

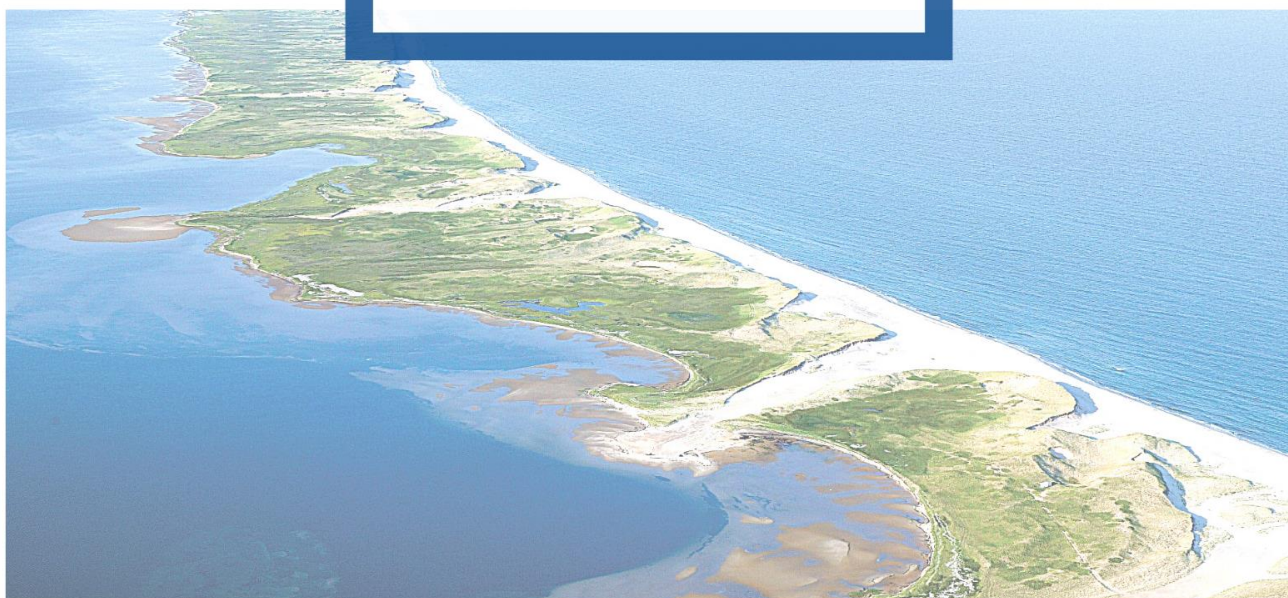


RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2019-2020

*Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Îles*

Québec 



Cette publication est une production du
Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles

430, chemin Principal
Cap-aux-Meules (Québec), G4T 1R9
Téléphone : 418 986-2121
Télécopieur : 418 986-6845

Le *Rapport annuel de gestion 2019-2020* a été adopté par le conseil d'administration lors de la séance extraordinaire du 20 août 2020.

Vous trouverez le rapport annuel de gestion 2019-2020, le rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services 2019-2020, ainsi que plusieurs informations concernant l'organisation de nos services sur le site Internet de notre établissement à l'adresse suivante : <http://www.cisssdesiles.com>

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020
ISBN : XXX-X-XXX-XXXXX-X (version imprimée)
ISBN : XXX-X-XXX-XXXXX-X (version numérique)

Table des matières

Liste des acronymes	4
Le message des autorités	7
La déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents	8
La présentation de l'établissement et les faits saillants	9
L'établissement.....	9
La mission	9
Les valeurs.....	10
L'organigramme	11
Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives	12
Le conseil d'administration	12
Les comités, les conseils et les instances consultatives	13
Les faits saillants	20
La direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires	20
la direction des services à l'organisation clinique	26
la direction des services professionnels et hospitaliers	30
la direction des services administratifs	31
la direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques	33
Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité.....	35
Chapitre III : Attentes spécifiques	35
Chapitre IV : Les engagements annuels.....	41
Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	51
L'agrément.....	51
La sécurité et la qualité des soins et des services	51
Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement	57
L'examen des plaintes et la promotion des droits	58
L'information et la consultation de la population	58
L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie	59
Les ressources humaines	60
La gestion et le contrôle des effectifs pour l'établissement public	60
Les ressources financières	62
Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme.....	62
L'équilibre budgétaire	63
Les contrats de service	63
L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant	64
La divulgation des actes répréhensibles	65
La Fondation Santé de l'Archipel	66
Annexe : Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs	68

Liste des acronymes

A

AMPRO	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux
APPS	Accès priorisé aux services spécialisés
AVC	Accident vasculaire cérébral

B

BMR	Bactérie multirésistante aux antibiotiques
-----	--

C

CA	Conseil d'administration
CAB	Centre d'action bénévole des Îles
CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
CAMI	Council Anglophone Magdalen Islanders
CAVAC	Centre d'aide aux victimes d'actes criminels
CEAMDP	Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique
CECII	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers
CECIIA	Conseil exécutif des infirmières et infirmiers auxiliaires
CECM	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CIIA	Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CNESM	Centre national d'excellence en santé mentale
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CPPI	Comité des pratiques professionnelles interdisciplinaires
CPTAD	Comité de prévention en toxicomanie et autres dépendances
CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
CRDITSA	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme
CRI	Comité de la relève infirmière
CRSP	Conseil régional sur les services pharmaceutiques
CU	Comité des usagers
CUCI	Comité des usagers du centre intégré

D

DACD	Diarrhée associée au Clostridium difficile
DCI	Dossier clinique informatisé
DI-TSA-DP	Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique
DQEPE	Direction de la qualité, évaluation, performance, éthique clinique
DRHCAJ	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
DRMG	Département régional de médecine générale
DSA	Direction des services administratifs

DSI	Direction des soins infirmiers
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DSP	Direction des services professionnels
DSPH	Direction des services professionnels et hospitaliers
E	
ECG	Électrocardiographie
EEG	Électro-encéphalogramme
EMG	Électromyogramme
EPC	Entérobactéries productrices de carbapénémase
ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine,
ETC	Équivalent temps complet
G	
GMF	Groupe de médecin de famille
I	
IRM	Imagerie par résonance magnétique
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
IUCPQ	Institut universitaire de cardiologie et pneumologie de Québec
L	
LMRSSS	Loi modifiant le réseau de la santé et des services sociaux
LSSSS	Loi sur les services de santé et services sociaux
LC	Long terme, lit courte durée
M	
MADO	Maladies à déclaration obligatoire
MAPA	Monitoring ambulatoire de la pression artérielle
MD	Médecin
MÉLS	Ministère éducation, loisir et sport
MOI	Main d'œuvre indépendante
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère santé et services sociaux
N	
NSA	Niveaux de soins alternatifs
O	
OC	Ordonnance collective
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMISP	Ordonnance médicale individuelle standardisée préimprimée
ORL	Oto-rhino-laryngologie
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
OSBL	Organisme sans but lucratif
P	
PAD	Programme d'adaptation de domicile
PALSP	Plan d'action local de santé publique
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PAR	Plan d'action régional
PCI	Prévention et contrôle des infections
PDG	Présidente-directrice générale

PEM	Plan d'effectifs médicaux
PMO	Plan de main d'œuvre
PPALV	Personne en perte d'autonomie liée au vieillissement
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
PSI	Plan de services individualisé
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
R	
RH	Ressource humaine
RI	Ressource intermédiaire
RNI	Ressource non institutionnelle
RLS	Réseau local de services
RPA	Résidence pour personnes âgées
RTF	Ressource de type familial
RTS	Réseau territorial des services
S	
SAD	Soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SARM	Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline
SARROS	Soutien aux régions pour le recrutement d'omnipraticiens et spécialistes
SASM	Staphylococcus aureus sensible à la méthicilline
SIM	Suivi intensif dans le milieu
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SIV	Suivi d'intensité variable
SPI	Santé parentale et infantile
T	
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
U	
UMC	Unité multiclientèle
UMF	Unité de médecine familiale
URDM	Unité de retraitement des dispositifs médicaux
USC	Unité de soins critiques

Le message des autorités

Ce rapport annuel de gestion se veut un outil précieux qui reflète les réalisations de l'année 2019-2020, dont vous êtes les artisans.

Cette année s'est inscrite dans la continuité du déploiement et de la consolidation des soins et services afin de répondre aux besoins de la population madelinienne. L'accent a d'abord été mis sur les trajectoires de services et la transformation des pratiques afin d'assurer une meilleure accessibilité au bon moment par les bons intervenants. Cette approche permet une réponse plus adaptée et intégrée aux besoins de notre clientèle.

C'est avec fierté que nous vous présentons le fruit des diverses réalisations au CISSS des Îles, dont chacun d'entre vous est un maillon important et essentiel, jour après jour.

On ne peut passer sous silence la pandémie qui est venue littéralement bousculer notre quotidien dès février et la déclaration de l'urgence sanitaire le 13 mars 2020 obligeant un confinement strict.

Nous vous remercions sincèrement et profondément, chacun et chacune de vous pour cet élan de solidarité, d'entraide, d'humanisme et de bienveillance dont vous avez fait preuve. Grâce à tous ces efforts collectifs, nous avons réussi à traverser cette « première vague ».

C'est avec enthousiasme que nous entreprenons la prochaine année avec ses défis et projets à poursuivre avec vous toutes et tous.

Merci d'être là !



Jasmine Martineau
Présidente-directrice générale



Francis Simard
Président du conseil d'administration



La déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

À titre de présidente-directrice générale du Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2019-2020 du CISSS des Îles :

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

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

A handwritten signature in blue ink, reading "Jasmine Martineau". The signature is fluid and cursive, with the first name and last name clearly distinguishable.

Jasmine Martineau
Présidente-directrice générale

Le CISSS des Îles en bref

Budget d'exploitation de 60 371 695 \$

558 employés, 24 médecins omnipraticiens

11 médecins spécialistes, un pharmacien et une centaine de médecins spécialistes visiteurs

Missions légales sur sept sites : Hôpital, CLSC, CHSLD, CRDITED

Hôpital : 30 lits de courte durée, dont quatre en psychiatrie et huit lits de longue durée

CHSLD : 64 lits de longue durée, incluant un lit de répit et un lit en soins palliatifs

Population desservie : 12 606 personnes

La présentation de l'établissement et les faits saillants

L'établissement

La mission

Prévenir, guérir, soigner et soutenir pour le mieux-être et la santé de la population des Îles-de-la-Madeleine en offrant, en collaboration avec nos partenaires, des services de santé et des services sociaux ainsi que de réadaptation de qualité, sécuritaires, accessibles, intégrés et en continuité.

Le CISSS des Îles a quatre missions reconnues par la Loi sur les services de santé et de services sociaux (LSSS) soit : un centre local de services communautaires (CLSC), un centre hospitalier (CH), un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et un centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme (CRDITSA).

Le CISSS des Îles a la responsabilité d'offrir l'accès aux services et a pour mandat de dispenser des services en lien avec ses missions et coordonner le réseau local des services intégrés pour la population du territoire des Îles-de-la-Madeleine. Il a également une responsabilité importante en santé publique avec un objectif d'améliorer l'état de santé et de bien-être général de la population. L'établissement s'est doté de valeurs qui situent son personnel et les médecins comme l'actif le plus précieux au sein de son organisation.

Les valeurs

L'humanisme : L'humanisme place la personne au cœur de nos décisions. Dans nos communications interpersonnelles, nous établissons des relations de confiance en agissant avec considération, compassion et avec une écoute active.

L'intégrité : L'intégrité fait référence au respect, à l'honnêteté, à la loyauté et à la confidentialité envers les usagers, les partenaires et l'organisation. L'intégrité est la base d'une relation de confiance.

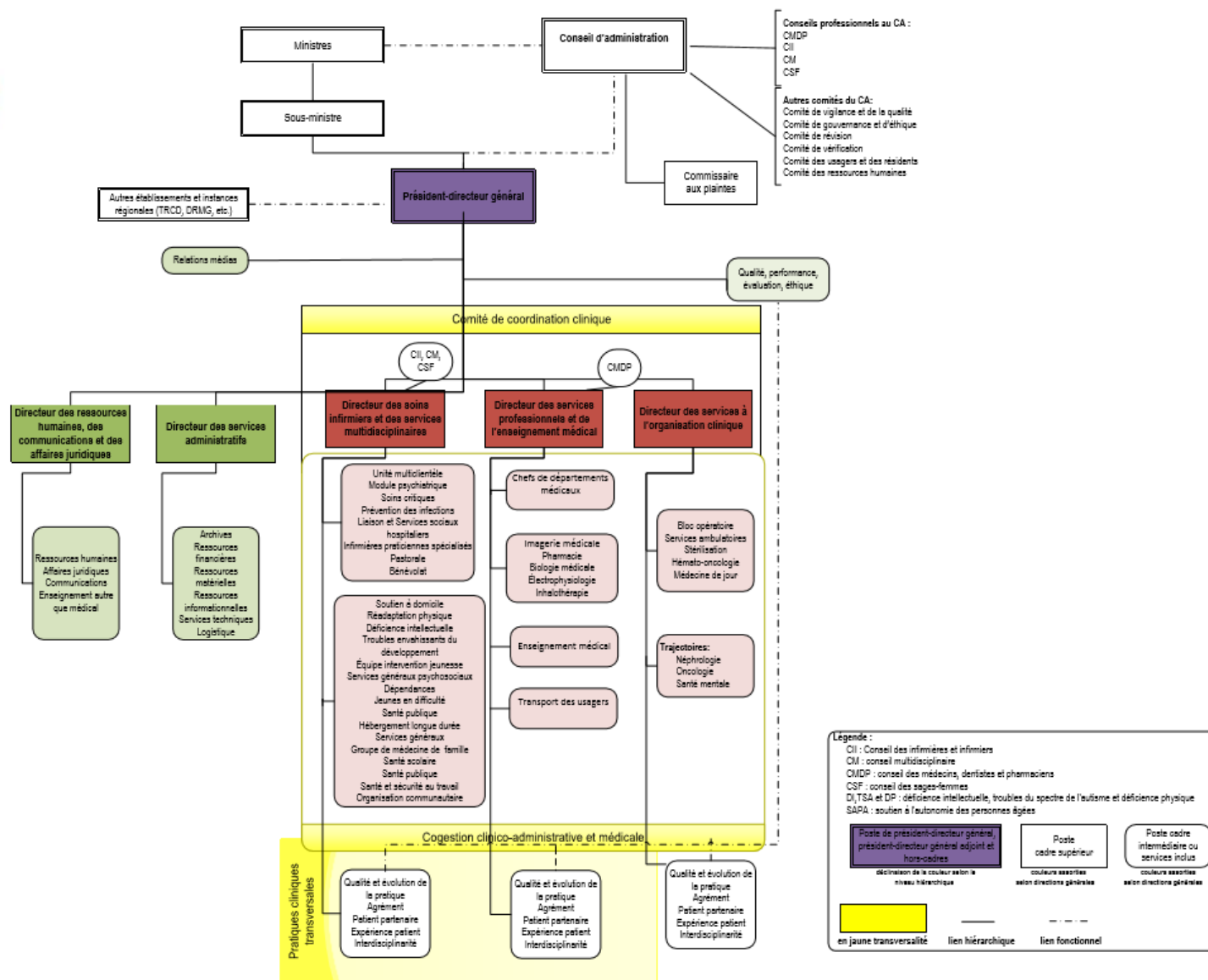
L'engagement : S'engager, c'est s'investir personnellement et collectivement. Cette promesse d'engagement amène le personnel et les médecins du CISSS des Îles à faire preuve d'initiative et de responsabilisation pour l'atteinte d'objectifs communs. L'entraide, la collaboration et le travail d'équipe caractérisent nos milieux de travail. Nous reconnaissons le potentiel d'agir des personnes et de la communauté à l'égard de la santé.

L'excellence : Cette valeur confirme notre volonté d'innover et d'améliorer de façon continue la qualité et la sécurité des soins et services, en soutenant le développement de pratiques exemplaires et des compétences du personnel.

Savoir-être : Savoir vivre en communauté organisationnelle (attitude positive, respect).

Savoir-faire : Expérience/expertise.

L'organigramme



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

Le conseil d'administration

Membres désignés

M^{me} Miriam Gaudet-Chiasson – Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

D^r Simon Lajeunesse – Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

M^{me} Nancy Leblanc – Comité des usagers du CISSS (CU)

D^{re} Christine Paquet – Département régional de médecine générale (DRMG)

M^{me} Isabelle Daigneault – Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

Membres indépendants

M. Francis Simard – Président – Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité

M. Gaston Bourque – Vice-président – Expertise en réadaptation

M^{me} Céline Decoste – Expertise en protection de la jeunesse

M^{me} Martine Martin – Expertise en organisation communautaire

M^{me} Marie-Josée Noël – Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines

Membre d'office et président désigné par la Fondation

M^{me} Jasmine Martineau – Secrétaire – Présidente-directrice générale du CISSS des Îles

M. Donald Vigneau – Président de la Fondation Santé de l'Archipel

Membre nommé par le ministre

M^{me} Annick Nadeau – Milieu de l'enseignement

Le conseil d'administration a tenu sept séances ordinaires et trois séances extraordinaires. En date du 31 mars 2020, nous avons quatre sièges vacants au conseil d'administration (Compétence en gouvernance ou éthique, Compétence en gestion de risques, finance et comptabilité, Expertise en santé mentale et Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux).

Vous trouverez en annexe le code d'éthique des administrateurs du CISSS des Îles, adopté à la séance ordinaire du 20 janvier 2016. Pour l'année 2019-2020, aucun cas de manquement au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs n'a été soulevé.

Les comités, les conseils et les instances consultatives

Comité de vérification

Au cours de l'année 2019-2020, le comité de vérification s'est réuni à huit reprises.

Le rôle du comité est de s'assurer de la mise en place d'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement ainsi que de son suivi, de l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement, de réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement portée à sa connaissance, d'examiner les états financiers avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration, de recommander au conseil d'administration l'approbation des états financiers ainsi que de veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et s'assurer qu'ils soient efficaces et adéquats.

Comité de gouvernance et d'éthique

Les membres du comité de gouvernance et d'éthique se sont réunis à quatre reprises.

Le rôle du comité est de faire des recommandations sur les principes de saine gouvernance applicables au conseil ainsi que sur la composition du conseil. Les membres du comité éthique et gouvernance ont traité des dossiers suivants :

- Suivi de l'évaluation d'Agrément Canada sur le fonctionnement du conseil d'administration et présentation de recommandations à mettre en place;
- Mise à jour de l'autoévaluation des administrateurs;
- Recrutement et orientation des nouveaux administrateurs;
- Mise à jour de la pochette d'accueil pour les nouveaux administrateurs;
- Proposition de programmes de formation continue;
- Mise en place d'un formulaire d'engagement de confidentialité des administrateurs;
- Mise à jour de l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, compilation et analyse des données et rédaction des recommandations.

Comité de révision

Le comité de révision a traité deux dossiers cette année.

La fonction du comité de révision est d'examiner les demandes des usagers ou professionnels qui sont en désaccord avec les conclusions transmises par le médecin examinateur.

Le président du comité de révision est nommé parmi les membres du conseil d'administration. Les deux autres membres sont nommés parmi les médecins, dentistes ou pharmaciens, sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).

Comité de vigilance et de la qualité

Au cours de l'année 2019-2020, le comité s'est réuni à cinq reprises.

Le comité de vigilance et de la qualité veille à ce que l'établissement s'acquitte de ses responsabilités en matière de qualité des services, du respect des droits des usagers et s'assure qu'un suivi soit apporté aux recommandations émises par la commissaire et la gestionnaire de risques.

Le comité doit informer les membres du conseil d'administration sur les situations concernant la qualité et la sécurité des soins au niveau de la gravité et de leur évolution. Ce comité est responsable des suivis à la suite de leurs recommandations auprès du CA.

Comité d'éthique

Les membres du comité se sont réunis à quatre reprises

Le docteur Serge Gravel s'est joint à l'équipe au printemps 2020 à titre de représentant de l'administration, en remplacement de Philippe-Simon Laplante qui a démissionné à l'été 2019. Actuellement, un poste est vacant, soit celui du secteur philosophie, suite à la démission de David Thériault à l'hiver 2020. Nous remercions M. Laplante et M. Thériault pour leurs nombreuses années d'implication au sein du comité.

Les membres du comité ont traité des dossiers suivants :

- Deux cas ont été analysés et ont nécessité quelques rencontres de travail;
- En mai 2019, des membres du comité ont rencontré les visiteurs d'Agrément Canada. Deux objectifs ont été fixés : impliquer le comité dans les activités quotidiennes du CISSS et mettre à jour le cadre conceptuel;
- Lors de la semaine de la confidentialité, le comité a participé, avec les équipes des archives et de l'informatique du CISSS à un kiosque d'informations à la cafétéria du CISSS pour sensibiliser les employés à leurs responsabilités en matière des renseignements personnels;
- Cette année, les membres du comité sont allés rencontrer à une occasion, le 4 novembre 2019, les étudiants du cours d'éthique du Cégep des Îles en procédant à une simulation d'étude de cas. Nous avons annulé la rencontre d'avril 2020 en raison de la pandémie.
- Nous avons participé à quelques rencontres avec la PDG, afin de définir les mandats du comité.
- En décembre 2019, le comité a rencontré les responsables de la PCI qui ont sollicité notre participation au comité de prévention des infections. Mme Manon Dubé et Mme Judith Arseneault ont représenté le comité lors des rencontres qui ont eu lieu en janvier et février 2020.
- En février 2020, une note a été envoyée aux différents comités du CISSS afin de solliciter leur collaboration pour la mise à jour du cadre conceptuel. La présidente a rencontré la présidente du comité des usagers pour obtenir ses commentaires. Ce dossier est à compléter puisqu'il a été interrompu par la pandémie.

- En février 2020, la présidente a participé à un sondage téléphonique du MSSSQ- Direction de l'éthique et de la qualité. Ce sondage avait pour but de se familiariser avec le fonctionnement des différents comités des CISSS/CIUSSS du Québec, de leurs besoins de formation et de concertation afin de développer des outils pour aider les comités à mieux intervenir dans le quotidien des CISSS.

Comité des ressources humaines

Au cours de l'année 2019-2020, le comité de ressources humaines s'est réuni à huit reprises.

Le mandat de ce comité est de superviser le recrutement, la rétention, la communication interne et externe, les relations humaines au sein de l'organisation portant sur nos valeurs ainsi que le suivi du plan d'accompagnement du ministère.

Comité des usagers

Le comité des usagers a tenu 8 rencontres ordinaires et 10 rencontres de dossiers en comité et 6 visites dans les RI/RTF. Le comité des usagers des Îles a pour mandat de représenter les usagers de toutes clientèles de l'ensemble des installations de l'établissement. Il y a deux dossiers qui ont retenu l'attention cette année :

- Le Projet-carnet santé (continuité) et le sondage : un outil dont le comité d'utilisateur est fier d'avoir comme projet. Chaque Madelinot en recevra un et servira d'outil pour consulter ses droits et ses obligations, mais également prendre note des conseils des professionnels, écrire ses besoins, en faire un aide-mémoire pour sa santé et pour mieux communiquer avec celui-ci. L'objectif est d'optimiser la communication entre l'utilisateur/professionnel/intervenant.
- Le sondage sur la satisfaction du transport de l'utilisateur : ce sondage a été réalisé auprès des usagers des Îles qui se déplacent soit par avion ou par bateau pour un rendez-vous pour consultation électorale auprès d'un établissement hors région. L'étude permet de montrer un portrait de la clientèle et d'établir le niveau de satisfaction de la population. Le rapport final de ce sondage est retardé par la situation de COVID-19, mais il cheminera prochainement

Enjeux et recommandations

- Besoin urgent d'une mise à jour de la politique de remboursement du MSSS sur les déplacements des usagers nécessitant des soins hors région.
- L'organisation doit mettre l'accent sur la prévention. Avec la collaboration de la Santé publique, définir un portrait le plus précis possible de la population que nous desservons afin d'avoir cette approche préventive en premier lieu.
- Mise en place d'un comité de bénévoles à l'établissement du centre de santé de l'archipel serait grandement appréciée de la clientèle : aide à la marche, visite pour compenser la solitude, partage d'expériences communes, etc. La main-d'œuvre de plus en plus rare, les familles de moins en moins nombreuses, le besoin en est démontré.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Le rapport du CMDP se veut le reflet de l'ensemble des activités administratives réalisées par nos différents comités dans le cadre de leurs obligations légales.

Rappelons que le CMDP du CISSS des Îles regroupe l'ensemble des médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent au Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles. Il a pour mandat principal d'apprécier la qualité et la pertinence des services que fournissent ses membres. En outre, il assiste la présidente-directrice générale et le directeur des services professionnels et hospitaliers et donne son avis sur l'organisation et la prestation des soins et des services en tenant compte de la nécessité de rendre des soins et de services adéquats et efficaces. Il doit aussi exercer ses fonctions en conformité avec la mission, les objectifs et les ressources dont dispose l'établissement.

Vu le caractère particulier de la pratique médicale sur notre territoire insulaire, le CMDP a la responsabilité d'une répartition et d'une distribution des soins pour une population captive et partage une vision de soins de qualité appropriés pour un milieu communautaire et rural comme le nôtre. Ainsi, le CMDP préconise la contribution commune des membres de ses différents départements à la hauteur de leurs talents, de leur formation et de leurs compétences pour répondre aux besoins de la population. Comme dans les dernières années et dans l'exercice de ses fonctions, le CMDP a continué d'encourager ses membres à une approche participative de cogestion avec l'ensemble des acteurs impliqués dans les soins et services. La Covid-19 a permis de mettre le tout en application! Je tiens à remercier tous les membres pour leur implication en ce sens et remercier tous les membres de la direction pour leurs efforts et leurs supports devant les défis rencontrés.

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CISSS des Îles s'est réuni à l'occasion de deux assemblées ordinaires et d'une assemblée générale spéciale pour faire le point sur la pandémie Covid-19. Il est actuellement composé de: 27 membres actifs, 4 membres associés réguliers et 52 membres associés. Sur le plan des départs d'effectifs locaux, notons cette année la démission de trois membres actifs et sur le plan des arrivées, nous souhaitons la bienvenue à six nouveaux membres.

LES COMITÉS OBLIGATOIRES

Comité exécutif

Cette année, le comité exécutif a tenu sept réunions régulières et deux réunions extraordinaires.

Nous avons maintenu le travail de révision, de mise à jour et de standardisation des règlements, des ordonnances, des procédures, des protocoles, des politiques et de divers processus pour lesquels le CMDP doit donner sa recommandation ou son approbation.

Découlant du travail de plusieurs comités, l'exécutif a approuvé différents documents et mises à jour de nouvelles ordonnances médicales individuelles standardisées pré imprimées (OMISP), d'ordonnances collectives (OC), de nouveaux protocoles médicaux ainsi que de nouvelles feuilles de suivi systématique. Je tiens à remercier spécialement D^{re} Amélie Hubert et M^{me} Isabelle Daigneault pour leur implication auprès du CIOP.

Déoulant de l'adoption de la Loi 130, l'exécutif du CMDP a procédé à la révision de ses règlements. Ceux-ci ont été présentés et adoptés par l'assemblée générale le 8 mai 2018. Nous attendons toujours leurs approbations par le ministère et par la suite l'adoption au CA du CISSS des Îles.

Le processus d'évaluation des membres est en cours par les chefs de département en vue du renouvellement des privilèges pour 2021.

Comité d'examen des titres

Le comité a poursuivi son travail d'évaluation des candidatures dans le cadre de demandes de nomination et de renouvellement des privilèges.

CEAMDP

Nous avons un comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique.

Comité de pharmacologie

Un comité de pharmacologie est également formé.

Comité de discipline

Un comité a été formé en 2018-2019 et poursuivra ses activités au cours de la prochaine année.

Dans le cadre des activités du CMDP, nous souhaitons poursuivre la mise à jour et la standardisation de plusieurs documents d'encadrement cliniques et administratifs, tant au CMDP que dans les différents départements et services. Malgré les contraintes et la lourdeur de nos tâches respectives, j'encourage les membres du CMDP à être vigilants et à s'impliquer activement dans les activités de nos différents comités.

En terminant, je remercie les membres de l'exécutif pour leur disponibilité, leur support et leur précieuse collaboration.

Membres : D^r Simon Lajeunesse (président), D^r Benoit Lord (vice-président), D^{re} Véronique Poirier (trésorière), D^{re} Amélie Hubert (membre officier), D^r Philippe Demers (membre officier), D^{re} Ychelle Fortier (membre officier), D^r Serge Gravel, DSPH (membre d'office), M^{me} Jasmine Martineau, PDG (membre d'office), ainsi que M^{mes} Sarah Leblanc et Annie-Claude Cyr pour le support cléréal.

Conseil des infirmières et des infirmiers

Le comité des infirmières et infirmiers (CII) est responsable envers le conseil d'administration d'apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés dans le centre. Il doit faire des recommandations sur les règles de soins médicaux, les règles d'utilisation des médicaments, les règles de soins infirmiers et sur la distribution appropriée des soins dispensés par leurs membres dans le CISSS. Il donne également son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers sur le territoire de même que sur la planification de la main-d'œuvre infirmière, sur certaines questions relatives à l'accessibilité et la coordination des services dans la région impliquant les soins infirmiers, sur les approches novatrices de soins et sur leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population.

Le CII est responsable envers la présidente-directrice générale de donner son avis sur les questions suivantes : l'organisation scientifique et technique du centre, les moyens à prendre pour évaluer la compétence des infirmières et infirmiers, et finalement, sur toutes autres questions que la présidente-directrice générale pourrait porter à son attention.

Faits saillants et réalisations :

- Tenue de sept réunions ordinaires et d'une réunion extraordinaire avec un taux de participation de 69,7 % et 85,7 %;
- Rédaction d'un plan d'action sur la mesure de l'utilisation des nouvelles connaissances et compétences à la suite de la formation offerte sur l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique, enfant, adulte et aîné;
- Soutien aux différents comités relevant du CII : conseils des infirmiers et infirmière auxiliaire (CIIA), comité d'appréciation de la qualité des soins, de maintien et de promotion de la compétence (CAQMPC), comité de la relève infirmière (CRI) et comité des communications;
- Participation à l'accueil des nouveaux professionnels en soins infirmiers;
- Activités de formations organisées par le comité de la relève infirmière;
- Diffusion active, par le comité des communications, d'informations en soins infirmiers sur les différentes activités offertes via la Page Facebook;

Membres : M^{me} Chantal Gagné (présidente), M^{me} Sandra Chiasson (vice-présidente), M^{me} Marie-Audrey Duclos (trésorière), M^{me} Marilyn Boudreau, M^{me} Vanessa Harvie, M^{me} Marie-Claude Jomphe, M^{me} Johanne Cantin, directrice des soins infirmiers et services multidisciplinaires (membre d'office) et M^{me} Jasmine Martineau, PDG (membre d'office).

Conseil multidisciplinaire

Le conseil multidisciplinaire (CM) du CISSS des Îles a pour principaux mandats d'assurer la qualité des services professionnels et de la sécurité des usagers, de viser un environnement organisationnel positif et dynamique et de favoriser le maintien des compétences de ses membres. Le CM regroupe actuellement 108 membres impliqués dans 25 champs d'expertise de niveau professionnel et technique, et ce, répartis dans les installations du CISSS. Le conseil exécutif a tenu cinq rencontres ordinaires au cours de l'année financière 2019-2020.

Faits saillants et réalisations :

- Adaptation et appropriation du guide pour la production d'un avis de l'ACMQ;
- Accompagnement d'un employé dans la démarche d'amélioration des processus;
- Participation à la rencontre sur les orientations stratégiques 2019-2023 du CISSS;
- Dépliant explicatif du conseil multidisciplinaire plus attrayant et plus informatif;
- Réalisation d'une présentation expliquant les comités de pairs.

Le contexte de la pandémie a bouleversé notre quotidien. Plusieurs démarches en cours n'ont pu être finalisées ainsi que de nouvelles actions développées.

Les actions souhaitées pour 2020-2021

- Préparation d'un colloque sur la qualité. Travailler à la réalisation de ce dernier avec les deux autres conseils et s'adjoindre la responsable gestion des risques, qualité et agrément. S'assurer que les sujets retenus sont les plus pertinents auprès des employés (sondage). Exemples de sujet : la confidentialité, l'utilisation des médias sociaux, prévention et contrôle des infections, tenue de dossiers, etc.;
- Revoir le déroulement de l'AGA (prix reconnaissance, etc.);
- Présenter une candidature à la remise des prix CECM en action 2021;
- Accompagner les professionnels la formation d'un ou de plusieurs comités de pairs;
- Communiquer plus régulièrement avec nos membres (distinction des rôles, concours, prix de participation);
- Formaliser les pratiques administratives du CM par un système de classement efficient.

Espérant que l'année 2020-2021 sera à nouveau propice à la réalisation de plusieurs actions intéressantes et novatrices afin d'améliorer la qualité de la pratique des professionnels et les services à la clientèle.

Membres : M^{me} Ginette Arseneau (présidente), M^{me} Esther Arseneau-Forest (vice-présidente), M^{me} Cathy Richard (secrétaire), M^{me} Alexandra Noël (trésorière), M^{me} Monia Lapierre (responsable des communications), M^{me} Mélissa Lapierre (administratrice), M^{me} Andréanne Roy (administratrice), M. Pierre Arsenault, adjoint à la DSI-SM et M^{me} Jasmine Martineau, PDG (membre d'office).

Les faits saillants

LA DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS ET DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES

Nos services sont répartis sur l'ensemble des programmes et des quatre missions de l'établissement et dispensés au sein des sept installations.

L'offre de service couvre le continuum de soins et services allant de la promotion de la santé, la prévention des maladies, le traitement, la réadaptation, l'hébergement et les soins de palliatifs et de fin de vie

Pour les services spécialisés et ultraspécialisés non disponibles localement, nous bénéficions d'entente de services avec des établissements régionaux et suprarégionaux.

Mission CH

- Programmes santé physique
 - Les unités de soins multicientèles et soins critiques
- Programme santé mentale
 - Hospitalisation en soins psychiatriques

Nos réussites

- Mise en place de la saisie électronique immédiate de la déclaration des événements indésirables;
- Implantation du service de nutrition clinique avec le nouveau service d'hémodialyse
- Mise en place d'un comité de triage;
- Obtention d'un prix AMPRO pour une 4^e année consécutive;
- Révision de l'organisation du travail à l'unité de courte durée;

Nos défis

- Développer et maintenir l'expertise dans des secteurs de spécialités ayant des faibles taux d'exposition (soins obstétricaux, pédiatriques, soins intensifs, bloc opératoire, etc.);
- Maintenir une offre de service dans un contexte de rareté de main-d'œuvre (personnel infirmier et soins d'assistance, travail social, psychoéducation, orthophonie, nutrition, etc.);
- Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante.
- Répondre au manque d'espaces physiques pour les besoins de services de la population.
- Gestion de la psychiatrie légale

STATISTIQUES - UNITÉ MULTICLIENÈLE			
** Jours présence = lit occupé par un usager pendant une journée	2018-2019	2019-2020	ÉCART
Jours présence chirurgie	380	359	(21)
Jours présence médecine	3165	2702	(463)
Jours présence gériatrie active	1767	1242	(525)
Jours présence médecine LC	652	55	(597)
Jours présence hébergement CHSLD au CH ¹	2672	2850	172
Taux d'occupation lits en CHSLD	91.5%	97.6%	6.1%
Jours présence obstétrique	215	254	39
Jours présence pédiatrie	13	23	10
Jours présence soins palliatifs	279	541	262
Jours présence soins palliatifs LC	63	14	(49)
Jours présence hébergement temporaire (répit)	0	28	28
Jours présence NSA			
Jours présence attente CHSLD	n.d.	517	517
Jours présence attente RNI-RI-RTF	n.d.	464	464
Jours présence attente réadaptation intensive	n.d.	37	37
Jours présence attente santé mentale	n.d.	42	42
Jours présence attente Convalescence	n.d.	94	94
Jours présence attente processus d'évaluation	n.d.	159	159
Taux d'occupation courte durée	78.44%	83.20%	4.76%
Admissions courte durée	892	961	69
Nombre d'admission de naissances	80	96	4
Pouponnière jr présence	177	196	19
Réadmission pouponnière	8	10	2
Nombre de cas ambulatoire de chirurgie d'un jour	25	14	(11)
Jours présence psychiatrie (4 lits)	1193	1212	44
Jours présence psychiatrie unité CD physique	nd	166	166
Jours présence psychiatrie légale	83	336	253
Jours présence total psychiatrie ²	1307	1378	71
Admissions psychiatrie	70	78	8
Taux d'occupation module de psychiatrie	81.48%%	82.79%	2.79%
Taux d'occupation psychiatrie (module et hors module)	89.28%	94.12%	4.84 %

¹ Places hébergement octroyées par le MSSS en 2017-2018 installées en CD (année incomplète)

² Inclus les jours présence en santé physique

STATISTIQUES – UNITÉ DES SOINS CRITIQUES			
	2018-2019	2019-2020	ÉCART
Nombre de visites	22 162	18 161	-4001
Civières	2 470	2118	-352
Taux d'occupation des civières	57,92%	52%	-5,92%
Ambulances	906	836	-70
% de séjour de plus de 24 heures	12%	10%	-2%
% de séjour de plus de 48 heures	2%	1%	-1%
Soins intensifs/jours présence	709	521	-188
Taux d'occupation soins intensifs	55,51%	42,90%	-12,61
Admissions soins intensifs	317	249	-68
Code 100	8	4	-4
Téléconsultations	4	2	-2
Téléthrombolyses	0	0	0

Mission CLSC

- Programmes Services généraux, d'activités cliniques et d'aide ;
 - Soins de santé courants;
 - Soins de 1^{ère} ligne
 - Accueil clinique et gestion de la douleur chronique
 - Soins périnataux, santé scolaire, clinique jeunesse
- GMF
- Programmes déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme
 - Adaptation-réadaptation 1^{ère} ligne
- Santé publique (responsabilité régionale de la Direction de santé publique régionale – CISSS de la Gaspésie)
 - Promotion, prévention
 - Organisation communautaire
 - École en santé
 - Vaccination
 - Santé et sécurité au travail

Nos réussites

- Actualisation du sans rendez-vous au GMF intramuros;
- Offre de service en hygiène dentaire volet santé publique;
- Contribution avec l'équipe de développement social et différents partenaires, à la réflexion entourant le développement de la structure "Nourrir notre monde aux Îles-de-la-Madeleine pour favoriser l'autonomie et la sécurité alimentaire.
- Mise en place d'interventions de groupe dans plusieurs secteurs;

- Offre de service en hygiène dentaire volet santé publique;
- Proportion des enfants ayant eu leur vaccination dans les délais à 2 mois et 14 jours : 92.7%.
- Proportion de la vaccination des clientèles en préscolaire et primaire pour la rougeole à 97.5%.

Nos défis

- Offrir des services accessibles en langue anglaise pour la communauté anglophone.
- Augmenter la prise en charge des clientèles.
- Maintenir une offre de service dans un contexte de rareté de main-d'œuvre (personnel infirmier et soins d'assistance, travail social, psychoéducation, orthophonie, nutrition, etc.);

Mission CHSLD

- Programme SAPA
 - Centre d'hébergement de soins de longue durée CHSLD Eudore-LaBrie

Nos réussites

- Révision de la structure de travail en tenant compte de l'acuité de soins en CHSLD;
- Offre du 2^e bain;
- Implantation du programme québécois de soins bucco-dentaires en CHSLD;

Nos défis

- Répondre aux besoins croissants de la population madelinienne vieillissante;
- Maintenir une offre de service dans un contexte de rareté de main-d'œuvre (infirmière, infirmière auxiliaire et PAB);
- Répondre aux besoins croissants en hébergement pour les personnes atteintes d'un trouble neurocognitif;

Mission CRDI-TSA

- Programmes Déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme.
 - Réadaptation DI-TSA 2^e ligne

Nos réussites

- Coordination du réseau de services intégrés pour personnes vivant une situation de handicap au sein du RLS et diminution des obstacles à la participation sociale des personnes ayant un handicap;
- Développement d'une ressource d'hébergement transitoire et d'un programme de réadaptation pour l'intégration des clientèles ayant un TSA ou une DIL;
- Révision de l'offre en centre de jour DI-TSA;

Nos défis

- Recruter des ressources d'hébergement pour l'ensemble des clientèles particulièrement en DP-DI-TSA et santé mentale.
- Développer des pratiques cliniques dans le but d'exercer le plein champ d'exercices du professionnel;
- Répondre au manque d'espaces physiques pour les besoins de services de la population.
- Maintenir une offre de service dans un contexte de rareté de main-d'œuvre (Travail social, psychoéducation, orthophonie, éducation spécialisée, etc.);
- Mettre en place la gamme de service complète dans un contexte d'équipe et de ressources minimales

Services transversaux

- Soins infirmiers
- Gestion des milieux d'hébergement en ressources non institutionnelles
- Nutrition clinique
- Prévention et contrôle des infections
- Soins palliatifs
- Soins spirituels
- Soutien à domicile
- Services de réadaptation physique

Nos réussites

- Atteintes des cibles au niveau du déploiement de la formation pour les infirmières techniciennes sur l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique : enfant, adulte, aîné;
- Réalisation d'audit en soins de plaies en collaboration avec le CII.
- Augmentation du nombre d'interventions et respect des critères d'admissibilité en SAD;
- Contribution à l'implantation du DCI Cristal-Net, du PTI informatisé, et de Qualicode;
- Contribution significative à la révision et la mise en place de plusieurs ordonnances collectives;
- Développement d'une offre de service en soins palliatifs;
- Gestion efficace de mesure de prévention et contrôle des infections qui se reflète par une atteinte des taux de conformité et une gestion efficace des éclosions;
- Assurer une couverture sans rupture en services préhospitaliers d'urgence dans les installations de l'EST et de l'Île d'Entrée;
- Intensification des services à domicile pour toutes les clientèles;
- Implantation de la distinction de la texture alimentaire molle et hachée en CHSLD et CH;
- Consolidation de l'offre de service en réadaptation par programmes-services;
- Implication des professionnels de la réadaptation dans les différentes trajectoires.

Nos défis

- Contrôler et assurer la qualité des services dans les résidences privées pour aînés du territoire dont la responsabilité relève d'un autre CISSS;
- Développer des pratiques cliniques dans le but d'exercer le plein champ d'exercice du professionnel;
- Offrir des services accessibles en langue anglaise pour la communauté anglophone;
- Répondre au manque d'espaces physiques pour les besoins de services de la population;
- Recruter des infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale et en soins aux adultes;
- Relocaliser certains résidents de ressources intermédiaires vers le nouveau centre d'hébergement « *Résidence Plaisance des Îles* ».

SAD				
	2018-2019		2019-2020	
	Nb usagers	Nb interventions	Nb usagers	Nb interventions
Soins infirmiers à domicile	490	11 219	504	11 694
Inhalothérapie à domicile	54	567	49	514
Aide à domicile	281	49 198	297	55 404
Psychosociaux à domicile	430	4 420	430	4 434
Ergothérapie à domicile	83	289	77	219
Physiothérapie à domicile	125	620	121	529
Nutrition à domicile	6	29	10	80
Adaptation et soutien personne/famille/proches – DI-TSA	N/D	N/D	77	2 792
Adaptation et soutien personne/famille/proches – DP	N/D	N/D	23	126

Clientèle SAD				
	2018-2019		2019-2020	
	Nb usagers	Nb interventions	Nb usagers	Nb interventions
SAPA	257	44 977	252	49 974
DP	73	5 110	76	5 669
DI-TSA	76	5 236	125	7 922
SM	6	560	4	1 169
Post-op	123	1 615	142	1 829
Soins palliatifs	36	4 616	46	4 105
Santé physique court terme	76	590	79	679
Santé physique long terme	99	3 643	93	4 438
TOTAL	669	66 351	722	75 789

LA DIRECTION DES SERVICES À L'ORGANISATION CLINIQUE

La direction des services à l'organisation clinique regroupe le programme d'oncologie, l'unité d'hémo-oncologie, le bloc opératoire, l'endoscopie et l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM). La direction couvre aussi les services psychosociaux généraux, le programme jeunes en difficulté, la santé mentale jeunesse, la santé mentale adulte et le programme dépendance-itinérance. Ces services se déploient tant à l'hôpital qu'en CLSC, ou dans la communauté.

Le bloc opératoire et les services ambulatoires

Nos réussites

- Reprise des amygdalectomies par les ORL au CISSS des Îles en janvier 2020, après 1 ½ année d'interruption. Les usagers devaient se déplacer à Québec;
- Travaux de rénovation pour le secteur du bloc opératoire et de l'URDM, et déménagement de l'agente administrative dans son nouveau poste d'accueil à l'entrée de l'unité d'un jour;
- Clarification de l'offre de services, du fonctionnement et du rôle des intervenants de l'équipe locale d'oncologie;
- Poursuite des travaux pour la trajectoire poumon dans le cadre d'un projet avec l'IUCPQ (Institut universitaire de cardiologie et pneumologie de Québec) et la DGC (Direction générale de cancérologie). Obtention d'un prix reconnaissance pour ce projet lors du colloque en cancérologie, en novembre 2019, à Montréal;
- Début janvier 2020, une travailleuse sociale a rejoint l'équipe locale d'hémo-oncologie;
- Mise en place d'un poste de soirée en projet pilote pour assurer les services en dehors des heures ouvrables et diminuer le recours à la garde en contexte d'équipe minimale (2 personnes).

Nos défis

- Dotation du personnel de l'équipe de base au bloc opératoire;
- Maintien des compétences de l'ensemble des équipes;
- Maintien des services en contexte d'équipes minimales.

Bloc opératoire et endoscopie

- Poursuite des visites de l'équipe de chirurgiens-remplaçants pour supporter le chirurgien en place;
- Achèvement d'une formation permettant la prise en charge des personnes ayant des complications post-amygdalectomie par D^r Demers, chirurgien;
- Obtention d'un budget additionnel du MSSS pour consolider les besoins en instruments et autres petits équipements au bloc opératoire et à la stérilisation;

- Remplacement de plusieurs gros équipements au bloc opératoire (table d'opération, tables d'anesthésie, vidéo laryngoscope, rehaussement du microscope en ophtalmologie, 12 civières);
- Poursuite des travaux de mise à niveau dans le cadre du programme québécois de dépistage du cancer colorectal;
- En mars, rédaction de procédures, acquisition de matériel pour faire face à la pandémie de la COVID-19;
- Aménagement d'une antichambre à l'entrée de la salle n° 2 pour pouvoir opérer des cas de la COVID-19, au besoin.

Héмато-oncologie et médecine de jour

- Soutien en continu des D^{rs} Blais, Doyle et Cloutier du CHU de Québec en hémato-oncologie;
- Participation au projet de mise en place de la téléconsultation pour les IPO avec le MSSS;
- Mise en œuvre du plan d'action en cancérologie 2018-2020 et reddition de comptes;
- Poursuite des rencontres avec le comité des patients partenaires en oncologie et celui de la mise en place de l'outil de détection de la détresse;
- Un poste d'infirmière avec une priorité hémato-oncologie 2 jours/semaine a été octroyé pour soutenir l'équipe;
- En mars 2020, l'unité d'hémato-oncologie a été réquisitionnée pour mettre en place l'unité de soins intensifs COVID-19. Elle a été relocalisée dans d'autres espaces de l'hôpital.

Nombre de visites au bloc opératoire et services ambulatoires		
	2018-2019	2019-2020
Médecine de jour	2294	2771
Clinique de préadmission	845	797
Chirurgie d'un jour	709	672
Chirurgie et autres interventions admises	193	208
Autres chirurgies et interventions ambulatoires	372	355
Endoscopie (nombre de patients)	1258	1332
Nombre d'examens en endoscopie (coloscopie, rectoscopie, gastroscopie et cystoscopie)	1361	1439
Visite oncologique	2425	2675
Nombre de patients différents en oncologie	169	201
Traitements chimio IV	631	471*
Traitements chimio intra vésical	N/D	21
Urgence oncologique	11	15
Visites d'une infirmière pivot en oncologie	789	928
Visites autres activités thérapeutiques en hémato-oncologie	412	563*

Unité de retraitement des dispositifs médicaux

- Mise à jour des politiques et procédures;
- Mise en œuvre du plan d'action élaboré par la consultante, en novembre 2018;
- Poursuite des travaux afin de répondre aux normes de retraitement des dispositifs médicaux en dehors des heures ouvrables de l'URDM.

Les services psychosociaux généraux, le programme jeunes en difficulté, santé mentale jeunesse, santé mentale adulte et le programme dépendance-itinérance

Nos réussites

- Arrivée en fonction d'une spécialiste en activités cliniques au sein de l'équipe jeunesse;
- Nomination de deux leaders cliniques pour les services psychosociaux généraux et la santé mentale adulte;
- Révision de l'offre de services pour l'ensemble des programmes en collaboration avec le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM);
- Maintien des consultations en pédopsychiatrie via la plateforme technologique ZOOM en contexte de pandémie.

Nos défis

- Dotation du personnel de l'équipe de base au bloc opératoire, dans l'équipe jeunesse et en santé mentale;
- Maintien des compétences de l'ensemble des équipes;
- Maintien des services en contexte d'équipes minimales.

Enfance, famille, jeunes en difficulté et santé mentale jeunesse

- Renouvellement de l'entente de collaboration avec les centres de la petite enfance et l'organisme l'Embellie;
- Consolidation des visites trimestrielles avec deux pédopsychiatres;
- Nomination d'une pédopsychiatre répondante en soutien aux médecins;
- Présence de l'équipe d'intervention jeunesse disponible sur le territoire pour les cas complexes;
- Augmentation des PSI en collaboration avec la Commission scolaire des Îles;
- Consolidation des services d'évaluation et de prise en charge à court terme pour la clientèle jeunesse;
- Début des travaux du programme Agir tôt en collaboration avec le CRDI-TSA.

Santé mentale, services sociaux généraux et dépendance

- Mise en place d'une équipe de travail pour l'implantation du PQPTM;
- Formation et soutien offerts aux professionnels et aux partenaires par le Centre d'expertise en traumatologie, à la suite des événements tragiques de l'automne 2019;
- Poursuite des rencontres et des activités du comité de psychiatrie citoyenne durant la dernière année;
- Groupes de psychothérapie actifs auprès de la clientèle;

- Mise en place d'une équipe de psychologues pour répondre aux besoins et aux préoccupations générés par la pandémie auprès du personnel;
- Interventions téléphoniques pour outiller la clientèle sur les listes d'attente face aux préoccupations reliées à la COVID-19;
- Maintien des activités en télétravail en contexte de pandémie;
- Équipe psychosociale consolidée avec l'ajout d'un deuxième intervenant disponible 24/7 pour des interventions en présentiel avec la collaboration du psychiatre de garde;
- Mise en place de rencontres régulières entre les équipes des services généraux, santé mentale et psychiatrie pour les suivis des clientèles vulnérables;
- Consolidation de l'accueil (AAOR) en contexte de pandémie;
- Surdotation de l'équipe santé mentale en contexte de COVID-19.

Type d'intervention	2018-2019	2019-2020
Intervention de suivi de crise	53 usagers 199 interventions	114 usagers 458 interventions
Services ambulatoires et suivi RNI	239 usagers 2121 interventions	202 usagers 2070 interventions
Services spécialisés en santé mentale	140 usagers 568 interventions	104 usagers 824 interventions
Services intensifs dans la communauté	5 usagers 233 interventions	4 usagers 341 interventions
Services d'intensité variable dans la communauté	27 usagers 612 interventions	28 usagers 619 interventions
TOTAL :	464 usagers 3733 interventions	452 usagers 4312 interventions

La suppléance rénale

Nos réussites

- Ouverture du département satellite d'hémodialyse le 10 juin 2019;
- Quatre chaises fonctionnelles pour la clientèle nécessitant de l'hémodialyse en centre hospitalier;
- Nomination d'une infirmière à la trajectoire de la maladie rénale;
- Formation de 6 semaines au CHU de Québec pour 5 infirmières;
- Nomination d'une nutritionniste au sein de l'équipe;
- Nomination d'un technicien en génie biomédical pour assurer le fonctionnement sécuritaire et optimal de l'équipement;
- Accueil de quelques usagers visiteurs avec l'aval de l'équipe de Québec;
- Partenariat très étroit avec l'équipe de l'Hôtel Dieu du CHU de Québec;
- Plus de 400 traitements donnés au cours de l'année 2019-2020

Nos défis

- Maintien de l'exposition et des compétences pour l'ensemble de l'équipe
- Contexte d'équipe minimale

LA DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET HOSPITALIERS

Au cours de la dernière année, nous avons dû mettre en place plusieurs chantiers, entre autres réactivé la table des chefs, le comité d'examen des titres, etc.

Médecine familiale : L'arrivée de quatre nouveaux médecins, durant l'année, a permis de stabiliser l'équipe. Le DRMG nous avait octroyé quatre postes qui ont été pourvus et nous avons pu bénéficier d'un cinquième poste qui a été attribué à un médecin actuellement en formation complémentaire en urgence.

Le DSPH agit comme chef du département de médecine familiale par intérim suite à la démission de la chef de département.

Groupe de médecine familiale (GMF) : Nous avons intégré l'ensemble du « sans rendez-vous » au Centre hospitalier et avons rajouté des périodes pour atteindre une disponibilité de neuf demi-journées par semaine.

Avec l'arrivée de la pandémie COVID-19, les médecins se sont mobilisés pour créer une clinique d'urgence mineure qui remplace le SRDV du GMF, mais qui reçoit et traite les patients cotés 4 ou 5 qui sont référés de l'urgence, inscrits ou non au GMF.

Médecine interne : Un plan d'effectifs autorisé de trois. L'équipe est complète depuis septembre 2019 avec l'arrivée du quatrième interniste (dérogation d'un poste supplémentaire).

Oncologie : Les patients qui doivent avoir un suivi et/ou des traitements de chimiothérapie sont pris en charge par une équipe mixte (médecine générale et interniste).

Chirurgie générale : Avec le retour de Dr Philippe Demers et l'association avec un groupe de chirurgiens de la Montérégie Ouest, notre couverture en chirurgie est assurée.

Anesthésie : Une entente de parrainage conclue entre le MSSS et la FMSQ a permis à un groupe d'anesthésistes du CIUSSS de l'Ouest de l'Île de Montréal de nous assurer une couverture complète des gardes en anesthésie et des services en salle d'opération.

De plus l'arrivée d'un anesthésiste aux Îles qui occupe depuis février 2020 un de nos 2 postes est venue consolider notre offre de services.

Psychiatrie : La psychiatrie est un des défis de notre organisation. Nos deux psychiatres prévoient nous quitter dans un futur plus ou moins rapproché. Il existe un excellent réseau de psychiatres qui font des suivis et des gardes en téléconsultation.

La psychiatrie légale est de plus en plus présente dans notre établissement et des corridors de services sont à développer pour pouvoir plus facilement transférer les patients qui peuvent demeurer dans nos murs jusqu'à trois mois. Nous poursuivons le recrutement du côté des psychiatres.

Divers :

Un défi important est le vieillissement de notre population. Nous devons prévoir avec le RUIS-LAVAL monter une équipe de médecins spécialistes dont la pratique sera orientée vers la gériatrie.

LA DIRECTION DES SERVICES ADMINISTRATIFS

- **Rénovation majeure du logement du point de service de l'EST :**
Le coût total des travaux est de 600 000 \$.



- **Rénovation majeure du logement du point de service de l'Île d'Entrée :**
Le coût total des travaux est de 150 000 \$.



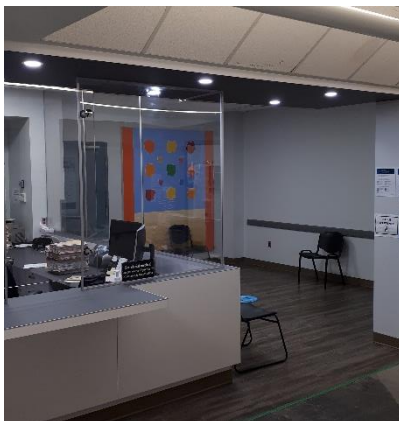
- **Création d'un nouveau secteur entièrement consacré à l'hémodialyse :**
Le coût total des travaux est de 1,3 M\$.



- **Ajout de 12 espaces de bureaux mobiles sur le terrain du Centre hospitalier :**
Le coût total des travaux est de 250 000 \$.



- **Réaménagement de l'accueil de la santé mentale**
Le coût total des travaux est de 50 000 \$.



LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES, DES COMMUNICATIONS ET DES AFFAIRES JURIDIQUES

La direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) est composée d'une directrice, trois agentes de gestion du personnel, un agent de communication, deux techniciennes en administration, une agente administrative et une technicienne en prévention. Une autre ressource au niveau de l'administration a offert du soutien au cours de l'année.

Les principaux rôles de cette direction sont de conseiller et soutenir les gestionnaires dans l'application d'un ensemble de politiques et de processus et de l'organisation en matière de communication, de développement organisationnel, de planification de la main-d'œuvre, d'organisation du travail, de formation, de gestion de la contribution, de relations de travail, de dotation, de gestion de la présence au travail, de la santé et sécurité au travail, de rémunération et des avantages sociaux.

Faits saillants et réalisations :

- Un certain roulement de personnel a amené des changements dans l'équipe et une nouvelle directrice à intégrer l'équipe en février 2020.
- Un travail colossal a été entrepris dès le début de l'urgence sanitaire dans le cadre de la pandémie de COVID-19 pour faire des embauches de personnel pour faire face à des éclosions possibles et au retrait de personnel infecté.
- Les activités de recrutement du personnel ont continué pour en assurer une bonne visibilité au CISSS des Îles notamment auprès des établissements scolaires, Emploi Santé Montréal, etc.
- Dans le cadre du plan national de santé et sécurité au travail, une technicienne en prévention s'est jointe à l'équipe en février 2020.

Embauches – départs – affichages :

	2018-2019	2019-2020
Embauches	85	87
Départs	78	79
Affichages	99	142

Le taux de fréquence et le taux de gravité des accidents pour les 4 dernières années ainsi que le nombre d'accidents pour le personnel

	Fréquence= Nombre de lésions entraînant une absence de poste (indemnisées et assignées) X 100 divisé par le nombre de travailleurs (ÉTC)	Gravité = Nombre d'heures indemnisées (ou de jour) + le nombre d'heures d'assignation temporaire (ou de jour) X 100 divisé par le nombre de travailleurs (ÉTC)
2016	1,18	1,79
2017	0,65	0,47
2018	0,66	0,67
2019	0,75	0,25

Le bilan du nombre d'accidents pour le personnel

	2017-2018	2018-2019	2019-2020
Nombre d'accidents déclarés	50 accidents	46 accidents	32 accidents
Nombre d'accidents avec perte de temps	14	24	4

Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité

Chapitre III : Attentes spécifiques

Tableau : Résultats des attentes spécifiques de l'entente de gestion et d'imputabilité

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
Santé publique			
1.1 Planter, d'ici le 31 mars 2020, le Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche dans tous les CHSLD publics et privés conventionnés de la province de Québec.	Le Québec vit, depuis plusieurs années, un vieillissement accéléré de sa population. Cette augmentation de la population âgée entraîne un accroissement du nombre de personnes en perte d'autonomie physique ou cognitive vivant en CHSLD. Ceci contribue à la diminution progressive des fonctions motrices nécessaires à certaines tâches comme le brossage des dents contribuant ainsi à l'accumulation de plaque dentaire et au développement de certaines maladies buccodentaires comme la carie dentaire, les parodontites et les candidoses oropharyngées. Dans ce contexte, un projet pilote a été réalisé et les retombées démontrent bien le besoin de ce programme.	Partiellement réalisée	Plusieurs activités complétées pour l'implication du programme, dont l'achat de matériel, la formation offerte aux employés et la présence de l'hygiéniste dentaire. Le programme devait officiellement être mis en place le 15 mars 2020 avec la présence de dentiste et denturologiste. Toutefois, l'échéancier a été reporté compte tenu des activités délestées en contexte de pandémie COVID-19.
Programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés			
2.1 Bonnes pratiques des établissements pour la prévention et la réduction des usagers en NSA	Les établissements fusionnés et non fusionnés ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent compléter un état de situation de l'implantation des bonnes pratiques pour prévenir et résoudre le	Réalisée	-

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
	phénomène des usagers en niveau de soins alternatif.		
2.2 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 ainsi que sur les résultats du 2e soin d'hygiène complet par semaine, est demandé aux établissements.	Réalisée	-
2.3 Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC)	Le PTAAC constitue un outil de suivi d'implantation du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience depuis 2008.	Réalisée	-
2.4 Plan d'action TSA (2017-2022)	Un suivi des mesures inscrites au Plan d'action TSA publié à l'hiver 2017 est demandé aux établissements afin d'en évaluer son implantation et l'impact des investissements.	Réalisée	-
2.5 Déploiement du programme Agir tôt	Le projet consiste à renforcer le dépistage des potentielles difficultés ou retards de développement chez les enfants avant leur entrée à la maternelle, notamment en utilisant une plateforme numérique, et à rehausser l'offre de services d'intervention auprès de ces enfants et de leurs familles.	Partiellement réalisée	Plusieurs actions ont été réalisées pour assurer le déploiement et la mise en œuvre du programme Agir tôt, dont la mise en place d'un comité de travail, des embauches de nouveaux employés, une réorganisation interne, de la révision de mécanismes d'accès pour la clientèle jeunesse, etc. Le déploiement se poursuivra au cours de la prochaine année.
2.6 Offrir des milieux résidentiels adaptés aux	Les délais d'attente et l'adéquation entre les options résidentielles disponibles et les besoins	Partiellement réalisée	Développement en cours d'année d'une ressource d'hébergement

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
besoins des personnes ayant une DP, une DI ou un TSA	des usagers sont des enjeux rencontrés dans toutes les régions, pour toutes les clientèles des programmes DP et DI-TSA et tous les types milieux résidentiels.		transitoire et d'un programme de réadaptation pour l'intégration des clientèles. Toutefois, l'un des principaux défis est le recrutement des ressources d'hébergement pour l'ensemble des clientèles DP, DI ou TSA. Les efforts seront poursuivis au cours de la prochaine année pour offrir des milieux résidentiels adaptés.
2.7 Suivi de l'ajout d'effectifs en CHSLD	Le milieu des CHSLD est témoin d'enjeux de main-d'œuvre, d'attraction et de rétention. C'est pourquoi un plan d'action a été développé visant à améliorer l'attraction et la rétention des équipes interdisciplinaires en CHSLD, touchant notamment la promotion, la formation, l'accueil, le développement des compétences, la stabilité des équipes, l'organisation du travail ainsi que la santé et sécurité au travail.	Réalisée	-
Affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques			
4.1 Consolider l'organisation des soins et des services offerts aux personnes atteintes d'Alzheimer (et autres troubles neurocognitifs) et à leurs proches.	Le MSSS procède, depuis avril 2016, au déploiement des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles en ce qui a trait à la prise en charge et au suivi des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs. Il a été convenu que le plan triennal 2016-2019 serait prolongé d'une année afin de permettre aux établissements d'atteindre les cibles.	Réalisée	-
4.2 État d'avancement sur le Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan national 2016-2018 – Continuum de services pour les	L'établissement a la responsabilité de développer son continuum de services en AVC sur son territoire. Un plan d'action national a été produit et il demeure toujours en implantation. Il comprend les pratiques optimales pour toutes	Réalisée	-

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC	les phases du continuum, assorties de moyens et d'indicateurs.		
4.3 Contribuer au déploiement provincial de la télésanté	À compter de 2019, le MSSS misera sur le développement de services de télésanté provinciaux ayant un grand potentiel d'impact, dans l'optique d'augmenter l'utilisation de la télésanté par les cliniciens et les usagers. À cet effet, la contribution des établissements s'avère essentielle notamment en maintenant actif un comité tactique local, en contribuant au répertoire provincial des services cliniques ainsi qu'à la réalisation du plan d'action 2018-2020.	Réalisée	De façon non exhaustive, voici quelques services offerts en télésanté : Téléthrombolyse, chirurgie bariatrique, lipidologie, oncologie, réadaptation psychosociale et santé mentale.
4.4 État d'avancement du Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2017 2018 – Continuum de services, phase hyper aigüe, pour les personnes ayant subi un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST)	L'établissement a la responsabilité de développer son continuum de services pour le traitement de l'IAMEST sur son territoire. Un plan d'action national a été produit. Il comprend les pratiques optimales pour toutes les phases du continuum assorties de moyens et d'indicateurs.	Réalisée	-
Infrastructures, logistique, équipements et approvisionnement			
7.1 Réaliser le plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers au 31 mars 2020, conformément aux cibles fixées par l'établissement pour	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.	Réalisée	-

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
chacun des bâtiments déficitaires concernés	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.		
Coordination, planification, performance et qualité			
8.1 Sécurité civile	Consolider les mécanismes de base en sécurité civile de façon à ce que l'établissement puisse assumer son rôle dans le déploiement de la mission Santé du PNSC.	Réalisée	-
8.2 Gestion des risques en sécurité civile - Santé et Services sociaux	Afin d'être conforme à l'attente, l'établissement doit poursuivre sa démarche de gestion des risques en sécurité civile (GRSC) et traiter au minimum un risque identifié comme prioritaire.	Réalisée	-
8.3 Plan de continuité des activités – Santé et Services sociaux	Afin d'être conforme à l'attente, l'établissement doit lancer le projet d'élaboration d'un plan de continuité des activités (PCA) pour une portée d'établissement. Pour ce faire, la haute direction de l'établissement doit approuver une charte de projet.	Réalisée	-
8.4 Révision des Programmes d'accès aux services de santé et aux	Un programme d'accès indique la manière, le service et l'installation pour lesquels il y a obligation de rendre les services de santé et les services sociaux accessibles en langue	Réalisée	-

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
services sociaux en langue anglaise	anglaise pour la population d'expression anglaise.		
8.5 Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise	La mise sur pied d'un comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise doit être réalisée.	Réalisée	-
Technologies de l'information			
9.2 Maintien des dispositions de la directive sur la cybersécurité	Conformément à la directive sur la cybersécurité, l'établissement devra se conformer à ses dispositions. Ces attentes spécifiques seront incluses dans l'outil permettant de faire la reddition de comptes en sécurité de l'information demandée chaque année dans le bilan de sécurité de l'information.	Réalisée	-

Chapitre IV : Les engagements annuels

Tableau : Résultats des engagements annuels de l'entente de gestion et d'imputabilité

Légende

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2019-2020
Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales			
<u>Plan stratégique 15-20</u> 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
<u>Plan stratégique 15-20</u> 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
<u>Plan stratégique 15-20</u> 1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	72	80	65,0
Commentaires Le taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains a diminué comparativement à l'année précédente. Une amélioration avait été notée au cours du troisième trimestre suite au déploiement d'une stratégie d'adhésion à l'hygiène des mains, promotion et formation. Toutefois, les données n'ont pas pu être complétées au quatrième trimestre compte tenu de la pandémie liée à la COVID-19. Ainsi, le taux de conformité prévu au cours de la prochaine année devrait être plus élevé considérant la stratégie d'adhésion mise en place.			

Soutien à domicile			
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendu à domicile par les différents modes de dispensation de services	91 783	94 000	99 868
<u>Plan stratégique 15-20</u> 1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	312	335	458
<u>Plan stratégique 15-20</u> 1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	98,7	100	84,0
Commentaires - Le nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée inclut dorénavant les personnes suivies pour les maladies chroniques tout comme le nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée. - Des postes non comblés au cours de l'année 2019-2020 ont eu des répercussions sur la baisse du pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention. Les efforts de recrutement se poursuivent pour pourvoir les postes.			
Soutien à l'autonomie des personnes âgées			
<u>Plan stratégique 15-20</u> 1.03.07.00-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée	100	100	100
<u>Plan stratégique 15-20</u> 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
<u>Plan stratégique 15-20</u> 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

<u>Plan stratégique 15-20</u>			
1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	94	100	100
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	90	90	100
1.03.16-EG2 Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention	100	95	65,2
Commentaires Plusieurs évaluations et plans d'intervention devaient être réalisés en mars 2020 et ont dû être annulés suite à la réorganisation clinique et des lieux physiques en CHSLD considérant le contexte de pandémie COVID-19. À défaut de la mise à jour des évaluations et plans d'intervention, les résidents ont été stimulés, mobilisés et ont reçu des soins d'hygiène adéquats, tout en ayant des activités récréatives à la hauteur de ce qui était possible.			
Déficiences			
<u>Plan stratégique 15-20</u>			
1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	90	90	27
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	60	90	90,9
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	60	100	100
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	87,5	90	N/D (données non disponibles au ministère)

spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS			
<u>Plan stratégique 19-23</u> 1.45.45.05 - Proportion des jeunes enfants présentant un retard significatif de développement ayant bénéficié de services des programmes en déficience physique ou en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme dans les délais	N/A	90	N/D (données non disponibles au ministère)
<u>Plan stratégique 19-23</u> 1.47 - Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme	N/A	56	54
Commentaires L'un des principaux défis est le recrutement des ressources d'hébergement pour l'ensemble des clientèles avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. Il est à noter le développement en cours d'année d'une ressource d'hébergement transitoire et d'un programme de réadaptation pour l'intégration des clientèles. Les efforts seront poursuivis au cours de la prochaine année pour le nombre de places en services résidentiels.			
Dépendances			
<u>Plan stratégique 15-20</u> 1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	97,6	90	90,5
<u>Plan stratégique 19-23</u> 1.07.07 - Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	N/A	82	29
Commentaires L'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance est implantée, mais présente plusieurs enjeux pour assurer le niveau d'intervention requise, dont la dotation du personnel et le maintien des services en contexte d'équipes minimales.			
Santé mentale			
<u>Plan stratégique 15-20</u> 1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	27	27	28

Commentaires			
Plusieurs réalisations en 2019-2020 pour les services de santé mentale, dont les groupes de psychothérapies actifs et la mise en place de rencontres régulières des équipes multidisciplinaires pour assurer les suivis des clientèles vulnérables. Les initiatives seront poursuivies en 2020-2021 avec l'implantation du PQPTM (Programme québécois pour les troubles mentaux).			
Santé physique – Urgence			
<u>Plan stratégique 15-20</u>			
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	12,19	9,5	11,86
<u>Plan stratégique 19-23</u>			
1.09.16-PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	N/A	145	77
<u>Plan stratégique 15-20</u>			
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	82	95	80,6
<u>Plan stratégique 15-20</u>			
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	87,1	95	85,0
Commentaires			
Malgré que les cibles ne soient pas atteintes pour certains indicateurs, les délais sont très acceptables compte tenu de la moyenne globale provinciale de la DMS (durée moyenne de séjour) qui se chiffre à 14,2 pour l'ensemble du Québec, du pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures à 58,8% et du pourcentage pour la durée de moins de 4 heures qui est à 57,1% (source des données : banque de données commune des urgences et registre des urgences).			
Santé physique – Soins palliatifs et de fin de vie			
<u>Plan stratégique 15-20</u>			
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	36	36	46
<u>Plan stratégique 15-20</u>			
1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	1	1	1
<u>Plan stratégique 15-20</u>			
	51,9	19	43,75

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			
Commentaires De belles réalisations en soins palliatifs et de fin de vie avec le développement de l'offre de service.			
Santé physique – Chirurgie			
<u>Plan stratégique 15-20</u> 1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	6	0	1
<u>Plan stratégique 19-23</u> 1.09.32.10-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	29	10	4
Commentaires Poursuite des visites de l'équipe de chirurgiens-remplaçants pour supporter le chirurgien en place et permettre une diminution significative de la liste d'attente (13 demandes de chirurgies depuis plus de 1 an à la mi-année vs 1 demande en fin d'année).			
Santé physique – Services de première ligne			
<u>Plan stratégique 15-20</u> 1.09.25-PS Nombre total de GMF	1	1	1
<u>Plan stratégique 19-23</u> 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	83,6	85	85
<u>Plan stratégique 19-23</u> 1.09.27.01-PS Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	8 197	8 664	8 634
Commentaires De belles réalisations dans les services de première ligne dont l'actualisation du sans rendez-vous au GMF intramuros et l'ajout de périodes pour rehausser la disponibilité de la médecine familiale.			
Santé physique – Imagerie médicale			
<u>Plan stratégique 15-20</u> 1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	66,7	90	79,8
<u>Plan stratégique 15-20</u>	86,0	100	88,8

1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques			
<u>Plan stratégique 15-20</u> 1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	66,7	100	100
<u>Plan stratégique 15-20</u> 1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	37,9	50	36,5
<u>Plan stratégique 15-20</u> 1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	87,5	100	100
<u>Plan stratégique 15-20</u> 1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	78,8	100	77,0
<u>Plan stratégique 15-20</u> 1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	96,7	100	95,8
<u>Plan stratégique 15-20</u> 1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	94,2	90	56,0
Commentaires Les principaux défis sont la dotation du personnel et le maintien des compétences de l'ensemble de l'équipe pour assurer les demandes des diverses spécialités en imagerie médicale. D'ailleurs, la disponibilité de certains appareils ou la visite de certaines spécialités sont prévues aux trois mois ce qui correspond à la cible fixée. Ainsi, des facteurs incontrôlables peuvent survenir et avoir un impact direct sur l'atteinte de la cible (ex. : conditions climatiques, report de visites, etc.).			

Des améliorations au processus de coordination des consultations spécialisées seront mises de l'avant au cours de la prochaine année.			
Santé physique – Cancérologie			
<u>Plan stratégique 19-23</u>			
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	61,1	90	74,3
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	83,3	100	97,1
Commentaires - Une belle amélioration du délai comparativement à l'année précédente. - Un poste d'infirmière avec une priorité d'hémo-oncologie 2 jours/semaine a été octroyé.			
Santé physique – Services spécialisés			
<u>Plan stratégique 19-23</u>			
1.09.49-PS Pourcentage des consultations auprès d'un médecin spécialiste, après référence par un médecin de famille, réalisé à l'intérieur des délais (Priorités A-B-C-D-E)	N/A	80	50,5
Commentaires - À noter que l'indicateur 1.09.49 a été remplacé par la fusion des indicateurs 1.09.49.01 (pour les priorités A, B et C) et 1.09.49.02 (pour les priorités D et E). - La gestion de la demande et de l'offre demeure un enjeu important pour maximiser la présence des spécialistes sur l'archipel lors des besoins de consultations. La plupart des visites sont planifiées aux trois mois ce qui correspond aux délais de certaines priorités ce qui a pour effet d'avoir un impact direct sur l'atteinte des cibles. - Des améliorations au processus de coordination des consultations spécialisées seront mises de l'avant au cours de la prochaine année.			
Ressources matérielles			
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	50	100	100
Commentaires L'implantation des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité a été complétée.			
Ressources humaines			
<u>Plan stratégique 15-20</u>	6,94	6,91	6,34

3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire			
<u>Plan stratégique 19-23</u> 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	4,70	4,47	4,49
<u>Plan stratégique 15-20</u> 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	2,11	1,99	4,45
<u>Plan stratégique 19-23</u> 3.05.03 - Ratio de présence au travail	ND	91,82	92,7
Commentaires - La cible du taux d'heures en assurance salaire a été atteinte. Par ailleurs, un plan d'action a été établi pour améliorer les résultats en termes de présence au travail en 2019-2020. Ce plan d'action regroupe des activités de prévention, gestion médico-administrative, réintégration, formation et d'information. - La cible du taux d'heures supplémentaires a pratiquement été atteinte (4,49 vs 4,47). La planification de la main-d'œuvre demeure une priorité pour l'établissement ainsi que le rehaussement des heures-postes. - Le CISSS des Îles n'a pas été en mesure d'atteindre la cible pour le taux de recours à la main-d'œuvre indépendante. Depuis deux ans, l'établissement a connu une accrue de retraites et le personnel embauché pour remplacer ces départs est en partie, de jeunes infirmières qui sont en retrait préventif, en congé de maternité ou en congé parental. Le recours aux agences a pris une place importante afin de maintenir les services, notamment pour le personnel infirmier, infirmier auxiliaire, préposé aux bénéficiaires et pharmacien.			
Multiprogrammes			
<u>Plan stratégique 15-20</u> 7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	79,3	84	84
<u>Plan stratégique 15-20</u> 7.02.00-PS Taux d'implantation de la Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir	42	100	42
Commentaires L'offre de service pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir n'est pas développée en raison de la gestion des priorités d'autres services et des équipes minimales. Cette priorité sera adressée au cours de la prochaine année.			

Autres résultats

Tableau : Autres résultats pour certains indicateurs du plan stratégique du MSSS

Indicateur	Résultat au 31 mars 2020	Commentaires
Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	52	Principalement clientèle adulte.
Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	722	Hausse de 7,3% du nombre total de personnes recevant des services de SAD comparativement à l'année précédente (2018-2019 : 669 personnes).
Nombre total d'heures de services de soutien à domicile	107 155	Augmentation du nombre d'interventions et intensification des services en SAD.
Pourcentage des premiers services en CLSC pour les jeunes en difficulté rendus dans un délai de 30 jours ou moins	64,2	Certains enjeux de main d'œuvre (absences, poste non comblé) ont causé des délais de plus de 30 jours.

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

L'agrément

Le statut d'agrément du CISSS des Îles est agréé.

Une visite d'agrément a eu lieu du 21 au 24 mai 2019. Les ensembles de normes et manuels d'évaluations suivants ont été utilisés pour évaluer les programmes et les services du CISSS des Îles. Les normes et manuels suivants ont été évalués :

1. Gouvernance
2. Prévention et contrôle des infections
3. Leadership
4. Gestion des médicaments
5. Santé publique – Normes sur l'excellence des services
6. Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables – Normes sur l'excellence des services
7. Jeunesse
8. Santé mentale et dépendances

L'équipe de visiteurs a fait les observations au sujet de l'ensemble des points forts et des possibilités d'amélioration. En voici un bref résumé :

Points forts :

- Une mention spéciale au projet de récupération énergétique
- La propreté des lieux physiques qui est remarquable
- Une grande qualité des installations de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux
- Un programme-cadre en prévention des infections
- Une approche patient-partenaire bien intégrée en santé mentale
- Un guichet d'accès unique pour la trajectoire jeunesse
- Des processus organisationnels en obstétrique bien développés et implantés

Possibilités d'amélioration :

- Reddition de compte en matière de qualité
- Médicaments de niveau d'alerte élevé
- Plan de sécurité des usagers

Les preuves de conformité suite à la visite ont été remises tel que prévu au cadre d'agrément pour maintenir le statut d'organisme agréé.

Les visites se poursuivront par programme-service au cours du cycle d'agrément 2018-2023, avec une prochaine visite en septembre 2021 pour la santé physique et les services généraux.

La sécurité et la qualité des soins et des services

Activités relatives au processus de déclaration des incidents et accidents :

- Des rapports trimestriels et un rapport annuel ont été présentés au Conseil d'administration ;

- Des résumés des rapports trimestriels de la gestion des risques préparés à l'intention du conseil d'administration ont été diffusés à l'ensemble du personnel, par le biais du journal interne, L'Express ;
- L'utilisation de l'application SISSS permet une saisie informatisée des déclarations d'incidents et accidents. Le déploiement de cette application déjà complété au CHSLD s'est poursuivi à l'unité multiclientèle en février 2020. Au cours de l'année 2020-2021, l'informatisation des déclarations d'incidents sera déployée dans l'ensemble des installations.

Statistiques des déclarations d'incidents et d'accidents :

Un total de 565 déclarations d'incidents et d'accidents a été enregistré pour la période du 1er avril 2019 au 31 mars 2020.

Selon leur niveau de **gravité**, les événements indésirables se répartissent comme suit :

- 522 événements (92,4 %) sans conséquences pour les usagers/résidents (indice : A à D) ;
- 38 événements (6,7 %) avec des conséquences mineures, sans impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation (indice : E1-E2) ;
- 4 événements (0,7 %) avec des conséquences temporaires, avec un impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation (indice : F) ;
- 1 événement (0,2 %) avec des conséquences permanentes sur les fonctions physiques (indice : G).

Plus spécifiquement, les principaux **types d'incidents** (indices de gravité A et B) sont liés à la médication (10,4 % ; 59 incidents), aux événements de type « autres » qui correspondent majoritairement aux erreurs liées aux dossiers et bris de confidentialité (2,5 % ; 14 incidents) et aux événements liés au bâtiment (0,7 % ; 4 incidents).

Alors que les principaux **types d'accidents** (indices de gravité C à I) sont liés aux chutes (34,7 % ; 196 accidents), à la médication (31,9 % ; 180 accidents) et aux erreurs liées aux dossiers et bris de confidentialité (3,9 % ; 22 accidents).

Des actions ont été entreprises par le comité de gestion des risques et par l'établissement pour les principaux types d'incidents/accidents survenus dans l'année 2019-2020, soit plus spécifiquement pour les événements liés aux médicaments et aux chutes.

Actions entreprises par le comité de gestion des risques :

- Suivi des erreurs liées aux médicaments et des chutes via le rapport trimestriel ;
- Analyse des tendances pour recommander de façon proactive les mesures à mettre en place par l'établissement ;
- Identification des risques émergents pour assurer une surveillance des nouveaux risques ;
- Revue des pratiques organisationnelles requises en lien avec la démarche d'agrément pour la gestion des médicaments et la sécurité des usagers.

Mesures mises en place par l'établissement :

- Formation et sensibilisation auprès du personnel ;
- Mise à jour des politiques et des procédures liées à la gestion des médicaments (ex. : politique pour la gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé);
- Analyse détaillée des circonstances les plus fréquentes pour identifier les causes ;
- Interventions spécifiques dans les unités pour éviter les erreurs fréquentes de médicaments et les chutes répétitives ;
- Poursuite du programme de prévention des chutes ;
- Support en continu offert aux équipes pour la gestion des risques.

Un suivi de ces actions est assuré au comité de gestion intégrée des risques.

Comité stratégique de prévention et de contrôle des infections

Le mandat de ce comité est de protéger les usagers, visiteurs et travailleurs du CISSS des Îles contre l'acquisition d'infections nosocomiales et de bactéries multirésistantes.

Faits saillants et réalisations :

- 0% d'acquisition nosocomiale pour ERV, EPC et bactériémies.
- Amélioration du taux de Diarrhée à C. difficile de 5,0% avec trois cas seulement (p/r à 8,6% et cinq cas en 2018-2019).
- Gestion proactive et efficace de trois éclosions (stable); un épisode de gastro-entérite (UCD) et deux épisodes d'influenza (CHSLD et UCD), avec réduction du nombre total d'usagers atteints (9 vs 31) et du nombre de jours (28 vs 43 jours/an).
- Taux d'isolement stable de 32% (sommet en P2 à 73%).
- Taux de dépistage conforme de 92% (cible : 95%) Taux de formation à l'embauche de 73%.
- Conformité à l'hygiène des mains diminuée à 65% (72% en 2018-2019); cible 80%.
- Consolidation des structures organisationnelles de PCI selon le nouveau cadre de référence (quatre rencontres du Comité stratégique de PCI et de la Table clinique de PCI) avec révision et diffusion trimestriel du tableau de bord de PCI.
- Diffusion du nouveau programme de PCI et Guide PCI.
- Révision et adoption de la politique et procédure de gestion d'éclosion, de la procédure d'hygiène des mains, d'outils de dépistage et de suivi des bactéries multirésistantes, d'une ordonnance collective de décolonisation SARM et de prélèvement pour infections respiratoires et en cas de diarrhée aiguë.
- Contribution à la révision de la politique de vaccination des travailleurs, du protocole post-exposition et de la politique de gestion des déchets biomédicaux.

- Préparation proactive à la saison grippale avec mise à jour et diffusion des outils de gestion de la grippe et tournée de sensibilisation du personnel et gestionnaires. Réduction importante des délais avec appareil TAAN.
- Déploiement d'une stratégie d'adhésion à l'hygiène des mains, promotion et formation.
- Démarrage d'audits sur le respect des précautions additionnelles.
- Démarche d'Agrément amorcée, bonne évaluation de la PCI à la première visite.
- Préparation à la pandémie et gestion proactive du risque de COVID-19; sensibilisation des gestionnaires, comités hebdomadaires puis quotidiens, surveillance, vigie sur les ÉPI, réorganisation des lieux, avis expert, formation des équipes et mise à jour continue des protocoles et trajectoires.
- Activités régulières de formation des nouveaux employés et chroniques dans l'Express.

Mesures de contrôles

Le suivi de l'usage d'une mesure de contrôle fait partie des indicateurs sensibles en soins infirmiers au niveau de la surveillance de la qualité. Au sein du CISSS des Îles, nous pouvons mentionner que les professionnels autorisés à décider de l'usage d'une mesure de contrôle agissent avec diligence. Lorsque les mesures alternatives de remplacement sont impossibles, nous constatons que les professionnels identifient divers moyens pour rendre l'usage de celle-ci le plus bref possible et dans le cas d'une mesure de longue durée, la mesure la moins contraignante.

Les principaux usages d'une mesure de contrôle sont pour réduire le nombre de chutes chez les personnes ayant des risques majeurs de chute accompagnés de troubles neurocognitifs, la prévention et le contrôle des infections en période d'éclosion pour les personnes ayant un trouble neurocognitif et finalement des comportements de violence envers la personne et autrui. Nous ne pouvons pas dire si cette dernière cause est un phénomène temporaire et isolé ou s'il sera de plus en plus présent.

Secteurs	Contentions physiques	Contentions chimiques	Contentions physiques et chimiques	Contentions physiques et isolement	Contention physique chimique et isolement	Isolement chambre sécuritaire	Surveillance privée à la chambre	Isolement en lien avec prévention des infections	Mesure non planifiée
CHSLD	3							7	7 ¹
Soins critiques	1		1	2	1				1
Unité de courte durée							1 ²		
Module de psychiatrie			1	2		5			2
CRDI-TSA						1 ³			

¹ Toutes les mesures non planifiées sont pour des raisons de prévention d'infection en période d'éclosion

² Isolement à la chambre avec surveillance et médication

³ Locaux sécurisés pour contrer les fugues

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

En vertu des pouvoirs qui lui sont conférés par la loi la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (CPLQS), et le médecin examinateur sont responsables envers le conseil d'administration, du respect des droits des usagers dans le cadre de leurs fonctions et du traitement diligent des plaintes.

Bilan des activités

- Nombre total de plaintes reçues : 33
- Concernant des problèmes administratifs ou organisationnels qui impliquent des services médicaux, dentaires ou pharmaceutiques : 8
- Nombre de plaintes référées à la direction des ressources humaines : 0
- Nombre d'interventions : 2
- Nombre de plaintes rejetées sur examen sommaire, ou parce que frivoles, vexatoires ou faites de mauvaise foi : 3
- Nombre de plaintes retirées : 0
- Nombre de plaintes qui ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du citoyen : 1
- Délai moyen pour le traitement des plaintes : 11 jours (plaintes médicales : 35 jours)
- Nombre d'assistances faites auprès des usagers : 9

Tableau des recommandations de la commissaire locale aux plaintes :

Recommandations formulées et présentées au comité de vigilance et à la qualité des services avec suivi au CA		
Direction	Recommandation	Réglé ou en attente
Direction des services professionnels et hospitaliers	Modification de l'ouverture de la porte du côté des spécialistes	Réglé
	Précision dans l'application de la politique de déplacement des usagers	Réglé
	Informar l'usager des frais possibles en suivi post ophtalmologie	Réglé
Direction des soins infirmiers et services multidisciplinaires	Compléter les formulaires avec rigueur	Réglé
	Assurer une réponse et un suivi adéquat pour la clientèle jeunesse	En continu
	Assurer une prise en charge diligente pour les cas de maltraitance	En continu
	Améliorer les conditions de vie aux usagers en attente d'hébergement au 2 ^e étage	En continu

Protecteur du citoyen

Un dossier a été transféré au Protecteur du citoyen concernant une erreur dans un formulaire. Le dossier a été traité sans recommandation.

Coroner

Aucun cas de décès dans l'établissement n'a fait l'objet d'une investigation du Coroner.

Nous recevons les rapports diffusés périodiquement par le Bureau du Coroner aux responsables de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé et des services sociaux et nous donnons suite, s'il y a lieu.

Médecin examinateur

Pour l'année 2019-2020, le médecin examinateur est le Dr Richard Bernier, directeur du programme d'évacuations aéromédicales du Québec et directeur adjoint des services professionnels du CHU de Québec – Université Laval.

La plainte médicale réfère à une insatisfaction de l'utilisateur concernant la conduite, le comportement ou la compétence d'un médecin, dentiste, pharmacien ou médecin résident, incluant la qualité d'un acte relevant de l'activité professionnelle de ces personnes.

Nombres de plaintes médicales		
	2018-2019	2019-2020
CISSS des Îles	6	8

Délai moyen de traitement		
	Nombre de plaintes	Délai moyen
Plaintes médicales	8	35,1 jours
Motifs	Nombre de dossiers	
Accessibilité	0	
Relations, attitudes	4	
Soins et services	4	
TOTAL	8	

Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement

Tableau : Les mises sous garde (1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020)

	Mission CH	Mission CHSLD	Mission CLSC	Mission CR	Total Établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	40	Sans objet	Sans objet	Sans objet	40
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	()
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	()	Sans objet	Sans objet	Sans objet	()
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	()
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	()	Sans objet	Sans objet	Sans objet	()

() : nombre trop petit pour en permettre la publication

L'examen des plaintes et la promotion des droits

Le rapport annuel sur l'application du régime d'examen des plaintes et de l'amélioration des services pour l'exercice 2019-2020 sera disponible en ligne sur le site Internet du CISSS des Îles, tout comme ceux des années antérieures. Des copies papier seront également disponibles au bureau de la commissaire et auprès de la direction générale advenant toute demande en ce sens.

Au cours de l'année 2019-2020, la commissaire a effectué la promotion du régime d'examen des plaintes, notamment en distribuant des dépliants et des affiches sur le régime d'examen des plaintes dans toutes les installations du CISSS. Le rapport annuel de l'année précédente a également été présenté au conseil d'administration du CISSS en séance publique.

L'information et la consultation de la population

En 2019-2020, le CISSS des Îles a consolidé les actions de communication nécessaire pour informer la population de l'offre de service de l'établissement. Les moyens utilisés les plus courants s'avèrent, l'affichage interne, les médias locaux, les réseaux sociaux ou encore le site Internet. Ils font également office d'outil de premier plan dans le recrutement et l'affichage des postes vacants.

L'établissement a poursuivi son implication dans le milieu en participant à différentes activités visant la concertation des partenaires du milieu. Que ce soit par sa participation à des tables et comités intersectoriels, par des échanges avec les élus ainsi que par sa présence à quelques forums, le CISSS des Îles a réitéré, dans la dernière année, sa volonté d'être un partenaire de premier plan pour les Madelinots et Madelinienes.

Par ailleurs, le CISSS des Îles est demeuré ouvert aux différentes opportunités se présentant afin d'optimiser les outils pour transmettre de l'information à la population. Que ce soit par des publications officielles ou des entrevues médiatiques, l'établissement veille à faire circuler de l'information diverse sur son organisation et les services offerts.

En complément, conformément à la loi en vigueur, les séances du conseil d'administration du CISSS des Îles sont ouvertes à la population et une période de questions est prévue à chaque rencontre.

L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie

Tableau : L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie (1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020)

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	56
Sédation palliative	Nombre de sédations palliatives continues administrées	2
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	2
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	2
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	0

Les ressources humaines

La gestion et le contrôle des effectifs pour l'établissement public

Répartition de l'effectif par catégorie de personnel

11044088 - CISSS des Îles

	Nombre d'emplois au 31 mars 2019	Nombre d'ETC en 2018-2019
1 - Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	164	141
2 - Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	146	129
3 - Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	73	66
4 - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	88	74
5 - Personnel non visé par la loi 30	2	2
6 - Personnel d'encadrement	22	20
Total	495	432

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

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

La cible 2019-2020 allouée pour l'établissement était de 840 467 heures rémunérées soit une variation de 5,9 % comparativement à 2014-2015 et de 3,1 % comparativement à 2018-2019. Au terme de l'exercice, les résultats ont démontré un total de 847 392 heures rémunérées, donc 6 925 heures de plus que la cible fixée pour un écart par rapport à celle-ci de 0,8 %.

Les investissements dans le réseau de la santé et des services sociaux annoncés en cours d'exercice financier ont généré des heures additionnelles pour l'établissement afin d'accroître les services à la population. À cet effet, des effectifs au niveau des services professionnels ont été déployés pour les programmes jeunes en difficulté, santé mentale, déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme. De même, les allocations découlant des investissements du MSSS ont contribué aux heures additionnelles en termes de soins infirmiers pour les services à domicile et les services en CHSLD. De plus, un financement visant à prendre soin du personnel, et visant aussi le rattrapage budgétaire quant aux mesures reliées aux ressources humaines et à la prévention, a fait croître les heures du personnel professionnel et administratif pour atteindre les résultats du plan d'action. Un autre élément de l'accroissement des heures fut celui de l'ouverture de l'unité de soins en hémodialyse, suite à l'implantation de ce volet dans l'offre de services.

Il est à noter que l'ampleur des besoins de la clientèle hébergée en CHSLD, l'acuité des soins qu'elle requiert, ainsi que la sécurité et la qualité des soins à maintenir pour la dispensation de ces services, ont occasionné des ajouts en termes de soins d'assistance en 2019-2020 pour plus de 7 300 heures.

Finalement, à partir de la mi-mars, l'établissement a dû affecter plus de 4 000 heures additionnelles et non prévues pour les activités découlant de la situation de pandémie Covid-19.

Le tableau suivant démontre l'évolution des heures rémunérées annuellement.

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

11044088 - CISSS des Îles	Comparaison sur 364 jours pour avril à mars		
	2019-03-31 au 2020-03-28		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées
1 - Personnel d'encadrement	37,249	822	38,071
2 - Personnel professionnel	81,102	1,060	82,162
3 - Personnel infirmier	252,486	9,816	262,302
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	346,637	8,644	355,281
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	106,271	2,652	108,924
6 - Étudiants et stagiaires	652	1	653
Total 2019-2020	824,396	22,996	847,392
Total 2018-2019			814,969

Cible 2019-2020

Écart

Écart en %

840,467

6,926

0.8%

Les ressources financières

Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent		Variation des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Programmes-services						
Santé publique	818 307	1.36	645 491	1.19	172 816	26.77
Services généraux – activités cliniques et d'aide	2 452 237	4.09	2 241 936	4.12	201 301	9.38
Soutien à l'autonomie des personnes âgées- Volet hébergement	8 555 177	14.26	7 299 052	13.43	1 256 125	17.21
Soutien à l'autonomie des personnes âgées- Volet soutien à domicile et autres	4 232 147	7.05	3 830 204	7.04	401 943	10.49
Déficiences physique	870 533	1.45	845 140	1.55	25 393	3.00
Déficiences intellectuelle et TSA	3 821 675	6.37	3 756 119	6.91	65 556	1.75
Jeunes en difficulté	432 897	0.72	254 717	0.47	178 180	69.96
Dépendances	11 311	0.02	18 293	0.03	(6 982)	(38.17)
Santé mentale	3 161 818	5.27	2 901 699	5.34	260 119	8.96
Santé physique	20 899 033	34.83	18 486 001	34.01	2 413 032	13.05
Programmes soutien						
Administration	4 740 673	7.90	3 899 811	7.17	840 862	21.56
Soutien aux services	4 851 140	8.09	4 297 401	7.90	553 739	12.89
Gestion des bâtiments et des équipements	5 153 812	8.59	5 893 756	10.84	(739 944)	(12.55)
Total	60 000 760	100.00	54 369 620	100.00	5 631 140	10.36

Il est possible de consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel (AS-471) publié sur le site Internet de l'établissement, pour plus d'information sur les ressources financières.

L'équilibre budgétaire

Pour une 3^e année consécutive, le CISSS des Îles a réussi à maintenir l'équilibre budgétaire, montrant même un surplus de 388 021\$, provenant pour 61 373\$ du fond d'exploitation et pour 326 648\$ du fond d'immobilisation. Au cours de l'exercice 2019-2020, le CISSS des Îles a su se faire reconnaître une majoration de financement récurrent pour le transport des usagers de l'ordre de 1 128K\$. Ce financement vient consolider le contrat de transport conclut précédemment avec son partenaire, le transporteur aérien Pascan, et assure ainsi à la population des Îles-de-la-Madeleine une stabilité de service jusqu'en 2028.

Le CISSS des Îles a aussi obtenu les financements rattachés aux programmes d'investissements suivants du MSSS;

- Hémodialyse	420 000 \$
- Soutien à domicile	330 000 \$
- Santé mentale – volet services externes et amélioration de l'accès	202 000 \$
- CHSLD	175 000 \$
- Prendre soin du personnel	150 000 \$
- Amélioration continue en prévention	64 000 \$
- Agir tôt (jeunes 0-5ans)	51 000 \$
- Soutien aux familles, proches aidants	49 000 \$

Dans un contexte de développement des services à la population que nous avons connu au cours des quatre dernières années, le maintien de l'équilibre est en soi une réalisation importante. En effet, le maintien de l'équilibre démontre l'engagement de la haute direction à assurer à la fois un développement des services répondant aux besoins de la population, tout en respectant un développement contenu et conforme aux obligations relatives à l'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux.

Les contrats de service

Contrats de service, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020.

	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique ¹	8	987 698 \$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique ²	19	694 067 \$
Total des contrats de service	27	1 681 764 \$

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.

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

Les états financiers du Centre intégré de Santé et de Services sociaux des Îles ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édictée en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du Centre intégré de Santé et de Services sociaux des Îles reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Il rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et les approuve.

Les états financiers ont été audités par la firme Corbeil Boudreau & associés inc. dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Corbeil Boudreau & associés inc. peut, sans aucune restriction, rencontrer le conseil d'administration pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Jasmine Martineau
Présidente-directrice générale



Claude Cyr
Directeur des services administratifs

Nom de l'établissement CISSS des Îles	Code 1104-4088	Page / Idn. 140-00 /				
exercice terminé le 31 mars 2020						
ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Signification des codes :						
Colonne 3 « Nature » : R : Réserve O : Observation C : Commentaire						
Colonnes 5, 6 et 7 « État de la problématique » : R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé						
ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Rapport de l'auditeur indépendant - États financiers et autres informations financières						
Non-respect des normes comptables canadiennes pour le secteur public relativement à la comptabilisation des contrats de location d'immeubles	2011-2012	R	Directive du MSSS			NR
Rapport de l'auditeur indépendant - Unités de mesure / hres travaillées et rémunérées						
Aucun commentaire ou observation.						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant						
Nous avons relevé des cas de non-respect de la circulaire 2011-037 concernant le cadre de gestion de la main-d'oeuvre indépendante.	2018-2019	C	Des mesures seront prises pour remédier à la situation en 2020-2021.			NR
Rapport à la gouvernance						
Aucun commentaire ou observation.						

AS-471 - Rapport financier annuel	Gébarit LPRG-2020.1.0	Révisée: 2019-2020
Timbre valideur: 2020-07-14 16:11:21		Rapport V 0.5

La divulgation des actes répréhensibles

Il n'y a eu aucune divulgation ou communication d'actes répréhensibles à l'égard de l'organisme public au cours de l'exercice 2019-2020.

La Fondation Santé de l'Archipel



La Fondation Santé de l'Archipel a pour mission d'amasser des fonds afin d'appuyer le CISSS des Îles à prévenir, guérir, soigner et soutenir pour le mieux-être et la santé de la population des Îles-de-la-Madeleine, en offrant, en collaboration avec nos partenaires, des services de santé et des services sociaux de qualité, sécuritaires, accessibles, intégrés et en continuité.

Le conseil d'administration de la Fondation a tenu 8 séances ordinaires et 2 séances extraordinaires durant l'année financière 2019-2020. Au 31 mars 2020, les membres du conseil d'administration sont : M. Donald Vigneau, président (Desjardins Entreprises), D^{re} Christine Paquet, vice-présidente (omnipraticienne), M. Marc-Olivier Bourque, secrétaire-trésorier (PMT Roy Assurances), M^{me} Lise Leclerc (retraîtée du CISSS des Îles), D^{re} Claudine Lemieux (Clinique dentaire Orallia), M^{me} Jasmine Martineau (PDG du CISSS des Îles), M. Luc Miousse (MPO), M^{me} Clémence Poirier (CSMOP), M^{me} Audrey Bourque (Clinique de denturologie Audrey Bourque) et M^{me} Joanie Renaud (CISSS des Îles). La Direction générale fut assumée par M^{me} Geneviève Joyal jusqu'au 27 mars 2020.



M. Luc Miousse, M^{me} Lise Leclerc, M^{me} Jasmine Martineau, D^{re} Christine Paquet, M^{me} Joanie Renaud, M. Marc-Olivier Bourque, M^{me} Clémence Poirier, M. Donald Vigneau et M^{me} Geneviève Joyal (Absentes sur la photo : M^{me} Audrey Bourque et M^{me} Claudine Lemieux)

Les principales activités de financement de la Fondation en 2019-2020

- L'Équipée Santé 2019 (porte-à-porte) réalisée grâce à la participation de plus d'une centaine de bénévoles a permis d'amasser plus de **41 500 \$**. Ce montant servira à financer la réalisation de divers projets au CISSS des Îles ;
- **13 525 \$** pour la cinquième édition de la Course à obstacles « T'as pas l'tchoeur Proxim » ;
- La seconde édition de l'événement « Misez Santé Desjardins », une soirée exceptionnelle qui s'est tenue le 15 février 2020. Cette activité a permis à la Fondation d'amasser une magnifique somme de **39 105 \$** en y incluant les promesses de don réalisées lors d'un **encan-bénéfice** ;
- **Nouveauté !** Une machine à café de la Fondation installée à l'urgence qui, grâce à l'excellente collaboration du CISSS des Îles, a permis de récolter plus de **8 375 \$**.

Les activités de financement réalisées par nos généreux bénévoles en 2019-2020

- La randonnée de filles à moto réalisée pour le fonds Francine Daigle **(11 322 \$)** ;
- Activités du comité en psychiatrie citoyenne **(5 972 \$)** ;
- Vague d'espoir (Baignade du 1er janvier) **(2 661\$)** ;
- Portrait de famille Jean-Coutu, une page d'histoire par Meggy Turbide **(1 946\$)**.

Les principales contributions financières de la Fondation en 2019-2020

- Octrois pour plus de **38 000 \$** provenant du fonds dédié ENVOL pour l'achat d'équipements médicaux destinés aux soins des enfants. Le fonds dédié ENVOL est financé en grande partie grâce aux dons reçus annuellement d'Opération Enfant Soleil, fidèle partenaire de la Fondation et du CISSS des Îles depuis plus de 20 ans ;
- Des octrois totalisant plus de **12 700 \$** pour le CHSLD Eudore-LaBrie pour les loisirs et la réalisation de nombreuses activités pour les résidents ;
- Des sommes totalisant **10 106 \$** pour la réalisation d'activités pour le comité de psychiatrie citoyenne du CISSS des Îles ;
- Plusieurs autres contributions avoisinant **10 000 \$** servant à la réalisation de divers projets et activités réalisés au CISSS des Îles en lien avec la mission de la Fondation.

Sans oublier...

À titre d'organisme de bienfaisance, la Fondation a aussi pu compter tout au long de l'année 2019-2020 sur la grande générosité de nombreux donateurs, partenaires et bénévoles. Du fond du cœur, merci à vous tous pour votre fidélité et votre précieux soutien !

Annexe : Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles a été adopté le 20 janvier 2016.

Vous trouverez une copie du document aux pages suivantes du présent rapport, ainsi que sur le site Internet du CISSS des Îles à l'adresse : <http://www.cisssdesiles.com>

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

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	20
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 lobbyisme* (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. DÉFINITIONS

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

Faute grave : Résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables au membre et qui 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 : telle que définie 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 circonstances³.

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.

³ BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). Raisonement éthique dans un contexte de marge de manœuvre accrue : clarification conceptuelle et aide à la décision – Rapport de recherche, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Secrétariat du Conseil du trésor, p. 51.

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

1. 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 assurer 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.

2. 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 pros crit.

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

2.1. 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 habiletés et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

2.2. 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.

2.3. 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.

2.4. 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.

2.5. 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.

2.6. Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

2.7. 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.

2.8. 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.

2.9. 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.

2.10. 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.

2.11. 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

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.

6. 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.
7. 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

8. 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.

9. 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.

10. COMITÉ D'EXAMEN AD HOC

- 10.1.** 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.

- 10.2.** 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.
- 10.3.** 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.
- 10.4.** 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.
- 10.5.** 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.

11. PROCESSUS DISCIPLINAIRE

- 11.1.** 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.
- 11.2.** 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.
- 11.3.** 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.
- 11.4.** 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.

- 11.5.** 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.
- 11.6.** 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.
- 11.7.** 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.
- 11.8.** 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.
- 11.9.** 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.
- 11.10.** 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.
- 11.11.** 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.
- 11.12.** 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.

- 11.13.** 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).

12. 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.

13. 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

Coordonnées du bureau d'élection

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

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance

AVIS SIGNÉ

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

Signature

Date *[aaaa-mm-jj]*

Lieu

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

Je, _____ <i>[prénom et nom en lettres moulées]</i>, 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 <i>[nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées]</i> : _____ _____ _____								
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 _____. <i>[nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]</i> : _____ _____ _____								
3. Emploi J'occupe les emplois suivants : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="width: 50%; text-align: center;">Fonction</th><th style="width: 50%; text-align: center;">Employeur</th></tr></thead><tbody><tr><td style="height: 20px;"> </td><td> </td></tr><tr><td style="height: 20px;"> </td><td> </td></tr></tbody></table> 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 _____.			Fonction	Employeur				
Fonction	Employeur							
En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ et m'engage à m'y conformer. _____								
_____ Signature	_____ Date <i>[aaaa-mm-jj]</i>	_____ 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 _____ et m'engage 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-jjj]

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