novembre 2017.

Liste des membres 2017-2018

Isabelle Champagne, pharmacienne propriétaire

Martin Côté, pharmacien en établissement

Clément Desbiens, pharmacien en établissement

Yann Gosselin-Gaudreault, pharmacien salarié

Isabelle Jean, présidente et chef du département de pharmacie

David Lapierre, pharmacien propriétaire

Jean-François Laroche, vice-président et pharmacien en établissement

Maude Morin, pharmacienne propriétaire

Julie Rivard, pharmacienne salariée

Marie-Andrée Régis, responsable des affaires pharmaceutiques

Suzanne Gagné, médecin-conseil

Martine Couture, présidente-directrice générale

Faits saillants

Le CRSP s'est réuni à quatre reprises au cours de l'année 2017-2018. Les principaux sujets sont :

- les soins et services pharmaceutiques;
- les communications ;
- les dossiers de santé publique;
- le recrutement.



DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Mandat ou mission

Le département régional de médecine générale (DRMG) exerce, sous l'autorité de la présidente-directrice générale du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean (CIUSSS), les responsabilités suivantes :

- faire des recommandations sur la partie du Plan régional des effectifs médicaux relative aux médecins omnipraticiens qui doit être élaborée et, une fois que le ministre a approuvé le plan, assurer la mise en place et l'application de la décision du CIUSSS relative à ce plan;
- définir et proposer le Plan régional d'organisation des services médicaux généraux lequel doit préciser, par territoire de réseau local de services de santé et de services sociaux, les services offerts à partir d'un cabinet privé, d'un centre local de services communautaires (CLSC) ou d'une clinique externe d'un centre hospitalier exploité par un établissement, la nature des services existants et attendus en termes d'accessibilité et de prise en charge des diverses clientèles et assurer la mise en place et l'application de la décision du CIUSSS relative à ce plan;
- définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux pouvant inclure le réseau de garde intégré, notamment par la conclusion d'ententes de services, de jumelage ou de parrainage interétablissements, la garde en disponibilité pour les services offerts en centre d'hébergement et de soins de longue durée et pour le programme de maintien à domicile et assurer la mise en place et la coordination de la décision du CIUSSS relative à ce réseau, le tout devant s'inscrire à l'intérieur du Plan régional d'organisation des services médicaux généraux;
- faire des recommandations sur la nature des services médicaux généraux découlant des programmes prioritaires et assurer la mise en place de la décision du CIUSSS relative à cette matière;
- faire des recommandations sur la liste des activités médicales particulières et assurer la mise en place de la décision du CIUSSS relative à cette liste;
- évaluer l'atteinte des objectifs relativement au Plan régional d'organisation des services médicaux généraux et à la partie du Plan régional des effectifs médicaux relative aux médecins omnipraticiens;
- donner son avis sur tout projet concernant l'offre des services médicaux généraux :
 - donner son avis sur certains projets relatifs à l'utilisation de médicaments;
 - donner son avis sur l'instauration des corridors de services proposés par le réseau universitaire intégré de santé.
- réaliser toute autre fonction que lui confie la présidente-directrice générale du CIUSSS relativement aux services médicaux généraux.

Liste des membres 2017-2018

Donald Aubin, directeur des services professionnels

Michaël Auger-Lafond, Maria-Chapdelaine

Noémie Bédard,
agente de planification, de programmation et de recherche

Joëlle Blanchette, résidente

Roberto Boudreault, chef du DRMG, Domaine-du-Roy

Stéphanie Collard, Chicoutimi (urgence)

Martine Couture, présidente-directrice générale

Marion Dubois, Jonquière

Nadia Gauthier, Jonquière

Simon Hévey, Domaine-du-Roy

Martin Lemieux, Chicoutimi (enseignement)

Martine Nadeau, La Baie

Lorraine Richard, Chicoutimi

Emmanuelle Tran, Lac-Saint-Jean-Est

Guy Verreault, Lac-Saint-Jean-Est

Faits saillants

En 2017-2018, le comité de direction du DRMG s'est réuni à neuf occasions. Les principaux sujets discutés lors de ces rencontres ont été les suivants :

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



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

CHAPITRE III - ATTENTES SPÉCIFIQUES

■ Chapitre III - Entente de gestion et d'imputabilité 2017-2018 Fiche de reddition de comptes des attentes spécifiques

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation %	Commentaires
SECTION I : SANTÉ PUBLIQUE (DGSP)				
2.1	BILAN DES ACTIVITÉS RÉALISÉES EN SANTÉ PUBLIQUE	Un bilan faisant état des activités réalisées selon le milieu de vie ciblé (types d'activités, description des activités, objectifs généraux, état de la mise en œuvre des activités, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre des activités, etc.) est demandé.	33 % du plan triennal 2017-2020 est réalisé.	Le bilan est déposé. Le plan triennal 2017-2020 est en cours de réalisation.
2.2	COMITÉ PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (PCIN)	Compléter le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et le comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales – Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec, Santé et Services sociaux, Québec 2006 ».	100 %	L'information en lien avec la mise en place du comité stratégique a été diffusée aux établissements en octobre 2017. Le comité stratégique PCIN a tenu sa première rencontre le 31 mai 2018. Le cadre de référence de 2006 sur les infections nosocomiales fait état d'une table régionale PIN, qui a été mise en place en 2017-2018.

Chapitre III - Entente de gestion et d'imputabilité 2017-2018

Fiche de reddition de comptes des attentes spécifiques

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation en %	Commentaires
SECTION II : SERVICE SOCIAUX (DGSS)				
3.1	IMPLANter LES PROTOCOLES D'INTERVENTION EN MATIÈRE D'ITINÉRANCE ET PLAN DE TRAVAIL	L'établissement devra transmettre au MSSS une liste des installations de son territoire devant implanter le protocole, un plan de travail détaillant les activités prévues ainsi que l'échéancier de l'implantation du protocole. Un gabarit permettant l'identification des installations pertinentes sera fourni. Ces livrables permettront de déterminer la cible associée à l'indicateur « pourcentage des protocoles d'intervention implantés en matière d'itinérance », par établissement et nationalement.	100 %	L'établissement vient de recevoir l'information pour les livrables en lien avec cette activité spécifique.
3.2	POURsUIVRE LA MISE EN ŒUVRE DES COMPOSANTES DES PROGRAMMES D'INTERVENTION EN NÉGLIGENCE (PIN)	Assurer la mise en œuvre de toutes les composantes obligatoires des PIN avant le 31 mars 2018. Un formulaire GESTRED identifie les composantes devant être présentes dans un PIN pour qu'il soit efficace. Il prévoit également une section pour identifier le nombre d'utilisateurs ayant participé au programme.	95 %	L'évaluation de la collaboration sera implantée dans certains secteurs.
3.3	ÉVALUATION ET ÉLABORATION D'UN PLAN D'INTERVENTION POUR TOUS LES USAGERS HéBERGÉS EN CHSLD PUBLIC	L'établissement doit viser à ce que toutes les personnes hébergées aient une évaluation à jour, à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), et possèdent un plan d'intervention. Les résultats des profils ISO-SMAF à jour et des plans d'intervention devront être transmis dans le formulaire GESTRED prévu à cette fin. Un état de situation sur les résultats obtenus devra également être produit.	90 %	Un roulement élevé de présence infirmière explique l'écart. Plusieurs CHSLD n'utilisent pas le module PSIS du RSIPA. Un standard de pratique est en cours d'élaboration pour l'ensemble de la région. Le déploiement a été retardé en lien avec les différents projets déjà en implantation. Le suivi des indicateurs en station visuelle hebdomadaire est déjà dans plusieurs CHSLD et sera généralisé dans la présente année.

Chapitre III - Entente de gestion et d'imputabilité 2017-2018

Fiche de reddition de comptes des attentes spécifiques

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation en %	Commentaires
(suite) SECTION II : SERVICE SOCIAUX (DGSS)				
3.4	PLAN TERRITORIAL D'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS ET DE LA CONTINUITÉ	L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC.	100 %	Le PTAAC est complété et sera acheminé dans les délais prescrits.
3.5	PLAN D'ACTION 2017-2022 SUR LE TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME (TSA)	À la suite de la publication du plan d'action et du plan de déploiement ministériel, l'établissement devra compléter et transmettre le bilan de l'implantation des mesures identifiées.	100 %	
3.6	ADDENDA – RÉSULTATS, MESURES ALTERNATIVES ET BONNES PRATIQUES POUR LE RESPECT DES DÉLAIS D'ATTENTE DES USAGERS EN NIVEAU DE SOINS ALTERNATIFS (NSA)	Les établissements, qui ont une responsabilité populationnelle, ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques en amont, intra hospitalières et en aval, conformément au guide de soutien NSA. Les établissements doivent également faire état des résultats pour le respect des délais d'attente, incluant les résultats des usagers en attente ou en provenance des établissements non fusionnés.	100 %	L'ensemble des redditions de comptes en lien avec le dossier NSA est produit dans les délais.

Chapitre III - Entente de gestion et d'imputabilité 2017-2018

Fiche de reddition de comptes des attentes spécifiques

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation en %	Commentaires
(suite) SECTION II : SERVICE SOCIAUX (DGSS)				
3.8	ADDENDA – AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS D'HYGIÈNE OFFERTS DANS LES CHSLD	L'évaluation à jour, le plan d'intervention et le travail en interdisciplinarité permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs (habitudes, sécurité, niveau de collaboration et d'autonomie, portrait clinique). Un état de situation portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène sera demandé aux établissements. De plus, il est aussi prévu que des audits aléatoires seront menés par le MSSS dans les établissements.	32 %	On note un manque de préposés aux bénéficiaires et, pour certains CHSLD, un manque d'équipement. Un plan d'action est en cours afin d'éliminer les obstacles.
SECTION III : SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE (DGSSMU)				
4.3	DOULEURS CHRONIQUES - ÉTAT D'AVANCEMENT DE L'IMPLANTATION DU PLAN D'ACTION PAR ÉTABLISSEMENT DÉPOSÉ LE 31 MARS 2016 ET RÉALISÉ SUR LA BASE DES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES 2006	Auto-évaluation sur l'état d'implantation du plan d'action déposé au 31 mars 2016. Le plan doit préciser : Action – Objectif – Stratégie/Moyens – Responsable – Résultats/Livrables – Échéancier – Indicateur – Cible atteinte. De plus, les obstacles liés à la non-réalisation du plan devront être notés.	73 %	Les petites équipes morcelées entraînent beaucoup d'instabilité et une grande difficulté à développer l'expertise clinique. Peu de budget et de ressources dédiés à la douleur malgré l'importance des besoins qui sont toujours grandissants. Actuellement, des scénarios sont analysés afin de revoir la répartition des ressources de 2 ^e ligne pour l'ensemble de la région. Le comité directeur déposera des propositions au comité de direction du CIUSSS d'ici l'automne 2018. Ce repositionnement aidera grandement à atteindre les objectifs qui sont au ralenti.

50

2017-18
RAPPORT ANNUEL

Chapitre III - Entente de gestion et d'imputabilité 2017-2018

Fiche de reddition de comptes des attentes spécifiques

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation en %	Commentaires
(suite) SECTION III : SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE (DGSSMU)				
4.4	ÉTAT D'AVANCEMENT DU PLAN D'ACTION TRIENNAL 2016-2019 – MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS	Auto-évaluation sur l'état d'implantation des actions au plan d'action déposé au 1 ^{er} juin 2016. Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CISSS-CIUSSS devra être produit.	75 %	Le suivi est effectué en gestion de projet et à l'aide d'un plan d'action. À venir : compléter l'implantation du processus clinique, l'instauration de la communauté de pratique et la mise en place d'indicateurs de qualité.
4.5	ÉTAT D'AVANCEMENT SUR LE PLAN D'ACTION PAR ÉTABLISSEMENT RÉALISÉ SUR LA BASE DU PLAN D'ACTION NATIONAL 2016-2018	Auto-évaluation sur le plan d'action déposé le 31 octobre 2016 composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux. Les causes de la non-atteinte des objectifs du plan d'action doivent être notées. (AVC)	100 %	
4.6	ÉTAT D'AVANCEMENT DE L'IMPLANTATION DU PLAN D'ACTION DÉPOSÉ LE 31 MARS 2016 PAR ÉTABLISSEMENT RÉALISÉ SUR LA BASE DES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES 2015	Auto-évaluation sur l'état d'implantation du plan d'action déposé au 31 mars 2016 composé à partir des actions et des objectifs, incluant l'état d'avancement des travaux au 31 mars 2018. Les causes de la non-atteinte des objectifs du plan d'action doivent être notées. (Maladie rénale)	100 %	

→

51

2017-18
RAPPORT ANNUEL

Chapitre III - Entente de gestion et d'imputabilité 2017-2018

Fiche de reddition de comptes des attentes spécifiques

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation en %	Commentaires
(suite) SECTION III : SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE (DGSSMU)				
4.8	EFFECTIFS DANS LES ÉQUIPES DE SOUTIEN DANS LA COMMUNAUTÉ	Fournir les informations requises quant aux effectifs en services dans la communauté : suivi intensif dans le milieu (SIM), soutien d'intensité variable (SIV), Flexible Assertive Community Treatment (FACT) et premier épisode psychotique (PEP). Contrairement au suivi des EGI associés aux SIM et SIV, ce suivi comprend également les services qui ne sont pas homologués.	100 %	
SECTION IV : FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET (DGFIB)				
6.1	LISTES DES BESOINS (OU CORRECTIFS) DEVANT ÊTRE RÉALISÉS DANS LES CINQ PROCHAINES ANNÉES	L'établissement a pour objectif de finaliser l'inspection technique de son parc immobilier. À la suite de l'inspection des bâtiments, il doit élaborer la liste des correctifs devant être réalisés dans les cinq prochaines années pour chacune des installations concernées et télécharger les données dans le système Actifs+ Réseau.	100 %	
6.2	STRATÉGIE QUÉBÉCOISE D'ÉCONOMIE D'EAU POTABLE	L'établissement participe à la réalisation du plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.	60 %	L'état de la situation, par installation, est complété. Le plan d'action est en cours et l'adoption des saines pratiques de gestion est à développer.

52

2017-18
RAPPORT ANNUEL

Chapitre III - Entente de gestion et d'imputabilité 2017-2018

Fiche de reddition de comptes des attentes spécifiques

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation en %	Commentaires
SECTION V : COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE (DGCRM)				
7.1	SÉCURITÉ CIVILE	S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure d'assumer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer : - de veiller à l'élaboration ou à la révision d'un plan de sécurité civile; - du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au sujet de la mission santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile; - de raffermir les liens de partenariat en sécurité civile.	85 %	Le comité régional de sécurité doit réviser le plan régional de sécurité civile (version avancée) d'ici la période estivale. Le comité de direction devra par la suite entériner le plan révisé. Les événements de sécurité civile (l'inondation du printemps 2017 et le Sommet du G7) ont mobilisé nos ressources affectées à la sécurité civile pendant l'année 2017-2018, ce qui a entraîné des délais pour la révision du plan régional de sécurité civile.
7.3	GESTION DES RISQUES EN SÉCURITÉ CIVILE – SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX	Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en arrimage avec la gestion intégrée des risques de l'établissement. À cet effet, l'établissement doit : - maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation; - compléter la phase d'établissement du contexte du processus; - compléter la phase d'appréciation des risques du processus.	60 %	La Direction générale adjointe de la sécurité civile (DGASC) a signifié en cours d'année aux établissements que les attentes du MSSS à cet égard étaient revues à la baisse considérant les événements de sécurité civile ayant mobilisé le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) en cours d'année. La démarche de gestion des risques en sécurité civile a été amorcée avec le comité régional de sécurité civile et les comités locaux des mesures d'urgence. Ces instances participeront à la démarche et, plus spécifiquement, à la phase d'appréciation des risques qui s'échelonnera de septembre 2018 à mars 2019.

Chapitre III - Entente de gestion et d'imputabilité 2017-2018

Fiche de reddition de comptes des attentes spécifiques

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation en %	Commentaires
(suite) SECTION V : COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE (DGCRM)				
7.4	COMITÉ RÉGIONAL POUR LES PROGRAMMES D'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE	La mise sur pied d'un comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise doit être réalisée. La composition de celui-ci sera entérinée par le CA de l'établissement.	NA	Aucune reddition requise vu le report de cette attente spécifique.
7.5	RÉVISION DES PROGRAMMES D'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE	Les établissements recevront à l'automne 2017 le nouveau cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Les programmes d'accès de chaque établissement, élaborés grâce à ce cadre de référence, seront soumis au Comité régional pour les programmes d'accès de la région pour avis, entérinés par le CA et ensuite transmis exceptionnellement par courriel au coordonnateur à l'accès aux services en langue anglaise.	NA	Aucune reddition requise vu le report de cette attente spécifique.
7.6	ÉTAT DE SITUATION SUR LE DEGRÉ DE MATURITÉ D'UNE SALLE DE PILOTAGE STRATÉGIQUE	Un bilan faisant état du déploiement de la salle de pilotage stratégique de l'établissement est demandé. Ce bilan vise à documenter la maturité de la salle de pilotage déployée selon les différentes dimensions abordées, soit la planification, le déploiement, le contrôle/suivi et la réponse-action. Aussi, des questions d'ordre général sont prévues.	100 %	

CHAPITRE IV - ENGAGEMENTS ANNUELS

Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS Entente de gestion 2017-2018 - Chapitre IV Bilan annuel

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

Indicateurs	Engagements 2017-2018	Résultat p13	Atteinte (%)	Cible 2020	Commentaires
SANTÉ PUBLIQUE					
1.01.13.01-EG2 POURCENTAGE D'ÉCOLES PUBLIQUES AVEC LESQUELLES LE CIUSSS/CIUSSS COLLABORE À DES ACTIONS EN PROMOTION ET EN PRÉVENTION DE LA SANTÉ EN CONTEXTE SCOLAIRE	55	54,49	99,07	NA	Cible non atteinte. Les travaux de collaboration se poursuivent avec les commissions scolaires.
1.01.27-EG2 PROPORTION DES ENFANTS RECEVANT LEUR 1 ^{re} DOSE DE VACCIN CONTRE DCAT-HB-VPI-HIB DANS LES DÉLAIS (ANCIENNEMENT 1.01.14)	91	94,3	103,6	NA	Cible atteinte.

→

55

2017-18
RAPPORT ANNUEL

RÉSULTATS AU REGARD
DE L'ENTENTE DE GESTION
ET D'IMPUTABILITÉ

Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS

Entente de gestion 2017-2018 - Chapitre IV Bilan annuel

LÉGENDE

 Atteinte de l'engagement annuel (100 %)

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

 Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

Indicateurs	Engagements 2017-2018	Résultat p13	Atteinte (%)	Cible 2020	Commentaires
SANTÉ PUBLIQUE					
1.01.28-EG2 PROPORTION DES ENFANTS RECEVANT LEUR 1 ^{re} DOSE DE VACCIN CONTRE LE MÉNINGOCOQUE DE SÉROGROUPE C DANS LES DÉLAIS (ANCIENNEMENT 1.01.15)	90	81,9	91	NA	Cible non atteinte. La première dose pour ces vaccins se donne à l'âge de 12 et 18 mois, ce qui peut rendre la prise de rendez-vous dans les délais pour les nouveaux parents plus ardue. Des travaux d'harmonisation des pratiques notamment dans les prises de rendez-vous seront réalisés prochainement. On note également certains épisodes de maladie aigue chez l'enfant l'empêchant ainsi de se présenter aux rendez-vous dans les délais. Pour certains secteurs, les ressources humaines sont par ailleurs en nombre insuffisant pour combler les demandes.
1.01.30-EG2 PROPORTION DES ENFANTS RECEVANT LEUR 1 ^{re} DOSE DE VACCIN COMBINÉ RROVAR CONTRE LA ROUGEOLE, LA RUBÉOLE, LES OREILLONS ET LA VARICELLE DANS LES DÉLAIS	85	71,7	84,4	NA	Cible non atteinte. La première dose pour ces vaccins se donne à l'âge de 12 et 18 mois, ce qui peut rendre la prise de rendez-vous dans les délais pour les nouveaux parents plus ardue. Des travaux d'harmonisation des pratiques notamment dans les prises de rendez-vous seront réalisés prochainement. On note également certains épisodes de maladie aigue chez l'enfant l'empêchant ainsi de se présenter aux rendez-vous dans les délais. Pour certains secteurs, les ressources humaines sont par ailleurs en nombre insuffisant pour combler les demandes.

56

2017-18
RAPPORT ANNUEL

Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS

Entente de gestion 2017-2018 - Chapitre IV Bilan annuel

Indicateurs	Engagements 2017-2018	Résultat p13	Atteinte (%)	Cible 2020	Commentaires
(Suite) SANTÉ PUBLIQUE					
1.01.29-PS NOMBRE D'ACTIVITÉS DE DÉPISTAGE DES ITSS CHEZ LES JEUNES DE 15 À 24 ANS (ANCIENNEMENT 1.01.24)	1 712	1 601	93,5	1530	Cible non atteinte. Un roulement au niveau du personnel empêche l'atteinte des cibles, notamment au regard des nécessités d'orientation et d'une difficulté à remplacer une des ressources. La stabilisation de l'équipe permettra vraisemblablement d'atteindre la cible en 2018-2019.
SANTÉ PUBLIQUE - INFECTIONS NOSOCOMIALES					
1.01.26-PS TAUX DE CONFORMITÉ AUX PRATIQUES EXEMPLAIRES D'HYGIÈNE DES MAINS DANS LES ÉTABLISSEMENTS	70	64,2	91,7	80	Cible non atteinte. On observe une augmentation de 12 % par rapport à l'année précédente. Des stratégies seront mises en place sous peu, notamment celle de revoir la structure d'audit d'hygiène des mains, afin de décentraliser les audits au sein des équipes, ce qui permettra l'appropriation et la sensibilisation du personnel aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains.
1.01.19.01-PS POURCENTAGE DE CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS AYANT DES TAUX D'INFECTIONS NOSOCOMIALES CONFORMES AUX TAUX ÉTABLIS - DIARRHÉES ASSOCIÉES AU CLOSTRIDIUM DIFFICILE (DACD)	95	100	105,3	95	Cible atteinte

LÉGENDE

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

57

2017-18
RAPPORT ANNUEL



Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS

Entente de gestion 2017-2018 - Chapitre IV Bilan annuel

LÉGENDE

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

Indicateurs	Engagements 2017-2018	Résultat p13	Atteinte (%)	Cible 2020	Commentaires
(Suite) SANTÉ PUBLIQUE - INFECTIONS NOSOCOMIALES					
1.01.19.02-PS POURCENTAGE DE CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS AYANT DES TAUX D'INFECTIONS NOSOCOMIALES CONFORMES AUX TAUX ÉTABLIS - BACTÉRIÉMIES À STAPHYLOCOCCUS AUREUS RÉSISTANT À LA MÉTHICILLINE	95	100	100,3	95	Cible atteinte
1.01.19.03-EG2 POURCENTAGE DE CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS AYANT DES TAUX D'INFECTIONS NOSOCOMIALES CONFORMES AUX TAUX ÉTABLIS - BACTÉRIÉMIES NOSOCOMIALES SUR CATHÉTERS CENTRAUX AUX SOINS INTENSIFS	95	100	105,3	NA	Cible atteinte
1.01.19.04-PS POURCENTAGE DE CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS AYANT DES TAUX D'INFECTIONS NOSOCOMIALES CONFORMES AUX TAUX ÉTABLIS - BACTÉRIÉMIES NOSOCOMIALES ASSOCIÉES AUX VOIES D'ACCÈS VASCULAIRES EN HÉMODIALYSE	95	100	100,3	95	Cible atteinte
SERVICES GÉNÉRAUX					
1.02.04-EG2 POURCENTAGE DES APPELS AU SERVICE DE CONSULTATION TÉLÉPHONIQUE EN MATIÈRE DE SERVICES PSYCHOSOCIAUX AUXQUELS ON A RÉPONDU DANS UN DÉLAI DE QUATRE (4) MINUTES OU MOINS	90,8	90,5	99,7	NA	Cible non atteinte. Les ressources humaines ont été limitées au cours de la dernière année. La vigilance sera accrue en collaboration avec la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques du CIUSSS pour l'embauche.

58

2017-18
RAPPORT ANNUEL

RÉSULTATS AU REGARD
DE L'ENTENTE DE GESTION
ET D'IMPUTABILITÉ

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



Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS

Entente de gestion 2017-2018 - Chapitre IV Bilan annuel

Indicateurs	Engagements 2017-2018	Résultat p13	Atteinte (%)	Cible 2020	Commentaires
SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES AGÉES					
1.03.07.01-PS POURCENTAGE DE MILIEUX HOSPITALIERS AYANT IMPLANTÉ LES COMPOSANTES 1, 2 ET 6 DE L'APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE	100	100	100	100	Cible atteinte
1.03.07.02-PS POURCENTAGE DE MILIEUX HOSPITALIERS AYANT IMPLANTÉ LES COMPOSANTES 3, 4 ET 5 DE L'APPROCHE ADAPTÉE À LA PERSONNE ÂGÉE	66,7	66,7	100	100	Cible atteinte
1.03.10-PS POURCENTAGE DE RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS POUR LES PERSONNES ÂGÉES (RSIPA) IMPLANTÉS DE FAÇON OPTIMALE	100	100	100	100	Cible atteinte. Les travaux d'harmonisation se poursuivent. L'engagement est soutenu pour implanter l'ensemble des éléments du RSIPA. La complétion de la grille OSIR-SIPA est complexe et repose sur certaines informations subjectives. Les données sont longues à obtenir considérant qu'il faut compléter un tableau par RLS (6 RLS au CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean). La validité des informations d'une évaluation à l'autre est variable à l'intérieur d'une même région.
1.03.13-EG2 POURCENTAGE DE PERSONNES NOUVELLEMENT ADMISES EN CHSLD AYANT UN PROFIL ISO-SMAF DE 10 À 14	90	88,6	98,4	NA	Cible non atteinte. L'engagement est atteint à hauteur de 98,44 % et on observe une augmentation constante du résultat. Le mécanisme d'accès à l'hébergement régional maintenant déployé dans tous les réseaux locaux de services permet de respecter les critères d'admission en CHSLD et l'adéquation des profils. Des travaux sont en cours avec les autres directions pour discuter de leur offre de service en hébergement.

LÉGENDE

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

59

2017-18
RAPPORT ANNUEL

Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS

Entente de gestion 2017-2018 - Chapitre IV Bilan annuel

LÉGENDE



Atteinte de l'engagement annuel (100 %)



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



Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

Indicateurs	Engagements 2017-2018	Résultat p13	Atteinte (%)	Cible 2020	Commentaires
(Suite) SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES AGÉES					
(SUITE) 1.03.13-EG2	90	88,6	98,4	NA	On observe les mêmes problématiques que l'an dernier concernant certaines réticences à admettre une partie de la clientèle en ressources intermédiaires, principalement lorsque l'utilisateur présente des troubles de comportement.
SOUTIEN À DOMICILE LONG DURÉE					
1.03.05.01-EG2 NOMBRE TOTAL D'HEURES DE SERVICE DE SOUTIEN À DOMICILE LONGUE DURÉE RENDUES À DOMICILE PAR LES DIFFÉRENTS MODES DE DISPENSATION DE SERVICES	473 184	563 701	119,1	NA	Cible atteinte. Il y a eu une augmentation des heures, en comparaison avec l'année précédente, en raison de la compilation des heures en services achetés (activités de la vie domestique-AVD). Ces heures font partie du plan d'intervention de l'utilisateur et contribuent à son maintien à domicile. Il convient de souligner que plusieurs interventions ou services rendus à l'utilisateur ne sont pas compilés. Par exemple, les interventions indirectes significatives permettant l'actualisation du plan d'intervention ou la rencontre de l'utilisateur dans un autre lieu que son domicile (centres hospitaliers, ressources communautaires, centre de réadaptation, CLSC, etc).

60

2017-18
RAPPORT ANNUEL

RÉSULTATS AU REGARD
DE L'ENTENTE DE GESTION
ET D'IMPUTABILITÉ

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

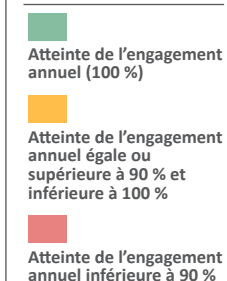


Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS

Entente de gestion 2017-2018 - Chapitre IV Bilan annuel

Indicateurs	Engagements 2017-2018	Résultat p13	Atteinte (%)	Cible 2020	Commentaires
(Suite) SOUTIEN À DOMICILE LONG DURÉE					
1.03.11-PS NOMBRE DE PERSONNES DESSERVIES EN SOUTIEN À DOMICILE DE LONGUE DURÉE (ADULTES DES PROGRAMMES-SERVICES SAPA, DP ET DI-TSA)	6 500	6 435	99	7 955	Cible non atteinte. On observe une augmentation de 452 clients par rapport à l'année 2016-2017, ce qui constitue une augmentation jugée significative. La direction poursuit ses travaux pour l'augmentation du repérage (EÉSAD, RPA, clinique de vaccination). Au 31 mars 2018, aucun client n'est en attente d'un premier service en soutien à domicile dans notre région. L'implantation d'une nouvelle pratique à l'urgence, qui consiste au repérage et la prise en charge immédiate des clients vulnérables afin d'éviter l'hospitalisation, pourra certainement permettre d'augmenter le nombre de clients suivis dans la prochaine année. La formation pour l'implantation de ce nouveau partenariat est actuellement en cours. L'établissement planifie également une campagne de communication en septembre 2018. Nous croyons que le nombre total de clients pourrait être plus représentatif des services offerts à la population au courant de l'année. Par exemple, entre la période 1 et la période 12 (2017-2018), 8481 clients différents ont été suivis au soutien à domicile dans l'ensemble de la région (données extraites via GESTRED 554). De ce nombre, plusieurs avaient une intensité de service élevée au cours de l'année, principalement la clientèle qui a été hébergée en CHSLD (estimation de 500 usagers/an). Ces usagers ne sont pas comptabilisés dans le résultat obtenu en 2017-2018 dans le formulaire GESTRED 530.

LÉGENDE



61

2017-18
RAPPORT ANNUEL

Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS

Entente de gestion 2017-2018 - Chapitre IV Bilan annuel

LÉGENDE



Atteinte de l'engagement annuel (100 %)



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



Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

Indicateurs	Engagements 2017-2018	Résultat p13	Atteinte (%)	Cible 2020	Commentaires
(Suite) SOUTIEN À DOMICILE LONG DURÉE					
1.03.12-PS POURCENTAGE DES PERSONNES RECEVANT DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE DE LONGUE DURÉE AYANT UNE ÉVALUATION À JOUR ET UN PLAN D'INTERVENTION (ADULTES DES PROGRAMMES-SERVICES SAPA, DP ET DI-TSA)	90	80.9	89.9	90	Cible non atteinte. La direction poursuit la planification annuelle pour l'ensemble des intervenants. Il convient de continuer à augmenter le nombre d'auteurs d'OEMC pour répartir l'ensemble des évaluations entre les professionnels. Une répartition de la charge de travail est à favoriser pour l'ensemble des équipes en soutien à domicile. On observe un manque de ressources humaines dans certains titres d'emploi. Les formations pour le nouvel outil (OCCI) ont débuté en février 2018, ce qui amène un ralentissement de la production avec l'appropriation de nouvelles façons de faire au cours de la première année d'utilisation. L'accès à la technologie (ordinateur portable) n'est pas possible pour l'ensemble du personnel, ce qui peut nuire à la complétion de l'OEMC. Suite au déploiement de la mobilité au SAD, l'ensemble des intervenants auront accès à un portable.
1.03.14-EG2 NOMBRE TOTAL D'HEURES DE SERVICE DE SOUTIEN À DOMICILE LONGUE DURÉE RENDUES À DOMICILE PAR LES DIFFÉRENTS MODES DE DISPENSATION DE SERVICES AUX PERSONNES AYANT UN PROFIL ISO-SMAF DE 4 À 14	445 737	490 337	110	NA	Cible atteinte

62

2017-18
RAPPORT ANNUEL

RÉSULTATS AU REGARD
DE L'ENTENTE DE GESTION
ET D'IMPUTABILITÉ

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



Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS

Entente de gestion 2017-2018 - Chapitre IV Bilan annuel

Indicateurs	Engagements 2017-2018	Résultat p13	Atteinte (%)	Cible 2020	Commentaires
(Suite) SOUTIEN À DOMICILE LONG DURÉE					
1.03.15-EG2 NOMBRE DE PERSONNES DESSERVIES EN SOUTIEN À DOMICILE DE LONGUE DURÉE (ADULTES DES PROGRAMMES-SERVICES SAPA, DP ET DI-TSA) AYANT UN PROFIL ISO-SMAF DE 4 À 14	3 998	3 723	93,1	NA	Cible non atteinte. Les activités de repérage doivent se poursuivre avec les divers partenaires. Les équipes maintiendront les efforts pour compléter l'ensemble des OEMC dès le début du suivi. On n'observe aucun client en attente d'un premier service; la seule manière d'augmenter le nombre de clients ayant un profil ISO-SMAF 4 à 14 suivis au soutien à domicile est de poursuivre le repérage. On note une augmentation significative de 8 % par rapport à l'année précédente.
DÉFICIENCE					
1.45.04.01-EG2 TAUX DES DEMANDES DE SERVICE TRAITÉES EN CLSC, SELON LES DÉLAIS DÉFINIS COMME STANDARDS DU PLAN D'ACCÈS AUX SERVICES POUR LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	92,9	93,6	100,8	NA	Cible atteinte
1.45.04.05-EG2 TAUX DES DEMANDES DE SERVICE TRAITÉES EN CRDP, SELON LES DÉLAIS DÉFINIS COMME STANDARDS DU PLAN D'ACCÈS AUX SERVICES POUR LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90	83,8	93,1	NA	Cible non atteinte. On observe une légère diminution depuis l'an dernier. Nous avons deux secteurs plus problématiques, les mêmes depuis les trois dernières années, soit la déficience du langage et la déficience auditive.

LÉGENDE

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

63

2017-18
RAPPORT ANNUEL



Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS

Entente de gestion 2017-2018 - Chapitre IV Bilan annuel

LÉGENDE



Atteinte de l'engagement annuel (100 %)



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



Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

Indicateurs	Engagements 2017-2018	Résultat p13	Atteinte (%)	Cible 2020	Commentaires
(Suite) DÉFICIENCE					
(SUITE) 1.45.04.05-EG2					En déficience du langage, le nombre de demandes est demeuré à peu près stable : nous avons vu 43 clients de plus que l'an dernier, suite aux travaux faits et à l'ajout d'une ressource équivalent temps complet en orthophonie. Cependant, le registre de poste a été complet en orthophonie uniquement pendant trois mois (janvier, février et mars) à cause des difficultés de remplacement d'absences. Pour la déficience auditive, on note une diminution de 28 % des heures travaillées, principalement en lien avec des absences en audiologie, premier service dans le programme. Ceci se manifeste aussi par une diminution du nombre d'usagers vus (494 cette année, 572 l'an dernier). Nous ne notons pas d'augmentation significative des demandes. Des travaux sont en cours pour des aménagements de l'offre de service lorsque nous ne pouvons disposer du premier service dans le programme.
1.45.05.01-EG2 TAUX DES DEMANDES DE SERVICE TRAITÉES EN CLSC, SELON LES DÉLAIS DÉFINIS COMME STANDARDS DU PLAN D'ACCÈS AUX SERVICES POUR LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE OU UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	95,9	94,2	98,2	NA	Cible non atteinte. La cible est atteinte à hauteur de 98,2%. La variabilité du niveau d'atteinte est influencée par le nombre d'usagers puisqu'il s'agit de petits volumes d'usagers qui sont suivis pour ce type de demandes de services. Ce sont deux usagers qui ont été vu hors délai, dans le secteur de Roberval. Dans ce contexte, l'établissement est confiant d'atteindre la cible en 2018-2019. Les orientations ministérielles nationales indiquent par ailleurs une cible de 90%, qui est pour sa part respectée.

64

2017-18
RAPPORT ANNUEL

RÉSULTATS AU REGARD
DE L'ENTENTE DE GESTION
ET D'IMPUTABILITÉ

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



Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS

Entente de gestion 2017-2018 - Chapitre IV Bilan annuel

Indicateurs	Engagements 2017-2018	Résultat p13	Atteinte (%)	Cible 2020	Commentaires
(Suite) DÉFICIENCE					
1.45.05.05-EG2 TAUX DES DEMANDES DE SERVICE TRAITÉES EN CRDI, SELON LES DÉLAIS DÉFINIS COMME STANDARDS DU PLAN D'ACCÈS AUX SERVICES POUR LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE OU UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	92,9	81,25	87,5	NA	Cible non atteinte. On observe une diminution du taux depuis l'an dernier, qui s'explique principalement par une impossibilité à remplacer les absences, particulièrement auprès de la clientèle enfance, et davantage du côté du secteur Saguenay que celui du Lac-Saint-Jean. Le nombre de demandes a légèrement augmenté (8 demandes) et ne peut donc expliquer la diminution du résultat. Des travaux sont menés pour augmenter la main-d'œuvre disponible, en même temps que nous poursuivons notre projet sur la présence au travail, ce qui devrait nous aider à pouvoir répondre à la cible en 2018-2019.
1.46-PS POURCENTAGE DES JEUNES DE 21 ANS OU PLUS AYANT UNE DÉFICIENCE OU UN TSA VENANT DE TERMINER LEUR SCOLARITÉ ET AYANT ACCÈS À UNE ACTIVITÉ DE JOUR OU DE SOUTIEN À L'INTÉGRATION AU TRAVAIL	87	61,1	70,2	90	Cible non atteinte. La mesure a été prise en septembre et n'était pas reprise en cours d'année. Il nous sera difficile d'intégrer l'ensemble des jeunes référés, le parc de ressources étant insuffisant pour le nombre de demandes reçues, et les marges pour transformer celui-ci étant très peu disponibles actuellement.
1.05.15-PS DÉLAI MOYEN D'ACCÈS POUR UN SERVICE SPÉCIALISÉ CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS PRÉSENTANT UN TSA	71	64,1	100	90	Cible atteinte. L'engagement est respecté, étant donné que la cible est exprimée en jours, et le délai maximal étant de 71 jours. Cependant, la cible 2018-2019 pourrait être très difficile à atteindre, considérant que nous vivons une augmentation des demandes actuellement, ce qui explique que depuis la 6 ^e période, nous sommes passés de 45 jours à 64 jours de délai moyen d'attente.

LÉGENDE

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

65

2017-18
RAPPORT ANNUEL

Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS

Entente de gestion 2017-2018 - Chapitre IV Bilan annuel

LÉGENDE

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

Indicateurs	Engagements 2017-2018	Résultat p13	Atteinte (%)	Cible 2020	Commentaires
JEUNES EN DIFFICULTÉ					
1.06.17-PS TAUX DE JEUNES PRIS EN CHARGE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE POUR DES CAS DE NÉGLIGENCE	13,36	16,04	0	11,91	Cible non atteinte. Nous avons eu une importante augmentation de volume dans la dernière année, ce qui explique notre résultat. Nous sommes toutefois en train de mettre des solutions en place pour l'atteindre cette année : • mise en place d'un processus et d'une grille de référence personnalisée avec des délais convenus avec la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) qui déterminent les délais de prise en charge des dossiers référés; • mise en place d'une grille de priorisation et gestion des délais de prise en charge en CLSC, prenant en compte la problématique de la négligence; • implantation d'un outil balisant les charges de cas des travailleurs sociaux en CLSC; • harmonisation de la pratique en négligence au CLSC et au Centre de la protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) en individuel et en groupe; • mise en place d'un processus permettant d'élaborer un plan d'intervention, qui peut être fait conjointement CLSC-CPEJ en fonction des situations, pour tous les cas suivis dans le programme Effet papillon.

66

2017-18
RAPPORT ANNUEL

RÉSULTATS AU REGARD
DE L'ENTENTE DE GESTION
ET D'IMPUTABILITÉ

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



Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS

Entente de gestion 2017-2018 - Chapitre IV Bilan annuel

Indicateurs	Engagements 2017-2018	Résultat p13	Atteinte (%)	Cible 2020	Commentaires
DÉPENDANCE					
1.07.04-EG2 POURCENTAGE DES PERSONNES QUI SONT ÉVALUÉES EN DÉPENDANCE EN CENTRE DE RÉADAPTATION DANS UN DÉLAI DE 15 JOURS OUVRABLES OU MOINS, PARMI LES PERSONNES AYANT ÉTÉ ÉVALUÉES	89,8	88,4	98,4	NA	Cible non atteinte. La légère diminution du taux est associée à une augmentation du nombre de demandes de service en deuxième ligne dans la dernière année.
1.07.06-PS TAUX D'IMPLANTATION DE L'OFFRE DE SERVICE DE DÉTECTION ET D'INTERVENTION PRÉ-COCE EN DÉPENDANCE	70	72,2	100	90	Cible atteinte.
SANTÉ MENTALE					
1.08.13-PS NOMBRE DE PLACES EN SOUTIEN D'INTENSITÉ VARIABLE RECONNUES PAR LE MINISTÈRE	426	336,6	0	473	Cible non atteinte. Dans le secteur de Maria-Chapdelaine, une transformation majeure de l'offre de service de suivi intensif dans le milieu et de soutien d'intensité variable fut faite, et ce, conformément aux orientations du MSSS et aux bonnes pratiques en santé mentale. Le modèle FACT est une approche clinique qui intègre, sous la responsabilité d'une seule équipe, les deux types de suivi. Elle est recommandée pour les territoires ruraux où le volume de clientèle est moins important et où la masse critique nécessaire à la mise en place d'une équipe SIM et SIV pur n'est pas présent. La transformation en est une d'organisation des services et elle n'impacte en rien le nombre de clients suivis ni le nombre d'heures travaillées. La reddition de comptes actuelle de l'entente de gestion ne permet toutefois pas de refléter cette transformation de l'offre de service.

LÉGENDE

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

67

2017-18
RAPPORT ANNUEL

Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS

Entente de gestion 2017-2018 - Chapitre IV Bilan annuel

LÉGENDE



Atteinte de l'engagement annuel (100 %)



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



Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

Indicateurs	Engagements 2017-2018	Résultat p13	Atteinte (%)	Cible 2020	Commentaires
(Suite) SANTÉ MENTALE					
1.08.14-PS NOMBRE DE PLACES DE SUIVI INTENSIF DANS LE MILIEU RECONNUES PAR LE MINISTÈRE	214	187,2	0	213	Cible non atteinte. Dans le secteur de Maria-Chapdelaine, une transformation majeure de l'offre de service de suivi intensif dans le milieu et de soutien d'intensité variable fut faite, et ce, conformément aux orientations du MSSS et aux bonnes pratiques en santé mentale. Le modèle FACT est une approche clinique qui intègre, sous la responsabilité d'une seule équipe, les deux types de suivis. Elle est recommandée pour les territoires ruraux où le volume de clientèle est moins important et où la masse critique nécessaire à la mise en place d'une équipe SIM et SIV pur n'est pas présent. La transformation en est une d'organisation des services et elle n'impacte en rien le nombre de clients suivis ni le nombre d'heures travaillées. La reddition de comptes actuelle de l'entente de gestion ne permet toutefois pas de refléter cette transformation de l'offre de service.
SANTÉ PHYSIQUE - URGENCE					
1.09.01-PS DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR POUR LA CLIENTÈLE SUR CIVIÈRE À L'URGENCE	8	9,22	40,8	7,5	Cible non atteinte. L'établissement a subi un épisode d'influenza prolongé et très actif en 2017-2018, de même que de nombreux cas de gastro-entérite et de virus respiratoire syncytial (VRS), ce qui occasionnent des séjours plus longs sur civière. De plus, les taux d'occupation des lits très élevés sur les unités de soins ont rendu plus difficile la libération des lits à l'urgence.

68

2017-18
RAPPORT ANNUEL

RÉSULTATS AU REGARD
DE L'ENTENTE DE GESTION
ET D'IMPUTABILITÉ

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



Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS

Entente de gestion 2017-2018 - Chapitre IV Bilan annuel

Indicateurs	Engagements 2017-2018	Résultat p13	Atteinte (%)	Cible 2020	Commentaires
(Suite) SANTÉ PHYSIQUE - URGENCE					
1.09.43-PS POURCENTAGE DE LA CLIENTÈLE DONT LE DÉLAI DE PRISE EN CHARGE MÉDICALE À L'URGENCE EST DE MOINS DE 2 HEURES	75	56,9	75,9	90	Cible non atteinte. On note une amélioration par rapport à l'année précédente. On note également une augmentation de l'achalandage à l'urgence malgré les tentatives de réorientation des patients de priorité 4 et 5. Cet élément sera analysé afin de voir la possibilité d'augmenter les plages de disponibilité en GMF et sensibiliser la population à l'importance de se diriger ou être redirigé vers leur clinique de médecine familiale pour les cas non urgents.
1.09.44-PS POURCENTAGE DE LA CLIENTÈLE AMBULATOIRE DONT LA DURÉE DE SÉJOUR À L'URGENCE EST DE MOINS DE 4 HEURES	80	64,3	80,4	90	Cible non atteinte. On note une amélioration par rapport à l'année précédente. On note également une augmentation de l'achalandage à l'urgence malgré les tentatives de réorientation des patients de priorité 4 et 5. Cet élément sera analysé afin de voir la possibilité d'augmenter les plages de disponibilité en GMF et sensibiliser la population à l'importance de se diriger ou être redirigé vers leur clinique de médecine familiale pour les cas non urgents.
SANTÉ PHYSIQUE – SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE					
1.09.05-PS NOMBRE D'USAGERS EN SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE À DOMICILE	1 120	1 172	104,6	1 176	Cible atteinte

LÉGENDE

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

69

2017-18
RAPPORT ANNUEL

Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS

Entente de gestion 2017-2018 - Chapitre IV Bilan annuel

LÉGENDE

 Atteinte de l'engagement annuel (100 %)

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

 Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

Indicateurs	Engagements 2017-2018	Résultat p13	Atteinte (%)	Cible 2020	Commentaires
(Suite) SANTÉ PHYSIQUE – SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE					
1.09.45-PS NOMBRE DE LITS RÉSERVÉS AUX SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE	29	29	100	28	Cible atteinte
1.09.46-PS POURCENTAGE DE DÉCÈS À DOMICILE CHEZ LES USAGERS DÉCÉDÉS AYANT REÇU DES SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE À DOMICILE	7	7,1	101,4	8	Cible atteinte
SANTÉ PHYSIQUE - SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE					
1.09.25-PS NOMBRE TOTAL DE GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF)	13	13	100	13	Cible atteinte
1.09.27-PS POURCENTAGE DE LA POPULATION INSCRITE AUPRÈS D'UN MÉDECIN DE FAMILLE	89	90,4	100	85	Cible atteinte
SANTÉ PHYSIQUE - CHIRURGIE					
1.09.32.00-PS NOMBRE DE DEMANDES DE CHIRURGIE EN ATTENTE DEPUIS PLUS DE 1 AN – ENSEMBLE DES CHIRURGIES	0	37	68,4	0	Cible non atteinte. Plusieurs mesures ont été mises en place, ce qui a conduit à une amélioration notable des résultats en 2017-2018. Notamment, un travail étroit de collaboration a été mis en place avec les médecins. Le nombre de demandes en attente, notamment en chirurgie bariatrique, a par ailleurs été influencé par les résultats observés pour le secteur de Roberval, qui a subi un incendie au bloc opératoire, causant la fermeture du bloc opératoire pour une période d'une année. Certaines salles opératoires n'ont par ailleurs pu être ouvertes dans certaines installations à la suite d'une diminution des disponibilités d'anesthésistes (notamment pour des congés de maladie et de maternité).

70

2017-18
RAPPORT ANNUEL

Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS

Entente de gestion 2017-2018 - Chapitre IV Bilan annuel

Indicateurs	Engagements 2017-2018	Résultat p13	Atteinte (%)	Cible 2020	Commentaires
(Suite) SANTÉ PHYSIQUE - CHIRURGIE					
1.09.33.01-PS POURCENTAGE DE PATIENTS TRAITÉS PAR CHIRURGIE ONCOLOGIQUE DANS UN DÉLAI INFÉRIEUR OU ÉGAL À 28 JOURS DE CALENDRIER	90	79,1	87,9	90	Cible non atteinte. Les délais d'attente sont principalement attribués aux listes d'attente en urologie. L'établissement a ainsi augmenté les priorités opératoires pour cette spécialité, spécifiquement pour les cas de cancer. Un travail étroit de collaboration avec les urologues est réalisé.
1.09.33.02-EG2 POURCENTAGE DE PATIENTS TRAITÉS PAR CHIRURGIE ONCOLOGIQUE DANS UN DÉLAI INFÉRIEUR OU ÉGAL À 56 JOURS DE CALENDRIER	100	97,8	97,8	NA	Cible non atteinte. Les délais d'attente sont principalement attribués aux listes d'attente en urologie. L'établissement a ainsi augmenté les priorités opératoires pour cette spécialité, spécifiquement pour les cas de cancer. Un travail étroit de collaboration avec les urologues est réalisé.
SANTÉ PHYSIQUE – IMAGERIE MÉDICALE					
1.09.34.02-PS POURCENTAGE DES DEMANDES EN IMAGERIE MÉDICALE QUI SONT EN ATTENTE DEPUIS MOINS DE TROIS MOIS POUR LES SCOPIES	90	59,9	66,6	100	Cible non atteinte. L'absence de deux radiologistes actifs en scopie a un effet direct et important sur l'atteinte de la cible. La répartition régionale des usagers en attente se réalise parfois avec difficulté. Un appareil est également brisé et en demande de remplacement urgent. L'arrivée prochaine de nouveaux radiologistes permettra de diminuer les délais d'attente.

LÉGENDE

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

71

2017-18
RAPPORT ANNUEL

Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS

Entente de gestion 2017-2018 - Chapitre IV Bilan annuel

LÉGENDE

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

Indicateurs	Engagements 2017-2018	Résultat p13	Atteinte (%)	Cible 2020	Commentaires
(Suite) SANTÉ PHYSIQUE - IMAGERIE MÉDICALE					
1.09.34.03-PS POURCENTAGE DES DEMANDES EN IMAGERIE MÉDICALE QUI SONT EN ATTENTE DEPUIS MOINS DE TROIS MOIS POUR LES MAMMOGRAPHIES DIAGNOSTIQUES	100	100	100	100	Cible atteinte
1.09.34.04-PS POURCENTAGE DES DEMANDES EN IMAGERIE MÉDICALE QUI SONT EN ATTENTE DEPUIS MOINS DE TROIS MOIS POUR LES ÉCHOGRAPHIES OBSTÉTRICALES	90	85,3	94,8	100	Cible non atteinte. On observe une importante augmentation des résultats par rapport à l'année précédente, soit une hausse de 17 %. Bien que le nombre d'appareils soit en nombre suffisant, un financement additionnel serait nécessaire afin de permettre de bonifier le nombre de plages de réalisation des échographies par les gynécologues sur le site de Jonquière.
1.09.34.05-PS POURCENTAGE DES DEMANDES EN IMAGERIE MÉDICALE QUI SONT EN ATTENTE DEPUIS MOINS DE TROIS MOIS POUR LES ÉCHOGRAPHIES CARDIAQUES	90	75,8	84,2	100	Cible non atteinte. L'arrivée de nouveaux cardiologues sur le site de Chicoutimi permettra de bonifier l'offre et de diminuer les délais d'attente. On note une augmentation notable de 39 % par rapport à l'année précédente. L'établissement entrevoit qu'il sera cependant difficile d'atteindre la cible en 2018-2019. Une demande d'un 3 ^e échographe cardiaque pour le site de Chicoutimi est en cours; un nouvel appareil pourrait permettre de diminuer les délais, considérant par ailleurs l'arrivée prochaine de nouveaux cardiologues. Un financement additionnel permettrait par ailleurs d'offrir plus de plages en échographie cardiaque sur les sites avec internistes.

72

2017-18
RAPPORT ANNUEL

Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS

Entente de gestion 2017-2018 - Chapitre IV Bilan annuel

Indicateurs	Engagements 2017-2018	Résultat p13	Atteinte (%)	Cible 2020	Commentaires
(Suite) SANTÉ PHYSIQUE - IMAGERIE MÉDICALE					
1.09.34.06-PS POURCENTAGE DES DEMANDES EN IMAGERIE MÉDICALE QUI SONT EN ATTENTE DEPUIS MOINS DE TROIS MOIS POUR LES ÉCHOGRAPHIES MAMMAIRES	100	100	100	100	Cible atteinte
1.09.34.07-PS POURCENTAGE DES DEMANDES EN IMAGERIE MÉDICALE QUI SONT EN ATTENTE DEPUIS MOINS DE TROIS MOIS POUR LES AUTRES ÉCHOGRAPHIES	90	73,7	81,9	100	Cible non atteinte. L'absence d'un radiologiste à Alma rend difficile l'accès à l'échographie pour ce secteur. Les autres sites sont en support. Un financement additionnel permettrait d'ouvrir des plages additionnelles sur certains sites.
1.09.34.08-PS POURCENTAGE DES DEMANDES EN IMAGERIE MÉDICALE QUI SONT EN ATTENTE DEPUIS MOINS DE TROIS MOIS POUR LES TOMODENSITOMÉTRIES	100	97,6	97,6	100	Cible non-atteinte. Les appareils ne fonctionnent pas 16 heures par jour, car nous n'avons pas suffisamment de patients en attente. Dans certains sites, il n'y a aucune attente.
1.09.34.09-PS POURCENTAGE DES DEMANDES EN IMAGERIE MÉDICALE QUI SONT EN ATTENTE DEPUIS MOINS DE TROIS MOIS POUR LES RÉSONANCES MAGNÉTIQUES	100	45,9	45,9	100	Cible non atteinte. Les appareils d'IRM fonctionnent 16 heures par jour et de 3 à 4 nuits par semaine, ce qui ne permet pas, malgré cette optimisation des plages horaires, de diminuer substantiellement les listes d'attente. Une analyse pour acquérir un 3 ^e appareil d'IRM est actuellement en évaluation. L'optimisation des plages horaires est un travail constant des équipes. Il importe de souligner par ailleurs que les cas urgents et semi-urgents sont tous traités dans les délais.

LÉGENDE

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

73

2017-18
RAPPORT ANNUEL

Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS

Entente de gestion 2017-2018 - Chapitre IV Bilan annuel

LÉGENDE

 Atteinte de l'engagement annuel (100 %)

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

 Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

Indicateurs	Engagements 2017-2018	Résultat p13	Atteinte (%)	Cible 2020	Commentaires
(Suite) SANTÉ PHYSIQUE - IMAGERIE MÉDICALE					
1.09.34.10-PS POURCENTAGE DES DEMANDES EN IMAGERIE MÉDICALE QUI SONT EN ATTENTE DEPUIS MOINS DE TROIS MOIS POUR LES TOMOGRAPHIES PAR ÉMISSION DE POSITRONS (TEP)	100	100	100	100	Cible atteinte
RESSOURCES MATÉRIELLES					
2.02.02-EG2 NIVEAU DE RÉALISATION MOYEN DES ÉTAPES REQUISES POUR L'ÉLIMINATION DES ZONES GRISES EN HYGIÈNE ET SALUBRITÉ	100	100	100	NA	Cible atteinte
RESSOURCES HUMAINES					
3.01-PS RATIO D'HEURES D'ASSURANCE SALAIRE	6,75	8,69	0	0	Cible non atteinte. La direction poursuit le déploiement du projet identifié hautement prioritaire <i>Système intégré de la présence au travail</i>, qui comprend quatre sous-projets : - soutien aux opérations courantes et présence au travail portant sur l'implantation de saines pratiques de gestion à partir des principaux déterminants ayant une incidence sur la présence au travail; - déploiement de la politique nationale sur la gestion intégrée de la présence au travail; - déploiement du <i>Cadre de référence sur le soutien et la réintégration au travail</i>; - harmonisation et consolidation des initiatives en milieu de travail.

74

2017-18
RAPPORT ANNUEL

RÉSULTATS AU REGARD
DE L'ENTENTE DE GESTION
ET D'IMPUTABILITÉ

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



Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS

Entente de gestion 2017-2018 - Chapitre IV Bilan annuel

Indicateurs	Engagements 2017-2018	Résultat p13	Atteinte (%)	Cible 2020	Commentaires
(Suite) RESSOURCES HUMAINES					
3.05.02-PS TAUX D'HEURES SUPPLÉMENTAIRES	2,75	3,76	0	0	Cible non atteinte. Le taux d'heures supplémentaires est lié au ratio d'heures d'assurance salaire et, de ce fait, l'organisation mise sur l'amélioration de la présence au travail par le projet <i>Système intégré de la présence au travail</i> pour réaliser l'engagement de la prochaine année. L'absentéisme et les difficultés à recruter à un niveau suffisant dans certains types d'emploi ont largement contribué à l'augmentation du nombre d'heures en temps supplémentaire.
3.06.00-PS TAUX DE RECOURS À LA MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE	0,11	0,11	100	0,23	Cible atteinte
RESSOURCES TECHNOLOGIQUE					
6.01.01-EG2 PROPORTION DES RESSOURCES À JOUR DANS LE RÉPERTOIRE DES RESSOURCES EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (RRSS)	98	87,9	89,7	NA	Cible non atteinte. La stabilité des ressources humaines a été obtenue à compter de la seconde moitié de l'exercice 2017-2018, ce qui explique le résultat. Les ressources sont actuellement en nombre suffisant pour atteindre la cible en 2018-2019.

LÉGENDE

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

→ 75

2017-18
RAPPORT ANNUEL

RÉSULTATS AU REGARD
DE L'ENTENTE DE GESTION
ET D'IMPUTABILITÉ

Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS

Entente de gestion 2017-2018 - Chapitre IV Bilan annuel

LÉGENDE



Atteinte de l'engagement annuel (100 %)



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



Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

Indicateurs	Engagements 2017-2018	Résultat p13	Atteinte (%)	Cible 2020	Commentaires
MULTIPROGRAMMES					
7.01.00-PS POURCENTAGE DES PREMIERS SERVICES DE NATURE PSYCHOSOCIALE QUI SONT DISPENSÉS DANS UN DÉLAI DE 30 JOURS (MISSION CLSC)	70	62,6	89,4	75	Cible non atteinte. Les résultats n'étant disponibles qu'aux semestres, une analyse détaillée des résultats à la période 13 sera réalisée afin d'agir plus précisément au sein des centres d'activité moins performants. Vingt centres d'activité CLSC sont visés par cet indicateur.

76

2017-18
RAPPORT ANNUEL

RÉSULTATS AU REGARD
DE L'ENTENTE DE GESTION
ET D'IMPUTABILITÉ

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





Activités relatives
à la gestion
des risques
et de la qualité

AGRÉMENT

Visite Agrément Canada du 12 au 17 juin 2016, suivi de dépôt de preuves demandé

À la suite de la visite d'Agrément Canada, l'établissement a fourni des preuves décrivant la conformité à trois tests de conformité secondaire de pratiques organisationnelles requises (POR) ainsi qu'à sept critères de normes pour le 17 mai 2017.

Le CIUSSS a reçu une lettre le 20 juillet 2017 confirmant le respect de la majorité des exigences de suivi et la conformité des plans d'amélioration fournis. Le seul critère de normes qui n'a pas retrouvé sa conformité est :

Service d'aide à l'enfance 7.15 – Un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers et pour y donner suite est élaboré et mis en œuvre avec l'apport des usagers et des familles.

Toutefois, Agrément Canada n'a pas demandé d'autres suivis spécifiques à cette non-conformité.

Visite Agrément Canada – nouveau cycle 2018-2023

L'année 2017-2018 fut une année de transition relative au cycle d'agrément 2018-2023. En effet, un processus provincial d'appel d'offres, piloté par le MSSS, a été réalisé. Le contrat a été octroyé à Agrément Canada.

La prochaine visite est prévue au printemps 2019. Les normes qui seront alors évaluées sont :

- gouvernance;
- leadership;

- santé publique;
- jeunesse;
- santé mentale;
- dépendances;
- normes transversales :
 - gestion des médicaments;
 - prévention et contrôle des infections;
 - retraitement et stérilisation des appareils médicaux réutilisables.

SÉCURITÉ

Déclaration et divulgation des événements indésirables

Au cours de l'année 2017-2018, le service de gestion des risques et prestation sécuritaire des soins et services a effectué diverses activités visant à promouvoir la déclaration des événements indésirables ainsi que la divulgation des informations nécessaires à l'utilisateur à la suite d'un accident.

Par exemple :

- animation de cinq ateliers de formation à 30 gestionnaires sur les principes de base de la gestion des risques;
- animation de quatre ateliers de formation à 23 gestionnaires sur la divulgation;
- formation aux nouveaux employés et professionnels;

79

2017-18
RAPPORT ANNUEL

ACTIVITÉS RELATIVES
À LA GESTION DES RISQUES
ET DE LA QUALITÉ

- support aux équipes dans le traitement et l'analyse de 131 événements sentinelles et dans la préparation des divulgations complètes;
- élaboration d'algorithmes d'aide à la décision, entre autres dans les cas de suicide;
- sondage sur la sécurité des usagers.

- la gestion quotidienne des erreurs afin d'assurer une prise en charge rapide;
- les rencontres fréquentes entre la pharmacie et les soins infirmiers afin de mettre en lumière les différentes difficultés rencontrées au quotidien.

Incidents/accidents

- Au cours de l'année, 20 135 événements ont été déclarés. De ce nombre, 7 565 événements (38 %), sont attribuables à des chutes pour un taux cumulatif annuel de 10,78 chutes par 1000 jours de présence, faisant ainsi des chutes la première cause d'accident dans notre établissement. Un programme de gestion préventive des chutes a été déployé dans 13 CHSLD de notre territoire au cours de l'année afin de diminuer le nombre de chutes.
- Les erreurs de médicaments figurent au deuxième rang avec 5 877 événements déclarés (29 % des déclarations) pour un taux cumulatif annuel de 5,05 erreurs par 10 000 doses. Plusieurs éléments ont été mis en place afin de contribuer à la diminution du nombre d'erreurs de médicaments au cours de l'année :
 - la standardisation de différents outils utilisés dans le circuit du médicament;
 - l'ajout d'informations sensibles sur la feuille d'administration des médicaments afin de mettre en perspective certaines particularités du médicament;
 - le déploiement dans toutes les installations du CIUSSS de l'administration de la médication intraveineuse à l'aide du mini-infuseur intelligent;

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

Le règlement sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle a été élaboré et sera adopté au conseil d'administration de l'établissement à l'automne 2018. Un groupe de travail a été mis en place pour diminuer l'utilisation de la surveillance constante, mais la cible n'a pas été atteinte malgré le support des gestionnaires et de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique. Une analyse a permis de constater que cette mesure est très utilisée chez la clientèle âgée avec délirium ou perte d'autonomie. Un travail avec la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées et l'implication de gériatres en octobre 2018 permettra de faire un plan d'action afin de diminuer leur utilisation. Une vigie sera exercée par la Direction de soins infirmiers et suivie à la station de pilotage des directeurs à chaque semaine.

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

Les comités de gestion des risques opérationnels ont formulé au cours de l'année 233 recommandations à l'établissement. De ce nombre, 69 % étaient réalisées à la fin de l'année financière.

80

2017-18
RAPPORT ANNUEL

ACTIVITÉS RELATIVES
À LA GESTION DES RISQUES
ET DE LA QUALITÉ

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

RECOMMANDATIONS DU CORONER

L'établissement a reçu sept rapports de coroner au cours de l'année. Conformément à la procédure, chaque rapport fait l'objet d'une analyse et d'un suivi par les équipes concernées. En date du 31 mars, trois suivis ont été réalisés auprès du Bureau du coroner en chef.

# DU RAPPORT	RÉSUMÉ DU RAPPORT	RECOMMANDATIONS DU CORONER	SUIVI
2016-02007	Décès suite à une chute au centre hospitalier de Jonquière	1. Mettre en œuvre des moyens pour que la documentation afférente aux accidents survenus en milieu hospitalier soit mieux documentée; 2. Mettre en œuvre des moyens pour que la documentation des motifs de la mise en place des protocoles d'interventions dits de soins de confort soit mieux documentée; 3. Faire les demandes de coroner plus rapidement.	1. L'équipe de gestion des risques a vérifié le rapport de déclaration d'accident AH-223. Il s'avère que celui-ci correspond au standard qui veut que l'information qui s'y trouve soit une description factuelle et objective de l'événement; 2. Compte tenu de la fusion des établissements dans le RSSS, l'harmonisation des pratiques concernant les niveaux de soins est toujours en cours. 3. La Direction des services professionnels a fait un rappel à tous les médecins de l'obligation des médecins de déclaration au coroner de tout décès traumatique dans le cadre de la Loi sur la recherche des causes et circonstances des décès.
2017-02780	Décès de complications médicales consécutivement à une chute et une fracture de la hanche gauche (col fémoral). Il s'agit d'un accident.	1. Poursuivre sa réflexion sur les améliorations proposées par le groupe de travail afin de diminuer les chutes des patients à risques; 2. Poursuivre la mise en place des mesures entamées à la suite de l'évaluation de cet événement et des recommandations émises; 3. Prendre les moyens et les mesures pour mettre à la disposition des patients à qui sont installés des tapis smart, un tapis matelassé au sol et/ou un lit rétractable.	1. Un comité de travail pour la prévention des chutes a été mis en place pour intégrer les meilleures pratiques dans la gestion des risques de chutes et pour uniformiser le programme dans l'ensemble du CIUSSS du Saguenay – Lac-Saint-Jean; 2. La mise en place des mesures à la suite de l'évaluation de cet événement et des recommandations émises : a) Une note de service a été acheminée pour clarifier les rôles dans le cas des surveillances avec un agent de sécurité, et ce, en collaboration avec la direction concernée. b) Des discussions avec la chef de service de l'unité de médecine, gestion des épisodes de soins à l'Hôpital de Chicoutimi, ont eu lieu sur l'utilisation du tapis smart qui se veut un outil d'évaluation des risques de chute et des raisons poussant le patient à se lever. Les capsules sur le programme de prévention des chutes actuellement utilisées et valides sur les tapis smart ont été rediffusées à l'équipe pour permettre une utilisation optimale. Les outils actuels d'enseignement en lien avec le sujet ont été remis à la disposition du personnel pour encourager la réflexion et l'évaluation en lien avec les meilleures pratiques.

# DU RAPPORT	RÉSUMÉ DU RAPPORT	RECOMMANDATIONS DU CORONER	SUIVI
(suite)			c) De plus, une politique sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle est en cours d'harmonisation. Elle devrait être en application au cours de l'automne 2018. d) Une règle de soins a été élaborée pour la surveillance des usagers avec des comportements à risques. Cette règle est en processus d'approbation et sera déployée dès que le processus sera finalisé. Différents outils d'aide à la décision pour le personnel y sont associés. e) Un ajustement de l'équipe est fait pour couvrir les heures de repas et de pauses de soir et de nuit selon les besoins évalués de la clientèle. 3. Des discussions ont eu lieu avec la Direction des soins infirmiers et la Direction des services multidisciplinaires pour l'utilisation au besoin de tapis matelassé. Cet équipement pourrait être disponible selon les recommandations d'un PII fait en interdisciplinarité pour une clientèle dont l'évaluation mène à cette option. Il sera intégré dans le volet de mesures alternatives et outils du programme de prévention des chutes en travail.
2016-01210	Décès des suites d'un traumatisme contondant résultant de sa chute du troisième étage de l'hôpital de Jonquière. Il s'agit d'un suicide.	1. Le coroner recommande de procéder à l'installation de mécanismes empêchant l'ouverture des fenêtres des chambres destinées à l'accueil de personnes présentant un risque suicidaire ou à l'installation de barres métalliques empêchant le passage d'une personne par l'ouverture des fenêtres.	1. Le CIUSSS a procédé au blocage de l'ouverture des fenêtres de l'ensemble de l'unité de courte durée gériatrique (UCDG). L'ouverture maximum est maintenant de 4 pouces.
2016-00172	Décès des suites d'une asphyxie consécutive à l'aspiration de matériel alimentaire dans les bronches. Il s'agit d'un décès accidentel.	1. Le coroner recommande de procéder à la clarification des procédures d'application du niveau de soins auprès de son personnel, particulièrement lors d'événements de nature accidentelle.	1. Compte tenu de la fusion des établissements dans le RSSS, l'harmonisation des pratiques concernant les niveaux de soins est toujours en cours.

# DU RAPPORT	RÉSUMÉ DU RAPPORT	RECOMMANDATIONS DU CORONER	SUIVI
2017-00602	Décès d'une asphyxie par obstruction des voies respiratoires supérieures. Il s'agit d'une mort accidentelle.	1. S'assurer que les protocoles adéquats d'alimentation, de surveillance et de réanimation cardiorespiratoire soient respectés dans les ressources intermédiaires de son territoire, afin d'éviter les obstructions des voies respiratoires par des aliments inappropriés chez les résidents qui présentent un risque d'étouffement.	1. Une note de service a été diffusée à tout le personnel clinique et tous les responsables de RI-RTF le 29 mars 2018, ayant pour objet « Consignes pour les aliments à risques d'étouffement » visant à rappeler à toutes les personnes travaillant auprès de nos usagers les consignes concernant la consommation d'aliments à risques d'étouffement. L'ensemble des employés a l'obligation de suivre une formation RCR qui est renouvelée aux trois ans. Dans ce cas particulier, des interventions individuelles ainsi qu'avec la ressource ont été effectuées.
		2. Pour avoir un bon suivi des dossiers des résidents, que les rapports d'incidents/accidents soient bien complétés.	2. L'équipe de la gestion des risques a validé le formulaire AH-223 complété en lien avec l'événement et ce dernier correspond aux exigences du Ministère en ce qui a trait à la façon de remplir le formulaire.

PERSONNES MISES SOUS GARDE

	HÔP. DE CHICOUTIMI	HÔP. D'ALMA	HÔP. DE ROBERTVAL	HÔP. DE JONQUIÈRE	HÔP. DE LA BAIE	HÔP. DE DOL-BEAU	TOTAL CIUSSS
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	487	43	289	79	49	39	986
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	361	43	19	70	37	35	565
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	13	Sans objet	11	Sans objet	0	0	30
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	13	Sans objet	11	Sans objet	0	0	30
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	13	Sans objet	9	Sans objet	0	0	28
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	49	6	17	Sans objet	0	0	Sans objet
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	47	6	16	0	0	0	69
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	43	6	15	0	0	0	64
Nombre d'usagers différents mis sous garde (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période du 1er avril au 31 mars de l'année, peu importe le type ou le nombre de garde auxquels il a été soumis) *	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	37	35	Non applicable

* Le CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean ne peut fournir l'indicateur «Nombre d'usagers différents mis sous garde (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période du 1er avril au 31 mars de l'année, peu importe le nombre de garde auxquels il a été soumis)», puisque l'information n'est pas comptabilisée de façon centralisée. Afin d'être en mesure de fournir cette donnée dans le futur, les différentes directions impliquées se rencontreront prochainement pour développer un mécanisme de comptabilisation et de suivi centralisé.

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

83

2017-18
RAPPORT ANNUEL

ACTIVITÉS RELATIVES
À LA GESTION DES RISQUES
ET DE LA QUALITÉ

EXAMEN DES PLAINTES ET PROMOTION DES DROITS

La population peut avoir accès à la totalité du rapport annuel du Commissariat aux plaintes et à la qualité des services portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes en consultant le site Internet du CIUSSS au santesaglac.gouv.qc.ca ou en communiquant avec la commissaire aux plaintes et à la qualité des services au numéro 1 877 662-3963. Les données suivantes sont extraites de ce rapport.

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

PLAINTÉ : concerne une insatisfaction exprimée auprès de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services par un usager, son représentant ou l'héritier d'une personne décédée concernant les services qu'il a reçus, qu'il aurait dû recevoir, qu'il reçoit ou qu'il requiert.

PLAINTÉ MÉDICALE : concerne une insatisfaction exprimée auprès du commissaire aux plaintes et à la qualité des services par toute personne relativement à la conduite, au comportement ou à la compétence d'un médecin, d'un dentiste, d'un pharmacien ou d'un résident. La plainte qui implique un contrôle ou une appréciation des actes médicaux, dentaires ou pharmaceutiques relève aussi de la compétence du médecin examinateur.

INTERVENTION : enquête initiée par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services à la suite de faits rapportés ou observés, et qu'il juge avoir des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'utilisateurs ne sont pas respectés.

ASSISTANCE : concerne une demande d'aide et d'assistance formulée par un usager ou son représentant concernant l'accès

à un soin ou un service et l'aide à la formulation d'une plainte auprès d'une autre instance.

CONSULTATION : concerne les demandes d'avis portant notamment sur toute question relevant de l'application du régime d'examen des plaintes, des droits des usagers ou de l'amélioration de la qualité des services.

Faits saillants :

Le Commissariat aux plaintes et à la qualité des services a procédé à l'ouverture de 1093 nouveaux dossiers et finalisé le traitement de 1030 dossiers en 2017-2018.

1. Accessibilité des services :

En réponse aux dix recommandations et de nombreux engagements, l'établissement a été interpellé afin de répondre à 81 mesures d'amélioration concernant l'accessibilité aux soins et services. De ces 81 mesures, 68 d'entre elles provenaient de dossiers de plaintes et 13 de dossiers d'intervention. À titre d'exemple de mesures d'amélioration, on note, entre autres, le rappel de la Procédure de prise en charge des usagers selon le guide de triage à tout le personnel de l'urgence, la mise en place d'une procédure concernant la transmission d'information pertinente à l'utilisateur par le personnel soignant et la révision de l'organisation des services pour la chirurgie bariatrique.

2. Aspect financier :

Afin de répondre aux 41 recommandations de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services en matière d'aspect financier, l'établissement a mis en place 71 mesures d'amélioration, dont la modification de la Politique relative à la perte d'objet ainsi que la faire connaître au personnel.

3. Droits particuliers :

L'établissement a répondu à quatre recommandations et a procédé à plus d'une quarantaine engagements, afin de mettre en place 49 mesures concernant les droits particuliers de l'utilisateur. Ainsi, l'établissement a, entre autres, révisé le programme de chute afin de clarifier les rôles et responsabilités des intervenants suite à une chute, procédé à des notes tardives en cas d'omission d'information et sensibilisé le personnel concernant le droit de l'utilisateur dans son choix d'établissement.

4. Organisation du milieu et ressources matérielles :

Le Commissariat aux plaintes et à la qualité des services a fait six recommandations et a obtenu plus de 40 engagements de l'établissement concernant l'organisation du milieu et des ressources matérielles. L'établissement a eu à répondre à 57 mesures d'amélioration dont, entre autres, la réorganisation du travail afin d'assurer une présence constante dans une unité prothétique en CHSLD et rendre disponible un service de travail social afin d'accompagner les familles.

5. Relations interpersonnelles :

L'établissement a eu à répondre à 69 mesures d'amélioration en lien avec les relations interpersonnelles provenant de cinq recommandations du Commissariat et de plus de 60 engagements, parmi lesquels on compte essentiellement des rappels au près du personnel concernant les obligations découlant la Loi et du Code d'éthique de l'établissement en lien avec les règles de civilité, de respect et de confidentialité.

6. Soins et services dispensés :

L'établissement a été interpellé afin mettre en place 175 mesures d'amélioration en lien avec 26 recommandations et plus de 100 engagements. Ces mesures sont, à titre d'exemple, la mise à jour des connaissances du personnel concernant la perméabilité et la surveillance du cathéter périphérique intraveineux, les thérapies parentérales et l'évaluation et la mise à jour des plans de soins individuels. L'établissement a également poursuivi la révision de la procédure de contention et du dépliant d'auto cathétérisme.

Dossiers au cours de l'exercice

Nouveaux dossiers reçus au cours de l'année 2017-2018						
EXERCICE	PLAINTES GÉNÉRALES	PLAINTES MÉDICALES	ASSISTANCES	INTERVENTIONS	CONSULTATIONS	TOTAL
2017-2018	570	111	227	141	44	1093
Dossiers conclus au cours de l'exercice						
EXERCICE	PLAINTES GÉNÉRALES	PLAINTES MÉDICALES	ASSISTANCES	INTERVENTIONS	CONSULTATIONS	TOTAL
2017-2018	530	107	227	122	44	1030

Plaintes générales

Traitement des dossiers au cours de l'année 2017-2018

Motifs	Plaintes générales	Interventions	Total	%
Accessibilité	123	19	142	17,70
Aspect financier	100	9	109	13,59
Droits particuliers	50	21	71	8,85
Organisation du milieu et ressources matérielles	78	26	104	12,97
Relations interpersonnelles	85	13	98	12,22
Soins et services dispensés	228	44	272	33,92
Autre	5	1	6	0,75
TOTAL	669	133	802	100

Mesures d'amélioration pour les dossiers de plaintes générales

Les 652 dossiers de plaintes générales et d'interventions traités et conclus en 2017-2018 ont fait l'objet de 507 recommandations ou mesures d'amélioration. La présence d'une recommandation ne signifie pas qu'il y ait eu manquement ou encore lésion de droit pour l'utilisateur; elle peut tout simplement être liée à une occasion d'améliorer la qualité des services ou la satisfaction de l'utilisateur. Ces mesures peuvent se situer à deux niveaux, soit à portée individuelle ou à portée systémique. Chacune des recommandations, ainsi que son suivi, a été présentée au comité de vigilance et de la qualité du conseil d'administration du CIUSSS.

Délais de traitement

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

Les plaintes générales ont fait l'objet de 430 recommandations :

- 211 (49 %) à portée individuelle;
- 219 (51 %) à portée systémique.

Les dossiers d'interventions ont fait l'objet de 77 recommandations :

- 53 (69 %) à portée individuelle;
- 24 (31 %) à portée systémique.

86

2017-18
RAPPORT ANNUEL

ACTIVITÉS RELATIVES
À LA GESTION DES RISQUES
ET DE LA QUALITÉ

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

Plaintes médicales

Principaux motifs de plainte médicales conclues au cours de l'exercice

Catégorie des motifs	Nombre de motifs	%
Accessibilité	4	3,67
Aspect financier	0	0,00
Droits particuliers	3	2,75
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0,00
Relations interpersonnelles	16	14,68
Soins et services dispensés	85	77,98
Autre	1	0,92
TOTAL	109	100

Mesures d'amélioration pour les dossiers de plaintes médicales

Les plaintes médicales ont fait l'objet de dix-huit recommandations :

- 14 (78 %) à portée individuelle;
- 4 (22 %) à portée systémique.

Étude sur des questions d'ordre disciplinaire

Ce sont 16 dossiers (sept plaintes générales, huit plaintes médicales et un dossier en provenance du comité de révision) qui ont fait l'objet d'une référence plus approfondie sur des questions d'ordre disciplinaire.

Comité de révision

La loi prévoit que le plaignant ou le professionnel concerné insatisfait des conclusions du médecin examinateur peut porter sa plainte en deuxième instance auprès du comité de révision. Dix-huit nouveaux dossiers ont été acheminés au comité de révision et 22 dossiers ont été révisés au cours de la période. Les conclusions du médecin examinateur ont été confirmées dans 19 des dossiers conclus au cours de la période. Il a été demandé un complément d'examen dans un dossier et un dossier a été orienté pour étude à des fins disciplinaires. Enfin, un dossier a été rejeté sur examen sommaire par les membres du comité.

RECOMMANDATIONS DU PROTECTEUR DU CITOYEN

La loi prévoit que le plaignant insatisfait des conclusions de la commissaire peut porter sa plainte en deuxième instance auprès du Protecteur du citoyen. En 2017-2018, 45 dossiers ont été transmis au Protecteur du citoyen. Les dossiers analysés ont généré neuf recommandations. Dans les autres dossiers, le Protecteur du citoyen a confirmé les travaux réalisés en première instance.

Principaux motifs de plainte médicales conclues au cours de l'exercice

Liste des recommandations			Mesures mises en place suite aux recommandations
Motifs	Actions/mesures recommandées	Recommandations	
Soins et services dispensés/traitement/intervention/services/soins d'assistance AVQ, AVD et civique	Par l'instance concernée/évaluation des besoins	1. S'assurer que l'évaluation de la disponibilité et de la participation des proches au maintien à domicile de la personne tant aux plans humain que financier soit réalisée au moment de déterminer l'offre de services de soutien à domicile ou au moment d'en réviser la pertinence. D'ici le 31 mars 2018.	Un rappel a été effectué auprès des intervenants du soutien à domicile sur l'importance que l'évaluation de la disponibilité et la participation des proches soient réalisées au moment de déterminer l'offre de services de soutien à domicile ou au moment d'en réviser la pertinence.
Soins et services dispensés/traitement/intervention/services/soins d'assistance AVQ, AVD et civique	Par l'instance concernée/ajout de services ou de ressources humaines	2. Établir les heures de services d'aide domestique au programme de soutien à domicile pour l'utilisateur en tenant compte de ses capacités telles qu'attestées dans les évaluations de 2016 et 2017 et de l'implication effective de l'entourage, dans le respect du principe de gratuité prévu dans la politique ministérielle de soutien à domicile. D'ici le 31 mars 2018.	Les services d'aide à la vie domestique seront assumés financièrement par l'établissement, et ce, dans le respect du principe de gratuité prévu dans la politique ministérielle de soutien à domicile.
Accessibilité/difficulté d'accès/à un processus de transfert	Mesure corrective Relocalisation/transfert d'un usager	1. Réévaluer la demande d'hébergement déposée par l'utilisateur afin de lui fournir une place d'hébergement située sur le territoire du CIUSSS du Saguenay—Lac-Saint-Jean sur la base des mêmes critères de mise en priorité que ceux utilisés pour les usagers en urgence sociale ou clinique. D'ici le 31 mars 2018.	Transfert de l'utilisateur dans un CHSLD de la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean.
Aspect financier/allocation de ressources matérielles et financières/aide financière	Mesure corrective Obtention de service	1. Faire évaluer les incapacités de l'utilisateur par un ou une ergothérapeute avec l'outil d'évaluation multiclientèle, à l'appui de mises en situation, et ce, d'ici le 2 mars 2018.	L'évaluation de l'utilisateur par l'ergothérapeute a été transmise au Protecteur du citoyen.

88

2017-18
RAPPORT ANNUEL

ACTIVITÉS RELATIVES
À LA GESTION DES RISQUES
ET DE LA QUALITÉ

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



(Suite)

Liste des recommandations			Mesures mises en place suite aux recommandations
Motifs	Actions/mesures recommandées	Recommandations	
Relations interpersonnelles/communication/ attitude/manque d'écoute	Mesure corrective Ajustement professionnel	2. Dans le cas où des besoins d'aide seraient identifiés dans le cadre de l'évaluation, élaborer un plan d'intervention indiquant la façon dont ils y seront répondus, et ce, d'ici le 9 mars 2018.	Suite à l'évaluation de l'utilisateur par l'ergothérapeute, aucun besoin d'aide n'a été identifié. L'élaboration d'un plan d'intervention n'est donc plus nécessaire.
Soins et services dispensés/organisation des soins et services (systémique)/propre à l'établissement	Mesure corrective Ajustement des activités professionnelles	1. Rappeler au personnel infirmier de l'unité D7 de l'Hôpital de Chicoutimi la nécessité de respecter les consignes inscrites aux plans thérapeutiques infirmiers et de consigner les informations s'y rapportant dans les notes au dossier des usagers.	Une formation a été offerte par le personnel le 7 mai 2018 concernant le plan thérapeutique infirmier ainsi que sur les notes à consigner au dossier des usagers.
		1. Rappeler aux intervenants concernés de remettre à l'utilisateur le dépliant portant sur la sécurité des soins et des services dès son arrivée et indiquer dans le « Questionnaire santé usager » que ce dépliant lui a été remis et de remplir le « Questionnaire santé usager » à l'arrivée d'un usager qui est admis. Rappeler aux intervenants concernés la nécessité de remplir le formulaire AH-223 dans le cas de perte, de bris ou de vol d'objets personnels lorsqu'il y a des conséquences possibles sur la santé de l'utilisateur. D'ici le 8 septembre 2018. 2. Ajouter une section au « Questionnaire santé usager » permettant la déclaration d'objets personnels de valeur que l'utilisateur décide de conserver avec lui. D'ici le 8 septembre 2018. 3. Modifier la section 4 de la politique relative aux réclamations de façon à ce qu'elle soit plus claire dans le cas où l'utilisateur est lésé, notamment en précisant l'utilisation du formulaire AH-223, lorsqu'indiqué. D'ici le 6 octobre 2018.	Les rappels ont été faits, une section a été ajoutée au « Questionnaire santé usager » et les modifications demandées ont été apportées à la Politique relative aux réclamations en cas de dommages, perte de biens d'un usager, d'un visiteur, d'un bénévole, d'une personne exerçant sa profession ou d'une personne travaillant au CIUSSS.

COMMISSARIAT AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	Sylvie MAILHOT
Commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services	Martin BOUCHARD
Commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services	Claude POITRAS (intérim)
Agente de recherche et de traitement aux plaintes	Caroline GOBEIL
Agente de recherche et de traitement aux plaintes	Isabelle BOUCHARD
Agente de recherche et de traitement aux plaintes	Karina CLOUTIER
Agente administrative	Martine PILOTE
Agente administrative	Synthia PARISI

Médecins examinateurs

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

Comité de révision

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

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

Rapport couvrant la période du 10 décembre 2016 au 9 juin 2017

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs*	978
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	4
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	15
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	6
	Une demande a été formulée pendant la période précédente.	
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs : • quatre inaptes / détérioration rapide • quatre patients ont changé d'idée • un en cours d'évaluation • un patient n'a pas encore choisi sa date.	10

Rapport couvrant la période du 10 juin 2017 au 9 décembre 2017

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs*	1 239
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	10
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	17
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	13
	• Une demande a été formulée pendant la période précédente.	
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs : • un patient décédé avant • un patient a changé d'avis • un patient ne rencontrait pas les critères • un patient avec confusion débutée.	4

*Possibilité de dédoublement

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

Ressources humaines

GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS

Certains des investissements dans le réseau de la santé et des services sociaux annoncés en cours d'exercice financier ont pu avoir des impacts additionnels imprévus sur les effectifs de notre établissement et contribuer au dépassement des cibles d'effectifs allouées par le ministre de la Santé et des services sociaux.

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

CIUSSS DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN		COMPARAISON SUR 364 JOURS POUR AVRIL À MARS				
	VALEURS OBSERVÉES	2014-04-06 AU 2015-04-04			2017-04-02 AU 2018-03-31	
		HEURES TRAVAILLÉES	HEURES SUPPLÉM.	TOTAL HEURES RÉMUNÉRÉES	NOMBRE ETC	NOMBRE INDIVIDUS
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	685 956	886	686 842	379	430
	2015-16	617 356	4 485	621 841	341	396
	2016-17	580 245	1 523	581 768	320	371
	2017-18	566 475	1 524	567 998	312	365
	Variation	(17,4 %)	71,9 %	(17,3 %)	(17,5 %)	(15,1 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	1 943 239	9 503	1 952 742	1 076	1 330
	2015-16	1 949 836	10 224	1 960 060	1 080	1 351
	2016-17	1 976 162	9 921	1 986 083	1 095	1 362
	2017-18	2 089 635	13 914	2 103 549	1 160	1 443
	Variation	7,5 %	46,4 %	7,7 %	7,8 %	8,5 %
3 - Personnel infirmier	2014-15	4 637 707	127 485	4 765 192	2 489	3 169
	2015-16	4 546 051	119 793	4 665 844	2 439	3 127
	2016-17	4 549 068	123 081	4 672 149	2 437	3 093
	2017-18	4 550 990	151 462	4 702 452	2 436	3 099
	Variation	(1,9 %)	(18,8 %)	(1,3 %)	(2,1 %)	(2,2 %)

92

2017-18
RAPPORT ANNUEL

RESSOURCES HUMAINES

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





(suite)

4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	6 558 777	85 799	6 644 575	3 588	4 971
	2015-16	6 511 377	82 148	6 593 524	3 562	4 887
	2016-17	6 508 064	94 887	6 602 951	3 561	4 858
	2017-18	6 720 532	137 291	6 857 823	3 682	5 086
	Variation	2,5 %	60,0 %	3,2 %	2,6 %	2,3 %
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	1 707 015	16 247	1 723 262	870	1 448
	2015-16	1 650 483	13 287	1 663 770	841	1 404
	2016-17	1 644 380	18 429	1 662 809	838	1 365
	2017-18	1 673 668	23 579	1 697 247	853	1 425
	Variation	(2,0 %)	45,1 %	(1,5 %)	(1,9 %)	(1,6 %)
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	10 640	52	10 692	6	67
	2015-16	3 842	44	3 886	2	24
	2016-17	8 046	6	8 052	4	49
	2017-18	8 977	43	9 020	5	58
	Variation	(15,6 %)	(18,1 %)	(15,6 %)	(14,2 %)	(13,4 %)
Total du personnel	2014-15	15 543 333	239 972	15 783 305	8 408	10 761
	2015-16	15 278 944	229 981	15 508 925	8 264	10 608
	2016-17	15 265 965	247 847	15 513 812	8 255	10 521
	2017-18	15 610 276	327 812	15 938 088	8 448	10 878
	Variation	0,4 %	36,6 %	1,0 %	0,5 %	1,1 %

Cible 2017-2018 en heures rémunérées :

15 768 897

Écart à la cible - en heures

(169 191)



Ressources financières

UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME

Répartition des charges brutes par programmes

PROGRAMMES	EXERCICE COURANT (2017-2018)		EXERCICE PRÉCÉDENT (2016-2017)	
	Dépenses	%	Dépenses	%
PROGRAMMES-SERVICES				
Santé publique	13 367 793 \$	1,55 %	11 970 051 \$	1,53 %
Services généraux- activités clinique et d'aide	43 449 522 \$	5,03 %	32 330 096 \$	4,12 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	115 002 476 \$	13,31 %	104 648 203 \$	13,34 %
Déficiences physique	28 656 249 \$	3,32 %	26 895 580 \$	3,43 %
Déficiences intellectuelle et TSA	46 871 006 \$	5,42 %	44 149 878 \$	5,63 %
Jeunes en difficulté	58 554 895 \$	6,78 %	48 849 813 \$	6,23 %
Dépendances	5 274 234 \$	0,61 %	4 391 155 \$	0,56 %
Santé mentale	47 165 083 \$	5,46 %	42 184 568 \$	5,38 %
Santé physique	334 493 842 \$	38,71 %	297 488 652 \$	37,93 %
PROGRAMME DE SOUTIEN				
Administration	51 707 772 \$	5,98 %	51 582 738 \$	6,58 %
Soutien aux services	63 415 340 \$	7,34 %	62 187 807 \$	7,93 %
Gestion des bâtiments et des équipements	56 248 170 \$	6,51 %	57 611 437 \$	7,35 %
TOTAL	864 206 382 \$	100 %	784 289 978 \$	100 %

Les états financiers complets de l'année 2017-2018 sont disponibles au www.santesaglac.gouv.qc.ca.

L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

Le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean termine son exercice financier 2017-2018 avec un déficit global de 2 121 546 \$ qui est composé d'un résultat déficitaire de 959 075 \$ pour le fonds d'exploitation et de 1 162 471 \$ pour le fonds d'immobilisation. Le déficit du fonds d'exploitation de 2017-2018 est reporté comme dépense d'exploitation de 2018-2019 et devra être considéré dans l'atteinte de l'équilibre budgétaire de la prochaine année. Le résultat déficitaire du fonds d'immobilisation est compensé par les surplus cumulés de ce même fonds.

LES CONTRATS DE SERVICES

■ Nombre et valeur des contrats de services

	NOMBRE	VALEUR
Contrats de service avec une personne physique	0	0
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne	16	28 680 900 \$
TOTAL DES CONTRATS DE SERVICE	16	28 680 900 \$

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

■ DÉTAILS DE L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O, ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Location des immeubles conclue avec la Société Immobilière du Québec à titre de contrat location-exploitation au lieu de contrat de location-acquisition.	2011-12	R	Aucune modification. Directive de comptabilisation du MSSS.			X
Non consolidation des états financiers de la Corporation de services Saint-Vallier, corporation contrôlée par le CSSS de Chicoutimi.	2011-12	C	Le CSSSC respecte les directives de la circulaires 03 01 10 12 sur l'exploitation des activités commerciales. Les informations financières de la Corporation de services Saint-Vallier sont présentées par voie de notes aux pages 270 du rapport AS-471.			X
L'établissement a encouru un excédent des charges sur les revenus au niveau du fond d'immobilisations. Ce résultat va à l'encontre de l'article 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux qui mentionne qu'aucun établissement public ne doit encourir de déficit à la fin d'une année financière.	2017-18	R	Pour l'exercice 2017-2018, le résultat est déficitaire. Cependant, l'explication est la suivante : la totalité des revenus des projets autofinancés d'avant le 1 ^{er} avril 2015 ont été comptabilisés. Donc, tant que ces projets ont de l'amortissement à prendre, il y aura un déficit au fonds d'immobilisation avec contrepartie suffisante au surplus cumulé. Le ministère de la Santé et des Services sociaux est au courant et nous confirme qu'il n'y aura pas de plan de redressement en lien avec le déficit du fonds.			X

SIGNIFICATION DES CODES

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

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

97

2017-18
RAPPORT ANNUEL

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES,
COMMENTAIRES ET
OBSERVATIONS ÉMIS PAR
L'AUDITEUR INDÉPENDANT

SIGNIFICATION DES CODES

COLONNE 3

«NATURE» :

R : Réserve

O : Observation

COLONNES 5,6 ET 7

«ÉTAT DE LA

PROBLÉMATIQUE» :

R : Régulé

PR : Partiellement

Régulé NR : Non Régulé

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O, ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
L'établissement n'a pas obtenu les autorisations préalables requises conformément à la Loi sur les contrats des organismes publics.	2017-18	R				X
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Unités de mesure sur base estimative : Unité mètre carré et mètre cube pour les locaux loués pour le CLSC.	2008-09	R	Aucune mesure corrective prise par le CIUSSS. Les mètres carrés et les mètres cubes ont été établis à partir du bail de location.			X
Unités de mesure sur base estimative: Les communications extérieures au médecin responsable du patient (résumé de dossier, consultations...) sont compilées sur une base estimative aux archives.	2011-12	R	Aucune mesure de correction mise en place. Le CIUSSS a estimé le nombre de demandes en établissant des standards relatifs aux demandes de communications. Ces standards ont été établis à partir d'un échantillonnage représentatif.			X
Unité de mesure «L'utilisateur» Inhalothérapie 6350.	2014-15	R	L'établissement n'a pas compilé de statistique pour le sous centre d'activité «Inhalothérapie - autres (6352)».			X
L'unité de mesure du centre d'activités «Unité de réadaptation fonctionnelle intensive en centre de réadaptation pour déficience physique» (8090) n'est pas compilé par l'établissement qui utilise les données du centre d'activité «Internant - Déficience physique» (6496) comme unité de mesure estimative.	2011-12	R	Il s'agit d'une situation provinciale.			X
Unités compilées sur base estimative - Mètre carré et mètre cube (Centre d'activité 7640, sous-centre d'activité 7644, centre d'activité 7700 et sous-centre d'activité 7703).	2011-12	R	Aucune			X
Unité compilées sur base estimative - usager - Sous centre d'activité 6806.	2011-12	R	Aucune			X
Méthode d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives - transport d'un usager - Centre d'activités 7690.	2011-12	R	Aucune			X

98

2017-18
RAPPORT ANNUEL

(Suite)

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O, ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Non-conformité des unités de mesure utilisées par l'Établissement aux définitions contenues dans le <i>Manuel de gestion financière</i> publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux - services de santé courants - Centre d'activités 6307.	2013-14	R	Aucune	X		
Une composante de l'unité de mesure 7690, soit Transport par taxi, n'est pas compilée dans une installation.	2015-16	R	Début de la compilation des transports par taxi en juin 2017.			X
Les unités du sous-centre 5922 ne sont pas compilées distinctement, elles sont incluses dans le sous-centre 5921. Le total des unités compilées est donc surévalué au sous-centre 5921 et sous-évalué au sous-centre 5922.	2016-17	R	Il est prévu que la situation soit régularisée au cours de l'exercice 2018-2019.			X
Une composante de l'unité de mesure 7690, soit Transport externe des usagers, n'est pas adéquatement compilée, en raison du fait qu'un usager est inscrit par transport, peu importe le nombre d'usagers en cause.	2017-18	R				X
L'unité de mesure A) « Semaine étudiant » du sous-centre 7202 n'a pas été compilée pour la période du 1 ^{er} avril 2017 au 31 août 2017.	2017-18	R	Début de la compilation à la fin août 2017.			X
Le processus de compilation de l'unité de mesure A) « L'usagère » pour le sous-centre 5990 ne permet pas de compiler les usagères dont la grossesse chevauche l'exercice antérieur et l'exercice en cours.	2017-18	R				X

**SIGNIFICATION
DES CODES**

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

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

99

2017-18
RAPPORT ANNUEL

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES,
COMMENTAIRES ET
OBSERVATIONS ÉMIS PAR
L'AUDITEUR INDÉPENDANT

(Suite)

**SIGNIFICATION
DES CODES**

COLONNE 3

«NATURE» :

R : Réserve

O : Observation

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

R : Régulé

PR : Partiellement

Régulé NR : Non Régulé

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O, ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
L'unité de mesure B) « L'utilisateur » est répartie de façon estimative entre les sous-centre d'activité 6985 et 6989 car les données réelles ne sont pas disponibles.	2017-18	R				X
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Création d'un titre d'emploi pour les salariés dédiés à un directeur avec salaire plus élevé qu'une secrétaire de direction, en fonction des tâches et responsabilités.	2012-13	C	Aucune			X
Non-consolidation des états financiers de la Corporation de services Saint-Vallier, corporation contrôlée par le CSSS de Chicoutimi.	2011-12	C	Le CSSSC respecte les directives de la circulaire 03 01 10 12 sur l'exploitation des activités commerciales. Les informations financières de la Corporation de services Saint-Vallier sont présentées par voie de notes aux pages 270 du rapport AS-471.			X
L'établissement a encouru un excédent des charges sur les revenus au niveau du fonds d'immobilisation et du fonds d'exploitation. Ce résultat va à l'encontre de l'article 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux qui mentionne qu'aucun établissement public ne doit encourir de déficit à la fin d'une année financière.	2017-18	C				X
L'établissement n'a pas obtenu les autorisations préalables requises conformément à la Loi sur les contrats des organismes publics.	2017-18	C				X
Rapport à la gouvernance						
Pour les activités du Centre de jour à la Résidence des Années d'Or, la même personne s'occupe de collecter l'argent des usagers ainsi que d'effectuer les dépôts.	2014-15	C	Aucune			X

100

2017-18
RAPPORT ANNUEL

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES,
COMMENTAIRES ET
OBSERVATIONS ÉMIS PAR
L'AUDITEUR INDÉPENDANT

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



(Suite)

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O, ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2018		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Pour les données des centres d'activités 6532 et 6174 (UTRF) à la Résidence Georges-Hébert, un rapprochement devrait être fait entre les dates d'autorisation des entrées et sorties des usagers inscrites au dossier et celles entrées dans le système d'admission.	2014-15	C	Aucune			X
Le coût moyen utilisé sur certaines listes de stocks n'est pas mis à jour selon celui calculé par le système informatique.	2014-15	C	Aucune			X
Pour la firme ambulancière Medinord, les AS-810 ne comportent pas tous la signature d'une personne responsable de l'établissement destinataire.	2015-16	C	Suivi fait par le personnel du CIUSSS. Cependant, il semble difficile pour le personnel hospitalier d'obtenir la signature dans certaines circonstances (transport de nuit, par exemple).		X	
Pour un contrat de construction, l'établissement n'est pas allé en appel d'offres et n'a pas obtenu les autorisations préalables.	2017-18	C	Une politique sera mise en place.			X
Le processus d'approbation des écritures de journal ne se fait pas de façon automatique.	2017-18	C				X

**SIGNIFICATION
DES CODES**

COLONNE 3

«NATURE» :

R : Réserve

O : Observation

COLONNES 5,6 ET 7

«ÉTAT DE LA

PROBLÉMATIQUE» :

R : Régulé

PR : Partiellement

Régulé NR : Non Régulé

Organismes communautaires

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

Le premier mode de financement du PSOC vise à soutenir la mission globale des organismes communautaires reconnus dans le domaine de la santé et des services sociaux. Il s'agit du pourcentage le plus important de l'enveloppe budgétaire, soit **90,5 %**. Pour l'année **2017-2018**, **197** organismes communautaires ont reçu un soutien financier de ce type, ce qui totalise **20 346 618 \$**.

Le second mode du PSOC porte sur le financement d'organismes communautaires à travers des ententes pour activités spécifiques. Ce soutien financier représente **8,4 %** de l'enveloppe budgétaire totale. Ces ententes peuvent concerner des organismes déjà financés dans le cadre du premier mode ou des organismes dont le financement de la mission globale relève d'un autre ministère. Ce type de soutien financier peut comporter un caractère non récurrent ou être attribué pour une période limitée. Uniquement pour ce mode de financement, le CIUSSS a octroyé **1 898 264 \$**.

Finalement, c'est un montant de **245 925 \$** qui a été accordé en 2017-2018 pour des projets ponctuels ou des subventions de dépannage. Ce troisième mode de financement vise à supporter divers types de projets ponctuels, sur une base non récurrente, ce qui totalise **1,1 %** de l'enveloppe budgétaire. Il peut s'agir de projets de formation, de projets expérimentaux ou novateurs ainsi que de certaines situations nécessitant un financement de dépannage.

Pour ces trois modes de financement, c'est un total global de **22 490 807 \$** qui a été alloué, pour l'année **2017-2018**, aux organismes communautaires de la région. Ce total inclut le montant de

635 200 \$ accordé par le MSSS afin de rehausser le financement du PSOC. La répartition de cette enveloppe budgétaire s'est faite dans le respect des critères ministériels et des orientations régionales du PSOC.

En septembre 2017, le conseil d'administration du CIUSSS a adopté le *Cadre de référence pour l'application du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean*. Un comité de travail piloté par la Direction des services multidisciplinaire avait pour mandat de réviser l'application régionale des orientations du PSOC. Ce document a été élaboré en collaboration avec les organismes communautaires qui exercent leurs activités dans le domaine de la santé et des services sociaux au Saguenay–Lac-Saint-Jean et reconnus dans le PSOC.

Ce cadre de référence reconnaît notamment la contribution unique et essentielle des organismes communautaires au bien-être de la population régionale, tout en respectant le contexte légal régissant l'action communautaire au Québec.

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

Les tableaux ci-après précisent les organismes communautaires qui ont été financés en 2017-2018, par réseau local de services (RLS) et selon les trois volets précités.



ORGANISMES COMMUNAUTAIRES FINANCÉS (2017-18), PAR RÉSEAU LOCAL DE SERVICES (RLS)

RLS LA BAIE ORGANISMES COMMUNAUTAIRES RECONNUS DANS LE CADRE DU PSOC	Entente pour activités spécifiques		Mission Globale PSOC		Projets ponctuels		Total 2016-2017	Total 2017-2018
	2016-2017	2017-2018	2016-2017	2017-2018	2016-2017	2017-2018		
Centre de bénévolat Soif de vivre de La Baie			83 579 \$	84 164 \$			83 579 \$	84 164 \$
Centre Le Phare	41 587 \$	41 878 \$	365 329 \$	548 345 \$			406 916 \$	590 223 \$
Groupe d'action communautaire de l'A.P.R.S .			76 879 \$	77 417 \$			76 879 \$	77 417 \$
Groupe d'actions communautaires de santé bénévole (GACSB)			74 516 \$	75 038 \$			74 516 \$	75 038 \$
L'Association des parents d'ados du Fjord			62 180 \$	62 615 \$		308 \$	62 180 \$	62 923 \$
Les Bénévoles de Saint-Félix d'Otis			41 780 \$	42 072 \$			41 780 \$	42 072 \$
Maison des jeunes de La Baie			81 770 \$	82 342 \$		1 287 \$	81 770 \$	83 629 \$
Maison des jeunes du Bas-Saguenay			28 093 \$	50 197 \$	5 166 \$	698 \$	33 259 \$	50 895 \$
Maison d'hébergement Le Rivage de La Baie			786 915 \$	792 423 \$	1 000 \$	1 000 \$	787 915 \$	791 423 \$
Popote mobile de La Baie			17 592 \$	29 389 \$	6 597 \$		24 189 \$	29 389 \$
Service budgétaire populaire de La Baie			,	,	57 288 \$		57 288 \$	,
TOTAL LA BAIE	41 587 \$	41 878 \$	1 618 633 \$	1 844 002 \$	70 051 \$	3 293 \$	1 730 271 \$	1 887 173 \$

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

103

2017-18
RAPPORT ANNUEL

ORGANISMES
COMMUNAUTAIRES

RLS JONQUIÈRE ORGANISMES COMMUNAUTAIRES RECONNUS DANS LE CADRE DU PSOC	Entente pour activités spécifiques		Mission Globale PSOC		Projets ponctuels		Total 2016-2017	Total 2017-2018
	2016-2017	2017-2018	2016-2017	2017-2018	2016-2017	2017-2018		
Association pour personnes handicapées A.B.C.S.	30 000 \$	30 000 \$	62 666 \$	63 104 \$			63 675 \$	93 104 \$
Association des personnes handicapées de Jonquière					63 675 \$			
Cancer Saguenay			54 313 \$	54 693 \$	167 \$	115 \$	54 480 \$	54 808 \$
Centre d'action bénévole de Jonquière			90 898 \$	101 604 \$	3 008 \$	80 \$	93 906 \$	101 684 \$
Centre de femmes Mieux-être de Jonquière			193 711 \$	195 067 \$	1 722 \$	1 000 \$	195 433 \$	196 067 \$
Centre de services du Mieux-vivre Bégin, Shipshaw, Saint-Charles et Saint-Ambroise			173 552 \$	179 802 \$	10 000 \$		183 552 \$	179 802 \$
Centre d'intervention familiale Le Transit			138 649 \$	139 620 \$	26 427 \$	1 000 \$	165 076 \$	140 620 \$
Centre L'Escale de Jonquière	41 606 \$	41 897 \$	187 205 \$	188 515 \$		10 981 \$	228 811 \$	241 393 \$
École Polyvalente de Jonquière/ gang allumée					800 \$		800 \$	
Entre-Êtres			4 933 \$	4 968 \$			4 933 \$	4 968 \$
G.R.T.P. (Groupe de ressources pour les troubles de panique et troubles anxieux)			47 213 \$	63 642 \$			47 213 \$	63 642 \$
La Maison des jeunes de Jonquière			86 809 \$	87 417 \$		989 \$	86 809 \$	88 406 \$
La Ressource de Jonquière			14 932 \$	15 036 \$			14 932 \$	15 036 \$
La Soupière de l'amitié d'Arvida/Kénogami			5 445 \$	2 722 \$			5 445 \$	2 722 \$
L'Alternative Café-jeunesse de Jonquière (parrain PATRO)	12 533 \$	43 993 \$	31 154 \$				43 687 \$	43 993 \$
Les Aînée de Jonquière			264 643 \$		1 100 \$		265 743 \$	
L'Association pour la promotion des droits des personnes handicapées de Jonquière				32 060 \$				32 060 \$
Le Maillon (Regroupement parents et amis de personnes atteintes de maladie mentale Saguenay)			187 106 \$	188 416 \$		320 \$	187 106 \$	188 736 \$
Le Patro de Jonquière					19 000 \$		19 000 \$	
Le service « Les Habitations partagées du Saguenay »			74 318 \$	74 838 \$	80 \$		74 398 \$	74 838 \$
Maison d'accueil et d'hébergement « La Chambrée »			669 085 \$	673 769 \$			669 085 \$	673 769 \$
Maison des jeunes de Shipshaw			45 732 \$	50 320 \$			45 732 \$	50 320 \$
TOTAL JONQUIÈRE	84 139 \$	115 890 \$	2 332 364 \$	2 115 593 \$	125 979 \$	14 485 \$	2 478 807 \$	2 245 968 \$

RLS CHICOUTIMI ORGANISMES COMMUNAUTAIRES RECONNUS DANS LE CADRE DU PSOC	Entente pour activités spécifiques		Mission Globale PSOC		Projets ponctuels		Total 2016-2017	Total 2017-2018
	2016-2017	2017-2018	2016-2017	2017-2018	2016-2017	2017-2018		
ADHIS (Association pour le développement de la personne handicapée intellectuelle du Saguenay)			136 778 \$	137 735 \$			136 778 \$	137 735 \$
AQEPA Saguenay (Association du Québec pour les enfants avec problèmes auditifs)			9 773 \$	9 773 \$			9 773 \$	9 773 \$
Association canadienne pour la santé mentale secteur Saguenay	300 071 \$	422 171 \$	574 291 \$	578 311 \$		15 000 \$	874 362 \$	1 015 482 \$
Association des parents d'adolescents de Chicoutimi (APAC)			65 826 \$	66 286 \$			65 826 \$	66 286 \$
Association des personnes aphasiques du Saguenay			17 376 \$	17 498 \$			17 376 \$	17 498 \$
C.O.R.A.M.H. (Corporation de recherche et d'action sur les maladies héréditaires)			74 108 \$	74 627 \$			74 108 \$	74 627 \$
Café-jeunesse de Chicoutimi			56 492 \$	5 688 \$	371 \$	727 \$	56 863 \$	57 614 \$
Cardi-O-forme		20 041 \$	10 221 \$	25 072 \$	4 510 \$	1 144 \$	14 731 \$	46 257 \$
Carrefour communautaire Saint-Paul			8 737 \$	8 798 \$	170 \$	791 \$	8 907 \$	9 589 \$
Centre d'action bénévole de Chicoutimi			177 469 \$	178 711 \$	50 \$	859 \$	177 519 \$	179 570 \$
Centre d'action bénévole de Laterrière			39 028 \$	41 315 \$	39 028 \$		78 056 \$	41 315 \$
Centre du Lac Pouce			6 846 \$	6 894 \$	871 \$		7 717 \$	6 894 \$
Centre féminin du Saguenay			692 604 \$	697 452 \$		1 000 \$	692 604 \$	698 452 \$
Comité des malades de Saint-Fulgence			1 800 \$	1 813 \$			1 800 \$	1 813 \$
Comité Enfaim			26 473 \$	26 658 \$	2 480 \$		28 953 \$	26 658 \$
Comptoir Multiservice de Falardeau			6 732 \$	6 779 \$	365 \$	290 \$	7 097 \$	7 069 \$
Corporation Les adolescents et la vie de quartier de Chicoutimi			14 829 \$	50 104 \$	986 \$	313 \$	15 815 \$	50 417 \$
Diabète Saguenay			10 540 \$	25 074 \$	873 \$		11 413 \$	25 074 \$
École nationale d'apprentissage par la marionnette (ÉNAM)			52 863 \$	53 233 \$	1 775 \$	90 \$	54 638 \$	53 323 \$
Femmes-action : séparation-divorce			33 835 \$	34 072 \$			33 835 \$	34 072 \$
Groupe aide-action de Saint-Honoré			74 534 \$	7 056 \$		78 555 \$	74 534 \$	75 056 \$
Groupe d'action communautaire de Falardeau			4 525 \$	15 639 \$			4 525 \$	150 639 \$

→

(SUITE) RLS CHICOUTIMI ORGANISMES COMMUNAUTAIRES RECONNUS DANS LE CADRE DU PSOC	Entente pour activités spécifiques		Mission Globale PSOC		Projets ponctuels		Total 2016-2017	Total 2017-2018
	2016-2017	2017-2018	2016-2017	2017-2018	2016-2017	2017-2018		
Interassociation des personnes handicapées du Saguenay			55 441 \$	55 829 \$		840 \$	55 441 \$	56 669 \$
Justice alternative jeunesse Saguenay			297 934 \$	300 020 \$	741 \$		298 675 \$	300 020 \$
La Maison ISA (CALACS)		167 850 \$	273 448 \$	275 362 \$	4 000 \$	1 000 \$	277 448 \$	444 212 \$
Le Centre communautaire Horizon 3 ^e âge			34 297 \$	34 537 \$			34 297 \$	34 537 \$
Le MIENS			213 996 \$	215 494 \$		10 060 \$	213 996 \$	225 554 \$
Les Services d'intégration sociale Nouvel essor du Saguenay Inc.			137 336 \$	138 297 \$		244 \$	137 336 \$	138 541 \$
Local jeunes centre-ville de Chicoutimi			18 641 \$	50 000 \$		50 \$	18 641 \$	50 050 \$
Maison d'accueil pour sans-abri de Chicoutimi			187 106 \$	180 172 \$	28 855 \$	50 \$	215 961 \$	180 222 \$
Maison des jeunes « Évasion » de Chicoutimi			81 768 \$	82 340 \$		1 338 \$	81 768 \$	83 678 \$
Maison des jeunes Alaxion			40 933 \$	50 287 \$		563 \$	40 933 \$	50 850 \$
Maison des jeunes de Laterrière			80 158 \$	80 719 \$		90 \$	80 158 \$	80 809 \$
Maison des jeunes de Saint-Fulgence			7 489 \$	50 052 \$	8 000 \$	88 \$	15 489 \$	50 140 \$
Maison des jeunes de Saint-Honoré			38 438 \$	50 269 \$			38 438 \$	50 269 \$
Palli-Aide			147 297 \$	148 328 \$			147 297 \$	148 328 \$
Popote roulante de Laterrière			2 024 \$	2 024 \$			2 024 \$	2 024 \$
Popote express Chicoutimi			46 339 \$	46 000 \$			46 339 \$	46 000 \$
Regroupement des personnes atteintes de troubles de l'humeur			7 666 \$	7 666 \$	1 000 \$		8 666 \$	7 666 \$
Séjour Marie Fitzbach			164 475 \$	165 657 \$	80 \$	6 830 \$	164 555 \$	172 487 \$
Service alimentaire « La Recette »			21 122 \$	59 878 \$	10 600 \$		31 722 \$	59 878 \$
Service communautaire de consultation individualisée de Chicoutimi			31 855 \$	32 078 \$	450 \$	450 \$	32 305 \$	32 078 \$
Service de travail de rue de Chicoutimi			45 237 \$	45 554 \$	1 000 \$	16 000 \$	46 237 \$	61 554 \$
Société canadienne de la sclérose en plaques section Saguenay			10 626 \$	10 700 \$			10 626 \$	10 700 \$
Triolait			20 442 \$	25 143 \$	14 100 \$		34 542 \$	25 143 \$
TOTAL CHICOUTIMI	300 071 \$	610 062 \$	4 059 748 \$	4 003 971 \$	120 305 \$	136 372 \$	4 480 124 \$	5 096 622 \$

RLS LAC-SAINT-JEAN-EST ORGANISMES COMMUNAUTAIRES RECONNUS DANS LE CADRE DU PSOC	Entente pour activités spécifiques		Mission Globale PSOC		Projets ponctuels		Total 2016-2017	Total 2017-2018
	2016-2017	2017-2018	2016-2017	2017-2018	2016-2017	2017-2018		
Accès entraide familles Lac-Saint-Jean-Est			23 952 \$	24 120 \$			23 952 \$	24 120 \$
Association des handicapés de Desbiens			183 478 \$	184 762 \$			183 478 \$	184 762 \$
Carrefour bénévole Labrecque Lamarche			35 345 \$	35 592 \$	10 000 \$		45 345 \$	35 592 \$
Centre communautaire d'aide à la jeunesse Tandem Lac-Saint-Jean-Est			64 950 \$	65 404 \$			64 950 \$	65 404 \$
Centre d'action bénévole du Lac			122 110 \$	143 105 \$	30 367 \$	215 \$	152 477 \$	143 320 \$
Centre de femmes au Quatre-temps			196 214 \$	194 874 \$	947 \$	879 \$	197 161 \$	195 753 \$
Centre de rétablissement Le Renfort	68 667 \$	160 852 \$	268 810 \$	270 691 \$		830 \$	337 477 \$	432 373 \$
Centre Le S.P.O.T.			52 777 \$	53 146 \$			52 777 \$	53 146 \$
Club Kinocoeur			4 500 \$	4 500 \$			4 500 \$	4 500 \$
Comité du travail de rue d'Alma			25 950 \$	50 182 \$	816 \$		26 766 \$	50 182 \$
Foyer d'apprentissage et d'autonomie sociale d'Alma			120 997 \$	121 845 \$			120 997 \$	121 845 \$
Groupe Centre-Lac d'Alma			73 308 \$	73 822 \$			73 308 \$	73 822 \$
Groupe d'action bénévole Ensemble de Sainte-Monique et de Saint-Henri			40 818 \$	41 104 \$			40 818 \$	41 104 \$
Groupe de soutien de Saint-Nazaire			34 819 \$	35 063 \$			34 819 \$	35 063 \$
Havre du Lac-St-Jean	257 513 \$		33 368 \$		24 326 \$		315 207 \$	
Justice alternative Lac-Saint-Jean inc. (ancien Contact jeunesse LSI)			338 734 \$	341 105 \$	699 \$	1 000 \$	339 433 \$	342 105 \$
La Passerelle d'Alma		57 200 \$	652 793 \$	657 363 \$			652 793 \$	714 563 \$
La Popote roulante d'Alma			58 134 \$	58 541 \$			58 134 \$	58 541 \$
Maison de campagne et d'entraide communautaire du Lac			27 544 \$	50 193 \$	136 \$		27 680 \$	50 193 \$
Maison des jeunes (12-18) l'Entre-Paranthèse de Chambord			40 208 \$	50 281 \$		331 \$	40 208 \$	50 612 \$
Maison des jeunes d'Alma			81 038 \$	81 605 \$			81 038 \$	81 605 \$
Maison des jeunes de Delisle			30 311 \$	30 000 \$			30 311 \$	30 000 \$
Maison des jeunes de Desbiens			27 813 \$	50 195 \$			27 813 \$	50 195 \$
Maison des jeunes de Lamarche			27 009 \$	50 189 \$			27 009 \$	50 189 \$

(SUITE) RLS LAC-SAINT-JEAN-EST ORGANISMES COMMUNAUTAIRES RECONNUS DANS LE CADRE DU PSOC	Entente pour activités spécifiques		Mission Globale PSOC		Projets ponctuels		Total 2016-2017	Total 2017-2018
	2016-2017	2017-2018	2016-2017	2017-2018	2016-2017	2017-2018		
Maison des jeunes de Lamarche			27 009 \$	50 189 \$			27 009 \$	50 189 \$
Maison des jeunes de L'Ascension-de-Notre-Seigneur			4 422 \$	4 453 \$			4 422 \$	4 453 \$
Maison des jeunes de Labrecque					7 000 \$		7 000 \$	
Maison des jeunes de Métabetchouan			81 970 \$	82 544 \$		1 144 \$	81 970 \$	83 688 \$
Maison des jeunes de Saint-Bruno du Lac Saint-Jean			39 631 \$	50 277 \$			39 631 \$	50 277 \$
Maison des jeunes de Saint-Gédéon			16 571 \$	28 004 \$			16 571 \$	28 004 \$
Maison des jeunes de Saint-Nazaire			7 489 \$	7 541 \$			7 489 \$	7 541 \$
Maison des jeunes d'Hébertville			6 978 \$	50 049 \$		404 \$	6 978 \$	50 453 \$
Maison des jeunes de Sainte-Monique-de-Honfleur			4 545 \$	4 577 \$			4 545 \$	4 577 \$
Moisson d'Alma			10 732 \$	25 075 \$			10 732 \$	25 075 \$
Nourri-Source			12 265 \$	25 086 \$			12 265 \$	25 086 \$
Popote roulante des cinq cantons		25 175 \$			13 000 \$		13 000 \$	25 175 \$
Résidence de Labrecque					80 334 \$		80 334 \$	
Service d'information et intervention en toxicomanie (Unité Domrémy d'Alma)			79 921 \$	80 480 \$			79 921 \$	80 480 \$
Service d'accompagnement pour jeunes mères La Nichée			13 847 \$	50 097 \$	38 126 \$	2 000 \$	51 973 \$	52 097 \$
Soli-Can Lac-Saint-Jean Est		388 972 \$	623 756 \$	188 752 \$	3 000 \$	1 000 \$	626 756 \$	578 724 \$
Station jeunesse			29 566 \$	50 207 \$		115 \$	29 566 \$	50 322 \$
TOTAL LAC-SAINT-JEAN-EST	326 180 \$	632 199 \$	3 496 673 \$	3 314 824 \$	208 751 \$	7 918 \$	4 031 604 \$	3 954 941 \$

RLS DOMAINE-DU-ROY ORGANISMES COMMUNAUTAIRES RECONNUS DANS LE CADRE DU PSOC	Entente pour activités spécifiques		Mission Globale PSOC		Projets ponctuels		Total 2016-2017	Total 2017-2018
	2016-2017	2017-2018	2016-2017	2017-2018	2016-2017	2017-2018		
Action bénévole Entre-Deux Saint-André			44 433 \$	44 744 \$			44 433 \$	47 744 \$
Actions bénévoles de Sainte-Hedwidge			7 432 \$	7 134 \$			7 432 \$	7 134 \$
Agence grands frères, grandes sœurs du Domaine-du-Roy			47 116 \$	47 446 \$	940 \$	1 000 \$	48 056 \$	48 446 \$
AQEPA Lac-Saint-Jean (Association du Québec pour les enfants avec problèmes auditifs)			5 060 \$	5 095 \$			5 060 \$	5 095 \$
Association jeannoise pour l'intégration sociale			103 846 \$	104 572 \$			103 846 \$	104 572 \$
Association pour personnes handicapées « Le Goéland »			71 502 \$	71 502 \$			71 502 \$	71 502 \$
C.A.P. Accueil jeunesse			81 770 \$	82 342 \$		232 \$	81 770 \$	82 574 \$
CALACS Entre Elles		167 850 \$	272 987 \$	274 895 \$			272 987 \$	442 745 \$
Centre d'action bénévole de Saint-Félicien			105 434 \$	115 837 \$	1 200 \$	570 \$	106 634 \$	116 407 \$
Centre de femmes « La Source »			191 792 \$	193 135 \$		736 \$	191 792 \$	193 871 \$
Centre des bénévoles de Roberval			8 863 \$				8 863 \$	
Centre des services bénévoles de Saint-Prime			6 314 \$	12 501 \$			6 314 \$	12 501 \$
Centre Le Bouscuel de Roberval	85 236 \$	85 832 \$	142 268 \$	143 264 \$		451 \$	227 504 \$	229 547 \$
Centre Nelligan (Centre en santé mentale)			129 239 \$	130 143 \$			129 239 \$	130 143 \$
Domaine-du-Roy en forme		8 578 \$			250 \$		250 \$	8 578 \$
Entraide amicale de Saint-François-de-Sales			15 057 \$	15 162 \$	1 000 \$	208 \$	16 057 \$	15 370 \$
Entraide bénévole Chambord			18 561 \$	18 561 \$			18 561 \$	18 561 \$
Escale du centre- ville (secteur Saint-Félicien)			81 769 \$	82 341 \$		571 \$	81 769 \$	82 912 \$
Groupe bénévole Mme Hermel Gauthier			15 431 \$	16 194 \$			15 431 \$	16 194 \$
La Corporation des services aux handicapés du comté Roberval			53 451 \$	53 825 \$			53 451 \$	53 825 \$
L'Auberge de l'amitié de Roberval			704 156 \$	709 085 \$			704 156 \$	709 085 \$
Le Centre populaire de Roberval			29 627 \$	50 207 \$			29 627 \$	50 207 \$
Maison des jeunes « Laser » de Roberval			81 769 \$	82 341 \$		622 \$	81 769 \$	82 963 \$
Maison des jeunes de Saint-Prime			40 208 \$	5 281 \$		563 \$	40 208 \$	50 844 \$

(SUITE) RLS DOMAINE-DU-ROY ORGANISMES COMMUNAUTAIRES RECONNUS DANS LE CADRE DU PSOC	Entente pour activités spécifiques		Mission Globale PSOC		Projets ponctuels		Total 2016-2017	Total 2017-2018
	2016-2017	2017-2018	2016-2017	2017-2018	2016-2017	2017-2018		
Maison du cheminement		35 656 \$	423 453 \$	426 417 \$	26 901 \$	786 \$	450 354 \$	462 859 \$
Santé mentale Québec-Lac-Saint-Jean			79 425 \$	79 981 \$			79 425 \$	79 981 \$
Service budgétaire de Saint-Félicien					13 917 \$		13 917 \$	
Service d'intervention de proximité Domaine-du-Roy		10 000 \$	89 043 \$	89 666 \$			89 043 \$	99 666 \$
Services d'entraide Robervalois			39 154 \$	39 428 \$			39 154 \$	39 428 \$
Services et qualité de vie de La Doré				15 675 \$	7 690 \$	631 \$	7 690 \$	16 306 \$
TOTAL DOMAINE-DU-ROY	85 236 \$	307 916 \$	2 889 160 \$	2 916 774 \$	51 898 \$	6 370 \$	3 026 294 \$	3 279 060 \$

RLS MARIA-CHAPDELEINE ORGANISMES COMMUNAUTAIRES RECONNUS DANS LE CADRE DU PSOC	Entente pour activités spécifiques		Mission Globale PSOC		Projets ponctuels		Total 2016-2017	Total 2017-2018
	2016-2017	2017-2018	2016-2017	2017-2018	2016-2017	2017-2018		
Centre de femmes du pays Maria-Chapdelaine			186 101 \$	187 404 \$	1 000 \$	1 000 \$	187 101 \$	188 404 \$
Centre de santé mentale L'Arrimage	125 884 \$	126 765 \$	222 520 \$	224 078 \$	1 000 \$	1 000 \$	349 404 \$	351 843 \$
Centre Plein vie			46 868 \$	50 328 \$			46 868 \$	50 328 \$
Club des jeunes 12-17 d'Albanel			5 656 \$	5 696 \$			5 656 \$	5 696 \$
Comité bénévole Saint-Eugène d'Argenteau			9 345 \$	11 322 \$			9 345 \$	11 322 \$
Comité bénévole Sainte-Elizabeth-de-Proulx			15 241 \$	17 362 \$		2 000 \$	15 241 \$	19 362 \$
Comité des malades d'Albanel			16 865 \$	22 018 \$			16 865 \$	22 018 \$
Comité Les Amis de Saint-Stanislas				2 349 \$				2 349 \$
Épicerie communautaire Le Garde-Manger				50 000 \$	40 000 \$		40 000 \$	50 000 \$
Grands-frères et grandes-sœurs Lac-Saint-Jean Nord			35 629 \$	35 878 \$	644 \$	1 000 \$	36 273 \$	36 878 \$
Groupe Espoir Dolbeau-Mistassini			104 039 \$	104 768 \$	1 794 \$		105 833 \$	104 768 \$
La Main du samaritain			5 566 \$	5 000 \$			5 566 \$	5 000 \$

(SUITE) RLS MARIA-CHAPDELEINE ORGANISMES COMMUNAUTAIRES RECONNUS DANS LE CADRE DU PSOC	Entente pour activités spécifiques		Mission Globale PSOC		Projets ponctuels		Total 2016-2017	Total 2017-2018
	2016-2017	2017-2018	2016-2017	2017-2018	2016-2017	2017-2018		
La Maison des jeunes Le Pentagone			50 778 \$	51 133 \$			50 778 \$	51 133 \$
Le Comité de santé de Saint-Ludger-de-Milot			38 711 \$	45 288 \$			38 711 \$	45 288 \$
Le Tournant 3 F (popote roulante)		7 643 \$	7 590 \$				7 590 \$	7 643 \$
L'Entraide bénévole de Notre-Dame-de-Lorette			11 243 \$	22 498 \$			11 243 \$	22 498 \$
Les Amis des aînés de Normandin			75 599 \$	81 057 \$			75 599 \$	81 057 \$
Les Bénévoles de Girardville			24 529 \$	24 701 \$			24 529 \$	24 701 \$
Les Bénévoles de Saint-Thomas-Didyme			31 151 \$	31 369 \$			31 151 \$	31 369 \$
Les Bénévoles des aîné(e)s de Saïte-Jeanne- d'Arc			3 550 \$	7 000 \$			3 550 \$	7 000 \$
Les Volontaires de Saint-Augustin Dalmas				5 050 \$				5 050 \$
Maison « Halte secours »			610 145 \$	614 416 \$	1 000 \$	980 \$	611 145 \$	615 396 \$
Maison des jeunes de La Doré			28 763 \$	50 201 \$	210 \$		28 973 \$	50 201 \$
Maison des jeunes Le Jouvenceau			86 808 \$	87 416 \$			86 808 \$	87 416 \$
Maison des jeunes L'Exode			42 098 \$	50 295 \$			42 098 \$	50 295 \$
Maison des jeunes L'Illusion de Girardville			16 500 \$	16 616 \$			16 500 \$	16 616 \$
Maison des jeunes Saint-Ludger-de-Milot			11 243 \$	11 322 \$			11 243 \$	11 322 \$
Maison d'intégration Norlac			90 313 \$	90 844 \$			90 313 \$	90 844 \$
Sécuri-Cœur Maria-Chapdelaine		7 785 \$	2 526 \$	5 147 \$		974 \$	2 526 \$	13 906 \$
Service d'aide 55 plus			52 030 \$	52 394 \$			52 030 \$	52 394 \$
Services bénévoles Péribonka			7 314 \$				7 314 \$	
Société canadienne de sclérose en plaques (section Lac-Saint-Jean)			8 274 \$	8 332 \$			8 274 \$	8 332 \$
Toxic-actions		10 000 \$	62 590 \$	63 028 \$	4 286 \$	1 000 \$	66 876 \$	74 028 \$
TOTAL MARIA-CHAPDELAINE	125 884 \$	152 193 \$	1 909 585 \$	2 034 310 \$	49 934 \$	7 954 \$	2 085 403 \$	2 194 457 \$

VOCATION RÉGIONALE ORGANISMES COMMUNAUTAIRES RECONNUS DANS LE CADRE DU PSOC	Entente pour activités spécifiques		Mission Globale PSOC		Projets ponctuels		Total 2016-2017	Total 2017-2018
	2016-2017	2017-2018	2016-2017	2017-2018	2016-2017	2017-2018		
ARACSM-02 (Ass. des ressources alternatives et comm. en SM région 02)	44 799 \$	45 113 \$	79 425 \$	79 981 \$		1 000 \$	124 224 \$	126 094 \$
Association de la fibromyalgie (fibrosité) du Saguenay–Lac-Saint-Jean			6 123 \$	6 166 \$			6 123 \$	6 166 \$
Association de soutien et d'information face à la douleur (A.S.I.D.)			7 591 \$	25 052 \$	470 \$	729 \$	8 061 \$	25 781 \$
Association des arthritiques du Saguenay–Lac-Saint-Jean			17 394 \$	25 122 \$			17 394 \$	25 122 \$
Association des gais et lesbiennes du Saguenay–Lac-Saint-Jean					5 115 \$	1 040 \$	5 115 \$	1 040 \$
Association des personnes handicapées visuelles de la région 02			42 474 \$	42 771 \$		10 000 \$	42 474 \$	52 771 \$
Association PANDA Saguenay–Lac-Saint-Jean		16 488 \$	112 141 \$	112 925 \$	190 \$	667 \$	112 331 \$	130 080 \$
Association régionale pour les personnes épileptiques			66 462 \$	66 927 \$			66 462 \$	66 927 \$
Association Renaissance des personnes traumatisées crâniennes du SLSJ			81 960 \$	82 534 \$	10 000 \$	18 796 \$	91 960 \$	101 330 \$
Assocation québécoise de la dysphasie région SLSJ			10 500 \$	5 250 \$	1 000 \$		11 500 \$	5 250 \$
Centre de prévention du suicide région 02			604 827 \$	609 060 \$	150 000 \$	20 115 \$	754 827 \$	629 175 \$
GPDDSM (Groupe de promotion et défense des droits en SM de la région 02)			214 797 \$	216 301 \$			214 797 \$	216 301 \$
Information et référence Région 02		33 730	33 730 \$	33 966 \$	796 \$		34 526 \$	33 966 \$
La Maison d'hébergement Le Séjour inc.			171 203 \$	172 401 \$	1 000 \$	829 \$	172 203 \$	173 230 \$
La Maisonnée d'Évelyne			241 262 \$	242 951 \$			241 262 \$	242 951 \$
L'Association pour la promotion des droits des personnes handicapées de Jonquière			42 474 \$	32 061 \$			42 474 \$	32 061 \$
Le Havre du fjord			67 107 \$	117 946 \$	1 000 \$	67 650 \$	68 107 \$	185 596 \$
Maison de l'espoir Saguenay–Lac-Saint-Jean			376 856 \$	379 494 \$	414 \$	991 \$	377 270 \$	380 485 \$
Maison d'hébergement S.O.S. jeunesse			304 239 \$	306 369 \$			304 239 \$	306 369 \$
Moisson Saguenay–Lac-Saint-Jean			101 062 \$	101 769 \$			101 062 \$	101 769 \$

→

112

2017-18
RAPPORT ANNUELORGANISMES
COMMUNAUTAIRES

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

(SUITE) VOCATION RÉGIONALE ORGANISMES COMMUNAUTAIRES RECONNUS DANS LE CADRE DU PSOC	Entente pour activités spécifiques		Mission Globale PSOC		Projets ponctuels		Total 2016-2017	Total 2017-2018
	2016-2017	2017-2018	2016-2017	2017-2018	2016-2017	2017-2018		
Regroupement des maisons de jeunes de la région 02						1 000 \$		1 000 \$
Regroupement des sourds et malentendants du Saguenay–Lac-Saint-Jean			14 821 \$	14 000 \$			14 821 \$	14 000 \$
Regroupement québécois pour personnes avec acouphènes (RQPA)			5 075 \$	5 075 \$			5 075 \$	5 075 \$
Société Alzheimer de la Sagamie			413 943 \$	416 841 \$			413 943 \$	416 841 \$
Société de l'autisme de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean			368 036 \$	370 612 \$	2 000 \$		370 036 \$	370 612 \$
Table régionale des organismes communautaires (TROC-02)			92 166 \$	92 811 \$	48 437 \$	15 584 \$	140 603 \$	108 395 \$
Tel-Aide Saguenay–Lac-Saint-Jean / Côte-Nord			64 610 \$	65 062 \$		9 264 \$	64 610 \$	74 326 \$
TOTAL VOCATION RÉGIONALE	44 799 \$	61 601 \$	3 540 278 \$	3 623 447 \$	220 422 \$	147 665 \$	3 805 499 \$	3 832 713 \$



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



Annexes

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

ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DU MEMBRE

TABLEAU DES PRÉSENCES
AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Québec 

TABLE DES MATIÈRES

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

Préambule

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

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

SECTION 1 — Dispositions générales

1 Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2 Fondement légal

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

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

3 Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4 Champ d'application

Tout membre du conseil d'administration est 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.

SECTION 2 — Principes d'éthique et règles de déontologie

7 Principes d'éthique

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

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

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

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

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

8 Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

- Exercer ses responsabilités avec transparence, notamment

en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.

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

8.5 Discrétion et confidentialité

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

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique 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 l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

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

SECTION 4 — Application

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

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

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

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

17 Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

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

18 Comité d'examen *ad hoc*

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

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

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

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

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

19 Processus disciplinaire

- 19.1** Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.
- 19.2** Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen *ad hoc*, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un membre a pu contrevenir au présent document, en transmettant le formulaire *Signalement d'une situation de conflit d'intérêts* de l'annexe VI rempli par cette personne.

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

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

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

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

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

20 Notion d'indépendance

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

21 Obligations en fin du mandat

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

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

ANNEXE I

ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DU MEMBRE

Coordonnées du bureau d'élection

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

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

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

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

Signature

Date (aaaa-mm-jj)

Lieu

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

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

ANNEXE II

AVIS DE BRIS DU STATUT D'INDÉPENDANCE

AVIS SIGNÉ

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE III

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU MEMBRE

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

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre d'administrateur

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

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

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

Signature

Date (aaaa-mm-jj)

Lieu

ANNEXE IV DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

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

1. Intérêts pécuniaires

☐

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

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

2. Titre d'administrateur

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

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

3. Emploi

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

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

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

Signature Date [aaaa-mm-jj] Lieu

ANNEXE V

DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

Signature Date [aaaa-mm-jj] Lieu

ANNEXE VI

SIGNALEMENT D'UNE SITUATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

136

ANNEXES

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE VII

SIGNALEMENT D'UNE SITUATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

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

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

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



Garant
des forêts
intactes^{MC}

BIOGAZ[®]
ÉNERGIE

ECF

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

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

Québec 