Rapport annuel de gestion 2018 2019

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

ÉQUITÉ
HUMANISME
COLLABORATION

Des gens de cœur unis pour votre mieux-être !

Québec

Rapport annuel de gestion 2018 2019

Adopté par le conseil d'administration le **13 juin 2019**

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

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

Québec

Le Rapport annuel de gestion 2018-2019 est une production du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches :
363, route Cameron
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2
Téléphone : 418 386-3363

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

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

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

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019
ISBN : 978-2-550-84338-2

COM 2019-126

TABLE DES MATIÈRES

1. Le message des autorités 7

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

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

3.1 L'établissement 8

3.1.1 La mission 8

3.1.2 La vision 9

3.1.3 Les valeurs organisationnelles 9

3.1.4 Structure organisationnelle 10

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

3.2.1 Le conseil d'administration 12

3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives 13

3.3 Les faits saillants 27

4. Les résultats au regard des attentes signifiées pour l'année 2018-2019 35

4.1 Les attentes spécifiques 35

4.2 Les engagements annuels 40

5. Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité 60

5.1 L'agrément 60

5.2 La sécurité et la qualité des soins et des services 61

5.2.1 Les actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents 61

5.2.2 La nature des trois principaux types d'incidents (indices de gravité A et B) mis en évidence au moyen du système local de surveillance 62

5.2.3 La nature des trois principaux types d'incidents (indices de gravité C à I) mis en évidence au moyen du système local de surveillance 63

5.2.4 Les actions entreprises par le comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement en lien avec les principaux risques d'incidents/accidents 64

5.2.5 Les actions entreprises par le comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement en lien avec la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales 76

5.2.6 Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art 118.1 LSSSS) 76

5.2.7 Les mesures mises en place par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité à la suite des recommandations formulées par les instances 79

TABLE DES MATIÈRES (suite)

5.3 Le nombre de mises sous garde dans un établissement selon la mission 89

5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits 89

5.5 L'information et la consultation de la population 91

6. L'application de la Politique portant sur les soins de fin de vie 92

7. L'application de la Loi sur la protection de la jeunesse 96

8. Les ressources humaines 99

9. Les ressources financières 101

9.1 Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme 101

9.2 L'équilibre budgétaire 102

9.3 Les contrats de service 102

10. L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant 103

11. La divulgation des actes répréhensibles 122

12. Les organismes communautaires 123

ANNEXE : Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration 129

1. Le message des autorités

Le défi de la main-d'œuvre touche toutes les régions du Québec et plus particulièrement Chaudière-Appalaches qui connaît le taux de chômage le plus bas au pays. C'est dans ce contexte que la dernière année a été marquée par des efforts colossaux au chapitre du recrutement. La réalisation de nos premières Journées emplois a permis l'embauche de 150 recrues. En réalisant ces activités dans les quatre pôles de notre territoire, nous sommes sortis des sentiers battus pour aller, sur le terrain, à la rencontre des chercheurs d'emploi.

Tournés vers la collaboration, nous avons mis en place une politique de partenariat avec les usagers afin de mieux répondre à leurs besoins. Leurs témoignages et l'expérience qu'ils vivent en tant qu'usager nous permettront assurément d'adapter nos méthodes et nos façons de faire afin de mieux répondre à leurs besoins.

C'est pour reconnaître les initiatives propres à notre établissement que nous avons tenu, en octobre dernier, notre tout premier Gala d'excellence qui a mis en lumière l'innovation et l'engagement des équipes à desservir notre clientèle qui nous caractérise si bien. Ce fut une occasion de reconnaître et de partager ces initiatives qui méritent d'être connues. Quel beau partage!

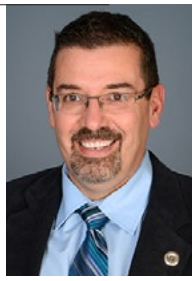
La qualité de vie au travail est une priorité pour l'établissement qui a mis beaucoup d'effort dans l'implantation de la norme Entreprise en santé. Ces efforts notables ont été récompensés par le Bureau de normalisation du Québec qui a accordé la certification Entreprise en santé – Élite au CISSS de Chaudière-Appalaches. L'établissement devient ainsi le premier parmi les CISSS et les CIUSSS à recevoir cette certification.

D'importants chantiers ont été livrés en cours d'année. Mentionnons la fin des travaux majeurs de rénovation au CHSLD Richard-Busque, les espaces pour les personnes en fin de vie à l'Hôpital de Saint-Georges, le Centre de jour au CHSLD de Saint-Jean-Port-Joli, l'Unité mère-enfant et l'Unité de pédiatrie de l'Hôpital de Saint-Georges, la caméra SPECT-CT à l'Hôpital de Thetford Mines... Et que dire du plus gros chantier de notre histoire, celui du Centre régional intégré de cancérologie (CRIC) avec son investissement global de 157 143 000 $. Situé dans un bâtiment de plus de 12 000 mètres carrés annexé à l'Hôtel-Dieu de Lévis, le CRIC peut maintenant desservir toute la clientèle en cancérologie de la région de la Chaudière-Appalaches qui n'aura plus à se déplacer sur la rive nord pour recevoir certains services spécialisés. D'autres chantiers ont débuté en cours d'année comme celui du bâtiment qui accueillera le futur IRM de l'Hôpital de Montmagny et les rénovations au CHSLD de Montmagny.

Ambitieux et tourné vers l'avenir, le CISSS de Chaudière-Appalaches vise à créer une école de médecine à l'Hôtel-Dieu de Lévis. L'objectif : offrir un doctorat en médecine pour relever le défi de la pratique médicale en région. Avec ses partenaires, l'établissement a mis en place, en cours d'année, les bases pour que cet important projet se concrétise.

Brigitte Busque,
présidente du conseil d'administration

Daniel Paré,
président-directeur général



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

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

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

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2018-2019 du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches ainsi que les contrôles y afférant sont fiables et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2019.

Le président-directeur général,

Daniel Paré

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

3.1 L'établissement

3.1.1 La mission

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

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

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

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

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

3.1.2 La vision

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

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

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

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

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

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

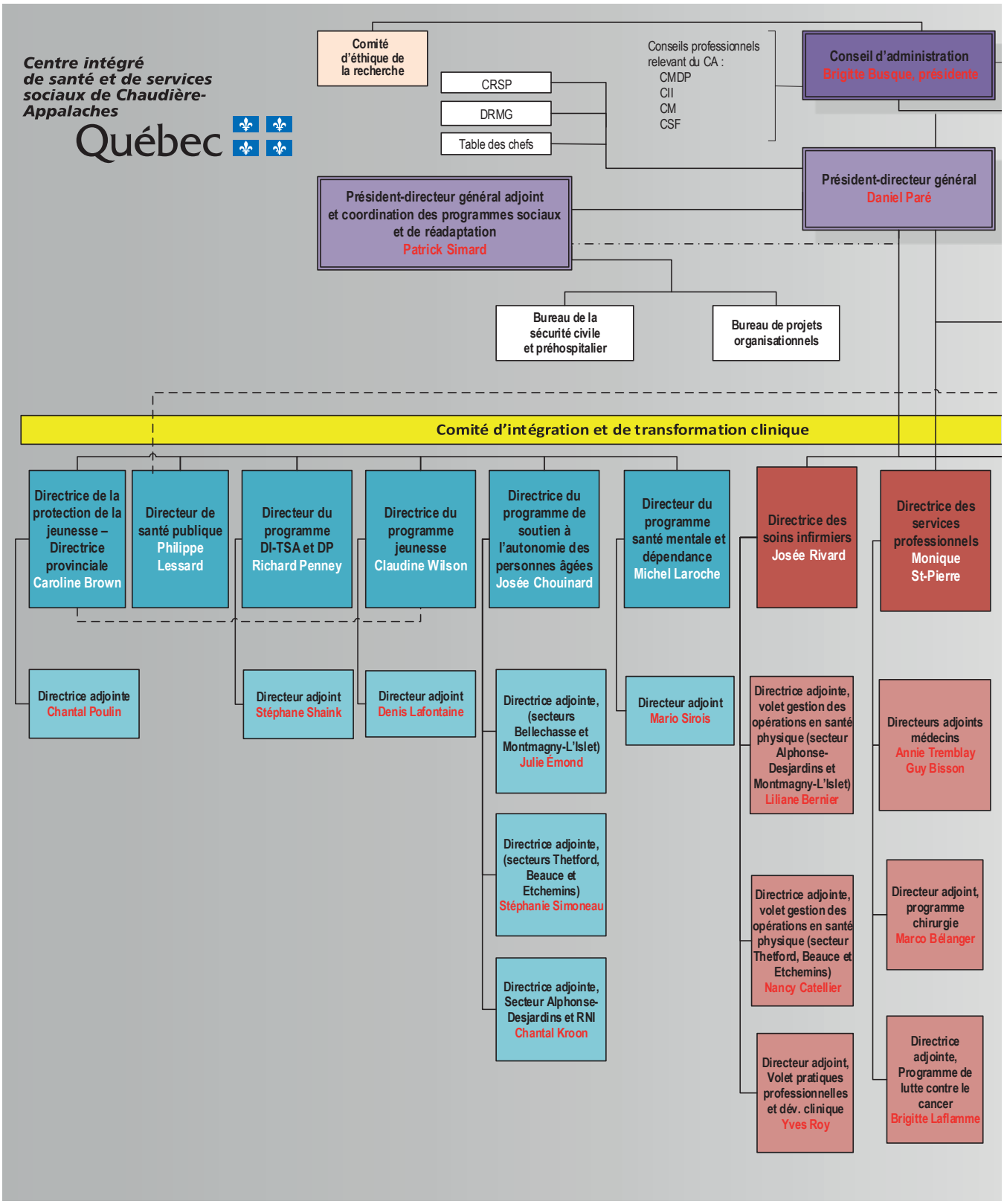
3.1.3 Les valeurs organisationnelles

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

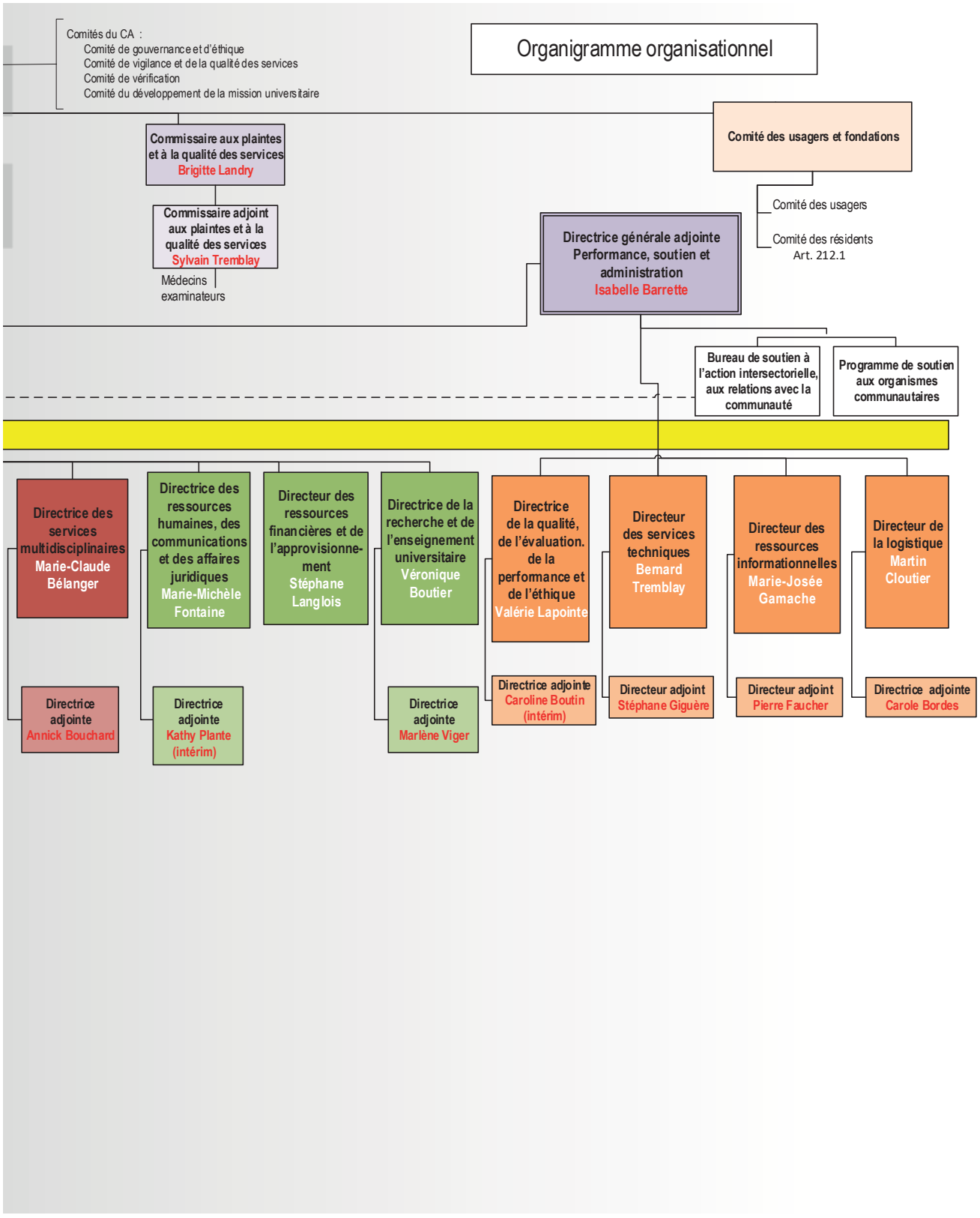
Collaboration : Pour assurer une fluidité dans les soins et les services offerts à la population et construire un nouveau « nous » solide, la collaboration nous appelle à travailler ensemble avec nos usagers et partenaires en complémentarité, au-delà de nos différences, en priorisant la cohésion et la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

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

3.1.4 Structure organisationnelle



Organigramme organisationnel



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

3.2.1 Le conseil d'administration

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

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

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

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

Rapport de suivi du code d'éthique et de déontologie

Le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration, présenté en annexe, a été adopté le 1er mars 2016. Pour l'année 2018-2019, aucune situation de manquement à ce code n'a été signalée, aucune décision ni sanction n'a été imposée et aucun administrateur n'a été révoqué ou suspendu.

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

3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives

Voici la liste des comités du conseil d'administration.

Comités du conseil d'administration

Comité de gouvernance et d'éthique	
Mme Josée Caron	Présidente
Mme Louise Lavergne	Membre
Mme Diane Fecteau	Membre
Mme Maryan Lacasse	Membre

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019
Le comité de gouvernance et d'éthique s'est réuni à quatre reprises en 2018-2019 dont une séance a été réservée spécifiquement à l'agrément. Lors des trois autres séances, les sujets suivants ont été traités, soit la mise à jour de l'outil d'évaluation du rendement et de la performance du conseil d'administration, l'outil d'évaluation du déroulement des séances du conseil d'administration, les indicateurs du tableau de bord, l'agrément et le suivi de l'arrivée des nouveaux membres du conseil d'administration.

Comité de vigilance et de la qualité des services	
M. Normand Baker	Président (jusqu'au 26 avril 2018)
Mme Louise Lavergne	Présidente (depuis le 9 mai 2018)
M. Michel Langlais	Membre (jusqu'au 9 mai 2018)
M. Richard Tanguay	Membre (depuis le 19 septembre 2018)
M. Denis Beaumont	Membre (jusqu'au 6 novembre 2018)
M. Jérôme L'Heureux	Membre (depuis le 12 décembre 2018)

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019
Le comité de vigilance et de la qualité des services s'est réuni à quatre reprises en 2018-2019. De ces quatre séances, une a permis aux membres de recevoir les présidents des conseils professionnels et du comité des usagers du CISSS de Chaudière-Appalaches afin d'avoir un temps d'échange au sujet de leurs enjeux liés à la qualité des services. Les autres séances ont permis de traiter du suivi de l'agrément et des différents motifs de plaintes, du suivi qualité des résidences pour personnes âgées et des centres d'hébergement de soins et de longue durée et d'assurer une vigie des enjeux particuliers liés au Protecteur du citoyen, à la gestion des risques et à la prévention et le contrôle des infections.

Comité de vérification	
Mme Suzanne Jean	Présidente et secrétaire
M. Jérôme L'Heureux	Membre
Mme Josée Caron	Membre

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019
Fusion des systèmes d'information RH-Paie.
Fusion des systèmes d'information GRF-GRM.
Détérioration de la situation financière du CISSS de Chaudière-Appalaches.
Révision des processus et des procédures de travail de la Direction des ressources financières et de l'approvisionnement.

Comité du développement de la mission universitaire	
Mme Brigitte Busque	Présidente du conseil d'administration (membre d'office et membre votant)
M. Daniel Paré	Président-directeur général (membre d'office et membre votant)
Mme Suzanne Jean	Représentante du conseil d'administration (membre votant)
Dre Catherine Boucher	Représentante du conseil d'administration (membre votant)
M. Martin Cloutier	Représentant du conseil d'administration (membre votant)
Dr Jean-François Montreuil	Représentant du conseil d'administration (membre votant), représentant du milieu universitaire (Université Laval) et président du comité
Mme Véronique Boutier	Directrice de la recherche et de l'enseignement universitaire (membre permanent non votant) et présidente du comité
Mme Marlène Viger	Directrice adjointe de la recherche et de l'enseignement universitaire (membre permanent non votant)
Dr Gilles Lortie	Cogestionnaire de l'enseignement médical (membre permanent non votant)
Mme Lucie Laflamme	Représentante du milieu universitaire (UQAR) (membre permanent non votant)

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019
Janvier 2019 - Remaniement du comité du développement de la mission universitaire augmentant significativement la représentativité des membres du conseil d'administration. Modification du mandat et révision du règlement sur la régie interne du comité.
Mise en place de cinq grands chantiers de travail permettant de structurer notre démarche de reconnaissance universitaire.
Mise en place du comité stratégique ainsi que du comité opérationnel de l'enseignement médical, tous deux tributaires du comité de développement de la mission universitaire du C. A.
Suivis de l'évolution de plusieurs projets, notamment le projet « Doctorat en médecine pour relever le défi de la pratique médicale en région » et le positionnement du Centre de recherche à titre de Système Apprenant en Santé et Services sociaux (SASSS).

Conseils professionnels relevant du C. A.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)	
Dr Martin Arata	Président
M. Jean Bournival	Vice-président
Dr Alexis Carrier	Secrétaire-trésorier
Dre Audrey Godbout	Déléguée, secteur Thetford Mines
Dre Patricia Caron	Déléguée, secteur Beauce
Dr Gilles Labrecque	Délégué, secteur Montmagny-L'Islet
Dre Mélissa LeBlanc	Déléguée, secteur Alphonse-Desjardins
Dr Hugo Morrissette	Délégué, secteur Alpohonse-Desjardins
Dr Samuel Béliveau	Délégué, secteur Beauce
Dre Manon Robitaille	Déléguée, secteur Montmagny-L'Islet
Dr Roberto Tosti	Délégué, secteur Alphonse-Desjardins
Dr André Villeneuve	Délégué, secteur Alphonse-Desjardins

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019
Avis sur la nécessité des formations complémentaires.
Implication dans le dossier du service de psychiatrie à l'Hôpital de Thetford Mines.
Implication dans le dossier sur les enjeux du service d'hémato-oncologie et de l'utilisation du Logiciel MOSAIQ.
Révision du rôle du CMDP et création des instances locales.

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)	
Mme Virginie Breton	Présidente
Mme Line-Janik Robichaud	Vice-présidente
Mme Amélie Poulin	Trésorière représentant la Direction du programme SAPA (hébergement)
Mme Tracy Ayotte	Conseillère représentant la Direction des services professionnels
Mme Émilie Turcotte	Conseillère représentant la Direction du programme SAPA (SAD)
Mme Caroline Poulin	Conseillère représentant la Direction du programme jeunesse
Mmes Pascale Labrecque et Estelle Rancourt (IPS en alternance temporairement)	Conseillères représentant la Direction des soins infirmiers (IPS)

Mme Alex Paré	Conseillère représentant la Direction des soins infirmiers (Urgence)
Mme Marie-Anne Beauchamp	Conseillère représentant la Direction du programme DI-TSA et DP
M. Nicolas Raymond	Conseiller représentant la Direction du programme santé mentale et dépendance
M. Joas Quirion	Président du CIIA
M. Jean-François Blanchet	Représentant du CIIA
Mme Josée Rivard	Directrice des soins infirmiers
M. Yves Roy	Directeur adjoint des soins infirmiers
M. Daniel Paré	Président-directeur général

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019

Le CECII a été consulté sur divers sujets/procédures/règles de soins/politiques/ordonnances collectives et a émis des commentaires, avis et recommandations sur les différents sujets suivants :

- Présentation du cadre de référence en éthique et déontologie;
- Projet Ratio;
- Modalités de gouvernance en prévention et contrôle des infections;
- Politique de lutte de la maltraitance envers une personne aînée et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité;
- Politique sur la gestion préventive des médicaments dangereux;
- Politique d'utilisation exceptionnelle de la contention, de l'isolement et des substances chimiques comme mesures de contrôle;
- Rapport de consultation : développement d'une pratique infirmière contemporaine au SAD;
- Plan d'action de la table clinique en prévention et contrôle des infections nosocomiales;
- Politique sur l'hygiène des mains;
- Politique sur la gestion sécuritaire des médicaments à haut risque et des produits sanguins et leurs dérivés;
- Cadre de référence régional 03-12 sur les normes d'encadrement entourant la pratique clinique dans un contexte de stage en soins infirmiers;
- Programme de cancérologie;
- OPUS-AP – Promotion des approches non pharmacologiques en CHSLD chez les résidents ayant des SCPD;
- Politique sur la culture juste en matière de sécurité;
- AAPA;
- Programme interprofessionnel de prévention et soins de la peau et des plaies.

Participation du CECII à différents comités :

- Comité de développement stratégique du partenariat avec les usagers, les proches et la population (nombre de participation : 2);
- Comité de gestion des risques (nombre de participation : 2);
- Participation au comité de transformation et d'intégration clinique (CITC) (nombre de participation : 3);
- Table PCI (prévention et contrôle des infections) (nombre de participation : 2);
- Comité des ordonnances collectives (nombre de participation : 6);
- Gala d'excellence.

De plus, M^me^ Line-Janik Robichaud, notre vice-présidente, s'est engagée dans le C. A. de l'ACIIQ en début d'année 2019.

Actions du CECII liées à leur mandat d'apprécier la qualité des actes infirmiers et de favoriser la mobilisation et l'engagement de leurs membres dans la profession :

- Visite du CII et CIIA dans les centres du CISSS de Chaudière-Appalaches :
  - Permet de faire connaître le CII et le CIIA;
  - Amène une discussion avec les membres sur la qualité des soins et leurs préoccupations;
  - Veut amener à une valorisation du rôle de l'infirmière.
- Réception de quatre préoccupations sur la qualité des soins de la part d'infirmières :
  - Amène discussion et analyse de la préoccupation;
  - Aboutissement à des interventions concrètes sur le terrain (ex. : formation du comité d'experts en hémodialyse);
  - Suivi par le CII des démarches en cours.
- Le comité relève infirmière (CRI) et le comité des PAB relevant du CII :
  - Les deux comités ont participé à des activités de recrutement avec la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques;
  - Ils ont une affiche distribuée à chaque nouvel employé lors des journées de tronc commun pour se faire connaître;
  - Ils ont fait des sondages post-embauche auprès de leurs pairs pour vérifier le taux de satisfaction et permettre des améliorations quant à l'accueil, l'orientation et l'intégration lorsque requis.

Actions liées au mandat du maintien des compétences des infirmières et aussi dans un objectif de mobilisation :

- Organisation du 2^e^ colloque en soins infirmiers du CISSS de Chaudière-Appalaches en collaboration avec la direction de l'établissement :
  - Colloque qui permet de faire connaître le CII et le CIIA davantage;
  - But premier est de fournir de la formation continue à nos infirmières et infirmières auxiliaires afin de maintenir la qualité des soins;
  - Participation de plus de cents infirmières et infirmières auxiliaires;
  - Le CIIA a présenté le colloque comme « projet porteur » dans le cadre de leur congrès annuel pour la participation à l'organisation du colloque en collaboration avec le CII et le projet a été retenu à titre de projet porteur « CIIA/ Formation continue des infirmières auxiliaires ».
- Reconnaissance du savoir, savoir-être et savoir-faire de membres du personnel soignant (infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires) par un article/entrevue dans L'interligne (une personne/mois) :
  - Collaboration DSI et CECII;
  - Valorise l'engagement du personnel;
  - Se veut une source de motivation.

Conseil multidisciplinaire (CM)	
Mme Myriam Ouellet	Présidente
M. Jude Martel	Vice-président
Mme Karine Courcy	Membre (responsable des communications)
Mme Sonia Croteau	Membre
M. Éric Morasse	Membre (responsable du comité de soutien aux comités de pairs)
Mme Anny Berthiaume	Membre (responsable du comité AGA/Élections)
M. Martin Vaillancourt	Membre
Mme Valérie Gosselin	Membre (responsable du comité de soutien aux comités de pairs)
M. Pierrot-Maxime Bernier	Membre (responsable du comité pour le maintien et la promotion de la compétence des membres)
Mme Audrey Lachance	Membre
Mme Lucie Girard	Membre
Mme Patricia Bilodeau	Membre
Mme Marie-Claude Bélanger	Membre d'office
M. Daniel Paré	Membre d'office

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019
Algorithme pour la décision d'effectuer une demande d'avis/recommandation au CM.
Recommandations en lien avec le projet Optilab (17 janvier 2019).
Questionnaire sur le développement et le maintien des compétences des membres du CM (février 2019).
Campagne de promotion « Je suis CM, et toi? » et développement d'une mascotte « CM ».

Conseil des sages-femmes (CSF)	
Mme Marie-Josée Larocque, sage-femme	Présidente du CSF jusqu'au 12 mars 2019
Mme Marie-Andrée Martineau, sage-femme	Présidente du CSF à partir du 13 mars 2019
Mme Sandra Demontigny, responsable des services de sage-femme	Secrétaire jusqu'au 12 mars 2019
Mme Marie-Josée Larocque, responsable des services de sage-femme intérimaire	Secrétaire à partir du 13 mars 2019
Mme Clara Sévigny-Bachand, sage-femme	Officière, remplacée car congé maladie au 13 mars 2019
Mme Jessie Lapointe, sage-femme	Officière, remplace Clara Sévigny-Bachand à partir du 13 mars 2019
Mme Christine Reault, sage-femme	Officière
Mme Maude Côté, sage-femme	Vice-présidente

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019
Une démarche de collaboration interprofessionnelle entre le service de sage-femme et les professionnelles de l'Hôtel-Dieu de Lévis est en cours.
Une démarche de santé et de bien-être au travail est aussi en cours. Le CEDO nous accompagne dans cette démarche.
Cinq nouvelles sages-femmes sont maintenant à contrat avec l'établissement.
Une démarche d'évaluation continue des services a été débutée accompagnée par la DQEPE.

Autres comités

Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)	
Mme Louise Binet	Membre élue, collège électoral des pharmaciens propriétaires – secteur Beauce-Etchemins, présidente
Mme Catherine Bolduc (remplacée en cours d'année par Mme Marie-Christine Sylvain)	Membre élue, collège électoral des pharmaciens en établissement de santé – secteur Thetford Mines
Mme Chantal Breton	Membre d'office, chef du département de pharmacie - CISSS de Chaudière-Appalaches
Mme Andrée-Anne Caron	Membre cooptée
Mme Stéphanie Faucher	Membre élue, collège électoral des pharmaciens salariés en pharmacie communautaire – secteur Thetford Mines
Mme Diane Fecteau	Membre élue, collège électoral des pharmaciens en établissement de santé – secteur Beauce-Etchemins
M. Marc Hurtubise	Membre élu, collège électoral des pharmaciens propriétaires – secteur Montmagny-L'Islet
Mme Geneviève Larouche	Membre invitée, représentante du comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) de la Capitale-Nationale
M. Martin Lefebvre	Membre invité, représentant du Département régional de médecine générale (DRMG)
Mme Marie-Claude Lord (remplacée en cours d'année par Mme Andrée-Anne Després)	Membre élue, collège électoral des pharmaciens en établissement de santé – secteur Montmagny-L'Islet
M. Louis-Étienne Marchand	Membre élu, collège électoral des pharmaciens en établissement de santé – secteur Alphonse-Desjardins
Mme Sophie Pâquet	Membre élue, collège électoral des pharmaciens salariés en pharmacie communautaire – secteur Alphonse-Desjardins
M. Daniel Paré	Membre d'office, président-directeur général – CISSS de Chaudière-Appalaches
Mme Marie-Claude Raymond	Membre élue, collège électoral des pharmaciens propriétaires – secteur Alphonse-Desjardins

Mme Michelle Sévigny	Membre élue, collège électoral des pharmaciens salariés en pharmacie communautaire – secteur Montmagny-L'Islet
M. Bruno Simard	Membre coopté
Dre Monique St-Pierre	Membre invitée, directrice des services professionnels – CISSS de Chaudière-Appalaches
Poste vacant	Collège électoral des pharmaciens propriétaires – secteur Thetford Mines

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019
Trajectoire en anticoagulothérapie : poursuite des travaux visant le transfert du suivi de l'ajustement de la warfarine (Coumadin[MD]) aux pharmaciens communautaires.
Trajectoire en antibiothérapie à domicile : mise en place d'un sous-comité du CRSP ayant pour objectif d'optimiser et d'harmoniser la trajectoire des soins et services pharmaceutiques auprès des usagers inscrits dans les programmes d'antibiothérapie à domicile.
Pharmaciens en GMF : soutien à la mise en place d'une communauté de pratique pour les pharmaciens œuvrant en GMF dans la région de la Chaudière-Appalaches.
Liens de collaboration avec le CRSP de la Capitale-Nationale : le CRSP de Chaudière-Appalaches et le CRSP de la Capitale-Nationale ont chacun désigné un de leurs membres respectifs pour siéger à titre de membre invité sur l'autre CRSP. Cette nouvelle collaboration vise à mieux soutenir les arrimages requis entre les deux régions au regard de certains dossiers pharmaceutiques et veut faciliter le partage des réalisations dans une perspective d'amélioration continue.

Département régional de médecine générale (DRMG)	
Dr Marc-Yves Bergeron	Chef du DRMG
Dre Monique St-Pierre	Directrice de la DSP
Dre Annie Tremblay	DSP adjointe
M. Daniel Paré	Président-directeur général (PDG)
M. Patrick Simard	Président-directeur général adjoint (PDGA)
Mme France Tanguay	Adjointe à la Direction des services professionnels
Mme Vanessa Couture	Conseillère régionale – Volet gestion des effectifs médicaux (à la DSP)
Dr Sylvain Dion (secteur des Etchemins) Dr Normand Drolet (secteur Lotbinière) Dr Jean Rouillier (secteur Chutes-Chaudière) Dre Cathie Sanfaçon (service de GMF-U) Dre Catherine Boucher (service de réadaptation) Dr Nicolas Bernard (service de médecine d'urgence) Dr Martin Lefebvre (secteur Beauce) Dre Annie Lanthier (service de périnatalité) Dre Anne Laliberté (Bellechasse) Dr Luc Bédard (secteur Thetford Mines) Dr Daniel Roux (secteur Nouvelle-Beauce) Dre Anik Tremblay (chef du département de médecine générale)	

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019
Création et diffusion d'un journal d'information électronique en vue de favoriser un meilleur contact avec nos membres : L'Info-DRMG.
Création d'un guide PREM afin de mieux informer nos nouveaux arrivants et l'ensemble des membres.
Mise sur pied d'un comité de travail sur le constat de décès à distance par les médecins de famille dans les CHSLD.
Gestion de pénurie d'effectifs au CHBE, à l'HDL et au CHPG, en étroite collaboration avec la DSP, les établissements, services et départements, mais aussi avec l'aide fort appréciée et déterminante des GMF environnants.

Table régionale des chefs de département	Fonction
Dr Martin Poulin	Chef de département d'anesthésiologie
Dr André Vincent	Chef de département de biologie médicale
Dre Caroline Labbé	Chef de département de chirurgie
Dre Marie-Josée Godbout	Chef de département d'imagerie médicale
Dre Anik Tremblay	Chef de département de médecine générale
Dr Pierre Grammond	Chef de département de médecine spécialisée
Dr Jean Lapointe	Chef de département de médecine d'urgence
Dr Réjean Lemieux	Chef de département d'obstétrique et gynécologie
Dre Catherine Déry	Chef de département de pédiatrie
Dr Michel Wapler	Chef de département de psychiatrie
Mme Chantal Breton	Chef de département de pharmacie
Dr Pierre Deshaies	Chef de département de santé publique
M. Daniel Paré	Président-directeur général
M. Patrick Simard	Président-directeur général adjoint
Dre Monique St-Pierre	Directrice des services professionnels
Dre Annie Tremblay	Directrice adjointe des services professionnels
Dr Guy Bisson	Directeur adjoint des services professionnels
Dr Martin Arata	Président du CMDP
Dr Marc-Yves Bergeron	Chef du DRMG
M. Émilien Bouffard	Conseiller cadre à la DSP
Mme France Tanguay	Adjointe à la DSP, volet régional et gestion des effectifs médicaux

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019
Réflexion concernant le développement de la mission universitaire et de la formation complémentaire.
Contribution à la démarche de consultation concernant le projet de politique d'optimisation du parcours de soins en milieu hospitalier.
Implication dans la démarche concernant le déploiement du Dossier clinique informatisé (DCI).
Suivi des enjeux liés aux réductions des services en lien avec la pénurie des effectifs médicaux en psychiatrie à l'Hôpital de Thetford Mines et à l'urgence du Centre Paul-Gilbert.

Comité d'éthique de la recherche	
Mme Anne Bolduc	Spécialiste en droit substitute
Mme Kim Caron	Infirmière
Mme Marlène Castilloux	Représentante de la collectivité
Mme Amélie Chouinard	Pharmacienne
Mme Danielle Désilets	Archiviste médicale
M. Denis Dutil	Représentant de la collectivité substitut
M. Pierre-Maurice Ferland	Spécialiste en éthique substitut
M. Martin Gaudreau	Coordonnateur du CER (non votant)
Mme Claire Gaudreault-Arbelot	Spécialiste en éthique substitute
M. Paul Guay	Spécialiste en droit
Mme Marie-Soleil Hardy	Experte en recherche psychosociale substitute
Mme Nathalie Laflamme	Experte en recherche clinique
Mme Ana Marin	Spécialiste en éthique
M. Guy Morin	Représentant de la collectivité
M. François Primeau	Expert en recherche clinique
M. Jean Rousseau	Expert en recherche psychosociale
M. Claude Tessier	Expert en recherche clinique substitut

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019
23 nouveaux projets de recherche ont été évalués par le CER et 24 ont été fermés, pour un total de 84 projets de recherche actifs en date du 31 mars 2019.
Le CER a également traité 60 demandes de modification, 46 notifications d'informations supplémentaires diverses, 63 demandes de renouvellement et 13 réponses aux recommandations du comité (à la suite d'une approbation conditionnelle du projet).
5 nouveaux membres ont joint le comité en cours d'année (3 membres réguliers et 2 substituts), de même qu'un changement de coordonnateur.
Le guide de formation et de référence à l'intention des membres du CER a été revu et mis à jour.

Comité des usagers	
M. Roger Lachance	Président
M. Bernard Poulin	Vice-président
Mme Diane Anglehart	Secrétaire
Mme Claudette St-Gelais	Trésorière
M. Richard Tanguay	Membre représentant les CU au C. A. du CISSS de Chaudière-Appalaches
Mme Nathalie Carrier	Membre
Mme Michelle Cliche	Membre
M. Claude Filteau	Membre
Mme Marielle Fortier	Membre
Mme Hélène Gilbert	Membre
Mme Renée Grégoire	Membre
Mme Renée Hébert	Membre
M. Roland Poulin	Membre

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019
Mise sur pied d'une Table hébergement régional regroupant des représentants des comités de résidents de chaque secteur de Chaudière-Appalaches afin de mieux connaître la réalité de la clientèle hébergée et d'établir un plan d'action concerté visant l'amélioration de la qualité des services.
Engagement des deux personnes-ressources pour faciliter l'harmonisation du travail et apporter un soutien aux comités des usagers, aux comités de résidents et à la Table hébergement régionale.
Organisation de formations, en collaboration avec le RPCU, afin d'outiller les membres des comités des usagers, principalement pour la région de Montmagny-L'Islet cette année.
Tournée des comités des usagers formant le CUCI faite par le président et la coordonnatrice du CUCI afin de mieux connaître les besoins, les enjeux et les préoccupations des comités des usagers et leur faire la promotion du nouveau guide des valeurs du CUCI.

Comité des résidents - Table hébergement régionale (regroupement régional des comités de résidents)	
Mme Marielle Fortier	Responsable de la THR, membre du CUCI représentant les comités de résidents
Mme Michelle Cliche	Adjointe à la responsable de la THR, membre du CUCI représentant les comités de résidents, représentante des CR du secteur Alphonse-Desjardins
Mme Diane Anglehart	Membre du CUCI représentant les comités de résidents, représentante des CR du secteur Alphonse-Desjardins
Mme Claudette St-Gelais	Membre du CUCI représentant les comités de résidents, représentante des CR du secteur Alphonse-Desjardins
Mme Diane Lapointe	Membre d'un CR, représentante des CR du secteur Etchemins
Mme Normande Roy	Membre d'un CR, représentante des CR du secteur Beauce
Mme Christine Cyr	Membre d'un CR, représentante des CR du secteur Thetford Mines
Mme Suzanne Brisson	Membre d'un CR, représentante des CR du secteur Montmagny-L'Islet
Poste vacant	Membre d'un CR, représentant(e) des CR du secteur Thetford Mines
Poste vacant	Membre d'un CR, représentant(e) des CR du secteur Montmagny-L'Islet
Poste vacant	Membre du CR du Centre jeunesse

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019
Création de la Table hébergement régionale en novembre 2018 (regroupement des comités de résidents de la région de la Chaudière-Appalaches) afin de mieux représenter la clientèle hébergée, demeurant sous la responsabilité du CUCI qui représente les comités de résidents et cette clientèle.
Synthèse des informations recueillies auprès des comités de résidents de la région de la Chaudière-Appalaches, regroupant plusieurs éléments concernant le fonctionnement, l'offre de service, les projets pilotes, les points forts, les préoccupations, les enjeux, etc.
Documents synthèse préparés par la THR, remis à Mme Josée Chouinard, directrice du programme SAPA, contenant les préoccupations et les enjeux prioritaires des comités de résidents, découlant des éléments recueillis auprès de ceux-ci.
Rencontre-échange convoquée par Mme Josée Chouinard, en mars 2019, où elle a rencontré plusieurs membres de comités de résidents afin de leur présenter les grands dossiers en CHSLD et d'échanger avec eux sur les préoccupations mentionnées dans le document synthèse, préparé par la THR.

Comité de gestion des risques	
Mme Valérie Lapointe	Directrice de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique Représentant le président-directeur général ou une personne identifiée par ce dernier pour agir comme responsable du comité et membre d'office
Mme Caroline Boutin	Directrice adjointe de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique par intérim Représentant la chef de service à la gestion intégrée des risques et à la prestation sécuritaire des soins et services
M. François Paquet	Urgentologue et médecin hyperbare Représentant un médecin issu du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
M. Marco Bélanger	Directeur adjoint à la DSP – Programme chirurgie Représentant un répondant local au retraitement des dispositifs médicaux des établissements
Mme Catherine Roy	Chef de service en prévention et contrôle des infections Représentant un membre désigné par le comité de prévention des infections
Mme Chantal Breton	Chef du département de la pharmacie Représentant un chef du département de la pharmacie
Mme Manon Belleau	Responsable d'une RNI Représentant un membre chez les personnes rendant des services aux clients en vertu d'un contrat de service avec l'établissement (RNI, RAC)
Mme Sylvie Girard	Infirmière auxiliaire Représentant un membre issu du conseil des infirmiers et infirmières auxiliaires, dédié aux soins cliniques, représentant la mission hébergement
Mme Brigitte JL Veilleux	Chef de service en gynéco-pédiatrie-néonatalogie Représentant un membre des services du continuum enfance jeunesse
Mme Karine Courcy	Agente de planification, de programmation et de recherche Représentant un membre issu du conseil multidisciplinaire (social/réadaptation)
Mme Caroline Poulin	Infirmière Un membre issu du conseil des infirmiers et infirmières, dédié aux soins cliniques, représentant la mission hospitalière
Mme Marielle Fortier	Représentant un membre des comités des usagers

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019
L'équipe de la gestion intégrée des risques et de la prestation sécuritaire des soins et services a été finaliste au Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux pour le Prix Isabel-et-Michèle-Beauchemin-Perreault, dans la catégorie sécurité des soins et services, ainsi qu'au Prix d'excellence du CISSS de Chaudière-Appalaches, dans la catégorie amélioration de la qualité et de la sécurité des services.
Coordination de deux alertes médicales majeures avec divulgation et mesures de soutien à la clientèle, soit le ciment osseux *Optipac* pour les prothèses orthopédiques et les implants mammaires texturés.
Récipiendaire d'une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux pour le Projet d'intégration de l'usager-partenaire au sein de l'ensemble de la structure de management de la gestion intégrée des risques et de la prestation sécuritaire des soins et services au CISSS de Chaudière-Appalaches.
Chacune des directions cliniques est venue présenter ses domaines de risques ainsi que leurs stratégies pour les gérer et assurer la sécurité de la clientèle.

Comité d'accès aux services en langue anglaise
La politique du comité a été adoptée le 27 mai 2019 par le conseil d'administration. Les membres seront nommés au courant de l'année 2019.

Comité consultatif des installations inscrites au dernier permis de l'établissement fusionné (CSSS de la région de Thetford)	
Mme Carole Mercier	Présidente
M. Martin Cloutier	Vice-président jusqu'au 24 octobre 2018
Mme Chantal Tanguay	Vice-présidente à partir du 15 novembre 2018
M. André Fugère	Secrétaire
Mme Christine Demers	Membre
Mme Annie Stewart	Membre
M. Bernard Brun	Membre
M. Richard Tanguay	Membre

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019
Le comité consultatif a travaillé avec différents acteurs du CISSS de Chaudière-Appalaches pour bien cerner les enjeux en santé et services sociaux pour la MRC des Appalaches. Ce comité s'est réuni à 11 reprises en 2018-2019. De ces 11 réunions, huit ont été tenues sous la forme de séance de travail pour élaborer une série de recommandations et suggestions destinées au conseil d'administration de l'établissement. La réflexion du comité s'est appuyée sur la mission du comité consultatif et sur le portrait socioéconomique de la MRC des Appalaches. Ces recommandations et suggestions ont été transmises au CISSS de Chaudière-Appalaches le 21 janvier 2019. Par la suite, l'établissement a produit un plan d'action en vue de répondre aux enjeux et recommandations. Ce plan d'action sera mis en œuvre au cours de la prochaine année.

3.3 Les faits saillants

5 M$ pour moderniser l'urgence de Thetford Mines

Le gouvernement du Québec a annoncé l'octroi d'un financement de 4 995 000 $ pour le projet d'agrandissement et de réaménagement de l'urgence de l'Hôpital de Thetford Mines.

Les travaux projetés consistent en un agrandissement et un réaménagement de l'urgence actuelle, sur une superficie totalisant 1 120 mètres carrés. Outre sa zone d'observation de 15 civières, la nouvelle urgence disposera, notamment de deux salles de triage, d'une salle d'attente de 30 fauteuils, de deux aires de réanimation, d'une salle de chirurgie mineure, d'une salle de traitement, d'une zone ambulatoire et d'un salon pour les familles. Les travaux devraient s'échelonner jusqu'à l'automne 2021.

Franc succès pour la première édition des « Journées emplois »

Le pari de se rapprocher des chercheurs d'emploi a été remporté puisque l'événement de recrutement, qui s'est déroulé les samedis 7 et 14 avril, a permis d'accueillir plus de 600 participants qui se sont déplacés à Lévis, Montmagny, Beauce et Thetford Mines.

Sur place, les chercheurs d'emploi ont pu rencontrer des gestionnaires de différents secteurs d'activités en plus de passer une courte entrevue. Ce processus humain et simplifié a été grandement apprécié. Au terme de ces deux journées,150 nouvelles personnes ont joint les rangs du CISSS de Chaudière-Appalaches.

Une première au Québec en matière d'intégration de jeunes aux besoins particuliers dans les camps de jour

La Ville de Lévis et le CISSS de Chaudière-Appalaches se sont associés pour offrir des services adaptés aux jeunes qui fréquentent les camps de jour et qui sont atteints d'une déficience, d'un trouble du spectre de l'autisme ou qui ont des besoins particuliers.

Les professionnels de la santé qui suivent ces jeunes dans leurs services soutiennent les animateurs afin qu'ils puissent interagir de la meilleure façon possible dans les activités quotidiennes du camp. L'entente de collaboration et de soutien au programme Camp de jour comprend, notamment de la formation et du soutien-conseil au personnel du camp ainsi que l'élaboration de plans d'intervention. Ce service personnalisé permet de répondre avec précision et humanisme aux besoins des enfants, en plus d'être un appui très rassurant pour leurs parents.

L'Association des camps du Québec a d'ailleurs décerné un prix d'excellence dans la catégorie Initiative et développement pour cette entente de collaboration qui favorise l'intégration des jeunes.

Québec autorise le projet de modernisation de l'Hôtel-Dieu de Lévis

Le gouvernement provincial a confirmé que le projet de modernisation de l'Hôtel-Dieu de Lévis est inscrit au Plan québécois des infrastructures (PQI) comme « projet à l'étude » et que la production du dossier d'opportunité peut être amorcée.

Ce projet vise la modernisation de secteurs névralgiques de l'hôpital, soit le bloc opératoire, le bloc endoscopique et l'unité de retraitement des dispositifs médicaux. Il y aura aussi un ajout de trois salles d'opération et d'une salle d'intervention afin d'augmenter la capacité et de diminuer l'attente.

Le coût global du projet de modernisation est évalué, pour l'instant, à 110 M$. La Fondation Hôtel-Dieu de Lévis prévoit contribuer à hauteur de 13 M$.

Aménagement des espaces dédiés aux personnes en fin de vie à l'Hôpital de Saint-Georges

Les deux chambres de fin de vie utilisées pour les soins palliatifs à l'Hôpital de Saint-Georges ont été déménagées et aménagées sur l'étage de la médecine.

À proximité de celles-ci, un salon dînette avec tables et fauteuils a été aménagé afin de répondre aux besoins des membres de la famille qui accompagnent un être cher en fin de vie.

Le projet RIRE reçoit le Prix Innovation clinique Banque Nationale 2018 de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Chaudière-Appalaches

Le projet « Réduire les inégalités en étant réunis pour les enfants (RIRE) » remporte le Grand prix Innovation clinique Banque Nationale 2018 de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), qui vise à reconnaître les contributions cliniques infirmières novatrices. Le projet gagnant, décerné à un groupe d'infirmières de la région de la Chaudière-Appalaches, mise sur l'autonomie infirmière pour optimiser l'accès aux soins et met de l'avant la collaboration interdisciplinaire, le tout au bénéfice de la santé et du développement des enfants de 0 à 5 ans, particulièrement ceux issus des milieux plus à risque.

Le Tour cycliste du SPVM verse ses profits aux jeunes ayant une déficience physique

Le Tour cycliste du Service de police de la Ville de Montréal a fait un arrêt au CRDP de Charny. Une vingtaine d'agents de la paix à vélo réalisent cette activité au profit des jeunes athlètes ayant une déficience qui participent au volet des sports adaptés scolaires du Défi sportif AlterGo. La collecte 2018 a permis d'amasser un total de 36 100 $ qui serviront à payer le transport des jeunes athlètes du Défi sportif AlterGo afin qu'ils puissent prendre part aux compétitions.

Le Défi sportif AlterGo c'est :
- 6 000 athlètes du volet scolaire;
- Tous les types de déficience;
- 35 sports différents;
- Cinq jours de compétition.

Nouvelle caméra pour tomographie à l'Hôpital de Thetford Mines

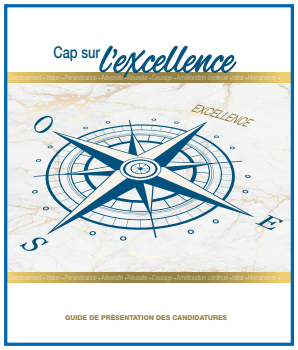
Réaménagement du département de médecine nucléaire et remplacement de deux machines par une nouvelle machine de type SPEC-CT. Cette caméra est en service depuis septembre 2018 dans un département complètement réaménagé. Cette technologie de pointe permet d'effectuer certains examens radiodiagnostiques de façon plus rapide et d'obtenir des résultats plus précis. Les usagers peuvent dorénavant bénéficier d'un meilleur accès aux services puisque les heures d'ouverture ont été élargies.

Une formation destinée aux professionnels du réseau offerte par le Service de médecine hyperbare de l'Hôtel-Dieu de Lévis

L'Hôtel-Dieu de Lévis devient le premier hôpital au Canada à offrir la formation de certificat d'opérateur de chambre hyperbare clinique. Le personnel clinique de l'hôpital et même ceux d'autres établissements de santé peuvent dorénavant être formés au Québec et en français alors qu'ils doivent actuellement se rendre aux États-Unis. L'établissement s'assure ainsi d'avoir du personnel qualifié et compétent pour son Service de médecine hyperbare, qui a le mandat de desservir toute la population de l'est de la province.

Pour M. Jocelyn Boisvert, responsable de la sécurité au Service de médecine hyperbare, qui est la personne qui a élaboré le programme et réalisé les démarches pour obtenir l'accréditation, il devenait essentiel pour l'hôpital de concevoir un programme de formation afin de s'assurer d'avoir une relève compétente et disponible.

Cap sur l'excellence



Un véritable succès que fut ce premier Gala d'excellence du CISSS de Chaudière-Appalaches, qui avait pour thème « Cap sur l'excellence ». 34 projets, qui s'articulaient autour de l'expérience usager et la satisfaction de la clientèle, les processus qualité-sécurité-mobilisation, les apprentissages et l'innovation et la santé financière, ont été soumis.

Dans l'espoir de leur donner un second souffle et une plus grande portée, plusieurs projets qui sont sortis gagnants du gala bénéficieront d'une visibilité à l'échelle du Québec puisqu'ils constituent la sélection des candidatures finalistes que le CISSS de Chaudière-Appalaches soumettra pour les Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux. Quelle belle représentation! Notre grand voyage se poursuit. Ensemble, gardons le « Cap sur l'excellence »!

Près de 200 personnes étaient réunies au Centre Caztel de Sainte-Marie pour souligner toutes les initiatives et les projets mis en place depuis 2015 au sein de notre établissement.

Chaudière-Appalaches accueillera 21 nouveaux médecins de famille

Le plan régional d'effectifs médicaux, octroyé à l'automne 2018 par le ministère de la Santé et des Services sociaux, prévoit l'arrivée de 21 nouveaux médecins sur le territoire au cours de la prochaine année. Ces médecins pratiqueront dans des secteurs prédéterminés tels qu'en cabinet, en CHSLD et dans les autres secteurs jugés prioritaires. La répartition des médecins sera la suivante : Lotbinière (2 médecins), Grand Lévis (3 médecins), Bellechasse (4 médecins), Nouvelle-Beauce (2 médecins), Etchemins (1 médecin), Thetford Mines (4 médecins), Beauce (2 médecins) et Montmagny-L'Islet (3 médecins).

Le prix reconnaissance 2018 pour l'équipe d'AMPRO du Centre mère-enfant de l'Hôpital de Thetford Mines

L'équipe d'AMPRO (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux) du Centre mère-enfant s'est vu décerner le prix reconnaissance 2018 par Salus Global Corporation. Ce prix a été remis à l'équipe pour ses performances exceptionnelles dans l'application des connaissances, la communication et la collaboration interprofessionnelle afin de faire de la sécurité des patients une priorité et la responsabilité de chacun.

Le 5e Colloque en réadaptation physique : un franc succès!

La 5e édition du Colloque en réadaptation physique, qui s'est tenue le 20 septembre 2018, a connu un franc succès. Plus de 200 professionnels s'y sont donné rendez-vous pour assister aux conférences, partager leurs connaissances et transmettre de nouvelles avenues en matière de réadaptation.

Un robot culinaire révolutionnaire au CHSLD de Lac-Etchemin

Le CISSS de Chaudière-Appalaches a acquis d'Allemagne un robot qui transforme la texture des viandes (purées et texture hachée) très rapidement. L'acquisition de cet appareil à la fine pointe de la technologie vise, bien sûr, à répondre aux besoins spécifiques de certains usagers.

Grâce à l'achat de ces équipements de pointe, l'équipe de production du CHSLD de Lac-Etchemin peut maintenant transformer 50 kg de viande en texture purée en seulement 20 minutes. Présentement, les viandes à texture adaptée de 17 installations sont préparées au Centre spécialisé de Lac-Etchemin. C'est également là que nous préparons les pâtisseries pour ces mêmes installations. Le projet vise à combler les besoins des 26 installations du CISSS de Chaudière-Appalaches.

Félicitations à l'équipe de recherche de la Clinique de plaies complexes de l'Hôtel-Dieu de Lévis

L'équipe de recherche des Drs Jérôme Patry, Marie-Philippe Mercier, André Tourigny et Clermont Dionne a reçu le Prix du public pour la meilleure présentation par affiche scientifique lors du Congrès 2018 de Wounds Canada qui se tenait à London, en Ontario, le 12 novembre.

L'étude, appuyée financièrement par le Fonds de recherche et d'enseignement du Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université Laval, propose de dresser le tableau des caractéristiques, de la prise en charge et des issues en termes de guérison et de complications de l'ulcère plantaire diabétique à la Clinique de plaies complexes de l'Hôtel-Dieu de Lévis.

Congrès scientifique annuel de l'Association canadienne de médecine hyperbare

Du 1er au 4 novembre 2018, une centaine de professionnels de la santé œuvrant en médecine hyperbare et médecine de plongée étaient réunis à Québec pour le congrès scientifique annuel de l'Association canadienne de médecine hyperbare et subaquatique.

Des représentants du Service de médecine hyperbare de l'Hôtel-Dieu de Lévis, Dr Dominique Buteau, Dr Neal Pollock et M. Jocelyn Boisvert, ont activement participé à l'organisation de ce congrès en plus d'agir à titre de conférenciers.

Familles d'accueil : recruter des perles rares

Les familles d'accueil rendent des services inestimables aux jeunes et à l'ensemble de la société en fournissant des milieux de vie à des jeunes qui en ont grandement besoin. Ces milieux apaisants, stimulants, sécurisants et stables répondent à l'ensemble de leurs besoins. Le recrutement de familles devient donc un enjeu crucial et plusieurs activités visant cet objectif ont été réalisées en cours d'année. Séances d'information, articles dans les médias, vidéos de promotion et reportage télévisé sont au nombre des actions réalisées en cours d'année.

Cure de jeunesse au 2e étage du CHSLD de Montmagny

Des travaux de rénovation ont été entamés et se poursuivront jusqu'en juin 2019 au deuxième étage du CHSLD de Montmagny. Les travaux touchent les 27 résidents de l'unité et permettront de libérer le couloir pour favoriser la circulation de la clientèle, d'agrandir la salle à manger afin que tous les résidents puissent y avoir une place assise et de créer un espace salon pour la clientèle.

Le CISSS de Chaudière-Appalaches obtient la certification « Entreprise en santé – Élite »

Certifié Entreprise en santé – Élite, le CISSS de Chaudière-Appalaches devient le premier établissement parmi les CISSS et les CIUSSS à recevoir cette certification. Cette norme vise le maintien et l'amélioration durable de l'état de santé des travailleurs dans les organisations et les entreprises du Québec.

À titre de plus grand employeur de Chaudière-Appalaches, l'établissement a à cœur que son personnel soit en bonne santé physique et psychologique afin qu'à son tour il puisse être pleinement disponible à prendre soin de la santé et du bien-être des citoyens.

Prix innovation du Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement

L'équipe du Service intégré d'expertise en troubles graves du comportement a remporté le Prix innovation soulignant une pratique innovante qui consiste à la mise en place d'un service de traitement qui répond à l'ensemble des besoins des usagers présentant un trouble grave du comportement.

Inauguration officielle du Centre régional intégré de cancérologie (CRIC)

Après environ quatre ans de travaux, totalisant un investissement de 157 143 000 $, c'est avec une fierté que l'ensemble des intervenants impliqués dans cet immense chantier ont procédé à l'inauguration officielle du CRIC qui s'est réalisée en présence des partenaires, des élus du territoire et de la ministre de la Santé et des Services sociaux, Mme Danielle McCann.

Situé dans un nouveau bâtiment annexé à l'Hôtel-Dieu de Lévis, le CRIC regroupe les principaux services spécialisés en cancérologie, notamment des salles de consultations médicales et professionnelles ainsi que des services d'hémato-oncologie, de radio-oncologie et de pharmacie en oncologie.

Implantation de l'outil de transmission d'information dans les résidences privées pour aînés

Le personnel des urgences des hôpitaux de Thetford Mines et de Saint-Georges rencontrait des problèmes de communication avec les résidences privées pour aînés qui pouvaient mettre à risque la sécurité des usagers ainsi que la qualité et la continuité des soins et services. L'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée au sein de notre organisation a fait réaliser à l'équipe l'importance d'agir sur ce problème. Pour ce faire, une consultation impliquant des membres du personnel, un patient partenaire et des partenaires du réseau a été réalisée en décembre 2016, qui allait mener au développement d'un outil de transmission d'information qui répond aux besoins de tous.

Inauguration d'un nouveau centre de jour pour les aînés de la MRC de L'Islet

Ce centre de jour a ouvert ses portes le 15 novembre dernier, après des travaux qui avaient débuté au printemps 2018. Le projet a permis d'aménager une partie des locaux du Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de Saint-Jean-Port-Joli et de faire l'acquisition de l'équipement nécessaire avec le soutien de la communauté. L'emplacement stratégique de ce centre de jour contribuera à améliorer l'accessibilité des services et de la qualité de vie de la clientèle.

Les services intégrés en abus et maltraitance (SIAM) : l'enfant au cœur des services

Le SIAM est un lieu où les enfants et les adolescents victimes d'abus et de maltraitance et leur famille recevront, sous un même toit, des services intégrés d'évaluation, d'enquête, de consultation judiciaire, de traitement, de soutien et de défense des droits.

Une particularité importante du SIAM réside dans le fait que tous les partenaires travaillent au même endroit, dans des locaux adaptés pour les besoins des enfants, afin d'accompagner les jeunes de 0 à 17 ans faisant l'objet d'une entente multisectorielle à la suite d'un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ). Cette approche collaborative misant sur la complémentarité des expertises médicale, psychosociale, sociojudiciaire et policière permet une prise en charge globale de l'enfant, en lui offrant les soins et les services dont il a besoin sans qu'il n'ait à se déplacer d'un endroit à un autre.

En Chaudière-Appalaches, ce sont les enfants des MRC de Lotbinière et de Bellechasse ainsi que ceux sur le territoire de la ville de Lévis qui auront accès à ces services dans un premier temps.

Fin de la vaccination spéciale contre le méningocoque de sérogroupe B pour les jeunes de Lotbinière

La campagne spéciale de vaccination gratuite contre le méningocoque de sérogroupe B des enfants d'âge préscolaire du territoire de la MRC de Lotbinière s'est terminée le 1er octobre 2018. Depuis le début de la campagne spéciale de vaccination, aucun cas d'infection invasive à méningocoque de type B n'est survenu sur ce territoire ni dans la région de la Chaudière-Appalaches. Plus de 2 250 enfants ont été vaccinés.

Une mission de recrutement en Tunisie

Réalisée en février 2019 pour contrer la pénurie de préposés aux bénéficiaires, la mission de recrutement de travailleurs étrangers, en Tunisie, a permis l'embauche de 34 aides-soignants. Le choix de réaliser cette mission dans ce pays a été basé sur le fait que les candidats maîtrisent la langue française, qu'ils détiennent un diplôme de qualité comparable à celui offert au Québec et occupent des emplois présentement dans le réseau de la santé tunisien. Au printemps et à l'été 2019, l'établissement poursuivra le processus d'immigration qui mènera au plan d'intégration de ces futurs employés. Ces derniers devraient occuper leurs nouvelles fonctions dans les différentes installations de Chaudière-Appalaches à l'automne 2019.

Formation APED-DUAL pour le recrutement de préposés aux bénéficiaires

Dans le but de mieux répondre aux besoins des étudiants, d'accroître l'attrait pour la profession de préposé aux bénéficiaires et de mieux répondre à la demande de main-d'œuvre des milieux de travail, le programme de DEP en Assistance à la personne en établissement et à domicile (APED) a fait son apparition en septembre 2018. Le programme est offert en mode DUAL. À la différence du mode de formation régulier, le mode DUAL se distingue par la présence accrue des étudiants en milieu de travail (alternance 50 % études et 50 % travail). Une autre particularité importante est que l'étudiant du mode DUAL est rémunéré durant le 50 % des stages prévus à son programme de formation. Les candidats sont sélectionnés et embauchés dès le début de leur formation, ce qui leur permet de se sentir inclus et de pouvoir apporter leur contribution auprès des équipes dès que leurs apprentissages requis sont complétés.

De la première cohorte, notre organisation a attiré 24 personnes qui travaillent maintenant comme préposés aux bénéficiaires dans nos installations. La cohorte de janvier 2019 nous a permis d'embaucher 23 personnes qui pourront travailler comme préposés aux bénéficiaires en CHSLD pendant la période estivale.

4. Les résultats au regard des attentes signifiées pour l'année 2018-2019

4.1 Les attentes spécifiques

Résultats au regard des attentes signifiées pour l'année 2018-2019

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État: R = réalisée à 100 % NR = non réalisée à 100 % NA = non applicable	Commentaires
SANTÉ PUBLIQUE				
02.1	Implanter dans chaque établissement de santé et services sociaux un comité stratégique de prévention et de contrôle des infections (CS-PCI)	Chaque établissement doit mettre en place un CS-PCI et s'assurer qu'il remplisse son mandat : • Réviser annuellement les objectifs et les priorités en PCI et faire des recommandations aux instances visées; • Suivre l'évolution de la situation épidémiologique au regard du risque infectieux; • Suivre l'application des mesures en PCI; • Suivre les données de surveillance sur les IN et les audits; • Adopter le bilan annuel de PCI et assurer le suivi auprès du C. A.; • Entériner le choix des indicateurs relatifs à l'évaluation du programme PCI; • Assurer l'harmonisation et la standardisation des pratiques PCI; • Recevoir et entériner les politiques et procédures en PCI et formuler les recommandations aux instances appropriées pour leur mise en œuvre; • Déterminer les enjeux et les recommandations de PCI à acheminer au CODIR; • Déterminer les enjeux de ressources matérielles et humaines qui nuisent à l'atteinte des objectifs du programme; • Acheminer les recommandations nécessaires au CODIR. Chaque établissement doit s'assurer que le CS-PCI est rattaché au PDG ou à une autre structure décisionnelle déléguée par le PDG. Le CS-PCI doit tenir au moins quatre rencontres par année.	R	
02.2	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	Un bilan faisant état des activités réalisées dans les milieux de vie est demandé (type et description des activités, objectifs, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre) à l'égard de la lutte contre le tabagisme, la promotion de la saine alimentation et du mode de vie physiquement actif dans les déplacements et dans les loisirs chez les jeunes. Les activités déployées dans les différentes régions visent à contribuer à l'atteinte des cibles du plan stratégique du MSSS : la réduction du nombre de fumeurs, l'augmentation de la consommation de fruits et légumes et l'augmentation du nombre de jeunes actifs durant leurs loisirs et leurs déplacements. Le bilan régional permet de témoigner de la nature des activités déployées, des objectifs, des principaux partenaires engagés. Il sera ainsi possible d'apprécier l'intensité et l'ampleur des activités déployées ainsi que les retombées observées.	R	

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État: R = réalisée à 100 % NR = non réalisée à 100 % NA = non applicable	Commentaires
SERVICES SOCIAUX				
03.1	Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC)	Les établissements doivent remplir et transmettre le gabarit fourni par le MSSS pour le suivi de l'implantation (PTAAC).	R	
03.2	Plan d'action TSA (2017-2022)	Les établissements doivent remplir l'outil de suivi du Plan d'action TSA 2017-2022.	R	
03.3	Stratégie d'accès aux soins et aux services pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir	La stratégie est un ensemble de moyens qui orientent les établissements ciblés en matière de santé et de services sociaux afin d'intensifier les soins et les services aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir et vise une contribution de tous les programmes-services. Plus précisément, l'implantation de la stratégie permettra aux établissements : • D'assurer le repérage et l'évaluation des besoins des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir; • De les accompagner au moyen d'une offre de service et d'une organisation de service définies, adaptées à leur réalité et inspirées des meilleures pratiques afin de prévenir le passage à la rue ou d'en favoriser la sortie; • De mobiliser et de dynamiser l'ensemble des programmes-services dans l'atteinte des objectifs poursuivis; • De mettre en place et de consolider des collaborations formelles entre les intervenants du réseau et entre les différentes régions et, lorsque requis, avec les partenaires du milieu communautaire. L'attente spécifique consiste à élaborer un plan de travail pour l'implantation de la stratégie et à mesurer son taux d'implantation par l'intermédiaire d'un formulaire GESTRED.	R	
03.4	Trajectoire de services optimale pour les jeunes et leur famille en situation de négligence	Une trajectoire de services bien définie permet d'assurer la coordination optimale des services et le suivi systématique de l'usager. Elle vise également à améliorer la qualité et l'efficience des services. Pour chaque région sociosanitaire, l'établissement devra définir une trajectoire de services optimale pour les enfants et leur famille en situation de négligence.	Retiré par le MSSS le 24 juillet 2018 (source : bulletin, vol. 14 # 7)	
03.5	Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA (03.5)	Les établissements fusionnés, qui ont une responsabilité populationnelle, ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques en amont, en intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA. Les établissements fusionnés doivent également faire état des résultats pour le respect des délais d'attente, incluant les résultats des usagers en attente ou en provenance des établissements non fusionnés.	Après la période 06, fichier excel retiré par le MSSS le 24 septembre 2018 (source : bulletin, vol. 14 # 11) NA (retiré par le MSSS au 2 avril 2019)	

03.7	Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD	L'évaluation à jour, le plan d'intervention et le travail en interdisciplinarité permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs (habitudes, sécurité, niveau de collaboration et d'autonomie, portrait clinique). Un état de situation portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène sera demandé aux établissements.	R	
SERVICES DE PROXIMITÉ, URGENCES ET PRÉHOSPITALIER				
04.1	État d'avancement du Plan d'action triennal 2016-2019 - Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs	Autoévaluation sur l'état d'implantation des actions au Plan d'action déposé au 1er juin 2016. Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CIUSSS et des CISSS devra être produit.	R	
04.2	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	Autoévaluation sur le Plan d'action déposé le 31 octobre 2016 composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.	R	
04.3	Mise en place d'un comité tactique télésanté en établissement	Remplir le gabarit produit par le MSSS indiquant l'existence du comité, les membres et le nombre de rencontres tenues au cours de l'année. Les établissements peuvent se référer au document décrivant le mandat et une proposition de composition de ce comité (http://extranet.ti.msss.rtss.qc.ca/Orientations-et-gouvernance/Telesante/Gouvernance.aspx) et également préciser dans le cadre de référence sur la gouvernance, la gestion de projets et des services utilisant la télésanté à la même adresse.	R	
SERVICES DE SANTÉ MENTALE ET DE PSYCHIATRIE LÉGALE				
05.1	Poursuivre le déploiement des effectifs en santé mentale dans les équipes de soutien dans la communauté	Chaque établissement qui a reçu du financement doit fournir pour chaque type de services de soutien dans la communauté identifié, les informations requises sur les postes équivalents à temps complet créés, comblés et vacants, le nombre de places supplémentaires disponibles, le nombre d'usagers supplémentaires desservis, le coût moyen par poste créé, de même que le total de la dépense engagée.	R	

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État: R = réalisée à 100 % NR = non réalisée à 100 % NA = non applicable	Commentaires
FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET				
07.1	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	Le différentiel entre l'indice de vétusté physique (IVP) d'un bâtiment et le seuil d'état établi, soit 15 %, doit diminuer proportionnellement, à tout le moins, à la cible de résorption du déficit de maintien (RDM) à atteindre au 31 mars 2020 pour ce bâtiment. Le calcul de l'IVP est basé sur la valeur résiduelle des travaux de maintien ce qui implique la mise à jour systématique des listes de besoins. Pour ce faire, l'établissement doit absolument faire les liaisons requises entre les projets du PCFI et les travaux des listes de besoins constituant ces projets. Le MSSS vise la résorption définitive du déficit de maintien des bâtiments. Conséquemment, pour tous les bâtiments dont la cible de RDM est de 100 % au 31 mars 2020, la valeur des travaux de maintien à réaliser doit se traduire par un IVP nettement au deçà du seuil d'état établi au terme du cycle de cinq ans suivant l'inspection en raison du vieillissement continu des bâtiments.	R	
COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE				
08.2	Gestion des risques en sécurité civile - Santé et services sociaux	Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en assurant des liens avec la gestion intégrée des risques de l'établissement. À cet effet, l'établissement doit maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation. Ensuite, l'établissement doit mettre en place ou maintenir un comité formé de représentants de toutes les directions et programmes pour les travaux de gestion des risques en sécurité civile. L'établissement doit également déterminer, en fonction de son appréciation et de ses préoccupations, la portée retenue pour circonscrire le processus de la gestion des risques. Finalement, l'établissement doit compléter la phase d'appréciation des risques du processus, selon la portée retenue.	R	
08.3	Plan de maintien des services ou activités critiques – Santé et services sociaux	Pour accroître sa résilience en matière de sécurité civile, l'établissement doit amorcer l'élaboration d'un plan de maintien des services ou activités critiques. À cet effet, pour 2018-2019, l'établissement doit procéder à l'identification de ces services et de ces activités jugés critiques.	R	

PLANIFICATION, ÉVALUTATION ET QUALITÉ				
09.1	Mise en œuvre d'un Plan d'action en santé et bien-être des hommes par les établissements	Le plan d'action de l'établissement doit être rédigé et doit respecter les directives se trouvant dans le document « Lignes directrices - Plan d'action SBEH des établissements de santé et de services sociaux ». Lors de la transmission du plan d'action au MSSS, l'établissement doit transmettre la fiche de reddition qui démontre que les actions en place permettent de répondre aux principaux objectifs identifiés dans le document des lignes directrices.	R	
TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION				
10.1	Proportion des ressources mises à jour au Répertoire des ressources en santé et en services sociaux (RRSS) dans les délais prescrits	Comme stipulé au cadre normatif, à la section 1.3 Encadrement législatif ou clinico-administratif, l'établissement doit s'assurer que : « la qualité d'une ressource est basée sur la pertinence de sa présence dans l'application, la validité de la ressource et de ses composantes. L'entente exige un pourcentage de mise à jour de 95 % ou plus. » La méthode de calcul définie est le « Nombre de ressources mises à jour à la fin de la période » selon le calendrier établi au cadre normatif sur le « Nombre de ressources totales à la fin de la période ». Si la proportion est en deçà de l'objectif prévu, cela indique à l'établissement qu'il lui faut s'assurer d'avoir les ressources humaines suffisantes pour effectuer cette tâche. Les données de l'application sont mises à jour en temps réel et les extractions servant aux rapports sont une représentation à un jour et une heure fixes.	R	La révision de la structure de pilotage du répertoire des ressources (RRSS) est avancée. Nous avons presque complété le plan d'action 2018-2019 qui visait à améliorer la mise à jour de l'outil au CISSS de Chaudière-Appalaches (trajectoires, rôles et responsabilités, partenaires, etc.). Le pourcentage de mise à jour des ressources devrait donc s'améliorer en 2019-2020.

4.2 Les engagements annuels

Résultats au regard des engagements pour l'année 2018-2019

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Cancérologie				
Plan stratégique 1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	78 %	90 %	72,6%	N/D
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	96 %	100 %	93,7 %	N/D

2018-2019

1.09.33.01-PS
Pour les patients opérés pour une chirurgie oncologique à l'intérieur de 28 jours, la cible (90 %) est pratiquement atteinte pour Montmagny, Beauce et Thetford Mines (entre 85 % et 88 %) à quelques patients près qui ont été opérés quelques jours plus tard que les 28 jours.

La légère baisse du pourcentage global s'explique par une augmentation de 8 % des chirurgies oncologiques réalisées à l'Hôtel-Dieu de Lévis avec une disponibilité d'accès au plateau technique limitée, ce qui a engendré de légers dépassements de délais. Les projets d'ajout d'une salle d'opération et d'une salle de chirurgie mineure sont en cours à l'Hôtel-Dieu de Lévis.

1.09.33.02-EG2
Pour les patients opérés pour une chirurgie oncologique à l'intérieur de 56 jours, la cible est atteinte pour Montmagny, Beauce et Thetford Mines (à quelques exceptions près). Pour l'Hôtel-Dieu de Lévis, la légère baisse par rapport à l'an dernier est expliquée par l'augmentation du nombre de chirurgies oncologiques réalisées et une disponibilité d'accès limitée au plateau technique qui engendre quelques délais additionnels. Les projets d'ajout d'une salle d'opération et d'une salle de chirurgie mineure sont en cours à l'Hôtel-Dieu de Lévis.

Légende :

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé publique				
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec qui le CISSS/CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire	34,5 %	80 %	41,5 %	N/D
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	90,9 %	91,2 %	92,8 %	N/D
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	72,1 %	90 %	76,1 %	N/D
Plan stratégique 1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	2 584	2 500	2 603	N/D
1.01.30-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais	59,6 %	75 %	67,9 %	N/D

2018-2019

1.01.13.01-EG2

La cible de cette année ne sera pas atteinte, mais nous notons une augmentation de 7 %, passant de 34,5 % à 41,5 %. Plusieurs facteurs expliquent ce fait. Cette année encore, certaines interventions en prévention/promotion réalisées en contexte scolaire n'ont pas été colligées dans le I-CLSC École en santé (par exemple : formation auprès d'éducatrices de services de garde en animation de jeux physiquement actifs, etc.).

Par ailleurs, l'indicateur actuel ne permet pas de compiler, d'une part, des interventions en environnement favorable faites avec les commissions scolaires, et ce, malgré l'efficacité de ces interventions, leurs impacts sur un grand nombre de jeunes et la pérennité dans le temps de ces actions (par exemple : travailler avec des traiteurs pour améliorer la qualité nutritionnelle des repas des jeunes en milieu scolaire, travailler par des actions d'influence auprès des commissaires scolaires pour maintenir la Politique cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif pour un ensemble d'écoles primaires et secondaires).

D'autre part, avec l'indicateur actuel, nous ne pouvons compiler dans le I-CLSC École en santé des actions réalisées en concertation avec des partenaires qui agissent avec les familles, les municipalités, la communauté et le milieu scolaire et pour lesquelles les organisateurs communautaires du CISSS de Chaudière-Appalaches collaborent (par exemple : projets visant la valorisation de la lecture, projets visant la conciliation études-travail, actions du comité sur la persévérance scolaire, etc.).

Enfin, le pourcentage de la cible, soit 80 %, repose sur un engagement historique qui n'est plus adapté au contexte actuel du réseau de la santé et des services sociaux. Des démarches devraient être faites auprès du MSSS et les autres régions pour améliorer cet indicateur.

1.01.27-EG2
L'engagement est atteint dans tous les secteurs de la région. Les travaux réalisés dans le cadre du projet régional d'amélioration des services de vaccination chez les enfants âgés de 0 à 5 ans ont contribué à l'atteinte de l'objectif, par exemple une gestion plus serrée des rendez-vous afin de maximiser les plages disponibles.

1.01.28-EG2
Bien que l'engagement ne soit pas atteint cette année, nous notons une amélioration significative de son degré d'atteinte (augmentation de l'ordre de 4 % qui fait en sorte que l'objectif est atteint à 84,6 %). La région se trouve désormais au niveau de la moyenne provinciale. Les travaux réalisés dans le cadre du projet régional d'amélioration des services de vaccination chez les enfants âgés de 0 à 5 ans ont contribué à cette amélioration, par exemple une gestion plus serrée des rendez-vous a permis de maximiser les plages disponibles. Afin d'améliorer encore notre performance régionale, deux chantiers sont en cours : l'harmonisation des pratiques vaccinales et du processus de gestion des rendez-vous (prise, relance, confirmation). Ces travaux viseront à mettre en œuvre les modèles les plus performants (efficience, accès, qualité, satisfaction des parents) à ces égards, en fonction des bonnes pratiques et en considérant notre réalité régionale. Par ailleurs, notons que la cible de 90 % n'a jamais été atteinte au Québec.

1.01.29-PS
Selon les résultats obtenus au 31 mars 2019, soit 2 603 dépistages, la cible est atteinte et même dépassée. Plusieurs activités de type « Je passe le test » se réalisent dans les écoles secondaires de la région, ce qui permet de rejoindre beaucoup cette clientèle.

La performance régionale est stable depuis l'an passé. Après une augmentation importante du nombre de dépistages réalisés auprès des jeunes en 2015-2016, la cible a été revue à la hausse par le MSSS. Toutefois, l'objectif de 2020 est atteint et les capacités à augmenter, voire maintenir le nombre de dépistages, sont limitées. Nommons les enjeux importants de disponibilités d'infirmières cliniciennes formées pour assumer ce type d'activités cliniques, qui requiert des compétences spécialisées pour faire face à des situations de plus en plus complexes. Par ailleurs, soulignons que la cible a été atteinte malgré le changement appliqué au programme d'immunisation des jeunes au scolaire, qui a nécessité l'ajout d'une deuxième séance de vaccination dans les écoles secondaires, ce qui a eu un impact sur la capacité des infirmières à réaliser d'autres activités comme le dépistage.

1.01.30-EG2
L'engagement est atteint à 90,5 % et nous notons une augmentation significative en comparaison à l'année passée, soit près de 9 %. Par ailleurs, notre performance régionale se trouve au niveau de la moyenne provinciale. Les travaux réalisés dans le cadre du projet régional d'amélioration des services de vaccination chez les enfants âgés de 0 à 5 ans ont contribué à cette amélioration, par exemple une gestion plus serrée des rendez-vous afin de maximiser les plages disponibles. Afin d'améliorer encore notre performance régionale, deux chantiers sont en cours : l'harmonisation des pratiques vaccinales et du processus de gestion des rendez-vous (prise, relance, confirmation). Ces travaux viseront à mettre en œuvre les modèles les plus performants (efficience, accès, qualité, satisfaction des parents) à ces égards, en fonction des bonnes pratiques et en considérant notre réalité régionale.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales				
Plan stratégique 1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100 %	100 %	100 %	N/D

Plan stratégique 1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100 %	100 %	100 %	N/D
Plan stratégique 1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100 %	100 %	100 %	N/D
Plan stratégique 1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	67,2 %	75 %	69 %	N/D

2018-2019

1.01.19.01-PS
Engagement atteint.

1.01.19.02-PS
Engagement atteint.

1.01.19.04-PS
Engagement atteint.

1.01.26-PS
Engagement non atteint.

Mesures mises en place pour corriger ou améliorer la situation :

- Un plan d'action a été élaboré en septembre 2017 par un comité multidisciplinaire afin de revoir les stratégies. Ce plan d'action a été complété à l'hiver 2019 et couvrait les éléments suivants :
  - Rehaussement des activités de formation au personnel en cours d'emploi et à l'accueil de chaque employé;
  - Installation d'affiches dans l'environnement de soins des usagers hospitalisés et dans les aires de traitement, spécifiant que l'usager peut demander des mains propres pour ses soins;
  - Recrutement de personnel en assignation temporaire à l'Hôtel-Dieu de Lévis afin de faire de la formation et de la sensibilisation sur l'importance de l'hygiène des mains auprès de l'usager et de sa famille;
  - Ajout de distributeur de solution hydro-alcoolique sur la table de chevet de chacun des usagers en hôpital afin d'augmenter l'accessibilité;
  - Diffusion des résultats d'hygiène des mains sur chacune des unités Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et Unité de réadaptation fonctionnelle et intensive (URFI) audités et ventilés selon le titre d'emploi, les taux globaux, le taux des quatre moments et par période administrative selon les trois quarts de travail;
  - Diffusion des taux à la salle de pilotage stratégique;
  - Remise de prix pour les unités ayant connu la plus grande amélioration des taux.

Un nouveau plan d'action a été produit en mars 2019, il sera adopté sous peu par le comité stratégique de prévention et de contrôle des infections (CS-PCI) afin de débuter son actualisation.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Services généraux – Activités cliniques et d'aide				
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre(4) minutes ou moins	79,1 %	90 %	81,56 %	N/D

2018-2019

1.02.04-EG2
Nous constatons une légère amélioration des résultats et nous croyons que le nouveau système téléphonique permettant de basculer la ligne téléphonique va contribuer significativement à améliorer le résultat. D'ici là et dans un objectif d'amélioration des résultats, un exercice Kaizen a été réalisé avec l'équipe afin d'optimiser les processus de réponse téléphonique. Pendant l'année, nous avons atteint la cible, mais le taux de roulement du personnel contribue souvent à un manque d'effectifs et le temps d'orientation pour une couverture optimale. Les appels urgents sont traités à plus de 95 % dans le délai de moins de quatre minutes.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Soutien à domicile de longue durée				
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	570 185	606 646	710 726	N/D
Plan stratégique 1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DI-TSA et DP)	7 580	7 850	8 095	N/D
Plan stratégique 1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DI-TSA et DP)	74 %	90 %	79,4 %	N/D
1.03.14-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendus à domicile par les différents modes de dispensation de services aux personnes ayant un profil ISO SMAF de 4 à 14		512 300		Engagement retiré par le MSSS
1.03.15-EG2 Nombre de personnes désservies 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		5 530		Engagement retiré par le MSSS

2018-2019

1.03.05.01–EG2
Engagement atteint.

1.03.11-PS
En regard du nombre de personnes en soutien à domicile (SAD) de longue durée, le résultat obtenu dépasse l'engagement de 3 %, soit 245 usagers supplémentaires.

Des travaux de pertinence en soutien à domicile se sont poursuivis encore cette année afin d'augmenter la prise en charge de personnes en perte d'autonomie ayant un profil ISO-SMAF (système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) entre 4 et 14.

Les efforts réalisés en regard d'un chantier repérage se poursuivent, notamment :

- Repérage dirigé en résidences privées pour aînés (RPA), là où nous trouvons une forte concentration de clientèle en perte d'autonomie;
- Évaluation prioritaire de la clientèle avec profils 710 (profil d'intervention associé à la perte d'autonomie liée au vieillissement) en attente d'un premier service en SAD (contribue à diminuer les listes d'attente SAD). Un modèle de premier évaluateur sera mis en expérimentation au cours des prochains mois;
- Harmonisation de la trajectoire de repérage PRISMA-7 à l'urgence, en résidence privée pour aînés (RPA), au domicile;
- Ajout de lieu de repérage avec la contribution des organismes du réseau local de services (Coopérative de services à domicile).

1.03.12-PS
En 2018-2019, nous avons travaillé avec les équipes de façon à intégrer les outils d'évaluation de cheminement clinique informatisé (OCCI) dans la pratique quotidienne.

Un projet d'amélioration continue, mené par les directions SAPA et DI-TSA et DP, sous forme de Kata d'amélioration (répétition d'activités similaires), a permis d'améliorer notre pourcentage de complétion des OCCI pour les usagers longue durée en DI-TSA et DP et SAPA. Ce projet a fait l'objet d'un suivi continu dans les salles de pilotage stratégiques et tactiques des programmes concernés du CISSS de Chaudière-Appalaches.

À la fin mars, les résultats globaux étaient de 79,4 %. Un bond très intéressant par rapport à la dernière année.

Nous sommes confiants que les travaux ainsi réalisés permettront une pérennité des résultats et une atteinte de la cible fixée à 85 % pour la prochaine année. Les efforts se poursuivent par les équipes cliniques.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Soutien à l'autonomie des personnes âgées				
Plan stratégique 1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	100 %	100 %	N/D
Plan stratégique 1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	100 %	100 %	N/D
Plan stratégique 1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	80 %	100 %	100 %	N/D
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	77 %	85 %	80,2 %	N/D

2018-2019

1.03.07.01-PS
Engagement atteint.

1.03.07.02-PS
Engagement atteint.

1.013.10 PS

Le CISSS de Chaudière-Appalaches a procédé, au cours de l'année 2018-2019, à la consolidation du réseau de services intégrés.

- La mise en œuvre des équipes territoires (cellules de travail) dans les cinq réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS) et du soutien s'est consolidée.

  Les ajouts d'effectifs en coordination clinique du soutien à domicile (SAD) et la clarification des rôles des coordonnateurs cliniques et chefs de programme SAD permettent d'assurer une meilleure intégration des pratiques cliniques probantes en SAD.

  L'introduction des rapports personnalisés en SAD où chaque équipe clinique peut suivre quotidiennement ses données, ce qui permet une meilleure coordination des évaluations et des plans d'intervention des usagers.

- Des trajectoires de collaboration sont en cours avec les groupes de médecine de famille (GMF) pour le repérage précoce des usagers présentant des troubles cognitifs (dossier Initiative Alzheimer).
- Des comités locaux avec les organismes qui interviennent auprès des proches aidants sont en place afin d'établir des trajectoires directes et facilitantes (grand projet virage proches aidants).
- La grille des nouveaux critères de priorisation reconnus par le MSSS est déployée dans les neuf guichets d'accès SAD soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) et dans les équipes territoires.

L'approche en gestion de cas est en planification dans un projet structurant qui se poursuivra en 2019.

1.03.13-EG2

Le résultat pour 2018-2019 est de 80,2 %, ce qui représente une atteinte à l'engagement de 94,3 %.
Encore cette année, l'intensification des services à domicile a un impact sur les admissions en centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Nous maintenons très longtemps des usagers avec des besoins complexes à domicile et lorsque leurs conditions se détériorent, ceux-ci sont orientés en CHSLD.

Le taux de roulement est très élevé dans l'ensemble des CHSLD.
Les clientèles présentant des profils 9 (profils soins palliatifs avec pronostic réservé de moins de six mois et profils de santé physique instable) sont admises dans les lits de CHSLD, considérant le requis de services en soins infirmiers 24/7 que nous ne retrouvons tout simplement pas ailleurs dans le continuum d'hébergement dans la communauté. Peu de résidences privées pour aînés sur notre territoire offrent des services de surveillance éveillée 24/7 ou de soins infirmiers. Nous devons donc composer avec cette réalité.

Par ailleurs, au cours des derniers mois, le développement de 12 nouvelles places pour la clientèle avec troubles cognitifs (profils ISO-SMAF 7 et 8) permet d'orienter ces usagers au bon endroit, avec une offre de service adaptée à leurs besoins.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Déficiences				
Plan stratégique 1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	57,42 jours	62,72 jours	65,34 jours	N/D
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	88,5 %	90 %	80,6 %	N/D
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	95,8 %	96,7 %	93,9 %	N/D

1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	87,1 %	90 %	80,7 %	N/D
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	93 %	92,6 %	92,2 %	N/D
Plan stratégique 1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail	71,4 %	71,4 %	89,5 %	N/D

2018-2019

1.05.15-PS
Le délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de cinq ans présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) a été de 65,34 jours en 2018-2019, soit une légère hausse de 2,62 jours par rapport à l'engagement 2018-2019.

Le délai de 65,34 jours demeure tout de même largement inférieur à la cible de 90 jours du plan d'accès. Les investissements récurrents en TSA se sont poursuivis au cours de la dernière année. Cependant, le budget non récurrent reçu en 2017-2018 a été cessé en début d'année financière, ce qui a aussi eu un impact sur le résultat du programme.

1.45.04.01-EG2
Le taux des demandes de service traitées en centres locaux des services communautaires (CLSC) a été de 80,6 % pour la clientèle présentant une déficience physique, soit un écart de 9,4 % par rapport à l'engagement convenu de 90 % dans l'EGI pour 2018-2019. Beaucoup d'efforts ont été investis dans la dernière année à la complétion et à la mise à jour des OCCI auprès de tous nos usagers actifs. Ceci a quelque peu ralenti la prise en charge des usagers par les services spécifiques du programme. L'exercice ayant été complété, le programme devrait atteindre les taux attendus en 2019-2020.

1.45.04.05-EG2
Le taux des demandes de service traitées en Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) a été de 93,9 % en 2018-2019, soit une légère diminution de 1,9 % par rapport aux données de 2017-2018 de 95,8 %. Le programme demeure quand même au-dessus de la cible de 90 % fixée par le plan d'accès. L'utilisation accrue de l'intervention de groupe a contribué à maintenir ce résultat élevé.

1.45.05.01-EG2
L'engagement convenu de 90 % dans l'EGI n'a pas été atteint en 2018-2019. Le taux des demandes de service traitées en CLSC pour la clientèle présentant une déficience intellectuelle et/ou un trouble du spectre de l'autisme a été de 80,7 %, soit une diminution de 6,4 % par rapport aux données de 2017-2018. Tel que cité précédemment, beaucoup d'efforts ont été investis dans la dernière année à la complétion et à la mise à jour des OCCI auprès de tous nos usagers. Ceci a quelque peu ralenti la prise en charge des usagers. L'exercice ayant été complété, le programme devrait atteindre les taux attendus en 2019-2020.

1.45.05.05-EG2
Le taux des demandes de service traitées en Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) a été de 92,2 % cette année, soit un écart de moins de 0,4 % relativement à l'engagement convenu dans l'EGI pour 2018-2019. La plupart des moyens mis en place pour atteindre la cible demeurent, dont les interventions de groupe auprès de la clientèle du programme.

1.46-PS
L'engagement de 71,4 % prévu pour 2018-2019 a été dépassé. Le 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 a été de 89,5 %, soit une augmentation de 18,1 % par rapport à l'année 2017-2018. Une démarche renouvelée du suivi des demandes a été mise en place en collaboration avec les commissions scolaires dans la dernière année. Ainsi, sur les 19 jeunes adultes déclarés, 17 jeunes ont accédé à des activités de jour ou à du soutien à une intégration au travail.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Jeunes en difficulté				
Plan stratégique 1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	10,44 %	10,05 %	11 %	N/D

2018-2019

1.06.17-PS
L'engagement 2018-2019 de 10,05 % n'est pas atteint cette année. Notre taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence est actuellement à 11 %. Nous avons mis en place des comités de concertation clinique dans chacun des secteurs afin d'assurer la présence d'une personne autorisée par la directrice de la protection de la jeunesse (DPJ) afin de déterminer s'il y a matière dans les situations d'enfants qui vivent une problématique de négligence de signaler ou non. Nous avons mis sur pied un comité de travail afin de développer une approche concertée entre les services de proximité du programme jeunesse, du programme DI-TSA et DP et de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) afin de soutenir la pratique des intervenants de la première ligne pour éviter que les situations qui ne nécessitent pas de signalement soient signalées à la DPJ.

Malgré une diminution du nombre d'enfants dont le signalement est retenu pour des motifs de négligence et de risque de négligence, notre taux de prise en charge demeure élevé. Nous sommes passés de 36 % de signalements retenus en 2017-2018 à 30 % en 2018-2019. Les moyens mis en place dans la dernière année ont démontré des résultats. Il faut maintenant s'attarder à des secteurs qui sont les plus en écarts où la négligence est plus présente tels que Montmagny-L'Islet, Thetford Mines et Desjardins. Il est important de mentionner que les situations où la sécurité et le développement des enfants sont déclarés « compromises » représentent une proportion égale aux années précédentes, soit de 38 %. Nous connaissons, comme partout au Québec, une augmentation de signalements de 15 % encore cette année.

Certains facteurs peuvent expliquer les écarts. Malheureusement, la pénurie de main-d'œuvre rend difficile la continuité des services malgré que notre taux d'assurance salaire soit dans les plus bas au Québec, notre personnel est composé à 96 % de femmes âgées entre 25 et 35 ans. Par ailleurs, nous avons des travaux à réaliser pour améliorer la saisie des alinéas de compromission à l'étape de la révision, ce qui a un impact direct sur notre indicateur.

De plus, l'estimation et la projection que Statistiques Canada fait de notre population jeune sont vraisemblablement trop basses. En effet, pour cette année, il est projeté 744 jeunes de plus alors qu'il y a eu plus de 3 300 naissances.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Dépendances				
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées	90,2 %	93,2 %	84,1 %	N/D

Plan stratégique 1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	92,9 %	90 %	92,9 %	N/D

2018-2019

1.07.04-EG2
Nous constatons une légère augmentation de demandes d'évaluation. Toutefois, la raison principale du résultat s'explique par un nombre important d'absences (maladie, maternité, etc.) avec aucun remplacement possible causé par la pénurie de main-d'œuvre.

1.07.06-PS
Nous dépassons légèrement la cible attendue.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé mentale				
Plan stratégique 1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	876,6	1 020	876,6	N/D
Plan stratégique 1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	226,8	200	226,8	N/D

2018-2019

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Urgence				
Plan stratégique 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	11,03 h	10 h	11,53 h	N/D
Plan stratégique 1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	78,8 %	90 %	79,2 %	N/D
Plan stratégique 1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	79,9 %	90 %	79,4 %	N/D

2018-2019

Comparatif des délais CISSS de Chaudière-Appalaches	2016-2017	2017-2018	2018-2019	Cible 2018-2019
Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée moyenne de séjour (DMS) est moins de 4 heures (1.09.44-PS)	81,5 %	79,9 %	79,4 %	90 %
Prise en charge médicale < 2 heures (1.09.43-PS)	80 %	78,8 %	79,2 %	90 %
Pourcentage de 24 heures	3 %	2,6 %	2,9 %	0 %
DMS sur civière (1.09.01-PS)	11,3 h	11 h	11,53 h	10 h
DMS sur civière à l'urgence clientèle 75 ans et +	14,4 h	13,8 h	14,3 h	10 h
Délai moyen sur civière à l'urgence clientèle santé mentale	14,7 h	14,4 h	15,4	10 h

L'année 2018-2019 démontre une détérioration de certains indicateurs au sein du CISSS de Chaudière-Appalaches. Par contre, nous dénotons une légère amélioration au niveau de la prise en charge médicale < 2 heures.

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

Thetford Mines

Nous remarquons une diminution de 1 531 visites pour l'année 2018-2019.

Le séjour moyen sur civière dépasse la cible ministérielle. Il est passé de 11,2 heures (2017-2018) à 11,5 heures (2018-2019).

Pour la clientèle de 75 ans et plus, le délai moyen sur civière à l'urgence est passé de 13 heures (2017-2018) à 13,3 heures (2018-2019).

Pour la clientèle de santé mentale, le délai moyen sur civière est passé de à 10,7 heures (2017-2018) à 13,3 heures (2018-2019). L'Hôpital de Thetford Mines a dû faire face à une fermeture temporaire de l'unité de psychiatrie dans les derniers mois. Ceci explique en grande partie l'augmentation des délais pour la clientèle de santé mentale.

Nous remarquons une amélioration au niveau de la cible de prise en charge médicale < 2 heures passant de 76,3 % (2017-2018) à 80,1 % (2018-2019). Nous avons le même constat en ce qui concerne le pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la DMS est de moins de quatre heures, celle-ci passe de 74,3 % (2017-2018) à 74,1 % (2018-2019).

Beauce

Nous remarquons une augmentation de 1 364 visites pour l'année 2018-2019.

Le séjour moyen sur civière est passé de 11,8 heures (2017-2018) à 12 heures (2018-2019).

Pour la clientèle de 75 ans et plus, le délai moyen sur civière à l'urgence est le même que l'année dernière, soit de 13,5 heures.

Pour la clientèle en santé mentale, le délai moyen sur civière est passé de 12,6 heures (2017-2018) à 12,9 heures (2018-2019).

La prise en charge médicale < 2 heures est sensiblement la même, 58,7 % (2017-2018) et 58,5 % (2018-2019), et nous notons une légère détérioration au niveau du pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la DMS est moins de quatre heures passant celui-ci de 56,8 % (2017-2018) à 56,6 % (2018-2019).

Des travaux sont toujours en cours à l'aire ambulatoire de l'urgence de l'Hôpital de Saint-Georges dans le but d'améliorer l'accessibilité.

Hôtel-Dieu de Lévis

Nous remarquons une augmentation de 590 visites pour l'année 2018-2019.

Le séjour moyen sur civière est passé de 12,5 heures (2017-2018) à 13,3 heures (2018-2019).

Pour la clientèle de 75 ans et plus, le délai moyen sur civière à l'urgence est passé de 15,7 heures (2017-2018) à 16,6 heures (2018-2019).

Pour la clientèle en santé mentale, le délai moyen sur civière est passé de 17,3 heures (2017-2018) à 18,5 heures (2018-2019).

Nous notons une amélioration au niveau de la prise en charge médicale < 2 heures. Elle passe de 83,5 % (2017-2018) à 84,7 % (2018-2019) et le pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la DMS est moins de quatre heures est le même, soit de 76,4 %.

Centre Paul-Gilbert

Nous notons une baisse de 3 869 visites pour l'année 2018-2019. Cette baisse est associée à la réduction temporaire des heures ouvrables d'octobre 2018 à février 2019 à la suite des enjeux d'effectifs médicaux.

Le séjour moyen sur civière est demeuré le même, soit de 3,1 heures.

Pour la clientèle de 75 ans et plus, le délai moyen sur civière à l'urgence est passé de 3,4 heures (2017-2018) à 3,3 heures (2018-2019).

Pour la clientèle en santé mentale, le délai moyen sur civière est passé de 2,7 heures (2017-2018) à 2,5 heures (2018-2019). Nous notons une amélioration au niveau de la prise en charge médicale < 2 heures. Elle passe de 86 % (2017-2018) à 87,2 % (2018-2019). Nous avons le même constat en ce qui concerne le pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la DMS est de moins de quatre heures, soit de 94,1 % (2017-2018) à 95,7 % (2018-2019).

Hôpital de Montmagny

Nous dénotons une baisse de 1 229 visites pour l'année 2018-2019.

Le séjour moyen sur civière est passé de 9,4 heures (2017-2018) à 9,6 heures (2018-2019).

Pour la clientèle de 75 ans et plus, le délai moyen sur civière à l'urgence est passé de 10,7 heures (2017-2018) à 11,1 heures (2018-2019).

Pour la clientèle en santé mentale, le délai moyen sur civière est le même, soit de 10,1 heures.

Une légère détérioration au niveau de la prise en charge médicale < 2 heures est constatée, passant de 81,7 % (2017-2018) à 78,4 % (2018-2019). Nous avons le même constat en ce qui concerne le pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la DMS est de moins de quatre heures, soit de 88,2 % (2017-2018) à 85,9 % (2018-2019).

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Soins palliatifs et de fin de vie				
Plan stratégique 1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 299	1 420	1 369	N/D
Plan stratégique 1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	51	51	51	N/D
Plan stratégique 1.09.46-PS Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	18,3 %	17,5 %	21,3 %	N/D

2018-2019

1.09.05-PS
Pour l'année 2017-2018, 1 299 usagers ont été suivis par l'équipe de soins à domicile pour la région de la Chaudière-Appalaches. Pour l'année 2018-2019, l'engagement inscrit à l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI) (1 420 usagers) n'a pas été atteint. Il y a eu 1 369 usagers qui ont été suivis en 2018-2019, soit une atteinte de 96,4 % de la cible. Finalement, le calcul de cet indicateur ne considère pas le temps de l'hospitalisation « de 72 heures post-décès ».

Proposition de plan d'amélioration pour l'année 2019-2020 venant confirmer le rehaussement du nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) à domicile :

- Poursuite des travaux de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR) en collaboration avec le CISSS de Chaudière-Appalaches. Les outils concernant l'OCCI seront testés au cours de février dans les différents établissements du Québec. Des correctifs sont en cours dans la section des marqueurs de soins palliatifs;
- Arrimage à faire entre les besoins et l'offre. Les critères de référencement ne sont pas harmonisés sur le territoire. Pour la région de Thetford, l'offre de service est très présente et très développée;
- Optimiser la coordination du service de répit lors des heures atypiques (soir, nuit et fin de semaine);
- Arrivée d'une nouvelle assistante du supérieur immédiat (ASI) à Montmagny qui devra revoir la trajectoire des patients à domicile. L'ASI devra travailler en collaboration avec l'infirmière pivot. Optimiser le rôle de l'ASI sur tout le territoire;
- Plan d'action pharmacie Soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) – SAD en cours de déploiement;
- Formation pour les médecins de 1re ligne en soins palliatifs prévue le 31 mai 2019;
- Finalisation de l'aide-mémoire du plan de soins et de traitements en soins infirmiers qui sera un coffre à outils aux infirmières;

- Finalisation des guides de pratique clinique afin de soutenir l'infirmière dans sa démarche de soins infirmiers dans la gestion des symptômes suivants : anxiété et état dépressif, constipation, diarrhée, douleur, essoufflement et dyspnée, fatigue/insomnie/somnolence, nausées et vomissements, perte d'appétit ainsi que problèmes buccaux;
- Implantation d'une clinique de gestion des symptômes au Centre régional intégré de cancérologie (CRIC).

1.09.45-PS
Le CISSS de Chaudière-Appalaches répond à la cible ministérielle d'un lit par 10 000 personnes. Atteinte à 100 % de l'engagement 2018-2019.

1.09.46-PS
Le pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile en 2018-2019 est de 21,3 **%.** Ce résultat dépasse l'engagement 2018-2019 de 3,8 %.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé physique – Services de première ligne				
Plan stratégique 1.09.25-PS Nombre total de GMF	21	21	21	N/D
Plan stratégique 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	90,11 %	92,5 %	89,28 %	N/D
Plan stratégique 1.09.48-PS Nombre de groupe de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique	1	1	1	N/D

2018-2019

1.09.25-PS
Engagement atteint.

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

Implantation du nouveau programme Groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U) : 2 GMF-U : GMF-U des Etchemins et GMF-U de Lévis.
Le processus du transfert des ressources professionnelles en GMF est complété pour les GMF déjà en activité.

Alphonse-Desjardins **:** une confirmation de renouvellement au nouveau programme de financement au Groupe de médecine de famille Réseau (GMF-R) (super-clinique), au programme de désignation réseau pour les groupes de médecine de famille, soit le GMF-R Lévis-Métro.

1.09.27-PS
Engagement atteint.

L'information fournie par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est la suivante (source : rapport # 6 de la RAMQ/25-04-2019) :

Régionalement, pour 2018-2019, nous avons 372 853 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 417 644 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 89,28 %. Le taux d'assiduité : 85,1 % (15-03-2019).

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

Etchemins
Il y a 15 321 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 16 265 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 94,2 %. Le taux d'assiduité : 89,7 %.

Alphonse-Desjardins
Il y a 217 985 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 249 223 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 87,47 %. Le taux d'assiduité : 84,5 %.

Beauce
Il y a 66 121 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 71 014 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 93,11 %. Par contre, nous avons environ 1 940 patients sans médecin de famille pour ce secteur, donc nous pouvons conclure que certains médecins desservent une clientèle hors territoire. Le taux d'assiduité : 88,2 %.

Thetford Mines
Il y a 39 333 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 41 607 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 94,53 %. Le taux d'assiduité : 84,8 %.

Montmagny-L'Islet
Il y a 34 093 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 39 535 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 86,23 %. Le taux d'assiduité : 81,3 %.

1.09.48-PS
Nombre total de GMF-R : 1 GMF-R accrédité en janvier 2018 et renouvelé en janvier 2019.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Chirurgie				
Plan stratégique 1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	5	0	3	N/D
2018-2019 Le CISSS de Chaudière-Appalaches n'atteint pas son engagement de ne plus avoir de patients en attente depuis plus d'un an, en raison de cas d'exception connus, priorisés et suivis.				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Santé physique – Imagerie médicale				
Plan stratégique 1.09.34.00-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les modalités d'imagerie médicale ciblées	65,1 %	90 %	60,7 %	N/D
Plan stratégique 1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	45,3 %	80 %	22,1 %	N/D
Plan stratégique 1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	99 %	100 %	73,4 %	N/D
Plan stratégique 1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	100 %	100 %	96,1 %	N/D
Plan stratégique 1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	57,5 %	80 %	45,1 %	N/D
Plan stratégique 1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	49,6 %	80 %	47,2 %	N/D
Plan stratégique 1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	63,2 %	90 %	62 %	N/D
Plan stratégique 1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	91,8 %	100 %	69,5 %	N/D
Plan stratégique 1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	80,4 %	90 %	60,9 %	N/D

2018-2019

1.09.34.02-PS

- Engagement non réalisé. Mesures : 1) Poursuivre une deuxième offre et épuration des listes d'attente. 2) Blitz selon les disponibilités des radiologistes. Souhait d'harmoniser la pratique à travers le CISSS de Chaudière-Appalaches et rendre autonomes les technologues pour certains examens en scopie sans que le radiologiste soit présent dans la salle, mais disponible au besoin comme à l'Hôtel-Dieu de Lévis (HDL);
- Facteurs qui contraignent l'atteinte de l'engagement : nombre élevé de clients en attente, manque de ressources médicales et techniques;
- Apprécier l'état d'évolution : détérioration du résultat depuis la période 1.

1.09.34.03-PS

- Engagement non réalisé pour la Beauce. Mesure : répartition des ressources techniques selon les besoins;
- Facteurs qui contraignent l'atteinte de l'engagement : manque de ressources techniques et médicales;
- Problématique de données et méthodologie et mesures à mettre en place : antérieurement, il était difficile dans les systèmes de rendez-vous (RDV) de départager mammographie diagnostique et mammographie dépistage. Des travaux sont amorcés afin de respecter les codes d'examens inscrits en liste d'attente selon la classification de l'annexe G.

1.09.34.04-PS

- Engagement réalisé à 96,1 %.

1.09.34.05-PS

- Engagement non réalisé. Mesures : 1) Poursuivre le développement de la pratique autonome selon l'intérêt des technologues et de la disponibilité des ressources. 2) Réorganisation des horaires de travail. 3) HDL : projet en cours pour l'ajout d'une 4e salle d'échographie cardiaque, incluant l'ajout d'un ETC et d'un échographe. 4) Blitz selon les disponibilités des ressources techniques et des médecins spécialistes (cardiologues et internistes);
- Facteurs qui contraignent l'atteinte de l'engagement : changement de pratiques a fait augmenter le nombre de patients (nouvelles recommandations des meilleures pratiques en échographie et en lien avec la clinique de fibrillation auriculaire (FA), le dépistage ischémie cérébrale transitoire (ICT), suivis de chimiothérapie (préchimiothérapie et en post-chimiothérapie, les patients à risque de développer des cardiomyopathies ou une cardiotoxicité);
- Enjeux de capacité : plateaux techniques d'échographie cardiaque à 100 % quart de jour et nous en faisons dans certains hôpitaux les fins de semaine;
- Apprécier l'état d'évolution : nombre élevé de clients en attente : Période 12 = 2 704 par rapport à 1 338 à la même période pour l'année 2017-2018.

1.09.34.06-PS

- Engagement non réalisé (Beauce et HDL). Mesures prises : mise en place d'une deuxième offre (intersites et clinique radiologique). Mobilisation des équipes médicales pour augmenter la disponibilité pour cette technique;
- Facteurs qui contraignent l'atteinte de l'engagement : manque de ressources médicales;
- Légère diminution de 1,6 % de l'indicateur par rapport à 2017-2018 : 47,2 % à la période 12 (2017-2018) comparativement à 45,6 % à la même période en 2018-2019.

1.09.34.07-PS

Engagement non réalisé. Mesures : 1) Poursuivre une deuxième offre et épuration des listes d'attente. 2) Poursuivre le développement de la pratique autonome, ajout de ressources humaines les fins de semaine de jour. 3) Demandes d'ajouts de salles, d'équipements et de ressources humaines déposées;

- Facteurs qui contraignent l'atteinte de l'engagement : manque de ressources médicales. En attente du MSSS pour ajout de deux PEM en dépassement du PREM;
- Amélioration de l'indicateur par rapport à l'an dernier. Le résultat est passé de 56,7 % à la période 12 en 2017-2018 par rapport à 62,1 % à la période 12 en 2018-2019. Augmentation significative du nombre d'usagers en attente à la période 12 en 2018-2019 (642) par rapport à la période 12 en 2017-2018 (374);
- Demande d'ajout d'un échographe supplémentaire déposée à la Fondation de l'hôpital de la région de Thetford;
- Problématique de données et méthodologie et mesures à mettre en place : non applicable (N/A).

1.09.34.08-PS

- Engagement non réalisé (Beauce et HDL). 9 291 procédures supplémentaires ont été réalisées à la période 12 comparativement à la période 12 en 2015-2016. Mesures prises : 1) Poursuivre la production supplémentaire selon la disponibilité des ressources techniques et médicales. 2) Création de postes permanents (1 ETC de soir en Beauce et 0.4 ETC de fin de semaine à HDL) pour ouverture de l'offre de service de soir et de fin de semaine;
- Facteurs qui contraignent l'atteinte de l'engagement : manque de ressources médicales et techniques;
- Détérioration de l'indicateur par rapport à l'an dernier. Augmentation du nombre d'usagers en attente à la période 12 en 2018-2019 (2 520) par rapport à 1 939 à la période 12 en 2017-2018;
- Problématique de données et méthodologie et mesures à mettre en place : non applicable (N/A).

1.09.34.09-PS

- Engagement non réalisé (Beauce et HDL) : malgré une augmentation de la productivité de 3 216 procédures supplémentaires comparativement à 2015-2016. Mesures : 1) Poursuivre la production supplémentaire selon la disponibilité des ressources techniques et médicales. 2) Redirection de la clientèle vers les autres hôpitaux du CISSS de Chaudière-Appalaches. 3) Ouverture de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) à Montmagny en mai 2019;
- Facteurs qui contraignent l'atteinte de l'engagement : manque de disponibilités des ressources médicales et techniques. Augmentation significative du nombre d'usagers en attente à la période 12 en 2018-2019 (3 844) par rapport à 2 315 à la période 12 en 2017-2018;
- Détérioration de l'indicateur à la période 12 en 2018-2019 par rapport à l'année dernière, malgré 3 216 examens supplémentaires réalisés par rapport à 2015-2016;
- Problématique de données et méthodologie et mesures à mettre en place : non applicable (N/A).

COMMENTAIRES GLOBAUX

Nous observons une augmentation importante du nombre d'usagers en attente à la période 12 en 2018-2019 (16 116) par rapport à la même période en 2017-2018 (14 816).

Le manque de disponibilité des ressources techniques et médicales fait en sorte que nous ne sommes pas en mesure d'offrir l'accès requis en fonction du nombre d'usagers en attente. Des efforts importants de recrutement sont en cours avec la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) et une demande de dépassement de PREM a été déposée au MSSS en février 2019.

Nous constatons pour plusieurs modalités que, malgré une augmentation de notre capacité à produire au cours des dernières années, nos indicateurs diminuent en raison d'une augmentation continuelle de la demande. Il devient impératif d'adresser l'enjeu de la pertinence en imagerie médicale.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Ressources matérielles				
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100 %	100 %	84,4 %	N/D

2018-2019

Montmagny-L'Islet : Engagement atteint à 100 %.
Beauce : Engagement atteint à 100 %.
Alphonse-Desjardins : Engagement atteint à 37,5 %.
Thetford Mines : Engagement atteint à 100 %.

Nous avons vécu, durant l'année 2018-2019, une pénurie de personnel au niveau des préposés aux bénéficiaires. La désinfection des zones grises étant la responsabilité des préposés aux bénéficiaires pour le secteur Alphonse-Desjardins, le manque de ressources a eu une incidence négative sur la réalisation de cette activité. Nous opérons actuellement un transfert de l'activité de désinfection des zones grises au Service d'hygiène et salubrité. Nous sommes donc dans une période d'analyse des heures requises afin de pouvoir intégrer cette activité dans les tâches opérationnelles du Service d'hygiène et salubrité. Le tout permettra donc l'atteinte de la cible ministérielle, tout en respectant les fréquences requises pour le type de surfaces à haut risque de contamination.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Ressources humaines				
Plan stratégique 3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	6,27 %	5,73 %	6,69 %	N/D
Plan stratégique 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	3,83 %	2,76 %	4,42 %	N/D
Plan stratégique 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,85 %	0,68 %	1,18 %	N/D

2018-2019

3.01-PS

Nous constatons une augmentation du taux d'assurance salaire, passant de 6,27 % en 2017-2018 à 6,69 % en 2018-2019.
De plus, nous vivons une problématique de pénurie importante de médecins-conseils pour nous soutenir dans la gestion des dossiers complexes.

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

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

- Obtention, en 2018-2019, de la certification Entreprise en santé-Élite attestant la mise en place par l'organisation d'un processus d'amélioration continue basé sur les meilleures pratiques;
- Afin d'outiller les gestionnaires, nous faisons parvenir le taux et le coût en assurance salaire par direction à toutes les périodes financières, nous identifions les secteurs problématiques afin de chercher des solutions terrain et nous effectuons un plan d'action pour accompagner le gestionnaire du secteur;
- L'intervention des agents de gestion du personnel dans les dossiers complexes en assurance salaire et d'absentéisme chronique ainsi qu'une amélioration du processus d'accommodement dans une situation de changement d'accréditation sont aussi mises en place pour réduire le taux d'assurance salaire;
- Sensibilisation des médecins traitants sur le régime d'assurance salaire de l'employeur. C'est-à-dire les sensibiliser et les informer sur la gestion médicale en lien avec le régime d'assurance salaire de l'employeur et les modalités de retour au travail possible et les coûts du régime;
- En collaboration avec le secteur du Centre d'expertise en développement organisationnel (CEDO), nous effectuons la mise en place d'un programme de retour au travail pour le printemps 2019;
- Le déploiement d'une équipe stratégique provenant du Virage Prévention afin d'accompagner les équipes de direction dans la gestion optimale de la présence au travail;
- Audits périodiques par les conseillères cadres en santé et sécurité au travail (SST) des dossiers d'assurance salaire (ASAL) et de la commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST) dans l'ensemble du territoire;
- Rencontres d'équipe d'indemnisation pour l'analyse de statistiques afin de prioriser nos actions dans les secteurs en difficulté;
- Communication accrue entre le service de l'indemnisation et celui de la prévention;
- Audit en milieu de travail par l'équipe de prévention sur les risques physiques et psychosociaux.

3.05.02-PS

Le résultat de 2018-2019 de 4,42 % par rapport à un engagement de 2,76 % représente un écart pour atteindre l'engagement de 1,66 %.

3.06.00-PS

Le résultat de 2018-2019 de 1,18 % par rapport à un engagement de 0,68 % représente un écart pour atteindre l'engagement de 0,5 %.

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

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

Par ailleurs, au niveau des moyens mis ou à mettre de l'avant, mentionnons notamment :

- Le recrutement à l'international de PAB et d'infirmières qui permettra l'ajout de ressources;
- Des journées de l'emploi dans nos quatre principaux territoires avec entrevues sur place (513 entrevues réalisées en avril 2019);
- La maximisation des horaires de travail à la hauteur des disponibilités des personnes;
- Des garanties de travail à la carte tant à l'externe pour le recrutement qu'à l'interne;
- La planification des horaires de travail pour la période estivale pour une durée de trois mois;
- La création d'une structure d'autoremplacement pour les infirmières, infirmières auxiliaires, PAB et inhalothérapeutes (mai 2019);
- La réingénierie du Service des activités de remplacement pour une meilleure gestion de la présence et une plus grande proximité.

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

Il y a eu effectivement une hausse généralisée du temps supplémentaire causée par le manque de ressources disponibles en lien avec la rareté de la main-d'œuvre dans certains titres d'emploi et une augmentation des absences.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020
Multiprogrammes				
Plan stratégique 7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	63,6 %	75 %	62,9 %	N/D

2018-2019

7.01.00-PS

Des critères de priorisation, une gestion rigoureuse des charges de cas et la coordination clinique nous permettent d'obtenir ce résultat à la limite de ce qui est attendu. Des rappels constants permettront de poursuivre en ce sens. Nous poursuivons nos travaux avec la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) afin de forer ce résultat par direction.

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

5.1 L'agrément

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

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

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

Différentes pistes d'amélioration avaient été soulevées pour lesquelles le CISSS de Chaudière-Appalaches a mis en place différentes modalités d'amélioration pour travailler ces éléments pour lesquelles des mesures continuent d'être réalisées. Nous énonçons les mesures élaborées ou en voie d'être déployées pour répondre aux standards de qualité attendus :

- Implanter le bilan comparatif des médicaments et s'assurer de l'implication de tous les professionnels, incluant les médecins et les infirmières.
  Mesures d'amélioration : alors que l'utilisation du bilan comparatif des médicaments se consolide dans les milieux hospitaliers, les travaux actuels portent sur son implantation dans les milieux de réadaptation.

- Développer la pérennité des activités d'amélioration continue de la qualité et poursuivre le développement d'une culture d'amélioration de la qualité axée sur les résultats.
  Mesures d'amélioration : presque toutes les directions de l'établissement animent maintenant une salle de pilotage tactique pour assurer le contrôle de leurs opérations. Le déploiement de stations visuelles sur le plan opérationnel se poursuit pour différents secteurs de l'établissement.

- Développer un outil standardisé permettant une transmission complète des informations d'un point de transition à un autre.
  Mesures d'amélioration : une procédure a été établie pour procéder de façon structurée au transfert d'information de façon verbale. La prochaine étape du projet consiste élaborer un outil standardisé pour ce faire.

- Harmoniser les pratiques de soins et de cheminement des clients.
  Mesures d'amélioration : plusieurs pratiques organisationnelles requises concernent et impliquent plus d'une direction de l'établissement. Par conséquent, de nombreux comités œuvrent à harmoniser les pratiques. Ces travaux sont en constante évolution et ils s'ajustent en continue pour s'adapter aux besoins des usagers. D'ailleurs, le comité d'intégration et de transformation clinique coordonne les travaux et les projets qui visent l'harmonisation des soins et des services.

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

La prochaine visite d'Agrément Canada au CISSS de Chaudière-Appalaches est prévue du 16 au 20 septembre 2019. Bien que partielle, cette visite offrira une opportunité d'amélioration pour quelques secteurs de l'établissement.

5.2 La sécurité et la qualité des soins et des services

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

De la formation en continue et à l'embauche a été donnée sur la politique et la procédure de déclaration, le rapport de déclaration d'incident ou d'accident (AH-223) et le règlement portant sur la divulgation et les mesures de soutien tant pour les employés que les gestionnaires. Des documents de référence ainsi que des présentations sur support informatique sont disponibles pour les employés et les gestionnaires dans l'intranet. Des activités de sensibilisation ont été réalisées en octobre 2018 lors de la 3e édition de la Semaine nationale de la sécurité des patients, activité initiée par l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP). Des capsules d'information, en lien avec la gestion des risques, ont aussi été publiées dans le journal interne « L'interligne ».

De plus, l'analyse des événements sentinelles, selon la méthode CREX (comités de retour sur l'expérience), réalisée en collaboration avec le gestionnaire et l'équipe terrain concernée, permet l'intégration des méthodes d'amélioration continue en gestion des risques. Cette méthode contribue au développement des compétences des parties prenantes dans l'analyse des processus sous-jacents à un événement sentinelle. En plus, elle permet d'ancrer davantage une culture de prévention et pousse la recherche de solutions innovantes pour diminuer la réalisation de préjudice qui a ou qui aurait pu toucher l'usager, et encore, éviter toute récidive. Au cours de l'année 2018-2019, 243 pistes d'amélioration ont été émises directement par les personnes œuvrant sur le terrain. Au 31 mars 2019, 153 pistes ont déjà été réalisées, soit 63 %. Si nous comparons à l'an passé à pareille date, c'est 51 pistes d'amélioration de plus, soit 153/243 par rapport à 102/159. Nous pouvons témoigner de l'engagement réel des personnes à améliorer la sécurité des soins et des services au CISSS de Chaudière-Appalaches.

Dans un autre ordre d'idée, au dernier bilan provincial disponible, nous rapportons qu'au Québec le taux de divulgation en 2017-2018 pour des événements de gravité E1 à I était de 86,3 %, alors qu'en Chaudière-Appalaches le taux est supérieur de 13,3 %, soit 99,6 % de taux de divulgation. Ceci démontre une grande transparence envers les usagers.

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

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

	Chute	Médication	Traitement	Diète	Test Dx laboratoire	Test Dx imagerie	RDM/MMUU	Lié au matériel	Lié à l'équipement	Lié au bâtiment	Lié au effets personnels	Abus/Agression/ Harcèlement	Autres	Total	
Indice de gravité	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**%**
Incident	40	484	117	39	1 412	42	91	116	60	46	38	5	312	2 802	13,05
A	20	70	30	2	37	7	8	58	34	26	15	0	121	428	1,99
B	20	414	87	37	1 375	35	83	58	26	20	23	5	191	2 374	11,05
Accident	6 621	4 526	730	109	795	66	24	140	396	50	413	700	4 107	18 677	86,95
C	578	3 102	308	72	618	34	24	59	235	6	148	92	1 723	6 999	32,59
D	4 553	1 344	324	33	171	20	0	63	35	42	213	496	1 139	8 433	39,26
E1	1 116	61	76	3	3	9	0	8	9	2	40	91	1 145	2 563	11,93
E2	279	12	12	1	1	2	0	6	3	0	10	15	69	410	1,91
F	51	5	6	0	1	0	0	4	1	0	0	5	14	87	0,41
G	15	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	20	0,09
H	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,01
I	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	45	0,21
ND	0	0	1	0	0	1	0	0	113	0	2	0	1	118	0,55
Total	6 661	5 010	847	148	2 207	108	115	256	456	96	451	705	4 419	21 479	100,00

Médication : 17,27 % des événements de gravité A et B
Test de laboratoire : 50,39 % des événements de gravité A et B
Autres : 11,13 % des événements de gravité A et B

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

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

	Chute	Médication	Traitement	Diète	Test Dx laboratoire	Test Dx imagerie	RDM/MMUU	Lié au matériel	Lié à l'équipement	Lié au bâtiment	Lié au effets personnels	Abus/Agression/ Harcèlement	Autres	Total	
Indice de gravité	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**NB**	**%**
Incident	40	484	117	39	1 412	42	91	116	60	46	38	5	312	2 802	13,05
A	20	70	30	2	37	7	8	58	34	26	15	0	121	428	1,99
B	20	414	87	37	1 375	35	83	58	26	20	23	5	191	2 374	11,05
Accident	6 621	4 526	730	109	795	66	24	140	396	50	413	700	4 107	18 677	86,95
C	578	3 102	308	72	618	34	24	59	235	6	148	92	1 723	6 999	32,59
D	4 553	1 344	324	33	171	20	0	63	35	42	213	496	1 139	8 433	39,26
E1	1 116	61	76	3	3	9	0	8	9	2	40	91	1 145	2 563	11,93
E2	279	12	12	1	1	2	0	6	3	0	10	15	69	410	1,91
F	51	5	6	0	1	0	0	4	1	0	0	5	14	87	0,41
G	15	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	20	0,09
H	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,01
I	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	45	0,21
ND	0	0	1	0	0	1	0	0	113	0	2	0	1	118	0,55
Total	6 661	5 010	847	148	2 207	108	115	256	456	96	451	705	4 419	21 479	100,00

Chute : 35,45 % des événements de gravité C à I
Médication : 24,23 % des événements de gravité C à I
Autres : 22 % des événements de gravité C à I

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

Tout au long de l'année, un suivi étroit a été effectué pour garantir une déclaration complète et continue des incidents/accidents. Ce suivi a notamment été fait par l'analyse en continu de toutes les déclarations effectuées, les corrections aux défauts de saisies dans le système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS), le suivi et la transmission du taux de déclaration périodique aux employés, gestionnaires, médecins, comité de gestion des risques, comité de vigilance et de la qualité et conseil d'administration (tendance comparée avec les autres années) dans l'intranet. La production d'un tableau de bord périodique détaillant les principaux risques observés dans l'établissement est aussi publié, de même que l'analyse s'y rattachant. Trimestriellement, un tableau de bord par direction est aussi produit en y insérant l'analyse propre aux données de la direction concernée. Le suivi régulier des rapports de déclaration des incidents/accidents permet d'identifier rapidement les événements indésirables nécessitant une analyse approfondie avec les équipes terrain dans le but de mettre en place des moyens pour diminuer le risque et/ou la gravité du préjudice auprès de la clientèle. Finalement, le comité de gestion des risques s'est assuré, en cours d'année, que les déclarations des rapports d'incidents et d'accidents des établissements privés conventionnés soient acheminés de manière continue et complète au registre du SISSS du Ministère et que la migration de ces établissements pour l'application SISSS ait été complétée au 1er avril 2019, ce qui a été réalisé avec succès.

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

Types d'événements	Mesures mises en place par l'établissement
Médicament	Acheminer à l'IUCPQ une liste proposant des solutions de transmission des informations souhaitées lorsqu'un usager quitte l'IUCPQ vers l'hôpital afin d'améliorer la prestation de service à l'usager dans son continuum de soins et services. Intégrer à l'unité de médecine de l'hôpital l'outil SPER qui servira, notamment pour les retours de l'IUCPQ (chirurgies cardiaques et coronarographies) ainsi qu'au transfert d'information lors du rapport téléphonique de l'IUCPQ vers l'hôpital. Que le personnel de l'unité de médecine de l'hôpital remplisse une note d'évolution du rapport interétablissement verbal \ téléphonique de l'IUCPQ qui sera déposé au dossier de l'usager. Écrire une note de service sur la nouvelle façon de fonctionner lors du rapport interétablissement de l'IUCPQ et les autres CISSS et CIUSSS. Faire une copie de la note d'évolution du transfert de l'information téléphonique reçue et la remettre à l'AIC dans un objectif de partage d'information qui servira au rapport entre AIC. Transmettre l'information de façon verbale et écrite au changement d'intervenant. Soumettre au comité POR (transmission de l'information au point de transition) la possibilité de combiner la méthode SPER pour véhiculer l'information avec un support écrit. Demander au comité de gestion des lits de l'hôpital s'il est possible de réserver un lit lors d'un retour de cas complexes, ce qui permettrait le transfert plus rapide dans les heures ouvrables. Faire des rappels au personnel sur les « 7 bons » et de toujours vérifier la FADM avant toute administration de médication.

Médicament	Modifier les documents relatifs à la préparation d'un usager allergique à l'iode (ordonnance collective PHARM-MULTI-14 et formulaire de liaison 09-340-008). Organiser une rencontre afin d'impliquer un omnipraticien, un interniste et un radiologiste dans l'élaboration de la conduite à tenir, pour les usagers allergiques à l'iode. Recenser des ordonnances collectives disponibles au CISSS de Chaudière-Appalaches traitant de la préparation d'usager allergique à l'iode. Élaborer et diffuser une note de service expliquant la conduite à tenir en cas de report d'examen avec substance de contraste chez un usager allergique à l'iode. Inclure dans la formation « tronc commun des infirmières » les informations sur la conduite pour la préparation d'un usager allergique à l'iode lorsqu'un examen avec substance de contraste est reporté. Présenter la note de service et les informations lors d'une rencontre d'ASI (Héros). Afficher un formulaire de liaison (09-340-008) avec la mention que, s'il y a du retard à l'examen, l'usager reste couvert jusqu'à une heure après l'heure prévue de l'examen.
Médicament	Remettre le dépliant sur les « 7 bons » à l'ensemble des responsables. Élaborer un algorithme pour aider à la prise de décision, lors d'événements indésirables. Remettre un formulaire du profil de chaque résident et s'assurer de le maintenir à jour. Rendre disponible un registre d'administration des médicaments incluant la signature de l'employé. Tenir un registre des employés qui ont été formés à la loi 90. Informer les responsables des ressources que les employés qui ne sont pas formés à la loi 90 ne peuvent administrer les médicaments. S'assurer que ces moyens sont appliqués dans les ressources. Remettre une fiche incluant tous les numéros nécessaires au personnel afin qu'il puisse répondre de manière adéquate à la sécurité des résidents. Concevoir un algorithme indiquant qui contacter selon la priorité ou selon la gravité de l'événement indésirable, lors d'un événement indésirable.
Chute	Faire un rappel au personnel infirmier sur les points suivants : chaîne de communication à appliquer lors d'un événement de gravité F-G-H-I et rédaction d'un rapport de divulgation AH-223-3 pour tout événement de gravité F et plus. Lors de l'orientation de personnel infirmier des services d'agence, informer de la politique et la rendre accessible pour consultation. Faire un rappel au personnel infirmier sur les points suivants : analyser et documenter au dossier des résidents, les causes, les conséquences et les aspects cliniques, environnementaux et organisationnels en lien avec la chute. Lors de l'orientation du personnel infirmier des services d'agence, informer de la règle de soins infirmiers R-S.I.-12.
Chute	Rencontre de la conseillère à la DSI en santé mentale avec le personnel sur chacun des quarts de travail en gérontopsychiatre, accompagnée de l'infirmière clinicienne de cette unité pour un rappel sur l'importance de l'aide-mémoire et de l'analyse postchute. Lors des rencontres avec le personnel des trois quarts de travail mentionnés, faire un rappel sur les interventions requises selon le niveau de risque en lien avec le programme de prévention des chutes. Nommer un agent facilitateur en psychiatrie pour le programme de prévention des chutes. Déploiement de la trajectoire « Organisation des services pour les soins physiques pour les usagers hospitalisés en psychiatrie ». Mettre en place une deuxième équipe médicale qui pourra assurer de façon optimale les services. Créer un comité d'organisation des soins physiques en psychiatrie, par la DSP (besoin d'enseignement, etc.). Rappeler au personnel de mettre le niveau de surveillance requis selon le programme de prévention des chutes.

Types d'événements	Mesures mises en place par l'établissement
Chute	Clarifier l'aspect légal et de la confidentialité pour ce qui touche la transmission d'informations aux PAB. Réaliser un autre CREX avec la présence de PAB pour mieux comprendre pourquoi le plan de travail n'est pas toujours consulté et cibler les actions à prendre. Évaluer les outils de transmission d'informations déjà utilisés dans le centre (plan de travail - SMAF - cahier de communication, etc.). Statuer sur l'outil unique à utiliser pour la transmission d'informations aux PAB. Statuer sur les informations à inscrire dans le plan de travail afin qu'il soit pertinent et actualisé. Transmettre aux PAB, sous forme de rencontres, les informations expliquant les raisons des soins et services donnés. Rencontre d'équipe deux fois par semaine sur les trois quarts, lors de l'admission ou de l'instauration d'une pratique de soins particulière. Introduire les rencontres d'équipe hebdomadaires avec l'ergothérapeute et le TRP de style « stand-up meeting ». Sensibiliser les PAB à l'importance de consulter le plan de travail en utilisant des exemples de situations survenues au centre. Introduire la consultation systématique et obligatoire du plan de travail par les PAB dans leur routine de travail et s'assurer du respect de cette consigne. S'assurer que le plan de travail soit présenté et qu'il y ait mention de l'obligation de le consulter dès le début de leur quart de travail, lors de l'orientation de nouveaux PAB. Procéder au ménage des outils de référence portant sur le matériel alternatif qui sont présents au poste de garde. Faire un inventaire du matériel alternatif utilisé chez les résidents du centre et évaluer leur pertinence et leur efficacité. Prévoir une réévaluation systématique de l'utilisation du matériel alternatif en l'inscrivant dans le plan de travail de l'infirmière. Réévaluer en appliquant la démarche de soins. Offrir une formation quant à l'utilisation et à l'installation adéquate du matériel alternatif. Formation Body-Point. Lors de l'arrivée d'un ergothérapeute, des capsules de formation seront présentées. Mettre sur pied un comité de travail pour réfléchir sur les admissions dans les ailes prothétiques. Documenter les sorties des ailes prothétiques (raison et évolution). Aller visiter le CHSLD pour s'inspirer de leur pratique, pour la gestion des admissions dans les ailes prothétiques. Appliquer le nouveau programme CISSS de prévention des chutes lorsqu'il sera disponible. En attendant, s'assurer de l'application de l'ancienne directive encadrant la prévention, l'évaluation et l'intervention lors de chute accidentelle de l'ancien CSSS. Former l'ensemble du personnel et professionnel travaillant au CHSLD, lors de l'adoption du nouveau programme CISSS de prévention des chutes. Revoir, avec le personnel infirmier, les mesures universelles et spécifiques aux facteurs de risques au résident en matière de prévention des chutes lors d'une première évaluation du risque de chute. Rencontre avec toutes les ASI du CHSLD pour faire un retour sur le plan d'action et le suivi des mesures dans le temps. Rappeler aux infirmières leur rôle d'ASI ou de chef d'équipe dans l'organisation de travail, en particulier lors de manque de personnel. S'assurer du respect du plan de contingence pour combler le manque de personnel.

	Sensibiliser l'infirmière à sa responsabilité de s'assurer que chaque PAB a son plan de travail et qu'il en a pris connaissance (CR 2017-10-25). Donner la formation « Coaching ASI » aux infirmières travaillant au CHSLD. Soumettre la problématique d'autorisation de participer à une formation spécifique à un secteur pour le personnel de l'équipe volante. Revoir l'organisation du travail de façon à assurer une réponse aux cloches dans les meilleurs délais. Réalisation d'une cartographie. Introduire la notion de tournées intentionnelles dans l'organisation de travail. Ajout au plan de travail du PAB. Responsabiliser le personnel soignant à la réponse aux cloches d'appel et aux alarmes du matériel alternatif lorsqu'il circule dans les corridors. S'assurer que lors des rencontres d'équipe, il reste un membre du personnel sur l'unité pour assurer une surveillance. Sensibiliser les PAB à poser les quatre questions de la tournée intentionnelle surtout lorsqu'un usager tente de se lever, lors de la prochaine rencontre d'équipe. Prioriser une approche interdisciplinaire en lien avec la gestion des mesures de contrôle. Avant d'appliquer une mesure de contrôle, s'assurer d'évaluer les besoins du résident afin de lui procurer la mesure qui est adéquate selon son état en appliquant la démarche de soins. Utiliser les mesures selon les recommandations du fabricant. Offrir une meilleure formation quant à l'installation et à l'utilisation des mesures de contrôle. Revoir le processus d'achat des nouveaux lits profil bas et le protocole d'utilisation des mesures de contrôle au comité sur les mesures de contrôle. Documenter au dossier, l'évaluation, les comportements du résident et les interventions effectuées lors d'application d'une mesure de contrôle. Réévaluer de façon systématique l'efficacité des mesures de contrôle mises en place principalement dans les situations où il y a des troubles de comportements tels que l'agitation. Impliquer et informer les familles du résident dans le processus de décontentionnement en s'assurant de leur compréhension de la démarche. Prioriser une approche interdisciplinaire en lien avec le processus de décontentionnement. Documenter au dossier, l'évaluation, les comportements du résident et les interventions entreprises lors d'un processus de décontentionnement, selon la démarche de soins.

Chute	Faire un retour avec l'équipe sur le nouveau programme de prévention des chutes. Rendre facilement accessibles les outils cliniques à l'équipe de soins. Sensibiliser l'équipe de soins à questionner le résident et à vérifier la raison pour laquelle il veut se lever (besoin de bouger, faim, soif, besoin d'aller à la toilette, ennui, etc.). Les intervenants pourront ensuite moduler leur intervention selon le besoin du résident et éviter de simplement lui demander de s'asseoir (tournées intentionnelles). Revoir la démarche de demande de consultation à un professionnel. Discuter avec l'équipe des façons de procéder lors d'un cas complexe. Présenter la problématique de l'utilisation du plan de travail par les PAB au CPSSS SAPA. Procéder à une réévaluation périodique des moyens de prévention des chutes. S'assurer de faire des demandes d'achat d'équipement, lorsque requises.
Chute	Ajouter les mentions suivantes sur la Fiche d'inscription Télésurveillance (intranet) : Note de valider le choix du dispositif. Identification du risque de chute de l'usager. Identification de l'acceptation ou du refus du médaillon advenant un risque de chute. Demander à l'équipe Info-Social de se référer aux outils développés par la Centrale Télésurveillance (intranet) et non à leur aide-mémoire pour remplir leur fiche Info-Social afin d'utiliser la même terminologie et d'éviter la confusion (même langage pour une meilleure communication des renseignements). Transmettre une note de service par messagerie électronique et intranet aux divers référents. Rencontrer l'équipe Info-Social pour leur présenter les outils développés par la Centrale Télésurveillance et les sensibiliser à l'importance de valider le choix du dispositif et de l'inscrire explicitement dans la fiche Info-Social avant de transférer la demande.
Chute	Établir un profil de compétences recherchées pour les agents de sécurité. Favoriser un jumelage optimal lors de la planification des horaires. Élaborer un document de référence « Mandat de l'agent de sécurité » qui inclut, entre autres, les consignes, les attentes et les particularités par rapport à leur mandat de surveillance privée et le faire connaître à l'orientation. Simplifier dans un format visuel le document d'intervention désescalade afin qu'il soit adapté pour les agents de sécurité. S'assurer que l'infirmière responsable du résident fasse un encadrement des interventions faites par l'agent de sécurité pour l'application adéquate des interventions préconisées au dossier. S'assurer que le rapport de surveillance fait par l'agent de sécurité soit mis au dossier de l'usager. Identifier les besoins de l'usager et les avantages répondus par l'unité prothétique privée (UPP) afin de s'assurer que l'unité répond adéquatement aux besoins de l'usager. Entreprendre une démarche avec le bureau de l'éthique afin de s'assurer que l'unité de vie de l'usager soit conforme aux normes et aux droits de l'usager et ne soit pas considérée comme une mesure de contrôle. Revoir l'UPP afin d'améliorer la visibilité à la chambre à partir du bureau de l'agent de sécurité afin d'avoir un accès visuel à l'usager en tout temps. Implication des services techniques dans l'identification de moyens (ex. : changer la vitre du bureau, installer des miroirs au plafond, caméras, etc.). Aménager l'environnement de vie de l'usager afin qu'il corresponde aux critères d'un milieu de vie. Impliquer la famille dans l'aménagement de la chambre. Retirer le matériel se trouvant dans le bureau donnant accès à la chambre de l'usager afin de lui donner un accès sécuritaire au salon commun du CHSLD. Poursuivre la démarche avec l'équipe du SIE-TGC et la famille afin de faire sortir l'usager le plus souvent possible de l'unité.

Chute	Faire le « dépistage des facteurs de risque de chutes » à l'admission d'un usager et lors d'un changement de la condition de santé. Appliquer des mesures préventives adaptées à la condition de l'usager, en concertation avec les différents professionnels. Appliquer la règle de soins infirmiers postchute et y assurer le suivi et la prise en charge optimale. S'assurer qu'un PTI est élaboré et mis à jour en fonction de l'évaluation clinique de l'infirmière et que les directives données pour la surveillance clinique, les soins et les traitements soient clairement identifiées.
Chute	Présence et animation par la technicienne en loisirs avec les usagers lors de la période des repas des intervenants infirmiers en soirée, au salon des usagers. Retirer tout fauteuil roulant non doté de roues arrières anti-bascules pour le secteur de soins et services en CHSLD (clientèle à risque de chute et renversement). Procéder à la vérification des freins et mécanismes des fauteuils roulants aux trois à quatre mois (maintenance et entretien des fauteuils roulants). Renouveler les fauteuils roulants désuets et non adaptés (non présence d'anti-bascule, ceinture brisée et non fonctionnelle, sans appuie-pieds) pour le CHSLD et valider si contrat d'entretien avec les fournisseurs lors de l'achat des fauteuils roulants. Déclarer tout bris d'équipement en lien avec les fauteuils roulants à l'infirmière assistante et l'inscrire sur la feuille « Demande de réparation et d'entretien des aides à la mobilité » laissée en permanence au poste des infirmières.

Tentative de suicide/ suicide	Évaluer la possibilité de devancer les travaux de remplacement des plafonds suspendus prévus à l'an 2 du plan de rénovation de la psychiatrie, considérant la criticité du risque. Évaluer, en collaboration avec le chef de l'entretien et fonctionnement des installations, si des mesures alternatives peuvent être mises en place temporairement afin d'éliminer les points d'ancrage au plafond. Un rappel sera fait à l'équipe de l'unité des S.I. Réaliser un audit. Rappeler aux membres du personnel infirmier et aux éducateurs la qualité des notes cliniques qui doivent être inscrites au dossier des usagers. Rappeler aux membres du personnel infirmier d'inscrire le résultat de l'évaluation de l'urgence suicidaire sur la feuille « Notes d'observation » mise au dossier de l'usager et y inscrire l'heure. Revoir l'organisation du travail à l'unité de psychiatrie durant les heures plus à risque d'événements (changement de quart, heure de repas, agitation d'un usager). Identifier un mécanisme (clé, bouton, etc.) permettant de prioriser l'ascenseur dans un contexte d'urgence et apporter les modifications nécessaires. Mettre en place une procédure de fonctionnement en mode priorité. Mettre en place un plan de contingence en cas de non disponibilité de l'ascenseur. Instaurer des simulations d'urgence, code bleu, selon un plan de formation. Faire prendre connaissance de la procédure, l'informer de son rôle lors de situations d'urgence et sur l'endroit où se trouve le chariot de code et son contenu, lors de l'orientation d'un nouvel employé et/ou personnel non régulier. Mettre une affiche des numéros d'urgence à composer près des téléphones au poste de garde. Distribuer, aux employés, une carte plastifiée de type carte d'identification sur laquelle se trouvent les numéros à composer selon le code d'urgence. Faire un rappel au personnel infirmier de la procédure de fonctionnement du DEA. Faire un rappel pour formation RCR.
	Revoir la pratique de lancer un code blanc en situation de code bleu et identifier des mesures pouvant être mises en place pour répondre aux besoins d'information, de préparation et d'organisation du personnel (ex. : lancer un appel général par l'interphone en précisant l'unité et le numéro de la chambre bouton code bleu au poste de garde, etc.). Évaluer la possibilité de mettre à jour la signalisation des lieux. Mettre en place une procédure écrite qui inclut la prise en charge des autres usagers. Évaluer la pertinence d'impliquer un agent de sécurité lors d'une situation d'urgence code bleu. Effectuer un suivi auprès du chef de service de la buanderie. Ajouter à la procédure des téléphonistes : validation auprès de la téléphoniste de l'urgence, poste 6188, pour aviser d'un code bleu et valider la réception du code par l'urgentologue. Effectuer des tests à tous les changements de quart de travail. Des rapports seront compilés et archivés. Élaboration d'une chaîne de communication à appliquer lors d'une défaillance du lancement d'un code d'urgence.

Tentative de suicide/ suicide	Élaborer une trajectoire en y inscrivant par ordre de priorité les personnes à contacter lors de ces situations. S'assurer de maintenir à jour cette trajectoire. Former le personnel sur le protocole suicidaire. Rendre disponible ce protocole au personnel de la RAC. Maintenir à jour le cartable des politiques et protocoles. Faire connaître les politiques et protocoles qui sont utilisés à la RAC, lors de l'accueil d'un nouvel employé. Revenir, quatre fois par année, sur les politiques et protocoles lors des rencontres d'équipe. Revoir les objectifs en lien avec l'événement, lors d'une rencontre d'équipe. Planifier une rencontre d'équipe pour effectuer un postévénement. Rendre disponible l'outil postévénement au personnel de la RAC.
Traitement	Revoir la pratique du lancement d'un code blanc en situation de code bleu et identifier des mesures pouvant être mises en place pour répondre aux besoins d'information, de préparation et d'organisation du personnel. Rédiger une procédure interne pour les unités de psychiatrie en y incluant la procédure de transfert, la destination et les actions à prendre en attendant l'arrivée de l'équipe de code. Présenter la procédure au personnel, en y incluant l'équipe médicale, et la présenter chaque année aux équipes par la suite. Instaurer des simulations d'urgence selon un plan de formation. Développer des capsules cliniques de formation et d'information et présenter aux membres du personnel selon un plan de formation. Inscrire procédure de code bleu dans le plan d'orientation des nouveaux employés. Faire un rappel aux inhalothérapeutes et au personnel infirmier de toujours vérifier le branchement du ballon masque. Faire un rappel au personnel infirmier de toujours vérifier le branchement du ballon masque. À inclure dans la procédure. Revoir les bonnes pratiques avec la DSI et en informer le personnel infirmier. Voir la trajectoire à suivre pour aviser le psychiatre traitant.
Traitement	Modifier la feuille « Visites postnatales nouveau-né » et y inclure une case « Facteurs de risque de l'ictère ». Réviser et modifier, s'il y a lieu, le tableau « Indication d'un prélèvement par voie capillaire selon le résultat de la bilirubine transcutanée » et facteurs de risque. Mandater le comité qualité du service de sages-femmes de la Maison de naissance pour analyser et mettre à jour si nécessaire l'aide-mémoire sur l'ictère. Relecture en équipe de l'aide-mémoire. Effectuer un rappel afin de bien informer les parents sur les signes et symptômes à surveiller et l'inscrire sur la feuille « Visites postnatales nouveau-né ». Informer les équipes des moyens mis en place. Communiquer avec le pédiatre de garde de l'hôpital lorsque le résultat du bilirubinomètre, en corrélation avec le tableau clinique et/ou la présence de facteurs de risque, laisse envisager qu'une hospitalisation est probable. Évaluer avec ce dernier la meilleure façon à ce moment et pour cette situation de procéder à la bilirubinémie. Inclure les éléments inscrits au document de travail « Procédures internes » qui est présentement en cours d'élaboration.

Traitement	Élaborer et/ou mettre à jour les procédures internes (ex. : procédure d'accueil à l'hôpital, etc.) en tenant compte des informations soulevées lors du CREX. À l'arrivée des sages-femmes sur l'unité, valider les modes de fonctionnement avec l'assistante infirmière-chef en place. Mise à jour du tableau d'obstétrique. Informer l'assistante infirmière-chef de l'évolution du travail de l'usagère. Localiser le pédiatre et le gynécologue à l'arrivée des sages-femmes sur l'unité. Demander de l'aide rapidement lorsqu'une complication est anticipée. Diffuser l'information à l'ensemble des professionnels. Faire connaître les rôles de chaque professionnel lors d'un atelier d'AMPRO (objectif pour l'année 2018-2019). Faire un débreffage à la suite d'une intervention, et ce, en collaboration avec les sages-femmes et le personnel de l'UME. Informer les sages-femmes de la procédure code rose en vigueur à l'UME. Tenir informée l'équipe des sages-femmes de tout changement dans la procédure code rose.
Traitement	Appliquer les recommandations du rapport de la prévention et contrôle des infections (PCI). Donner une formation sur l'utilisation des tiges de Chlorexidine et produits de contraste. Acheter des minuteurs portatifs. Rappeler aux professionnels et médecins d'aviser immédiatement si constat de contamination, lors d'une intervention. Auditer les quatre moments d'hygiène des mains. Acheter des chariots amovibles ajustables.
Traitement	Uniformiser les plateaux à REA néonatale dans la salle d'accouchement au bloc opératoire et à l'UME et avoir une liste de vérification conforme afin d'assurer une vérification du matériel selon la bonne pratique recommandée. Uniformiser le matériel dans les lits chauffants au bloc opératoire et à l'UME et avoir une liste de vérification conforme afin d'assurer une vérification du matériel selon la bonne pratique recommandée. Enlever l'horloge qui ne maintient pas l'heure ou encore cacher l'heure si impossible de l'enlever. Remplacer le manomètre à pression défectueux dans la salle d'accouchement. Faire une demande de rencontre avec la DSI volet pratiques professionnels pour finaliser et intégrer la participation des coordonnateurs d'activités à la procédure code rose et à la procédure césarienne P1-P2-P3. Faire des copies plastifiées de l'algorithme de REA néonatale (voir dernière version du guide de réanimation néonatale 7e édition), les afficher aux endroits stratégiques en salle de césarienne au bloc opératoire. Suivre l'algorithme de REA néonatale selon la pratique recommandée au guide de réanimation néonatale afin d'éviter de la confusion entre les professionnels. S'assurer de définir le leader en salle de césarienne avant l'intervention advenant une situation d'urgence (Guide NRP, page 11). Planifier et faire des simulations de situations de césarienne d'urgence et de REA en salle de césarienne avec l'équipe de l'UME et du bloc opératoire afin de favoriser l'appropriation du matériel en place, intégrer la notion de leader et d'identifier les lacunes dans le processus en vue d'y apporter immédiatement les correctifs. Vérifier la possibilité de faire un temps d'arrêt spécifique pour les cas de césarienne (pratique obligatoire en salle d'opération lors de chirurgie). Clarifier avec le personnel et l'équipe médicale qu'ils doivent et peuvent donner congé au bébé avant qu'il sorte de la salle de césarienne vers l'UME (lors des simulations) et qui doit accompagner le bébé lors du transfert. Faire un retour avec l'équipe de l'UME (l'O.C. 7.4). Appliquer la routine obstétricale à l'admission d'une parturiente et dans l'évolution du travail en vigueur plus spécifiquement la partie 12 concernant le « monitoring » fœtal. Faire un retour en rencontre d'équipe sur la base d'une communication saine.

Laboratoire	Installer le logiciel SoftLab à l'urgence afin d'obtenir les informations en temps réel sur l'état des spécimens envoyés. Mettre en place une « valeur panique » rattachée aux résultats de tests troponine faits à l'urgence afin que le prescripteur soit immédiatement avisé d'un résultat anormal. Élaborer et diffuser une note de service en lien avec les moyens cités. Mettre en place à l'urgence : Un usager ne peut pas obtenir son congé si un résultat de troponine est en attente ou, si admission, aviser l'unité qu'un résultat est en attente. Rappeler au personnel infirmier l'importance de valider la réception de l'ensemble des résultats avant de mettre l'usager « à revoir » par le médecin. Distribuer une note de service à l'interne. Suivi clinique individualisé, au besoin. Évaluer la possibilité d'ajouter, au carnet de formation des infirmières, les étapes de validation à faire avant de mettre l'usager « à revoir » par le médecin. Évaluer si le logiciel Médurge peut être modifié pour indiquer la localisation de l'usager à l'urgence à la suite de sa prise en charge par un médecin, pour éviter que les résultats de laboratoire soient faxés à l'aire ambulatoire tandis que l'usager est sur civière. Évaluer si le logiciel utilisé (Logibec) peut être modifié pour indiquer au personnel infirmier la réception des résultats en lien avec les examens demandés. Vérifier la faisabilité de mettre en place à l'urgence la directive suivante : ne pas amorcer de traitement (ou prise de sang) si un lit a été attitré à un usager. Revoir la méthode utilisée pour générer des requêtes et ajouter des analyses tardives. Trouver et comprendre la défaillance liée aux « doubles requêtes ». Déterminer la méthode adéquate. Diffuser l'information et offrir de la formation au besoin. Revoir les méthodes de réception des spécimens aux laboratoires.
Laboratoire	S'assurer que la messagerie Med Express soit dirigée précisément vers le laboratoire de pathologie de l'Hôpital du Saint-Sacrement pour le transport du matériel à analyser. Remettre au personnel de la messagerie Med Express une carte d'accès pour se rendre directement au Département du laboratoire de pathologie de l'Hôpital Saint-Sacrement, pour le transport du matériel à analyser. Assurer les suivis pour l'obtention des résultats des analyses de laboratoire validés par les pathologistes. Réviser la procédure de transmission des résultats en lien avec l'arrivée du logiciel Softlab.
Agression, abus, harcèlement	Offrir du soutien à la responsable de la ressource en attendant la relocalisation, soit par l'ajout de personnel. Offrir du répit à la responsable de la ressource ainsi qu'à l'usager. Offrir du soutien au personnel des organismes communautaires. Expliquer à l'usager les étapes du processus de relocalisation. Fournir un système de pagette qui se programme en lien avec la période requise. Rencontrer les résidents pour leur fournir des moyens de protection sur différents thèmes tels que la sexualité, l'agression, la sollicitation, etc.
Blessure d'origine connue	Informer la responsable de la ressource de la procédure à suivre pour aviser l'intervenant au dossier qu'un usager requiert un matériel spécialisé (Bed Helper). Élaborer une procédure, par le personnel du service RI-RTF, afin de bien définir la démarche pour disposer des biens de l'usager lors de son décès afin que ceux-ci ne demeurent plus dans la ressource. Réviser la procédure avec la responsable de la ressource, soit contacter le personnel de la Centrale 811 et leur expliquer la situation et la responsable de la ressource doit appliquer les recommandations dictées par le personnel de la Centrale 811. Cependant, si la situation se détériore, composer le 911.

Obstruction respiratoire	Inclure les consignes concernant l'hygiène buccale de l'usager sur le plan de travail des préposés aux bénéficiaires. Valider sur la liste de vérification pré-intubation si nous retrouvons l'inscription du port d'une prothèse dentaire. Sinon, en faire l'ajout sur la liste. Transmettre au personnel infirmier, lors d'une hospitalisation, le profil de l'usager par l'accompagnateur. Ceci dans le but d'informer le personnel soignant des caractéristiques particulières chez l'usager.
Bâtiment, matériel, équipement	Mettre en place un système téléphonique qui assure l'entrée des signalements en tout temps. Isoler la ligne 1 800 et la réserver pour la DPJ. Un système de bascule se fera en cas de panne téléphonique afin d'assurer l'entrée des appels. De plus, ce système pourra être transféré si besoin sur un cellulaire ou un téléphone résidentiel. Ces éléments placent ce service comme étant un service critique et donc considéré comme prioritaire. Élaborer un plan de communication afin d'informer le personnel du programme jeunesse des changements produits par cette situation. Informer le personnel du service informatique lorsque les démarches préliminaires seront effectuées afin que ce dernier puisse procéder à la mise en place de ce système le plus rapidement possible.
Bâtiment, matériel, équipement	Rendre disponibles des portables munis d'une clé 3G aux intervenants du RTS. Assurer une vérification du fonctionnement de ce système une fois par semaine. Procéder à une vérification du fonctionnement du contrôleur du domaine de traitement. Inspecter l'application CITRIX. Poursuivre les travaux de redondance électrique. Revoir la refonte du mécanisme d'exportation de la relève (mise à jour du système PIJ). Élaborer une procédure. Procéder à un monitorage des serveurs afin d'aviser les personnes concernées d'une panne.
Bris de confidentialité	Revoir le processus d'envoi des documents nominatifs vers les ordres professionnels pour qu'il soit sécuritaire et réduise les risques de perte de données. Identifier un ou des moyens sécuritaires pour acheminer les copies des dossiers professionnels, par exemple clef de chiffrement et/ou de caviarder les données nominatives inscrites au dossier.
Autre / Délai de transport	Faire vérifier par le chauffeur du transport adapté auprès du personnel clinique, la destination de l'usager et confirmer avec sa carte de transport. Si non concordance, le chauffeur doit valider à nouveau avec le CCC (Centre Contact Client) qui, lui, communiquera avec le personnel de gestion du lieu de départ. Diffuser une communication à l'interne, au niveau des transporteurs adaptés, de cette nouvelle procédure. Diffuser une note de service à tous les gestionnaires pour les informer de la nouvelle procédure.

Résumé

Types d'événements sentinelles	Nombre de cas total en événements sentinelle	Nombre de cas avec recommandations	Nombre de recommandations totales pour ce type d'événement
Chute	96	10	103
Médicament	17	3	24
Traitement	16	5	40
Obstruction respiratoire	6	1	3

Laboratoire	5	2	15
Tentative de suicide/suicide	5	2	32
Bâtiment, matériel, équipement	6	2	11
Bris de confidentialité	5	1	2
Blessure d'origine connue	8	1	4
Abus, agression, harcèlement	5	1	6
Autre	14	1	3
Imagerie	4	0	0
Fugue/disparition	2	0	0
Plaie de pression	1	0	0
Mesure de contrôle	1	0	0
Blessure d'origine inconnue	3	0	0
Maltraitance*	12*	-	-
Total	206	29	243

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

5.2.5 Les actions entreprises par le comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement en lien avec la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales

Les recommandations et les suivis effectués par le comité en lien avec les priorités de l'établissement en matière de gestion des risques d'incidents/accidents et de surveillance, de prévention et de contrôle des infections nosocomiales :

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

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

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

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

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

Également, le comité de gestion des risques a bonifié la structure de management de la gestion intégrée des risques et de la prestation sécuritaire des soins et services en intégrant l'usager partenaire dans les différents comités. Aussi, il a modifié la composition et le mandat du comité d'experts aviseurs (CEA) des domaines de risques critiques ou émergents pour créer le comité tactique intégrateur (CTI) afin de déployer de manière transversale et bidirectionnelle les pistes d'amélioration innovantes et émergentes issues des différents comités de prestation sécuritaire de soins et services (CPSSS) et de comité de retour sur l'expérience (CREX). Le CTI assure la vigie des meilleures pratiques en gestion des risques, la révision des rapports de coroner pouvant être partagés dans d'autres continuum de soins et services et de différents rapports d'analyses fournis par les partenaires du réseau. Ce comité propose au comité de gestion des risques des pistes d'amélioration ayant des impacts organisationnels ou ayant une importance avec la sécurité des usagers dans leur prestation de soins et services. Le comité est composé des conseillers et du chef de service à la gestion des risques.

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

Les actions visant l'harmonisation des pratiques en matière d'utilisation exceptionnelle et sécuritaire des mesures de contrôle ont permis d'adopter les documents structurants requis. Afin d'assurer des services sécuritaires et de qualité aux usagers, l'établissement s'engage à réduire et à encadrer l'utilisation des mesures de contrôle en mettant sur pied un projet organisationnel impliquant l'ensemble des directions concernées. À cet effet, des actions ont été prises à différents paliers de l'organisation.

Au plan stratégique :

- Consultation élargie des différents experts, comités professionnels et organismes communautaires concernant la Politique sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle et le protocole d'application des mesures de contrôle;
- Adoption de la Politique sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle par le conseil d'administration;
- Adoption du protocole d'application des mesures de contrôle par le comité de direction;
- Définition du projet organisationnel : réduire et encadrer l'utilisation des mesures de contrôle (pour une utilisation exceptionnelle et sécuritaire de l'isolement, de la contention et des substances chimiques) et mise en place d'un comité de pilotage;

- Mise en place d'une communauté de pratique experte en utilisation exceptionnelle et sécuritaire des mesures de contrôle;
- Identification des besoins de formation à travers l'organisation et planification au plan de développement des ressources humaines pour l'année 2018-2019;
- Mise en place d'un espace intranet concernant l'utilisation des mesures de contrôle.

Aux plans tactique et opérationnel :
- Suivis assurés auprès de différentes instances à la suite des recommandations concernant les mesures de contrôle (commissaire aux plaintes, protecteur du citoyen coroner, comité d'éthique);
- Poursuite du déploiement progressif des salles de pilotage dans les directions cliniques et introduction des indicateurs de suivi des mesures de contention;
- Début des travaux pour l'élaboration des différentes procédures (ex. : élaboration en cours de la procédure du programme DI-TSA et DP).

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

Programme jeunesse (Centre de réadaptation)

Nous observons, en 2018-2019, une diminution des isolements comparativement aux données de 2017-2018. Cette baisse est de l'ordre de près de 8,4 % (338 vs 369). En regard du recours aux contentions, une augmentation significative est toutefois observée : 51,3 % en 2018-2019 (289 vs 191). Cependant, il faut considérer que près de la moitié de cette augmentation est en lien avec un seul usager ayant de multiples problématiques. Le déploiement du modèle ARC ainsi que l'intervention thérapeutique lors de conduite agressive (ITCA) en 2018-2019 dans nos unités de réadaptation soutiennent la volonté de l'ensemble des équipes à diminuer au maximum le recours de l'application des mesures de contrôle des usagers.

Programme DI-TSA et DP (volet DI-TSA)

Le programme DI-TSA et DP a mis en place un comité de travail dont les travaux ont débuté en décembre 2018, dans le but de mettre à jour la procédure de mesures de contrôle du programme DI-TSA et DP en cohérence avec la politique et le protocole du CISSS de Chaudière-Appalaches adoptés en décembre 2018.

Cette procédure sera complétée et diffusée dans les prochains mois, dans le but que le processus soit complété et diffusé d'ici l'automne 2019. Un rappel aux équipes a été réalisé et une mise à jour de ses registres, ce qui a entraîné une réduction du nombre de mesures. Nous comptons 110 mesures de contrôle différentes pour 66 usagers différents, donc 1,7 mesure par usager. Ceci inclut les PRN, le maintien physique, l'escorte, l'isolement et la contention physique.

Donc, pour 2019-2020, nous pouvons s'attendre à une baisse dans le nombre de mesures de contrôle de même que dans la moyenne, en raison des PRN qui ne seront plus monitorés, sauf quand ceux-ci auront pour intention de limiter les capacités du client.

Activités réalisées
- Mise à jour des registres;
- Rappel des trajectoires;
- Démarches relatives au retrait de la ceinture Adhésia;
- Mise en place de la charte de projet pour la révision de la procédure des mesures de contrôle en DI-TSA et DP, début des travaux en décembre, la diffusion de la nouvelle procédure se fera d'ici l'automne 2019.

Principaux constats pour l'année 2018-2019

Types de mesures

Contention physique 53 % :

- 8 % escorte;
- 8 % maintien physique;
- 38 % contentions mécaniques (côtés de lit, mitaines, ceinture, retrait d'équipement et autre).

Contention chimique :

- 35 % des mesures sont des PRN.

Isolement :

- 11 % isolement.

Répartition par milieux

- 56 % des mesures sont planifiées en RI-RTF (de ce nombre, 38 % sont des PRN, les autres sont des contentions mécaniques);
- 41 % sont en RAC;
- 3 % autre milieu.

Répartition selon l'âge

- 57 % des mesures sont pour la clientèle âgée de 22-44 ans;
- 27 % des mesures sont pour la clientèle âgée de 45-64 ans;
- 8 % des mesures sont pour la clientèle de plus de 65 ans;
- 5 % des mesures sont pour la clientèle de moins de 22 ans.

Programme santé mentale et dépendance

La Direction du programme santé mentale et dépendance s'est assurée d'une gestion rigoureuse d'un registre des mesures de contrôle dans chacune des unités de psychiatrie. Un projet pilote a été réalisé avec les surveillants Garda pour le secteur de la psychiatrie de Lévis. L'expérience a démontré que la formule d'équipe de surveillants a permis de réduire le nombre de demandes d'ajout de surveillants faisant en sorte que le personnel fait davantage d'interventions pour désamorcer les situations. Le protocole de surveillance a aussi été révisé afin de baliser son utilisation en termes de pertinence, d'évaluation en continue et de durée d'application.

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

La Direction SAPA s'est donnée comme objectif, au cours de l'année 2018-2019, de poursuivre la diminution du taux de contention dans les 29 CHSLD et de procéder à une révision régulière des mesures de contrôle en CHSLD dans le but d'assurer des soins et services de haute qualité aux usagers hébergés. La cible visée pour l'année était d'atteindre un taux de contention inférieure à 10 % par CHSLD. Les données de chaque CHSLD ont fait l'objet d'une attention régulière au cours de l'année et les résultats ont été présentés dans la salle de pilotage stratégique SAPA.

Secteur Montmagny – L'Islet

Cette année encore, nous observons une diminution du nombre de contention dans ce secteur de 3 %, en comparant P13 2017-2018 (14 %) à P13 2018-2019 (11 %). L'an passé, deux CHSLD atteignaient la cible comparativement à quatre cette année. L'amélioration de cet indicateur sera poursuivie dans l'animation de la salle de pilotage.

Secteur Alphonse-Desjardins
Nous observons un taux moyen de contention de 10,66 % pour les 13 CHSLD de ce secteur dont 7 CHSLD réussissent à maintenir leur taux de contention autour de 5 %.

Axe Sud (secteurs Etchemins, Beauce et Thetford Mines)
Le secteur de la Beauce a un taux de contention de seulement 2 % qu'il a maintenu à peu près toute l'année. Il en va de même avec le secteur des Etchemins qui a maintenu une performance de 4 % de contention chez sa clientèle hébergée. Le secteur de Thetford Mines a maintenu également un pourcentage de 8 % pour l'ensemble de ces cinq CHSLD tout au long de l'année.

Ces données sont le résultat d'efforts d'équipe où chaque intervenant assure une vigie sur la mise en place des contentions physiques et surtout sur une approche basée sur les mesures de remplacement.

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

Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services

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

Le Protecteur du citoyen

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

Au cours de la dernière année, le Protecteur du citoyen a traité 25 plaintes qui visaient les installations du CISSS de Chaudière-Appalaches. De ces plaintes, 26 recommandations ont été formulées. Des mesures correctives ont été apportées à la satisfaction du Protecteur du citoyen pour l'ensemble de ces recommandations émises, ce qui a contribué à l'amélioration de la qualité des soins et des services. En outre, le Protecteur du citoyen est intervenu, de sa propre initiative, à trois reprises, auprès de l'établissement. Neuf recommandations ont été formulées à cet égard.

Recommandations	Mesures correctives
S'assurer que les personnes en attente d'une infiltration reçoivent leur traitement dans le délai requis par leur condition de santé, en mettant en place, notamment des corridors de service.	• Ajout d'une quatrième radiologiste à l'équipe existante et arrivée prévue d'un cinquième en septembre 2018; • Réalisation de l'état de la situation; • Poursuite du monitorage de la situation; • Maintien de la possibilité pour l'usager de recevoir le service dans une autre installation.
Rappeler aux techniciennes ou aux techniciens en diététique d'inscrire des notes évolutives aux dossiers des personnes hébergées à chacune de leurs visites ou de leurs interventions auprès de ces personnes.	Intervention réalisée auprès des employés.

Réaliser l'inspection de tous les lève-personnes d'ici le 31 décembre 2018 et procéder au remplacement des équipements jugés défectueux.	• Remplacement de tous les leviers; • Inspection des rails et réalisation de tests de charge.
Rédiger une procédure d'entretiens préventifs réguliers des lève-personnes.	Élaboration de la procédure d'entretien préventif.
Prévoir un calendrier d'entretiens préventifs des lève-personnes et mettre en place des mesures permettant de s'assurer que les entretiens sont effectués aux dates prévues.	Élaboration du calendrier d'entretien.
Réviser les procédures régionales concernant les centres receveurs de destination au regard de la catégorisation des usagers faisant appel aux services préhospitaliers d'urgence.	La procédure concernant les centres receveurs de destination a été révisée, de même que le formulaire « Autorisation médicale d'un transport ambulancier vers un hôpital hors corridor de service et hors corridor » et la lettre de refus du formulaire.
Formaliser dans une procédure les critères d'inclusion et d'exclusion guidant l'analyse des demandes de transport hors corridor.	• Tel qu'il est précisé dans la nouvelle version de la procédure, la règle du tiers ajouté, qui défavorisait les usagers demeurant plus loin, ne s'applique plus à la catégorie des « patients autorisés » par le directeur médical régional; • La règle du tiers ajouté ayant été retirée des critères d'exclusion guidant l'analyse des demandes de transport hors corridor pour les « patients autorisés », l'évaluation clinique et la réponse du directeur médical régional repose sur les informations se retrouvant sur le formulaire par le médecin du centre receveur.
Informer les intervenants du réseau qui soutiennent les usagers de l'utilisation appropriée et souhaitée du formulaire de demande de transport hors corridor en leur précisant aussi les critères d'inclusion et d'exclusion.	• Envoi d'une note de service à la Direction des services professionnels et à la Direction des soins infirmiers le 29 mars 2019 afin que l'information sur la modification de la procédure « Centre receveur de destination » soit diffusée aux personnels cliniques et aux médecins de la région; • Transmission de l'information aux techniciens ambulanciers par courrier électronique le 31 janvier 2019.
Informer les usagers de l'offre de service en matière de services préhospitaliers d'urgence pour la région de la Chaudière-Appalaches.	• Maintien du projet d'ajouter les informations en matière de services préhospitaliers d'urgence dans l'intranet de l'établissement; • Engagement de l'équipe des services préhospitaliers d'urgence à saisir les opportunités pour présenter l'offre de service auprès des partenaires.
Convoquer une rencontre d'élaboration d'un plan de services individualisé afin d'apporter promptement les ajustements requis à l'offre de service en réadaptation pour l'usagère, avec la participation de celle-ci, de ses parents et la collaboration des médecins spécialistes et, si requis, du programme de soutien à domicile.	Rencontre entre tous les acteurs concernés et élaboration d'un plan de services individualisé.

Recommandations	Mesures correctives
Cesser immédiatement le recours à toute mesure de contrôle allant à l'encontre des règles applicables en la matière (incluant le protocole interne de l'établissement) et des droits fondamentaux de l'usager (isolement administratif, systématique ou inutilement prolongé et ne visant pas à protéger l'usager ou autrui d'un risque imminent de lésion).	• Réorganisation du travail sur les trois quarts; • Révision du plan interdisciplinaire.
Proposer des mesures alternatives à l'isolement obligatoire à l'intérieur des balises d'intervention personnalisées de l'usager.	Présentation aux équipes d'un algorithme pour l'utilisation de mesures alternatives.
Informer le Protecteur du citoyen des mesures proposées par le comité d'analyse et d'orientation du Service intégré d'expertise en troubles graves du comportement et du plan d'action pour leur mise en œuvre.	Mise en place d'un plan de diminution de la médication.
Offrir aux membres du personnel de l'unité des troubles graves du comportement du Centre Paul-Gilbert un programme de formation continue sur l'intervention auprès des personnes ayant des troubles graves de comportement associés à de l'agressivité ainsi que sur les règles d'application des mesures de contrôle.	Formation dispensée sur l'intervention thérapeutique lors de conduite agressive.
Obtenir une évaluation d'un psychoéducateur ou de tout autre professionnel afin : • De définir les acquis et les besoins actuels de l'usager en matière occupationnel afin de maintenir ces acquis; • De déterminer le risque actuel d'auto-agressivité ou d'hétéro-agressivité de l'usager.	Évaluation réalisée par trois experts.
Obtenir une évaluation d'un gérontopsychiatre ou de tout autre spécialiste afin de : • Préciser le diagnostic de l'usager; • Préciser les options thérapeutiques envisageables; • Évaluer son potentiel de rétablissement.	Évaluation réalisée par un gérontopsychiatre.
Donner suite aux résultats issus de l'ensemble des évaluations afin que l'usager bénéficie d'un milieu de vie et de soins qui correspond à son profil de besoins et de comportements.	Plan d'intervention adapté en fonction des évaluations réalisées.
Informer le Protecteur du citoyen des orientations proposées par la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, pour la mise en œuvre de l'utilisation des mesures de contrôle envers l'usager.	Suivi du protocole d'intervention par une conseillère en gestion des risques.
Informer le Protecteur du citoyen des résultats de la réflexion du comité d'éthique quant à la situation de cet usager, des recommandations formulées et du plan d'action pour la mise en œuvre de ces recommandations.	• Réalisation d'une délibération éthique; • Intégration des mesures proposées dans le plan d'intervention.
Prendre les moyens nécessaires afin de s'assurer que le personnel infirmier de l'urgence de l'Hôpital de Thetford Mines connaisse et applique adéquatement les normes en vigueur en matière de mesures de contrôle, notamment en ce qui concerne : • Le fait qu'une mesure de contrôle ne peut être utilisée que pour empêcher une personne de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions; • L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et envisagée qu'en dernier recours; • Les mesures de remplacement pouvant être utilisées; • L'analyse postsituationnelle.	• Formation dispensée concernant l'intervention en situation de comportement agressif; • Réalisation d'audits.

Rappeler au personnel de l'urgence de l'Hôpital de Thetford Mines les normes relatives à la tenue de dossiers lors de l'application d'une mesure de contrôle : • Description détaillée du comportement comportant un risque d'infliger des lésions; • Description détaillée de la décision conduisant au maintien de la mesure de contrôle; • Description des soins prodigués (hydratation, élimination) pendant la mesure de contrôle; • Inscription de l'heure de l'ordonnance téléphonique du médecin, s'il y a lieu; • Réaliser des audits à ce sujet afin de s'assurer de l'application adéquate des normes.	• Formation dispensée concernant l'intervention en situation de comportement agressif; • Réalisation d'audits.
Rappeler au personnel infirmier de l'Hôpital de Thetford Mines les normes relatives à la procédure du code blanc.	Rappel effectué auprès du personnel infirmier par l'appropriation de la procédure du code blanc.
Prendre les moyens nécessaires afin que soit offerte de la formation aux agents de sécurité de l'Hôpital de Thetford Mines, notamment en ce qui a trait à la rédaction de rapports de surveillance et à l'utilisation du nouveau logiciel de sécurité.	Formation des agents de sécurité sur l'utilisation du logiciel de sécurité et sur la rédaction des rapports de surveillance.
Saisir le responsable des ressources humaines de l'établissement pour analyse du comportement de l'infirmier concerné, suivi du dossier et prise de mesures appropriées, s'il y a lieu.	Intervention auprès de l'employé concerné et encadrement de la pratique de celui-ci.
Prendre les mesures nécessaires afin de former l'infirmier visé à la présente plainte ainsi que le personnel de l'urgence de l'Hôpital de Thetford Mines à l'approche Omega ou à toute autre formation basée sur la pacification des comportements, de sorte qu'il y ait au moins un membre du personnel formé par quart de travail.	• Formation dispensée concernant l'intervention en situation de comportement agressif; • Réalisation d'audits.
Rendre immédiatement l'usager admissible au Programme sur les aides à la vie quotidienne et à la vie domestique.	L'admissibilité de l'usager au programme a été actualisée.
Remettre à l'usager les équipements recommandés par l'ergothérapeute, soit le siège-bidet et la chaise de bain bariatrique dès qu'ils seront disponibles.	Les équipements recommandés ont été remis à l'usager.
Rembourser le coût défrayé par l'usager pour se procurer la barre de lit au montant équivalant à celui que l'établissement aurait déboursé pour l'acquérir.	Le remboursement à l'usager a été effectué.
S'assurer du respect des droits des personnes mises sous garde ou hospitalisées de leur plein gré dans les unités de psychiatrie ou à l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Lévis, notamment : • Si la personne est volontaire à demeurer à l'hôpital, d'obtenir son consentement libre et éclairé, sans promesses ni pression; • Si la personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou autrui, de proscrire les sorties extérieures non accompagnées de membres du personnel; • La personne ne présente pas ou plus de danger grave et imminent, de l'en informer immédiatement et de la libérer si elle le demande; • Si la personne présente un danger grave et immédiat et retire son consentement à l'hospitalisation, d'entreprendre dans les 72 heures, les démarches visant à obtenir une ordonnance du tribunal, ou à défaut, de la libérer.	• Intervention auprès des infirmières assistantes du supérieur immédiat, l'infirmière clinicienne, le médecin et le chef de service pour préserver les droits des usagers en regard à la garde en établissement; • Élaboration d'un nouveau protocole sur la garde en établissement; • Communication à tout le personnel des unités de soins en psychiatrie et psychiatres de l'Hôtel-Dieu de Lévis afin de rappeler les bonnes pratiques en regard des droits des usagers.

Recommandations	Mesures correctives
S'assurer que l'avis au directeur des services professionnels soit complété lors de la décision de placer une personne sous garde préventive et de le verser au dossier.	• Intervention auprès des infirmières assistantes du supérieur immédiat, l'infirmière clinicienne, le médecin et le chef de service pour préserver les droits des usagers en regard à la garde en établissement; • Élaboration d'un nouveau protocole sur la garde en établissement; • Communication à tout le personnel des unités de soins en psychiatrie et psychiatres de l'Hôtel-Dieu de Lévis afin de rappeler les bonnes pratiques en regard des droits des usagers.
S'assurer que les restrictions aux communications de la personne sous garde ou hospitalisée volontairement à l'Hôtel-Dieu de Lévis ne soient imposées que par le médecin traitant et que cela soit versé à son dossier.	• Intervention auprès des infirmières assistantes du supérieur immédiat, l'infirmière clinicienne, le médecin et le chef de service pour préserver les droits des usagers en regard à la garde en établissement; • Élaboration d'un nouveau protocole sur la garde en établissement; • Communication à tout le personnel des unités de soins en psychiatrie et psychiatres de l'Hôtel-Dieu de Lévis afin de rappeler les bonnes pratiques en regard des droits des usagers.
S'assurer que les personnes mises sous garde à l'Hôtel-Dieu de Lévis soient en mesure de communiquer de façon confidentielle avec les personnes de leur choix, tant par téléphone que par télécopieur.	• Intervention auprès des infirmières assistantes du supérieur immédiat, l'infirmière clinicienne, le médecin et le chef de service pour préserver les droits des usagers en regard à la garde en établissement; • Élaboration d'un nouveau protocole sur la garde en établissement; • Communication à tout le personnel des unités de soins en psychiatrie et psychiatres de l'Hôtel-Dieu de Lévis afin de rappeler les bonnes pratiques en regard des droits des usagers.
S'assurer de conserver au dossier des usagers les plans comportementaux dont ils font l'objet ou de les reproduire intégralement dans les notes au dossier.	Concertation avec le service des archives pour conserver les documents essentiels.
Faire cesser, aux unités de psychiatrie de l'Hôtel-Dieu de Lévis, la pratique d'installer des mesures de contention à titre préventif au lit d'un usager.	La pratique d'installer des mesures de contention à titre préventif a été éliminée.
Rencontrer l'infirmière concernée et lui rappeler les normes en matière de tenue de dossier.	• Intervention auprès de l'infirmière concernée pour modifier sa pratique dans la tenue de dossiers; • Formation dispensée aux infirmières de l'urgence concernant la tenue de dossiers.

Le coroner

Neuf rapports d'investigation du coroner dont cinq avec recommandations concernant des décès survenus dans la région nous furent acheminés. Des suivis sont assurés auprès des directions concernées pour la mise en place des mesures correctives. Un rapport de coroner d'une autre région fut acheminé à tous les CISSS et CIUSSS du Québec, comportant des recommandations pour toutes les directions des soins infirmiers. Les suivis ont été réalisés. La présentation des cas de coroner est un point statutaire à l'ordre du jour des rencontres du comité de gestion des risques.

Recommandations pour Chaudière-Appalaches

Nº de rapport	Événement	Lieu	Recommandations	Mesures mises en place
3136	Embolie pulmonaire massive consécutivement à une thrombophlébite profonde poplitée elle-même consécutive à une chute à son domicile ayant entraîné une fracture de la hanche qui a été enclouée.	Hôpital de Saint-Georges	Que le CISSS de Chaudière-Appalaches assure à sa clientèle hébergée obèse morbide tout le matériel nécessaire pour garantir les transferts en toute sécurité. À ce titre, il devra envisager de rendre disponible un dispositif de type « toile bariatrique » à toutes ses unités de soins. Que le Centre hospitalier universitaire de Québec – Université Laval, par son comité de pharmacologie, révise ses pratiques dans la prophylaxie de la thrombose veineuse profonde postopératoire et envisage d'offrir le Lovenox aux obèses morbides ayant un indice de masse corporelle supérieure à 40 kg/m2. Ceci devra être en lien avec les meilleures pratiques dans le domaine et être révisé périodiquement.	• Recensement des toiles bariatriques disponibles dans le milieu hospitalier. • Demande formelle au comité multidisciplinaire du CISSS de Chaudière-Appalaches de voir à l'adoption d'une procédure d'utilisation de lève-personne pour préciser les éléments suivants : - Rôles et responsabilités des intervenants dans le choix du matériel; - Évaluation des besoins de l'usager; - Utilisation sécuritaire du lève-personne; - Formation du personnel; - Toiles bariatriques.
4606	Sepsis indifférencié consécutif à de multiples plaies infectées.	Hôtel-Dieu de Lévis	Aucune recommandation.	
1904	Hypoventilation et insuffisance respiratoire. Débitmètre en position fermée.	Hôpital de Saint-Georges	Que le CISSS de Chaudière-Appalaches confie la gestion de la totalité des appareils respiratoires chez les patients oxygénodépendants aux inhalothérapeutes. S'assurer qu'un débitmètre unique soit offert à la clientèle et non pas partagé entre deux chevets;	En suivi du CREX, le plan d'action retourné par les chefs de service avait été complété ainsi : • Élaborer une procédure spécifiant : - Les rôles et responsabilités des intervenants en lien avec la gestion des appareils respiratoires; - La marche à suivre lors de l'utilisation de deux appareils différents pour le même usager (connecter/déconnecter à la source d'oxygène); - Préconiser l'utilisation d'un débitmètre unique par usager.

Nº de rapport	Événement	Lieu	Recommandations	Mesures mises en place
			S'assurer qu'une indication très visible soit mise au chevet de chaque client oxygénodépendant. S'assurer que les appels d'assistance de la part des clients hospitalisés soient relayés de façon compétente lorsqu'il y a absence de personnel au poste de garde.	• L'affiche à installer au chevet a été modifiée. • Sensibiliser le personnel à répondre aux cloches d'appel lorsqu'ils circulent au corridor (réagir aux lumières de cloches d'appel). - Lettre remise à chaque membre du personnel. • Modifier l'heure de repas de l'AIC de soir pour éviter la découverture au poste; • Valider avec le nouveau système d'appels de garde, la possibilité de dévier les cloches d'appel sur un téléavertisseur lorsqu'il n'y a pas de présence au poste; • Faire dévier les cloches d'appel sur un téléavertisseur lorsqu'il n'y a pas de présence au poste. - Rencontre prévue à l'automne avec les chefs des unités de soins afin d'uniformiser cette nouvelle pratique. • Réduire le nombre de cloches d'appel par l'implantation des quatre questions de la tournée intentionnelle (douleur, confort, besoin d'aller à la toilette, objets à la disposition), et ce, par l'AAPAMH.
191	Intoxication médicamenteuse.	RPA l'Atrium Saint-Georges	Que la résidence l'Atrium s'assure d'une meilleure gestion de la distribution des médicaments; Rappel à son personnel qu'il est opportun de considérer de contacter le Centre antipoison du Québec lors de l'administration accidentelle d'un médicament afin de valider la conduite à tenir en attendant l'arrivée des services d'urgence.	La RPA a assuré le suivi : • Recherche de la cause; • Sensibiliser les employés à l'importance des mesures à respecter lors de la distribution de la médication; • Rappel d'appeler le Centre antipoison pour connaître les consignes à suivre lors d'erreur de médication.

5056	Asphyxie par noyade.	Laurier-Station	Je recommande au CLSC de Laurier-Station d'instaurer un service rapide de dépannage ou de transfert d'institution dans le cas où la sécurité du bénéficiaire est en cause.	• Offrir une place en hébergement temporaire disponible dans le secteur de Lotbinière ou territoire d'Alphonse-Desjardins; • Si aucune place disponible en hébergement temporaire, offrir une relocalisation dans une résidence privée avec portes sécurisées et codées en attente des évaluations; • Installation d'un système GPS par le biais de la télésurveillance.
186	Choc septique causé par une péritonite dans un contexte de nécrose intestinale résultant probablement d'une séquelle de la chirurgie bariatrique.	Domicile, Saint-Bernard	Aucune recommandation.	
952	Décédé probablement des complications médicales non traitées de son cancer de la base de la langue.	Domicile, Sainte-Marie	Je recommande au CISSS de Chaudière-Appalaches de transmettre ce dossier au comité de l'évaluation de l'acte afin qu'il examine la qualité des soins prodigués à Monsieur à l'Hôtel-Dieu de Lévis à partir du mois de février 2016. Je recommande au Syndic du Collège des médecins du Québec d'examiner la qualité des soins prodigués à Monsieur par son médecin de famille et les médecins de l'Hôtel-Dieu de Lévis à partir du mois de février 2016 de même que leur tenue de dossier.	Le dossier a été transmis au comité de l'évaluation de l'acte.
4446	Décédée des suites de complications d'une probable fracture de la hanche.	CHSLD Pavillon de l'Hospitalité, Saint-Prosper	Aucune recommandation.	
1470	Décédée des conséquences d'un traumatisme contondant au bassin et à la hanche.	Hôpital de Saint-Georges	Aucune recommandation.	
TOTAL	**9**			

Autres instances s'il y lieu.

Le Bureau de l'éthique clinique et organisationnelle

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

Au cours de la dernière année, le Bureau a traité 69 demandes de consultation et 11 demandes de développement ou de formation. Pour l'ensemble de ces demandes, 21 d'entre elles ont été référées vers un comité d'éthique de l'établissement pour lesquelles le Bureau assure le soutien administratif.

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

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

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

CECO soutien à l'autonomie des personnes âgées
Continuité des services
Éthique narrative
Gestion des risques
Organisation des soins et des services
Utilisation des mesures de contrôle
Pénurie de ressources humaines
Approche thérapeutique et relationnelle
Encadrement des comportements inadéquats chez un usager

CECO santé physique
Loi concernant les soins de fin de vie
Pertinence des soins
Respect de l'autodétermination de l'usager
Éthique narrative
Continuité des soins
Utilisation de mesures de contrôle

CECO santé mentale et dépendance/jeunesse/déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme, déficience physique
Éthique narrative Confidentialité en contexte de dangerosité Plan d'action pour le développement d'une culture éthique dans l'établissement Utilisation du cannabis à des fins thérapeutiques Croyance religieuse et éducation Utilisation de la contention Processus de demande de consultation éthique Autonomie professionnelle Continuité des services Adaptation des services Sécurité au travail

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

CEOS (Comité d'éthique organisationnelle stratégique)
Plan d'action en éthique organisationnelle 2018-2023 Rapport annuel des CECO et des CEOS ainsi que du Bureau de l'éthique clinique et organisationnelle Promotion de la Semaine nationale de l'éthique Valeurs organisationnelles Cadre de fonctionnement des comités d'éthique clinique et organisationnelle Pocessus de demande de consultation au bureau de l'éthique

5.3 Le nombre de mises sous garde dans un établissement selon la mission

	Mission hôpitaux	Mission CHSLD	Mission CLSC	Mission centres de réadaptation	Total des établissements
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	844	( )	( )	( )	844
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	64
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et executées	55	( )	7	( )	62
Nombre de demande (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	98
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et executées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	96	( )	( )	( )	96

( ) : nombre trop petit pour en permettre la publication

5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits

Porter plainte fait partie des droits des usagers

Lors d'insatisfaction, un usager peut formuler une plainte relative aux services reçus, à recevoir ou requis du réseau de la santé et des services sociaux. À cet égard, une équipe de commissaires, d'agents de traitement des plaintes, de techniciennes en administration et de médecins examinateurs est disponible sur le territoire du CISSS de Chaudière-Appalaches.

Cette équipe reçoit et traite les dossiers d'insatisfaction, en toute confidentialité, concernant les soins et services offerts dans les installations de santé et de services sociaux sur le territoire. Ce mandat inclut les insatisfactions formulées visant les hôpitaux, les centres d'hébergement publics, les CLSC, le centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, les services de réadaptation, les services en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme, les ressources intermédiaires et de type familial, les ressources en toxicomanie ou en jeu pathologique, les résidences privées pour aînés, les organismes communautaires et les services préhospitaliers d'urgence.

Des dépliants sur le régime d'examen des plaintes sont disponibles dans toutes les installations de l'établissement. D'ailleurs, le site Internet de l'établissement contient toutes les informations sur les droits des usagers et le régime d'examen des plaintes. Pour joindre l'équipe du commissaire aux plaintes et à la qualité des services, il existe un numéro de téléphone sans frais, soit le 1 877 986-3587, accessible à l'ensemble de la population sur le territoire.

Durant l'année 2018-2019, le bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services a conclu 1 304 dossiers comparativement à 1 285 pour 2017-2018. Les médecins examinateurs ont conclu 144 dossiers comparativement à 132 pour l'année précédente. Les motifs d'insatisfaction des usagers portent principalement sur les soins et les services dispensés par les employés et les médecins. Au deuxième rang, les motifs sont liés à la qualité des relations interpersonnelles des employés.

Le tableau suivant présente quelques recommandations formulées par l'équipe du commissaire permettant de témoigner d'amélioration de la qualité des soins et services au cours de l'exercice 2018-2019.

Mesures d'amélioration pour les installations du CISSS de Chaudière-Appalaches

Thèmes et catégorie de mesures	Exemples de mesures mises en place
Accessibilité Évaluation des besoins	Procéder à l'évaluation de la composition actuelle du Parc des aides techniques afin de s'assurer de la disponibilité en nombre suffisant des ressources matérielles pouvant répondre aux besoins régionaux requis pour les clientèles admissibles selon l'Outil d'attribution des aides techniques.
Aspect financier Protocole clinique ou administratif	Engagement du chef service comptable : discussion avec la coordonnatrice comptable pour faire l'ajout lors de la révision de la procédure de choix de chambre (octobre 2020) afin de s'assurer que l'usager ou le représentant doit être majeur lorsqu'il remplit le formulaire pour le choix de chambre.
Droits particuliers Politique et règlements	Rédiger en tout temps un bail écrit lors d'une admission pour hébergement permanent conformément au règlement (article 12) sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés.
Organisation du milieu et ressources matérielles Ajustement des activités professionnelles	Rencontrer le personnel de l'imagerie médicale afin de les sensibiliser à l'importance de questionner les usagers sur le risque de chute.
Relations interpersonnelles Supervision	Un rappel sera fait par la chef à l'employé visé ainsi qu'aux autres employés du service de l'accueil afin de les sensibiliser davantage sur l'approche client.
Soins et services dispensés Ajustement des activités professionnelles	Prendre les mesures nécessaires afin de s'assurer que l'infirmière visée utilise l'échelle de la douleur lors de l'évaluation clinique de l'usager tout en inscrivant des notes claires au dossier.

Le rapport annuel portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes peut être consulté sur le site Internet.

5.5 L'information et la consultation de la population

L'information de la population

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

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

La consultation de la population

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

Pourquoi adopter l'approche de partenariat avec les usagers?

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

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

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

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

Santé et Services sociaux Québec

Direction générale des services de santé et médecine universitaire

Application de la Politique concernant les soins de fin de vie

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

Version 11 juillet 2018 du 10 décembre 2017 au 31mars 2018

Activité	Période du 10 décembre 2017 au 9 juin 2018 : Nombre de personnes	Site ou installation				Total
		Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
Nombre de personnes en Soins palliatifs et de fin de vie (Données dont l'exactitude est à bonifier, ainsi que la comparabilité d'une période à l'autre)	**En centre hospitalier de courte durée** (source : MedÉcho) Alphonse-Desjardins : 222 Montmagny-L'Islet : 83 (les données du 20 au 30 mars n'ont pas fait l'objet de validation) Beauce : pas de lits réservés Thetford Mines : 14 pour la période (10 décembre 2017 au 6 janvier, les autres données du 7 janvier 2018 au 31 mars ne sont pas disponibles)	319				319
	En centre d'hébergement et de soins de longue durée (source : Gestred, medipatient, Impromptu) Alphonse-Desjardins : 26 Montmagny : 10 Beauce : N/D Thetford Mines : 23 Etchemins : 15		74			74
	À domicile (source : I-CLSC) Alphonse-Desjardins : 244 Montmagny-L'Islet :101 Beauce : 82 Thetford Mines : 114 Etchemins : 30			571		571
	En maison de soins palliatifs Maison de soins palliatifs du Littoral : 42 Maison de soins palliatifs Catherine de Longpré : 43				85	85
	En centre d'hébergement et de soins de longue durée privé conventionné (Les centres répondent directement à la Comission) Pavillon Bellevue : N/D CH de l'Assomption à Saint-Georges : N/D CHSLD Saint-Joseph de Lévis : 12 Chanoine-Audet : 29 Notre-Dame de Lourdes (Vigie): N/D		41			41
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	26				26
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	32				32
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	21				21
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs. Informations complémentaires : 4 décédés avant AMM, 2 altération état de conscience et 5 perte aptitude.	11				11

Santé et Services sociaux Québec

Direction générale des services de santé et médecine universitaire

Application de la Politique concernant les soins de fin de vie

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

du 1 avril 2018 au 31 mars 2019

Activité	Période du 10 décembre 2017 au 9 juin 2018 : Nombre de personnes	Site ou installation				Total
		Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
Nombre de personnes en Soins palliatifs et de fin de vie (Données dont l'exactitude est à bonifier, ainsi que la comparabilité d'une période à l'autre)	**En centre hospitalier de courte durée** (source : MedÉcho) Alphonse-Desjardins : 238 Montmagny-L'Islet : 176 Beauce : N/D (pas de lit réservé) Thetford Mines : 188 (les patients hors lit réservé 1er avril 2018 au 12 décembre 2019)	602				602
	En centre d'hébergement et de soins de longue durée (source : Gestred, medipatient, Impromptu) Alphonse-Desjardins : 75 Montmagny-L'Islet : 16 Beauce : N/D (pas de lits dédiés) Thetford Mines : 90 Etchemins : 29		210			210
	À domicile (source : I-CLSC) Alphonse-Desjardins : 591 Montmagny-L'Islet : 174 Beauce : 202 Thetford Mines : 208 Etchemins : 58			1233		1233
	En maison de soins palliatifs (source : Gestred) Maison de soins palliatifs du Littoral : 106 Maison de soins palliatifs Catherine de Longpré : 156				262	262
	En centre d'hébergement et de soins de longue durée privé conventionné (Les centres transmettent eux même leurs données) Pavillon Bellevue : N/D CH de l'Assomption à Saint-Georges : N/D Saint-Joseph de Lévis : N/D Chanoine-Audet : N/D Le CHSLD Vigi Notre-Dame de Lourdes : N/D		nd			nd
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	72				72
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	86				86
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	79				79
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs. Informations complémentaires : 2 patient décédé avant AMM, 1 patient n'a pas formulé pour elle-même sa demande, 4 personnes n'étaient plus aptes à consentir	7				7

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

Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs au CISSS de Chaudière-Appalaches (CHSLD, Hôpital, CLSC, MSP)	1 049
Sédation palliative continue	
Nombre de sédations palliatives continues administrées	26
Aide médicale à mourir	
Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	32
Nombre d'aides médicales à mourir administrées	21
Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	11 (4 décédés avant AMM, 2 altérations de l'état de conscience et 5 pertes d'aptitudes)

Rapport couvrant la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019

Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs au CISSS de Chaudière-Appalaches (CHSLD, Hôpital, CLSC, MSP)	2 307 personnes
Sédation palliative continue	
Nombre de sédations palliatives continues administrées	72
Aide médicale à mourir	
Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	86
Nombre d'aides médicales à mourir administrées	79
Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	7 (2 décédés avant AMM, 1 patiente n'a pas formulé pour elle-même sa demande, 4 patients n'étaient plus aptes à consentir)

Santé physique - Soins palliatifs et de fin de vie - Plan stratégique

12. Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant les choix des personnes				
	Résultats 2017-2018	**Engagement 2018-2019**	**Résultats 2018-2019**	**Engagement 2019-2020**
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 239	1 420	1 287 (à la P12)	1 535
1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie	51	51	51	51
1.09.46-PS Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile - VALEUR CUMULÉE	18,3 %	17,5 %	21 % (à la P12)	20 %

2018-2019

1.09.05

Pour l'année 2017-2018, 1 299 usagers ont été suivis par l'équipe de soins à domicile pour la région de la Chaudière-Appalaches. Pour l'année 2018-2019, l'engagement n'a pas été atteint par l'engagement de 1 420 usagers inscrits à l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI). Il y a eu 1 287 usagers qui ont été suivis en 2018-2019, soit une atteinte de 91 % de la cible. Finalement, le calcul de l'indicateur 1.09.05 prévu aux ententes de gestion ne considère pas le temps de l'hospitalisation « - de 72 heures post-décès ».

Proposition de plan d'amélioration pour les années 2019-2020 venant confirmer le rehaussement du nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) à domicile :

- Poursuite des travaux de l'UQAR en collaboration avec le CISSS de Chaudière-Appalaches;
- Arrimer les besoins des usagers et l'offre de service. Les critères de référencement ne sont pas harmonisés sur le territoire. Pour l'ensemble de la région, l'offre de service est très présente et développée;
- Optimiser la coordination du service de répit lors des heures atypiques (soir-nuit-fin de semaine);
- Optimiser le rôle de l'ASI sur tout le territoire pour une meilleure continuité des soins;
- Plan d'action pharmacie SPFV – SAD, déploiement fait à 80 %;
- Offre de formation adaptée en SPFV pour les médecins de famille et GMF en Chaudière-Appalaches. Une première formation est prévue le 31 mai 2019;
- Poursuivre l'élaboration de l'aide-mémoire du plan de soins et traitements en soins infirmiers dans le but d'offrir un coffre à outils aux infirmières;
- Parachever les guides de pratique clinique afin de soutenir l'infirmière dans sa démarche de soins infirmiers dans la gestion des symptômes suivants : anxiété et état dépressif, constipation, diarrhée, douleur, essoufflement et dyspnée, fatigue/insomnie/somnolence, nausées et vomissements, perte d'appétit ainsi que problèmes buccaux;
- Améliorer l'arrimage entre les milieux hospitaliers et de soutien à domicile pour une meilleure prise en charge des soins palliatifs.

1.09.45-PS

Le CISSS de Chaudière-Appalaches répond à la cible ministérielle d'un lit par 10 000 personnes. Atteinte à 100 % de l'engagement 2018-2019.

1.09.46-PS

Le pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile en 2018-2019 est de 20.9 %. Ce résultat dépasse l'engagement 2018-2019 de 3.4 %.

Volet 2 : Formation générale. Développer les compétences en SPFV des intervenants du réseau

Nombre total de personnes à former en 2018-2019	Cat. 1 : 596 Cat. 2 : 663 Cat. 4 : 153 Total : 1 412	Nombre total de personnes formées en date du 31 mars 2019	Cat. 1 : 15 Cat. 2 : 20 Cat. 4 : 2 Total : 37

Volet 3 : Approche mentorat

Nombre total de personnes à former en 2018-2019	Infirmières auxiliaires : 197 Auxiliaires familiales sociales: 58 Préposés aux bénéficiaires : 339 Infirmières : 301 16 mentors (6 catégorie 1 / 10 catégorie 2) ont reçu un rafraîchissement en décembre 2018 et 7 nouveaux mentors (6 catégorie 1 / 1 catégorie 2)
Nombre total de personnes formées en 2018-2019	Infirmières auxiliaires : 0 Auxiliaires familiales sociales : 0 Préposés aux bénéficiaires : 0

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

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

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

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

Cette année, la DPJ-DP a traité 5 474 signalements, ce qui correspond à une augmentation de 10,3 % comparativement à l'année précédente. Le principal motif de signalements retenus cette année est celui de l'abus physique (649), suivi par la négligence (471). La négligence (188) et l'abus physique (137) sont les principaux motifs pour lesquels la sécurité et le développement de l'enfant sont considérés compromis et qu'il est pris en charge par la DPJ, mais suivi de près par les mauvais traitements psychologiques (113) et les troubles de comportements (112). Nous remarquons une proportion importante d'enfants âgés de 0 à 12 ans signalés à la protection de la jeunesse (72,6 % vs signalements traités). Des initiatives de concertation avec tous les acteurs du milieu ont cours de façon continue afin d'en comprendre les raisons et d'agir préventivement pour éviter que la situation des enfants se détériore en Chaudière-Appalaches. C'est sur le territoire de Beauce-Sartigan (18,3 %) que nous trouvons le nombre le plus élevé des enfants âgés entre 0 et 5 ans suivis par la DPJ-DP.

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

En ce qui concerne le service des jeunes contrevenants, nous avons donné en 2018-2019 des services à 443 jeunes âgés de 12 à 18 ans ayant commis des délits (97 filles et 346 garçons). Les garçons se trouvent représentés en plus grand nombre (78,1 %), 243 jeunes ont été concernés par une mesure de sanctions extrajudiciaires et 148 jeunes par des mesures judiciaires.

Cette année, nous avons procédé à 17 adoptions québécoises ce qui représente une augmentation de 54,5 % par rapport à l'année dernière. Les modifications prévues au Code civil du Québec en matière d'adoption seront mises en application à compter de la mi-juin 2018. Nous nous attendons à une augmentation de nos situations d'adoptions québécoises. En ce qui concerne l'adoption internationale, les délais sont toujours en augmentation considérant que la réalité de plusieurs pays a changé et que les enfants en attente d'adoption sont souvent en grands besoins spéciaux qui nécessitent des soins et une implication plus grande des parents adoptifs. Nous avons deux nouveaux jugements d'enfants confiés à un tuteur.

À travers la transformation du réseau, la Direction de la protection de la jeunesse s'est fait mieux connaître par l'ensemble des directions et cela a permis une meilleure communication facilitant ainsi les zones de collaboration. Les défis de la prochaine année sont nombreux. Nous travaillerons principalement à favoriser et à actualiser l'intégration des services de 1re et de 2e ligne afin d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la fluidité entre les différents programmes. Nous participons

aussi à la création d'un centre de services intégrés en abus et maltraitance avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale afin de faciliter le parcours de soins de l'enfant qui est victime d'abus ou de négligence grave. Nous sommes impliqués dans le programme d'intervention sociojudiciaire en conflits sévères de séparation avec deux autres CISSS et CIUSSS ainsi que la magistrature. Ce programme est novateur et fera l'objet d'une évaluation dans le but qu'il soit implanté dans toutes les régions du Québec. Cette année, l'ensemble des services de la protection de la jeunesse a connu des hausses de volume exceptionnelles. Des défis de recrutement et de rétention de la main-d'œuvre font aussi partie des enjeux de la direction.

La protection des enfants est l'affaire de tous!

Signalements traités

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

	2018-2019						
	0-5 ans	6-12 ans	13-15 ans	16-17 ans	Inconnu	Total	%
Fille	793	1022	466	215	36	2532	46,26 %
Garçon	907	1250	456	281	46	2940	53,71 %
Inconnu	0	0	2	0	0	2	0,03 %
Total	**1700**	**2272**	**924**	**496**	**82**	**5474**	**100 %**

Signalements retenus par MRC

MRC	2018-2019	2017-2018
Beauce-Sartigan	299	288
Bellechasse	124	150
Chutes-de-la-Chaudière	322	336
Desjardins	273	266
Appalaches	289	279
L'Islet	104	85
Nouvelle-Beauce	173	158
Etchemins	66	102
Lotbinière	249	185
Montmagny	147	110
Robert-Cliche	128	90
Hors territoire	88	79
Total	**2262**	**2128**

Nombre de signalements retenus par problématique

Problématiques	2018-2019	2017-2018
Abandon	1	2
Abus physique	649	495
Risque sérieux d'abus physique	206	172
Abus sexuel	126	100
Risque sérieux d'abus sexuel	137	99
Mauvais traitements psychologiques	254	230
Négligence	471	530
Risque sérieux de négligence	213	246
Troubles de comportements sérieux	205	254
Total	**2262**	**2128**

Provenance des signalements traités

	2018-2019	2017-2018
Milieu familial	16,02 %	20,80 %
Employé d'un CJ[1]	22,83 %	8,60 %
Famille d'accueil	0,26 %	CSSS : 10,20 %
Employé d'un CH ou médecin	4,44 %	4,80 %
Autres professionnels	0,61%	0,50 %
Milieu scolaire	18,30 %	19,90 %
Milieu policier	14,75 %	16,90 %
Communauté	8,86 %	16,30 %
Milieu de garde	2 %	2 %
Employé d'un organisme	11,93 %	N/A
Total	**100 %**	**100 %**

1. Employé d'un CJ inclus CSSS

Ajouts : Famille d'accueil et Employé d'un autre organisme

Enfants dont la situation est prise en charge par la DPJ

	2018-2019		2017-2018	
Problématiques	Total	%	Total	%
Abandon	16	0,94	23	1.4
Abus physique	175	10,32	159	9,9
Risque sérieux d'abus physique	77	4,54	65	4,0
Abus sexuel	32	1,89	29	1,8
Risque sérieux d'abus sexuel	31	1,83	35	2,2
Mauvais traitements psychologiques	258	15,22	270	16,8
Négligence	482	28,44	422	26,2
Risque sérieux de négligence	407	24,02	418	25,9
Troubles de comportement sérieux	217	12,80	190	11,8
Total	**1 695**	**100 %**	**1 611**	**100 %**

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

	31 mars 2019		31 mars 2018	
Milieu de vie	Total	%	Total	%
Suivi dans le milieu familial	680	58,12	585	54,6
Confié à un tiers significatif	83	7,09	75	7,0
Ressources de type familial	313	26,75	337	31,4
CR et RI	94	8,04	75	7,0
Autres ressources	0	0,00	0	0,0
Total	**1 170**	**100 %**	**1 072**	**100 %**

8. Les ressources humaines

Comparaison 2014-2015 à 2018-2019

Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées	Nombre ETC	Nombre individus
1 – Personnel d'encadrement	2014-15	795 889	1 813	797 701	438	516
	2015-16	695 418	2 237	697 655	382	462
	2016-17	641 420	1 861	643 281	353	419
	2017-18	621 556	1 775	623 332	342	401
	2018-2019	612 082	543	612 625	337	397
	Variation	(23,1 %)	(70,1 %)	(23,2 %)	(23 %)	(23,1 %)
2 – Personnel professionnel	2014-15	2 227 365	9 308	2 236 674	1 233	1 610
	2015-16	2 255 944	10 392	2 266 336	1 248	1 605
	2016-17	2 318 930	9 173	2 328 103	1 284	1 663
	2017-18	2 457 538	12 756	2 470 294	1 363	1 755
	2018-2019	2 636 884	16 238	2 653 122	1 462	1 877
	Variation	18,4 %	74,5 %	18,6 %	18,6 %	16,6 %
3 – Personnel infirmier	2014-15	4 774 896	132 463	4 907 359	2 567	3 393
	2015-16	4 719 417	118 859	4 838 276	2 537	3 350
	2016-17	4 703 351	142 496	4 845 846	2 520	3 368
	2017-18	4 808 591	172 701	4 981 292	2 574	3 409
	2018-2019	4 945 434	212 396	5 157 830	2 646	3 485
	Variation	3,6 %	60,3 %	5,1 %	3,1 %	2,7 %
4 – Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	7 446 935	114 332	7 561 267	4 102	5 720
	2015-16	7 362 120	110 726	7 472 847	4 057	5 639
	2016-17	7 364 251	130 394	7 494 645	4 060	5 726
	2017-18	7 508 116	170 702	7 678 818	4 140	5 989
	2018-2019	7 813 070	212 967	8 026 038	4 306	6 122
	Variation	4,9 %	86,3 %	6,1 %	5 %	7 %
5 – Ouvriers, personnel d'entretien et service	2014-15	1 659 784	18 329	1 678 112	847	1 329
	2015-16	1 659 210	17 302	1 676 512	846	1 310
	2016-17	1 657 211	19 333	1 676 544	845	1 320
	2017-18	1 641 617	24 392	1 666 009	837	1 335
	2019-2019	1 656 430	27 324	1 683 754	845	1 363
	Variation	(0,2 %)	49,1 %	0,3 %	(0,2 %)	2,6 %
6 – Étudiants et stagiaires	2014-15	20 028	178	20 206	11	68
	2015-16	16 482	80	16 562	9	73
	2016-17	6 707	31	6 738	4	31
	2017-18	9 982	110	10 092	6	37
	2018-2019	10 041	111	10 152	6	70
	Variation	(49,9 %)	(37,6 %)	(49,8 %)	(50 %)	2,9 %

Total du personnel	2014-15	16 924 896	276 423	17 201 319	9 198	12 105
	2015-16	16 708 591	259 597	16 968 188	9 080	11 892
	2016-17	16 691 870	303 287	16 995 157	9 066	11 954
	2017-18	17 047 400	382 437	17 429 837	9 261	12 290
	2018-2019	17 673 942	469 579	18 143 521	9 602	12 647
	Variation	4,4 %	69,9 %	5,5 %	4,4 %	4,5 %

La cible d'effectifs (17 731 381 heures) fixée par le ministère de la Santé et des Services sociaux n'a pas été respectée par le CISSS de Chaudière-Appalaches (nombre d'heures réelles : 18 143 520,58). Cette variation de 2,3 % s'explique par le fait que certains des investissements dans le réseau de la santé et des services sociaux annoncés en cours d'exercice financier ont pu avoir des impacts additionnels imprévus sur les effectifs des établissements et contribuer, dans certains cas, au dépassement des cibles d'effectifs allouées par la ministre de la Santé et des Services sociaux.

9. Les ressources financières

9.1 Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

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

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

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent		Variation des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	$	%
Programmes-services						
Santé publique	16 109 602 $	1,58 %	15 018 312 $	1,58 %	1 091 290 $	1,54 %
Services généraux – Activités cliniques et d'aide	54 479 680 $	5,33 %	51 003 980 $	5,36 %	3 475 700 $	4,92 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	179 112 292 $	17,52 %	164 470 537 $	17,28 %	14 641 755 $	20,71 %
Déficience physique	34 347 835 $	3,36 %	31 781 299 $	3,34 %	2 566 536 $	3,63 %
Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme	64 785 805 $	6,34 %	62 775 881 $	6,60 %	2 009 924 $	2,84 %
Jeunes en difficulté	61 953 107 $	6,06 %	57 930 492 $	6,09 %	4 002 615 $	5,69 %
Dépendances	5 936 638 $	0,58 %	5 753 310 $	0,60 %	183 328 $	0,26 %
Santé mentale	60 146 353 $	5,88 %	55 450 828 $	5,83 %	4 695 525 $	6,64 %
Santé physique	342 291 033 $	33,46 %	312 722 708 $	32,84 %	29 568 325 $	41,84 %
Programmes de soutien						
Administration	69 439 100 $	6,79 %	65 565 435 $	6,89 %	3 873 665 $	5,48 %
Soutien aux services	72 257 249 $	7,07 %	69 366 906 $	7,29 %	2 890 343 $	4,09 %
Gestion des bâtiments et des équipements	61 644 998 $	6,03 %	59 975 032 $	6,30 %	1 669 966 $	2,36 %
Total	1 022 503 692 $	100 %	951 814 720 $	100 %	70 688 972 $	100 %

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

9.2 L'équilibre budgétaire

L'établissement a clos l'exercice financier 2018-2019 avec un déficit de 5 672 812 $ ventilé comme suit :

Fonds d'exploitation	Déficit de l'exercice	(5 112 055) $
Fonds d'immobilisations	Déficit de l'exercice	(560 757) $
Total	Déficit de l'exercice	(5 672 812) $

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

Le déficit d'exploitation de l'exercice s'explique par les rubriques suivantes :

- L'augmentation substantielle du coût des médicaments antinéoplasiques pour un montant de 3 680 521 $. Cette hausse a été partiellement comblée par une allocation non récurrente reçue à cette fin au montant de 1 470 100 $;
- La planification de la main-d'œuvre a également occasionné d'importantes pressions budgétaires. Notamment, les coûts supplémentaires en main-d'œuvre indépendante sont de l'ordre de 2 476 737 $ pour l'exercice 2018-2019;
- Les coûts additionnels de transport des prélèvements dans le dossier Optilab sont de l'ordre de 543 923 $ pour l'exercice en cours;
- La fusion des bases de données financières de l'établissement (*Paie-RH et GRF-GRM*) pour une somme non récurrente de 2 160 959 $ correspondant à un dépassement de 26 629 heures travaillées et à d'autres charges additionnelles de 1 056 335 $.

9.2 Les contrats de service

Au cours de l'année financière 2018-2019, des contrats de service, comportant une dépense de 25 000 $ et plus, ont été conclus tel que mentionné dans le tableau suivant :

Contrats de service comportant une dépense de 25 000 $ et plus conclus entre le 1er avril 2018 et le 31 mars 2019

Contrats	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique [1]	2	257 900 $
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique [2]	129	21 664 223 $
Total des contrats de service	131	21 922 123 $

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

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

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2019 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers et autres informations financières						
R-1 Les contrats de location d'immeuble conclus entre le CISSS-CA et la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 « Immobilisations corporelles louées » du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition.	2011-2012	R	Applicable globalement pour le CISSS-CA depuis 2016. Aucune, car il s'agit d'une directive du MSSS.			NR
R-2 Par ailleurs, le CISSS-CA n'a pas pris les mesures nécessaires afin de s'assurer que toutes les informations en regard de ses obligations contractuelles soient établies et présentées adéquatement au rapport financier annuel aux pages 635-00 à 635-03. Étant donné l'impossibilité d'obtenir des éléments probants suffisants et appropriés concernant l'exhaustivité, la réalité et l'exactitude de ces informations, nous n'avons pu déterminer si les pages 635-00 à 635-03 du rapport financier annuel auraient dû faire l'objet d'ajustements à cet égard.	2012-2013	R	Applicable globalement pour le CISSS-CA depuis 2016. **<u>Exercice 2017-2018</u>** Des améliorations ont été apportées au cours de l'année 2017-2018. D'une part, l'ensemble des gestionnaires ont été sollicités dans le cadre de l'identification des obligations contractuelles. D'autre part, une description du processus a été réalisée afin de s'assurer d'une compréhension commune. **<u>Exercice 2018-2019</u>** L'établissement a mis en place des mécanismes additionnels de contrôle : validation de la qualité des données par des personnes externes à la production et corrélation des engagements déclarés (dépenses de l'année courante et outil de suivi des approvisionnements et des contrats).	R		

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2019 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
R-3 Le CISSS-CA n'a pas comptabilisé, au 31 mars 2016, à l'état de la situation financière, des subventions à recevoir du gouvernement du Québec concernant des immobilisations financées ou devant être financées par emprunts pour lesquelles des travaux ont été réalisés. Cette situation constitue une dérogation à la norme comptable sur les paiements de transfert (Normes comptables canadiennes pour le secteur public) qui prévoit la comptabilisation des subventions lorsqu'elles sont autorisées par le gouvernement à la suite de l'exercice de son pouvoir habilitant et que le CISSS-CA a satisfait aux critères d'admissibilité. Par ailleurs, l'article 1.1 de la *Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics ou municipaux et certains autres transferts* (RLRQ, chapitre S-37.01) énonce que la seule partie d'une subvention qui doit être comptabilisée est celle qui est exigible dans l'exercice du CISSS-CA et autorisée par le Parlement dans l'année financière du gouvernement du Québec, comme le prescrit la loi, les ajustements suivants, selon l'estimation établie, sont nécessaires afin que les états financiers du CISSS-CA respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2013-2014	R	Applicable globalement pour le CISSS-CA depuis 2016. Aucune, car il s'agit d'une directive du MSSS.			NR
Questionnaire à compléter par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
QAI-1 L'absence d'un registre comptable permanent des immobilisations ne permet pas le respect des principes directeurs sur les immobilisations.	2013-2014	C	Applicable globalement pour le CISSS-CA depuis 2016. À la suite du dernier changement d'application comptable, cette dernière comprend un registre comptable permanent des immobilisations pour les acquisitions du 1er avril 2018 au 31 mars 2019.	R		
QAI-3 Pour les non-conformités au MGF concernant les unités de mesure, voir l'annexe au rapport de l'auditeur – Unités de mesure et heures travaillées et rémunérées.	2013-2014	C	Applicable globalement pour le CISSS-CA depuis 2016. Voir les réponses au suivi des commentaires UM ci-dessus.		PR	

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2019 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
QAI-4 Non-conformité à la circulaire 2007-003 concernant les activités accessoires commerciales de GESTAC – autorisation de l'agence non obtenue pour l'octroi du contrat.	2013-2014	C	Le mode de gouvernance actuellement en place permet de respecter les dispositions prévues à la circulaire 03.01.10.12.	R		
QAI-13 Dans les résultats attendus établis au fonds d'immobilisations, les revenus relatifs aux projets autofinancés, financés par un réaménagement budgétaire (ponction), ne correspondent pas au montant des remboursements en capital et intérêts effectués par le MSSS en lieu et place de l'établissement. Cette situation n'est pas conforme aux directives des pages explicatives du rapport financier annuel.	2016-2017	C	En 2016-2017, à la suite d'une mauvaise interprétation de la page explicative, cette situation était présente. Au 31 mars 2018, la situation était également présente afin de corriger l'erreur de l'année précédente et rétablir la situation au solde de fonds. Au 31 mars 2019, les revenus relatifs aux projets autofinancés sont traités de façon conforme annulant ainsi tout écart avec la directive du MSSS.	R		
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
UM-1 <u>CISSS-CA</u> Selon le MGF, l'usager doit être compilé une seule fois durant l'exercice pour l'établissement en entier. Étant donné que les numéros de dossier des usagers diffèrent pour chacune des installations de l'établissement, il est difficile pour la direction d'identifier qu'un même usager s'est présenté dans plusieurs installations durant l'exercice financier. Ainsi, il y a un risque d'une surévaluation potentielle, mais cet écart ne peut être quantifié. Les sous-centres d'activité visés sont ceux qui sont présents dans plus d'une installation ou pour lesquels le processus de compilation ne permet pas de repérer un même usager qui a utilisé les services dans plus d'une installation.	2013-2014	R	Applicable globalement pour le CISSS-CA depuis 2016. Cette réserve ne pourra se régler tant et aussi longtemps que nous n'aurons pas un index patient unique pour tous les systèmes.			NR

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2019 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
UM-3 <u>CISSS-CA</u> Nous avons relevé dans plusieurs sous-centres d'activité, qui sont composés de l'addition de plusieurs autres sous-centres d'activité, que les statistiques cumulatives n'étaient pas bien compilées. Cette anomalie a été retracée dans les sous-centres suivants : 6000 Administration des soins : sous-évaluation de 1 898 jours-présence, cette anomalie a été corrigée. 6804 Pharmacie Usagers hospitalisés : sous-évaluation de 949 jours-présence, cette anomalie a été corrigée. 7606 Cueillette, distribution et autres charges : sous-évaluation de 9 276 jours-présence. En 2017-2018, des écarts entre la période testée et le total annuel n'ont pas pu être expliqués.	2015-2016	R	Rencontres faites en cours d'année dans différents secteurs, mais celles-ci ne sont pas terminées. Création d'un fichier de compilation CISSS et suivi périodique des données avec validation de la part du personnel de la gestion de l'information. 2018-2019 : validation approfondie du fichier de compilation. Le tout est conforme.	R		
UM-7 <u>CSSS Alphonse-Desjardins - 6174</u> Pour le sous-centre d'activité 6174 (soins infirmiers à domicile), bien que des coûts soient comptabilisés, aucune unité de mesure n'est compilée. Ces coûts correspondent à des soins infirmiers prodigués à des usagers en CHSLD qui auraient dû être comptabilisés dans le sous-centre d'activité 6060 (soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie). Cette anomalie n'a pas été quantifiée, mais cela a pour effet de surévaluer les coûts du sous-centre d'activité 6174 et de sous-évaluer le coût unitaire du sous-centre d'activité 6060. Les tests effectués en 2017-2018 n'ont permis de relever aucun écart.	2014-2015	R	Une analyse a été réalisée par la direction concernée (DRFA) afin d'identifier la source de l'écart (imputation des coûts). 2018-2019 : au niveau des unités de mesure, il y a eu confirmation qu'il ne restait qu'un secteur (Montmagny-L'Islet) et le tout est selon la norme.	R		

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2019 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
UM-8 <u>CSSS Alphonse-Desjardins –6322</u> Concernant l'unité de mesure « le retraitement » du sous-centre d'activité 6322 (Unité de retraitement des dispositifs médicaux – CLSC et CH), nous avons constaté, pour la période testée, que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes : A : Certaines données n'étaient pas inscrites alors que d'autres étaient compilées en double ou ne devaient pas être compilées (ex. : oxyde non compilé ou endoscope et ozone en double ou stérilisation rapide en trop). En 2017-2018, des erreurs de compilation ont été retracées concernant sept unités manquantes.	2014-2015	R	A. Rencontre faite et correction demandée, compte tenu des résultats, des précisions seront à apporter auprès des intervenants. Rencontre au niveau du CISSS-CA effectuée en cours d'année avec les gestionnaires pour discussion des problématiques soulevées. La donnée est maintenant adéquate. 2018-2019 : retour aux équipes et rappel sur l'inscription de la donnée.	R		

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2019 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
UM-10 <u>CISSS-CA – 6565</u> Concernant l'unité de mesure « l'usager » du sous-centre d'activité 6565 (Services sociaux), nous avons constaté, pour la période testée, que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes : A : L'unité de mesure « l'usager » est erronée puisque nous avons constaté une divergence entre le nombre d'usagers selon le rapport détaillé cumulatif et le rapport global cumulatif à la période 10. Pour l'année 2018-2019, nous avons constaté que l'usager avait été compté plus d'une fois.	2015-2016	R	A : Rencontres avec tous les gestionnaires concernés du CISSS-CA. Explications données et comprises. Toutefois, des améliorations devront être faites au niveau de la production des rapports. 2018-2019 : nous avons travaillé avec quelques secteurs pour améliorer le fichier de saisie afin d'avoir l'usager unique. Ceci semble porter fruits.		PR	
B : L'unité de mesure « l'usager » est erronée puisque la compilation s'effectue avant que l'intervention de service ait lieu. Les interventions psychosociales qui sont annulées sont donc compilées malgré le fait qu'il n'y ait pas eu de service. La situation a été corrigée en février 2016. Cette anomalie a pour effet de surévaluer le nombre d'usagers. Les tests effectués en 2017-2018 n'ont permis de retracer aucun écart.			B : Rencontre avec tous les gestionnaires concernés du CISSS-CA. Explications données et comprises. Compte tenu des résultats, des précisions seront à apporter auprès des intervenants. 2018-2019 : discussion avec le secteur pour expliquer la façon d'inscrire la donnée.	R		

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2019 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
UM-11 <u>CISSS-CA – 6710</u> Concernant les unités de mesure « l'unité technique provinciale » et « l'usager » du centre d'activité 6710 (Électrophysiologie), nous avons constaté, pour la période testée, que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes : L'unité de mesure « l'unité technique » est erronée en raison des éléments suivants : C : Il y a des anomalies dans l'utilisation des codes administratifs et une utilisation de codes modificateurs incompatibles à des codes administratifs. En 2017-2018, des écarts entre la période testée et le total annuel n'ont pas pu être expliqués.	2015-2016	R	Pour le point C, malgré les modifications apportées et le suivi fait avec les autres secteurs, les résultats ne se sont pas adéquats, des précisions seront apportées. Les suivis ont été effectués auprès du personnel. Les données sont maintenant adéquates.	R		
UM-16 <u>CISSS-CA – 7163</u> Concernant l'unité de mesure « l'usager » du sous-centre d'activité 7163 (Prêt d'équipement aux usagers des services à domicile), nous avons constaté que la liste détaillée fournie par le fournisseur externe ayant servi à l'inscription des unités de mesure n'est pas fiable. Celle-ci incluait des usagers en double ainsi que des usagers non admissibles selon le MGF. En 2017-2018, des écarts entre la période testée et le total annuel n'ont pas pu être expliqués. En 2018-2019, nous avons remarqué l'absence de documents confirmant le prêt d'équipement et la compilation ne s'effectue pas adéquatement.	2015-2016	R	Il y a concentration de l'information dans un secteur (compilation). Par contre, le tout n'est pas complété. Il reste à valider les petits équipements en CLSC (Beauce). Il reste une partie du travail à effectuer avec Thetford Mines et Beauce. 2018-2019 : aucun travail n'a été fait durant l'année.		PR	

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2019 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
UM-17 <u>CSSS de Beauce - 7202</u> Les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives relatives à l'unité de mesure « La semaine étudiant » du centre d'activité 7202 (coordination et soutien) ne sont pas valables. En effet, nous avons noté une divergence entre les données inscrites à la statistique versus le décompte réel physique. L'effet de ce qui précède sur l'unité de mesure et le coût unitaire de l'unité de mesure du centre d'activité 7202 (coordination et soutien) présenté à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé. NOTE Cette problématique a été libellée ainsi au rapport 2015-2016 dans le CISSS-CA (mais même problématique) : « Nous ne pouvons déterminer si le nombre d'unités de semaine étudiant est conforme ou non puisque les pièces justificatives, le rapport détaillé cumulatif et le rapport sommaire cumulatif ne correspondent pas ». Même situation en 2017-2018. En 2018-2019, nous avons trouvé une donnée qui a été compilée deux fois.	2013-2014	R	Amélioration du processus en 2016-2017 avec la possibilité d'extraire la donnée, ce qui était impossible en 2015-2016. Les reports se font adéquatement, il reste à travailler le calcul du nombre de semaine. 2018-2019 : nous avons compilé la donnée de façon cumulative. De cette façon, il nous a été possible de reprendre les données modifiées durant les périodes antérieures. Le processus est bien défini et les contrôles aussi.		PR	

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2019 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
UM-18 <u>CISSS-CA - 7532</u> Concernant l'unité de mesure « l'admission, la visite et l'usager » du sous-centre d'activité 7532 (Archives), nous avons constaté que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes : A : Pour certains secteurs (Etchemins), l'établissement avait enlevé les cas en double pour les usagers utilisant plus d'un service alors que le MGF ne spécifie pas cette demande. B : Nous avons relevé diverses pratiques de compilation qui ne répondaient pas aux directives du MGF (par exemple : compilation de manipulation selon le nombre de demandes alors que certaines ne nécessitaient qu'une seule manipulation). C : Pour un secteur sélectionné (Beauce), les demandes de renseignements téléphoniques sont compilées alors que le MGF indique de ne pas les compiler. Même situation en 2017-2018. En 2018-2019, nous n'avons pu corroborer la liste de dossier puisque le document n'était pas disponible. Également, nous avons retrouvé une compilation erronée au niveau des profils d'accès.	2015-2016	R	Pour tous les points, nous avons travaillé un peu le dossier, mais nous devons prendre plus de temps pour analyser chaque élément constituant l'unité de mesure. 2018-2019 : le dossier est en constante évolution. Il reste certains points à éclaircir pour s'assurer d'une standardisation de la donnée.			NR

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2019 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
UM-21 Nous avons relevé dans plusieurs centres et sous-centres d'activité que les statistiques cumulatives à la période 13 reportées au tableau de compilation ne correspondent pas aux statistiques compilées dans les systèmes pour les unités de mesure suivantes : • « L'usager » du sous-centre d'activité 5521 (Famille d'accueil – Jeunes en difficulté). En 2017-2018, la même situation a été observée. • « L'usager » du sous-centre d'activité 5541 (Autres ressources – Jeunes en difficulté). • « L'admission » du sous-centre d'activité 6050 (Soins infirmiers de courte durée aux adultes et aux enfants). • « Le retraitement pondéré » du sous-centre d'activité 6322 (Unité de retraitement des dispositifs médicaux – CLSC et CH). En 2017-2018, la même situation a été observée. • « L'usager » du sous-centre d'activité 6565 (Services sociaux). • « L'unité technique provinciale » et « la procédure » du sous-centre d'activité 6831 (Radiologie générale). En 2017-2018, la même situation a été observée. • « L'unité technique provinciale » et « la procédure » du sous-centre d'activité 6832 (Ultrasonographie). • « L'unité technique provinciale » et « la procédure » du sous-centre d'activité 6834 (Tomodensitométrie). • « Le jour présence » du sous-centre d'activité 7043 (Ressources résidentielles – assistance résidentielle continue [santé mentale]). • « Le mètre cube » du sous-centre d'activité 7703 (Fonctionnement des installations – Autres). En 2018-2019, une donnée n'a pu être corroborée par des pièces justificatives.	2016-2017	R	Création d'un fichier de compilation CISSS et suivi périodique des données avec validation de la part du personnel de la gestion de l'information. 2018-2019 : un effort supplémentaire a été fait pour s'assurer de la validation et de la conformité des statistiques dans les différents systèmes.	R R R R R R R R R		NR

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2019 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
UM-22 Nous avons relevé dans plusieurs sous-centres d'activité, qui sont composés de l'addition de plusieurs autres sous-centres d'activité, que les statistiques cumulatives ne sont pas exactes. Cette anomalie a été retracée pour l'unité « le jour présence » dans les sous-centres suivants : • 6000 (Administration des soins). • 6804 (Pharmacie usagers hospitalisés). • 7606 (Cueillette, distribution et autres charges). En 2017-2018, la même situation a été observée. • 7703 (Fonctionnement des installations – Autres).	2016-2017	R	Idem à UM-3	R		
UM-25 <u>5941</u> Concernant l'unité de mesure « la moyenne d'usagers suivis » du sous-centre d'activité 5941 (Suivi intensif dans la communauté), nous avons constaté qu'une visite à domicile sans réponse a été considérée comme une rencontre de suivi intensif. Cela a pour incidence de surévaluer la moyenne d'usagers suivis.	2016-2017	R	Un suivi a été fait au niveau des intervenants, mais nous ne pouvons confirmer que la situation a été réglée au CISSS-CA. 2018-2019 : information transmise aux intervenants. Nous croyons que la donnée est conforme.	R		
UM-26 <u>5990</u> Concernant les unités de mesure « l'usagère » et « l'accouchement » du centre d'activité 5990 (Pratique des sages-femmes), nous avons constaté que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes : • L'unité de mesure « l'usagère » est erronée, car il y a eu des anomalies lors de la compilation des suivis et des données d'un secteur sont manquantes. • L'unité de mesure « l'accouchement » est erronée, car il y a eu des anomalies d'addition de la liste manuscrite de compilation. En 2017-2018, des écarts entre la période testée et le total annuel n'ont pas pu être expliqués.	2016-2017	R	Aucun suivi fait en 2017-2018 donc nous ne pouvons conclure que la donnée a été correctement compilée. En 2018-2019 : travail de standardisation fait pour la sortie de la donnée et, du même coup, de la compréhension commune de l'information à fournir.	R		

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2019 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
UM-29 <u>6322</u> Concernant l'unité de mesure « le retraitement pondéré » du sous-centre d'activité 6322 (Unité de retraitement des dispositifs médicaux – CLSC et CH), nous avons constaté que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes : • Les pièces justificatives ne concordent pas avec le rapport fait manuellement. Certaines données ne sont pas inscrites alors que d'autres sont erronées. En 2018-2019, la compilation de l'unité n'a pas été faite selon la bonne pondération. • Le nombre de retraitements au niveau des endoscopies a été établi en fonction d'une moyenne pour les périodes 1 à 7 au lieu d'être établi en fonction du nombre réel. En 2018-2019, des erreurs de compilation dans la période testée ont été retracées.	2016-2017	R	2018-2019 : retour aux équipes et rappel sur l'inscription de la donnée.			NR
UM-30 <u>6350 et 6352</u> Concernant l'unité de mesure « l'unité technique provinciale » du centre d'activité 6350 (Inhalothérapie) et du sous-centre d'activité 6352 (Inhalothérapie – Autres), nous avons constaté que des unités d'au moins un secteur sont manquantes.	2016-2017	R	Le secteur travaille sur la meilleure façon de compiler la donnée. Elle demeure encore manquante dans certaines installations. 2018-2019 : des travaux ont été débutés, mais pas terminés. La donnée n'est pas totalement exacte.		PR	

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

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2019 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
UM-41 <u>7553</u> Concernant l'unité de mesure « l'usager » du sous-centre d'activité 7553 (Nutrition clinique), nous avons constaté que des usagers sont comptés plus d'une fois. En 2017-2018, la fiche d'un usager sélectionné n'a pas pu être retracée. En 2018-2019, il y a un écart entre le fichier détaillé et le fichier de compilation transmis. Également, il y a eu suppression de données non archivées.	2016-2017	R	Aucun suivi n'a été fait en 2017-2018. 2018-2019 : nous avons travaillé avec plusieurs secteurs pour améliorer les fichiers « Excel maison ». Nous croyons que le personnel a bien intégré l'information.			NR
UM-46 Nous avons relevé dans plusieurs centres et sous-centres d'activité que les statistiques cumulatives à la période 13 reportées au tableau de compilation ne correspondaient pas aux statistiques compilées dans les systèmes pour les unités de mesure suivantes : **A :** « L'usager » du sous-centre d'activité 6351 (Inhalothérapie à domicile); **B :** « L'usager » du sous-centre d'activité 6531 (Aide à domicile régulière); **C :** « L'usager » du sous-centre d'activité 6561 (Services psychosociaux à domicile); **D :** « La procédure pondérée » du sous-centre d'activité 6607 (Microbiologie). Même situation pour l'année 2018-2019.	2017-2018	R	Idem à UM-21	R R R		NR
UM-47 <u>6785-6834-6835</u> Concernant l'unité de mesure « l'unité technique provinciale » du sous-centre d'activité un problème informatique d'un fournisseur a empêché la compilation adéquate des unités. En 2018-2019, il y a un écart entre le fichier détaillé et le fichier de compilation transmis.	2017-2018	R	Idem à UM-35		PR	

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2019 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
UM-48 <u>7402</u> Concernant l'unité de mesure « le déplacement d'un usager » du sous-centre d'activité 7402 (Déplacement en ambulance vers une maison de soins palliatifs ou pour des usagers âgés de 65 ans et plus), certains déplacements auraient dû être compilés au sous-centre 7401 au lieu du 7402.	2017-2018	R	2018-2019 : le dossier des UM de ce SCA a été pris en charge par une seule personne d'où la recherche de la standardisation, de l'enseignement de l'information du MGF et reclassement des données s'il y a lieu.		PR	
UM-49 <u>7801</u> Concernant l'unité de mesure « le mètre carré » du sous-centre d'activité 7801 (Entretien du parc immobilier et du parc d'équipement non-médical et mobilier (propriété CHQ ou établissement public), il nous a été impossible de retracé la superficie de l'immeuble testé au plan détaillé.	2017-2018	R	2018-2019 : dossier en évolution constante. Il reste quelques éléments d'antériorité à valider.		PR	
UM-50 <u>6831 et 6837</u> Concernant l'unité de mesure, « unité technique provinciale et la procédure », nous trouvons le décompte des unités du 6837 dans le sous-centre d'activité 6831. Ceci fait en sorte de sous-évalué le 6837 pour une surévaluation du 6831.	2017-2018	R	2018-2019 : de nouvelles unités administratives ont été créées pour imputer correctement les heures, budget et UM.	R		

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2019 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Rapport à la gouvernance						
Les recommandations présentées dans l'annexe et qui touchent les exercices terminés les 31 mars 2016 et 31 mars 2017 ont été émises par le Vérificateur général du Québec (VGQ).						
C-3 Le VGQ a recommandé à l'établissement de mettre en place des procédures d'encadrement et d'approbation suffisantes pour la préparation des informations requises à la production du rapport financier annuel.	2013-2014	C	Applicable globalement pour le CISSS-CA depuis 2016. Les mesures suivantes ont été mises en place afin d'améliorer les procédures relatives à la préparation du rapport financier annuel : déploiement d'un outil parapluie pour le volet exploitation, centralisation des transactions dans une base de données unique pour le fonds d'immobilisations, amélioration de l'uniformité des pratiques comptables et financières entre les anciens secteurs, etc. Au cours de l'année 2017-2018, l'établissement a étendu ses pratiques à la plupart des informations complémentaires de nature financière. En 2018-2019, l'établissement a mis en place des mécanismes d'encadrement et d'approbation pour les pages portant sur ses obligations contractuelles.	R		
C-5 Le VGQ a recommandé à l'établissement d'effectuer une analyse des contrats de location et comptabiliser ceux-ci dans le respect des exigences des NCCSP.	2013-2014	C	En cours. Démarche complétée pour le contrat au point QAI-9. Tous les nouveaux contrats de location font l'objet d'une analyse afin de s'assurer d'un mode de comptabilisation adéquat dans le respect des exigences des NCCSP.	R		

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2019 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
C-7 Le VGQ a recommandé à l'établissement de mettre en place une procédure formelle, documentée et périodique de révision des codes inactifs et de droits d'accès, en fonction des responsabilités du personnel utilisateur pour le réseau et les applications.	2013-2014	C	Applicable globalement pour le CISSS-CA depuis 2016. Ces recommandations ont été prises en compte lors de l'implantation des systèmes financiers uniques (Paie-RH et SIG-FA). Des profils d'accès ont été élaborés avec l'octroi de nouveaux codes d'accès. La procédure de révision des codes inactifs et des droits d'accès suivra au cours de la prochaine année financière. De plus, l'établissement est en cours de déploiement du projet Active Directory.		PR	
C-8 Le VGQ a recommandé à l'établissement d'analyser et de documenter la nature des sommes composant le solde interfonds.	2013-2014	C		R		
C-10 Le VGQ a recommandé au CISSS-CA de revoir son processus de compilation des obligations contractuelles afin de s'assurer de la qualité de l'information ainsi que de la réalité et de l'exhaustivité des obligations contractuelles présentées au rapport financier annuel.	2015-2016	C	Voir réponse au point R-2.	R		
C-11 Le VGQ a recommandé au CISSS-CA de revoir les divers processus financiers et leurs accès informatiques afin de s'assurer d'une séparation adéquate des tâches incompatibles.	2015-2016	C	L'organisation du travail a été revue à la suite de l'implantation des bases de données uniques Paie-RH et GRF-GRM. L'ensemble des profils d'accès ont également été revus.	R		
C-16 Le VGQ a recommandé au CISSS-CA de prendre les mesures requises afin de respecter les exigences de présentation des NCCSP concernant le budget approuvé par le conseil d'administration.	2015-2016	C	Le budget 2019-2020 a été élaboré en considérant l'ensemble des informations exigées – celui-ci sera présenté intégralement au AS-471 2019-2020 dans le respect des exigences de présentation des NCCSP.			NR

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2019 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
C-17 Le VGQ a recommandé au CISSS-CA de planifier et de documenter adéquatement les prochaines conversions de systèmes.	2015-2016	C	La mise en place des bases de donnnées uniques (Paie-RH et GRF-GRM) a été adéquatement documentée.	R		
C-18 Le VGQ a recommandé au CISSS-CA de prendre les mesures requises afin de préparer des descriptions uniformes de tous ses processus significatifs.	2015-2016	C	Les descriptions manquantes ont été élaborées au cours de l'année financière 2017-2018 et mises à jour en 2018-2019 dans le cadre des fusions de système.	R		
C-19 Le VGQ a recommandé au CISSS-CA de rehausser la configuration des mots de passe selon ces standards minimaux : • Longueur minimale de huit caractères. • Complexité obligatoire (lettres, chiffres, caractères spéciaux, etc.). • Modification périodique obligatoire : (60 jours) 90 jours dans le cadre global. • Fermeture après trois tentatives d'accès infructueuses (cinq dans le cadre global). • Historique d'utilisation de mot de passe (10).	2015-2016	C	Dans le cadre de l'implantation de ses systèmes financiers fusionnées (Paie-RH et GRF-GRM), l'établissement s'est assuré que la configuration des mots de passe respecte les standards minimaux. La sécurité logique a été rétablie tant pour les accès des utilisateurs que des fournisseurs.	R		
C-20 Le VGQ a recommandé au CISSS-CA d'améliorer la gestion des accès en s'assurant de la documentation des autorisations.	2015-2016	C	Ces recommandations ont été prises en compte lors de l'implantation des systèmes financiers uniques (Paie-RH et GRF-GRM). La gestion des accès est centralisée au niveau du pilotage des applications.	R		

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2019 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
C-21 Le VGQ a recommandé au CISSS-CA de corriger les lacunes concernant la gestion des modifications de systèmes en procédant au renforcement des procédures suivantes : • Mise en place d'une méthodologie de maintenance. • Documentation des tests. • Autorisation des modifications aux systèmes et aux données. • Séparation des tâches entre le personnel de développement et celui responsable des migrations. • Documentation des modifications.	2015-2016	C	Les directions administratives concernées (DRFA, DRHCAJ et DL) ont adhéré au processus organisationnel de demandes de changement pour tous les systèmes financiers de l'établissement.	R		
C-22 Le VGQ a recommandé au CISSS-CA de revoir la présentation de ses dépôts sur achats d'équipements non reçus. En effet, des dépôts effectués pour l'achat d'équipements, principalement pour le projet du CRIC, ont été capitalisés dans les travaux en cours. Comme ces équipements n'avaient pas encore été reçus, ils ne répondaient pas à la définition d'une immobilisation. Une anomalie de présentation a ainsi été relevée.	2016-2017	C	Ce traitement avait été préconisé pour le bilan au 31 mars 2016 et modifié pour celui de 2017. Il avait été convenu avec le VGQ de revenir à la présentation en dépôts sur acquisition, mais non corrigé au 31 mars 2017 simplement pour une question de délais. Cette recommandation est donc appliquée au bilan du 31 mars 2018.	R		

11. La divulgation des actes répréhensibles

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

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

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

12. Les organismes communautaires

Le nombre d'organismes communautaires subventionnés par le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) est de 174 pour l'année 2018-2019.

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

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

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

Soutien financier aux organismes communautaires par le programme de soutien financier (PSOC)		
Organismes	**Total 2017-2018**	**Total 2018-2019**
A.P.E.D.A.H. ET PLUS BEAUCE-ETCHEMIN	7 851 $	16 352 $
ACCUEIL-SÉRÉNITÉ	90 282 $	105 822 $
ACTION JEUNESSE CÔTE-SUD	147 989 $	160 357 $
AIDE AUX JEUNES CONTREVENANTS DE BEAUCE (A.J.C. BEAUCE)	196 856 $	200 006 $
ALLAITEMENT QUÉBEC	62 205 $	63 200 $
ALLIANCE-JEUNESSE CHUTES-DE-LA-CHAUDIÈRE	118 674 $	97 125 $
AMALGAME MDJ OUEST	181 817 $	159 326 $
ASSOCIATION BÉNÉVOLE BEAUCE-SARTIGAN INC.	289 321 $	280 045 $
ASSOCIATION DE LA FIBROMYALGIE RÉGION CHAUDIÈRE-APPALACHES	71 336 $	84 902 $
ASSOCIATION DE L'ACTION VOLONTAIRE APPALACHES	289 290 $	296 362 $
ASSOCIATION DE LOISIRS POUR PERSONNES HANDICAPÉES DE L'ISLET-SUD	107 834 $	112 268 $
ASSOCIATION D'ENTRAIDE COMMUNAUTAIRE LA FONTAINE	208 184 $	212 515 $
ASSOCIATION DES PERSONNES HANDICAPÉES DE LA CHAUDIÈRE	177 190 $	181 025 $
ASSOCIATION DES PERSONNES HANDICAPÉES DE LÉVIS INC.	446 736 $	453 884 $
ASSOCIATION DES PERSONNES HANDICAPÉES DE LOTBINIÈRE	198 032 $	202 201 $
ASSOCIATION HORIZON SOLEIL	103 637 $	105 000 $
ASSOCIATION POUR L'INTÉGRATION SOCIALE (BCE-SARTIGAN)	214 116 $	218 542 $
ASSOCIATION RENAISSANCE DES APPALACHES	260 292 $	265 457 $

ATELIER OCCUPATIONNEL RIVE-SUD INC.	102 905 $	123 933 $
AU BERCAIL DE ST-GEORGES	678 043 $	695 038 $
AUBE DE LA PAIX (1993) INC.	20 000 $	70 320 $
AUX QUATRE VENTS, GROUPE D'ENTRAIDE POUR PERSONNES EN DIFFICULTÉ PSYCHOLOGIQUE OU PSYCHIATRIQUE	271 089 $	275 426 $
CARREFOUR DES PERSONNES AÎNÉES DE LOTBINIÈRE	155 767 $	163 810 $
CENTRE AIDE ET PRÉVENTION JEUNESSE DE LÉVIS	76 797 $	93 646 $
CENTRE COMMUNAUTAIRE NORMANDIE INC.	107 304 $	109 021 $
CENTRE D'ACTION BÉNÉVOLE BEAUCE-ETCHEMIN	233 691 $	250 830 $
CENTRE D'ACTION BÉNÉVOLE BELLECHASSE-LÉVIS-LOTBINIÈRE	472 529 $	502 768 $
CENTRE D'ACTION BÉNÉVOLE CECB	417 336 $	424 574 $
CENTRE D'ACTION BÉNÉVOLE CONCERT'ACTION	87 460 $	88 859 $
CENTRE D'AIDE ET DE LUTTE CONTRE LES AGRESSIONS À CARACTÈRE SEXUEL (CALACS) DE CHAUDIÈRE-APPALACHES	285 446 $	315 013 $
CENTRE D'AIDE ET DE LUTTE CONTRE LES AGRESSIONS À CARACTÈRE SEXUEL (CALACS) DE RIVE-SUD	275 082 $	279 483 $
CENTRE DE STIMULATION L'INTERCOM	59 931 $	102 716 $
CENTRE DE VIE DE BELLECHASSE INC.	45 311 $	46 036 $
CENTRE D'ÉCOUTE ET DE PRÉVENTION DU SUICIDE BEAUCE-ETCHEMINS	98 473 $	100 049 $
CENTRE D'ENTRAIDE DE LA RÉGION DE DISRAËLI	51 360 $	57 733 $
CENTRE D'ENTRAIDE FAMILIALE DE LA MRC DE MONTMAGNY	16 346 $	6 408 $
CENTRE D'ÉQUITHÉRAPIE LA REMONTÉE	20 000 $	70 320 $
CENTRE DOMRÉMY DES APPALACHES INC.	270 049 $	274 370 $
CENTRE EX-EQUO	464 705 $	456 900 $
CENTRE FEMMES LA ROSE DES VENTS INC.	206 403 $	209 706 $
CENTRE FEMMES L'ANCRAGE	195 052 $	198 173 $
CENTRE LA BARRE DU JOUR	223 686 $	227 265 $
CENTRE-FEMMES «LA JARDILEC» INC.	204 800 $	208 077 $
CENTRE-FEMMES DE BEAUCE INC.	225 228 $	228 832 $
CENTRE-FEMMES DE BELLECHASSE	201 452 $	204 675 $
CENTRE-FEMMES DE LOTBINIÈRE	242 859 $	216 265 $
CLUB PARENTAIDE BEAUCE-CENTRE	13 827 $	14 009 $
COMPTOIR LE GRENIER	210 186 $	210 186 $
CORPORATION DE DÉVELOPPEMENT DE LA COMMUNAUTÉ D'EXPRESSION ANGLAISE DE MÉGANTIC (MCDC)	- $	24 922 $
COUP DE POUCE NOURRICE	22 629 $	27 991 $
DIABÈTE BEAUCE-ETCHEMINS INC.	21 000 $	21 000 $
ENTRAIDE AU MASCULIN CÔTE-SUD	160 099 $	152 748 $
ENTRAIDE SOLIDARITÉ BELLECHASSE	177 961 $	208 821 $
ESPACE CHAUDIÈRE-APPALACHES	161 456 $	164 039 $
FRIGOS PLEINS	65 137 $	83 936 $
G.R.I.S. CHAUDIÈRE-APPALACHES INC.	139 500 $	150 956 $
GRANDS FRÈRES GRANDES SŒURS DES APPALACHES	78 298 $	88 000 $
GROUPE D'ACCOMPAGNEMENT JONATHAN INC.	66 026 $	75 929 $

GROUPE D'ENTRAIDE CANCER ET VIE	57 594 $	63 516 $
GROUPE ESPÉRANCE ET CANCER	91 897 $	93 367 $
HAVRE L'ÉCLAIRCIE INC.	779 016 $	778 272 $
INTERVALLE	346 873 $	352 423 $
LA CHAUDRONNÉE DU BEL ÂGE	26 120 $	26 538 $
LA CORPORATION DE SOLIDARITÉ EN SÉCURITÉ ALIMENTAIRE DE LOTBINIÈRE	20 000 $	60 450 $
LA CROISÉE - REGROUPEMENT DE PARENTS, AMIS(ES) DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE - MRC DES APPALACHES	147 004 $	149 356 $
LA CROISÉE DES CHEMINS	234 206 $	226 205 $
LA FRONTIÈRE	145 889 $	147 195 $
LA GÎTÉE INC.	780 341 $	767 934 $
LA JONCTION POUR ELLE INC.	858 837 $	872 578 $
LA MAISON DES AINÉS DE LÉVIS INC.	81 791 $	85 500 $
LA MAISON DES JEUNES DE CHARNY INC.	108 333 $	110 066 $
LA MAISON DES JEUNES DE LA M.R.C. ROBERT-CLICHE	78 298 $	98 646 $
LA MAISON DES JEUNES DE MONTMAGNY	85 901 $	100 794 $
LA MAISON DES JEUNES DE ST-ÉTIENNE-DE-LAUZON INC.	75 901 $	90 794 $
LA MAISON DES JEUNES DE ST-JEAN CHRYSOSTOME INC.	75 901 $	90 794 $
LA MAISON DES JEUNES DE THETFORD MINES	113 656 $	120 474 $
LA MAISON DES JEUNES ISOTOPE DE ST-MALACHIE	- $	10 000 $
LA MAISON DES JEUNES L'AZYMUT EST-OUEST	75 901 $	90 794 $
LA MAISON DU TOURNANT INC.	287 911 $	292 518 $
LA PASSERELLE GROUPE D'AIDE ET D'ENTRAIDE POUR PERSONNES VIVANT UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE	350 347 $	355 953 $
LA POPOTE ROULANTE DES AULNAIES	15 389 $	15 229 $
LA RENCONTRE - GROUPE D'ENTRAIDE POUR PERSONNES ATTEINTES DE MALADIE MENTALE	194 379 $	197 489 $
LA RUCHE DE ST-ROMUALD INC.	75 901 $	90 794 $
LA SOCIÉTÉ ALZHEIMER CHAUDIÈRE-APPALACHES	414 641 $	397 510 $
LA SOCIÉTÉ GRAND VILLAGE INC.	66 839 $	95 000 $
LA TOURNÉE DES MARMITONS DE MONTMAGNY	14 954 $	15 193 $
L'ADOBERGE CHAUDIÈRE-APPALACHES	345 983 $	416 279 $
L'A-DROIT DE CHAUDIÈRE-APPALACHES	173 846 $	180 910 $
L'ANCRE, REGROUPEMENT DES PARENTS ET AMIS DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIE MENTALE	143 620 $	145 918 $
L'ARC-EN-CIEL, REGROUPEMENT DE PARENTS ET DE PERSONNES HANDICAPÉES	377 633 $	384 675 $
L'ARCHE LE PRINTEMPS INC.	598 989 $	608 573 $
L'ASSIETTÉE BEAUCERONNE	76 214 $	81 433 $
L'ASSOCIATION DES PERSONNES HANDICAPÉES DE BELLECHASSE (L'A.P.H.B.)	152 791 $	161 236 $
L'ASSOCIATION TCC DES DEUX RIVES - QUÉBEC - CHAUDIÈRE-APPALACHES	67 603 $	84 902 $
LAURA LÉMERVEIL	41 000 $	41 400 $
LE CARREFOUR EMPLOYABILITÉ - TRAVAIL DE RUE	72 332 $	93 646 $
LE CENTRE DE PARRAINAGE DE LA JEUNESSE DE BEAUCE	85 489 $	102 204 $
LE CERCLE DE L'AMITIÉ DE CAP ST-IGNACE	17 260 $	17 500 $

LE COMPTOIR D'AIDE LE FOUILLIS INC.	12 457 $	12 656 $
LE CONTREVENT, POUR L'ENTOURAGE D'UNE PERSONNE AYANT UN TROUBLE MAJEUR DE SANTÉ MENTALE	258 174 $	262 305 $
LE FILON	80 695 $	96 499 $
LE HAVRE DES FEMMES	725 426 $	729 921 $
LE HAVRE, GROUPE D'AIDE ET D'ENTRAIDE POUR LA PERSONNE VIVANT AVEC UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE	241 352 $	245 213 $
LE MURMURE - GROUPE D'ENTRAIDE DE PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX SÉVÈRES ET PERSISTANTS	182 681 $	185 603 $
LE PATRO DE LÉVIS INC.	- $	15 000 $
LE RAPPEL - GROUPE D'ENTRAIDE DE PERS. ATTEINTES D'UNE MALADIE MENTALE	277 238 $	281 674 $
LE RE-LAIT MONTMAGNY-L'ISLET	12 000 $	17 192 $
LE SERVICE D'ENTRAIDE DE CHARNY INC.	72 545 $	73 706 $
LE SILLON REGROUPEMENT DES PARENTS ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE D'UNE MALADIE MENTALE	232 199 $	235 914 $
LE TRAIT D'UNION, GROUPE D'ENTRAIDE POUR PERSONNES AYANT DES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE	288 622 $	305 590 $
L'ENTRAIDE PASCAL-TACHÉ INC.	81 788 $	96 499 $
LES AMIES DE L'ENTRAIDE DE ST-JUSTE INC.	11 197 $	- $
LES AMIES DE PANET	17 314 $	17 591 $
LES NOUVEAUX SENTIERS DE LA MRC DE L'ISLET	161 486 $	143 750 $
L'ESSENTIEL DES ETCHEMINS	70 657 $	71 788 $
L'ÉVEIL, GROUPE D'ENTRAIDE POUR PERS. ATTEINTES DE MALADIE MENTALE	168 258 $	170 950 $
LIEN-PARTAGE INC.	217 193 $	239 712 $
L'INTERFACE, ORGANISME DE JUSTICE ALTERNATIVE	226 271 $	229 891 $
L'OASIS DE LOTBINIÈRE INC.	197 397 $	200 556 $
MAISON DE JEUNES L'OLIVIER DES ETCHEMINS	100 799 $	116 507 $
MAISON DE LA FAMILLE BEAUCE-ETCHEMINS	126 793 $	149 956 $
MAISON DE LA FAMILLE CHUTE-CHAUDIÈRE	2 447 $	2 447 $
MAISON DE LA FAMILLE DE BELLECHASSE	34 981 $	20 713 $
MAISON DE LA FAMILLE DE LA MRC DE L'ISLET INC.	27 315 $	27 713 $
MAISON DE LA FAMILLE DE LOTBINIÈRE	9 483 $	23 782 $
MAISON DE LA FAMILLE NOUVELLE-BEAUCE	17 845 $	18 091 $
MAISON DE LA FAMILLE R.E.V. RIVE-SUD	114 157 $	118 872 $
MAISON DE LA FAMILLE RIVE-SUD	2 447 $	2 447 $
MAISON DES JEUNES « ST-HENRI »	75 901 $	85 000 $
MAISON DES JEUNES « L'UTOPIE »	82 316 $	95 381 $
MAISON DES JEUNES DE BEAUCE-SARTIGAN	233 408 $	237 143 $
MAISON DES JEUNES DE L'ISLET-NORD	100 170 $	115 451 $
MAISON DES JEUNES DE ST-MICHEL DE BELLECHASSE	60 000 $	64 420 $
MAISON DES JEUNES DE ST-RAPHAËL	61 000 $	61 976 $
MAISON DES JEUNES D'EAST BROUGHTON	52 000 $	52 000 $
MAISON DES JEUNES DÉFI-ADOS	82 463 $	90 794 $
MAISON DES JEUNES DES FRONTIÈRES DU SUD	76 162 $	90 794 $

MAISON DES JEUNES DU LAC AYLMER	40 000 $	56 500 $
MAISON L'ÉCLAIRCIE	20 000 $	- $
MAISON L'ODYSSÉE JEU ALCOOL DROGUES	101 806 $	153 435 $
MESURES ALTERNATIVES JEUNESSE FRONTENAC INC.	193 705 $	196 804 $
MOISSON BEAUCE INC.	222 596 $	149 478 $
NOUVEL ESSOR	312 358 $	336 035 $
OUVRE TON CŒUR À L'ESPOIR	52 385 $	53 223 $
PARENTAIME MAISON DE LA FAMILLE DES ETCHEMINS	- $	11 361 $
PARTAGE AU MASCULIN BEAUCE	202 801 $	206 046 $
PERSONNES HANDICAPÉES EN ACTION DE LA RIVE-SUD	213 076 $	216 485 $
POPOTE ROULANTE L'ISLET INC.	29 624 $	30 098 $
PRÉSENCE LOTBINIÈRE	66 206 $	67 266 $
PROJET M.D.J. SAINT-ISIDORE INC.	51 500 $	51 500 $
RAPHRCA	40 007 $	40 647 $
REGROUPEMENT DES JEUNES DE LOTBINIÈRE	88 628 $	97 406 $
REGROUPEMENT DES PERSONNES AIDANTES DE LOTBINIÈRE	105 680 $	144 086 $
REGROUPEMENT DES PERSONNES HANDICAPÉES PHYSIQUES DE LA RÉGION DE THETFORD (RPHPRT)	101 059 $	113 676 $
REGROUPEMENT DES PROCHES AIDANTS DE BELLECHASSE	134 876 $	129 272 $
RÉHAB	400 564 $	406 973 $
RÉSEAUX D'ENTRAIDE DES APPALACHES	91 728 $	132 288 $
RESSOURCE LE BERCEAU INC.	214 568 $	217 923 $
RESSOURCES-NAISSANCES	98 580 $	107 147 $
S.O.S. ONDE AMITIÉ	84 931 $	86 290 $
SANTÉ MENTALE QUÉBEC - CHAUDIÈRE-APPALACHES	99 870 $	119 321 $
SE PARLER…D'HOMMES À HOMMES INC.	148 806 $	151 187 $
SERVICE D'ENTRAIDE BERNIÈRE-ST-NICOLAS INC.	51 694 $	59 739 $
SERVICE D'ENTRAIDE DE BREAKEYVILLE	151 965 $	144 158 $
SERVICE D'ENTRAIDE DE PINTENDRE	61 349 $	67 331 $
SERVICE D'ENTRAIDE DE ST-JEAN-CHRYSOSTOME	75 648 $	76 859 $
SERVICE D'ENTRAIDE DE ST-LAMBERT-DE-LAUZON	51 013 $	59 910 $
SERVICE D'ENTRAIDE DE ST-RÉDEMPTEUR INC.	53 810 $	54 671 $
SERVICE D'ENTRAIDE DE ST-ROMUALD INC.	54 323 $	60 490 $
SERVICE D'ENTRAIDE ST-ÉTIENNE	53 006 $	53 855 $
SERVICE RÉGIONAL D'INTERPÉTARIAT DE L'EST DU QUÉBEC INC.	159 437 $	161 988 $
SOCIÉTÉ DE RÉADAPTATION ET D'INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE (S.R.I.C.)	855 843 $	869 537 $
SOUPE AUX BOUTONS	24 000 $	24 000 $
STAN-JEUNES	5 000 $	5 000 $
TABLE RÉGIONALE DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES CHAUDIÈRE-APPALACHES	160 430 $	162 997 $
TROCASM	12 632 $	12 834 $
Nombre d'organismes communautaires	172	174

ANNEXE

R:\1 - PDG\13 RHCAJDE\1302 SCRP\DSI\prévention des chutes\Dépliant et autre visuel\Affiche prévention des chutes-pédiatrique

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

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

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

NUMÉRO : REG-CA2016-007

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

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE....3

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES....4

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

Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS....10

Section 4 — APPLICATION....12

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

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

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

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

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

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

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

PRÉAMBULE

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

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

SECTION 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. Fondement légal

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

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

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Personne raisonnable : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances[1].

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

4. Champ d'application

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

5. Disposition finale

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

6. Diffusion

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

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

SECTION 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

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

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.

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

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

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

8.9 Biens et services de l'établissement

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

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

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

SECTION 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

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

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

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

SECTION 4 – APPLICATION

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

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

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

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

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

18. Comité d'examen *ad hoc*

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

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

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

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

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

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

19. Processus disciplinaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANNEXES

ANNEXE I – ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DU MEMBRE

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

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

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

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

_____ _____ _____

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

_____ _____

Nom du commissaire à l'assermentation **Signature**

ANNEXE II – AVIS DE BRIS DU STATUT D'INDÉPENDANCE
AVIS SIGNÉ

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

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____ _____ _____

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

ANNEXE III – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU MEMBRE

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

1. Intérêts pécuniaires

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

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

_____
_____
_____

2. Titre d'administrateur

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

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

_____
_____
_____

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

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

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

ANNEXE IV – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

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

1. Intérêts pécuniaires

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

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

_____
_____
_____

2. Titre d'administrateur

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

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

_____
_____
_____

3. Emploi

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

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

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

_____ _____ _____

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

ANNEXE V – DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____ _____ _____

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

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

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

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

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

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

_____ _____ _____

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

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

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

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

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

Québec

www.cisss-ca.gouv.qc.ca