

# RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2018  
2019

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

**Édition produite par :**

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

**Rédaction et coordination :**

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

**Montage graphique :**

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

**Relecture :**

Service des communications et des affaires gouvernementales

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

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

**Dépôt légal :**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019

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, 2019



Garant  
des forêts  
intactes<sup>MC</sup>



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 2018-2019 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.

Le dernier exercice s'est déroulé sous le signe de l'innovation, de l'efficacité et de la création de valeur à travers l'harmonisation de nos pratiques. Le succès de nos projets s'appuie sur des partenariats solides avec nos nombreux collaborateurs dans la communauté.

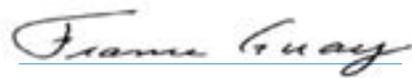
Avec la fin de l'année financière 2018-2019, le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean termine sa quatrième année d'existence. Notre établissement a également mené un exercice rigoureux de planification stratégique pour prioriser et guider nos actions au bénéfice de la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

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 2018-2019 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 2019.

Signé à Saguenay, le 13 juin 2019.



---

**JULIE LABBÉ**

Présidente-directrice générale

# Table des matières

## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

LE CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX .....	8-9
MISSION, VISION, VALEURS .....	11
ORGANIGRAMME.....	12-13
LISTE DES INSTALLATIONS .....	14-15

## FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE

ENTRÉE EN FONCTION DE JULIE LABBÉ, NOUVELLE PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE .....	17
UNE ASSIETTE AUX COULEURS RÉGIONALES .....	18
LANCEMENT DE LA CAMPAGNE « J'AI BESOIN D'UN TOIT... MAIS SURTOUT DE TOI. » .....	19
ENQUÊTE QUÉBÉCOISE SUR LE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS DE LA MATERNELLE, UNE DÉMARCHE DE COLLABORATION RÉGIONALE .....	20
SIGNATURE OFFICIELLE DES PREMIÈRES DISPOSITIONS LOCALES DES CONVENTIONS COLLECTIVES .....	20
PROJET D'AGRANDISSEMENT ET DE RÉAMÉNAGEMENT DE L'URGENCE DE L'HÔPITAL DE JONQUIÈRE .....	21
POLITIQUE MALTRAITANCE.....	21
PROJET OPUS – AP : RÉDUCTION DES ANTIPSYCHOTIQUES EN CHSLD.....	21
ENTENTE DE PRINCIPE ENTRE LE CIUSSS ET L'APTS .....	22
PRÉSENTATION DU PROJET D'EFFICACITÉ ÉNERGÉTIQUE.....	22
L'ITINÉRANCE AU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN .....	22-23
LE CIUSSS DANS LES MÉDIAS .....	23-24

## MISSION UNIVERSITAIRE

DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION .....	25
PROGRAMME DE FORMATION MÉDICALE À SAGUENAY (PFMS).....	25
GMF-U D'ALMA ET CHICOUTIMI .....	25-26
PROGRAMME DE SOUTIEN AU DÉVELOPPEMENT DE LA MISSION UNIVERSITAIRE .....	26
GESTION DES STAGES.....	26-27
PLAN STRATÉGIQUE DE LA DIRECTION DE LA RECHERCHE 2017-2020 .....	27

<b>CONSEIL D'ADMINISTRATION, COMITÉS, CONSEILS ET INSTANCES CONSULTATIVES</b>	
CONSEIL D'ADMINISTRATION.....	28-29
COMITÉS RELEVANT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION .....	30
COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT .....	31
<b>RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ</b>	
CHAPITRE III – ATTENTES SPÉCIFIQUES .....	33-36
CHAPITRE IV – ENGAGEMENTS ANNUELS .....	37-52
<b>ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ</b>	
AGRÉMENT .....	55
LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES.....	55-58
SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU PROTECTEUR DU CITOYEN.....	59-61
SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU CORONER .....	62
AUTRES RECOMMANDATIONS – VISITES APPRÉCIATIVES.....	63
LE NOMBRE DE MISES SOUS GARDE DANS UN ÉTABLISSEMENT SELON LA MISSION.....	64
APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE.....	64
L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS .....	65
L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION .....	65
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>	
GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS POUR L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC .....	66-67
<b>RESSOURCES FINANCIÈRES</b>	
UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME.....	68
L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE .....	69
LES CONTRATS DE SERVICES .....	69
<b>ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT .....</b>	<b>71-75</b>
<b>ORGANISMES COMMUNAUTAIRES .....</b>	<b>77-88</b>
<b>ANNEXE - CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS.....</b>	<b>91</b>

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

# Présentation de l'établissement

## LE CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Créé officiellement le 1<sup>er</sup> 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).

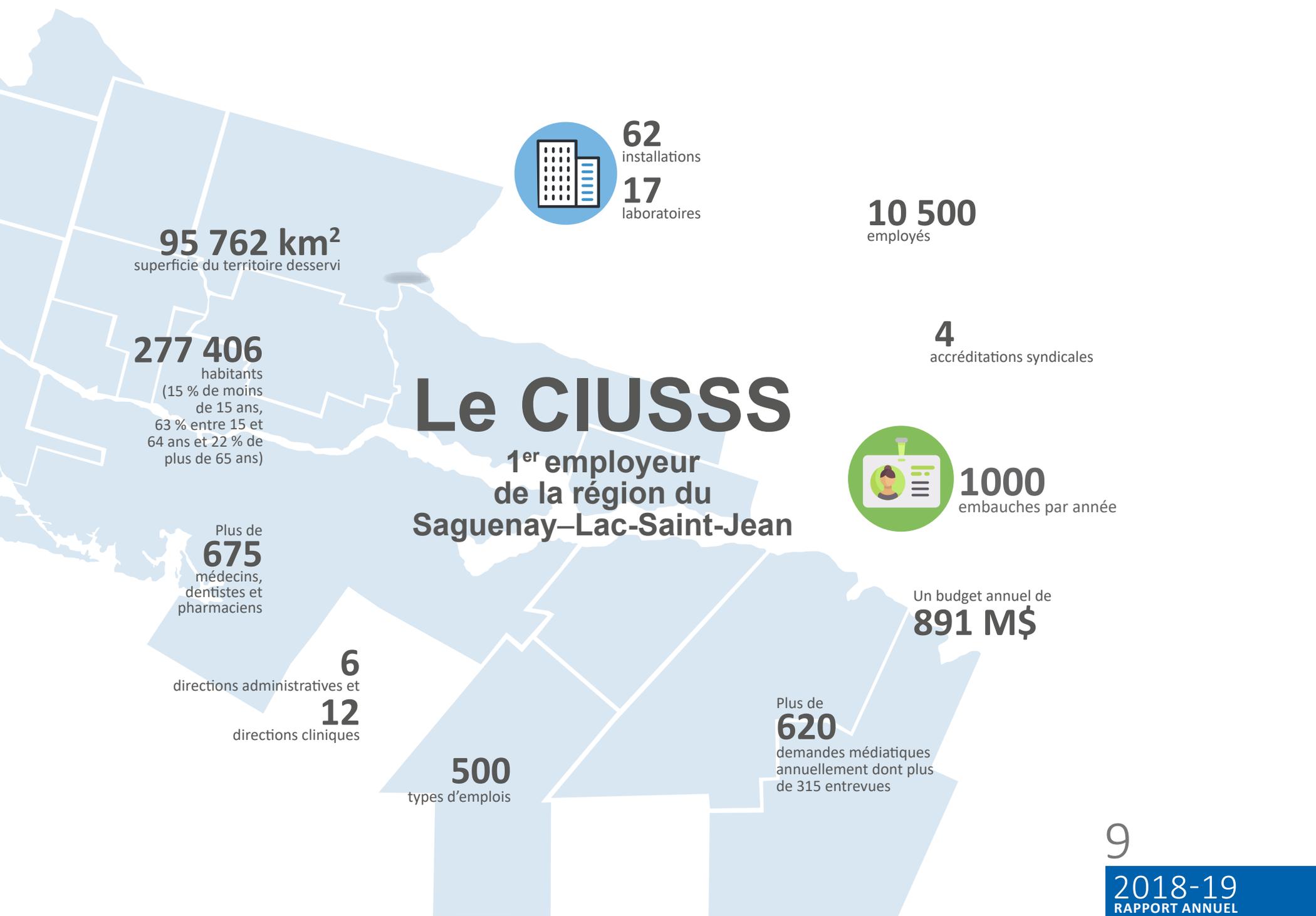
Premier employeur de la région, le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean compte quelque 10 500 employés et plus de 675 médecins, dentistes et pharmaciens. Doté d'un budget de quelque 891 millions de dollars, le CIUSSS est né de la fusion de neuf établissements de santé et de services sociaux et dispose de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

8

2018-19  
RAPPORT ANNUEL

Présentation de l'établissement

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



**95 762 km<sup>2</sup>**  
superficie du territoire desservi

**277 406**  
habitants  
(15 % de moins de 15 ans,  
63 % entre 15 et 64 ans et 22 % de plus de 65 ans)

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

**6**  
directions administratives et  
**12**  
directions cliniques

**500**  
types d'emplois

# Le CIUSSS

1<sup>er</sup> employeur  
de la région du  
Saguenay-Lac-Saint-Jean

**62**  
installations  
**17**  
laboratoires

**10 500**  
employés

**4**  
accréditations syndicales

**1000**  
embauches par année

Un budget annuel de  
**891 M\$**

Plus de  
**620**  
demandes médiatiques  
annuellement dont plus  
de 315 entrevues

9

**2018-19**  
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.

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

---

## VISION

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

---

## VALEURS

### **Collaboration**

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

### **Bienveillance**

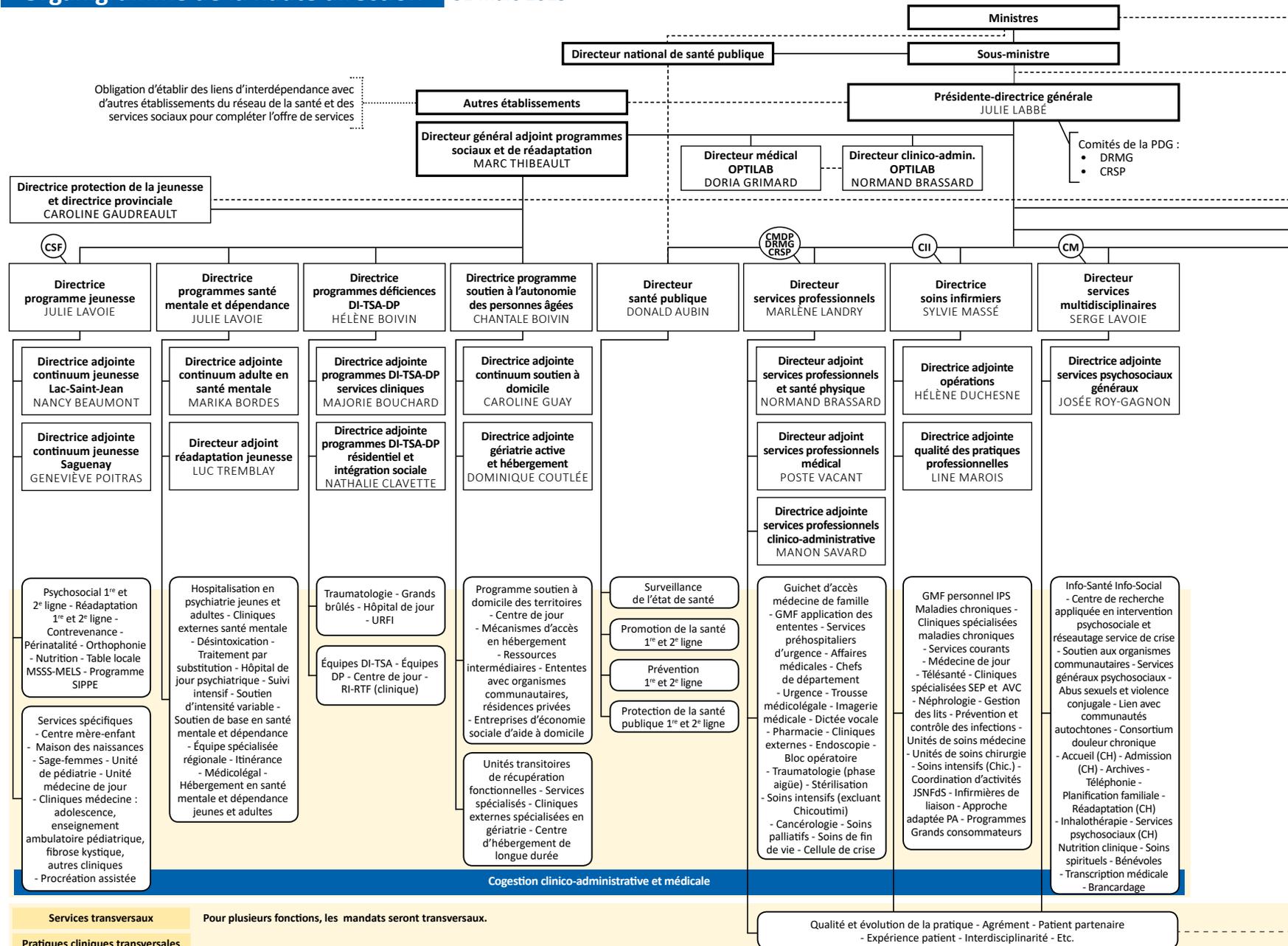
S'exprime par la volonté de traiter toute personne avec respect et sollicitude. Elle s'imprègne d'ouverture aux autres, aux changements et aux différences envers la clientèle et entre collègues. Elle incite à faire preuve d'écoute et d'empathie à l'égard d'autrui. Elle nous porte à reconnaître et à souligner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

### **Excellence**

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

# Organigramme de la haute direction

31 mars 2019

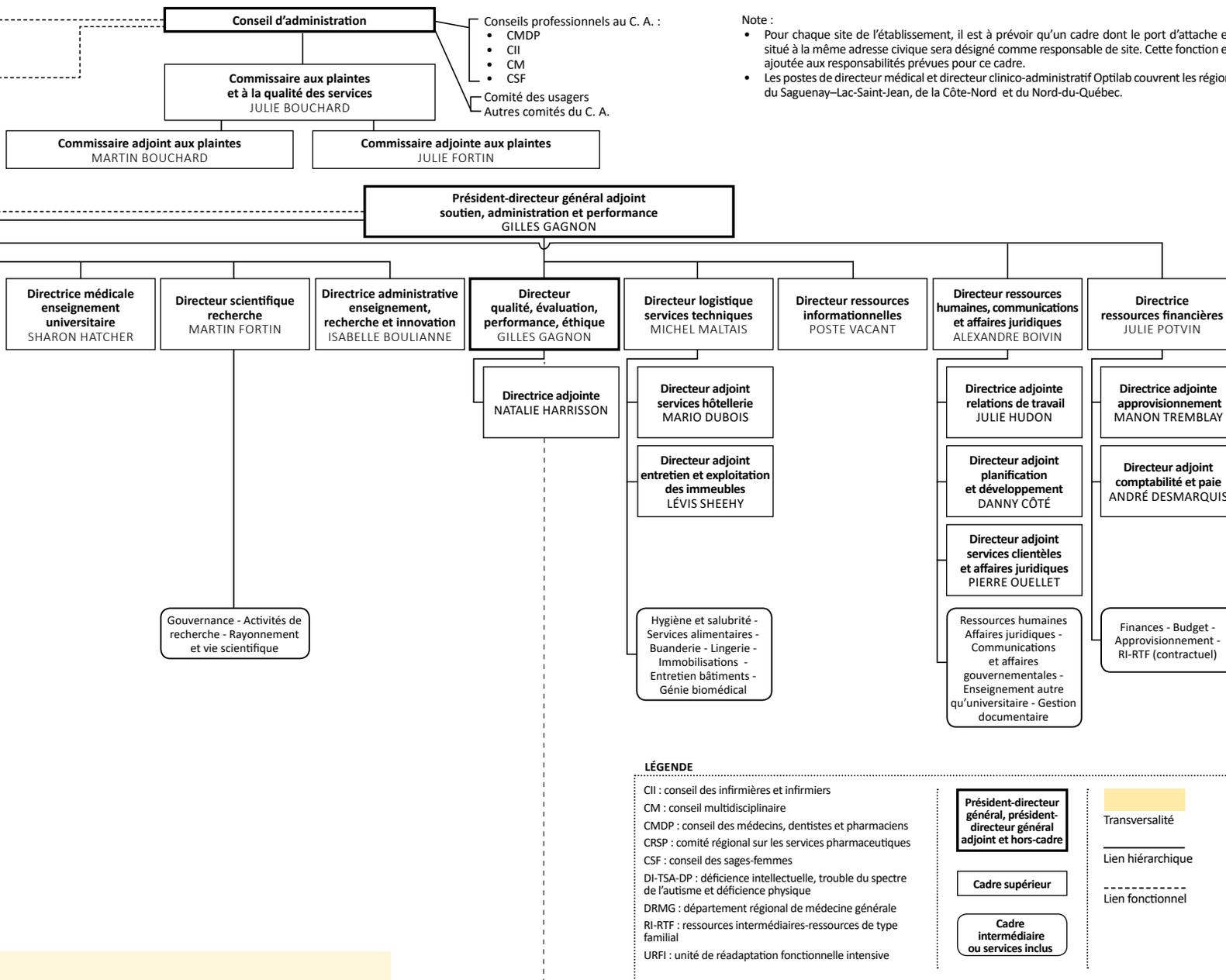


12

2018-19  
RAPPORT ANNUEL

Présentation de l'établissement

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



Note :

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

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

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

14

2018-19  
RAPPORT ANNUEL

\*En raison des deux missions de cette installation, celle-ci est également indiquée avec les installations ayant une mission hébergement et soins de longue durée.

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

\*\*\*En raison des deux missions de cette installation, celle-ci est indiquée également avec les installations ayant une mission hébergement et soins de longue durée.

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

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



# Faits saillants de l'année

## ENTRÉE EN FONCTION DE JULIE LABBÉ, NOUVELLE PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE

**1<sup>er</sup> avril 2018**

---

Le gouvernement du Québec a annoncé la nomination de la nouvelle présidente-directrice générale du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Julie Labbé, le 14 mars 2018.

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.



17

2018-19  
RAPPORT ANNUEL

# UNE ASSIETTE AUX COULEURS RÉGIONALES

30 avril 2018

Le projet « Une assiette aux couleurs régionales » est né d'une collaboration entre le CIUSSS et la Table agroalimentaire du Saguenay–Lac-Saint-Jean. L'objectif est de valoriser l'offre alimentaire régionale au menu dans les hôpitaux et les CHSLD et d'identifier l'implication du CIUSSS au niveau de son approvisionnement local.

- 25 % des produits alimentaires utilisés dans les hôpitaux et CHSLD du CIUSSS proviennent du Saguenay–Lac-Saint-Jean;
- le CIUSSS achète pour 7 000 000 \$ en denrées alimentaires chaque année pour les hôpitaux et CHSLD du Saguenay–Lac-Saint-Jean;
- le CIUSSS sert chaque année 3 000 000 de repas dans les hôpitaux et CHSLD du Saguenay–Lac-Saint-Jean;
- plus de 50 % des achats faits par les services alimentaires du CIUSSS sont effectués auprès de distributeurs du Saguenay–Lac-Saint-Jean.



18

2018-19  
RAPPORT ANNUEL

Faits saillants de l'année

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

# LANCEMENT DE LA CAMPAGNE « J'AI BESOIN D'UN TOIT... MAIS SURTOUT DE TOI. »

5 juin 2018

C'est sous le thème « J'ai besoin d'un toit... mais surtout de toi. » que le Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean a lancé aujourd'hui sa campagne de recrutement afin de trouver au moins quarante nouvelles familles d'accueil dans la région au cours de la prochaine année.

Le CIUSSS a présenté, en conférence de presse, des capsules vidéos dans lesquelles deux familles d'accueil témoignent de leur expérience enrichissante et valorisante. Ces témoignages visent à sensibiliser la population et à démystifier le rôle de la famille d'accueil pour répondre aux besoins de recrutement. Une plateforme Web permet également d'en apprendre davantage sur les différentes étapes du processus d'accréditation des familles d'accueil.

**J'ai besoin d'un toit...  
mais surtout  
de toi.**

Chaque année, de jeunes enfants de 0 à 5 ans de la région sont hébergés par des familles d'accueil qui donnent temps et amour pour répondre à leurs besoins. Le CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean recherche présentement de nouvelles familles prêtes à s'investir avec ces enfants dans tous les secteurs de la région.

**J'ai besoin d'un toit...  
mais surtout  
de toi.**

Chaque année, des milliers de 0 à 5 ans de la région sont hébergés par des familles d'accueil qui donnent temps et amour pour répondre à leurs besoins. Le CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean recherche présentement de nouvelles familles prêtes à s'investir avec ces enfants dans tous les secteurs de la région.

418 549-4853, 42867 | [www.santesaglac.gouv.qc.ca](http://www.santesaglac.gouv.qc.ca)  
Tous les renseignements de CIUSSS peuvent également être obtenus auprès de Québec

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

**J'ai besoin d'un toit...  
mais surtout  
de toi.**

Chaque année, des milliers de 0 à 5 ans de la région sont hébergés par des familles d'accueil qui donnent temps et amour pour répondre à leurs besoins. Le CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean recherche présentement de nouvelles familles prêtes à s'investir avec ces enfants dans tous les secteurs de la région.

418 549-4853, 42867 | [www.santesaglac.gouv.qc.ca](http://www.santesaglac.gouv.qc.ca)  
Tous les renseignements de CIUSSS peuvent également être obtenus auprès de Québec

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

  
[www.santesaglac.gouv.qc.ca](http://www.santesaglac.gouv.qc.ca)  
peuvent postuler pour devenir famille d'accueil.

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

19

2018-19  
RAPPORT ANNUEL

Faits saillants de l'année

# ENQUÊTE QUÉBÉCOISE SUR LE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS DE LA MATERNELLE, UNE DÉMARCHE DE COLLABORATION RÉGIONALE

**18 octobre 2018**

L'Enquête québécoise sur le développement des enfants de la maternelle (EQDEM) dresse un portrait permettant de mettre en place une initiative concertée d'intervention pour nos jeunes, et d'intervenir sur les facteurs qui influencent leur santé, leur capacité d'apprentissage et leur réussite scolaire. Les premières années de vie étant cruciales pour le développement des enfants, il importe de construire des bases solides pour les adultes qu'ils deviendront.



Le CIUSSS du Saguenay–Lac Saint-Jean soutient le comité rassemblant une dizaine de partenaires qui a pour objectif de soutenir l'intervention cohérente pour le développement global des enfants de 0 à 5 ans dans notre région. Dans la dernière année, les travaux du comité se sont concentrés sur le soutien aux milieux pour une meilleure appropriation des données, et surtout pour le réseau scolaire.



## SIGNATURE OFFICIELLE DES PREMIÈRES DISPOSITIONS LOCALES DES CONVENTIONS COLLECTIVES

**2 novembre 2018**

Le 2 novembre 2018 marquait un moment historique pour notre établissement : celui de la signature officielle des premières dispositions locales des conventions collectives pour les syndicats de la FIQ, de la CSN-2 et de la CSN-3, qui représentent près de 7 300 employés. Un mandat ambitieux avait été confié aux négociateurs des parties : celui de saisir l'opportunité des négociations pour faire émerger de nouvelles idées en vue de créer de la valeur pour notre organisation. Les discussions aux tables de négociation étaient teintées par une volonté commune d'améliorer la stabilité des équipes, d'assurer le respect de nos réalités locales, de soutenir un climat de travail sain et harmonieux, de concert avec les valeurs de l'établissement et d'accroître la qualité de vie de ceux qui contribuent, chaque jour, à notre mission.

20

2018-19  
RAPPORT ANNUEL

Faits saillants de l'année

## PROJET D'AGRANDISSEMENT ET DE RÉAMÉNAGEMENT DE L'URGENCE DE L'HÔPITAL DE JONQUIÈRE

**26 novembre 2018**

---

Dans le cadre de sa tournée dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, la ministre de la Santé et des Services sociaux, Danielle McCann, a annoncé, en compagnie de la ministre responsable des Affaires municipales et de l'Habitation et ministre responsable de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Andrée Laforest, et de la présidente-directrice générale du CIUSSS, Julie Labbé, que le projet d'agrandissement et de réaménagement de l'urgence de l'Hôpital de Jonquièrre a reçu l'autorisation d'amorcer l'élaboration de son programme fonctionnel et technique.

À terme, ce projet permettra de mieux répondre aux besoins croissants de la population de la région, qui se manifeste notamment par un achalandage accru à l'urgence. Les travaux visent entre autres à aménager les lieux de manière mieux adaptée à la réalité des besoins actuels et à venir, selon les normes en vigueur. L'étape qui s'amorce permettra de préciser la nature des travaux à entreprendre, de même que les coûts à prévoir.

## POLITIQUE MALTRAITANCE

**1<sup>er</sup> décembre 2018**

---

La Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité est en vigueur au CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2018.

La dénonciation des cas de maltraitance envers les aînés et les personnes majeures en situation de vulnérabilité est obligatoire au sein de l'établissement et doit être faite au Commissariat aux plaintes et à la qualité des services. Elle concerne toute personne œuvrant pour l'établissement (membre du personnel, corps médical, stagiaire, bénévole, etc.).

## PROJET OPUS – AP : RÉDUCTION DES ANTIPSYCHOTIQUES EN CHSLD

**25 janvier 2019**

---

Le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean a complété la première phase du projet pilote provincial Optimisation des pratiques, des usages, des soins et des services - Antipsychotiques (OPUS - AP) au Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de Métabetchouan-Lac-à-la-Croix.

Parmi les résidents sur place éligibles au projet pilote, il y a eu une cessation ou une diminution des antipsychotiques dans 62 % des cas. Ce projet est un travail de collaboration entre le médecin, l'infirmière et le pharmacien, mais aussi avec le préposé aux bénéficiaires, qui joue un rôle central dans cette démarche, et la famille du résident.

La phase 2 du projet qui s'est amorcée en avril dernier, a permis l'ajout de cinq nouveaux centres d'hébergement à celui de Métabetchouan-Lac-à-la-Croix, soit les centres d'hébergement d'Alma, Isidore Gauthier, Georges-Hébert, Sainte-Marie et Mgr Victor-Tremblay.

## ENTENTE DE PRINCIPE ENTRE LE CIUSSS ET L'APTS

**Février 2019**

---

Dans le cadre des négociations locales visant le renouvellement des conventions collectives, une entente de principe est survenue le 8 février entre l'APTS et le CIUSSS. Les 2700 membres ciblés par cette entente se sont réunis en assemblée générale le 19 février et ont voté à 96 % pour son adoption. L'APTS représente le personnel de la catégorie 4 regroupant plus de 100 titres d'emplois, dont les techniciens en laboratoire, les travailleurs sociaux, les physiothérapeutes, les psychoéducateurs et les ergothérapeutes.

- récupération de la chaleur dégagée par les systèmes électromécaniques afin de chauffer l'eau et les bâtiments;
- implantation de thermopompes pour climatiser l'Hôpital de Chicoutimi et pour préchauffer l'air des séchoirs de la buanderie;
- réduction de la consommation de vapeur de l'Hôpital de Chicoutimi par l'ajout de systèmes de chauffage à l'eau chaude.

Cet investissement aura des retombées économiques et environnementales aussi importantes que concrètes pour le CIUSSS, de même que pour l'ensemble de la collectivité.

## PRÉSENTATION DU PROJET D'EFFICACITÉ ÉNERGÉTIQUE

**18 mars 2019**

---

Le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean a été impliqué dans un important projet d'économie d'énergie dont le rendement est garanti au sein de six de ses installations de Chicoutimi. À terme, le projet, qui représente un investissement de 10 millions, permettra la réalisation d'économies d'énergie annuelles de près de 800 000 \$. Ces économies suffiront à rembourser la totalité du projet à l'intérieur d'une période de 7 ans et demi. Tous les bâtiments touchés par le projet d'économie d'énergie ont aussi fait l'objet de mesures générales destinées à améliorer leur performance énergétique et le confort des occupants.

Voici quelques exemples d'interventions :

- modernisation de l'éclairage des bâtiments;

## L'ITINÉRANCE AU SAGUENAY– LAC-SAINT-JEAN

**En mars 2019**

---

### Étude sur le phénomène de l'itinérance dans la région

Dans le but de faciliter l'accès aux services aux individus en situation d'itinérance, le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean, en collaboration avec le Groupe de recherche et d'intervention régionales (GRIR) de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC), a mené une étude s'intéressant aux ressources et intervenants qui gravitent autour des personnes en situation d'itinérance. *L'Étude sur le phénomène de l'itinérance au Saguenay–Lac-Saint-Jean* propose de réfléchir au phénomène en renversant les perspectives, alors que la personne itinérante est souvent vue comme le problème et la seule responsable de sa situation.

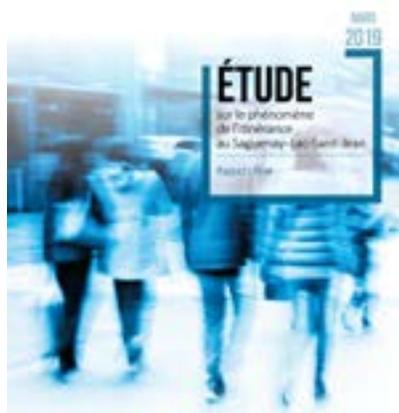
22

2018-19  
RAPPORT ANNUEL

Faits saillants de l'année

## Dénombrement des personnes en situation d'itinérance

À l'échelle provinciale, le rapport *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance au Québec* s'inscrit dans le cadre d'une vaste démarche visant à construire une compréhension plus globale du phénomène et d'orienter les réflexions du Québec en matière d'itinérance. Il s'agissait du premier exercice du genre mené dans onze régions par le MSSS, afin d'établir le profil des personnes touchées par l'itinérance.



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

## LE CIUSSS DANS LES MÉDIAS

Les relations avec les médias constituent une activité importante pour le CIUSSS. En 2018-2019, le Service des communications et des affaires gouvernementales du CIUSSS a répondu à plus de 620 demandes en provenance de journalistes, animateurs et recherchistes, soit un nombre similaire à celui de l'année précédente. Soixante-deux porte-paroles différents ont accordé plus de 315 entrevues à des représentants des médias du Saguenay—Lac-Saint-Jean et d'ailleurs au Québec.

Plus d'une vingtaine d'actions ont été initiées par le Service des communications et des affaires gouvernementales auprès des médias pour faire connaître les services et faire rayonner les projets et les bons coups de notre établissement. Une quinzaine 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.

### Données médias



Plus de **620** demandes médiatiques annuellement



**62** porte-paroles et experts



Plus de **315** entrevues



Plus de **2000** reportages et nouvelles impliquant le CIUSSS

23

2018-19  
RAPPORT ANNUEL

Faits saillants de l'année

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.

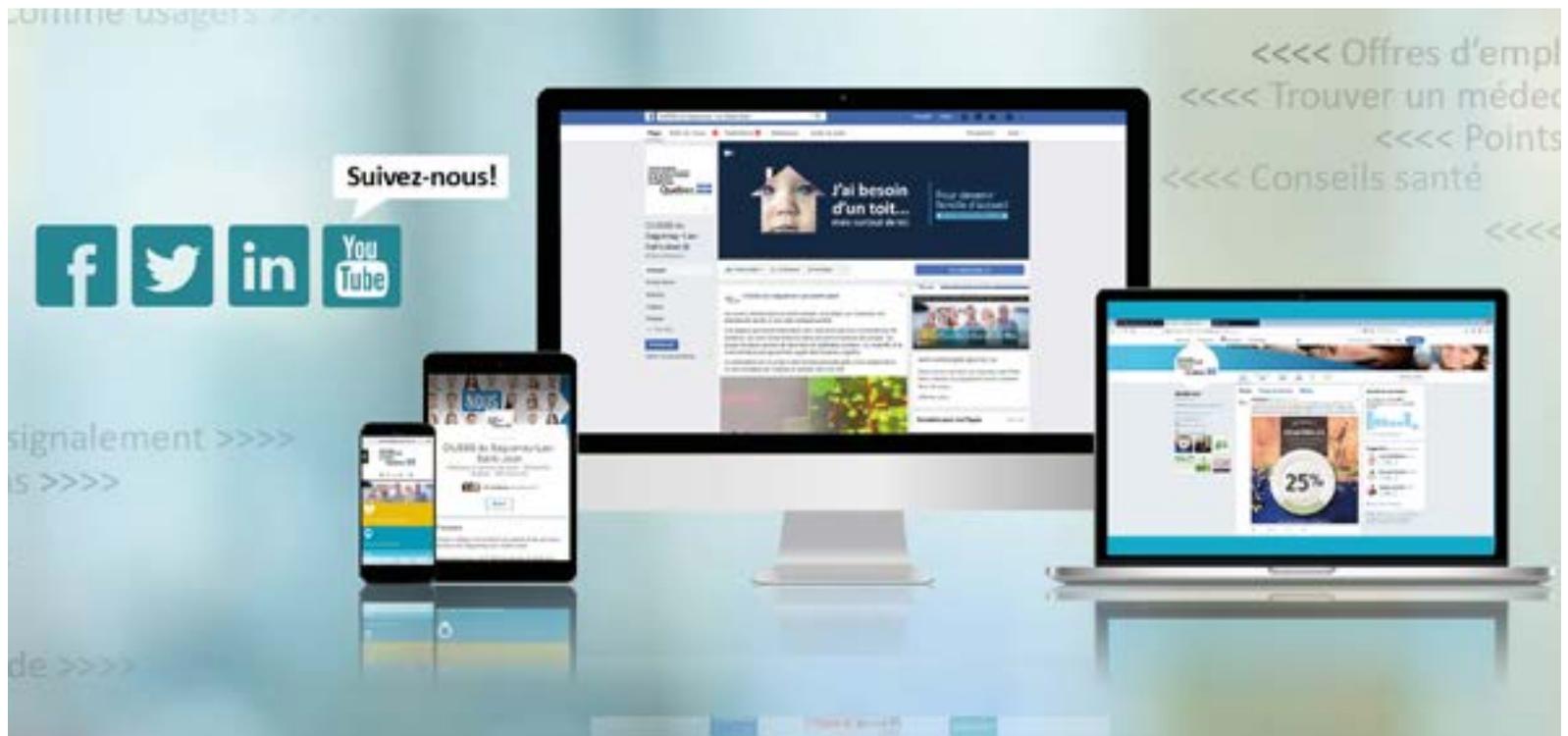
En raison de leur grande visibilité, les médias sociaux représentent un excellent moyen pour faire rayonner les initiatives qui émanent de l'organisation et mettre en valeur les bons coups des équipes.

### Quelques données

Au 31 mars 2019, la page Facebook du CIUSSS compte 8 219 abonnés, soit une augmentation de 24 % depuis la dernière année.

Le compte Twitter regroupe maintenant 566 abonnés, soit une augmentation de 26 %.

Le site Web [www.santesaglac.gouv.qc.ca](http://www.santesaglac.gouv.qc.ca) reçoit en moyenne, chaque mois, 19 142 visites et 56 692 pages sont consultées.



# FAITS SAILLANTS DE LA MISSION UNIVERSITAIRE

## Direction de l'enseignement, de la recherche et de l'innovation

La mission universitaire du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean est maintenant intégrée officiellement dans une seule direction : Direction de l'enseignement, de la recherche et de l'innovation. Cette direction est dirigée en cogestion par une directrice administrative, une directrice médicale de l'enseignement et un directeur scientifique de la recherche.

Ce modèle singulier de cogestion s'est concrétisé dans le but de mieux répondre aux besoins de la mission universitaire dans un CIUSSS à vocation régionale et suprarégionale dont les spécificités sont uniques au Québec.

## Programme de formation médicale à Saguenay (PFMS)

La deuxième année de la réforme du curriculum du programme de médecine de l'Université de Sherbrooke s'est déroulée avec succès au cours de l'année académique 2018-2019. Rappelons que ce nouveau programme met l'accent non seulement sur l'acquisition de connaissances et la mobilisation des étudiants dans des situations authentiques, proches de la pratique sur le terrain, mais aussi sur la pratique réflexive, qui permet un retour sur les choix qui ont été faits, les gestes posés, la façon de s'y prendre, les résultats obtenus, etc. Tout au long de l'année, les équipes ont été mobilisées dans le cadre de l'Agrément du programme de médecine de Sherbrooke qui aura lieu du 12 au 16 mai 2019. Il est important de mentionner que la région apporte une contribution essentielle et significative aux activités pédagogiques et de gestion de ce programme.

Le PFMS soulignera sa 10<sup>e</sup> cohorte de finissants lors d'une cérémonie qui se déroulera à l'Université du Québec à Chicoutimi le 10 mai 2019.

## GMF-U d'Alma et Chicoutimi

Le GMF-U d'Alma a vu son nombre de patients inscrits augmenter significativement au cours de la dernière année. Les enjeux liés à la gestion de cette croissance organisationnelle ont amené la nécessité de revoir les façons de faire pour maintenir de hauts standards de qualité des soins.

Des travaux de révision ont été réalisés visant à mettre la collaboration interprofessionnelle au cœur des pratiques. Cette redéfinition a permis de développer un intérêt et une vision commune visant à permettre une meilleure accessibilité à des soins et services de qualité.

Les changements cliniques réalisés au cours de la dernière année ont notamment permis :

- d'optimiser le travail de l'équipe interprofessionnelle (travailleur social, nutritionniste, pharmacien, infirmière clinicienne et infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne);
- de passer d'une vision centrée sur l'individu vers une vision populationnelle des services (centrée sur le besoin des patients);
- de développer une approche globale des soins renforcée par une expertise et une collaboration étroite entre les infirmières et les médecins.

Des efforts prioritaires ont donc été réalisés pour améliorer l'accessibilité des patients auprès de l'équipe soignante. Le déploiement d'une nouvelle méthode d'attribution des rendez-vous a permis d'optimiser et de bonifier l'offre de

rendez-vous aux patients. Des travaux sont également en œuvre visant l'amélioration des trajectoires de services.

Le GMF-U Chicoutimi a implanté en juillet 2018 le projet « Bons patients bons apprenants ». Ce projet avait comme objectif de donner à chaque résident une cohorte d'environ 250 patients à suivre tout au long de leur résidence et ainsi assurer une meilleure continuité dans les soins et services des patients. Le résident effectue donc la prise en charge et le suivi de ses propres patients, comme c'est le cas dans la pratique de médecine de famille. Ce nouveau fonctionnement permet aux externes et aux stagiaires infirmières praticiennes spécialisées (IPS) de voir des cas moins complexes, ce qui facilite la prise en charge ainsi que la supervision et propose une meilleure vision à ces apprenants de ce qu'est la médecine de famille.

De façon à optimiser l'accessibilité aux services du GMF-U de Chicoutimi, le comité « accès adapté » composé de médecins et des autres professionnels a été mis en place en novembre 2018. Celui-ci a pour objectif d'améliorer l'accès adapté pour les patients du GMF-U en maximisant le champ de pratique de chaque professionnel de la clinique. Plusieurs pistes de solutions ont été ciblées :

- établir une grille décisionnelle pour les raisons de consultation jugées urgentes;
- diminuer le nombre de rendez-vous attribués au-delà d'un délai de deux semaines;
- définir et faire connaître les rôles de chaque professionnel.

### **Programme de soutien au développement de la mission universitaire**

Institué dans le but de soutenir le développement de la mission universitaire du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean,

le programme de soutien au développement de la mission universitaire a lancé cette année sa 5<sup>e</sup> édition. Ce programme vise à soutenir financièrement, grâce à la Fondation de ma vie, des initiatives qui contribuent au développement de l'enseignement et de la recherche.

Dans un souci de toujours mieux répondre aux besoins de ceux qui bénéficient de ce support et afin d'assurer la pérennité de la mission universitaire, le programme de l'année 2018 présente une formule renouvelée, bonifiée et mieux adaptée aux réalités de notre établissement. La Fondation de ma vie, via ce programme, a remis la somme de 89 250 \$ aux bénéficiaires. Cette année, ce sont neuf bourses, dont une bourse de maîtrise, qui ont été décernées. Les projets de recherche couvrent des sujets aussi variés que le traitement des plaies pour éviter les infections, jusqu'à la création de simulations à des fins de formation continue pour les professionnels de la santé.

### **Gestion des stages**

La gestion des stages est un domaine très actif au sein du CIUSSS. Mentionnons que l'établissement accueille plus de 3000 stagiaires annuellement, incluant les externes et les résidents en médecine.

Pour faire suite à l'implantation de la politique de gestion des stages de septembre 2017, un processus de consultation a été réalisé afin de permettre aux employés du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean de se prononcer sur la politique et la procédure de gestion des revenus de stage et pour manifester leur intérêt à la supervision. Un sondage a été réalisé du 2 mai au 4 juin 2018 pour lequel 830 personnes ont participé. Les réponses au sondage ont mis en lumière plusieurs éléments d'intérêts dont la majorité touchait les professionnels de la catégorie 4. Pour mieux comprendre ces aspects, des groupes de discussion ont été organisés auprès des professionnels de cette catégorie.

En suivi des consultations réalisées et pour répondre aux objectifs fixés par la direction en lien avec la coordination des stages, un plan d'action triennal a été rédigé et plusieurs livrables ont été réalisés en 2018-2019 par le nouveau responsable nommé depuis novembre 2018.

La direction, par l'entremise du fonds de soutien aux stages, a lancé le *Programme de subventions aux superviseurs de stage – Catégorie 4* à l'automne dernier. L'instauration de ce programme vise à réinvestir la somme totale, provenant du 25 % des revenus de stage, pour améliorer la qualité de nos milieux de stage et la pratique professionnelle de nos superviseurs. Ainsi, ce programme souhaite soutenir le développement, l'innovation, la créativité et la formation continue des superviseurs de stage en se basant sur le principe que tous n'ont pas accès aux mêmes avantages lors de l'encadrement de stagiaires. Pour sa première édition, le programme a redonné 31 388 \$ dans différents projets et formations soumis au concours par les superviseurs de stage.

### **Plan stratégique de la Direction de la recherche 2017-2020**

La Direction de la recherche a continué la mise en place et le suivi du plan d'action visant à opérationnaliser le plan stratégique et guider l'ensemble de ces réalisations. Dans les faits saillants à souligner, mentionnons le recrutement de madame Karine Tremblay à titre de chercheuse en établissement dans le domaine de la pharmacogénétique et l'accréditation des midis-conférences de la recherche pour la formation continue des professionnels. La direction a également travaillé en concertation avec les médecins-cliniciens pour accroître l'équipe de recherche clinique et augmenter de façon significative les activités dans ce domaine.



# Conseil d'administration, comités, conseils et instances consultatives

## Membres du conseil d'administration

Membres	Membre du :	Mandat
<b>BLACKBURN, Dominique</b> INDÉPENDANT – Usager	Comité de vérification et de ressources humaines	30 septembre 2018 au 29 septembre 2021
<b>BLANCHET, Denyse</b> INDÉPENDANT – Gestion des risques/finance/comptabilité	Comité de vérification et de ressources humaines	30 septembre 2018 au 29 septembre 2021
<b>BOIVIN, Mélanie</b> INDÉPENDANT – Santé mentale	Comité de vérification et de ressources humaines Comité de gouvernance et d'éthique	30 septembre 2018 au 29 septembre 2021
<b>BOUCHARD, Dominique</b> INDÉPENDANT – Ressources immobilières, informationnelles et humaines	Comité de vérification et de ressources humaines	30 septembre 2018 au 29 septembre 2021
<b>CÔTÉ, Martin</b> Comité régional sur les services pharmaceutiques	Comité de gouvernance et d'éthique	26 mars 2018 au 25 mars 2021
<b>DÉRY, Alberte</b> INDÉPENDANT – Gouvernance/éthique	Comité de révision, présidente Comité de gouvernance et d'éthique Comité de vigilance et qualité	30 septembre 2018 au 29 septembre 2021
<b>DUBÉ, Guylaine, vice-présidente</b> INDÉPENDANT – Réadaptation	Comité de vigilance et qualité, présidente Comité de révision, présidente substitut	30 septembre 2018 au 29 septembre 2021
<b>GAGNÉ, Dre Ève-Reine</b> Universités affiliées		30 septembre 2018 au 29 septembre 2021
<b>GIMAËL, Dr Jean-François</b> Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens		6 juillet 2018 au 25 mars 2021

28

2018-19  
RAPPORT ANNUEL

Membres	Membre du :	Mandat
<b>GIRARD, Jean-François</b> Membre observateur – Fondations	Comité de vérification et de ressources humaines, membre observateur	26 septembre 2018 au 29 septembre 2021
<b>GOBEIL, Manon</b> Conseil des infirmières et infirmiers	Comité de gouvernance et d'éthique	26 mars 2018 au 25 mars 2021
<b>GUAY, France, présidente</b> INDÉPENDANT – Organismes communautaires		30 septembre 2018 au 29 septembre 2021
<b>LABBÉ, Julie</b> Présidente-directrice générale de l'établissement	Comité de gouvernance et d'éthique, membre d'office Comité de vigilance et qualité, membre d'office	1 <sup>er</sup> avril 2018 au 31 mars 2020
<b>LAFLAMME, Manon</b> Conseil multidisciplinaire	Comité de gouvernance et d'éthique	26 mars 2018 au 25 mars 2021
<b>PERRON, Dr Patrice</b> Universités affiliées		30 septembre 2018 au 29 septembre 2021
<b>SIMARD, Gilles</b> Comité des usagers	Comité de vigilance et qualité, membre d'office	26 mars 2018 au 25 mars 2021
<b>VERREAULT, Dr Guy</b> Département régional de médecine générale		26 mars 2018 au 25 mars 2021
<b>VACANT</b> INDÉPENDANT – Vérification, performance et gestion de la qualité		30 septembre 2018 au 29 septembre 2021
<b>VACANT</b> INDÉPENDANT – Jeunesse		30 septembre 2018 au 29 septembre 2021
<b>VACANT</b> INDÉPENDANT – Réadaptation		30 septembre 2018 au 29 septembre 2021

## Comités relevant du conseil d'administration

Comité de vérification

Comité de gouvernance et d'éthique

Comité de vigilance et de la qualité

Comité de révision

Comité consultatif du territoire Maria-Chapdelaine

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

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

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

### Comités des usagers du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Comité des usagers du centre intégré (CUCI)

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

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

Comité des usagers de Lac-Saint-Jean-Est

Comité des usagers de Domaine-du-Roy

Comité des usagers de Maria-Chapdelaine

Comité des usagers de Jonquière

Comité des usagers de Chicoutimi

Comité des usagers de La Baie

### Comités, conseils et instances de l'établissement

Comité de développement durable (CDD)

Comité de gestion des risques (CGR)

Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Conseil multidisciplinaire (CM)

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Conseil des sages-femmes (CSF)

Département régional de médecine générale (DRMG)

Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

### Comités de la mission universitaire

#### Recherche

Bureau de direction de la recherche

Comité d'éthique de la recherche (CÉR)

Comité de la recherche

Comité des ambassadeurs de la mission universitaire (photo)

#### Enseignement

Bureau régional de coordination de l'enseignement médical (BRCEM)

Comité d'enseignement



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



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

## CHAPITRE III - ATTENTES SPÉCIFIQUES

### ■ Chapitre III - Entente de gestion et d'imputabilité 2018-2019 Fiche de reddition de comptes des attentes spécifiques

N°	Titre de l'attente spécifique	Réalisé ou en cours de réalisation	Commentaires
<b>SANTÉ PUBLIQUE (DGSP)</b>			
2.1	Implanter dans chaque établissement de santé et services sociaux un comité stratégique de prévention et de contrôle des infections (CS-PCI).	Réalisé	
2.2	Présenter un bilan des activités réalisées en matière de lutte contre le tabagisme, de promotion de la saine alimentation et du mode de vie physiquement actif chez les jeunes.	Réalisé	

## Chapitre III - Entente de gestion et d'imputabilité 2018-2019

### Fiche de reddition de comptes des attentes spécifiques

N°	Titre de l'attente spécifique	Réalisé ou en cours de réalisation	Commentaires
<b>SERVICES SOCIAUX (DGSS)</b>			
3.1	Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC).	Réalisé	
3.2	Plan d'action TSA (2017-2022).	Réalisé	
3.3	Stratégie d'accès aux soins et aux services pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir.	En cours de réalisation	Les travaux se poursuivent et seront complétés dans les prochaines semaines.
3.4	Trajectoire de services optimale pour les jeunes et leur famille en situation de négligence.	Réalisé	
3.5	Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA.	Réalisé	
3.6	Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD	Réalisé	

## Chapitre III - Entente de gestion et d'imputabilité 2018-2019

### Fiche de reddition de comptes des attentes spécifiques

N°	Titre de l'attente spécifique	Réalisé ou en cours de réalisation	Commentaires
<b>SERVICES DE PROXIMITÉ, URGENCES ET PRÉHOSPITALIER</b>			
4.1	État d'avancement du Plan d'action triennal 2016-2019 - Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs.	Réalisé	
4.2	État d'avancement sur le Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018 - Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC.	En cours de réalisation	La reddition de compte a été reportée au 30 juin 2018. Le gabarit sera complété à cet effet.
4.3	Mise en place d'un comité tactique télésanté en établissement.	En cours de réalisation	Les membres du comité ont été identifiés. Des rencontres sont à prévoir pour la mise en place des activités du comité.
<b>FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET</b>			
7.1	Réaliser le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers au 31 mars 2020, conformément aux cibles fixées par l'établissement pour chacun des bâtiments déficitaires concernés.	En cours de réalisation	La Direction de la logistique et des services techniques a débuté les travaux de réalisation de résorption du déficit de maintien et ceux-ci seront réalisés à la date prévue, soit le 31 mars 2020.

## Chapitre III - Entente de gestion et d'imputabilité 2018-2019

### Fiche de reddition de comptes des attentes spécifiques

N°	Titre de l'attente spécifique	Réalisé ou en cours de réalisation	Commentaires
<b>COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE</b>			
8.2	Gestion des risques en sécurité civile - Santé et Services sociaux.	Réalisé	
8.3	Plan de maintien des services ou activités critiques – Santé et Services sociaux.	Réalisé	
<b>PLANIFICATION, ÉVALUATION ET QUALITÉ</b>			
9.1	Mise en œuvre d'un Plan d'action en santé et bien-être des hommes par les établissements.	Réalisé	
<b>TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION</b>			
10.1	Proportion des ressources mises à jour au Répertoire des ressources en santé et en services sociaux (RRSS) dans les délais prescrits.	Réalisé	

36

2018-19  
RAPPORT ANNUEL

# CHAPITRE IV - ENGAGEMENTS ANNUELS

## Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS Entente de gestion 2018-2019 - Chapitre IV Bilan annuel

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
<b>CANCÉROLOGIE</b>				
<b>1.09.33.01-PS</b> Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	79,1 %	90 %	81 %	90 %
<b>1.09.33.02-EG2</b> Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	97,8 %	100 %	98,5 %	100 %

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

### COMMENTAIRES

#### 1.09.33.01-PS ET 1.09.33.02-EG2

Bien qu'au cours de l'année 2018-2019, une amélioration constante soit remarquée au niveau des patients oncologiques traités à l'intérieur de 28 jours, deux facteurs ont eu une incidence majeure sur les dépassements des délais. Le premier est que l'ensemble des chirurgies oncologiques de la spécialité de gynécologie a été traité dans notre région au lieu d'être référé dans des centres à Québec. Nous sommes passés de 64 cas de chirurgie oncologique gynécologique en 2017-2018 à 91 cas en 2018-2019. Nous avons observé 47 cas ayant dépassé 28 jours. Présentement, un seul gynécologue opère les patients oncologiques, ce qui explique en partie la situation difficile. Une autre gynécologue est en formation avancée en oncologie et devrait arriver d'ici deux ans.

Premièrement, une formation sur la qualité des données et sur l'application des règles de la circulaire *Gestion de la non-disponibilité personnelle de l'utilisateur inscrit sur la liste d'attente pour l'obtention d'un service médical*

*spécialisé* a été dispensée aux agentes administratives de la planification chirurgicale.

De plus, un pourcentage des priorités opératoires a été gardé par la direction du comité du bloc opératoire pour permettre d'offrir ces dernières aux spécialités, dont les délais de chirurgie oncologique risquent de dépasser 28 jours.

Deuxièmement, certains cancers ont un niveau très lent de progression, comme l'urologie, et dépassent quelques fois 28 jours. D'ailleurs, cette spécialité explique à elle seule presque 40 % des dépassements de délai. Une rencontre avec le chef de la spécialité a eu lieu et ce dernier nous a expliqué que le fonctionnement dans d'autres provinces où le délai opératoire est modulé en fonction des types de cancer permet une meilleure planification selon la gravité clinique et il devient, ainsi, plus facile de respecter les délais.

Au cours des derniers mois, l'organisation a mis de l'avant plusieurs initiatives pour améliorer l'atteinte de l'objectif.

## Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS

### Entente de gestion 2018-2019 - Chapitre IV Bilan annuel

#### LÉGENDE

 Atteinte de l'engagement annuel (100 %)

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

 Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
<b>SANTÉ PUBLIQUE</b>				
<b>1.01.13.01-EG2</b> Pourcentage d'écoles publiques avec qui le CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire	49,1 %	55 %	56,1 %	60 %
<b>1.01.27-EG2</b> Proportion des enfants recevant leur 1 <sup>re</sup> dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	94,3 %	95 %	93,5 %	90 %
<b>1.01.28-EG2</b> Proportion des enfants recevant leur 1 <sup>re</sup> dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	81,9 %	90 %	81,5 %	90 %
<b>1.01.29-PS</b> Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	1602	1712	1754	1530
<b>1.01.30-EG2</b> Proportion des enfants recevant leur 1 <sup>re</sup> dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais	71,7 %	85 %	77,3 %	85 %

#### COMMENTAIRES

##### 1.01.13.01-EG2

Le nombre d'écoles était non conforme à chaque période. Des corrections ont été apportées en cours d'année.

Par ailleurs, des travaux sur l'harmonisation de la pratique infirmière en milieu scolaire ont eu lieu. Nous devrions voir une amélioration de cette entente de gestion dans les prochaines années.

De plus, l'harmonisation au Québec de la saisie dans I-CLSC doit avoir lieu, puisqu'il semble y avoir une grande différence d'une région à l'autre.

##### 1.01.27-EG2

Nous avons un bon engagement de la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean envers la vaccination. C'est un moment propice puisque la majorité des parents n'ont pas repris le travail. Malheureusement, les ressources humaines sont en nombre insuffisant pour combler les demandes.

##### 1.01.28-EG2 ET 1.01.30-EG2

Nous avons un bon engagement de la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean envers la vaccination. Les parents, ayant repris le marché du travail pour la plupart, doivent concilier travail/famille pour la prise de rendez-vous. Un épisode de maladie aiguë chez l'enfant peut expliquer la raison pour laquelle les parents ne se présentent pas au rendez-vous.

De plus, les ressources humaines sont en nombre insuffisant pour combler les demandes. Si le délai était augmenté à un mois plutôt que deux semaines, afin de répondre à l'entente de gestion, nous pourrions voir une augmentation significative de nos données pour les trois ententes (vaccination 2, 12 et 18 mois).

##### 1.01.29-EG2

Au moment de l'engagement pour l'entente 2019-2020, la Direction de santé publique a négocié avec le MSSS afin de revenir à l'entente prévue pour 2019-2020, soit 1 530 dépistages, puisque nous n'avions aucune certitude quant à l'atteinte de la cible de 1 712, et ce, pour une deuxième année consécutive.

38

2018-19  
RAPPORT ANNUEL

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

## Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS

### Entente de gestion 2018-2019 - Chapitre IV Bilan annuel

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
<b>SANTÉ PUBLIQUE – PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES</b>				
<b>1.01.19.01-PS</b> Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>1.01.19.02-PS</b> Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>1.01.19.04-PS</b> Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>1.01.26-PS</b> Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	64,2 %	75 %	60 %	80 %

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

#### COMMENTAIRES

##### 1.01.19.01-PS, 1.01.19.02-PS, 1.01.19.04-PS ET 1.01.26-PS

L'incidence des taux de surveillance du CIUSSS pour l'année 2018-2019 est sous les taux provinciaux, ce qui peut être expliqué par la culture de prévention et contrôle des infections (PCI) nosocomiales qui est bien établie au sein de nos installations par le respect des politiques et des procédures en PCI au niveau du personnel et par le soutien des conseillères en PCI qui sont très présentes auprès des équipes.

Pour ce qui est des taux de conformité à l'hygiène des mains, plusieurs travaux ont été réalisés au cours de l'année 2018-2019. Tout d'abord, la Direction générale en a fait une priorité organisationnelle. Un projet pilote de décentralisation des audits d'hygiène des mains a été mis en place ainsi qu'un plan de communication. L'année 2018-2019 a été une année de préparation afin d'apporter un vent de fraîcheur à la promotion de l'hygiène des mains. Pour l'année 2019-2020, il est prévu dans le plan d'action de la

PCI de procéder au déploiement du projet de décentralisation des audits d'hygiène des mains pour l'ensemble des unités de soins et des CHSLD du CIUSSS. La mise en place du plan de communication permettra de faire la promotion de l'hygiène des mains en continu au courant de l'année et non seulement durant une semaine dans l'année comme il était fait antérieurement.

De plus, pour l'année 2018-2019, nous pouvons observer l'atteinte de la cible à 100 % pour la conformité des taux de diarrhées associées au Clostridium difficile, comparativement à l'année 2017-2018 qui était à 83 %. Ce résultat était associé à un centre hospitalier en particulier qui avait eu des problématiques avec un taux d'incidence de 10,22. Un plan d'action a été mis en place avec un suivi rigoureux par plusieurs experts qui étaient concernés (microbiologiste, médecin, santé publique, PCI, service technique et hygiène et salubrité). Cet hôpital termine l'année 2018-2019 avec un taux d'incidence de 2,85.

## Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS

### Entente de gestion 2018-2019 - Chapitre IV Bilan annuel

#### LÉGENDE

 Atteinte de l'engagement annuel (100 %)

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

 Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
<b>SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE</b>				
<b>1.02.04-EG2</b> Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre minutes ou moins	90,5 %	91,1 %	89,3 % (P12)	90 %

#### COMMENTAIRES

##### 1.02.04-EG2

Le résultat de 89,3 % correspond à un niveau d'atteinte de la cible à la période 12 de 98 %.

Nous observons une diminution de 1,2 % comparativement à l'année 2017-2018. Le service Info-Social est bien connu dans la région. Nous notons, dans la dernière année, une augmentation des appels sur la ligne « partenaires »; cela diminue le temps disponible en réponse au 811. Cette situation sera documentée.



40

2018-19  
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 2018-2019 - Chapitre IV Bilan annuel

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
<b>SOUTIEN À DOMICILE (SAD) DE LONGUE DURÉE</b>				
<b>1.03.05.01-EG2</b> Nombre total d'heures de service en soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	564 081	589 072	630 513	ND
<b>1.03.11-PS</b> Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP))	6 435	6 623	6 659	ND
<b>1.03.12-PS</b> Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DI-TSA-DP)	80,9 %	90 %	57,5 %	90 %
<b>1.03.14-EG2</b> 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	Cet engagement a été retiré par le MSSS en cours d'année.			
<b>1.03.15-EG2</b> 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	Cet engagement a été retiré par le MSSS en cours d'année.			

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

#### COMMENTAIRES

##### 1.03.05.01 – EG2

L'engagement est atteint en raison de l'augmentation constante des heures directes, de l'augmentation du personnel qui utilise la technologie à domicile (mobilité SAD), de l'amélioration du suivi des heures en services achetés et du Programme d'allocation directe – Chèque-Emploi-Service – en répondant aux besoins de la clientèle.

Par ailleurs, nous poursuivons les travaux pour assurer l'amélioration constante de la qualité des données afin de représenter adéquatement les services rendus. De plus, un exercice d'harmonisation des processus pour les six réseaux locaux de services (RLS) débutera prochainement.

##### 1.03.11-PS

L'engagement est atteint en raison de l'augmentation des lieux de repérage de la clientèle ainsi que du travail en continu pour assurer une prise en charge des personnes en attente d'un service SAD en CLSC qui n'ont reçu aucun autre service SAD dans l'épisode de service.

Au cours de la prochaine année, des travaux seront réalisés afin d'élaborer une nouvelle stratégie d'extraction de ces données pour les six réseaux locaux de service (RLS), car la façon de faire actuelle n'est plus disponible.

##### 1.03.12-PS

En 2018-2019, nous constatons un important manque de ressources humaines en SAD sur l'ensemble du territoire de la région, qui est variable d'un secteur à l'autre. Au total, pour le personnel en SAD, nous notons plus de 23 000 heures travaillées de moins que le budget prévu en 2018-2019. La baisse de production de la complétion des outils d'évaluation multiclientèle (OEMC) et des plans d'intervention peut être causée par les absences des employés et l'impossibilité d'effectuer tous les remplacements disponibles en raison du manque de main-d'œuvre.

Par ailleurs, lorsqu'il y a remplacement de personnel, les interventions prioritaires sont axées au niveau clinique. Aussi, les formations en lien avec la nouvelle version de l'OEMC ont été complétées en 2018-2019 et cette nouvelle version est plus longue à remplir pour les intervenants, causant un ralentissement dans la production des évaluations. Enfin, nous notons une diminution du pourcentage par rapport à l'année précédente. Des travaux sont à faire pour rendre les informations reliées à cet indicateur disponibles en continu pour les gestionnaires.

## Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS

### Entente de gestion 2018-2019 - Chapitre IV Bilan annuel

#### LÉGENDE

 Atteinte de l'engagement annuel (100 %)

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

 Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
<b>SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES</b>				
<b>1.03.07.01-PS</b> Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>1.03.07.02-PS</b> Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	66,7 %	83,3 %	100 %	100 %
<b>1.03.10-PS</b> Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>1.03.13-EG2</b> Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	88,6 %	90 %	89,5 %	90 %

#### COMMENTAIRES

##### 1.03.07.01-PS ET 1.03.07.02-PS

Nous avons atteint les engagements par l'implication et l'appui de la Direction générale et de la Direction des soins infirmiers (DSI). De plus, en déployant un projet d'harmonisation des pratiques cliniques avec la DSI (volet qualité), nous avons intégré l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) dans l'un des livrables (L11), ce qui a donné un levier supplémentaire à l'implantation de l'approche. Pour l'implantation des composantes 1, 2 et 6, c'est constant, et pour les composantes 3, 4 et 5, nous avons atteint notre cible, notamment par le développement d'une collecte de données incluant le profil AÎNÉE et l'exportation des capsules de formation dans chacune des installations.

##### 1.03.10-PS

L'engagement est atteint puisque les six réseaux locaux de services (RLS) ont obtenu un pourcentage minimal de 80 % aux 48 questions de la grille OSIRSIPA (outil de suivi de l'implantation du réseau de services intégrés aux personnes âgées). Ceci concerne l'ensemble des modalités organisationnelles qui favorise notamment la continuité du cheminement des personnes âgées dans l'ensemble des soins et des services du réseau de la santé et des services sociaux, de même qu'avec les partenaires intersectoriels. Par ailleurs, le résultat est stable en comparaison à l'an dernier. Toutefois, les données sont longues à obtenir considérant qu'il faut compléter manuellement un total de six grilles (une grille par RLS). Certaines questions sont

ambigües et demandent une validation auprès du ministère afin de s'assurer de leur bonne compréhension, ceci afin de pouvoir représenter adéquatement les particularités régionales.

##### 1.03.13-EG2

Le pourcentage est presque atteint. Le mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) régional permet de respecter les critères d'admission en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) et l'adéquation des profils. Les travaux se poursuivent avec les directions partenaires pour ajuster leur offre de service en hébergement. Nous notons une réticence à admettre un usager en ressource intermédiaire, principalement lorsqu'un usager présente des troubles de comportement. Par ailleurs, nous notons une stabilité du résultat comparé à l'an dernier.

42

2018-19  
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 2018-2019 - Chapitre IV Bilan annuel

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
<b>DÉFICIENCE</b>				
<b>1.05.15-PS</b> Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	64,10	45	73,86	60
<b>1.45.04.01-EG2</b> Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	94,1 %	93,8 %	91,9 %	90 %
<b>1.45.04.05-EG2</b> Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	83,8 %	90 %	88,2 %	90 %
<b>1.45.05.01-EG2</b> Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	94,2 %	95,9 %	92,2 %	90 %
<b>1.45.05.05-EG2</b> Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	81,3 %	92,9 %	81,3 %	90 %
<b>1.46-PS</b> 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	61,1 %	87 %	50 %	90 %

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

#### COMMENTAIRES

##### 1.05.15

La non-atteinte de la cible depuis les deux dernières années s'explique principalement par une augmentation du nombre de demandes pour le programme d'intervention comportementale intensive (ICI), de même que par la difficulté de couvrir l'ensemble des postes existants lors d'absences, malgré l'ajout de ressources associées au financement du Plan d'action sur le trouble du spectre de l'autisme. La tendance actuelle montre que l'augmentation des références se maintient, ce qui pourrait aussi rendre difficile l'atteinte de la cible en

2019-2020. Le délai moyen en jours a légèrement augmenté par rapport à l'an dernier, passant de 66 jours à 73,86 jours.

##### 1.45.04.01

La légère diminution par rapport au 31 mars 2017-2018 et l'écart à la cible s'expliquent principalement par la pénurie des ressources en soutien à domicile (impossibilité de combler tous les remplacements), et la situation de l'assurance salaire dans certains réseaux locaux de services. Des démarches sont en cours dans l'ensemble du programme de soutien à domicile des six RLS, à la fois au regard de la présence au travail, du recrutement et de l'embauche.

# 43

2018-19  
RAPPORT ANNUEL

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

## Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS

### Entente de gestion 2018-2019 - 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 %

#### (SUITE) DÉFICIENCE

##### 1.45.04.05

L'écart à la cible s'est amélioré par rapport au 31 mars 2018 et nous avons augmenté le nombre de clients vus dans trois déficiences, soit motrice, visuelle et langagière. Cependant, malgré une augmentation du plan global par rapport à l'an dernier, la situation en déficience du langage et en déficience auditive demeure problématique. En déficience du langage, nous avons pu faire l'ajout d'un poste en orthophonie, et 71 usagers de plus que l'an dernier ont reçu le service. Cependant, le taux de réponse demeure de 49 % avec un délai moyen de 107 jours, en lien avec l'augmentation des demandes principalement. En déficience auditive, malgré une augmentation de plus de 2 000 heures de prestation de services, l'augmentation des demandes et de la complexité des cas a entraîné une diminution des usagers desservis (51 usagers de moins au 31 mars 2019, par rapport au 31 mars 2018) et un taux de réponse du plan d'accès à 71,8 %.

##### 1.45.05.01

La légère diminution par rapport au 31 mars 2018 et l'écart à la cible s'expliquent principalement par la pénurie des ressources en SAD (impossibilité de combler tous les remplacements) et la situation de l'assurance salaire dans certains réseaux locaux de services. Des démarches sont en cours dans l'ensemble du programme de soutien à domicile des six RLS, à la fois au regard de la présence au travail, du recrutement et de l'embauche.

##### 1.45.05.05

Bien que le pourcentage d'atteinte de la cible soit demeuré le même que l'an dernier, on note une amélioration au niveau du délai moyen de prise en charge, qui est passé de 88,59 jours en 2017-2018, à 69,89 jours en 2018-2019. Le nombre de demandes de services a légèrement diminué (148 comparativement à 156 en 2017-2018). Dès le début de l'année 2018-2019, le travail en performance a été intensifié dans l'ensemble des équipes et le nombre d'heures directes par semaine s'est légèrement amélioré. Cependant, nous avons eu de la difficulté à couvrir nos remplacements de toute nature en lien avec la pénurie de personnel.

##### 1.46

La non-atteinte de la cible s'explique en partie par les listes d'attente pour l'accès aux services de jour ou d'intégration au travail et au court délai entre la demande de service, qui est faite au printemps lors des rencontres de planification des plans de transition école vie active (TÉVA) ou plan d'intervention, et la prise de mesure au 15 septembre. Une deuxième prise de mesure a été réalisée en octobre, et déjà, sur les onze usagers, seulement trois n'étaient pas intégrés. Lors de la prise de mesure en décembre, tous les usagers avaient intégré les activités, conformément à leur plan de transition de l'école vers la vie active. L'ajout du budget en activités de jour l'an dernier devrait permettre d'améliorer le pourcentage l'an prochain.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
<b>JEUNES EN DIFFICULTÉ</b>				
1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	16,04 %	12,7 %	17,77 %	ND

#### COMMENTAIRES

##### 1.06.17-PS

Le nombre croissant de signalements vient expliquer la non-atteinte de l'engagement. Voici les mesures mises en place afin de corriger la situation :

- harmonisation des pratiques du Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse et du CLSC;

- formation AIDES (action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité) aux intervenants et partenaires du réseau;
- consolidation de l'accès centralisé;
- programme négligence implanté dans les six territoires de la région;
- promotion faite des services en négligence auprès de différents partenaires.

44

2018-19  
RAPPORT ANNUEL

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

## Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS

### Entente de gestion 2018-2019 - Chapitre IV Bilan annuel

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
<b>DÉPENDANCES</b>				
<b>1.07.04-EG2</b> 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	88,4 %	90,1 %	87,1 %	90,1 %
<b>1.07.06-PS</b> Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	72,2 %	80 %	75,4 %	90 %

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

#### COMMENTAIRES

##### 1.07.06

Nous constatons du retard pour certaines actions prévues en raison du partenariat nécessaire afin de déployer l'offre de service. L'engagement sera atteint en 2019-2020.

##### 1.07.04

Le volume des demandes a amené certains délais dans la réalisation de l'évaluation.

<b>SANTÉ MENTALE</b>				
<b>1.08.13-PS</b> Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le ministère	336,6	430	610,2	516
<b>1.08.14-PS</b> Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le ministère	187,2	214	106,2	118

#### COMMENTAIRES

##### 1.08.13-PS ET 1.08.14-PS

Les résultats de 2018-2019 sont tributaires de la transformation de places FACT (*Flexible assertive community treatment*) mises en place pour certains

territoires de la région. De plus, dans le formulaire de transmission dans le Système de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED), les places sont incluses dans l'indicateur 1.08.13 et calculées pour un ratio de 1:18, alors qu'une place FACT offre un ratio de 1:14; c'est ce qui explique l'écart entre l'engagement 2018-2019 et celui de 2019-2020.

## Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS

### Entente de gestion 2018-2019 - Chapitre IV Bilan annuel

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
<b>URGENCE</b>				
<b>1.09.01-PS</b> Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	9,22	8	8,97	8
<b>1.09.43-PS</b> Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	56,9 %	75 %	56,2 %	75 %
<b>1.09.44-PS</b> Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	64,3 %	80 %	63,2 %	80 %

#### COMMENTAIRES

##### 1.09.01-PS

Tout d'abord, il faut préciser que la cible demandée au CIUSSS est de 8 heures alors qu'elle est de 12 heures provincialement. Tous les efforts sont mis afin d'atteindre notre engagement. La moyenne varie d'une installation à l'autre, soit de 7,1 à 9,9 heures; nous constatons que nous l'atteignons à l'occasion dans l'année. Des actions spécifiques sont entreprises dans trois urgences étant donné que les résultats pour ceux-ci sont supérieurs à la cible. Nous retrouvons quand même une légère amélioration par rapport à l'an passé. Les niveaux de soins alternatifs (NSA), qui bloquent plusieurs lits en soins aigus, font en sorte que plusieurs admissions stagnent à l'urgence.

##### 1.09.43-PS

L'ajout de médecins dans certaines urgences, aux heures d'achalandage, va certainement aider à la prise en charge dans un délai inférieur à deux heures. On constate aussi que les résultats escomptés pour les réorienta-

tions des priorités 4 et 5 ne sont pas à la hauteur de nos espérances. Nous aurions besoin d'un groupe de médecine de famille (GMF) davantage au Lac-Saint-Jean et d'un groupe de médecine de famille réseau (GMF R) au Saguenay, ce qui faciliterait l'accès à nos usagers à un sans rendez-vous et par le fait même, faciliterait l'accès à la réorientation pour nos urgences. Aussi, nous espérons que le déploiement de Rendez-vous santé Québec va éviter des visites à l'urgence en facilitant l'accès à un médecin avec cette plateforme. Également, une campagne de sensibilisation populationnelle sur l'utilisation judicieuse du service des urgences aurait sans doute des répercussions sur l'atteinte de ces engagements.

##### 1.09.44-PS

L'utilisation de certaines ordonnances collectives contribue au bon déroulement de l'épisode de soins des usagers. Pour notre région, un nouveau comité régional du triage veillera à élaborer des ordonnances collectives utiles afin de diminuer la durée de séjour à l'ambulatoire. Encore une fois, l'aide des GMF serait grandement utile à l'atteinte de cette cible, car l'accès à un médecin au bon moment serait profitable pour notre population.

46

2018-19  
RAPPORT ANNUEL

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

## Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS

### Entente de gestion 2018-2019 - Chapitre IV Bilan annuel

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
<b>SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE</b>				
<b>1.09.05-PS</b> Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 159	1 150	1 232	1176
<b>1.09.45-PS</b> Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	29	29	29	29
<b>1.09.46-PS</b> Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	7,2 %	7,5 %	9,6 %	9

#### LÉGENDE

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

#### COMMENTAIRES

##### 1.09.05-PS

Des travaux sont réalisés en collaboration entre les équipes de soins palliatifs et de soutien à domicile pour sensibiliser les professionnels et favoriser le retour à domicile pour les patients.

##### 1.09.45-PS

Le nombre de lits réservés aux soins palliatifs se maintient chaque année. Une maison de soins palliatifs a augmenté son nombre de places, mais la répartition du nombre de lits a tout simplement été réorganisée.

##### 1.09.46-PS

Le pourcentage de décès à domicile augmente, considérant les efforts faits pour que les patients demeurent à domicile pour recevoir des soins palliatifs et considérant également l'augmentation des demandes d'aide médicale à mourir.

#### SANTÉ PHYSIQUE – SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

<b>1.09.25-PS</b> Nombre total de GMF	13	13	13	13
<b>1.09.27-PS</b> Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	90,4 %	92,5 %	91,44 %	94,7 %

#### COMMENTAIRES

##### 1.09.25-PS

La cible est atteinte, car la cible était un maintien de la cible antérieure du nombre de GMF (groupe de médecine de famille) dans la région et nous n'avons pas eu de cessation d'activité d'un GMF. De plus, il y a une bonne stabilité régionale au niveau GMF.

##### 1.09.27-PS

Le pourcentage d'inscriptions au 31 mars 2019 reflète une quasi atteinte de l'engagement régional de 92,5 %. De plus, ce résultat est en légère hausse constante par rapport au début d'année. Le résultat dépasse la cible provinciale de 85 % d'inscriptions à un médecin de famille.

47

2018-19  
RAPPORT ANNUEL

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

## Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS

### Entente de gestion 2018-2019 - Chapitre IV Bilan annuel

#### LÉGENDE

 Atteinte de l'engagement annuel (100 %)

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

 Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
<b>CHIRURGIE</b>				
<b>1.09.32.00-PS</b> Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour l'ensemble des chirurgies	37	0	1	0

#### COMMENTAIRES

##### 1.09.32.00-PS

Depuis plusieurs mois, un travail sur la qualité des données est effectué avec les agentes administratives de la planification chirurgicale. De plus, nous appliquons rigoureusement les règles de la circulaire *Gestion de la non-disponibilité personnelle de l'utilisateur inscrit sur la liste d'attente pour l'obtention d'un service médical spécialisé*.

Lorsque nous comparons les résultats avec ceux de l'année dernière, nous constatons une belle amélioration. Nous sommes passés de 102 patients opérés dans un délai supérieur à un an en 2017-2018 à trente en début d'année 2018-2019. De plus, depuis le mois de décembre 2018, aucun patient n'est en attente depuis plus d'un an.

#### SANTÉ PHYSIQUE – IMAGERIE MÉDICALE

<b>1.09.34.00-PS</b> Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les modalités d'imagerie médicale ciblées	67,2 %	70 %	62 %	90 %
<b>1.09.34.02-PS</b> Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	59,9 %	90 %	38,5 %	90 %
<b>1.09.34.03-PS</b> Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>1.09.34.04-PS</b> Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	85,3 %	90 %	100 %	100 %
<b>1.09.34.05-PS</b> Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	75,8 %	90 %	48,7 %	90 %

48

2018-19  
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 2018-2019 - Chapitre IV Bilan annuel

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
<b>(SUITE) SANTÉ PHYSIQUE – IMAGERIE MÉDICALE</b>				
<b>1.09.34.06-PS</b> Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	100 %	100 %	95,7 %	100 %
<b>1.09.34.07-PS</b> Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	73,7 %	90 %	61 %	90 %
<b>1.09.34.08-PS</b> Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	97,6 %	100 %	88 %	95 %
<b>1.09.34.09-PS</b> Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	45,9 %	100 %	46 %	50 %
<b>1.09.34.10-PS</b> 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 %

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

#### COMMENTAIRES

##### 1.09.34.00-PS

L'ensemble des modalités ciblées en imagerie est suivi selon les délais. Un travail est fait de façon plus spécifique pour chacune des cibles en imagerie; il y a donc un impact pour l'indicateur de suivi pour l'imagerie au niveau global. Les données utilisées au sein du CIUSSS diffèrent légèrement de celles répertoriées pour le suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI), ce qui donne un résultat légèrement différent.

##### 1.09.34.02-PS

La principale problématique est en lien avec les effectifs médicaux. Les priorisations sont effectuées en fonction des examens considérés urgents; ce secteur se retrouve donc en déficit. En collaboration étroite avec l'équipe médicale, des plages de rendez-vous sont dégagées chaque jour afin

de mettre d'emblée des examens en scopie. Des blitz sont réalisés dès que l'équipe médicale dégage des plages.

L'établissement suivait cet indicateur en comptabilisant à la fois les examens et les interventions, alors que l'indicateur ne suit que les examens, ce qui a entraîné des disparités dans le suivi des résultats cette année. Un ajustement sera effectué pour l'année 2019-2020.

##### 1.09.34.03-PS ET 1.09.34.06-PS

Un suivi très serré des délais d'attente (tableau hebdomadaire) est fait et un travail en continu avec les équipes médicales nous permet de demeurer en contrôle dans ce secteur.

Une erreur au niveau de la saisie de la donnée sur un territoire a faussé le résultat à la période 13 dans le système d'information GESTRED. Le résultat à la période 13 pour cet indicateur se situe à 100 %.

## Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS

### Entente de gestion 2018-2019 - 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 %

#### (SUITE) SANTÉ PHYSIQUE – IMAGERIE MÉDICALE

##### 1.09.34.04-PS

Une mauvaise saisie de données (confusion avec les échographies pelviennes faites par les gynécologues) donnait de fausses informations sur cette donnée pour les années antérieures (ex. : 2017-2018 85,3 %). Les échographies obstétricales sont faites à 100 % dans les délais et, s'il y a un délai anormal qui se présente, de l'aide est apportée par les autres sites.

##### 1.09.34.05-PS

La venue d'un troisième équipement est nécessaire sur le site de Chicoutimi afin d'améliorer l'accessibilité. Un travail est en cours afin d'assurer les frais récurrents associés. Un nouveau cardiologue, à l'automne 2019, permettra d'améliorer l'accessibilité dans ce secteur. Après une révision de la qualité de la donnée pour cet indicateur, le résultat à la période 13 se situe à 48,7 % après avoir inclus les résultats pour un site qui avaient été omis.

##### 1.09.34.06 PS

La planification entourant la visite de l'unité mobile de mammographie (CLARA) a généré beaucoup d'investigations, dont l'échographie mammaire. Cependant, la situation est revenue à la normale.

##### 1.09.34.07-PS

Des plans de planification d'acquisition de nouveaux échographes sont en évaluation afin de permettre une plus grande accessibilité et permettre également au radiologiste présent d'être plus efficace. Des réaménagements d'espace sont également à prévoir afin de favoriser un fonctionnement optimal.

##### 1.09.34.08-PS

Une réorganisation est en cours afin de permettre de répondre à l'orientation du MSSS d'avoir une offre de service de 16 h par jour et 7 jours sur 7. Il y a beaucoup d'entraide intersites permettant de répondre aux délais recommandés.

##### 1.09.34.09-PS

Nos deux appareils fonctionnent de 14 à 16 heures par jour, 7 jours sur 7, et dès que les ressources le permettent, nous offrons un service de nuit. Une demande pour l'acquisition d'un troisième appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM) a été déposée au MSSS.

##### 1.09.34.10-PS

L'équipe de nucléistes gère étroitement cette liste d'attente nous permettant de répondre aux demandes dans les délais requis.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
<b>RESSOURCES MATÉRIELLES</b>				
<b>2.02.02-EG2</b> Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100 %	100 %	100 %	100 %

#### COMMENTAIRES

##### 2.02.02-EG2

Les relevés de tous les équipements et matériel destinés aux soins sont en place et mis à jour au besoin. Un registre de suivi des interventions de nettoyage et de désinfection est établi. De plus, des fiches d'audit et des formulaires de validation permettent de s'assurer que l'ensemble du processus est conforme et respecté.

50

2018-19  
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 2018-2019 - Chapitre IV Bilan annuel

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>				
<b>3.01-PS</b> Ratio d'heures en assurance salaire	8,69 %	6,75 %	9,30 %	ND
<b>3.05.02-PS</b> Taux d'heures supplémentaires	3,76 %	2,75 %	4,29 %	ND
<b>3.06.00-PS</b> Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,12 %	0,11 %	0,19 %	ND

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%

#### COMMENTAIRES

##### 3.01-PS

L'engagement 2018-2019 n'a pas été atteint. Devant ce résultat, la Direction poursuivra ses efforts en matière d'intervention. Voici ce qui a été fait dans la dernière année et ce qui se poursuivra dans la prochaine année :

- rencontre des gestionnaires des directions sur le cadre de référence pour le soutien et la réintégration au travail;
- transmission d'un coffre à outils aux gestionnaires (outils du cadre de référence, annexes, informations complémentaires, fiches de suivi, etc.) pour la présence au travail;
- rencontre des médecins traitants pour de la sensibilisation sur les différents régimes d'indemnisation et collaboration pour assurer des retours au travail gagnants;
- intervention en termes de résolution de problèmes et recherche de solutions dans les secteurs où le taux d'assurance salaire est plus élevé que la moyenne régionale en collaboration avec le développement organisationnel;
- transfert de certaines tâches reliées aux postexpositions, aux éclosions ainsi qu'à la vaccination, assumées par le service santé à la prévention.

Le défaut d'atteinte des résultats prévus à l'engagement résulte de plusieurs facteurs, entre autres, la réalisation de nombreux projets d'optimisation, l'augmentation du temps supplémentaire, le manque de personnel, la charge sur

les équipes en place que cela engendre, ainsi que le délai pour l'accès aux médecins spécialistes et aux examens médicaux. Ces facteurs ont contribué à faire augmenter le taux d'assurance salaire. La stabilisation des équipes créée par le rehaussement et la création de postes au niveau des salariés devraient aider à améliorer le taux d'assurance salaire.

##### 3.05.02-PS

L'engagement prévu à l'entente de gestion et d'imputabilité 2018-2019 n'a pas été atteint. L'engagement de la dernière année n'a pas été réalisé, notamment en raison du fort taux d'absentéisme. Nous anticipons l'atteinte des cibles en 2019-2020 en raison du rehaussement et de la création de 500 postes répartis de la façon suivante :

- 300 postes d'infirmières, infirmières auxiliaires et inhalothérapeutes (catégorie 1);
- 190 postes, particulièrement de préposés aux bénéficiaires, personnel de métier, préposés en alimentation et en hygiène et salubrité (catégorie 2);
- 20 postes pour le personnel administratif (catégorie 3);
- catégorie 4 à venir.

##### 3.06.00-PS

La cible n'a pas été atteinte en raison du manque de personnel dans certains titres d'emploi en pénurie, particulièrement en ce qui a trait à la surveillance des usagers. Nous comptons sur le rehaussement et la création de postes pour favoriser l'atteinte des cibles.

## Chapitre IV - Engagements et indicateurs du CIUSSS

### Entente de gestion 2018-2019 - Chapitre IV Bilan annuel

#### LÉGENDE

 Atteinte de l'engagement annuel (100 %)

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

 Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
<b>MULTIPROGRAMMES</b>				
<b>7.01.00-PS</b> Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	62,6 %	72,5 %	64 %	72,5 %

#### COMMENTAIRES

##### 7.01.00-PS

Plusieurs centres d'activité CLSC sont visés par cet indicateur et concernent plusieurs directions clientèle. Une méthode d'analyse détaillée est en expéri-

mentation pour chaque clientèle. Une priorisation est faite des demandes de services afin d'intervenir à court terme dans les situations qui le requièrent.

En 2018-2019, nous observons une amélioration de l'indicateur de 2,2 %, comparativement à 2017-2018, ce qui donne un résultat de 88,3 % d'atteinte de la dernière cible.



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

52

2018-19  
RAPPORT ANNUEL

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





# Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

## L'AGRÉMENT

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

Suite à la visite d'Agrément Canada en juin 2016, une demande avait été faite de fournir 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 n'ayant pas retrouvé sa conformité est le *Service d'aide à l'enfance 7.15*.

Pour y donner suite, un processus pour enquêter sur les allégations de violation des droits des usagers est élaboré et mis en œuvre avec l'apport des usagers et des familles. Les équipes sont en action en lien avec cette non-conformité et ce critère sera évalué à nouveau dans le cadre de la visite planifiée en juin 2019.

### **Agrément Canada – Début du nouveau cycle (2018-2023)**

Les premières séquences du nouveau cycle d'évaluation par Agrément Canada débiteront au mois de juin 2019.

## LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

### **Déclaration et divulgation des événements indésirables**

En octobre 2018, le comité de direction s'est positionné pour rendre obligatoire l'atelier de divulgation à tous les gestionnaires. À la fin de l'année financière, 30 % des gestionnaires ont reçu la formation. Déjà à la période 13, une augmentation du pourcentage de divulgation a été constatée, soit 84 % comparativement au pourcentage annuel de 74 %.

Au cours de l'année 2018-2019, 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 suite à un accident telles que :

- présentation d'un atelier de formation sur les principes de base de la gestion des risques aux nouveaux gestionnaires;
- tenue d'une semaine de la sécurité des usagers du 25 novembre au 1<sup>er</sup> décembre 2018 ayant pour thème la divulgation en collaboration avec le Comité de gestion du réseau (CGR), le comité des usagers et une patiente partenaire;

- support aux équipes dans le traitement et l'analyse de 127 événements sentinelles et dans la préparation des divulgations complètes;
- formation sur les principes de base et divulgation aux intervenants de santé mentale de première ligne du territoire de Saguenay;
- formation sur les principes de base aux ressources intermédiaires (RI) et ressources de type familial (RTF) du secteur Déficience intellectuelle - trouble du spectre de l'autisme - déficience physique (DI-TSA-DP) et de la Direction du programme jeunesse pour l'ensemble de la région;
- formation sur les principes de base et divulgation aux assistantes infirmières-chefs (AIC) de la périnatalité du territoire d'Alma;
- élaboration du plan de sécurité 2018-2020 par les membres du CGR.

---

## Incidents/accidents

Au cours de l'année, 19 195 événements ont été déclarés par le biais du registre local de surveillance. De ce nombre, 2755 événements sont de gravité A et B, soit 14,4% de l'ensemble des événements.

Les événements les plus déclarés au niveau des incidents (gravité A et B) sont les erreurs de médicaments avec 869 déclarations, soit 4,5% du total des déclarations. Les actions entreprises par l'établissement en lien avec cette catégorie d'événements sont énumérées plus bas.

La seconde catégorie des incidents (A et B) la plus déclarée est « Autres - Autre » qui compte 252 déclarations, soit 1,3% des déclarations totales. Cette catégorie regroupe plusieurs événements qui se produisent de façon isolée et très rarement, chaque événement est analysé par les gestionnaires concernés.

Les incidents liés au dossier sont la troisième catégorie d'incident la plus déclarée, avec un total de 199 déclarations pour 1% de nos déclarations totales. Un projet est actuellement en cours au niveau de la révision des processus diagnostics. Ce projet a été mis en place à la lumière d'événements touchant des éléments des dossiers d'utilisateurs. Le Service des archives collabore étroitement au projet qui est suivi au portefeuille de la gestion intégrée des risques au niveau stratégique.

De ce nombre, 6897 événements de gravité C à I, soit 36 %, sont attribuables à des chutes pour une incidence cumulative annuelle de 10,42 par 1000 jours présence, faisant ainsi des chutes la première cause d'accident dans notre établissement. Le déploiement du programme de gestion préventive des chutes a été finalisé pour l'ensemble des CHSLD de notre territoire au cours de l'année afin de diminuer le nombre de chutes dans les centres d'hébergement.

La diminution des erreurs de médicament s'est maintenue tout au long de l'année. Elles se retrouvent au deuxième rang pour le nombre d'événements déclarés avec 4437 erreurs de gravité C à I, soit 23 % des déclarations pour un taux cumulatif des trois premiers trimestres à 5,14 erreurs par 10 000 doses. Plusieurs éléments ont été mis en place afin de contribuer à la diminution du nombre d'erreurs de médicaments, entre autres :

- le département de pharmacie vérifie constamment ses processus, analyse assidûment les erreurs de médicament. Ces analyses permettent l'atteinte d'objectifs d'amélioration d'où en découle d'ailleurs le Plan d'action 2018-2019.
- mise en place de la validation aux trois points de transmission : admission, hospitalisation, départ.
  - > Roberval : admission et départ faits, région pilote pour le déploiement de l'outil informatisé.
  - > Alma : fait à l'admission.
  - > Chicoutimi : fait à l'admission chez environ 20 % des usagers.
  - > La Baie : à venir.

Au niveau du troisième type principal d'événements déclarés, il s'agit de la catégorie traitement/intervention où on dénombre 1138 accidents de gravité C à I, soit 6 % des déclarations. Étant donné que cette catégorie regroupe plusieurs sous-types d'événements, aucune action ciblée n'a été nécessaire, chaque événement est analysé par les gestionnaires concernés.

Au niveau du troisième type principal d'événements déclarés, il s'agit de la catégorie traitement/intervention où on dénombre 1109 accidents, soit 6 % des déclarations. Étant donné que cette catégorie regroupe plusieurs sous-types d'événements, aucune action ciblée n'a été nécessaire puisque chaque événement est analysé par les gestionnaires concernés.

---

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

Les comités de gestion des risques opérationnels ont émis au cours de l'année 2018-2019 quelque 341 recommandations à l'établissement. De ce nombre, 68 % étaient réalisées à la fin de l'année financière. De plus, ce sont 435 membres du personnel qui ont été sensibilisés à la gestion des risques et à la prestation sécuritaire des soins et services par le biais des rencontres ad hoc du comité de gestion des risques.

---

## Surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales

Le comité de gestion des risques exerce une vigie sur les enjeux de prévention des infections suivants:

- Hygiène des mains : le taux demeure stable à 60 %, semblable à l'année précédente.

- Infections nosocomiales : les taux de l'établissement se situent sous les taux établis par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Éclosions : le nombre d'éclosions a diminué de 52 % par rapport à l'année précédente. Leur durée a diminué de 48 % alors que le nombre de cas a diminué de 44 %.

---

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

Le Règlement sur l'utilisation des mesures de contrôle en contexte d'intervention planifiée, d'urgence ou particulière : contentions, isolement et substance chimique a été adopté au conseil d'administration du CIUSSS en date du 5 février 2019. Depuis février, un coordonnateur aux épisodes de soins a été mis en place. Celui-ci a pris en charge le volet des surveillances constantes à l'Hôpital de Chicoutimi et une diminution a été remarquée.

Actuellement, un projet d'harmonisation des pratiques cliniques en soins infirmiers est en cours et l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle font l'objet d'une priorité travaillée dans ce projet. La mise en place d'indicateurs harmonisés et de grilles d'audits sont également en cours d'élaboration.

---

## Suivi des recommandations du Commissariat aux plaintes et à la qualité des services

### Accessibilité des services

En réponse aux 27 recommandations et aux nombreux engagements, l'établissement a été interpellé afin de répondre à 74 mesures d'amélioration concernant l'accessibilité aux soins et services. De ces 74 mesures, 62 d'entre elles provenaient

de dossiers de plaintes et 12 de dossiers d'intervention. À titre d'exemple de mesures d'amélioration, on note, entre autres : l'établissement d'une mesure alternative pour permettre à la clientèle qui est déjà en suivi avec un médecin spécialiste en douleur 2<sup>e</sup> ligne de maintenir un suivi régulier, l'établissement d'un mécanisme fluide de prise de rendez-vous avec les médecins spécialistes à la clinique externe afin de faciliter l'accès, et la révision de la politique concernant la clientèle hors pays et hors province sans carte d'assurance maladie valide.

### **Aspect financier**

Afin de répondre aux 88 recommandations de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services en matière d'aspect financier, l'établissement a mis en place 97 mesures d'amélioration, dont l'annulation de factures et des demandes de remboursement selon la politique en vigueur.

### **Droits particuliers**

L'établissement a répondu à plus d'une soixantaine de mesures d'amélioration comprenant 29 recommandations en lien avec les droits particuliers de l'usager. Ainsi, l'établissement a, entre autres, effectué un rappel sur les notions de confidentialité et procédé à la mise en place d'affiches et révisé le formulaire de représentation du résident en conformité avec les dispositions législatives concernant le consentement substitué.

### **Organisation du milieu et ressources matérielles**

Le Commissariat aux plaintes et à la qualité des services a émis 58 mesures, dont 22 recommandations à l'établissement concernant l'organisation du milieu et des ressources matérielles. Suite à ces mesures, l'établissement a, entre autres, procédé à la mise en place d'une procédure pour vérifier la température des aliments et des mesures à prendre s'il y avait non-conformité, revu le mécanisme de gestion sur le programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique, et augmenté le nombre de places dans la salle de la chirurgie d'un jour ou à proximité.

### **Maltraitance**

En lien avec la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, 18 mesures ont été émises, dont six recommandations. À titre d'exemples, le Commissariat aux plaintes et à la qualité des services a recommandé la mise en place d'un régime de protection, la gradation des sanctions attribuables à la situation et la protection du majeur vulnérable.

### **Relations interpersonnelles**

L'établissement a eu à répondre à 81 mesures d'amélioration en lien avec les relations interpersonnelles provenant de dix-sept recommandations du Commissariat et de plusieurs engagements, parmi lesquels on compte essentiellement des rappels auprès du personnel concernant les obligations découlant de la Loi et du code d'éthique de l'établissement en lien avec les règles de civilité, de respect et de confidentialité.

### **Soins et services dispensés**

L'établissement a été interpellé afin mettre en place 191 mesures d'amélioration en lien avec 73 recommandations et de nombreux engagements. Voici des exemples : lors de situations complexes de soins palliatifs pour un patient avec un niveau de soins alternatif, s'assurer de la mise en place d'une rencontre interdisciplinaire; effectuer la révision du mode de fonctionnement en utilisant de nouveaux outils cliniques tels que plans de soins et plans thérapeutiques infirmiers afin d'améliorer la continuité des soins entre les professionnels (infirmière, infirmière auxiliaire et PAB).

58

2018-19  
RAPPORT ANNUEL

## SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU PROTECTEUR DU CITOYEN

La Loi prévoit que le plaignant insatisfait des conclusions du Commissariat peut porter sa plainte en deuxième instance auprès du Protecteur du citoyen. En 2018-2019, 61 dossiers ont été transmis au Protecteur du citoyen. Le Protecteur a conclu 39 dossiers au cours de cette période, et ceci a généré dix-neuf recommandations. Il a confirmé les conclusions dans les autres dossiers.

Secteur visé	Mesure corrective	Mesures mises en place suite aux recommandations
Direction des services professionnels	Réviser les dossiers de tous les usagers en période de non-disponibilité personnelle en attente pour une chirurgie électorale afin de confirmer la validité de cette inscription et la retirer si tel n'est pas le cas; rectifier, le cas échéant, leur rang dans la liste d'attente.	<p>Une liste de travail a été sortie pour valider le nombre de patients non disponibles sur chaque liste d'attente par les chirurgiens. Le nombre total de dossiers en non-disponibilité s'est élevé à 527. Afin de s'assurer de la disponibilité réelle de l'utilisateur pour subir son opération, les secrétaires ont sorti une liste de travail par chirurgien et ont appelé les patients un à un afin de valider leur non-disponibilité. De ce nombre, 244 patients ont été repriorisés car, dans la plupart des cas, c'était le chirurgien qui indiquait un mois ou une date sur la requête opératoire, signifiant le moment où il souhaitait opérer son client.</p> <p>À partir de novembre 2018, tous les usagers seront rejoints dès la réception de la requête opératoire, afin de valider leur disponibilité réelle pour subir l'opération.</p>
Direction du programme jeunesse	<p>R1. Élaborer une procédure d'intervention en situation de problématique suicidaire adaptée à son modèle d'organisation et en adéquation avec le protocole d'intervention en santé mentale ou en situation de risque suicidaire pour les jeunes en difficulté recevant des services en protection et en réadaptation ainsi que pour leur famille.</p> <p>R2. De s'assurer que chaque intervenant connaisse bien la procédure d'intervention en situation de problématique suicidaire et sache précisément le rôle qui lui est réservé selon son niveau d'intervention.</p> <p>R3. De s'assurer que chaque intervenant du 1<sup>er</sup> niveau d'intervention soit formé afin qu'il possède les connaissances et compétences requises pour assumer les responsabilités que lui confie la procédure selon son niveau d'intervention.</p> <p>R4. Dans l'attente de la rédaction de la procédure d'intervention (R1) et de la formation des intervenants du 1<sup>er</sup> niveau d'intervention (R3), améliorer les pratiques de détection du risque suicidaire et les mesures de vigilance à appliquer dans de telles situations.</p>	Dossier en cours.

Secteur visé	Mesure corrective	Mesures mises en place suite aux recommandations
Direction des soins infirmiers	Sensibiliser l'intervenante.	L'intervenante a été rencontrée.
Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées	Au terme de sa convalescence, procède à une évaluation complète de l'usagère à l'aide de l'Outil d'évaluation multicientèle, en portant une attention particulière à la sécurité dans ses transferts et en tenant compte de ses limites occasionnées par sa condition cardiaque et sa maladie pulmonaire occlusive chronique.	Une copie du rapport de l'ergothérapeute ainsi qu'une copie de l'évaluation effectuée avec l'outil d'évaluation multicientèle ont été envoyés au Protecteur du citoyen.
Direction des programmes santé mentale et dépendances	Rappelle à l'intervenant du CLSC la nécessité d'inscrire des notes complètes aux dossiers des usagers.	L'intervenant a été rencontré en présence de la coordonnatrice clinique.  Un rappel similaire sera aussi réalisé à l'ensemble des intervenants de l'équipe de première ligne lors de la prochaine rencontre d'équipe (mars 2019).
Direction des services professionnels	Rappeler aux membres du personnel de l'urgence que lorsqu'ils sont au fait d'une problématique particulière liée au stationnement, tel qu'une chute, d'en aviser l'agent de sécurité afin qu'il prenne les mesures appropriées et qu'un rapport d'événement soit complété d'ici le 31 mars 2019.	Le rappel a été fait aux membres du personnel de l'urgence par le chef de service. Le 6 mars, un message de rappel a été diffusé par l'entremise du logiciel de travail de l'urgence. Chaque intervenant a pu ainsi prendre obligatoirement connaissance du rappel. Celui-ci a été laissé en place pour quelques semaines, assurant la lecture par l'ensemble des intervenants concernés.
Organisme communautaire	R1. Autorise les permissions de sorties aux résidents admis sur une base volontaire qui souhaitent consulter un médecin ou aller à l'urgence de l'hôpital, sans considérer cela comme un refus de traitement, sur présentation d'une pièce justificative.  R2. Favorise un accompagnement personnalisé lorsque l'état de santé de la personne présente des préoccupations additionnelles de l'ordre de sa sécurité ou celle d'autrui, sans constituer une situation d'urgence.  R3. Modifie les différents documents internes concernant les permissions de sorties pour fins médicales et les diffuse auprès des résidents.	Autorise maintenant les permissions de sorties aux résidents admis sur une base volontaire qui souhaitent consulter un médecin ou aller à l'urgence de l'hôpital, sans considérer cela comme un refus de traitement, sur présentation d'une pièce justificative.  Favorise maintenant un accompagnement personnalisé lorsque l'état de santé de la personne présente des préoccupations additionnelles de l'ordre de sa sécurité ou celle d'autrui, sans constituer une situation d'urgence.  Les différents documents internes concernant les permissions de sorties pour fins médicales ont été modifiés et diffusés auprès des résidents.

Secteur visé	Mesure corrective	Mesures mises en place suite aux recommandations
<b>Direction de la protection de la jeunesse</b>	<p>R1. S'assure que tous les intervenants, et plus particulièrement les nouveaux intervenants, disposent du soutien et de l'accompagnement requis dans l'accomplissement de leurs tâches.</p> <p>R2. Effectue un rappel à l'ensemble du personnel concerné afin que les rencontres de supervision soient consignées au suivi des activités.</p> <p>R3. Prenne les mesures afin de s'assurer de la continuité des interventions dans tout dossier, lorsqu'il y a un changement d'intervenant.</p>	Un plan de formation/orientation pour les nouveaux employés est déployé depuis le 31 janvier 2019. Les autres mesures requises seront appliquées sous peu.
<b>Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique</b>	<p>R1. D'élaborer un plan de relocalisation des usagers présentement hébergés dans la résidence, tout en s'assurant que le nouveau pairage soit adéquat et qu'il corresponde à leurs besoins respectifs.</p> <p>R2. De mettre en place des mesures d'encadrement supplémentaires dans cette ressource afin d'assurer la sécurité des usagers jusqu'à la fin du processus de relocalisation.</p> <p>R3. De mettre en application les recommandations formulées dans l'enquête administrative produite en novembre 2018.</p>	Un bilan provisoire des activités a été réalisé ainsi qu'un plan de relocalisation.
<b>Direction de la qualité, l'évaluation, la performance et l'éthique</b>	<p>R1. Cesse d'admettre des personnes ne présentant pas de problèmes de dépendances dans un lieu qui n'est pas physiquement séparé de la clientèle du programme de dépendance.</p> <p>R2. Donne accès aux résidents à un téléphone ou à leur propre téléphone, sur semaine, minimalement deux fois 15 minutes, sans avoir à divulguer la teneur des appels ni les assujettir à une autorisation.</p>	Dossier en cours.

## SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU CORONER

Pour l'année 2018-2019, l'établissement a reçu trois rapports avec recommandations. Conformément à la procédure, chaque rapport fait l'objet d'une analyse et d'un suivi par les équipes concernées, par le comité de gestion des risques et par le comité de vigilance et de la qualité.

N° d'avis	Sujet	Recommandations	Suivi
175218	Décès suite à une chute Administration létale de morphine	Coroner recommande que le dossier soit transmis au syndic de l'OIIQ, au Collège des médecins du Québec et à la Direction générale du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean afin que le déroulement du traitement de l'usager soit examiné en fonction des responsabilités incombant aux intervenants dans ce dossier.	Le rapport a été acheminé à la direction concernée, à la Direction des soins infirmiers et à la Direction des services professionnels. À la suite de l'analyse du dossier par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, celui-ci a acheminé une lettre au bureau chef du coroner.
2016-02375	Suicide par noyade	Recommandation 3 de la gestion des risques Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean : Harmoniser l'évaluation du risque suicidaire en mettant en place un outil d'évaluation du risque suicidaire, et ce, dans un but d'uniformiser le langage de tous les intervenants et les interventions en ce sens.	L'état d'avancement du projet « Harmonisation des pratiques en prévention du suicide » est d'environ 80 % pour l'ensemble de l'établissement. La date de fin du projet est estimée au 30 décembre 2019. Il reste le territoire de Chicoutimi à réaliser. Le déploiement est cependant débuté au niveau du suivi étroit dans ce secteur ainsi que pour tout le continuum jeunesse, le volet médical a été rencontré en date du 29 janvier 2019.
2018-00405	Décès par encéphalopathie anoxique terminale consécutive à un arrêt cardiorespiratoire et précipité par administration d'un narcotique	Coroner recommande que le MSSS prenne connaissance de ce rapport et le diffuse à l'ensemble des directions hospitalières afin qu'elles soient mises au fait des causes et circonstances du présent décès. Elles pourront par la suite s'assurer que chacune des directions des soins infirmiers réitère auprès du personnel soignant infirmier le caractère impératif et catégorique de l'application rigoureuse des protocoles déjà établis de surveillance après l'administration de narcotique.	Le suivi suivant a été effectué au MSSS : - Chaque ancien établissement travaille avec un programme de surveillances pour les opiacés. Un projet d'harmonisation des pratiques cliniques est actuellement en cours au CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean et l'harmonisation d'un programme de surveillance unique pour l'ensemble de l'établissement est en cours. - L'infolettre « Pratiques en soins infirmiers » est l'outil de communication officiel de la Direction des soins infirmiers pour rejoindre toutes les infirmières, les infirmières praticiennes, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Dans la parution du 5 février 2019, un rappel est fait aux infirmières concernant le respect de l'application rigoureuse des protocoles de surveillance à la suite de l'administration de narcotique ainsi que le respect de la norme de documentation au dossier incluant le plan thérapeutique infirmier (PTI).

## AUTRES RECOMMANDATIONS – VISITES APPRÉCIATIVES

Objet de la visite	Principales recommandations	Résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations
<p>Rapport de visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie ressources intermédiaires et ressources de type familial (RI-RTF)</p> <p><b>Ministère de la santé et des services sociaux</b></p>	<p>Sept recommandations émises dont trois étaient communes à deux directions et une aux trois directions visitées (DI-TSA-DP et Jeunesse).</p> <p>Les recommandations portent notamment sur les procédures d'élaboration et de révision des plans d'intervention et sur la diffusion du protocole d'application de certaines mesures de contrôle en RI-RTF.</p>	<p>Un plan d'action concerté a été transmis au ministère le 10 décembre 2018 afin de répondre aux recommandations émises. Les travaux sont en cours.</p> <p>La Direction du programme jeunesse a réalisé les recommandations portant sur la collaboration efficace avec les ressources ainsi que la procédure d'élaboration et de révision des plans d'intervention (PI).</p> <p>La recommandation portant sur les modalités et procédures à mettre en place afin de répondre aux normes de qualité ministérielles est réalisée.</p> <p>Le prochain suivi ministériel est prévu pour le 31 juillet 2019.</p>
<p>Direction des programmes santé mentale et dépendance</p> <p><b>Visite d'homologation SI-SIV par le centre national d'excellence en santé mentale (CNESM)</b></p>	<p>S'assurer de la conformité des tâches des intervenants de l'équipe en lien avec les critères du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM).</p> <p>S'assurer que les usagers du SIV ont le bon profil clientèle.</p>	<p>Dépôt d'un plan d'action pour l'équipe du soutien d'intensité variable (SIV) de Jonquière pour le mois de septembre 2018.</p> <p>Soutien de l'équipe dans la démarche de réalisation du plan d'action.</p>
<p>Direction de la logistique et des services techniques</p> <p><b>Transport Canada (certification des hélicoptères)</b></p>	<p>Mettre à jour le manuel d'exploitation de l'héliport de l'Hôpital de Chicoutimi.</p> <p>Retirer des obstacles à proximité de l'héliport, modifier la configuration de l'aire d'approche, notamment au niveau des espaces de stationnement, et fournir un nouveau plan arpenté.</p>	<p>Le comité de sûreté et sécurité de l'héliport a procédé à la révision complète du manuel d'exploitation qui a été dûment approuvé par les autorités de Transport Canada.</p> <p>Des travaux ont été effectués à proximité de l'héliport afin de procéder au retrait de certains obstacles localisés dans les aires d'approche et de transition et une reconfiguration du stationnement a été effectuée conformément aux recommandations émises par Transport Canada. Un nouveau plan arpenté a également été produit.</p>

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

	MISSION CH	MISSION CHSLD	MISSION CLSC	MISSION CR	TOTAL
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	1077				1077
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	56		( )	( )	61
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	98				98

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

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

### Rapport couvrant la période du 10 décembre 2017 au 31 mars 2018

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	782
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	5
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	12
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	9
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs : deux patients décédés avant, un patient a changé d'avis	3

### Rapport couvrant la période du 1<sup>er</sup> avril 2018 au 31 mars 2019

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs * chiffre approximatif, codification non terminée dans MED-ECHO	917*
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	22
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	54
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	41
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs. onze patients décédés avant, deux patients ont changé d'avis (un transfert en maison de soins palliatifs et une administration de sédation palliative continue)	13

64

2018-19  
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

## L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

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

## L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION

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

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

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

- réalisation de sondages afin d'évaluer l'expérience vécue par les usagers dans leur continuum de soins et services;

- *focus group* avec des usagers;
- *gemba* expérience-patient, soit aller à la rencontre de l'utilisateur, sur le lieu où les soins et services sont offerts, afin de comprendre l'expérience vécue;
- boîte à suggestions;
- entretiens individuels.

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

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

L'établissement peut par ailleurs compter sur l'étroite collaboration de neuf comités des usagers qui regroupent plus de 60 bénévoles qui ont à cœur l'amélioration des soins et services. La relation de confiance qui lie ces bénévoles à l'organisation permet de développer une compréhension et une vision commune, assurant les échanges et le travail conjoint veillant aux intérêts des usagers. L'établissement a d'ailleurs conçu un Guide de participation des usagers à des comités organisationnels, de concert avec le comité des usagers du centre intégré (CUCI), afin de préciser l'approche de partenariat avec les usagers et définir les rôles des patients ressources et des représentants des comités des usagers au sein du CIUSSS.

# Ressources humaines

Certains des investissements dans le réseau de la santé et des services sociaux annoncés en cours d'exercice financier ont pu avoir des impacts additionnels imprévus sur les effectifs des établissements et contribuer, dans certains cas, au dépassement des cibles d'effectifs allouées par la ministre de la Santé et des Services sociaux. L'écart à la cible de notre établissement peut s'expliquer notamment par la mise en oeuvre de projets cliniques et de projets organisationnels, dont la mise en oeuvre du plan de rehaussement des postes, l'implantation des conventions collectives ainsi que la réorganisation du travail dans certains secteurs de l'organisation.

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

11045127 - CIUSSS DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN		COMPARAISON SUR 364 JOURS POUR AVRIL À MARS				
VALEURS OBSERVÉES	2014-04-06 AU 2015-04-04			2018-04-01 AU 2019-03-30		
	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
	2018-19	571 881	2 949	574 830	315	379
	Variation	(16,6 %)	232,8 %	(16,3 %)	(16,8 %)	(11,9 %)
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
	2018-19	2 178 215	13 142	2 191 357	1 209	1 488
	Variation	12,1 %	38,3 %	12,2 %	12,3 %	11,9 %
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
	2018-19	4 611 396	179 605	4 791 001	2 468	3 109
	Variation	(0,6 %)	40,9 %	0,5 %	(0,9 %)	(1,9 %)
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
	2018-19	6 947 807	184 878	7 132 684	3 807	5 237
	Variation	5,9 %	115,5 %	7,3 %	6,1 %	5,4 %

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
	2018-19	1 723 259	27 962	1 751 221	879	1 413
	Variation	1,0 %	72,1 %	1,6 %	1,0 %	(2,4 %)
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
	2018-19	8 890	35	8 925	5	65
	Variation	(16,4 %)	(31,9 %)	(16,5 %)	(14,3 %)	(3,0 %)
<b>Total du personnel</b>	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
	2018-19	16 041 448	408 571	16 450 019	8 683	11 046
	Variation	3,2 %	70,3 %	4,2 %	3,3 %	2,6 %

Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Total des heures rémunérées 2014-04-06 au 2019-03-30 (Comparaison sur 364 jours pour avril à mars)					
	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	Variation de 2014 à 2019
1 - Personnel d'encadrement	686 842	621 841	581 768	567 998	574 830	(16,3 %)
2 - Personnel professionnel	1 952 742	1 960 060	1 986 083	2 103 549	2 191 357	12,2 %
3 - Personnel infirmier	4 765 192	4 665 844	4 672 149	4 702 452	4 791 001	0,5 %
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	6 644 575	6 593 524	6 602 951	6 857 823	7 132 684	7,3 %
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	1 723 262	1 663 770	1 662 809	1 697 247	1 751 221	1,6 %
6 - Étudiants et stagiaires	10 692	3 886	8 052	9 020	8 925	(16,5 %)
<b>Total du personnel</b>	<b>15 783 305</b>	<b>15 508 925</b>	<b>15 513 812</b>	<b>15 938 088</b>	<b>16 450 019</b>	<b>4,2 %</b>

<b>Cible 2018-2019 en heures rémunérées :</b>	<b>16 162 422</b>
<b>Écart à la cible - en heures</b>	<b>287 597</b>
<b>Écart à la cible en %</b>	<b>1,8 %</b>

# Ressources financières

## UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME

PROGRAMMES	EXERCICE PRÉCÉDENT (2017-2018)		EXERCICE COURANT (2018-2019)		VARIATIONS DES DÉPENSES	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
<b>PROGRAMMES-SERVICES</b>						
Santé publique	13 367 793 \$	1,55 %	14 897 704 \$	1,66 %	1 529 911 \$	4,32 %
Services généraux - activités cliniques et d'aide	43 449 522 \$	5,03 %	43 407 012 \$	4,82 %	(42 510) \$	-0,12 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	115 002 476 \$	13,31 %	123 956 484 \$	13,78 %	8 954 008 \$	25,26 %
Déficiences physiques	28 656 249 \$	3,32 %	30 596 979 \$	3,40 %	1 940 730 \$	5,47 %
Déficiences intellectuelles et TSA	46 871 006 \$	5,42 %	47 896 714 \$	5,32 %	1 025 708 \$	2,89 %
Jeunes en difficulté	58 554 895 \$	6,78 %	60 827 141 \$	6,76 %	2 272 246 \$	6,41 %
Dépendances	5 274 234 \$	0,61 %	5 607 480 \$	0,62 %	333 246 \$	0,94 %
Santé mentale	47 165 083 \$	5,46 %	49 011 901 \$	5,45 %	1 846 818 \$	5,21 %
Santé physique	334 493 842 \$	38,71 %	351 066 244 \$	39,02 %	16 572 402 \$	46,74 %
<b>PROGRAMME-SOUTIEN</b>						
Administration	51 707 772 \$	5,98 %	49 155 054 \$	5,46 %	(2 552 718) \$	-7,20 %
Soutien aux services	63 415 340 \$	7,34 %	65 573 716 \$	7,29 %	2 158 376 \$	6,09 %
Gestion des bâtiments et des équipements	56 248 170 \$	6,51 %	57 663 917 \$	6,41 %	1 415 747 \$	3,99 %
<b>TOTAL</b>	<b>864 206 382 \$</b>	<b>100 %</b>	<b>899 660 346 \$</b>	<b>100 %</b>	<b>35 453 964 \$</b>	<b>100 %</b>

Les états financiers complets de l'établissement sont disponibles au [www.santesaglac.gouv.qc.ca](http://www.santesaglac.gouv.qc.ca)

68

2018-19  
RAPPORT ANNUEL

RESSOURCES FINANCIÈRES

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

## L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

Le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean termine son exercice financier 2018-2019 avec un déficit global de 5 780 154 \$ qui est composé d'un résultat déficitaire de 5 707 835 \$ pour le fonds d'exploitation et de 72 299 \$ pour le fonds d'immobilisation. Le déficit cumulé du fonds d'exploitation 2018-2019 devra être considéré dans l'atteinte de l'équilibre budgétaire de la prochaine année. Le résultat du fonds d'immobilisation est compensé par les surplus cumulés de ce même fonds.

## LES CONTRATS DE SERVICES

<b>CONTRATS DE SERVICES COMPORTANT UNE DÉPENSE DE 25 000 \$ ET PLUS CONCLUS ENTRE LE 1<sup>ER</sup> AVRIL 2018 ET LE 31 MARS 2019</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>VALEUR</b>
Contrats de services avec une personne physique <sup>1</sup>	1	85 377 \$
Contrats de services avec un contractant <sup>2</sup>	31	10 223 821 \$
<b>TOTAL DES CONTRATS DE SERVICES</b>	<b>32</b>	<b>10 309 198 \$</b>

<sup>1</sup> Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.

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



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

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O, ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2019		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</b>						
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 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.	2018-19	R	Pour le fonds d'immobilisation, le résultat est déficitaire.  Cependant, l'explication est la suivante: la totalité des revenus des projets autofinancés avant le 1 <sup>er</sup> 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 d'immobilisation.			X

## SIGNIFICATION DES CODES

### COLONNE 3 « NATURE » :

R : Réserve  
O : Observation  
C : Commentaire

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

R : Régulé  
PR : Partiellement Régulé  
NR : Non Régulé

71

2018-19  
RAPPORT ANNUEL



## SIGNIFICATION DES CODES

### COLONNE 3 « NATURE » :

R : Réserve  
O : Observation  
C : Commentaire

### 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 2019		
				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	Il s'agissait pour 2017-2018 d'un cas isolé.	X		
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</b>						
Unités de mesure sur base estimative : unité mètre carré et mètre cube pour les locaux loués pour le CLSC.	2008-09	R	Aucune mesure corrective prise par le CIUSSS. Les mètres carrés et les mètres cubes ont été établis à partir du bail de location.			X
Unités de mesure sur base estimative: les communications extérieures au médecin responsable du patient (résumé de dossier, consultations) sont compilées sur une base estimative aux archives (7532).	2011-12	R	Une installation a modifié son processus de compilation à la période 7 et celui-ci est désormais conforme. Une autre installation n'a toujours pas modifié son processus, mais cela sera fait dans l'exercice subséquent.		X	
Unité de mesure « L'usager » Inhalothérapie 6350.	2014-15	R	L'une des installations n'a pas compilé de statistique pour le sous-centre d'activité « Inhalothérapie-autres (6352) ».			X
L'unité de mesure du centre d'activité « Unité de réadaptation fonctionnelle intensive en centre de réadaptation pour déficience physique » (8090) n'est pas compilé par l'établissement qui utilise les données du centre d'activité « Internat - Déficience physique » (6496) comme unité de mesure estimative.	2011-12	R		X		
Unités compilées sur base estimative - Mètre carré et mètre cube (centre d'activité 7640; sous-centre d'activité 7644 et centre d'activité 7700 et sous-centre d'activité 7703).	2011-12	R	Aucune			X
Unité compilée sur base estimative - Usager - Sous centre d'activité 6806.	2011-12	R	L'établissement analyse présentement la situation afin de déterminer la pertinence et la façon de compiler l'unité de mesure.			X
Méthode d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives - Transport d'un usager - Centre d'activité 7690).	2011-12			X		

72

2018-19  
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 2019		
				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'activité 6307.	2013-14	R		X		
Une composante de l'unité de mesure 7690, soit Transport par taxi, n'est pas compilée dans une installation.	2015-16	R		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		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	Début de la compilation en avril 2019.			X
L'unité de mesure A) « Semaine étudiant » du sous-centre 7202 n'a pas été compilée pour la période du 1 <sup>er</sup> avril 2017 au 31 août 2017.	2017-18	R		X		
Le processus de compilation de l'unité de mesure A) « L'usagère » pour le sous-centre 5990 ne permet pas de compiler les usagères dont la grossesse chevauche l'exercice antérieur et l'exercice en cours.	2017-18	R	Les interventions sont compilées dans I-CLSC depuis novembre 2018.		X	

### SIGNIFICATION DES CODES

#### COLONNE 3

« NATURE » :

R : Réserve

O : Observation

C : Commentaire

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

R : Régulé

PR : Partiellement Régulé

NR : Non Régulé

73

2018-19  
RAPPORT ANNUEL



(Suite)

**SIGNIFICATION  
DES CODES**

**COLONNE 3**

« NATURE » :

R : Réserve

O : Observation

C : Commentaire

**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 2019		
				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		
<b>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</b>						
Création d'un titre d'emploi pour les salariés dédiés à un directeur avec salaire plus élevé qu'une secrétaire de direction, en fonction des tâches et responsabilités.	2012-13	C	Des démarches sont en cours et ce titre d'emploi sera régularisé en 2019-20			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		
Pour un test effectué, l'approbation requise d'un dépassement de coûts d'un contrat de construction n'a pas été obtenue.	2018-19	C	Aucune			X

74

2018-19  
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 2019		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
<b>Rapport à la gouvernance</b>						
Pour les activités du Centre de jour à la Résidence des Années d'Or, la même personne s'occupe de collecter l'argent des usagers ainsi que d'effectuer les dépôts.	2014-15	C	Aucune			X
Pour les données des centres d'activités 6532 et 6174 (UTRF) à la Résidence Georges-Hébert, un rapprochement devrait être fait entre les dates d'autorisation des entrées et sorties des usagers inscrites au dossier et celles entrées dans le système d'admission.	2014-15	C		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		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		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		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

C : Commentaire

**COLONNES 5, 6 ET 7**

« ÉTAT DE LA PROBLÉMATIQUE » :

R : Régulé

PR : Partiellement Régulé

NR : Non Régulé

75

2018-19  
RAPPORT ANNUEL



# Organismes communautaires

**Dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean subventionne des organismes 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 **87,7 %**.

Pour l'année **2018-2019**, **197** organismes communautaires ont reçu un soutien financier de ce type, ce qui totalise **22 470 983 \$**.

Le second mode porte sur le financement d'organismes communautaires à travers des ententes pour activités spécifiques. Ce soutien financier représente **10,8 %** 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 investi **2 762 548 \$**.

Finalement, c'est un montant de **395 338 \$** qui a été accordé en 2018-2019 pour des projets ponctuels ou pour 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 **1,5 %** 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 **25 628 869 \$** qui a été alloué, pour l'année **2018-2019**, aux organismes communautaires de la région. Ce total inclut le montant de **1 122 200 \$** 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.

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

**Le tableau ci-après précise les organismes communautaires qui ont été financés en 2018-2019, par territoire et selon les trois volets précités ainsi que la répartition du budget accordé pour le rehaussement du PSOC.**

Budget PSOC 2018-2019	Entente pour activités spécifiques		Mission globale PSOC		Projets ponctuels		Total 2017-2018	Total 2018-2019
	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019		
<b>RLS JONQUIÈRE</b>								
Association pour personnes handicapées A.B.C.S.	30 000 \$	30 000 \$	63 104 \$	84 114 \$			93 104 \$	114 114 \$
Association des personnes handicapées de Jonquière			32 060 \$	32 574 \$			32 060 \$	32 574 \$
Centre d'action bénévole de Jonquière			101 604 \$	108 230 \$	80 \$	1 000 \$	101 684 \$	109 230 \$
Centre de femmes Mieux-être de Jonquière			195 067 \$	198 188 \$	1 000 \$	1 000 \$	196 067 \$	199 188 \$
Centre de services du Mieux-Vivre Bégin, Shipshaw, Saint-Charles et Saint-Ambroise			179 802 \$	182 679 \$			179 802 \$	182 679 \$
Centre d'intervention familiale Le Transit			139 620 \$	141 853 \$	1 000 \$		140 620 \$	141 853 \$
Centre L'Escale de Jonquière	41 897 \$	52 387 \$	188 515 \$	211 531 \$	10 981 \$		241 393 \$	263 918 \$
Entre-Êtres			4 968 \$	15 047 \$			4 968 \$	15 047 \$
Épicerie Halte-Ternative					40 000 \$	40 111 \$	40 000 \$	40 111 \$
La Maison des jeunes de Jonquière			87 417 \$	108 816 \$	989 \$	401 \$	88 406 \$	109 217 \$
La Ressource de Jonquière			15 036 \$	15 276 \$			15 036 \$	15 276 \$
La Soupière de l'Amitié d'Arvida/Kénogami			2 722 \$	5 532 \$			2 722 \$	5 532 \$
L'Alternative Café-Jeunesse de Jonquière (parrain PATRO)	20 518 \$	44 697 \$					20 518 \$	44 697 \$
Les Aînés de Jonquière			264 643 \$	277 921 \$		360 \$	264 643 \$	278 281 \$
L'Association pour la promotion des droits des personnes handicapées de Jonquière			32 060 \$	32 573 \$			32 060 \$	32 573 \$
Maison d'accueil et d'hébergement « La Chambrée »			673 769 \$	684 549 \$			673 769 \$	684 549 \$
Maison des jeunes de Shipshaw			50 320 \$	61 125 \$			50 320 \$	61 125 \$
<b>TOTAL JONQUIÈRE</b>	<b>92 415 \$</b>	<b>127 084 \$</b>	<b>2 030 707 \$</b>	<b>2 160 008 \$</b>	<b>54 050 \$</b>	<b>42 872 \$</b>	<b>2 177 172 \$</b>	<b>2 329 964 \$</b>

Budget PSOC 2018-2019	Entente pour activités spécifiques		Mission globale PSOC		Projets ponctuels		Total 2017-2018	Total 2018-2019
	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019		
<b>RLS CHICOUTIMI</b>								
ADHIS (Association pour le développement de la personne handicapée intellectuelle du Saguenay)			137 735 \$	159 939 \$			137 735 \$	159 939 \$
Association des parents d'adolescents de Chicoutimi (APAC)			66 286 \$	77 347			66 286 \$	77 347 \$
Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées (AQDR)	65 294 \$	69 454 \$				518 \$	65 294 \$	69 972 \$
Association des personnes aphasiques du Saguenay			17 498 \$	17 500 \$			17 498 \$	17 500 \$
Café-Jeunesse de Chicoutimi			56 887 \$	57 797	727 \$	840 \$	57 614 \$	58 637 \$
Carrefour communautaire Saint-Paul			8 798 \$	8 939 \$	791 \$		9 589 \$	8 939 \$
Centre d'action bénévole de Chicoutimi			178 711 \$	181 571 \$	859 \$	5 840 \$	179 570 \$	187 411 \$
Centre d'action bénévole de Laterrière			41 315 \$	46 976 \$			41 315 \$	46 976 \$
Centre du Lac Pouce			6 894 \$				6 894 \$	
Centre féminin du Saguenay			697 452 \$	708 611 \$	1 000 \$	743 \$	698 452 \$	709 354 \$
Comité des malades de Saint-Fulgence			1 813 \$	1 842 \$			1 813 \$	1 842 \$
Comptoir Multiservice de Falardeau			6 779 \$	6 887 \$	290 \$	2 713 \$	7 069 \$	9 600 \$
Corporation Les adolescents et la vie de quartier de Chicoutimi			50 104 \$	70 906 \$	313 \$	710 \$	50 417 \$	71 616 \$
École nationale d'apprentissage par la marionnette (ÉNAM)			53 233 \$	64 085 \$	90 \$		53 323 \$	64 085 \$
Femmes-Action : séparation-divorce			34 072 \$	44 617 \$			34 072 \$	44 617 \$
Groupe aide-action de Saint-Honoré			75 056 \$	76 257 \$			75 056 \$	76 257 \$
Groupe d'action communautaire de Falardeau			150 639 \$	153 049 \$			150 639 \$	153 049 \$
Le Centre communautaire Horizon 3 <sup>e</sup> âge			35 537 \$	35 090 \$			35 537 \$	35 090 \$
Les Services d'intégration sociale Nouvel Essor du Saguenay Inc.			138 297 \$	140 510 \$	244 \$	520 \$	138 541 \$	141 030 \$
Local Jeunes centre-ville de Chicoutimi			50 000 \$	70 800 \$	50 \$		50 050 \$	70 800 \$
Maison d'accueil pour sans-abri de Chicoutimi			180 172 \$	203 055 \$	50 \$		180 222 \$	203 055 \$
Maison des jeunes « Évasion » de Chicoutimi			83 340 \$	103 657 \$	1 338 \$		84 678 \$	103 657 \$
Maison des jeunes Alaxion			50 287 \$	71 092 \$	563 \$	157 \$	50 850 \$	71 249 \$

→

Budget PSOC 2018-2019	Entente pour activités spécifiques		Mission globale PSOC		Projets ponctuels		Total 2017-2018	Total 2018-2019
	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019		
<b>(SUITE) RLS CHICOUTIMI</b>								
Maison des jeunes de Laterrière			80 719 \$	82 011 \$	90 \$		80 809 \$	82 011 \$
Maison des jeunes de Saint-Fulgence			50 052 \$	60 853 \$	88 \$	512 \$	50 140 \$	61 365 \$
Maison des jeunes de Saint-Honoré			50 269 \$	71 073 \$		190 \$	50 269 \$	71 263 \$
Popote roulante de Laterrière			2 024 \$				2 024 \$	
Popote express Chicoutimi			46 000 \$	49 136 \$			46 000 \$	49 136 \$
Service alimentaire « La Recette »			59 878 \$	80 836 \$			59 878 \$	80 836 \$
Service communautaire de consultation individualisée de Chicoutimi			32 078 \$	42 591 \$	450 \$		32 528 \$	42 591 \$
Service de travail de rue de Chicoutimi			45 554 \$	71 283 \$	16 000 \$	1 000 \$	61 554 \$	72 283 \$
<b>TOTAL CHICOUTIMI</b>	<b>65 294 \$</b>	<b>69 454 \$</b>	<b>2 487 479 \$</b>	<b>2 758 310 \$</b>	<b>22 943 \$</b>	<b>13 743 \$</b>	<b>2 575 716 \$</b>	<b>2 841 507 \$</b>

Budget PSOC 2018-2019	Entente pour activités spécifiques		Mission globale PSOC		Projets ponctuels		Total 2017-2018	Total 2018-2019
	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019		
<b>RLS LA BAIE</b>								
Centre de bénévolat Soif de vivre de La Baie			84 164 \$	85 511 \$			84 164 \$	85 511 \$
Groupe d'action communautaire de l'A.P.R.S.			77 417 \$	88 656 \$			77 417 \$	88 656 \$
Groupe d'actions communautaires de santé bénévole (GACSB)			75 038 \$	76 239 \$			75 038 \$	76 239 \$
L'Association des parents d'ados du Fjord			63 617 \$	63 617 \$	308 \$		63 925 \$	63 617 \$
Les Bénévoles de Saint-Félix d'Otis			42 745 \$	42 745 \$			42 745 \$	42 745 \$
Maison des familles de La Baie		9 820 \$						9 820 \$
Maison des jeunes de La Baie			82 342 \$	103 659 \$	1 287 \$	444 \$	83 629 \$	104 103 \$
Maison des jeunes du Bas-Saguenay			71 000 \$	71 000 \$	698 \$	580 \$	71 698 \$	71 580 \$
Maison d'hébergement Le Rivage de La Baie			786 915 \$	805 102 \$	1 000 \$	815 \$	787 915 \$	805 917 \$
Popote mobile de La Baie			34 359 \$	34 859 \$			34 859 \$	34 859 \$
Service budgétaire populaire de La Baie	29 684 \$	30 159 \$					29 684 \$	30 159 \$
<b>TOTAL LA BAIE</b>	<b>29 684 \$</b>	<b>39 979 \$</b>	<b>1 318 097 \$</b>	<b>1 371 388 \$</b>	<b>3 293 \$</b>	<b>1 839 \$</b>	<b>1 351 074 \$</b>	<b>1 413 206 \$</b>

Budget PSOC 2018-2019	Entente pour activités spécifiques		Mission globale PSOC		Projets ponctuels		Total 2017-2018	Total 2018-2019
	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019		
<b>RLS LAC-SAINT-JEAN-EST</b>								
Accès entraide familles Lac-Saint-Jean-Est			24 120 \$	35 386 \$			24 120 \$	35 386 \$
Association des handicapés de Desbiens			184 762 \$	187 718 \$			184 762 \$	187 718 \$
Carrefour bénévole Labrecque Lamarche			35 592 \$	36 161 \$			35 592 \$	36 161 \$
Centre communautaire d'aide à la jeunesse Tandem Lac-Saint-Jean-Est			65 404 \$	66 451 \$			65 404 \$	66 451 \$
Centre d'action bénévole du Lac			143 105 \$	145 395 \$	215 \$	300 \$	143 320 \$	145 695 \$
Centre de femmes au Quatre-temps			194 874 \$	217 992 \$	879 \$		195 753 \$	217 992 \$
Centre de rétablissement Le Renfort	160 852 \$	163 426 \$	270 691 \$	305 022 \$	830 \$		432 373 \$	468 448 \$
Centre Le S.P.O.T.			53 146 \$	53 996 \$			53 146 \$	53 996 \$
Club Kinocoeur			4 500 \$	4 500 \$			4 500 \$	4 500 \$
Club Physico LSJ	11 067 \$	11 244 \$					11 067 \$	11 244 \$
Comité du travail de rue d'Alma			50 182 \$	70 985 \$		1 000 \$	50 182 \$	71 985 \$
Foyer d'apprentissage et d'autonomie sociale d'Alma			121 845 \$	123 795 \$			121 845 \$	123 795 \$
Groupe Centre-Lac d'Alma			73 822 \$	75 004 \$			73 822 \$	75 004 \$
Groupe d'action bénévole Ensemble de Sainte-Monique et de Saint-Henri			41 104 \$	41 762 \$			41 104 \$	41 762 \$
Groupe de soutien de Saint-Nazaire			35 063 \$	35 624 \$		654 \$	35 063 \$	36 278 \$
La Passerelle d'Alma			657 363 \$	667 881 \$			657 363 \$	667 881 \$
La Popote roulante d'Alma			58 540 \$	58 540 \$			58 540 \$	58 540 \$
Maison des familles La Cigogne		8 185 \$						8 185 \$
Maison de campagne et d'entraide communautaire du Lac			50 193 \$	50 996 \$			50 193 \$	50 996 \$
Maison des jeunes (12-18) l'Entre-Parenthèse de Chambord			50 281 \$	61 085 \$	331 \$	383 \$	50 612 \$	61 468 \$
Maison des jeunes d'Alma			81 605 \$	82 911 \$			81 605 \$	82 911 \$
Maison des jeunes de Delisle			30 000 \$	30 000 \$			30 000 \$	30 000 \$
Maison des jeunes de Desbiens			50 195 \$	50 998 \$			50 195 \$	50 998 \$

→

Budget PSOC 2018-2019	Entente pour activités spécifiques		Mission globale PSOC		Projets ponctuels		Total 2017-2018	Total 2018-2019
	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019		
<b>(SUITE) RLS LAC-SAINT-JEAN-EST</b>								
Maison des jeunes de Lamarche			50 189 \$	50 992 \$			50 189 \$	50 992 \$
Maison des jeunes de L'Ascension-de-Notre-Seigneur			4 453 \$	4 524 \$			4 453 \$	4 524 \$
Maison des jeunes de Métabetchouan			82 544 \$	93 865 \$	1 144 \$	722 \$	83 688 \$	94 587 \$
Maison des jeunes de Saint-Bruno du Lac Saint-Jean			50 277 \$	61 081 \$			50 277 \$	61 081 \$
Maison des jeunes de Saint-Gédéon			28 004 \$	28 452 \$			28 004 \$	28 452 \$
Maison des jeunes de Saint-Nazaire			7 541 \$	7 662 \$			7 541 \$	7 662 \$
Maison des jeunes d'Hébertville			50 049 \$	50 850 \$	404 \$	100 \$	50 453 \$	50 950 \$
Maison des jeunes de Sainte-Monique-de-Honfleur			4 577 \$	4 500 \$			4 577 \$	4 500 \$
Moisson d'Alma			25 075 \$	30 476 \$		10 000 \$	25 075 \$	40 476 \$
Nourri-Source			25 086 \$	25 487 \$			25 086 \$	25 487 \$
Popote roulante des Cinq Cantons	25 175 \$	25 578 \$				119 \$	25 175 \$	25 697 \$
Résidence de Labrecque	8 056 \$	8 185 \$					8 056 \$	8 185 \$
Service d'information et intervention en toxicomanie (Unité Domrémy d'Alma)		10 000 \$	80 480 \$	86 768 \$			80 480 \$	96 768 \$
Service d'accompagnement pour jeunes mères La Nichée			50 097 \$	70 899 \$	2 000 \$		52 097 \$	70 899 \$
Soli-Can Lac-Saint-Jean-Est	439 369 \$	406 394 \$	188 752 \$	191 772 \$	1 000 \$	1 000 \$	629 121 \$	599 166 \$
Station jeunesse			50 207 \$	61 010 \$	115 \$		50 322 \$	61 010 \$
<b>TOTAL LAC-SAINT-JEAN-EST</b>	<b>644 519 \$</b>	<b>633 012 \$</b>	<b>2 973 718 \$</b>	<b>3 170 540 \$</b>	<b>6 918 \$</b>	<b>14 278 \$</b>	<b>3 625 155 \$</b>	<b>3 817 830 \$</b>

Budget PSOC 2018-2019	Entente pour activités spécifiques		Mission globale PSOC		Projets ponctuels		Total 2017-2018	Total 2018-2019
	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019		
<b>RLS DOMAINE-DU-ROY</b>								
Action bénévole Entre-Deux Saint-André			44 744 \$	45 460 \$		6 500 \$	44 744 \$	51 960 \$
Actions bénévoles de Sainte-Hedwidge inc.			7 134 \$	14 495 \$			7 134 \$	14 495 \$
Agence Grands Frères, Grandes Sœurs du Domaine-du-Roy			47 446 \$	71 205 \$	1 000 \$	844 \$	48 446 \$	72 049 \$
Association jeannoise pour l'intégration sociale			104 572 \$	126 245 \$		328 \$	104 572 \$	126 573 \$
Association pour personnes handicapées « Le Goéland »			71 502 \$	71 502 \$			71 502 \$	71 502 \$
C.A.P. Accueil jeunesse			82 342 \$	83 659 \$	232 \$	629 \$	82 574 \$	84 288 \$
Centre d'action bénévole de Saint-Félicien			115 837 \$	110 503 \$	570 \$	1 424 \$	116 407 \$	111 927 \$
Centre de femmes « La Source »			193 135 \$	196 225 \$	736 \$		193 871 \$	196 225 \$
Centre des bénévoles de Roberval			8 863 \$	20 000 \$			8 863 \$	20 000 \$
Centre des services bénévoles de Saint-Prime			12 501 \$	12 689 \$			12 501 \$	12 689 \$
Centre Le Bouscueil de Roberval	85 832 \$	21 958 \$	143 264 \$	155 556 \$	451 \$		229 547 \$	177 514 \$
Centre Nelligan (Centre en santé mentale)			130 143 \$	152 226 \$		1000 \$	130 143 \$	153 226 \$
Domaine-du-Roy en forme	8 578 \$	8 715 \$					8 578 \$	8 715 \$
Entraide amicale de Saint-François-de-Sales			15 162 \$	15 405 \$	208 \$	255 \$	15 370 \$	15 660 \$
Entraide bénévole Chambord			18 561 \$	18 858 \$			18 561 \$	18 858 \$
Escale du centre- ville (secteur Saint-Félicien)			83 341 \$	88 658 \$	571 \$	203 \$	83 912 \$	88 861 \$
Groupe bénévole Mme Hermel Gauthier			16 194 \$	17 656 \$			16 194 \$	17 656 \$
La Corporation des services aux handicapés du comté Roberval			53 825 \$	64 687 \$			53 825 \$	64 687 \$
L'Auberge de l'Amitié Roberval inc.			709 085 \$	720 430 \$			709 085 \$	720 430 \$
Le Havre du Lac-Saint-Jean	292 918 \$	306 032 \$					292 918 \$	306 032 \$
Le Centre populaire de Roberval			50 207 \$	70 010 \$			50 207 \$	70 010 \$
Maison des jeunes « Laser » de Roberval			82 341 \$	103 658 \$	622 \$	197 \$	82 963 \$	103 855 \$
Maison des jeunes de Saint-Prime			40 208 \$	51 085 \$	563 \$	203 \$	40 771 \$	51 288 \$

Budget PSOC 2018-2019	Entente pour activités spécifiques		Mission globale PSOC		Projets ponctuels		Total 2017-2018	Total 2018-2019
	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019		
<b>(SUITE) RLS DOMAINE-DU-ROY</b>								
Maison du cheminement	35 656 \$	36 226 \$	426 417 \$	433 240 \$	786 \$	1 000 \$	462 859 \$	470 466 \$
Santé mentale Québec-Lac-Saint-Jean			79 981 \$	101 261 \$		610 \$	79 981 \$	101 871 \$
Service d'intervention de proximité Domaine-du-Roy			89 666 \$	96 101 \$			89 666 \$	96 101 \$
Services d'entraide Robervalois			47 162 \$	47 917 \$			47 162 \$	47 917 \$
Services et qualité de vie de La Doré			15 675 \$	15 926 \$	631 \$	343 \$	16 306 \$	16 269 \$
<b>TOTAL DOMAINE-DU-ROY</b>	<b>422 984 \$</b>	<b>372 931 \$</b>	<b>2 689 308 \$</b>	<b>2 904 657 \$</b>	<b>6 370 \$</b>	<b>13 536 \$</b>	<b>3 118 662 \$</b>	<b>3 291 124 \$</b>

Budget PSOC 2018-2019	Entente pour activités spécifiques		Mission globale PSOC		Projets ponctuels		Total 2017-2018	Total 2018-2019
	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019		
<b>RLS MARIA-CHAPDELAINE</b>								
Centre de femmes du pays Maria-Chapdelaine			187 404 \$	210 402 \$	1 000 \$	1 000 \$	188 404 \$	211 402 \$
Centre de santé mentale L'Arrimage	126 765 \$	128 793 \$	224 078 \$	237 663 \$	1 000 \$	1 000 \$	351 843 \$	367 456 \$
Centre Plein Vie inc.			50 328 \$	71 134 \$		5 200 \$	50 328 \$	76 334 \$
Club des jeunes 12-17 d'Albanel			5 696 \$	5 500 \$			5 696 \$	5 500 \$
Comité bénévole Saint-Eugène-d'Argentenay			11 322 \$	11 503 \$			11 322 \$	11 503 \$
Comité bénévole Sainte-Elizabeth-de-Proulx			17 262 \$	17 640 \$	2 000 \$		19 262 \$	17 640 \$
Comité des malades d'Albanel			22 018 \$	22 370 \$			22 018 \$	22 370 \$
Comité Les Amis de Saint-Stanislas			2 349 \$	10 000 \$			2 349 \$	10 000 \$
Épicerie communautaire Le Garde-Manger			50 000 \$	60 620 \$		111 \$	50 000 \$	60 620 \$
Grands Frères et Grandes Sœurs du Lac-Saint-Jean Nord			35 878 \$	71 452 \$	1 000 \$	656 \$	36 878 \$	72 108 \$
Groupe Au Seingulier			3 424 \$	1 712 \$			3 424 \$	1 712 \$
Groupe Espoir Dolbeau-Mistassini			104 768 \$	126 445 \$		4 823 \$	104 768 \$	131 268 \$
La Main du samaritain inc.			5 000 \$	5 000 \$			5 000 \$	5 000 \$

Budget PSOC 2018-2019	Entente pour activités spécifiques		Mission globale PSOC		Projets ponctuels		Total 2017-2018	Total 2018-2019
	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019		
<b>(SUITE) RLS MARIA-CHAPDELAINE</b>								
La Maison des jeunes Le Pentagone			51 133 \$	51 951 \$		2 500 \$	51 133 \$	54 451 \$
Le Comité de santé de Saint-Ludger-de-Milot			45 288 \$	45 000 \$			45 288 \$	45 000 \$
Le Tournant 3 F (popote roulante)	7 643 \$	7 765 \$					7 643 \$	7 765 \$
L'Entraide bénévole de Notre-Dame-de-Lorette			22 498 \$	12 000 \$			22 498 \$	12 000 \$
Les Amis des aînés de Normandin			81 057 \$	87 354 \$			81 057 \$	87 354 \$
Les Bénévoles de Girardville			24 701 \$	25 096 \$			24 701 \$	25 096 \$
Les Bénévoles de Saint-Thomas-Didyme			31 369 \$	31 871 \$			31 369 \$	31 871 \$
Les Bénévoles des aîné(e)s de Sainte-Jeanne-d'Arc			7 000 \$	7 000 \$			7 000 \$	7 000 \$
Les Volontaires de Saint-Augustin Dalmas			5 050 \$	5 000 \$			5 050 \$	5 000 \$
Maison Colombe-Veilleux	219 185 \$	203 196 \$					219 185 \$	203 196 \$
Maison « Halte secours »			614 416 \$	624 247 \$	980 \$	8 831 \$	615 396 \$	633 078 \$
Maison des jeunes de La Doré			50 201 \$	51 004 \$			50 201 \$	51 004 \$
Maison des jeunes Le Jouvenceau			87 416 \$	88 815 \$			87 416 \$	88 815 \$
Maison des jeunes L'Exode			50 295 \$	50 500 \$			50 295 \$	50 500 \$
Maison des jeunes L'Illusion de Girardville			16 616 \$	16 882 \$			16 616 \$	16 882 \$
Maison des jeunes Saint-Ludger-de-Milot			11 322 \$	11 503 \$			11 322 \$	11 503 \$
Maison d'intégration Norlac			90 844 \$	75 000 \$			90 844 \$	75 000 \$
Sécuri-Cœur Maria-Chapdelaine	7 785 \$	7 910 \$	5 146 \$	5 229 \$	974 \$		13 905 \$	13 139 \$
Service d'aide 55 plus			48 970 \$	59 754 \$			48 970 \$	59 754 \$
ToxicActions	10 000 \$	10 000 \$	63 028 \$	84 036 \$	1 000 \$	28 090 \$	74 028 \$	122 126 \$
<b>TOTAL MARIA-CHAPDELAINE</b>	<b>371 378 \$</b>	<b>357 664 \$</b>	<b>2 025 877 \$</b>	<b>2 183 683 \$</b>	<b>7 954 \$</b>	<b>52 211 \$</b>	<b>2 405 209 \$</b>	<b>2 593 447 \$</b>

Budget PSOC 2018-2019	Entente pour activités spécifiques		Mission globale PSOC		Projets ponctuels		Total 2017-2018	Total 2018-2019
	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019		
<b>VOCATION SOUS-RÉGIONALE ET RÉGIONALE</b>								
ARACSM-02 (Ass. des ressources alternatives et comm. en SM région 02)	45 113 \$	45 835 \$	79 981 \$	86 261 \$	1 000 \$	1 000 \$	126 094 \$	133 096 \$
ACSMS (Association canadienne pour la santé mentale Saguenay)	422 171 \$	307 005 \$	578 311 \$	587 567 \$	15 000 \$	50 000 \$	1 015 482 \$	944 572 \$
Association de la fibromyalgie (fibrosité) du Saguenay–Lac-Saint-Jean			6 166 \$	25 099 \$			6 166 \$	25 099 \$
Association de soutien et d'information face à la douleur (A.S.I.D.)			25 052 \$	25 453 \$	729 \$	829 \$	25 781 \$	26 282 \$
Association des arthritiques du Saguenay–Lac-Saint-Jean			25 122 \$	30 524 \$			25 122 \$	30 524 \$
Association des gais et lesbiennes du Saguenay–Lac-Saint-Jean				24 000 \$	1 040 \$	1 000 \$	1 040 \$	25 000 \$
Association des personnes handicapées visuelles de la région 02			42 771 \$	43 455 \$	10 000 \$		52 771 \$	43 455 \$
Association PANDA Saguenay–Lac-Saint-Jean			112 925 \$	114 732 \$	667 \$	17 130 \$	113 592 \$	131 862 \$
AQEPA Saguenay (Ass. du Qc pour les enfants avec problèmes auditifs)			9 773 \$	9 929 \$			9 773 \$	9 929 \$
AQEPA Lac-Saint-Jean (Ass. du Qc pour les enfants avec problèmes auditifs)			5 095 \$	5 177 \$			5 095 \$	5 177 \$
Association régionale pour les personnes épileptiques			66 927 \$	77 998 \$			66 927 \$	77 998 \$
Association Renaissance des personnes traumatisées crâniennes du SLSJ			82 534 \$	93 855 \$	18 796 \$	2 800 \$	101 330 \$	96 655 \$
Association québécoise de la dysphasie région SLSJ			5 250 \$	10 000 \$			5 250 \$	10 000 \$
Baluchon Alzheimer	24 050 \$	38 976 \$					24 050 \$	38 976 \$
CALACS Entre Elles	167 850 \$		274 895 \$	279 293 \$			442 745 \$	279 293 \$
Cancer Saguenay			54 693 \$	60 568 \$	115 \$		54 808 \$	60 568 \$
Cardi-O-Forme	20 041 \$	20 362 \$	25 072 \$	25 475 \$	1 144 \$	1 005 \$	46 257 \$	46 842 \$
Centre de prévention du suicide région 02			609 060 \$	618 805 \$	20 115 \$	30 000 \$	629 175 \$	648 805 \$
Centre de ressources pour hommes OPTIMUM Saguenay–Lac-Saint-Jean			214 091 \$	217 517 \$	15 000 \$	84 150 \$	229 091 \$	301 667 \$
Centre le Phare	41 878 \$	42 548 \$	548 345 \$	557 118 \$		13 400 \$	590 223 \$	613 066 \$

Budget PSOC 2018-2019	Entente pour activités spécifiques		Mission globale PSOC		Projets ponctuels		Total 2017-2018	Total 2018-2019
	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019		
<b>(SUITE) VOCATION SOUS-RÉGIONALE ET RÉGIONALE</b>								
Clowns Thérapeutiques Saguenay						1 000 \$		1 000 \$
Comité Enfaim			26 658 \$	37 085 \$		1 813 \$	26 658 \$	38 898 \$
C.O.R.A.M.H. (Corp. de recherche et d'action sur les maladies héréditaires)			74 627 \$	75 821 \$			74 627 \$	75 821 \$
Diabète Saguenay			25 074 \$	25 475 \$			25 074 \$	25 475 \$
Équijustice LSJ inc.			341 105 \$	346 563 \$	1 000 \$	1 000 \$	342 105 \$	347 563 \$
Équijustice Saguenay inc.			300 020 \$	303 922 \$			300 020 \$	303 922 \$
GPDDSM (Groupe de promotion et défense des droits en SM de la région 02)			216 301 \$	219 762 \$		1 000 \$	216 301 \$	220 762 \$
G.R.T.P. (Groupe de ressource et défense des droits en SM de la région 02)			63 642 \$	64 660 \$			63 642 \$	64 660 \$
Information et Référence Région 02			33 966 \$	44 509 \$			33 966 \$	44 509 \$
Interassociation des personnes handicapées du Saguenay			55 829 \$	56 723 \$	840 \$		56 669 \$	56 723 \$
La Maison d'hébergement Le Séjour inc.			172 401 \$	175 159 \$	829 \$	1 198 \$	173 230 \$	176 357 \$
La Maison ISA (CALACS)			275 362 \$	279 768 \$	1 000 \$	1 000 \$	276 362 \$	280 768 \$
La Maisonnée d'Évelyne			242 951 \$	246 839 \$			242 951 \$	246 839 \$
L'Association pour la promotion des droits des personnes handicapées de Jonquière			32 061 \$	32 574 \$			32 061 \$	32 574 \$
Le Havre du fjord			117 946 \$	149 833 \$	67 650 \$	1 000 \$	185 596 \$	150 833 \$
Le Maillon			188 416 \$	201 431 \$	320 \$	17 700 \$	188 736 \$	219 131 \$
Le MIENS			215 494 \$	223 942 \$			215 494 \$	223 942 \$
Le service « Les Habitations partagées du Saguenay »			74 838 \$	76 035 \$		75 \$	74 838 \$	76 110 \$
Maison de l'Espoir Saguenay–Lac-Saint-Jean inc.			379 494 \$	405 566 \$	991 \$		380 485 \$	405 566 \$
Maison d'hébergement S.O.S. jeunesse			306 369 \$	341 271 \$			306 369 \$	341 271 \$
Maison Notre-Dame du Saguenay	498 972 \$	406 394 \$					498 972 \$	406 394 \$
Maison de soins palliatifs du Saguenay		210 387 \$						210 387 \$
Moisson Saguenay–Lac-Saint-Jean			101 769 \$	108 397 \$		235 \$	101 769 \$	108 632 \$

→

Budget PSOC 2018-2019	Entente pour activités spécifiques		Mission globale PSOC		Projets ponctuels		Total 2017-2018	Total 2018-2019
	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019	2017-2018	2018-2019		
<b>(SUITE) VOCATION SOUS-RÉGIONALE ET RÉGIONALE</b>								
Palli-Aide			148 328 \$	150 701 \$			148 328 \$	150 701 \$
Parkinson Saguenay–Lac-Saint-Jean				24 000 \$				24 000 \$
Regroupement des maisons des jeunes du Saguenay–Lac-Saint-Jean					1 000 \$		1 000 \$	
Regroupement des personnes atteintes de troubles de l'humeur			7 666 \$	7 789 \$			7 666 \$	7 789 \$
Regroupement des sourds et malentendants du Saguenay–Lac-Saint-Jean			14 000 \$	15 058 \$			14 000 \$	15 058 \$
Regroupement québécois pour personnes avec acouphènes (RQPA)			5 075 \$	2 538 \$			5 075 \$	2 538 \$
Séjour Marie-Fitzbach			165 657 \$	198 308 \$	6 830 \$		172 487 \$	198 308 \$
SRIEQ (Service régional d'interprétation de l'Est du Québec)	89 485 \$	90 917 \$					89 485 \$	90 917 \$
Société Alzheimer de la Sagamie			416 841 \$	423 510 \$			416 841 \$	423 510 \$
Société canadienne de la sclérose en plaques Saguenay			10 700 \$	10 871 \$			10 700 \$	10 871 \$
Société canadienne de la sclérose en plaques Lac-Saint-Jean			8 332 \$	8 465 \$			8 332 \$	8 465 \$
Société de l'autisme de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean			370 612 \$	376 542 \$		4 100 \$	370 612 \$	380 642 \$
Table régionale des organismes communautaires (TROC-02)			92 811 \$	149 296 \$	15 584 \$	25 307 \$	108 395 \$	174 603 \$
Tel-Aide Saguenay–Lac-Saint-Jean / Côte-Nord			65 062 \$	76 103 \$	9 264 \$		74 326 \$	76 103 \$
Triolait			25 143 \$	30 545 \$		117 \$	25 143 \$	30 662 \$
<b>TOTAL VOCATION RÉGIONALE</b>	<b>1 309 560 \$</b>	<b>1 162 424 \$</b>	<b>7 340 613 \$</b>	<b>7 781 887 \$</b>	<b>188 914 \$</b>	<b>256 859 \$</b>	<b>8 839 087 \$</b>	<b>9 201 170 \$</b>





# 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 .....	95
Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES .....	96
Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE.....	98
Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS .....	101
Section 4 — APPLICATION .....	102
Annexe I – Engagement et affirmation du membre .....	106
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance.....	107
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre .....	108
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général.....	109
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts .....	111
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflit d'intérêts .....	112
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen .....	113

# Préambule

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

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

# SECTION 1 — Dispositions générales

## 1 Objectifs généraux

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

### Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

## 2 Fondement légal

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

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

## 3 Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 4 Champ d'application

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

## 5 Disposition finale

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

## 6 Diffusion

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

# SECTION 2 — Principes d'éthique et règles de déontologie

## 7 Principes d'éthique

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

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

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

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

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

## 8 Règles de déontologie

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

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

### 8.1 Disponibilité et compétence

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

### 8.2 Respect et loyauté

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

### 8.3 Impartialité

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

### 8.4 Transparence

- Exercer ses responsabilités avec transparence, notamment

en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.

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

### **8.5 Discrétion et confidentialité**

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

### **8.6 Considérations politiques**

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

### **8.7 Relations publiques**

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

### **8.8 Charge publique**

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique 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 :
- un état des faits reprochés;
  - un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;
  - une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
  - une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.
- 19.9** Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.

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

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

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

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

## 20 Notion d'indépendance

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

## 21 Obligations en fin du mandat

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

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

---

# ANNEXE I

## ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DU MEMBRE

### Coordonnées du bureau d'élection

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date (aaaa-mm-jj)

\_\_\_\_\_  
Lieu

\_\_\_\_\_  
Nom du commissaire à l'assermentation

\_\_\_\_\_  
Signature

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

---

## **ANNEXE II**

### **AVIS DE BRIS DU STATUT D'INDÉPENDANCE**

#### **AVIS SIGNÉ**

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

---

## ANNEXE III

# DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU MEMBRE

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

### 1. Intérêts pécuniaires

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

---

---

---

### 2. Titre d'administrateur

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

---

---

### 3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

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

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date (aaaa-mm-jj)

\_\_\_\_\_  
Lieu

---

## ANNEXE IV DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

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

### 1. Intérêts pécuniaires

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

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

---

---

---

## 2. Titre d'administrateur

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

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

---

---

---

## 3. Emploi

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



---

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

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

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

\_\_\_\_\_  
Signature Date [aaaa-mm-jj] Lieu

---

## **ANNEXE VII**

### **SIGNALEMENT D'UNE SITUATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS**

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

---

Signature

---

Date [aaaa-mm-jj]

---

Lieu



Garant  
des forêts  
intacts<sup>MC</sup>



**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 

