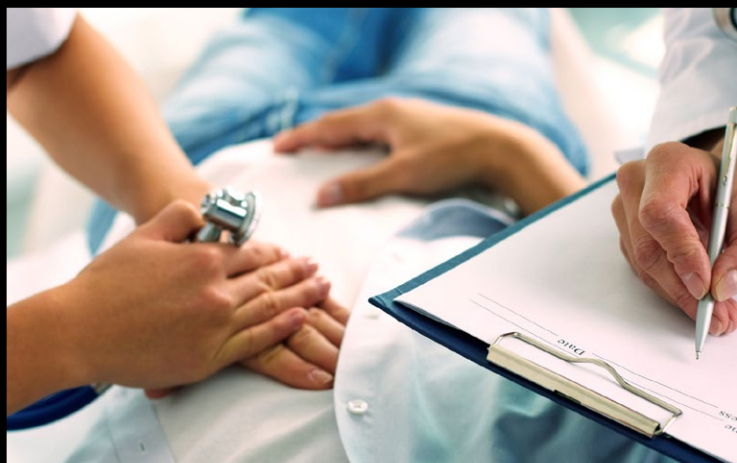




Rapport annuel de gestion 2019-2020



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

Québec 

**Rapport
annuel
de gestion
2019-2020**

Adopté par
le conseil
d'administration
le **23 septembre
2020**

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

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

Québec 

TABLE DES MATIÈRES

1. Le message des autorités	7
2. La déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents	8
3. La présentation de l'établissement et les faits saillants	8
3.1 L'établissement	8
3.1.1 La mission	8
3.1.2 La vision	9
3.1.3 Les valeurs organisationnelles	9
3.1.4 Structure organisationnelle	10
3.2 Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives	12
3.2.1 Le conseil d'administration	12
3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives	13
3.3 Les faits saillants	27
4. Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité	39
4.1 Les attentes spécifiques	39
4.2 Les engagements annuels	44
5. Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	68
5.1 L'agrément	68
5.1.1 Non-conformités avec modalités d'amélioration acceptées	69
5.1.2 Non-conformités avec mesures d'amélioration en voie d'être déposées	70
5.2 La sécurité et la qualité des soins et des services	71
5.2.1 Les actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents	71
5.2.2 La nature des trois principaux types d'incidents (indices de gravité A et B) mis en évidence au moyen du système local de surveillance	72
5.2.3 La nature des trois principaux types d'accidents (indices de gravité C à I) mis en évidence au moyen du système local de surveillance	72
5.2.4 Les actions entreprises par le comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement en lien avec les principaux risques d'incidents/accidents	72
5.2.5 Les actions entreprises par le comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement en lien avec la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales	74
5.2.6 Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art 118.1 LSSSS)	75
5.2.7 Les suivis apportés par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité aux recommandations formulées par les instances	77

Le Rapport annuel de gestion 2019-2020 est une production du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches :

363, route Cameron
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2
Téléphone : 418 386-3363

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

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

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

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020
ISBN : 978-2-550-87028-9

TABLE DES MATIÈRES (suite)

5.3	Le nombre de mises sous garde dans une installation selon la mission	86
5.4	L'examen des plaintes et la promotion des droits	86
5.5	L'information et la consultation de la population	87
6.	L'application de la Politique portant sur les soins de fin de vie	88
7.	L'application de la Loi sur la protection de la jeunesse	91
8.	Les ressources humaines	94
8.1	Les ressources humaines de l'établissement public et privé conventionné	94
8.2	La gestion et le contrôle des effectifs pour l'établissement public	95
9.	Les ressources financières	96
9.1	L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme	96
9.2	L'équilibre budgétaire	97
9.3	Les contrats de service	97
10.	L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant	97
11.	La divulgation des actes répréhensibles	108
12.	Les organismes communautaires	109
	ANNEXE : Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration	115

1. Le message des autorités

Le CISSS de Chaudière-Appalaches a pris un premier engagement vers la reconnaissance d'une mission universitaire, soit devenir une « organisation apprenante », un acteur incontournable où l'enseignement, la recherche, le transfert et l'application des connaissances sont intégrés et structurés autour de l'excellence des soins et des services offerts aux usagers. Ainsi, notre établissement s'engage à s'interroger sur ses pratiques, à innover et à agir pour s'adapter aux nouvelles réalités en tenant compte de l'expérience de l'usager et à offrir les meilleurs soins et services à la population. Dans la continuité de nos efforts de partenariat avec les usagers, nous avons lancé un nouvel événement appelé « Dialogue-citoyens en santé et services sociaux ». Il vise plus particulièrement à aller à la rencontre de citoyens invités à partager leur point de vue des soins de santé et de services sociaux. Leurs témoignages et l'expérience qu'ils vivent en tant qu'usager nous permettent de déployer des actions afin de mieux répondre à leurs besoins.

Vingt-six installations du CISSS de Chaudière-Appalaches ont été visitées dans le cadre de la visite d'Agrément Canada. C'est avec fierté que nous étions parmi les établissements ayant obtenu les meilleurs résultats au Québec. Nous avons examiné nos bons coups et nous sommes déjà en action pour mettre en place des améliorations.

C'est avec plaisir que nous avons appris le maintien de notre certification Entreprise en santé – Élite à la suite d'un audit de maintien réalisé dans nos murs. Cela représente le résultat des efforts soutenus déployés par la direction et le personnel pour accorder une place centrale, au quotidien, aux quatre sphères de la démarche et ainsi contribuer à la qualité de vie au travail au sein de notre établissement.

Plusieurs annonces importantes pour notre établissement et nos usagers ont été effectuées en cours d'année. Le Centre régional intégré de cancérologie (CRIC) du CISSS de Chaudière-Appalaches a officiellement ouvert ses portes à ses premiers usagers le 25 mars 2019. Nous avons également obtenu le feu vert du gouvernement du Québec pour le projet mobilisateur de délocalisation du programme de doctorat en médecine de l'Université Laval qui vise à valoriser et à promouvoir la pratique médicale en région et en milieu rural. Un pavillon de l'enseignement de la médecine sera construit à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Mentionnons également l'annonce des premières étapes du projet de réaménagement de l'unité de traitement du cancer et de quatre autres secteurs de l'Hôpital de Saint-Georges, soit la médecine de jour, la médecine interne, l'inhalothérapie et les services ambulatoires gériatriques. Nous avons aussi accueilli très favorablement l'annonce d'une hausse historique du financement accordé aux organismes communautaires en santé et services sociaux de la région ainsi que celle de l'ouverture d'une maison Gilles-Carle en Beauce afin de mieux soutenir les proches aidants de la région.

Nous tenons à souligner l'engagement de toutes les personnes œuvrant au CISSS de Chaudière-Appalaches qui se sont investies pour faire face à la crise majeure de la pandémie de la COVID-19. Les équipes en provenance de tous les secteurs se sont rapidement mobilisées pour élaborer et actualiser un plan d'action d'envergure. Cette grande mobilisation et la collaboration de tous a permis de déployer et d'ajuster plusieurs services et activités à vitesse grand V, tout en assurant la continuité des autres soins et services offerts par notre établissement.

Merci à vous tous!

Brigitte Busque

Brigitte Busque,
présidente du conseil d'administration



Daniel Paré

Daniel Paré,
président-directeur général



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

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

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

À ma connaissance, l'information présentée dans le rapport annuel de gestion 2019-2020 du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches ainsi que les contrôles y afférant sont fiables et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2020.

Le président-directeur général,



Daniel Paré

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

3.1 L'établissement

3.1.1 La mission

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

- Pour assurer une véritable intégration des services offerts à la population, le CISSS de Chaudière-Appalaches doit :
- Être au cœur d'un RTS;
 - Assurer la prestation de soins et de services à la population de son territoire sociosanitaire, incluant le volet santé publique;
 - Assumer une responsabilité populationnelle envers la population de son territoire sociosanitaire;

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

3.1.2 La vision

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

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

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

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

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

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

3.1.3 Les valeurs organisationnelles

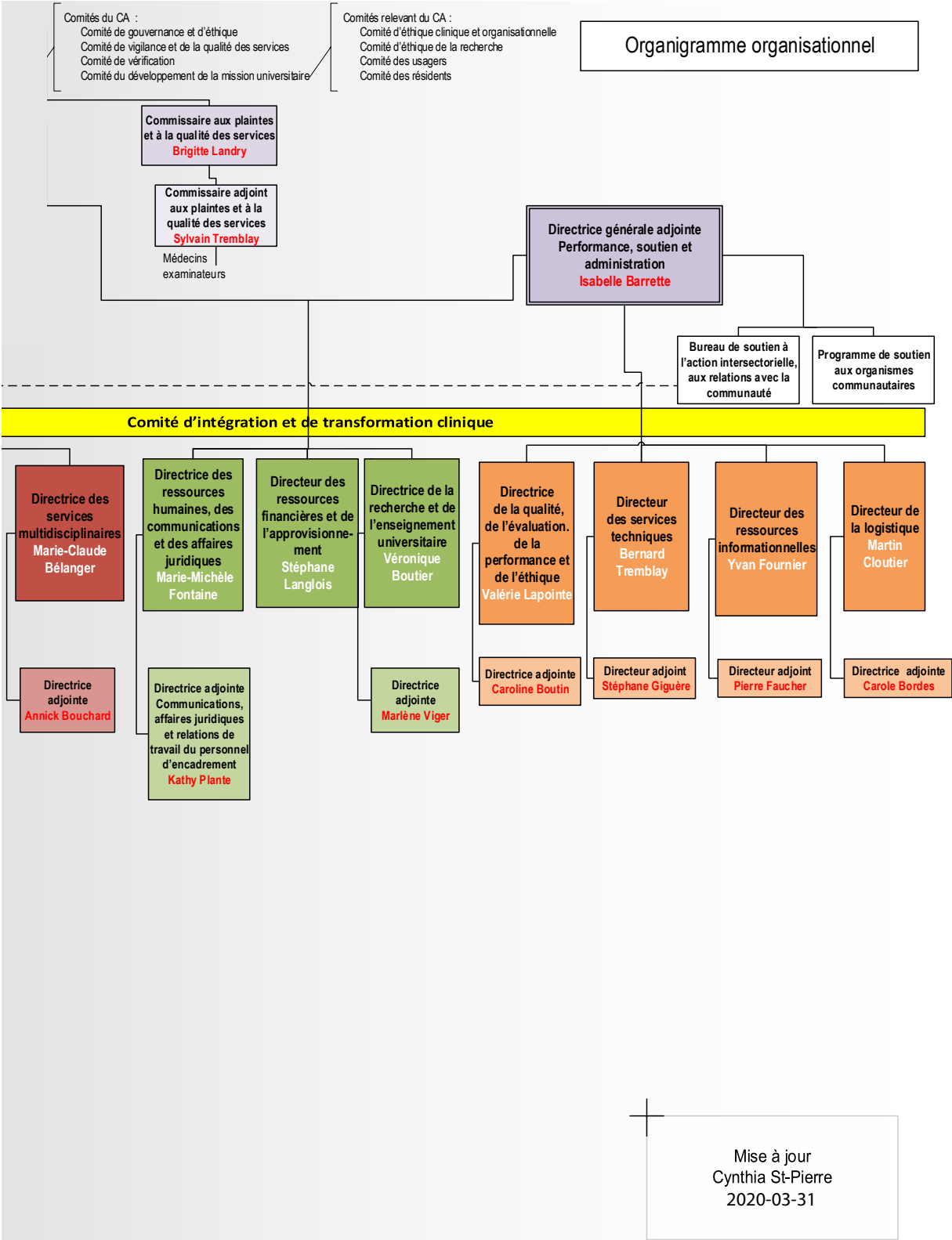
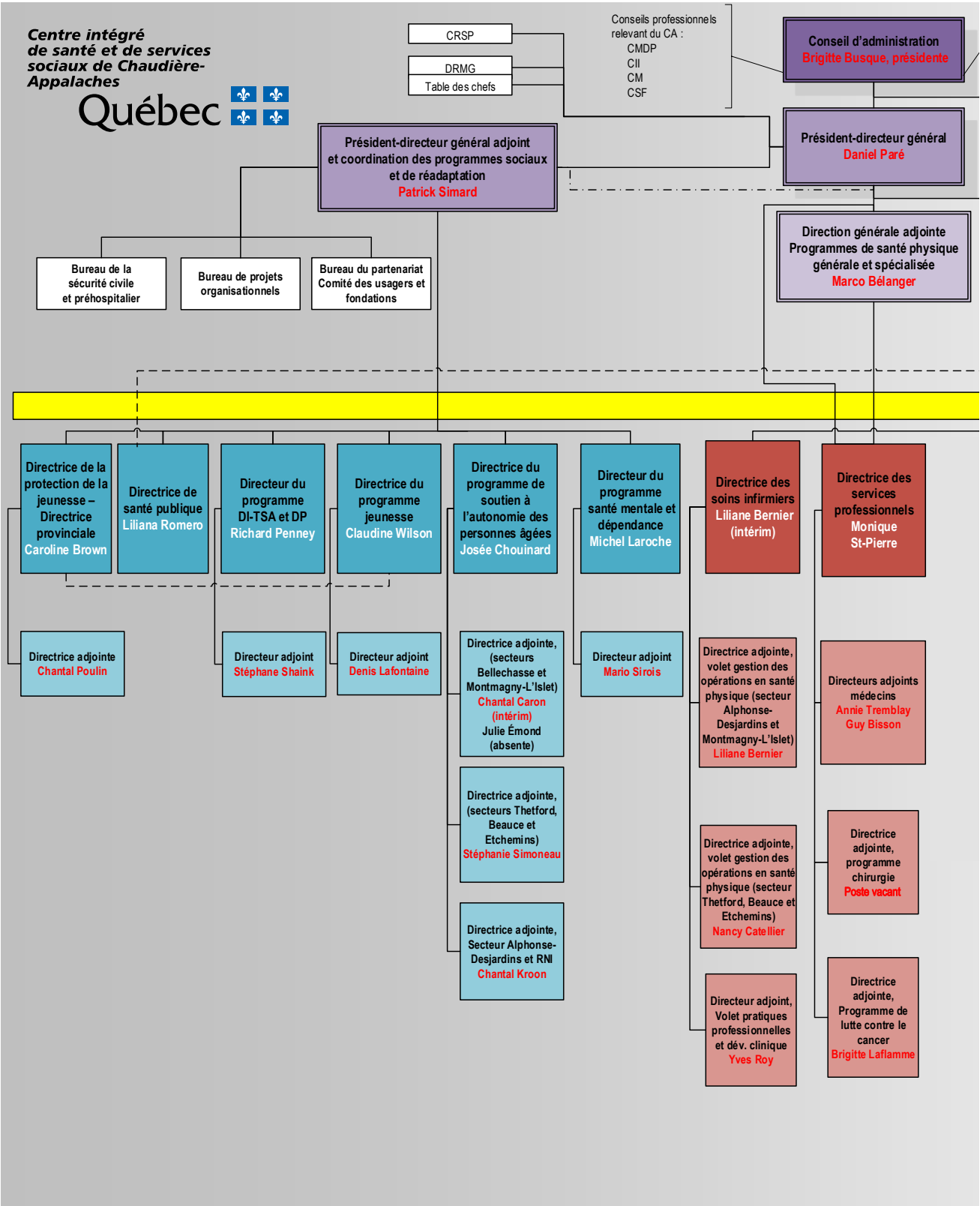
Humanisme : Au CISSS de Chaudière-Appalaches, nous énonçons clairement notre croyance en l'humain. Nous reconnaissons l'unicité de chaque personne, sa dignité et son intégrité. Pour cette raison, l'ouverture à l'autre et l'écoute représentent la base du comportement bienveillant, tout en favorisant l'autodétermination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

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

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



3.1.4 Structure organisationnelle



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

3.2.1 Le conseil d'administration

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

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

Les officiers du conseil d'administration sont :

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

Les membres du conseil d'administration sont :

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

Rapport de suivi du code d'éthique et de déontologie

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

Vous pouvez consulter le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CISSS de Chaudière-Appalaches sur la page suivante de notre site Web : <https://www.cisssca.com/fr/cisss/conseil-dadministration>.

3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives

Voici la liste des comités du conseil d'administration.

Comités du conseil d'administration

Comité de gouvernance et d'éthique	
M ^{me} Josée Caron	Présidente
M ^{me} Louise Lavergne	Membre jusqu'au 21 janvier 2020
M ^{me} Maryan Lacasse	Membre jusqu'au 9 mai 2019
M ^{me} Diane Fecteau	Membre
M. Daniel Paré	Président-directeur général (membre d'office)

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1 ^{er} avril 2019 au 31 mars 2020
Le comité de gouvernance et d'éthique s'est réuni à quatre reprises en 2019-2020. Lors de ces séances, les sujets suivants ont été traités, soit les indicateurs du tableau de bord, la mise à jour des règlements, politiques, procédures et directives du CISSS de Chaudière-Appalaches, les recommandations à la suite de la visite d'Agrément Canada, la composition des comités et leur mandat et le suivi de l'arrivée des nouveaux membres du conseil d'administration.

Comité de vigilance et de la qualité des services	
M ^{me} Louise Lavergne	Présidente (jusqu'au 21 janvier 2020)
M. Richard Tanguay	Administrateur (jusqu'au 15 janvier 2020)
M. Jérôme L'Heureux	Administrateur
M ^{me} Brigitte Landry	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services (d'office)
M. Daniel Paré	D'office comme président-directeur général

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1 ^{er} avril 2019 au 31 mars 2020
Le comité de vigilance et de la qualité des services s'est réuni à quatre reprises sur les six réunions prévues au calendrier en 2019-2020. Deux réunions ont été annulées en raison de la démission de deux administrateurs et de la pandémie de la COVID-19. De ces quatre séances, une a permis aux membres de recevoir les présidents des conseils professionnels et du comité des usagers du centre intégré afin d'avoir un temps d'échange au sujet de leurs enjeux liés à la qualité des services et une autre où les membres ont reçu le bilan de l'éthique clinique et organisationnelle du CISSS de Chaudière-Appalaches. Les autres séances ont permis de traiter du suivi de l'agrément et des différents motifs de plaintes, du suivi de la qualité des résidences pour personnes âgées et des centres d'hébergement de soins de longue durée et d'assurer une vigie des enjeux particuliers liés au Protecteur du citoyen, à la gestion des risques et à la prévention et contrôle des infections.

Comité de vérification	
M ^{me} Suzanne Jean	Présidente
M ^{me} Josée Caron	Membre
M. Jérôme L'Heureux	Membre
Poste vacant	Membre
Poste vacant	Membre

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1 ^{er} avril 2019 au 31 mars 2020
Suivis de gestion annuels : Présentation des états financiers et du rapport de l’auditeur externe, l’adoption du budget initial, les suivis financiers périodiques, le plan d’investissement dans les services à la suite des priorités gouvernementales.
Mise à jour en ce qui a trait à l’application des règles contractuelles. Mise à jour de la Politique d’approvisionnement pour y intégrer les nouvelles normes avec l’introduction de l’Autorité des marchés publics dans les processus.
Mise à jour de la Politique sur les frais de déplacement et de représentation à la suite de la signature des ententes syndicales locales.
Présentation de l’analyse de l’évolution du taux administratif au CISSS de Chaudière-Appalaches.

Comité du développement de la mission universitaire	
M. Martin Cloutier	Représentant du conseil d’administration jusqu’au 28 juin 2019 (membre votant)
D ^{re} Catherine Boucher	Représentante du conseil d’administration (membre votant)
M ^{me} Véronique Boutier	Directrice de la recherche et de l’enseignement universitaire (membre non votant)
M ^{me} Brigitte Busque	Présidente du conseil d’administration (membre d’office) (membre votant)
M ^{me} Suzanne Jean	Représentante du conseil d’administration (membre votant)
M ^{me} Lucie Laflamme	Représentante de l’UQAR (membre non votant)
D ^r Gilles Lortie	Représentant de l’Université Laval, cogestionnaire de l’enseignement médical (membre non votant)
D ^r Jean-François Montreuil	Président du comité, représentant du conseil d’administration, représentant de l’Université Laval et cogestionnaire médical de l’enseignement (membre votant)
M. Daniel Paré	Président-directeur général (membre d’office) (membre votant)
M ^{me} Marlène Viger	Directrice adjointe de la recherche et de l’enseignement universitaire (membre non votant)

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1 ^{er} avril 2019 au 31 mars 2020
Reconnaissance du CISSS du Chaudière-Appalaches par Agrément Canada comme une « organisation apprenante ». En septembre 2019, les experts d’Agrément Canada ont souligné dans leur rapport de visite que ce positionnement est déjà observable sur le plan de la prestation de soins et de services et la prise de décisions fondées sur des principes éthiques, d’autant plus que l’enseignement universitaire est développé et que plusieurs activités de recherche sont réalisées dans une optique favorisant l’épanouissement des talents.
Le Centre de recherche SASSS du CISSS de Chaudière-Appalaches a connu un développement remarquable au cours de l’année avec une augmentation du nombre de chercheurs et de projets de recherche intégrée, et ce, bien que la demande de reconnaissance comme centre de recherche en émergence de l’Université Laval ait été refusée.

Le projet du nouveau Pavillon d’enseignement médical à l’Hôtel-Dieu de Lévis prévu en 2022, connu sous le nom de « Doctorat en médecine délocalisé », a été déposé au MSSS. En enseignement multidisciplinaire, le programme de soutien et de reconnaissance pour les superviseurs de stage a connu un rayonnement exemplaire avec l’octroi de 360 000 \$ en mesures d’encouragement et a été souligné avec succès lors du Gala d’excellence du CISSS de Chaudière-Appalaches.
Les chantiers sur l’application des connaissances et des technologies, modes d’intervention et pratiques de pointe, ont permis de faire valoir 13 pratiques prometteuses issues du CISSS de Chaudière-Appalaches ainsi que le développement de nouveaux partenariats.

Conseils professionnels relevant du conseil d’administration

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

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1 ^{er} avril 2019 au 31 mars 2020
Politique sur la formation complémentaire (Fellow).
Rencontre conjointe avec certaines directions cliniques – 9 octobre 2019.
Démarrage et amélioration des instances locales.
Déploiement de mesures sur le suivi de la qualité.

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)	
M ^{me} Virginie Breton	Présidente
M ^{me} Line-Janik Robichaud	Vice-présidente
M ^{me} Amélie Poulin	Trésorière

M. Daniel Paré	Président-directeur général
M ^{me} Émilie Turcotte	Conseillère
M ^{me} Caroline Poulin	Conseillère
M ^{mes} Pascale Labrecque/Estelle Rancourt	Conseillères (deux IPS se partagent le siège pour l'année)
M ^{me} Alex Paré	Conseillère
M ^{me} Marie-Anne Beauchamp	Conseillère
M. Joas Quirion	Président du CIIA
M. Jean-François Blanchet	Représentant du CIIA
M ^{me} Liliane Bernier	Directrice des soins infirmiers (par intérim)
M. Yves Roy	Directeur adjoint des soins infirmiers, volet pratiques professionnelles et développement clinique
M. Maxime Bernard	Conseiller
M. Pierre-Paul Grondin	Conseiller

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020

Le CII et le CIIA se sont déplacés dans plusieurs installations pour visiter les infirmières et les infirmières auxiliaires dans leur milieu respectif. Ils ont recueilli certaines préoccupations du personnel infirmier et ont travaillé en étroite collaboration avec la Direction des soins infirmiers à trouver et à mettre en place différentes solutions d'amélioration. Par la même occasion, le CII et CIIA ont profité de ces échanges pour faire connaître leur conseil et comité, ainsi que d'expliquer leur mandat.
Création de la boutique virtuelle par le comité de la relève infirmière, qui est un des sous-comité du CII. Les autres sous-comités sont le CIIA et le comité PAB. Des uniformes et autres vêtements portant le logo du CISSS de Chaudière-Appalaches peuvent être commandés par le personnel de l'établissement. Belle innovation favorisant le sentiment d'appartenance à notre établissement.
Le comité exécutif du CII a débuté un travail d'envergure lié à l'amélioration de la qualité des soins en CHSLD, de concert avec la DPSAPA et la DQEPE. Ce grand projet se poursuivra tout au long de la prochaine année.
Le CII a été consulté sur divers sujets/procédures/règles de soins/politiques/OC et a émis des commentaires, avis et recommandations sur les différents sujets tels que la main-d'œuvre, l'agrément, des trajectoires de soins et services, un plan d'amélioration, l'encadrement professionnel, le portfolio et l'accueil/orientation/intégration. Le CII a également tenu son premier lac-à-l'épaule ayant pour thème l'engagement professionnel et a participé à plusieurs comités et rencontres tout au long de l'année.
Actions réalisées pour les membres : • L'organisation du colloque en soins infirmiers à l'UQAR, permettant au personnel infirmier de profiter de sept heures de formation continue accréditées ou non reconnues par l'OIIQ et l'OIIAQ.
Reconnaissance du savoir, savoir-être et savoir-faire de membres du personnel infirmier par des articles/entrevues dans le journal interne L'interligne.

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

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020

Dépôt de divers avis et recommandations (ex. : rôle intégré des TS, validité des évaluations en ergothérapie et en physiothérapie dans un contexte de soins aigus, outils de pondération des charges de cas, services SAD inhalothérapie Montmagny-L'Islet-Desjardins) en cours d'année.
Participation (et leadership) d'un comité provincial : Mémoire déposé à la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse et présence en audience publique en décembre 2019.
Finaliste CECM en action (consultation des répondants sur le projet pertinence clinique) en novembre 2019.
Organisation d'une activité reconnaissance : cartes postales en février 2020.

Conseil des sages-femmes (CSF)	
M ^{me} Maude Côté	Présidente
M ^{me} Naoual Alazouer	Vice-présidente
M ^{me} Marie-Josée Larocque	Secrétaire
M ^{me} Clara Sévigny-Bachand	Officière
M ^{me} Geneviève Bélanger	Officière

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1 ^{er} avril 2019 au 31 mars 2020
Nous avons mis en place et débuté un processus d’analyse des résultats du sondage d’appréciation de la clientèle pour l’année 2019-2020 avec la collaboration des usagers.
Une entente de collaboration interprofessionnelle (trajectoires de collaboration) a été rédigée par les représentants du Service sages-femmes Mimosa et de l’Hôtel-Dieu de Lévis. L’entente a été conclue dans ses grandes lignes, mais la signature a été repoussée après la crise de la COVID-19.
La collaboration avec les infirmières du CHBE afin qu’elles puissent assister les sages-femmes lors d’accouchements au CHBE a débutée en mai 2019.
Des mesures spéciales ont été mises en place de façon diligente afin d’assurer la sécurité de la clientèle dans le contexte de la COVID-19, en suivant les directives de l’établissement et du MSSS.

Autres instances consultatives

Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)	
M ^{me} Louise Binet	Pharmacienne-propriétaire, secteur Beauce-Etchemins et présidente du CRSP, présidente
M ^{me} Catherine Bolduc	Pharmacienne en établissement de santé, secteur Thetford Mines
M ^{me} Chantal Breton	Chef du département régional de pharmacie, CISSS de Chaudière-Appalaches
M ^{me} Caroline Buteau	Pharmacienne communautaire salariée, secteur Alphonse-Desjardins
M ^{me} Andrée-Anne Caron	Pharmacienne-propriétaire, secteur Beauce-Etchemins
M ^{me} Stéphanie Faucher	Pharmacienne communautaire salariée, secteur Thetford Mines
M ^{me} Diane Fecteau	Pharmacienne en établissement de santé, secteur Beauce-Etchemins
M. Marc Hurtubise	Pharmacien-propriétaire, secteur Montmagny-L’Islet
M ^{me} Stéphanie Laforest	Pharmacienne communautaire salariée, secteur Alphonse-Desjardins
M ^{me} Geneviève Larouche	Membre invité, représentante du CRSP de la Capitale-Nationale
M ^{me} Marie-Claude Lord	Pharmacienne en établissement de santé, secteur Montmagny-L’Islet

M. Daniel Paré	Président-directeur général, CISSS de Chaudière-Appalaches
M ^{me} Marie-Claude Raymond	Pharmacienne-propriétaire, secteur Alphonse-Desjardins
D ^{re} Monique St-Pierre	Membre invité, directrice des services professionnels – CISSS de Chaudière-Appalaches
M ^{me} Dominique Rousseau	Pharmacienne en établissement de santé, secteur Alphonse-Desjardins
M. Daniel Roux	Membre invité, représentant du Département régional de médecine générale (DRMG)

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1 ^{er} avril 2019 au 31 mars 2020
Dossier des opioïdes : le CRSP s’est assuré de la mise en place des trajectoires de distribution des trousse de naloxone pour les usagers à risque de surdose et pour les intervenants qui œuvrent auprès de cette clientèle.
Trajectoire régionale pour l’antibiothérapie intraveineuse à domicile (ATIVAD) : un sous-comité du CRSP a été mis en place afin d’harmoniser les pratiques concernant l’ATIVAD et d’élaborer une trajectoire optimale pour la clientèle. Ces travaux se poursuivront au cours de la prochaine année.
Modèle régional d’organisation des soins et services pharmaceutiques : le CRSP a travaillé à l’élaboration d’orientations pour la mise en œuvre d’un modèle d’organisation des soins et services pharmaceutiques basé sur une définition commune des rôles et des responsabilités des pharmaciens œuvrant en établissement de santé, en GMF ou en pharmacie communautaire. Ces travaux se poursuivront au cours de la prochaine année.
Élections au CRSP : suivant le processus de désignation prévu par règlement, le CRSP a eu le plaisir de voir le mandat de certains membres renouvelé et d’en accueillir de nouveaux permettant une représentativité de tous les territoires de la région et des types de pratiques pharmaceutiques au sein du comité.

Département régional de médecine générale (DRMG)	
D ^r Marc Bergeron	Chef du DRMG, Montmagny-L’Islet (Omnipratique)
D ^{re} Annie Lanthier (Alphonse-Desjardins Service de périnatalogie)	Membre élu, Alphonse-Desjardins (Service de périnatalogie)
D ^r Sylvain Dion	Membre élu, Etchemins (Omnipratique)
D ^r Luc Bédard	Membre coopté, Thetford Mines (Omnipratique)
D ^r Éric Legendre	Membre coopté, Alphonse-Desjardins (Service de médecine d’urgence)
D ^{re} Catherine Boucher (remplacée par D ^{re} Michèle Robichaud (Chef de sous-sous service, URFI de Charny) à partir de février 2020	Membre coopté, Alphonse-Desjardins (Service de réadaptation)
D ^r Normand Drolet	Membre coopté, Lotbinière (Omnipratique)
D ^{re} Anne Laliberté	Membre coopté, Bellechasse (Omnipratique)
D ^{re} Geneviève Caron-Fauconnier	Membre coopté, Beauce (Omnipratique)
D ^r Jean Rouillier	Membre coopté, Alphonse-Desjardins (Omnipratique)
D ^r Daniel Roux	Membre coopté, Nouvelle-Beauce (Omnipratique)
D ^{re} Cathie Sanfaçon remplacée par D ^r Jérôme Patry (Service de GMF-U) à partir de novembre 2019	Membre coopté, Alphonse-Desjardins (Volet GMF-U)

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1 ^{er} avril 2019 au 31 mars 2020
Déploiement du constat de décès à distance en CHSLD Instauré grâce à une initiative de la D^{re} Anne Laliberté (rep. sous-territoire Bellechasse) et soutenue par M^{me} Vanessa Couture (APPR DRMG-DSP), cette nouvelle façon de procéder permet d’améliorer l’efficience de cette procédure par une collaboration accrue médecin-infirmière. De plus, à terme, cela libérera l’UCCSPU qui pourra mieux assumer ses vocations premières. Mise en application du nouveau processus de sélection des postes au PREM 2020 Ce nouveau mode de fonctionnement a pour objectif premier un meilleur arrimage entre un résident et son lieu d’application priorisé. De plus, il exige une standardisation accrue du processus d’entrevue afin d’en optimiser l’équité et la qualité. Ainsi, des séances d’entrevue furent organisées presque simultanément dans chaque territoire et les résidents de même que les médecins impliqués se sont montrés satisfaits du déroulement. L’exercice a permis de combler rapidement l’ensemble des postes de nouveaux facturants, et ce, dans tous les territoires. Instauration du mouvement collectif appelé « La Grande Inscription » en décembre 2019, mis sur pied afin d’insuffler un nouvel élan à la prise en charge de la clientèle orpheline dans l’ensemble de la région. Cette action a permis la prise en charge de plus de 1 700 patients en attente sur le GAMF. Nous considérons fortement la possibilité de répéter cette initiative l’an prochain. Pandémie COVID-19: Implication du DRMG dans l’ensemble des missions dévolues à la première ligne • Déploiement et maintien des CDD/CDÉ; • Consolidation ou mise en place de la couverture médicale en CHSLD-SAD-RPA (participation active au comité de réaffectation médicale); • Participation active à la mise sur pied de couverture médicale en SNT et zones tampons, en concertation avec les différentes directions; • Représentations régulières épaulées par la DSP auprès des chefs de GMF et autres cliniques depuis le début de la pandémie afin de les garder bien au fait de l’évolution de la situation et du caractère essentiel de leur implication soutenue sur tous les fronts.

Table régionale des chefs de département	
Dr Martin Poulin	Chef du département d’anesthésiologie
Dr André Vincent	Chef du département de biologie médicale
D ^{re} Caroline Labbé	Chef du département de chirurgie
D ^{re} Marie-Josée Godbout	Chef du département d’imagerie médicale
D ^{re} Anik Tremblay	Chef du département de médecine générale
Dr Pierre Grammond	Chef du département de médecine spécialisée
D ^{re} Monique St-Pierre	Co-chef du département de médecine d’urgence intérimaire
Dr Martin Arata	Co-chef du département de médecine d’urgence intérimaire
Dr Réjean Lemieux	Chef du département d’obstétrique et gynécologie
D ^{re} Catherine Déry	Chef du département de pédiatrie
Dr Michel Wapler	Chef du département de psychiatrie
M ^{me} Chantal Breton	Chef du département de pharmacie
Dr Pierre Deshaies	Chef du département de santé publique

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1 ^{er} avril 2019 au 31 mars 2020
Création d’un comité de travail concernant les exigences de l’Université Laval de formations complémentaires pour les médecins spécialistes qui ne concordent pas toujours avec les effectifs médicaux disponibles et les besoins populationnels. Un énoncé de position a été rédigé à cet effet.
Suivis particuliers réalisés et mesures correctives exigées à la suite de deux situations présentant des risques pour la clientèle : • Perte de demandes de consultations spécialisées à réaliser en mode externe formulées par des médecins de l’urgence (problème de transmission par télécopieur); • Certains rapports de pathologie non transmis pendant une période de trois mois occasionné par un problème informatique en lien avec une imprimante.
Contribution à la démarche de renouvellement des privilèges ainsi qu’à l’élaboration des PEM 2012-2025.
Participation active aux mesures particulières déployées en février et mars 2020 lors du début de la pandémie occasionnée par la COVID-19.

Comité d’éthique de la recherche	
M. Félix Carrier, M.D.	Expertise scientifique
M ^{me} Marlène Castilloux, D.E.C.	Représentante de la collectivité
M ^{me} Amélie Chouinard, pharm., M. Sc.	Expertise scientifique
M. Martin Gaudreau, M. Sc.	Expertise scientifique (membre non votant)
M. Paul Guay, LL. B.	Expertise juridique
M ^{me} Nathalie Laflamme, Ph. D.	Expertise scientifique
M ^{me} Ana Marin, Ph. D.	Expertise en éthique et expertise scientifique
M. Guy Morin, M. Ph.	Représentant de la collectivité
M. Jean Rousseau, Ph. D.	Expertise scientifique
M ^{me} Marie-Philippe Tremblay, B. Sc. inf., M. Sc.	Expertise scientifique
M ^{me} Anne Bolduc, LL. B.	Expertise juridique (substitut)
M. Pierre-Maurice Ferland, M. Éth.	Expertise en éthique (substitut)
M ^{me} Claire Gaudreault-Arbelot, B. Sc., M.A.	Expertise en éthique
M ^{me} Marie-Soleil Hardy, Ph. D.	Expertise scientifique (substitut)
Poste vacant	Représentant de la collectivité (substitut)

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1 ^{er} avril 2019 au 31 mars 2020
32 nouveaux projets de recherche ont été évalués cette année par le CER (versus 22 l’an dernier).
Deux nouveaux membres au sein du comité (M ^{me} Marie-Philippe Tremblay en remplacement de M ^{me} Kim Caron et Dr Félix Carrier en remplacement de Dr François Primeau).
Changement à la présidence du comité (M ^{me} Ana Marin en remplacement de M ^{me} Amélie Chouinard).

M. Martin Gaudreau, coordonnateur du CER, a participé à un comité de travail pour développer des formulaires de suivi harmonisés à utiliser pour l'ensemble des établissements du RSSS qui utilisent Nagano dans le suivi des projets multi-centriques. Le travail a été fait avec la coordonnatrice du CER de l'IUCPQ-UL et la vice-présidente, Panel NEUPSY du CER CUSM et présenté aux présidentes des CER des principaux établissements pour validation. La validation des derniers formulaires devait avoir lieu le 8 avril, mais a été reportée en raison de la COVID-19.

Comité des usagers	
M. Roger Lachance	Président
M. Bernard Poulin	Vice-président
M ^{me} Diane Anglehart	Secrétaire
M ^{me} Claudette St-Gelais	Trésorière
M. Roland Poulin	Membre
M ^{me} Lise Vachon	Membre
M ^{me} Hélène Gilbert	Membre
M ^{me} Renée Hébert	Membre
M ^{me} Pierrette Gosselin	Membre
M. Claude Filteau	Membre
M ^{me} Marielle Fortier	Membre
M ^{me} Michelle Cliche	Membre
M ^{me} Nathalie Carrier	Membre

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1 ^{er} avril 2019 au 31 mars 2020
Organisation d'une journée « Forum sur les enjeux », permettant de réunir plusieurs représentants des comités des usagers et de résidents, dans le but de déterminer les enjeux prioritaires au sein des différentes installations et directions de l'établissement et de formuler des recommandations visant l'amélioration de la qualité des soins et des services offerts aux usagers suivi de la rédaction et du dépôt du document sur les enjeux 2019-2021 à la Direction générale.
Mise en œuvre de la réorganisation du Comité des usagers en dépendance (CRDCA), afin d'élargir sa mission, lui permettant de couvrir l'ensemble des activités de la Direction du programme santé mentale et dépendance.
Conception et présentation d'un atelier au Congrès RPCU 2019, intitulé : « Un modèle de collaboration et de partenariat en CHSLD » portant sur l'approche de collaboration avec l'établissement et sur l'importance d'une approche relationnelle et empreinte de tendresse dans le travail des comités des usagers et des comités de résidents.
Mise sur pied d'une Table régionale des enjeux (TRE), regroupant des membres des comités des usagers de la région de la Chaudière-Appalaches, qui a comme principal mandat d'assurer la concertation de ses membres au niveau du suivi des enjeux prioritaires déposés à la Direction générale.

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

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1 ^{er} avril 2019 au 31 mars 2020
Participation de la THR à l'exercice prioritaire du CUCI quant à la détermination des enjeux, spécifiquement pour la clientèle hébergée au printemps 2019. Les enjeux ont ensuite été déposés à la Direction générale et une rencontre d'échange a eu lieu avec M. Patrick Simard. C'est la DPSAPA qui aura la responsabilité de répondre aux enjeux concernant la clientèle hébergée et d'en assurer un suivi.
Rédaction d'un questionnaire qui a été soumis aux présidents des CR dans le but de dresser un portrait de la situation concernant la période estivale 2019. Grâce à la grande participation de ceux-ci, un document synthèse a pu être déposé par la suite à M ^{me} Josée Chouinard incluant les principaux éléments recueillis, les préoccupations et certaines pistes de solution.
Participation des deux responsables de la THR à un comité de travail avec M ^{me} Josée Chouinard, en compagnie de M ^{me} Geneviève Gosselin et de la personne-ressource du CUCI, dans le but de s'assurer de bien transmettre les préoccupations des CR et que les différents enjeux soient partie prenante des orientations et des actions entreprises par la DPSAPA, et ce, dans un objectif constant d'amélioration de la qualité des soins et des services en CHSLD. Deux rencontres de travail ont eu lieu pendant l'année et des résumés ont été produits et remis à tous les membres des CR pouvant servir de guide d'information.
Participation de trois membres de la THR et du président du CUCI à l'organisation et à l'animation d'un atelier au Congrès RPCU, en octobre 2019, expliquant l'organisation et le fonctionnement de la THR sous l'angle de la collaboration avec les différentes directions de l'établissement. Trois capsules vidéo ont été produites incluant des membres de la THR, le président d'un CR et des gestionnaires de la DPSAPA, soulignant les avantages et les impacts d'une saine collaboration entre eux.

Comité de gestion des risques	
M ^{mes} Valérie Lapointe et Caroline Boutin	Directrice adjointe de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique Représentant le président-directeur général ou une personne identifiée par ce dernier pour agir comme responsable du comité et membre d'office
M ^{mes} Maryse Laplante et Patricia Soucy	Chef de service à la gestion intégrée des risques et à la prestation sécuritaire des soins et services Représentant la chef de service à la gestion intégrée des risques et à la prestation sécuritaire des soins et services
M ^{me} Chantal Breton	Chef du département de la pharmacie Représentant un chef du département de la pharmacie
M ^{me} Catherine Roy	Chef de service en prévention et contrôle des infections Membre désigné par le comité de prévention des infections
Dr François Paquet	Urgentologue et médecin hyperbare Représentant un médecin issu du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
M ^{me} Patricia Bilodeau	Ergothérapeute Membre issu du conseil multidisciplinaire (social/réadaptation)
M ^{me} Caroline Poulin	Infirmière Membre issu du conseil des infirmières et infirmiers, dédié aux soins cliniques, représentant la mission hospitalière
M. Pierre-Luc Blanchet	Infirmier auxiliaire Membre issu du conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires, dédié aux soins cliniques, représentant la mission hébergement
M. Marco Bélanger	Directeur adjoint à la Direction des services professionnels – Programme chirurgie Répondant local au retraitement des dispositifs médicaux des établissements
M ^{me} Nancy Duperron	Coordonnatrice, service hospitalier et santé publique jeunesse Membre des services du continuum enfance jeunesse
M ^{me} Marielle Fortier	Membre du comité des usagers

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1 ^{er} avril 2019 au 31 mars 2020
Projet usager-partenaire du MSSS. La candidature pour le projet d'intégration de l'usager-partenaire au sein de la structure de management de la gestion intégrée des risques et à la prestation sécuritaire des soins et services (GIRPSSS) a été retenue. Une bourse de 60 000 \$ a été allouée pour l'ensemble du projet mentionné « phare » pour la gestion des risques, selon le MSSS. Dans ce projet, la participation de l'usager-partenaire est orientée vers les niveaux de considération et de favorisation de l'engagement. Il vise à inclure et à utiliser l'expérience de l'usager dans l'analyse des événements indésirables et dans l'animation des comités de retour sur l'expérience (CREX). De plus, ce projet va soutenir la participation d'usagers dans les CPSSS. Élargir la formation en désobstruction respiratoire à plus de titres d'emploi. C'est à la suite d'une analyse des recommandations de rapports de coroners pour d'autres établissements, des statistiques sur les obstructions respiratoires pour l'ensemble de notre établissement et l'offre de formation qu'une demande a été formulée à la DSI et à la DRHCAJ. Il a été demandé d'élargir la formation sur la désobstruction respiratoire aux intervenants qui supervisent les repas et qui ne sont pas visés par l'offre de formation pour le RCR. Finalement, une vidéo présentant comment intervenir lors d'obstruction des voies respiratoires, et ce, pour différents types de clientèle a été réalisée.

Nouvelle application de la gestion des alertes. Dans une optique d'assurer une gestion efficace des alertes et des rappels, les travaux se sont poursuivis au cours de l'année pour la mise en place de la nouvelle application informatisée pour la gestion des alertes. Cette dernière permet d'uniformiser la gestion des alertes et des rappels, de centraliser le traitement et la documentation et d'optimiser la transmission d'informations aux personnes concernées. Depuis le 15 janvier 2020, l'application est en fonction et elle regroupe les alertes de type GBM, pharmacie et équipement et fonctionnement des bâtiments. En raison de la COVID-19, les travaux ont été en suspens pour les alertes de type fourniture et alimentaire. Plan de sécurité des usagers. À la suite de la dernière visite d'Agrément Canada, le CISSS de Chaudière-Appalaches devait élaborer un plan de sécurité pour les usagers. Ce dernier a été approuvé par le comité de gestion des risques le 26 février 2020. Il vise à promouvoir une culture juste en matière de sécurité, à intégrer des usagers à la structure de gestion intégrée des risques et de prestation sécuritaire de soins et services et à insérer des indicateurs en lien avec la sécurité des usagers dans le système de mesure et de gestion de la performance (salles de pilotage). Il a comme but de réduire les risques majeurs en lien avec la sécurité des usagers identifiés par la structure de management de la gestion intégrée des risques et de la prestation sécuritaire des soins et services du CISSS de Chaudière-Appalaches et de s'assurer de la mise en place d'instances en regard des risques associés à la sécurité des usagers.
--

Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de Chaudière-Appalaches	
M. Peter Whitcomb	Président
M ^{me} Lorna Campbell	Membre
M. Brian Gignac	Membre
M ^{me} Marie-Michelle Laplante	Membre
M ^{me} Michelle Mathieu	Membre
M ^{me} Ann Marie Powell	Membre
M ^{me} Maurren Small	Membre

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1 ^{er} avril 2019 au 31 mars 2020
Adoption par le conseil d'administration du CISSS de Chaudière-Appalaches de la nomination des membres du Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de Chaudière-Appalaches. Recommandation d'une candidature pour la nomination d'un représentant de la clientèle anglophone au sein du conseil d'administration du CISSS de Chaudière-Appalaches. Élaboration du programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise 2019-2024, lequel a été adopté par le conseil d'administration du CISSS de Chaudière-Appalaches du programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise 2019-2024, le 4 décembre 2019.

Comité consultatif des installations inscrites au dernier permis de l'établissement fusionné (CSSS de la région de Thetford)	
M ^{me} Carole Mercier	Présidente
M ^{me} Chantal Tanguay	Vice-présidente

M. André Fugère	Secrétaire
M ^{me} Christine Demers	Membre
M ^{me} Annie Stewart	Membre
M. Bernard Brun	Membre
M. Richard Tanguay	Membre (jusqu'au 15 janvier 2020)

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020

Le comité consultatif a travaillé avec différents acteurs du CISSS de Chaudière-Appalaches pour bien cerner les enjeux en santé et services sociaux pour la MRC des Appalaches. Ce comité s'est réuni à neuf reprises en 2019-2020, dont six réunions formelles et trois séances de travail, ce qui leur a permis de déterminer l'enjeu à prioriser comme étant celui de la présence d'amiante dans l'environnement de la région de Thetford. Par la suite, une démarche a été élaborée afin de mettre en place les conditions favorisant le développement durable de la région dans un cadre environnemental acceptable pour tous, notamment les citoyens. Les séances subséquentes ont porté sur l'élaboration du sondage et du rapport d'analyse effectué par la firme Léger. Enfin, le rapport d'analyse a été présenté au Bureau d'audiences publiques sur l'environnement (BAPE) le 18 février 2020.

Comité paritaire de santé et de la sécurité au travail

M ^{me} Mélanie Lambert	Membre SSST
M. Laurier Ouellet	Membre syndical
M. Martin Lemieux	Membre syndical
M ^{me} Annie Dubois	Membre syndical
M ^{me} Isabelle Furlotte	Membre syndical
M. Richard Penney	Membre patronal
M ^{me} Josée Chouinard	Membre patronal
M. Bruno Beaulieu	Co-président patronal
M. Jonathan Lemieux	Membre patronal

* Le co-président syndical est à statuer.

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020

Création du CPSST et des sous-comités de travail (santé psychologique, TMS, chutes, prévention de la violence au travail, SST-DST).
Semaine SST (sensibilisation sur la prévention des accidents du travail).
Projet pilote sur l'incivilité des usagers envers le personnel (pilote par le sous-comité sur la prévention de la violence au travail).
Collaboration du sous-comité chutes avec la DST (risque de chute dans les stationnements) et la DSI (Semaine de la prévention des chutes).

3.3 Les faits saillants

Le CISSS de Chaudière-Appalaches, une organisation apprenante

C'est avec une grande fierté que le CISSS de Chaudière-Appalaches a pris un premier engagement vers la reconnaissance d'une mission universitaire, soit devenir une « organisation apprenante », un acteur incontournable où l'enseignement, la recherche, le transfert et l'application des connaissances sont intégrés et structurés autour de l'excellence des soins et des services offerts aux usagers. Ainsi, notre établissement de santé et de services sociaux s'engage à s'interroger sur ses pratiques, à innover et à agir pour s'adapter aux nouvelles réalités en tenant compte de l'expérience de l'utilisateur et d'offrir les meilleurs soins et services à notre population. C'est aussi vouloir être une organisation qui présente une agilité, qui apprend de ses erreurs, qui explore des situations de développement et qui optimise la contribution de son personnel. Au cours des derniers mois, de par nos actions, de par l'implication importante des usagers partenaires et des pairs aidants ainsi que des collaborations très dynamiques avec les personnes œuvrant au sein de l'établissement et nos multiples partenaires, nous avons fait la démonstration que nous étions une organisation apprenante.



L'aventure du CRIC : un travail d'équipe au service des usagers

Après plus de six ans de planification et de construction et plus de 158 M\$ investis, le Centre régional intégré de cancérologie (CRIC) du CISSS de Chaudière-Appalaches a officiellement ouvert ses portes à ses premiers usagers le 25 mars 2019. Pour célébrer la fin des travaux et inaugurer le nouveau bâtiment, une conférence de presse, à laquelle participait la ministre de la Santé et des Services sociaux, a eu lieu le 25 février et une première porte ouverte pour les employés et les médecins s'est tenue le 28 février 2019. Plusieurs autres visites ont également permis à des partenaires, des membres de certains comités et des donateurs de la Fondation Hôtel-Dieu de Lévis de découvrir ce nouveau bâtiment du CISSS de Chaudière-Appalaches. Le CRIC est un bâtiment à la fine pointe de la technologie où l'aménagement physique a été conçu pour favoriser la guérison et répondre aux besoins du patient, de ses proches et de ceux des cliniciens. Les visiteurs ont réagi positivement à la vue des équipements, la beauté des lieux, l'éclairage et le calme que nous pouvons y ressentir.



Les « Journées emplois » du CISSS de Chaudière-Appalaches

La deuxième édition des Journées emplois s'est déroulée en avril 2019 à Lévis, Thetford Mines, Montmagny et Beauceville. Plus de 500 entrevues ont été réalisées lors de ces deux journées. Ceci a permis d'embaucher plus de 200 personnes. Recruter en contexte de rareté de main-d'œuvre nécessite de se montrer attractifs. Les Journées emplois nous permettent d'attirer de nouveaux talents tout en faisant rayonner notre fierté d'œuvrer dans une mission si importante et de faire, au quotidien, une différence qui compte dans la santé et le bien-être des gens.



Un « dialogue-citoyens » pour écouter et considérer les préoccupations de la population



Le CISSS de Chaudière-Appalaches a lancé un nouvel événement appelé « Dialogue-citoyens en santé et services sociaux ». Cet événement, initié par la Direction générale pour ouvrir un échange avec la population, se tient sous forme de « tournée » dans cinq secteurs de la région. Il vise plus particulièrement à aller à la rencontre de citoyens invités à partager leur point de vue des soins de santé et de services sociaux. Pour la première édition, la thématique choisie portait sur la façon dont les citoyens obtiennent de l'information pour avoir accès à nos services. Les discussions, animées par le biais de la formule « café du monde », permettent des échanges forts constructifs. De ces échanges se sont dégagés de grands constats et un plan d'action est présentement en déploiement.



Feu vert au projet mobilisateur de délocalisation du programme de doctorat en médecine de l'Université Laval

L'Université Laval et sa Faculté de médecine, le CISSS de Chaudière-Appalaches, le CISSS du Bas-Saint-Laurent et l'Université du Québec à Rimouski ont reçu le feu vert du gouvernement du Québec pour concrétiser les prochaines étapes du projet de délocalisation du programme de doctorat en médecine qui vise à valoriser et à promouvoir la pratique médicale en région et en milieu rural. Des pavillons d'enseignement de la médecine seront construits sur les sites de l'Hôpital régional de Rimouski et de l'Hôtel-Dieu de Lévis. Ces deux projets s'inscrivent dans le cadre d'une démarche visant à implanter l'enseignement du pré-externat en médecine, soit les trois premières années du doctorat, à Rimouski et à Lévis. Le pavillon à l'Hôtel-Dieu de Lévis accueillera, à terme, les cohortes de trois années d'enseignement, soit 90 étudiants en médecine.



Arrivée des équipes d'autoreplacement dans le secteur des soins

En contexte de rareté de la main-d'œuvre, nous ne pouvons pas seulement compter sur les efforts de recrutement pour assurer une disponibilité et une stabilité de personnel dans l'organisation. Il faut parallèlement prendre soin de nos gens pour qu'ils choisissent de demeurer avec nous et, dans un même temps, il nous faut optimiser leur présence et leur contribution. Le 13 mai 2019, le président-directeur général du CISSS de Chaudière-Appalaches, M. Daniel Paré, a annoncé l'arrivée des équipes d'autoreplacement dans le secteur des soins avec la création de 681 postes permanents, dont 550 postes à temps complet pour les infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes, préposés aux bénéficiaires (PAB) et auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASSS). La création de postes permet d'offrir une sécurité d'emploi aux employés à temps partiel qui ne détenaient pas de poste ou qui étaient sur des équipes volantes. En plus de contribuer à la qualité des milieux de travail, l'établissement anticipe aussi de réduire, à moyen terme, les heures supplémentaires et d'éliminer les heures supplémentaires obligatoires.

Deux distinctions pour notre établissement

Le CISSS de Chaudière-Appalaches s'est distingué à deux reprises dans le cadre des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux qui se tenaient le 31 mai 2019. L'établissement a d'abord remporté le prix dans la catégorie « Accessibilité aux soins et aux services » pour le projet de « Gestion intégrée et centralisée du parc d'aides techniques ». Ce projet a permis d'éliminer totalement les listes d'attente pour l'attribution de marchettes, de lève-patient ou de sièges de toilette rehausseurs, etc. Les équipes de soutien à domicile ont augmenté de plus de 50 % leurs services auprès des usagers en perte d'autonomie et qui requièrent de l'équipement pour leur maintien à domicile.



Par ailleurs, l'établissement en compagnie de plusieurs partenaires, notamment le CIUSSS de la Capitale-Nationale, le CHU de Québec, l'IUCPQ et l'INSPQ, ont remporté un prix dans la catégorie « Partenariat » pour le projet « Ça marche Doc ». Ce projet vise à mettre en lumière, d'une façon à la fois ludique et éducative, les connaissances scientifiques en matière d'aménagement et de santé. Une vaste campagne de communication s'est déployée en plusieurs volets, notamment par l'utilisation des différentes plateformes de diffusion (radio, télévision, Internet) et par des activités grand public telles que des conférences et des marches hebdomadaires ouvertes à tous dans plusieurs secteurs de notre région.



Première Journée scientifique du Centre de recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches

La première Journée scientifique du Centre de recherche, intitulée « La recherche intégrée pour un système apprenant en santé et services sociaux », a connu un franc succès. L'événement, auquel participaient plus de 25 conférenciers et conférencières, s'est tenu en présence de plus de 90 participants. Pour son lancement officiel, le Centre de recherche avait concocté une riche programmation scientifique permettant de mettre en lumière que la recherche intégrée et inclusive agit comme levier à notre CISSS de Chaudière-Appalaches, qui se veut un système apprenant en santé et services sociaux. En clôture de l'événement et en collaboration avec la Fondation Hôtel-Dieu de Lévis, deux prix et six subventions de recherche ont été remis.



Reconnaissance du travail des bénévoles des fondations partenaires

Environ une quarantaine de bénévoles de dix fondations ont participé à la soirée du 21mai 2019 soulignant les fruits de leurs actions positives sur les usagers du réseau de la santé et des services sociaux du territoire de Chaudière-Appalaches. Ainsi, bénévoles et administrateurs ont vu leur bénévole émérite souligné par le biais d'un hommage. Ils ont également pu profiter d'un moment d'échange privilégié avec le président-directeur général, M. Daniel Paré, et le président-directeur général adjoint, M. Patrick Simard, tout en repartant avec une carte et un petit présent symbolique. Chaque fondation a été encouragée à poursuivre sa mobilisation au bénéfice des usagers du réseau et des clientèles vulnérables qu'elle dessert. Un immense « merci » à tous ceux et celles qui ont fait de cette soirée une réussite!



Lancement des travaux de l'hôtellerie hospitalière financée par Dessercom

Nous avons lancé les travaux pour la construction d'une hôtellerie hospitalière de 30 chambres simples, sur deux étages, à proximité de l'Hôtel-Dieu de Lévis. L'édifice permet d'offrir un hébergement abordable et confortable pour la clientèle de Chaudière-Appalaches suivie principalement en radiothérapie, puis pour d'autres traitements répétés ne nécessitant pas d'hospitalisation. Le projet de 7 M\$, entièrement financé par Dessercom, était un élément central de la campagne majeure de financement de la Fondation Hôtel-Dieu de Lévis, dont l'objectif était de rapprocher les gens malades de la guérison.



L'UQAR déploie son baccalauréat en sciences infirmières à Saint-Georges et à Thetford Mines

L'Université du Québec à Rimouski a déployé son programme de baccalauréat en sciences infirmières à Saint-Georges et à Thetford Mines. Grâce à un partenariat avec le Centre universitaire des Appalaches (CUA) et le CISSS de Chaudière-Appalaches, une cohorte de plus de 40 étudiantes et étudiants a démarré à l'automne dernier. Le programme de baccalauréat en sciences infirmières s'adresse aux étudiantes et aux étudiants détenant un diplôme d'études collégiales en Techniques en soins infirmiers. La formule DEC-BAC leur permet de se voir reconnaître 24 crédits dans le cadre de ce baccalauréat qui en compte 90. Le fait de former des infirmières dans la région est un atout majeur pour soutenir nos efforts de recrutement de personnel. Comme ils pourront effectuer leurs stages dans la région, ils auront l'occasion de se familiariser avec la réalité de notre milieu.



Tournée Agir tôt
Le ministre Carmant annonce l'octroi d'un montant de près de 2,4 M\$ dans Chaudière-Appalaches

Dans le cadre de sa tournée aux quatre coins du Québec afin de présenter le programme Agir tôt, le ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux, monsieur Lionel Carmant, a visité la région de la Chaudière-Appalaches. À cette occasion, il a annoncé l'octroi d'un montant de 2 399 100 \$ afin de développer des ressources en dépistage et principalement de rehausser les équipes d'intervention auprès des jeunes enfants présentant un retard de développement, une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme dans la région de la Chaudière-Appalaches. Agir tôt vise à identifier le plus tôt possible les difficultés chez l'enfant, à évaluer son profil de développement et à l'orienter vers le bon service et, enfin, à lui offrir le soutien dont lui et sa famille ont besoin.



La ministre Marie-Ève Proulx inaugure les services d'imagerie par résonance magnétique de l'Hôpital de Montmagny

La ministre déléguée au Développement économique régional, ministre responsable de la région de la Chaudière-Appalaches et députée de Côte-du-Sud, Marie-Eve Proulx, a inauguré, au nom de la ministre de la Santé et des Services sociaux, M^{me} Danielle McCann, le nouveau service d'imagerie par résonance magnétique (IRM) de l'Hôpital de Montmagny. Le nouveau service a représenté un investissement global de près de 5,4 M\$. Cet ajout de service permettra d'améliorer l'accès aux examens d'IRM pour les usagers du secteur de Montmagny et de l'ensemble de la région en réduisant le nombre de patients en attente et en diminuant les délais. Les patients en cancérologie pourront également bénéficier de ce service à proximité de leur domicile, évitant ainsi d'avoir à se rendre à Lévis ou au CHU de Québec.



Le gouvernement du Québec annonce un projet majeur de réaménagement incluant une nouvelle unité de traitement du cancer à l'Hôpital de Saint-Georges

La ministre de la Santé et des Services sociaux, M^{me} Danielle McCann, accompagnée du député de Beauce-Sud, M. Samuel Poulin, a annoncé les premières étapes du réaménagement de l'unité de traitement du cancer et de quatre autres secteurs de l'Hôpital de Saint-Georges. Alors que le gouvernement contribuera financièrement à la réalisation de ce projet, la Fondation Santé Beauce-Etchemin s'est engagée à faire un don à la hauteur d'un maximum de 3 M\$. Le projet vise particulièrement le réaménagement de l'unité de traitement du cancer, soit le secteur de l'hémato-oncologie, afin de pouvoir répondre aux besoins et aux attentes des citoyens atteints d'un cancer, une clientèle en forte augmentation. Le projet compte également le réaménagement de quatre secteurs de l'hôpital, soit la médecine de jour, la médecine interne, l'inhalothérapie et les services ambulatoires gériatriques. Ces changements majeurs permettront d'accueillir plus de clientèles et d'offrir un meilleur environnement pour le personnel hospitalier.



Bonification importante du soutien financier octroyé aux organismes communautaires dans Chaudière-Appalaches

Les organismes communautaires en santé et services sociaux de la région de la Chaudière-Appalaches bénéficieront d’une hausse historique du financement qui leur est accordé. La ministre responsable de la région de la Chaudière-Appalaches, M^{me} Marie-Eve Proulx, en a fait l’annonce au nom de la ministre de la Santé et des Services sociaux, M^{me} Danielle McCann. Ainsi, dès 2019-2020, le milieu communautaire de la région de la Chaudière-Appalaches se voit octroyer une aide financière récurrente supplémentaire de plus de 1,8 M\$, qui vient s’ajouter au montant de plus de 29,3 M\$ déjà alloué dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). Ce rehaussement permettra de répondre aux besoins prioritaires identifiés régionalement, en augmentant la capacité des organismes à faire face, notamment aux demandes croissantes ou aux défis particuliers.



Visite d’Agrément Canada : mission accomplie!

Vingt-six installations du CISSS de Chaudière-Appalaches ont été visitées dans le cadre de la visite d’Agrément Canada. Les normes gouvernance, leadership, santé publique de même que celles en lien avec les clientèles jeunesse, santé mentale et dépendance ont été analysées. Certaines activités transversales étaient incluses dans l’évaluation comme la gestion des médicaments, le retraitement des dispositifs médicaux réutilisables et la prévention et contrôle des infections. Au total, 2011 critères ont été évalués. C’est avec fierté que nous avons appris notre conformité à 23 des 27 pratiques organisationnelles requises (POR) évaluées, ce qui nous place parmi les établissements ayant obtenu les meilleurs résultats au Québec. Les visiteurs nous ont mentionné qu’il restait peu de chemin à parcourir pour atteindre la conformité des quatre autres POR. Nous avons examiné nos bons coups et nous sommes déjà en action pour mettre en place des améliorations.



Le CISSS de Chaudière-Appalaches maintient sa certification Entreprise en santé – Élite

C’est avec plaisir que nous avons appris le maintien de notre certification Entreprise en santé – Élite à la suite de l’audit de maintien réalisé dans nos murs les 17 et 18 octobre 2019 par le Bureau de normalisation du Québec (BNQ). Le maintien de notre certification est le résultat des efforts soutenus déployés par la direction et les employés pour accorder une place centrale, au quotidien, aux quatre sphères de la démarche. Parmi les points forts observés par les auditrices du BNQ depuis le dernier audit de 2018, mentionnons le maintien des efforts de la direction dans son engagement envers la santé et le mieux-être du personnel, le développement et l’accès possibles à de nouvelles mesures de conciliation travail-vie personnelle, la mise sur pied d’un comité paritaire sur la santé psychologique qui aborde, entre autres, la charge de travail.



L’excellence soulignée de grande façon

Une soirée forte en émotion et en divertissement attendait les quelque 200 personnes réunies au Centre Caztel de Sainte-Marie, le jeudi 24 octobre, à l’occasion du Gala d’excellence 2019 du CISSS de Chaudière-Appalaches, qui a couronné au total 13 projets parmi les 26 projets finalistes sélectionnés. Parmi les nouveautés de cette deuxième édition, une nouvelle catégorie s’est ajoutée. La catégorie « Amélioration de l’offre concertée avec la communauté » a été fractionnée en deux sous-catégories, dont l’une s’adressait exclusivement aux organismes communautaires. Le jury a également décerné deux « coups de cœur », un sélectionné parmi les projets provenant du CISSS de Chaudière-Appalaches et l’autre parmi les réalisations d’un organisme communautaire.



Journée de formation pour le personnel de soutien administratif : un grand succès!

Près de 300 membres du personnel de soutien administratif du CISSS de Chaudière-Appalaches ont participé, le 3 octobre 2019, au Centre Caztel de Sainte-Marie, à la deuxième édition d’une journée de formation qui leur était tout spécialement destinée. En effet, la programmation de la journée a été pensée pour plaire à cette catégorie d’employés essentiels au bon fonctionnement des opérations du CISSS de Chaudière-Appalaches et qui, par leur contribution, viennent en appui aux services cliniques, administratifs et de soutien. Afin de répondre à leurs besoins de formation et de développement, les participants ont répondu à un sondage qui leur a été acheminé. La programmation a donc été réalisée selon les résultats ressortis de ce sondage. Devant le succès obtenu, une troisième édition de l’événement aura lieu. À terme, les membres du comité organisateur souhaiteraient rejoindre, par alternance, les 900 personnes qui composent cette catégorie de personnel au CISSS de Chaudière-Appalaches.



La première édition de la Journée annuelle de réseautage sur les salles de pilotage : une source d’inspiration pour les gestionnaires et leurs équipes!

Le 4 octobre 2019 avait lieu un événement novateur au CISSS de Chaudière-Appalaches, soit la première édition de la Journée annuelle de réseautage sur les salles de pilotage. L’objectif de l’événement était de créer des liens entre les gestionnaires participants, de s’inspirer de différents modèles ainsi que de partager les bons coups dans l’utilisation et l’adaptation des salles de pilotage au sein de notre organisation. Une centaine de gestionnaires ont participé à l’activité qui se tenait sous forme de kiosques et d’échanges réalisés de manière informelle et en toute simplicité avec des personnes expérimentées. L’événement a permis le partage de nombreux conseils, trucs et outils par des directeurs et des gestionnaires qui ont déployé des salles de pilotage, ainsi que par l’équipe de la Direction de la qualité, de l’évaluation, de la performance et de l’éthique.



Journée séduction pour les médecins

Les représentantes de la Direction des services professionnels du CISSS de Chaudière-Appalaches ont assisté à la journée carrière des médecins, au Palais des congrès de Montréal, le 4 octobre 2019. Cette année, nos ambassadrices sont arrivées ornées de nouveaux outils promotionnels valorisant la profession dans notre grande et magnifique région. La campagne de séduction a semblé fonctionner puisque de nombreuses recrues se sont présentées au kiosque pendant la journée. Cet événement permet aux futurs médecins de rencontrer les représentants d'une centaine d'établissements de santé de toutes les régions du Québec. C'est l'occasion idéale pour les futurs médecins de discuter avec eux de leur plan de carrière. Mentionnons également que la Direction des services professionnels a entrepris un virage numérique afin d'assurer une continuité dans les efforts de recrutement de nouveaux médecins.



Mise en place d'une centrale de transport de matières

Le volume de tout ce qui se transporte sur notre vaste territoire est très important et variable en terme de criticité pour les échantillons sanguins et les médicaments, mais aussi des plateaux-repas, des fournitures ou encore du courrier. Afin de bien comprendre les besoins en transport de matières, la Direction de la logistique a visité les 108 installations du CISSS de Chaudière-Appalaches et effectué environ 500 entrevues avec les différents intervenants administratifs et cliniques. Des routes ont été élaborées en co-construction avec le personnel des laboratoires. Par la suite, les médicaments y ont été jumelés et, enfin, les matières non critiques ont été ajoutées comme le courrier ou les fournitures. Aujourd'hui, c'est plus de 31 routes fonctionnelles qui sont ajustées presque en temps réel aux besoins des différents secteurs. Les équipes cliniques et administratives sont déchargées du fardeau logistique de la gestion des différents intervenants en transport. Un élément non quantifiable à ce jour est le respect du délai de conservation des échantillons par une meilleure traçabilité et efficacité de nos transports qui limite assurément les reprises de ponctions pour nos usagers.



La voix de l'utilisateur au niveau stratégique : comment placer les usagers au cœur de l'organisation des services

Le partenariat avec les usagers est une culture qui se développe de plus en plus dans l'ensemble de notre établissement et nous en sommes fiers! Nos usagers ont beaucoup à nous apprendre, nous avons pu le constater en les impliquant dans nos instances stratégiques. Pour nous assurer que ce partenariat soit en constante évolution, nous avons mis en place le comité du développement stratégique du partenariat avec les usagers, les proches et la population, qui réunit des représentants de nos directions, de nos instances ainsi que des usagers. De plus, afin que le niveau stratégique puisse « capter » le vécu des usagers, les directeurs et directeurs adjoints du CISSS de Chaudière-Appalaches s'impliquent de façon active pour aller à la rencontre d'usagers et entendre leurs expériences. Par cette action, nous rapprochons les usagers de la direction afin que l'organisation des services s'effectue dorénavant avec leur apport. Nous devons mieux comprendre le parcours et l'expérience de nos usagers si nous voulons assurer une prestation humaine des services et répondre aux bons besoins. Nous mettons donc l'épaule à la roue afin de nous centrer sur des éléments qui importent à nos usagers. Nous pourrions ainsi poser ensemble des actions rapides sur les insatisfactions pour améliorer les services, mais aussi mettre l'accent sur les bons coups.

Un nouveau site Web pour le CISSS de Chaudière-Appalaches : pertinent, accessible et convivial

En novembre 2019, nous avons procédé à la mise en ligne d'une toute nouvelle version du site Web de notre établissement. Le projet de refonte avait comme trame de fond l'amélioration de l'accès à l'information sur nos soins et services pour les usagers. Nous avons donc revu complètement la présentation et l'organisation du contenu afin d'améliorer la convivialité de la plateforme. Parmi les nouveautés, le site composé de plus de 2 900 pages Web a été développé en conformité aux standards d'accessibilité Web. Notons également que lors du développement du site, des usagers partenaires ont participé à des tests de navigation, ce qui nous a permis d'apporter des ajustements afin de s'assurer de répondre aux besoins des utilisateurs. En plus d'offrir une foule d'informations sur les soins et services offerts à la population, le site présente des sections s'adressant aux chercheurs d'emploi ainsi qu'aux médecins, partenaires et professionnels de la santé. L'information organisationnelle est toujours accessible ainsi que celle sur les Fondations et les droits des usagers. Pour visiter notre site Web : www.ciassca.com.



Thetford Mines a accueilli son premier colloque interprofessionnel en soins respiratoires

Le CISSS de Chaudière-Appalaches a tenu, le 1^{er} novembre 2019, son premier colloque interprofessionnel en soins respiratoires, à la Cache du Domaine, à Thetford Mines. L'événement a permis de rassembler des médecins, inhalothérapeutes, infirmières, résidents en médecine et étudiants afin de partager les meilleures pratiques et d'acquérir de nouvelles connaissances dans le domaine. À cet effet, six conférenciers chevronnés ont partagé leur expertise, ce qui a permis de nourrir la réflexion des invités en matière de soins respiratoires et de fournir des outils pertinents à leur pratique au quotidien. Dans le contexte où les connaissances se développent sans cesse, que les pratiques et les stratégies d'intervention se raffinent, le partage réalisé aura, sans aucun doute, des impacts bénéfiques pour les professionnels de la santé, mais aussi pour les usagers.



Des ambulances informatisées afin d'améliorer le temps de réponse aux citoyens

Le CISSS de Chaudière-Appalaches fait un pas de plus pour assurer la sécurité des citoyens en équipant les véhicules ambulanciers de la région d'une solution informatique innovante. Grâce à un investissement de près de 850 000 \$, les véhicules sont maintenant équipés de tablettes, de cellulaires et d'une application informatique qui est en mesure de traiter les données de géolocalisation, de partager les informations sur l'appel d'urgence reçu ainsi que les données cliniques des patients. Cette répartition assistée par ordinateur est également déployée à la Centrale d'appels d'urgence Chaudière-Appalaches (CAUCA) qui reçoit les appels d'urgence. La centrale est maintenant en mesure de connaître, en temps réel, le positionnement et l'occupation des ambulances. Sachant où ils sont situées, la CAUCA peut affecter le meilleur véhicule pour répondre à la situation d'urgence, permettant ainsi de sauver de précieuses minutes au profit des patients. Le système améliore la rapidité d'intervention des paramédics et leur suggère la meilleure route pour atteindre la personne en détresse.



Un nouveau sous-comité en santé et sécurité au travail voit le jour

Un sous-comité du comité paritaire en santé et sécurité au travail a vu le jour à l'automne 2019. Ce sous-comité a pour mandat la prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS) liés au travail. Plus spécifiquement, il travaillera sur le rayonnement des principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires dans l'organisation ainsi que tout ce qui y est relié : formation, suivi et équipements. Le sous-comité est composé de neuf personnes qui ont à cœur la santé et la sécurité des employés du CISSS de Chaudière-Appalaches.



Une nouvelle chaire sur la santé et les services sociaux en milieu rural est lancée grâce à un partenariat novateur

L'Université du Québec à Rimouski lance une nouvelle chaire de recherche sur la santé et les services sociaux en milieu rural, qui est issue d'un partenariat novateur avec le CISSS du Bas-Saint-Laurent, le CISSS de Chaudière-Appalaches et TELUS. Cette chaire s'inscrit dans une approche interprofessionnelle et est dirigée par deux spécialistes de l'organisation des soins et des services sociaux et des pratiques professionnelles en milieu rural. Dotée d'un financement de plus de 1,2 M\$ sur cinq ans, la chaire propose une vision contemporaine de la ruralité. Elle concentrera ses travaux de recherche sur le développement de solutions adaptées favorisant la santé et le mieux-être des personnes, des familles, des groupes et des communautés rurales des régions du Bas-Saint-Laurent et de la Chaudière-Appalaches. La chaire vise à apporter des réponses adaptées aux enjeux sociaux et de santé auxquels font face les populations des communautés rurales de ces deux régions.



Février, « Mois de la reconnaissance »

Nous avons tenu le Mois de la reconnaissance en février 2020. Il s'agit d'une superbe occasion pour souligner les mérites et l'importance du travail accompli au sein des équipes. Tout le personnel a reçu une petite attention et les employés ayant cumulé 5 ou 15 années de service se sont mérités un cadeau spécial. Plusieurs sondages, réalisés au fil des ans auprès des employés, et ce, dans le cadre de la démarche Entreprise en santé, ont révélé que le personnel souhaitait voir davantage de marques de reconnaissance au sein de l'organisation. De grands pas ont été franchis depuis la création du CISSS de Chaudière-Appalaches pour développer notre culture de reconnaissance. Ensemble, nous avons progressé afin d'être meilleurs. Chaque petit pas, chaque bon mot d'encouragement, chaque main sur l'épaule, contribue directement à la motivation et à la satisfaction au travail.



1 000 sentinelles actives pour prévenir le suicide en Chaudière-Appalaches

Pour souligner la Semaine de prévention du suicide, le CISSS de Chaudière-Appalaches met les sentinelles à l'avant-plan. Les sentinelles sont des adultes volontaires qui sont formés pour établir le contact avec une personne en détresse dans leur milieu. Elles sont en mesure d'assurer un lien entre cette personne et les ressources d'aide de notre région. La région de la Chaudière-Appalaches s'est enrichie de 130 sentinelles supplémentaires dans la dernière année, portant le nombre de sentinelles actives à un millier. Elles sont dispersées dans toutes les MRC, jouant leur rôle dans leur milieu de travail, leur famille élargie et leur communauté. De plus en plus, des entreprises considèrent important de se doter d'un réseau de sentinelles pour contribuer à la prévention du suicide.



Bientôt l'ouverture d'une maison Gilles-Carle en Beauce

La ministre responsable des Aînés et des Proches aidants, M^{me} Marguerite Blais, et le député de Beauce-Sud, M. Samuel Poulin, ont annoncé, le 3 février 2020, qu'une maison Gilles-Carle ouvrira ses portes en Beauce afin de mieux soutenir les proches aidants de la région. Ce projet consiste à développer un milieu de répit pour les proches aidants afin de répondre aux besoins croissants de la région pour ces services. La maison Gilles-Carle de la Beauce sera située sur le territoire de la municipalité de Saint-René, sur un site prêté gratuitement par un couple originaire de la Beauce, comprenant un vaste chalet en bois rond de sept chambres ainsi que deux chalets de deux chambres chacun, en forêt, sur le bord d'un lac privé. Ces services seront offerts en continu, tous les jours de la semaine, à tous les types de clientèle ayant besoin de répit. En plus des services de répit-hébergement, nous y trouverons une halte répit de jour où l'aidé sera pris en charge durant la journée. Les proches aidants pourront, quant à eux, bénéficier de formations, de conférences, d'ateliers et de soutien psychosocial.



Maladie à coronavirus (COVID-19)

En mars 2020, l'Organisation mondiale de la Santé a officiellement déclaré le statut de pandémie pour la COVID-19. Le gouvernement a donc pris toutes les mesures nécessaires pour freiner le plus possible la contagion. Au moment d'écrire ces lignes, la propagation du coronavirus (COVID-19) est sous contrôle, mais il y a de la transmission communautaire du virus dans toutes les régions du Québec. La région de la Chaudière-Appalaches se situe parmi les régions du Québec ayant le plus bas taux d'incidence de la COVID-19. Soulignons l'engagement de toutes les personnes œuvrant au CISSS de Chaudière-Appalaches qui se sont investies pour faire face à cette crise majeure. Les équipes en provenance de tous les secteurs (clinique, médical, administratif et de soutien) se sont rapidement mobilisées pour élaborer et actualiser un plan d'action d'envergure. La trame de fond de cette crise : structure, organisation, communication, cohérence, polyvalence et collaboration.

Cette grande mobilisation a permis de déployer et d'ajuster plusieurs services et activités à vitesse grand V : cliniques de dépistage, cliniques d'évaluation, zones COVID et non COVID dans nos installations, trajectoires, etc.

Comme nous devons maintenant apprendre à vivre avec ce virus pour un certain temps encore, nous maintiendrons les efforts déployés pour faire face à la COVID-19 tout en assurant la continuité des soins et services « réguliers » pour nos usagers.



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

4.1 Les attentes spécifiques

Résultats au regard des attentes signifiées pour l'année 2019-2020

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État: R = réalisée à 100 % NR = non réalisée à 100 % NA = non applicable	Commentaires
SANTÉ PUBLIQUE				
1.1	Implanter, d'ici le 31 mars 2020, le Programme québécois de soins bucco-dentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche dans tous les CHSLD publics et privés conventionnés de la province de Québec	Tout d'abord, les CISSS et les CIUSSS pourront participer à une rencontre d'information avec l'équipe du MSSS afin de bien comprendre le cadre de référence pour implanter le programme. Les établissements devront ensuite faire parvenir un plan de déploiement au MSSS. Le personnel de l'équipe de soins (infirmières, infirmières auxiliaires et PAB) ainsi que les professionnels embauchés (hygiénistes, dentistes et denturologistes) devront suivre une formation en ligne. Selon le financement accordé aux établissements, ceux-ci devront envoyer la liste de tous les professionnels embauchés au fur et à mesure. Une reddition de comptes sera demandée sur les dépenses octroyées : à la formation de l'équipe de soins, aux salaires des hygiénistes, aux déplacements de celles-ci, à l'achat d'équipement portatif, à l'achat de matériel de soins d'hygiène et aux honoraires des dentistes et denturologistes. D'autres indicateurs sont en développement et pourront être demandés en lien avec les activités réalisées par les professionnels dentaires.	R	
1.2	Assurer la participation des directions de santé publique aux travaux des CAR pour appuyer la concertation d'acteurs régionaux de divers secteurs d'activités autour de priorités et d'actions favorables à la santé	Que les présidents-directeurs généraux (PDG) s'assurent que les directions de santé publique (DSPu) et/ou des membres de leur équipe participent activement aux travaux des CAR, notamment comme membre des comités qui s'occupent des enjeux de développement social ou même à titre de membre de la CAR s'ils en conviennent ainsi. Cette participation vise à ce que les DSPu mettent à profit leur expertise, qu'ils participent à la concertation intersectorielle et qu'ils veillent à la mobilisation des partenaires autour de priorités et d'actions en faveur de la santé de la population et de la qualité de vie. Les PDG s'assurent également que les DSPu effectuent les suivis nécessaires au sein du CISSS/CIUSSS au regard de ces travaux et que d'autres directions y contribuent selon les besoins. Cette attente fait écho à l'action 1 du plan d'action 2018-2020 du MSSS pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires et au résultat attendu que 100 % des DSPu participent aux travaux des CAR et d'autres instances pertinentes. Il s'agit aussi d'une condition facilitante pour la mise en œuvre du Programme national de santé publique (PNSP) et de la Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS).	NR	La reprise des redditions de comptes des attentes spécifiques se fera de façon graduelle et en concertation avec la direction concernée.

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État: R = réalisée à 100 % NR = non réalisée à 100 % NA = non applicable	Commentaires
1.3	Présenter un bilan des activités réalisées en matière de lutte contre le tabagisme	Un bilan faisant état des activités réalisées dans les milieux de vie est demandé (type d'activités, description des activités, objectifs visés, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre) à l'égard de la lutte contre le tabagisme chez les jeunes. Les activités déployées dans les différentes régions visent à contribuer à l'atteinte d'une des cibles du plan stratégique du Ministère, soit la réduction de la proportion de fumeurs chez les 12 ans et plus. Le bilan régional permet de témoigner de la nature des activités déployées, des objectifs et des principaux partenaires engagés. Il sera ainsi possible d'apprécier l'intensité et l'ampleur des activités déployées ainsi que des retombées observées.	NR	La reprise des redditions de comptes des attentes spécifiques se fera de façon graduelle et en concertation avec la direction concernée.
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 usagers en niveau de soins alternatif (NSA). Ainsi, ils doivent compléter un état de situation de l'implantation des bonnes pratiques pour prévenir et résoudre le phénomène des usagers en NSA.	NA	Cette attente a été retirée par le MSSS.
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 2 ^e soin d'hygiène complet par semaine, est demandé aux établissements.	R NA	Période 6 réalisée. En période 13, cette attente n'est plus exigée par le MSSS.
2.3	Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC)	L'établissement doit compléter et transmettre le gabarit fourni par le MSSS pour le suivi de l'implantation.	NR	Délai reporté au 1 ^{er} septembre 2020.
2.4	Plan d'action TSA (2017-2022)	Les établissements doivent compléter l'outil de suivi du plan d'action TSA 2017-2022.	R	
2.5	Déploiement du programme Agir tôt	Un rapport de mise en œuvre est demandé pour le 15 janvier 2020 aux établissements.	R	
2.6	Offrir des milieux résidentiels adaptés aux besoins des personnes ayant une DP, une DI ou un TSA	Transmission par les établissements des données sur les listes d'attente et les types de milieux de résidence où vivent les usagers qu'ils desservent en DI-TSA et DP.	R	
2.7	Suivi de l'ajout d'effectifs en CHSLD	Par un formulaire GESTRED, les établissements visés doivent rendre compte de l'ajout d'effectifs dans les équipes interdisciplinaires en CHSLD.	R	

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État: R = réalisée à 100 % NR = non réalisée à 100 % NA = non applicable	Commentaires
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	Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CISSS et des CIUSSS devra être produit au 31 mars 2020. Le gabarit fourni par le MSSS ayant servi aux redditions de comptes des années précédentes devra être utilisé à cette fin.	NR	Délai reporté au 14 septembre 2020.
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 personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC	Auto-évaluation sur la poursuite du plan d'action déposé le 31 octobre 2016, composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le plan d'action national. L'état d'avancement des travaux au 31 mars 2020 ainsi que les causes de la non-atteinte des objectifs du plan d'action de l'établissement doivent être évalués.	R	
4.3	Contribuer au déploiement provincial de la télésanté	Les établissements devront démontrer leur contribution au déploiement de la télésanté au Québec en s'assurant que le comité tactique local réalise son mandat, que des actions soient réalisées dans le cadre du plan d'action en télésanté 2018-2020 et que le répertoire des services cliniques en télésanté soit à jour. Pour ce faire, un gabarit pour chacune des trois actions sera fourni aux établissements par le MSSS pour complétion et retour en périodes 6 et 13.	NA NR	En période 6, cette attente a été retirée par le MSSS. Période 13, le délai est reporté au 17 juillet 2020.
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 aiguë, pour les personnes ayant subi un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST)	Auto-évaluation au 31 mars 2020 du plan d'action déposé le 22 juin 2017, composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le plan d'action national. L'avancement des travaux et les causes de la non-atteinte des objectifs du plan d'action doivent être évalués.	R	

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État: R = réalisée à 100 % NR = non réalisée à 100 % NA = non applicable	Commentaires
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 chacun des bâtiments déficitaires concernés	Le différentiel entre l'indice de vétusté physique (IVP) d'un bâtiment et le seuil d'état établi, soit 15 %, doit diminuer proportionnellement, à tout le moins, à la cible de résorption du déficit de maintien (RDM) à atteindre au 31 mars 2020 pour un bâtiment déficitaire inspecté en 2015 (lot #1) ou en 2016 (lot #2) et au 31 mars 2022 pour un bâtiment déficitaire inspecté en 2017 (lot #3). Si la cible de RDM d'un bâtiment inspecté en 2015 est de 80 % et que le différentiel entre l'IVP et le SE est de 3 %, l'IVP de ce bâtiment doit, au 31 mars 2020, minimalement diminué de 2,4 % (80 % de 3 %) c'est-à-dire minimalement ramené à 15,6 %. 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 delà du seuil d'état établi au terme du cycle de cinq ans suivant l'inspection en raison du vieillissement continu des bâtiments.	R	Le plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers est réalisé, mais les travaux ne sont pas tous réalisés au 31 mars 2020.
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 plan national de sécurité civile (PNSC). À cet effet, l'établissement doit : • Disposer d'un plan de sécurité civile à jour présentant le système de garde 24/7, les comités internes de sécurité civile et le processus d'alerte et de mobilisation des ressources; • S'assurer que le personnel affecté à la sécurité civile a bénéficié d'une formation de base recommandée par le MSSS; • Établir ou raffermir des liens de partenariat en sécurité civile.	NR	Délai reporté au 14 septembre 2020.
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.	NR	Délai reporté au 14 septembre 2020.
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 présentant, entre autres : • La durée estimée du projet; • Le calendrier de réalisation des étapes prévues au Guide pratique pour l'élaboration d'un plan de continuité des activités en établissement; • La structure de gouvernance. Cette dernière doit notamment identifier le porteur de dossier et le comité tactique qui collaborera à l'élaboration du PCA.	NR	Période 13, délai reporté au 14 septembre 2020.

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État: R = réalisée à 100 % NR = non réalisée à 100 % NA = non applicable	Commentaires
8.4	Révision des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise	Les établissements ont reçu, au printemps 2018, le nouveau cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Les programmes d'accès de chaque établissement, élaborés grâce à ce cadre de référence, seront soumis au Comité régional pour les programmes d'accès de la région pour avis, entérinés par le conseil d'administration de l'établissement.	R	
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. La composition de celui-ci sera entérinée par le conseil d'administration de l'établissement. Une résolution du conseil d'administration de l'établissement confirmant la création du comité régional, de même qu'une copie de la réglementation de celui-ci, doivent être transmises par courriel au MSSS ainsi qu'au Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise.	R	
TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION				
9.1	Proportion des ressources mises à jour au Répertoire des ressources en santé et en services sociaux (RRSS) dans les délais prescrits	Comme stipulé au cadre normatif, à la section 1.3 Encadrement législatif et administration, l'établissement doit s'assurer que : « la qualité d'une ressource est basée sur la pertinence de sa présence dans l'application, la validité de la ressource et de ses composantes. L'attente exige un pourcentage de mise à jour de 95 % ou plus ». La méthode de calcul définie est le « Nombre de ressources mises à jour à la fin de la période » selon le calendrier établi au cadre normatif sur le « Nombre de ressources totales à la fin de la période ». Si la proportion est en deçà de l'objectif prévu, cela indique à l'établissement qu'il lui faut s'assurer d'avoir les ressources humaines suffisantes pour effectuer cette tâche. Les données de l'application sont mises à jour en temps réel et les extractions servant aux rapports sont une représentation à un jour et une heure fixe.	R	
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. Ainsi, au cours de l'année 2019-2020, les dates de transmission du bilan sont les suivantes : au plus tard le 31 mai 2019, pour l'exercice se terminant le 31 mars 2019, et le 31 mai 2020, pour l'année financière 2019-2020. 1. Maintenir à jour l'inventaire de l'ensemble des actifs informationnels; 2. Procéder à des tests de vulnérabilité; 3. Gérer efficacement les menaces; 4. Mener une analyse des risques de sécurité de l'information; 5. Gérer sagement la sauvegarde et la restauration des données.	R	

4.2 Les engagements annuels

Résultats au regard des engagements pour l'année 2019-2020

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Santé publique			
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec qui le CISSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire	41,5 %	80 %	41 %
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	92,8 %	90 %	94 %
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	76,1 %	90 %	78 %
Plan stratégique 15-20			
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	2 603	2 500	2 737
1.01.30-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais	67,9 %	75 %	70,6 %
1.01.32-EG2 Proportion des élèves de 4 ^e année du primaire adéquatement vaccinés contre l'hépatite B selon le calendrier de vaccination du protocole d'immunisation du Québec	92 %	90 %	17,7 %
Commentaires a. Les facteurs qui expliquent l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement et les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte; b. L'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente, lorsque les données sont disponibles; c. Le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.			

Légende :

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

2019-2020

Équipe Promotion de santé et prévention et organismes communautaires

1.01.13.01-EG2

La cible de cette année n'est pas atteinte. Les mêmes facteurs sont toujours présents.

Depuis plusieurs années, nous maximisons les interventions qui favorisent les environnements propices à la santé en milieu scolaire compte tenu de l'impact sur un plus grand nombre d'élèves et de la pérennité dans le temps de ces interventions (par exemple : travailler avec des traiteurs pour améliorer la qualité nutritionnelle des repas des jeunes en milieu scolaire, travailler par des actions d'influence auprès des commissions scolaires pour maintenir la Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif pour un ensemble d'écoles primaires et secondaires). Nous avons une offre de service connue par toutes les commissions scolaires qui répond à leur besoin. Notre offre de service répond également aux plans d'action des écoles Vers la réussite Éducative.

Avec l'indicateur actuel, nous ne pouvons compiler, dans le I-CLSC École en santé, des actions réalisées en concertation avec des partenaires qui agissent avec les familles, les municipalités, la communauté et le milieu scolaire et pour lesquelles les organisateurs communautaires du CISSS de Chaudière-Appalaches collaborent (par exemple : projets visant la valorisation de la lecture, projets visant la conciliation études-travail, actions du comité sur la persévérance scolaire, etc.), et ce, malgré l'efficacité reconnue de ces interventions. Chaque secteur géographique de notre région (huit secteurs) a une instance de concertation territoriale jeunesse qui possède son plan d'action.

Depuis plusieurs années, nous souhaitons voir modifier cet indicateur pour qu'il soit plus représentatif à ce qui est attendu comme l'indique le référent ÉKIP. Malgré l'indicateur plus faible, le milieu scolaire fait partie de nos milieux privilégiés d'intervention, et ce, en étroite collaboration avec le réseau de l'éducation. Nous avons une instance régionale Éducation-Santé qui a son propre plan d'action où la promotion-prévention fait partie des priorités ainsi que quatre instances scolaires locales Éducation-Santé.

Nous maintenons l'engagement de 80 % pour la prochaine année, toujours dans l'optique de s'attendre à ce que cet indicateur soit actualisé aux meilleures pratiques de la santé publique. Par ce geste, nous démontrons notre engagement à offrir les meilleurs services à ce milieu de vie important pour les enfants et les jeunes.

Équipe Maladies infectieuses - Santé environnement

1.01.27-EG2

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

1.01.28-EG2

Bien que l'engagement ne soit pas atteint cette année, nous notons une amélioration de son degré d'atteinte. La région se trouve au niveau de la moyenne provinciale. Les facteurs qui expliquent les difficultés à atteindre les cibles sont : 1) le processus de rappel/ relance/confirmation de rendez-vous de vaccination qui reste à optimiser dans plusieurs secteurs (usage d'une plateforme informationnelle), 2) le désistement de vaccinateurs privés dans l'offre de service, 3) la mise à niveau, ajout d'autres programmes qui requiert de la formation et ajoute à l'offre des services à dispenser par les équipes en périnatalité (cadre de référence SIPPE, Agir tôt, EMMIE, etc.) et 4) la disponibilité de la main-d'œuvre. Dès que possible, les travaux portant sur le processus de gestion des rendez-vous seront repris.

1.01.29-PS

Comme les années antérieures, la cible a été dépassée, et ce, malgré la fermeture des écoles à la mi-mars. L'offre de dépistage est bien ancrée dans les milieux scolaires. Toutefois, nous pouvons anticiper une baisse substantielle pour l'année prochaine, considérant les fermetures des écoles et la mise en suspens des activités en santé scolaire. Soulignons que la cible a été atteinte même si les infirmières ont été, encore cette année, plus mobilisées en vaccination (activités de rattrapage avec le changement au calendrier).

1.01.30-EG2

Pour cet indicateur, nous notons aussi une amélioration qui rapproche de la cible (cible atteinte à 94 %). La région se trouve légèrement au-dessus de la moyenne provinciale. Les facteurs qui expliquent les difficultés à atteindre les cibles sont les mêmes que ceux évoqués pour l’indicateur 1.01.28, soit: 1) le processus de rappel/relance/confirmation de rendez-vous de vaccination qui reste à optimiser dans plusieurs secteurs (usage d’une plateforme informationnelle), 2) le désistement de vaccinateurs privés dans l’offre de service, 3) la mise à niveau, ajout d’autres programmes qui requiert de la formation et ajoute à l’offre des services à dispenser par les équipes en périnatalité (cadre de référence SIPPE, Agir tôt, EMMIE, etc.) et 4) la disponibilité de la main-d’œuvre. Dès que possible, les travaux portant sur le processus de gestion des rendez-vous seront repris.

1.01.32-EG2

Vraisemblablement, à l’instar d’une majorité de régions au Québec, très peu d’enfants auront pu recevoir leur deuxième dose de HB avant que les activités scolaires aient été suspendues en raison de la COVID-19. Nonobstant cet arrêt, la cible aurait été atteinte dans la région (comme c’est le cas depuis plusieurs années, considérant la priorisation donnée à la vaccination dans l’offre de service). Ainsi, bien que 95,7 % des enfants aient reçu leur première dose, la deuxième devra être rattrapée pendant l’année 2020-2021 afin de leur conférer une protection optimale.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales			
Plan stratégique 15-20 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 %	ND Retard de la publication de la période 13 reportée vers le 10 juillet 2020
Plan stratégique 15-20 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 %	ND Retard de la publication de la période 13 reportée vers le 10 juillet 2020
Plan stratégique 15-20 1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d’infections nosocomiales conformes aux taux établis – Bactériémies nosocomiales associées aux voies d’accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100 %	100 %	ND Retard de la publication de la période 13 reportée vers le 10 juillet 2020
Plan stratégique 15-20 1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d’hygiène des mains dans les établissements	69 %	80 %	72,2 %
Commentaires a. Les facteurs qui expliquent l’atteinte ou la non-atteinte de l’engagement et les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte; b. L’appréciation de l’évolution des résultats par rapport aux résultats de l’année précédente, lorsque les données sont disponibles; c. Le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l’indicateur et, s’il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.			

2019-2020

1.01.26-PS

Engagement non atteint.

Mesures mises en place pour corriger ou améliorer la situation :

- Élaboration d’un plan d’action sur l’hygiène des mains suivi par la Table clinique de prévention et de contrôle des infections;
- Réalisation d’une semaine consacrée à l’hygiène des mains (réalisé en mai 2019);
- Réalisation de tournées d’accompagnement du personnel soignant (réalisé à l’automne 2019). Cette tournée a été faite par les conseillères en prévention et contrôle des infections (PCI) sur les unités de médecine dans nos hôpitaux. Chacune d’elle a suivi un employé dans sa routine et a observé les moments où l’hygiène des mains a été effectuée. Par la suite, une rétroaction avec cet employé a été faite afin de faire un retour sur les bons moments pour procéder à l’hygiène des mains en plus de faire des rappels pour améliorer l’observance. Ce moment de retour sur l’expérience d’accompagnement se veut formatif et amical et est également un moyen pour démontrer l’importance de l’hygiène des mains pour la sécurité des soins (réalisé à l’automne 2019);
- Mise en œuvre d’un programme de soins des mains pour le personnel;
- Développement de nouveaux outils de communication (en cours);
- Affichage des résultats des audits d’hygiène des mains chaque mois sur les unités, quatre fois par année dans les hôpitaux.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Soutien à domicile			
1.03.05.01-EG2 Nombre total d’heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	NA	746 262	1 026 828
Plan stratégique 15-20 1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DI-TSA et DP)	8 095	7 950	8 175
Plan stratégique 15-20 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’inter-vention (adultes des programmes-services SAPA, DI-TSA et DP)	79,4 %	85 %	83,6 %
Commentaires a. Les facteurs qui expliquent l’atteinte ou la non-atteinte de l’engagement et les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte; b. L’appréciation de l’évolution des résultats par rapport aux résultats de l’année précédente, lorsque les données sont disponibles; c. Le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l’indicateur et, s’il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.			

2019-2020

1.03.05.01–EG2

Engagement atteint. Augmentation de 316 102 heures en comparaison avec l’année financière 2018-2019, soit une hausse de 42 %.

1.03.11-PS

Pour l’année financière 2019-2020, l’engagement est atteint. Il y a une augmentation de 80 usagers comparativement à l’année financière 2018-2019.

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

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

- Repérage dirigé en résidences privées pour aînés (RPA), là où nous trouvons une forte concentration de clientèle en perte d’autonomie;
- Évaluation prioritaire de la clientèle avec profil 710 (profil d’intervention associé à la perte d’autonomie liée au vieillissement) en attente d’un premier service en SAD (contribue à diminuer les listes d’attente SAD). Un modèle de premier évaluateur a été mis en place au cours des derniers mois;
- Harmonisation de la trajectoire de repérage PRISMA-7 à l’urgence, en RPA, au domicile se poursuit pour optimiser le tout;
- Le repérage avec la contribution des organismes du réseau local de services (Coopérative de services à domicile) se poursuit également.

Le taux de pénétration de la population âgée (c’est-à-dire connaissance des personnes pouvant bénéficier des soins et services au SAD) est suivi, par secteur, afin de maintenir ou d’améliorer la connaissance de notre clientèle et de travailler le plus possible en prévention plutôt qu’en réactivité. Cela dans une perspective d’un suivi en continu, d’assurer une vigie auprès des usagers et des proches aidants et d’ajuster en continu les soins et services selon les besoins identifiés. Tout cela dans une perspective de responsabilité populationnelle.

1.03.12-PS

L’engagement de 85 % n’est pas atteint. À la fin de l’année financière 2019-2020, le taux de complétion des outils d’évaluation multi-clientèle (OEMC) et des plans d’intervention (PI) à jour est de 83,6 % donc un taux d’atteinte de l’engagement de 98,3 %. Nous notons une augmentation de 4,02 % par rapport à l’année précédente, donc en amélioration continue dans les dernières années.

En 2019-2020, nous avons continué à travailler avec les équipes de façon à intégrer les outils d’évaluation de cheminement clinique informatisé (OCCI) dans la pratique quotidienne. Deux intervenants étaient dégagés de leurs tâches régulières (intervenants qualité OCCI) pour soutenir les intervenants terrain. En février 2020, un poste de spécialiste en activités cliniques RSIPA a été créé pour poursuivre une démarche d’amélioration continue pour tout le réseau intégré de services aux personnes âgées (RSIPA).

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

Un Kata d’amélioration a été réalisé au niveau de l’exécutif SAPA (niveau tactique et stratégique) pour relever les difficultés rencontrées sur le plan opérationnel et pour trouver des solutions pour soutenir les chefs de programme et les intervenants terrain à introduire les outils de cheminement clinique informatisés (OCCI) dans leur pratique quotidienne et offrir des soins et services accessibles, de qualité et sécuritaire à la population.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Soutien à l'autonomie des personnes âgées			
Plan stratégique 15-20 1.03.07.00-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	100 % Cet engage- ment a été retiré par le MSSS	ND
Plan stratégique 15-20 1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les compo- santes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	100 % Cet engage- ment a été retiré par le MSSS	ND
Plan stratégique 15-20 1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les compo- santes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	100 %	100 % Cet engage- ment a été retiré par le MSSS	ND
Commentaires a. Les facteurs qui expliquent l’atteinte ou la non-atteinte de l’engagement et les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte; b. L’appréciation de l’évolution des résultats par rapport aux résultats de l’année précédente, lorsque les données sont disponibles; c. Le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l’indicateur et, s’il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.			

2019-2020

Durant l’année, l’ensemble des composantes de l’approche adaptée à la personne âgée (AAPA) a été descendue dans les équipes hospitalières par un protocole infirmier. À cet égard, nous sommes actuellement à l’étape de pérennité. En ce qui concerne la gouverne, les comités locaux et le comité régional ont été maintenus. La diffusion des bons coups et des réalisations a été possible par la publication d’un « Bulletin info-AAPA ».

Différentes initiatives locales ont vu le jour selon les réalités de chaque hôpital, soit les tableaux de marche, les préposés à la marche, l’utilisation de poupées pour stimulation sensorielle lors de déficit cognitif et l’outil de transmission d’informations avec les résidences pour personnes âgées. De plus, plusieurs démarches ont vu le jour en lien avec le repérage du délirium, et ce, dès le préopératoire.

Un guide de référence pour aider à adapter et à maintenir l’environnement physique en relation avec les personnes âgées a été finalisé. Le but est d’offrir une prestation de soins et de services de qualité, à l’égard des particularités de la personne âgée en optimisant l’adaptation de l’environnement physique. Des audits de l’environnement physique dans les hôpitaux ont été faits, en collaboration avec des usagers partenaires.

Des guides sur les interventions préventives universelles s’adressant spécifiquement aux différentes directions ont été conçus pour sensibiliser et impliquer tous les intervenants à l’AAPA.

Les rencontres quotidiennes de gestion de lits et les rencontres intra-unité permettent d’identifier en cours d’hospitalisation les actions personnalisées pour les usagers afin de prévenir le déclin fonctionnel et de planifier le départ de l’hôpital dès l’admission.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Soutien à l'autonomie des personnes âgées			
Plan stratégique 15-20 1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100 %	100 % Cet engage- ment a été retiré par le MSSS	ND
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	80,2 %	85 %	79,2 %
1.03.16-EG2 Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention	94,7 %	93 %	87,8 %
Commentaires a. Les facteurs qui expliquent l’atteinte ou la non-atteinte de l’engagement et les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte; b. L’appréciation de l’évolution des résultats par rapport aux résultats de l’année précédente, lorsque les données sont disponibles; c. Le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l’indicateur et, s’il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.			

2019-2020

1.03.10 PS

Le CISSS de Chaudière-Appalaches a procédé, au cours de l’année 2019-2020, à la consolidation du réseau de services intégrés.

La mise en place de la gestion de cas a été une priorité au CISSS de Chaudière-Appalaches en 2019-2020. Un mandat a été donné à un chargé de projet du Bureau de projet organisationnel pour finaliser le tout pour le 31 mars 2020. L’évaluation de l’implantation de la gestion de cas sera réalisée ultérieurement considérant l’arrivée de la pandémie de la COVID-19 à la mi-mars 2020. Le déploiement de la gestion a permis la consolidation des équipes territoriales (cellules de travail interprofessionnel) dans les cinq réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS) et du soutien s’est consolidé.

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

Une consolidation de l’utilisation des rapports personnalisés en SAD a été faite en 2019-2020 où chaque équipe clinique peut suivre quotidiennement ses données, ce qui permet une meilleure coordination des évaluations et des plans d’intervention des usagers. Un outil informatisé (APPI CLSC) est actuellement en développement par la Direction de la qualité, de l’évaluation, de la performance et de l’éthique (DQEPE) et sera déployé en 2020-2021 au niveau des chefs de programme et des intervenants terrain pour faciliter le suivi clinique des usagers et permettre de suivre les indicateurs de performance de façon plus optimale.

Des trajectoires de collaboration sont en consolidation avec les groupes de médecine de famille (GMF) pour le repérage précoce des usagers présentant des troubles cognitifs (dossier usagers atteints de la maladie Alzheimer et autres maladies apparentées).

1.03.13-EG2

L’engagement est non atteint pour l’année financière 2019-2020.

Encore cette année, l’intensification des services à domicile a un impact sur les admissions en centres d’hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Nous maintenons très longtemps des usagers avec des besoins complexes à domicile et lorsque leurs conditions se détériorent, ceux-ci sont orientés en CHSLD.

Le taux de roulement est très élevé dans l’ensemble des CHSLD. Les clientèles présentant des profils 9 (profils soins palliatifs avec pronostic réservé de moins de six mois et profils de santé physique instable) sont admises dans les lits de CHSLD, considérant le requis de services en soins infirmiers 24/7 que nous ne retrouvons tout simplement pas ailleurs dans le continuum d’hébergement dans la communauté. Peu de résidences privées pour aînés sur notre territoire offrent des services de surveillance éveillée 24/7 ou de soins infirmiers. Nous devons donc composer avec cette réalité et cela a un impact sur l’atteinte de l’engagement 1.03.13-EG2.

1.03.16 EG2

À la fin de l’année financière de 2019-2020, l’engagement de 93 % n’était pas atteint. Légère baisse comparativement à la fin de l’année de 2018-2019 où le taux était de 94,7 %. La pénurie de ressources humaines, le roulement de celles-ci et plusieurs changements de chefs de service en hébergement en 2019 ont pu avoir impact sur l’atteinte de cet indicateur de gestion.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Déficiences			
Plan stratégique 15-20 1.05.15-PS Délai moyen d’accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	65,34	60	95,95
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 per- sonnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	80,6 %	90 %	77 %
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d’accès aux services pour les per- sonnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	93,9 %	94 %	91,2 %
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	80,7 %	90 %	63,4 %
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d’accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l’autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	92,2 %	94 %	81,2 %
Plan stratégique 19-23 1.45.45.05-PS Proportion des jeunes enfants présentant un retard significatif de développement ayant bénéficié de services des programmes en déficience physique ou en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l’autisme dans les délais	NA	90 %	89 %
Plan stratégique 15-20 1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un trouble du spectre de l’autisme venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l’intégration au travail	89,5 %	90 %	97,1 %

Plan stratégique 19-23 1.47-PS Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme	NA	1 319	1 180
Commentaires a. Les facteurs qui expliquent l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement et les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte; b. L'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente, lorsque les données sont disponibles; c. Le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.			

2019-2020

1.05.15-PS

Le nombre de demandes est demeuré sensiblement le même que celui de l'année dernière à la même période, passant de 44 à 42 usagers.

Le délai moyen est passé de 65,34 jours en 2018-2019 à 95,95 jours en 2019-2020, soit une augmentation de 68 %. Cette augmentation s'explique par les délais élevés de traitement des demandes au guichet d'accès spécialisé DI-TSA et DP et par la diminution des surcroîts comparativement au démarrage du plan d'action national TSA. Aussi, l'augmentation du nombre de demandes pour la clientèle adolescente et la clientèle en pédiatrie a eu une influence sur le résultat.

Au CISSS de Chaudière-Appalaches, la coordination enfant-adolescent regroupe les équipes des secteurs à l'enfance en déficience motrice enfant (DME), déficience du langage (DL), déficience intellectuelle (DI) et troubles du spectre de l'autisme (TSA). Il y a eu établissement de trajectoires afin que les enfants ne vivent pas de bris de services. En effet, un certain nombre d'enfants intègrent les programmes DL ou DME chez qui nous suspectons un diagnostic de TSA en cours de suivi. Pour ces jeunes, une nouvelle référence vers le programme TSA doit se faire parallèlement à la démarche d'évaluation diagnostique.

Étant donné que notre région présente certains enjeux de délais relativement à l'évaluation diagnostique, nous avons convenu d'admettre « sous condition » ces clients au programme TSA parallèlement à l'attente pour le processus diagnostique et inscrit en priorité 3 (modérée jusqu'à 360 jours). Ces jeunes poursuivent leur service au programme DME ou DL durant l'attente, ils ne vivent en aucun cas de bris de services. Le fait que ces enfants soient inscrits en priorité 3 (au nombre de 13 enfants 0-5 ans au cours de l'année) influence le délai moyen de prise en charge pour les enfants TSA de 5 ans et moins. Ils étaient 48 enfants TSA de 5 ans et moins à être inscrits en priorité élevée (avec un délai moyen de 88,2 jours).

Finalement, il faut noter que le programme accueille de plus en plus de stagiaires finissants dans diverses disciplines. Ceux-ci doivent prendre en charge des clients sans supervision immédiate de leur superviseur. Antérieurement, les stagiaires étaient moins impliqués dans les dossiers des enfants 0-5 ans puisqu'ils ne complètent pas de statistiques auprès de cette clientèle. Au cours de la dernière année, cette orientation a été changée afin de former nos futurs intervenants à cette clientèle. Dans ce contexte, les enfants desservis par des stagiaires finissants reçoivent une fréquence et une intensité de service qui n'est pas représentative de ce qui est inscrit au niveau des statistiques.

1.45.04.01-EG2

Cette année, le taux de demandes de service traitées dans les services spécifiques en déficience physique dans les délais convenus a été de 77 %, soit une diminution de 3,6 % comparativement à l'année précédente qui était de 80,6 %. Le programme est demeuré un peu loin de la cible cette année. La situation difficile dans le traitement des demandes au guichet d'accès compte tenu du roulement de personnel et la réorganisation du travail a eu un impact plus important sur le traitement des demandes de nos services spécifiques, autant en déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme que pour la déficience physique. Des mesures ont été mises en place afin de corriger le tir pour 2020-2021, notamment un ajustement des ressources. Le guichet a rattrapé le retard cumulé dans le traitement des demandes en fin d'année financière. Ceci devrait permettre, en 2020-2021, de corriger la situation vécue en 2019-2020.

1.45.04.05-EG2

Cette année, le taux des demandes de service traitées en Centre de réadaptation en déficience physique est passé de 93,9 %, en 2018-2019, à un taux de 91,2 % en 2019-2020, soit une diminution de 2,7 %. Le programme a su maintenir un taux au-dessus de 94 % durant les neuf premières périodes de l'année, mais a été sous ce taux de la période 10 à la période 13. Cet écart s'explique notamment par les défis présentés au guichet d'accès dans le traitement des demandes. Le mouvement du personnel a eu un impact et le programme a dû revoir l'organisation du travail en fonction des ressources et des demandes reçues.

1.45.05.01-EG2

Cette année, le taux des demandes de service traitées dans les services spécifiques est passé de 80,7 % en 2018-2019 à un taux de 63,4 % en 2019-2020, soit une diminution de 17,3 %. La même explication nommée pour la clientèle en déficience physique s'applique ici. Le nombre élevé de demandes de service en raison de la situation vécue au guichet d'accès a amené un retard qui a été difficile à combler durant l'année. L'ajout de ressources et la réorganisation du travail ayant permis de rattraper ce retard au guichet, nous sommes confiants d'atteindre les cibles en 2020-2021.

1.45.05.05-EG2

Cette année, le taux des demandes de service traitées en Centre de réadaptation en déficience intellectuelle a été de 81,2 %, soit une diminution de 11 % comparativement à l'année précédente qui était de 92,2 %. La difficulté rencontrée au guichet d'accès de traiter les demandes de service dans un délai de sept jours a été difficile cette année, compte tenu du mouvement des ressources et de l'organisation du travail qui a dû être revu. L'ajout de personnel et la révision de l'organisation du travail devraient permettre de rejoindre les cibles attendues en 2020-2021.

1.45.45.05-PS

L'établissement est satisfait des résultats obtenus en lien avec ce nouvel indicateur. Étant à 1 % de la cible en 2019-2020, nous estimons être en mesure de l'atteindre en 2020-2021.

1.46-PS

Cette année, l'établissement avait pour cible de s'assurer que 90 % des jeunes de 21 ans et plus reçoivent des services socio-professionnels. Cette cible a été dépassée avec un résultat de 97,1 %. Un nombre de 33 élèves de 21 ans et plus a bénéficié d'une transition école-vie active (TÉVA) et a été orienté vers des activités répondant à ses besoins. La démarche mise en place avec les quatre commissions scolaires de la région se poursuit.

1.47-PS

Le programme a actuellement 1 180 places en hébergement. Dans les résidences à assistance continue (RAC), nous ne pouvons départager les places en fonction du diagnostic. Une des résidences a une double mission, elle héberge une clientèle DI avec une comorbidité DP.

Parmi les 21 usagers en attente pour résidence intermédiaire, quatre étaient en attente pour la ressource intermédiaire spécialisée, laquelle, à la suite d’une collaboration établie avec le programme santé mentale, a commencé à offrir ses services le 25 mai 2020.

Au niveau du logement social et communautaire, le programme a quatre ententes actives avec des organismes du milieu. Les quatre ententes de service font partie du budget de l’établissement. Il est à noter que la clientèle TSA est incluse avec les données de la clientèle DI.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Jeunes en difficulté			
Plan stratégique 15-20 1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	10,96 %	10,21 %	12,57 %
Commentaires a. Les facteurs qui expliquent l’atteinte ou la non-atteinte de l’engagement et les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte; b. L’appréciation de l’évolution des résultats par rapport aux résultats de l’année précédente, lorsque les données sont disponibles; c. Le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l’indicateur et, s’il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.			

2019-2020

1.06.17-PS

L’engagement est non atteint. Nous avons reçu une augmentation de 12 % de signalements, dont 48 % des signalements retenus sont en négligence, risque de négligence, risque d’abus physique et sexuel. Il y a aussi beaucoup plus de naissances qu’anticipé par Statistiques Canada, qui explique en partie cette augmentation. Nous travaillons avec les organismes communautaires, les différents partenaires du milieu et la Direction de santé publique afin de mieux comprendre les causes de cette augmentation dans notre région. Le programme « Agir tôt » et le développement du programme « Ma famille, ma communauté » pourront certainement aider à agir en amont et prévenir la négligence chez nos enfants. Une sensibilisation quant à la saisie des bons articles de loi lorsque les situations sont compromises sera animée de nouveau à l’automne.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Dépendances			
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées	84,1 %	90 %	80,4 %
Plan stratégique 15-20 1.07.06-PS Taux d’implantation de l’offre de service de détection et d’interven- tion précoce en dépendance	92,9 %	90 %	92,9 %
Plan stratégique 19-23 1.07.07-PS Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	NA	3 551	3 663
Commentaires a. Les facteurs qui expliquent l’atteinte ou la non-atteinte de l’engagement et les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte; b. L’appréciation de l’évolution des résultats par rapport aux résultats de l’année précédente, lorsque les données sont disponibles; c. Le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l’indicateur et, s’il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.			

2019-2020

1.07.04-EG2

Notre résultat a diminué comparativement à l’an passé. La création de nouveaux services a permis une hausse des demandes de service, faisant en sorte que le délai d’évaluation s’est détérioré. Nous poursuivons nos efforts pour revenir à l’atteinte de la cible.

1.07.06-PS

Nous dépassons légèrement la cible attendue.

1.07.07-PS

Dépassement de l’atteinte de la cible. La consolidation des services a permis une prise en charge d’une plus grande clientèle.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Santé mentale			
Plan stratégique 15-20 1.08.13-PS Nombre de places en soutien d’intensité variable reconnues par le Ministère	876,6	1 012	887,4
Plan stratégique 15-20 1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnu par le Ministère	226,8	226	178,2
Commentaires a. Les facteurs qui expliquent l’atteinte ou la non-atteinte de l’engagement et les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte; b. L’appréciation de l’évolution des résultats par rapport aux résultats de l’année précédente, lorsque les données sont disponibles; c. Le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l’indicateur et, s’il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.			

1.08.13-PS et 1.08.14-PS

Le nombre de places a diminué en raison du développement d’une équipe Premier épisode psychotique (PEP) en transformant des postes Suivi intensif-Soutien d’intensité variable (SI-SIV). Il faut se rappeler que le CISSS de Chaudière-Appalaches n’a pas eu de financement pour la mise en place de ce service.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Santé physique - Urgence			
Plan stratégique 15-20 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l’urgence	11,53	12	11,65
Plan stratégique 19-23 1.09.16-PS Délais moyens de prise en charge médicale à l’urgence pour la clientèle ambulatoire	89	145	95
Plan stratégique 15-20 1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médi-cale à l’urgence est de moins de deux heures	79,2 %	85 %	77,3 %
Plan stratégique 15-20 1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l’urgence est de moins de quatre heures	79,4 %	85 %	77,2 %
Commentaires a. Les facteurs qui expliquent l’atteinte ou la non-atteinte de l’engagement et les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte; b. L’appréciation de l’évolution des résultats par rapport aux résultats de l’année précédente, lorsque les données sont disponibles; c. Le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l’indicateur et, s’il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.			

Comparatif des délais CISSS de Chaudière-Appalaches	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	Cible 2019-2020
Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée moyenne de séjour (DMS) est moins de 4 heures (1.09.44-PS)	81,5 %	79,9 %	79,4 %	77,2 %	85 %
Prise en charge médicale < 2 heures (1.09.43-PS)	80 %	78,8 %	79,2 %	77,3 %	85 %
Pourcentage de 24 heures	3 %	2,6 %	2,9 %	2,9 %	0 %
DMS sur civière (1.09.01-PS)	11,3 h	11 h	11,5 h	11,7 h	12 h
DMS sur civière à l’urgence clientèle 75 ans et +	14,4 h	13,8 h	14,3 h	14,2 h	12 h
Délai moyen sur civière à l’urgence clientèle santé mentale	14,7 h	14,4 h	15,4 h	15 h	12 h

L’année 2019-2020 dénote une détérioration de certains indicateurs, entre autres, au niveau de la prise en charge de la clientèle ambulatoire dans un délai de moins de quatre heures, la prise en charge médicale en moins de deux heures, ainsi que les durées moyennes de séjour sur civière. Par contre, il y a de l’amélioration concernant les durées moyennes de séjour pour la clientèle de santé mentale, ainsi que la clientèle de 75 ans et plus. Nous poursuivons nos travaux en lien avec la réorientation, le développement des accueils cliniques et l’ouverture des Unités de médecine de jour la fin de semaine afin d’assurer la fluidité de la clientèle dans les urgences de la région de la Chaudière-Appalaches.

Hôpital de Thetford Mines

- Une baisse de 760 visites a été constatée;
- La durée moyenne de séjour est passée à 11,7 heures, alors qu’elle était de 11,5 heures en 2018-2019;
- Pour la clientèle de 75 ans et plus, le délai moyen sur civière à l’urgence est passé de 13,8 heures, alors qu’il était de 13,3 heures en 2018-2019;
- Pour la clientèle de santé mentale, le délai moyen sur civière à l’urgence est passé de 12,2 heures, alors qu’il était de 13,3 heures en 2018-2019;
- Pour la prise en charge médicale < 2 heures, nous notons une détérioration. Elle se situe à 75,6 %, alors que celle-ci était à 80,1 % en 2018-2019;
- Pour la prise en charge de la clientèle ambulatoire dans un délai de moins de 4 heures, celle-ci s’est également détériorée. Elle est passée à 67,3 %, alors qu’elle se situait à 74,1 % en 2018-2019.

Hôpital de Saint-Georges

- Une augmentation de 1 007 visites a été constatée;
- La durée moyenne de séjour est passée à 11,4 heures, alors qu’elle était de 11,9 heures en 2018-2019;
- Pour la clientèle de 75 ans et plus, le délai moyen sur civière à l’urgence est passé de 13 heures, alors qu’il était de 13,3 heures en 2018-2019;
- Pour la clientèle de santé mentale, le délai moyen sur civière à l’urgence est passé de 12,3 heures, alors qu’il était de 12,8 heures en 2018-2019;
- Pour la prise en charge médicale < 2 heures, nous notons une amélioration. Elle se situe à 59 %, alors que celle-ci était à 58,1 % en 2018-2019;
- Pour la prise en charge de la clientèle ambulatoire dans un délai de moins de 4 heures, celle-ci s’est également améliorée. Elle est passée à 57,9 %, alors qu’elle se situait à 56,2 % en 2018-2019.

Hôtel-Dieu de Lévis

- Nous remarquons une augmentation de 3 904 visites pour l’année 2019-2020;
- Le séjour moyen sur civière est passé de 13,3 heures (2018-2019) à 13,5 heures (2019-2020);
- Pour la clientèle de 75 ans et plus, le délai moyen sur civière à l’urgence est passé de 16,6 heures (2018-2019) à 16,5 heures (2019-2020);
- Pour la clientèle de santé mentale, le délai moyen sur civière est passé de 18,5 heures (2018-2019) à 18,6 heures (2019-2020);
- Au niveau de la prise en charge médicale < 2 heures. Elle passe de 84,7 % (2018-2019) à 84,8 % (2019-2020) et au niveau du pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la DMS est moins de 4 heures nous notons une légère amélioration, soit 76,4 % (2018-2019) à 77,2 % (2019-2020).

Centre Paul-Gilbert

- Nous notons une baisse de 1 470 visites de moins pour l’année 2019-2020;
- Le séjour moyen sur civière est passé de 3,1 heures (2018-2019) à 3,4 heures (2019-2020);
- Pour la clientèle de 75 ans et plus, le délai moyen sur civière à l’urgence est passé de 3,3 heures (2018-2019) à 3,8 heures (2019-2020);
- Pour la clientèle de santé mentale, le délai moyen sur civière est passé de 2,5 heures (2018-2019) à 3 heures (2019-2020);
- Nous notons une détérioration au niveau de la prise en charge médicale < 2 heures. Elle passe de 87,2 % (2018-2019) à 82,7 % (2019-2020). Nous avons le même constat en ce qui concerne le pourcentage de la clientèle ambulatoire, dont la DMS est de moins de 4 heures, soit de 95,7 % (2018-2019) à 92,1 % (2019-2020).

Hôpital de Montmagny

- Le nombre de visites est pratiquement identique pour l’année 2019-2020 (+ 6 visites);
- Le séjour moyen sur civière est passé de 9,6 heures (2018-2019) à 9,4 heures (2019-2020);
- Pour la clientèle de 75 ans et plus, le délai moyen sur civière à l’urgence est passé de 11,1 heures (2018-2019) à 10,9 heures (2019-2020);
- Pour la clientèle de santé mentale, le délai moyen sur civière est passé de 10,1 heures (2018-2019) à 9,9 heures (2019-2020);
- Une légère détérioration au niveau de la prise en charge médicale < 2 heures est constatée en passant de 78,4 % (2018-2019) à 76,1 % (2019-2020). Nous avons le même constat en ce qui concerne le pourcentage de la clientèle ambulatoire, dont la DMS est de moins de 4 heures, soit de 85,9 % (2018-2019) à 82,5 % (2019-2020).

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Santé physique - Soins palliatifs et de fin de vie			
Plan stratégique 15-20 1.09.05-PS Nombre d’usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 369	1 420	1 427
Plan stratégique 15-20 1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	51	57	57
Plan stratégique 15-20 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	21,3 %	20 %	21,5 %
Commentaires a. Les facteurs qui expliquent l’atteinte ou la non-atteinte de l’engagement et les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte; b. L’appréciation de l’évolution des résultats par rapport aux résultats de l’année précédente, lorsque les données sont disponibles; c. Le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l’indicateur et, s’il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.			

2019-2020

1.09.05-PS

Pour l’année 2019-2020, 1 427 usagers ont été suivis par l’équipe de soins à domicile pour la région de la Chaudière-Appalaches. L’engagement inscrit à l’entente de gestion et d’imputabilité (EGI) (1 420 usagers) est atteint à 100 % de la cible. Prendre note que le calcul de cet indicateur ne considère pas le temps d’hospitalisation « de 72 heures post-décès ».

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

- En Chaudière-Appalaches, la gouverne du comité régional de soins palliatifs et des comités locaux de soins palliatifs a été modifiée. La Direction des services professionnels s’est associée à la Direction du programme de soutien à l’autonomie des personnes âgées. Voici les principaux mandats qui seront travaillés afin de partager la responsabilité de l’amélioration des processus des soins palliatifs :
 - Soins de fin de vie;
 - Gestion des plaintes;
 - Indicateurs de gestion;
 - Trajectoire hôpital et domicile;
 - Offre de service à domicile (coop et infirmière auxiliaire en dehors des heures favorables);
 - Programme SPFV en CHSLD;
 - Formation PAB - MSP et auxiliaires aux services de santé et services sociaux;
- Poursuite de l’arrimage à faire entre les besoins et l’offre. Les critères de référencement ne sont pas harmonisés sur le territoire;
- Optimiser la coordination du service de répit lors des heures atypiques (soir, nuit et fin de semaine);
- Poursuite de la mise en place du plan d’action pharmacie Soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) – Soins à domicile (SAD), harmonisation d’une trousse de dépannage bonifiée en soins palliatifs afin de rendre disponible la médication accessible en tout temps pour les infirmières du SAD;
- Bonification du coffre à outils à l’attention des infirmières. Finalisation des guides de pratique clinique afin de soutenir l’infirmière dans sa démarche de soins infirmiers dans la gestion des symptômes suivants : anxiété et état dépressif, constipation, diarrhée, douleur, essoufflement et dyspnée, fatigue/insomnie/somnolence, nausées et vomissements, perte d’appétit ainsi que problèmes buccaux;
- Implantation d’une clinique de gestion des symptômes au Centre régional intégré de cancérologie (CRIC);
- Nouvelle offre de service en soins spirituels visant à favoriser la pérennité du service et à élargir son rayonnement. Vise également une compréhension commune des soins spirituels offerts au sein de l’organisation, ainsi qu’un meilleur encadrement de la pratique professionnelle des intervenants en soins spirituels.

1.09.45-PS

Le CISSS de Chaudière-Appalaches répond à la cible ministérielle d’un lit par 10 000 personnes et atteint 100 % de la cible pour l’engagement 2019-2020. Une nouvelle maison de soins palliatifs dans le secteur de Montmagny-L’Islet est maintenant opérationnelle. Elle accueille jusqu’à six personnes ainsi que leurs proches afin de répondre aux besoins populationnels.

1.09.46-PS

Le pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile en 2019-2020 est de 21,5 %. Ce résultat dépasse l’engagement 2019-2020 de 7,5 %.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Santé physique - Chirurgie			
Plan stratégique 15-20 1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d’un an pour l’ensemble des chirurgies	3	0	5
Plan stratégique 19-23 1.09.32.10-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de six mois	147	179	489
Commentaires a. Les facteurs qui expliquent l’atteinte ou la non-atteinte de l’engagement et les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte; b. L’appréciation de l’évolution des résultats par rapport aux résultats de l’année précédente, lorsque les données sont disponibles; c. Le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l’indicateur et, s’il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.			

2019-2020

1.09.32.00-PS

Le CISSS de Chaudière-Appalaches n’atteint pas son engagement de ne plus avoir de patients en attente depuis plus d’un an, en raison de cas d’exception connus, priorisés et suivis.

1.09.32.10-PS

Pour les patients en attente de plus de six mois, il y a une augmentation principalement à l’Hôtel-Dieu de Lévis. Nous notons une augmentation des cas (3 378 vs 2 652) et du pourcentage de hors délai (6 % vs 2 %). Une augmentation du nombre de médecins spécialistes sans augmentation du plateau technique explique principalement cette différence. La deuxième offre en interne, la redistribution des priorités se font, tout comme la deuxième offre en externe, lorsque les autres plateaux techniques sont disponibles.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Santé physique – Services de première ligne			
Plan stratégique 15-20 1.09.25-PS Nombre total de GMF	21	21	21
Plan stratégique 19-23 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	89,28 %	90,70 %	88,77 %
Plan stratégique 19-23 1.09.27.01-PS Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	331 951	350 847	336 425
Plan stratégique 15-20 1.09.48-PS Nombre de groupe de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique)	1	1	1
Commentaires a. Les facteurs qui expliquent l’atteinte ou la non-atteinte de l’engagement et les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte; b. L’appréciation de l’évolution des résultats par rapport aux résultats de l’année précédente, lorsque les données sont disponibles; c. Le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l’indicateur et, s’il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.			

2019-2020

1.09.25-PS

Engagement atteint.

Régionalement, 21 groupes de médecine de famille (GMF) de la région de la Chaudière-Appalaches ont renouvelé le processus d’accréditation au programme de financement, dont deux GMF-U (GMF-U des Etchemins et GMF-U de Lévis) et un GMF-R (GMF-R Lévis-Métro). La Ministre a confirmé le renouvellement des GMF.

1.09.27-PS

Engagement atteint.

L’information fournie par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est la suivante (source : rapport #8 et #6 /15-03-2020) : Régionalement, pour 2019-2020, nous avons 375 044 patients inscrits auprès d’un médecin de famille sur une population totale de 422 483 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 93 %. Le taux d’assiduité : 85,1 %.

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

Etchemins

Il y a 15 282 patients inscrits auprès d’un médecin de famille sur une population totale de 16 500 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 92,62 %. Le taux d’assiduité : 89,7 %.

Alphonse-Desjardins

Il y a 220 923 patients inscrits auprès d’un médecin de famille sur une population totale de 252 824 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 87,38 %. Le taux d’assiduité : 84,8 %.

Beauce

Il y a 64 273 patients inscrits auprès d’un médecin de famille sur une population totale de 71 699 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 89,64 %. Le taux d’assiduité : 88,5 %.

Thetford Mines

Il y a 39 631 patients inscrits auprès d’un médecin de famille sur une population totale de 41 890 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 94,61 %. Le taux d’assiduité : 85,4 %.

Montmagny-L'Islet

Il y a 34 935 patients inscrits auprès d’un médecin de famille sur une population totale de 39 570 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 88,29 %. Le taux d’assiduité : 81,2 %.

1.09.48-PS

Engagement atteint.

Nombre total de GMF-R : 1 GMF-R accrédité en janvier 2019 et renouvelé en janvier 2020.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Santé physique – Imagerie médicale			
Plan stratégique 15-20 1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	48,4 %	65 %	24,4 %
Plan stratégique 15-20 1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	73,4 %	85 %	89,9 %
Plan stratégique 15-20 1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	96,1 %	100 %	95,3 %
Plan stratégique 15-20 1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	45,1 %	47,74 %	24,5 %
Plan stratégique 15-20 1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	47,2 %	60 %	43,8 %

Plan stratégique 15-20 1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	62 %	70 %	50,2 %
Plan stratégique 15-20 1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	69,5 %	80 %	74,3 %
Plan stratégique 15-20 1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	60,9 %	70 %	54 %
Commentaires a. Les facteurs qui expliquent l’atteinte ou la non-atteinte de l’engagement et les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte; b. L’appréciation de l’évolution des résultats par rapport aux résultats de l’année précédente, lorsque les données sont disponibles; c. Le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l’indicateur et, s’il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.			

2019-2020

1.09.34.02-PS

- Engagement non réalisé. Mesures : 1) Poursuivre deuxième offre et épuration des listes d’attente. 2) Blitz selon les disponibilités des radiologistes. Souhait d’harmoniser la pratique à travers le CISSS de Chaudière-Appalaches et rendre autonomes les technologues pour certains examens en scopie sans que le radiologiste soit présent dans la salle, mais disponible au besoin comme à l’Hôtel-Dieu de Lévis (HDL), demande de Plans régionaux d’effectifs médicaux (PREM);
- Facteurs qui contraignent l’atteinte de l’engagement : nombre élevé de clients en attente, manque de ressources médicales et techniques; les ostéodensitométries étaient comptabilisées dans graphie, donc transférées en délai d’attente scopie examen à partir de mois d’octobre 2019 (donc passant de 95 examens en attente à 1 956 examens en attente au 31 mars 2020);
- Apprécier l’état d’évolution : détérioration du résultat depuis 2019-2020.

1.09.34.03-PS

- Engagement réalisé à 89,9 %;
- Apprécier l’état d’évolution : amélioration de 16,5 % comparativement à 2018-2019.

1.09.34.04-PS

- Engagement réalisé à 95,3 %;
- Apprécier l’état d’évolution : légère détérioration de 0,08 % comparativement à 2018-2019 causé par la gestion de la non-disponibilité qui est intégrée dans la liste d’attente.

1.09.34.05-PS

- Engagement non réalisé (HDL et Beauce). Mesures : 1) Poursuivre le développement de la pratique autonome selon l’intérêt des technologues et de la disponibilité des ressources. 2) Réorganisation des horaires de travail. 3) HDL : projet en cours pour ajout d’une 4^e salle d’échographie cardiaque, incluant l’ajout d’un équivalent temps complet (ETC) et d’un échographe cardiaque, embauche d’un technologue autonome. 4) Beauce : projet en cours pour ajout d’une 3^e salle d’échographie cardiaque, incluant l’ajout d’un ETC et d’un échographe cardiaque. 5) Blitz selon les disponibilités des ressources techniques et des médecins spécialistes (cardiologues et internistes);

- Facteurs qui contraignent l’atteinte de l’engagement : le changement de pratiques a fait augmenter le nombre de patients (nouvelles recommandations des meilleures pratiques en échographie et en lien avec la clinique de fibrillation auriculaire (FA), le dépistage ischémie cérébrale transitoire (ICT), suivis de chimiothérapie (préchimiothérapie et en post-chimiothérapie, les patients à risque de développer des cardiomyopathies ou une cardiotoxicité);
- Enjeux de capacité : plateaux techniques d’échographie cardiaque à 100 % quart de jour et nous en faisons dans certains hôpitaux les fins de semaine;
- Apprécier l’état d’évolution : diminution de 20,6 % de l’indicateur par rapport à 2018-2019. Nombre élevé de clients en attente : période 13 = 3 311 cas primaires en 2019-2020 par rapport à 2 704 à la même période pour l’an 2018-2019. Augmentation de 18,3 %.

1.09.34.06-PS

- Engagement non réalisé (seulement pour Beauce 18,3 %). Mesures prises : mise en place d’une deuxième offre (intersites et clinique radiologique). Mobilisation équipes médicales pour augmenter la disponibilité pour cette technique;
- Facteurs qui contraignent l’atteinte de l’engagement : manque de ressources médicales, demande de PREM faite;
- Apprécier l’état d’évolution : détérioration de 3,4 % par rapport à 2018-2019.

1.09.34.07-PS

- Engagement non réalisé. Mesures : 1) Poursuivre deuxième offre et épuration des listes d’attente. 2) Poursuivre le développement de la pratique autonome, ajout de ressources humaines les fins de semaine de jour. 3) Demandes d’ajouts de salles, d’équipements et de ressources humaines déposées;
- Facteurs qui contraignent l’atteinte de l’engagement : manque de ressources médicales. En attente du MSSS pour ajout de PREM; manque d’équipement (demande d’ajout d’un échographe supplémentaire déposée à la Fondation de l’hôpital de la région de Thetford ainsi que la Fondation de l’Hôtel-Dieu de Montmagny pour augmenter notre parc d’échographes polyvalents);
- Apprécier l’état d’évolution : détérioration de 11,8 % par rapport à 2018-2019. Certains pourcentages d’atteinte des cibles en échographie ne reflètent pas la réalité, car les listes d’attente intègrent la gestion de la non-disponibilité (GND). Ainsi, HDL passe de 63,3 % en écho autres et si nous enlevons la GND, nous passons à 86 %. En général, en échographie, nous constatons que la différence de pourcentage en enlevant la GND est d’environ de 7 à 15 % supérieure.

1.09.34.08-PS

- Engagement non réalisé (HDL et Montmagny seulement). Mesures prises : 1) Poursuivre la production supplémentaire selon la disponibilité des ressources techniques et médicales. Arrivée de trois radiologistes à Montmagny (juillet, août et décembre 2019);
- Facteurs qui contraignent l’atteinte de l’engagement : manque de ressources médicales et techniques;
- Apprécier l’état d’évolution : amélioration de 5,8 % par rapport à 2018-2019 pour le CISSS de Chaudière-Appalaches;
- Problématique de données, méthodologie et mesures à mettre en place : À HDL, le pourcentage de l’atteinte de l’EGi est de 69,19 %, mais si nous enlevons la GND, nous passons à 88 %, alors nous dépassons la cible de 80 %.

1.09.34.09-PS

- Engagement non réalisé (Beauce, Thetford Mines et HDL) : Mesures : 1) Poursuivre la production supplémentaire selon la disponibilité des ressources techniques et médicales. 2) Redirection de la clientèle vers les autres hôpitaux du CISSS de Chaudière-Appalaches. 3) Ouverture de l’imagerie par résonance magnétique (IRM) à Montmagny en mai 2019;
- Facteurs qui contraignent l’atteinte de l’engagement : manque de disponibilité des ressources médicales et techniques;
- Apprécier l’état d’évolution : détérioration de 6,9 % par rapport à 2018-2019 pour le CISSS de Chaudière-Appalaches;
- Problématique de données, méthodologie et mesures à mettre en place : certains pourcentages d’atteinte des cibles en résonance magnétique ne reflètent pas la réalité, car les listes d’attente intègrent la gestion de la non-disponibilité (GND). Ainsi, HDL passe de 49,6 % en écho autres et si nous enlevons la GND, nous passons à 83,4 %. Pour Thetford Mines, nous passons de 66,6 % à 76,6 %.

Commentaires globaux

Nous observons une augmentation importante du nombre d’usagers en attente en date du 31 mars 2020 (20 061) pour les cas primaires par rapport à la même période en 2018-2019 (16 116), augmentation de 24,5 %. Pour ce qui est du nombre d’usagers en attente pour un contrôle, nous passons de 21 451 (2018-2019) à 23 372 (2019-2020), soit une augmentation de 8,9 %.

Le manque de disponibilité des ressources techniques et médicales fait en sorte que nous ne sommes pas en mesure d’offrir l’accès requis en fonction du nombre d’usagers en attente. Des efforts importants de recrutement sont en cours avec la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) et une demande de dépassement de PREM a été déposée au MSSS en février 2020.

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Santé physique - Cancérologie			
Plan stratégique 19-23			
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	72,6 %	90 %	75,2 %
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	93,7 %	100 %	97,2 %
Commentaires a. Les facteurs qui expliquent l’atteinte ou la non-atteinte de l’engagement et les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte; b. L’appréciation de l’évolution des résultats par rapport aux résultats de l’année précédente, lorsque les données sont disponibles; c. Le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l’indicateur et, s’il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.			

2019-2020

1.09.33.01-PS

Pour les patients opérés pour une chirurgie oncologique à l’intérieur de 28 jours, la cible (90 %) est pratiquement atteinte pour Montmagny, Beauce et Thetford Mines (entre 80 % et 88 %) à quelques patients près qui ont été opérés quelques jours plus tard que les 28 jours.

Le pourcentage global est semblable. Pour l’Hôtel-Dieu de Lévis, en raison de la limite du plateau technique, le taux demeure aux environs de 70 %. Les projets d’ajout d’une salle d’opération et d’une salle de chirurgie mineure sont en cours à l’Hôtel-Dieu de Lévis.

1.09.33.02-EG2

Pour les patients opérés pour une chirurgie oncologique à l’intérieur de 56 jours, la cible est presque atteinte. Une disponibilité d’accès limitée au plateau technique à l’Hôtel-Dieu de Lévis engendre quelques délais additionnels. Les projets d’ajout d’une salle d’opération et d’une salle de chirurgie mineure sont toujours en cours à l’Hôtel-Dieu de Lévis. Les patients hors délai ont tous des tumeurs à évolution lente.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Soins palliatifs et de fin de vie			
Plan stratégique 19-23			
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)	—	70 %	61,1 %
Commentaires a. Les facteurs qui expliquent l’atteinte ou la non-atteinte de l’engagement et les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte; b. L’appréciation de l’évolution des résultats par rapport aux résultats de l’année précédente, lorsque les données sont disponibles; c. Le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l’indicateur et, s’il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.			

2019-2020

1.09.49-PS

L’indicateur s’applique aux 26 spécialités déployées dans le cadre de l’accès priorisé aux services spécialisés (APSS) (phases 1,2 et 3) pour les premières consultations référées par un médecin de famille. Cette demande est non applicable en termes d’engagement pour 2019-2020, car l’APSS pour les soins palliatifs ne répond pas à la définition de la demande de consultation en médecine spécialisée au Centre de répartition des demandes de services (CRDS).

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Ressources matérielles			
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l’élimination des zones grises en hygiène et salubrité	84,4 %	100 %	50 %
Commentaires a. Les facteurs qui expliquent l’atteinte ou la non-atteinte de l’engagement et les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte; b. L’appréciation de l’évolution des résultats par rapport aux résultats de l’année précédente, lorsque les données sont disponibles; c. Le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l’indicateur et, s’il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.			

2019-2020

2.02.02-EG2

Montmagny-L’Islet : Engagement non atteint à 0 %
Beauce : Engagement atteint à 100 %
Alphonse-Desjardins : Engagement non atteint à 0 %
Thetford Mines : Engagement atteint à 100 %

Nous avons retravaillé le dossier zone grise en collaboration avec la DSI pour le secteur Alphonse-Desjardins. Un calendrier d’entretien périodique des petits équipements a été élaboré conjointement entre la DSI et le Service de l’hygiène et salubrité avec une responsabilité partagée entre nos deux services quant à l’entretien des équipements identifiés. Le tout devait se mettre en branle en février 2020, mais le manque de personnel en hygiène et salubrité a retardé l’évolution de ce dossier. En mars 2020, la COVID-19 n’a pas permis de satisfaire les attentes.

Il semble que pour le secteur de Montmagny-L'Islet, des circonstances hors de notre contrôle ont fait en sorte de diminuer considérablement l'atteinte des cibles. Nous avons pris la décision d'introduire dans ce secteur le même calendrier d'entretien périodique des petits équipements que dans le secteur Alphonse-Desjardins.

Nous ferons le nécessaire pour atteindre la conformité au plus tard au 31 mars 2021, dans les secteurs Alphonse-Desjardins et Montmagny-L'Islet. Il s'agit d'un dossier à traiter prioritairement pour le Service de l'hygiène et salubrité.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Ressources humaines			
Plan stratégique 15-20 3.01-PS Ratio d'heures en assurance salaire	6,69 %	6,66 %	6,79 %
Plan stratégique 19-23 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	4,42 %	4,20 %	4,80 %
Plan stratégique 15-20 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	1,18 %	1,07 %	1,57 %
Plan stratégique 19-23 3.05.03–PS Ratio de présence au travail	NA	91,12 %	91,40 %
Commentaires a. Les facteurs qui expliquent l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement et les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte; b. L'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente, lorsque les données sont disponibles; c. Le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.			

2019-2020

3.01-PS

Effectivement, nous constatons une augmentation du taux d'assurance salaire. En 2019-2020, nous avons toujours l'élément contributif de la procédure de pré-emploi. Cette procédure découle des débats juridiques des dernières années qui nous demandent de faire des offres d'embauche conditionnelle à l'analyse du dossier de santé du candidat. Ceci fait en sorte que nous embauchons des travailleurs avec des profils de santé de plus en plus précaire, ce qui a un impact sur notre taux d'assurance salaire, notamment en santé psychologique. Par contre, avec l'ensemble de nos efforts, notre durée moyenne des absences a considérablement baissé.

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

- Collaboration avec un médecin expert en stratégie d'intervention novatrice pour la gestion de nos dossiers d'invalidité;
- Expertises médicales en orthopédie mensuellement en collaboration avec une firme spécialisée;
- Élaboration d'une procédure systématique sur la gestion de l'absentéisme chronique et l'ajout d'une ressource dédiée dans le suivi de cette procédure;
- Mise en place d'un programme de retour au travail et ajout de deux ressources dédiées à la réalisation du programme;
- Analyse des ressources en réadaptation disponibles sur le territoire de Chaudière-Appalaches;
- Développement d'un partenariat avec un fournisseur de services de réadaptation (le Groupe Santé CBI);
- Développement d'une boîte à outils spécifiques à la coordination des retours au travail pour les employés et les gestionnaires (outils de préparation, plan d'action pour le retour au travail, grille de suivi, etc.);
- Élaboration de modèles de lettre destinés aux médecins traitants;
- Proposition de plans de retour au travail au médecin traitant;
- Formation à l'équipe de gestion des invalidités par une firme spécialisée CBI sur la réadaptation dans un cadre de gestion;
- Audits périodiques par les conseillères cadres en santé et sécurité au travail (SST) des dossiers d'assurance salaire;
- Audits en milieu de travail par l'équipe de prévention sur les risques physiques et psychosociaux.

2019-2020

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

- La maximisation actuelle des horaires de travail à la hauteur des disponibilités des personnes pour les titres d'emploi d'infirmière, infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires et certains autres en respect du zéro mouvement en CHSLD;
- La planification des horaires de travail pour la période estivale pour une durée de trois mois;
- L'autorisation des ententes 7/7 pour le personnel de la catégorie 1-2-4 autant à la période estivale qu'hivernale, ce qui diminue le nombre de vacances à remplacer et favorise la rétention du personnel par une plus grande possibilité de conciliation travail-vie personnelle;
- La création d'un projet de bonification des postes pour les titres d'emploi visés;
- L'offre de postes fin de liste dès l'embauche;
- Des garanties de travail à la carte tant à l'externe pour le recrutement qu'à l'interne;
- Signature d'un nouveau contrat avec la GACEQ en janvier 2020 et ainsi diminuer l'utilisation de MOI en gré à gré.

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

Une hausse générale est effectivement survenue en ce qui concerne le temps supplémentaire en raison du manque de ressources disponibles en lien avec la rareté de la main-d'œuvre dans certains titres d'emploi et une augmentation des absences principalement dans des secteurs spécialisés ou dans les secteurs plus éloignés du territoire.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Multiprogrammes			
Plan stratégique 15-20 7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	62,9 %	75 %	54,3 %
Plan stratégique 15-20 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	45 %	100 %	85 %
Commentaires a. Les facteurs qui expliquent l'atteinte ou la non-atteinte de l'engagement et les mesures correctrices mises en place pour favoriser son atteinte; b. L'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente, lorsque les données sont disponibles; c. Le cas échéant, les problèmes connus liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, les mesures correctrices apportées pour corriger la situation.			

2019-2020

7.01.00-PS

Il nous est difficile de reconstituer où se situent les problématiques puisqu'il s'agit d'un indicateur transversal de plusieurs services.

7.02.00-PS

Nous sommes en attente du MSSS pour déployer les autres mesures du plan d'action en lien avec la stratégie d'accès.

Autres résultats pour certains indicateurs du plan stratégique du MSSS

Indicateur	Résultat au 31 mars 2020	Commentaire
Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	563 usagers au total (323 usagers en attente en 1 ^{re} ligne et 240 usagers en attente en 2 ^e ligne)	Le MSSS avait établi la cible à atteindre à 914 usagers au total, 1 ^{re} et 2 ^e ligne. Nous avons donc atteint la cible avec 563 usagers.
Pourcentage des premiers services en CLSC pour les jeunes en difficulté rendus dans un délai de 30 jours ou moins	52 %	Les travaux se poursuivent au niveau des trajectoires dans un souci d'optimisation.
Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	21 270	Il n'y a pas d'engagement avec le MSSS en 2019-2020. Il s'agit d'un nouvel indicateur de gestion. Le résultat visé au 31 mars 2020 : 20 959 usagers, avec 21 270 usagers, le résultat est atteint.
Nombre total d'heures de services de soutien à domicile	1 125 648	Il n'y a pas d'engagement avec le MSSS en 2019-2020. Il s'agit d'un nouvel indicateur de gestion. Le résultat visé au 31 mars 2020 : 882 331 heures, avec 1 125 648 heures, le résultat est atteint.

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

5.1 L'agrément

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

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

Au mois de septembre 2019, le CISSS de Chaudière-Appalaches a été visité pour les séquences un et deux d'un cycle d'agrément de cinq ans comme convenu avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Les activités évaluées lors de cette visite concernaient les pratiques de gouvernance et de leadership ainsi que les programmes-services santé publique, jeunesse ainsi que santé mentale et dépendance. La prévention et le contrôle des infections, la gestion des médicaments et le retraitement des dispositifs médicaux réutilisables ont également été évalués de manière transversale. Au terme de cette visite, le CISSS de Chaudière-Appalaches a conservé sa mention «Agréé», une certification qui vient reconnaître la qualité et la sécurité des soins et services offerts par le personnel.

Taux de conformité obtenus :

Ensemble de normes	Taux de conformité
Gouvernance	98,7 %
Leadership	98,5 %
Prévention et contrôle des infection	98,6 %

Gestion des médicaments	100 %
Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables	82,3 %
Santé publique	100 %
Jeunesse	97,4 %
Manuel d'évaluation – Programme jeunesse Chapitre 1 – Excellence des services	97,7 %
Manuel d'évaluation – Programme jeunesse Chapitre 2 – Services de périnatalité et d'obstétrique	99,1 %
Manuel d'évaluation – Programme jeunesse Chapitre 3 – Services de sage-femme et de maisons de naissance	98,9 %
Manuel d'évaluation – Programme jeunesse Chapitre 4 – Services pour jeunes en difficulté	89,4 %
Manuel d'évaluation – Programme jeunesse Chapitre 5 – Services pour la protection de la jeunesse	98,9 %
Manuel d'évaluation – Programme jeunesse Chapitre 6 – Services pour la santé mentale en communauté	98,8 %
Manuel d'évaluation – Programme jeunesse Chapitre 7 – Services de santé mentale (0-17 ans) et pédopsychiatrie	100 %
Santé mentale et dépendance	99,8 %
Manuel d'évaluation – Programme santé mentale et dépendance Chapitre 1 – Excellence des services	98,9 %
Manuel d'évaluation – Programme santé mentale et dépendance Chapitre 2 – Services de santé mentale (usagers inscrits)	100 %
Manuel d'évaluation – Programme santé mentale et dépendance Chapitre 3 – Services d'urgences psychiatriques	100 %
Manuel d'évaluation – Programme santé mentale et dépendance Chapitre 4 – Services de santé mentale (usagers admis)	100 %
Manuel d'évaluation – Programme santé mentale et dépendance Chapitre 5 – Services de dépendance (usagers inscrits)	100 %
Manuel d'évaluation – Programme santé mentale et dépendance Chapitre 6 – Services de dépendance (usagers admis)	100 %

5.1.1 Non-conformités avec modalités d'amélioration acceptées

À la suite de cette visite, quelques non-conformités ont été relevées. Voici les objectifs ciblés par Agrément Canada pour lesquels le CISSS de Chaudière-Appalaches a mis en place des modalités d'amélioration qui ont été acceptées par Agrément Canada en mars 2020.

Élaborer et mettre en œuvre un plan de sécurité des usagers dans l'organisme.

Mesures d'amélioration : La sécurité des usagers fait partie intégrante de nombreux plans d'action réalisés au CISSS de Chaudière-Appalaches. Tous ces éléments ont été rassemblés pour faire un plan spécifique. Ce plan de sécurité des usagers a été adopté en février 2020 par le comité de direction. Son suivi sera réalisé par le comité de gestion des risques et le comité de vigilance et de qualité.

Apporter des correctifs pour la conformité des lieux de retraitement et assurer un programme d'amélioration continue.

Mesures d'amélioration : Un plan d'action a été déposé par la Direction des services professionnels et la Direction des services techniques afin de pallier les non-conformités. Ce plan d'action comprend :

- L'amélioration des mécanismes pour limiter les accès aux lieux de retraitement à l'Hôtel-Dieu de Lévis et à l'Hôpital de Saint-Georges (échéance : avril 2020);
- L'acquisition et l'installation d'armoires ventilées pour les sites ciblés (échéance : avril 2021);
- Un projet de réaménagement majeur pour corriger le problème d'humidité dans les lieux de retraitement à certaines périodes de l'année et pour éviter le croisement du propre et du souillé à l'Hôtel-Dieu de Lévis (échéance : avril 2021);
- Un projet de maintien d'actifs à l'Hôtel-Dieu de Lévis et de réaménagement à l'Hôpital de Saint-Georges pour installer des plafonds avec des matériaux conformes, pour repeindre des murs et réparer des tuiles de plancher (échéance été 2021).

Afin de soutenir le contrôle de la qualité et l'amélioration des services, un sondage auprès des préposés au retraitement des dispositifs médicaux et un sondage auprès de la clientèle desservie ont été mis sur pied. Le plan d'amélioration continue pour les lieux de retraitement a également été mis à jour.

Mettre en place une deuxième méthode d'audit pour évaluer la conformité aux pratiques établies en matière d'hygiène des mains (services pour jeunes en difficulté et services pour la protection de la jeunesse).

Mesures d'amélioration : La Direction du programme jeunesse et la Direction de la protection de la jeunesse ont formé leurs gestionnaires afin qu'ils enseignent les techniques de lavage des mains. Ainsi, tous les gestionnaires ont réalisé cette formation auprès de l'ensemble de leur personnel entre décembre 2019 et janvier 2020, permettant un premier audit en présentiel. Par la suite, un questionnaire d'auto-évaluation a été remis aux employés et les résultats ont été diffusés par les salles de pilotage et les réunions d'équipe. Dorénavant, une cible d'amélioration est fixée au sein des salles de pilotage opérationnelles et cet indicateur sera suivi au niveau des salles tactiques.

5.1.2 Non-conformités avec mesures d'amélioration en voie d'être déposées

D'autres mesures d'amélioration, pour lesquelles des preuves seront déposées auprès d'Agrément Canada le 20 août 2020, sont en cours de déploiement par rapport aux objectifs suivants :

Mettre en place des actions pour améliorer le cheminement des usagers (services pour jeunes en difficulté).

Mesures d'amélioration : Des discussions ont eu lieu entre Agrément Canada et la Direction du programme jeunesse qui travaille actuellement à l'amélioration de la trajectoire dans son programme-service. Un plan d'action est en cours d'élaboration et sera soumis à Agrément Canada d'ici le 20 août 2020. Ce plan comprend diverses modalités visant l'amélioration continue, telle que l'harmonisation des guichets d'accès, la centralisation des listes d'attente, la centralisation des listes de délais d'accès, une offre de service de groupe régional, une offre de service de séance d'information, le suivi des charges de cas des professionnels ainsi que l'élaboration de relances systématiques pour les listes d'attente et la référence aux organismes communautaires.

Parfaire la mise en œuvre des précautions universelles, l'offre de formation et l'évaluation des activités visant à prévenir les chutes et à réduire les risques de blessures causées par les chutes (services pour santé mentale [0-17 ans] et pédopsychiatrie).

Mesures d'amélioration : En février 2019, la Direction du programme jeunesse a mis sur pied un comité de travail pour rédiger le volet jeunesse du programme de prévention des chutes, réviser et adapter les interventions préventives universelles au secteur jeunesse et former l'ensemble des intervenants en lien avec le déploiement du programme. À l'automne 2019, un comité de suivi du programme de prévention des chutes a été mis en place pour assurer le maintien et l'amélioration du programme. De manière continue, les gestionnaires ont accès aux résultats des indicateurs de qualité par les AH-223 et sont encouragés à présenter à leur équipe les incidents/accidents déclarés dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. En janvier et février 2020, un sous-comité en pédopsychiatrie a réalisé des audits par rapport à l'application des interventions préventives universelles; les résultats ont été analysés et diffusés.

La prochaine visite d'Agrément Canada au CISSS de Chaudière-Appalaches est prévue du 15 au 19 mars 2021. Cette visite touchera principalement les services généraux, les services de santé physique et la télésanté, offrant ainsi une opportunité d'amélioration pour ces secteurs de l'établissement.

5.2 La sécurité et la qualité des soins et des services

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

Tout au long de l'année, le Service de la gestion intégrée des risques et de la prestation sécuritaire des soins et services (GIRPSSS) a donné différents types de formation. Que ce soit par le kiosque de formation à l'accueil organisationnel ou par une présentation dans une équipe ou encore par une capsule présentée lors des rencontres Héros organisées par la Direction des soins infirmiers, le contenu est adapté aux besoins de son auditoire. Les sujets abordés durant ces formations sont la déclaration, l'impact de la gestion des risques dans l'amélioration des soins et services, comment procéder à la divulgation, l'aide à l'analyse sommaire, la déclaration des chutes, l'utilisation du Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS), l'extraction de données dans SISSS, etc. Une formule de type itinérante a été tentée dans un CHSLD. Dans ce type de formation informelle, la conseillère de la GIRPSSS circule dans le centre, le service ou l'unité de soins et répond aux questions spontanées des employés. Cela permet de sensibiliser tant le personnel que les usagers et leur famille.

Le personnel de soutien participe aussi à promouvoir la déclaration et la divulgation. Les techniciennes de la GIRPSSS font une vigie de l'ensemble des déclarations. Elles prennent contact (par téléphone ou par courriel) avec les déclarants et les chefs de service pour répondre à leur question et leur donner des bases solides en matière de déclaration et de divulgation.

Des kiosques se sont tenus pour la quatrième édition de la semaine nationale de la sécurité des patients. Le thème de la semaine était «À la conquête du silence. Briser le silence systémique, d'où l'importance de déclarer».

L'analyse des événements sentinelles, selon la méthode CREX, réalisée en collaboration avec le gestionnaire et l'équipe terrain concernée s'est poursuivie. Elle permet l'intégration des méthodes d'amélioration continue en gestion des risques. Cette méthode contribue au développement des compétences des parties prenantes dans l'analyse des processus sous-jacents à un événement sentinelle. En plus, elle permet d'ancrer davantage une culture de prévention et pousse la recherche de solutions innovantes pour diminuer la réalisation de préjudice qui a ou aurait pu toucher l'utilisateur, et encore, éviter toute récurrence. Cette année, nous notons une diminution du nombre de CREX réalisés par les conseillères de la GIRPSSS, mais une augmentation du nombre de CREX réalisés par les gestionnaires. Au cours de l'année 2019-2020, 215 pistes d'amélioration ont été émises directement par les personnes œuvrant sur le terrain. Au 31 mars 2019, 110 pistes ont déjà été réalisées.

Dans un autre ordre d’idées, au dernier bilan provincial disponible, nous rapportons qu’au Québec le taux de divulgation en 2018-2019 pour des événements de gravité E1 à I était de 88 % alors qu’en Chaudière-Appalaches le taux est de 86,9 % pour toutes les gravités d’événements. Lorsque nous nous attardons spécifiquement aux événements de gravité G-H-I, le taux est de 100 %. Ceci démontre une grande transparence envers les usagers et leur famille.

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

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

	Nombre	% par rapport à l'ensemble des événements
Test de laboratoire	853	4,16 %
Médication	551	2,69 %
Autres	344	1,68 %

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

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

	Nombre	% par rapport à l'ensemble des événements
Chute	6 748	32,90 %
Médication	5 014	24,47 %
Autres	3 129	15,27 %

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

Toute l’année, un suivi étroit a été effectué pour garantir une déclaration complète et continue des incidents/accidents. Ce suivi a notamment été fait par la vigie effectuée par les techniciennes de la GIRPSSS en collaboration avec les conseillères de la GIRPSSS. Des critères établis permettent de cibler les événements nécessitant une analyse plus approfondie avec les équipes terrain dans le but de mettre en place des moyens pour diminuer le risque et la gravité des conséquences auprès de la clientèle.

Un tableau de bord trimestriel détaillant les principaux risques observés dans l’établissement est aussi publié, de même que l’analyse s’y rattachant. Trimestriellement, un tableau de bord par direction est aussi produit. Dans une optique de donner sens à la déclaration des événements indésirables, le service de la GIRPSSS vise à rendre autonomes les gestionnaires pour la présentation de leurs statistiques dans leurs salles de pilotage. Pour ce faire, de la formation est donnée en ce sens et les procédures pour l’extraction de données dans SISSS sont disponibles dans l’intranet. Finalement, le comité de gestion des risques s’est assuré, en cours d’année, que les déclarations des rapports d’incidents et d’accidents des établissements privés conventionnés soient acheminées de manière continue et complète au registre du SISSS du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et que la migration de ces établissements pour l’application SISSS ait été complétée au 1^{er} avril 2019.

Une problématique est survenue lors de la bascule des données vers SISSS et un suivi a été fait auprès de ces établissements et le MSSS.

Depuis la mise en place du Service GIRPSSS, la réalisation de comités de retour sur l’expérience (CREX) est l’un des éléments incontournables et reconnus effectués par ce service.

Au fil des ans, les conseillers de la GIRPSSS notent des changements dans les types d’événements traités lors des retours avec les équipes. Un constat est, qu’au cours de la dernière année, des intervenants de différents services ont participé à des CREX, dont l’élément central était l’amélioration de la communication et des trajectoires de soins et de services. L’élément qui émane de cette évolution se rattache aux valeurs véhiculées par le CISSS de Chaudière-Appalaches, soient la collaboration et l’humanisme. En effet, lors des CREX, les conseillers constatent que de belles collaborations sont établies entre les différents services et que tous ont le désir de travailler à améliorer les soins et les services pour le bien-être des usagers.

Voici quelques faits saillants concernant des CREX :
Lors d’un CREX pour un usager ayant un diagnostic de déficience intellectuelle et hospitalisé sur une unité de soins de courte durée, une belle collaboration a été établie entre les services pour mettre en place des services destinés à ce type de clientèle. Il est souvent mentionné que la prise en charge de ce type de clientèle est difficile. Durant la rencontre, il a été souligné par le chef de service de l’unité de courte durée qu’un usager avec une déficience intellectuelle a droit au même service que tout autre usager et qu’une sensibilisation serait réalisée auprès de son équipe. Les participants au CREX étaient proactifs et se sont impliqués volontairement à assurer le suivi des pistes d’amélioration.

La transposition des pistes d’amélioration et les moyens instaurés à la suite d’un CREX à d’autres secteurs est de plus en plus réalisée. Par exemple, les moyens établis à la suite d’une chute avec un fauteuil roulant sans roues anti-basculer ont été appliqués dans un autre CHSLD. Ce qui découle d’un événement malheureux est utilisé pour faire de la prévention dans d’autres secteurs.

Le CREX a aussi été le moment pour des équipes de revenir sur des événements tristes et pour lesquels aucun retour officiel n’avait été réalisé. Le CREX a permis de dissiper le blâme qui était présent à la suite de l’événement. Pour éviter que d’autres équipes vivent ce type de sentiment, une piste d’amélioration réitère le soutien aux équipes lors d’accidents graves.

Cette année, certains CREX ont permis de donner un temps d’arrêt pour que des intervenants de différents services s’assoient ensemble pour discuter de problématiques qui perdure depuis plusieurs années. Par exemple, une ligne téléphonique devant être disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, est maintenant indépendante, évitant ainsi les coupures de service et une réponse constante à la population.

Le service de la GIRPSSS est toujours en mode amélioration et cherche des moyens d’innover. Des travaux ont été débutés pour apporter la vision de l’usager dans le CREX. De plus, par la transparence et le non-blâme véhiculé lors de l’animation des CREX, un coroner a participé à une rencontre et a ainsi trouvé que l’approche est constructive et qu’elle permet de faire de l’amélioration continue.

Résumé :

Types d'événements sentinelles	Nombre de cas total en événements sentinelles	Nombre de cas avec recommandations	Nombre de recommandations totales pour ce type d'événement
Abus, agression, harcèlement	2	0	0
Autre	18	5	48
Bâtiment, matériel, équipement	8	1	1
Blessure d'origine connue	1	0	0
Blessure d'origine inconnue	7	2	20
Bris de confidentialité	4	1	5
Chute	97	4	14
Désorganisation comportementale	2	1	15
Diète	2	1	3
Imagerie	4	0	0
Laboratoire	1	0	0
Maltraitance*	5	-	-
Médicament	12	3	23
Obstruction respiratoire	9	2	7
Tentative de suicide/suicide	26	5	57
Traitement	9	3	22
TOTAL	207	28	215

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

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

La chef du Service en prévention et contrôle des infections (PCI) siège sur le comité de gestion des risques et agit à titre de membre désigné par le comité de prévention des infections. À chaque rencontre du comité de gestion des risques, un point statutaire est réservé à la prévention et au contrôle des infections nosocomiales. Notamment, le comité de gestion des risques porte une attention particulière au suivi du taux d'infections nosocomiales et du taux d'hygiène des mains.

Afin d'aider à la gestion de la diarrhée associée au Clostridium difficile (DACD), une ordonnance collective pour le dépistage du Clostridium difficile ainsi qu'une procédure pour la gestion d'un cas ou d'une éclosion ont été approuvées et diffusées. Pour améliorer la bonne pratique en matière d'hygiène des mains, l'équipe de la PCI accompagne le personnel soignant et pour valider les moments d'hygiène des mains et aussi souligner leurs réussites.

Les derniers mois de l'année 2019-2020 ont été marqués par l'arrivée de la COVID-19. L'ensemble des directions sont impliquées et sollicitées pour la gestion de cette pandémie.

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

Direction du programme jeunesse

Nous observons en 2019-2020 une hausse significative des isolements comparativement aux données de 2018-2019. Cette hausse est de l'ordre de près de 45 % (492 vs 338). Cette tendance s'observe également pour les contentions. En effet, nous notons une augmentation du recours aux contentions de 60 % en 2019-2020 (464 en 2019-2020 et 289 en 2018-2019). Cependant, il faut considérer que deux usagers ayant de multiples problématiques représentent à eux seuls 40 % des mesures d'isolement et 35 % des mesures de contention. Le déploiement de la nouvelle procédure en matière de recours aux mesures de contrôle au Programme jeunesse, la poursuite du déploiement du modèle ARC ainsi que l'intervention thérapeutique lors de conduite agressive (ITCA) dans les unités de réadaptation soutiennent cette volonté de l'ensemble des équipes à porter un regard sur la pratique et à diminuer au maximum le recours de l'application des mesures de contrôle des usagers.

Direction du programme santé mentale et dépendance

Cette année, la direction a formé un comité de travail interdisciplinaire pour l'élaboration d'une procédure sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle dont faisait partie un usager-partenaire et L'Adroit, groupe de défense des droits des usagers. À travers cet exercice, la direction a inspecté son matériel, ses équipements et ses installations afin de s'assurer de leur conformité. Elle a révisé les rôles et les responsabilités de chacun des intervenants impliqués et les façons de faire dans l'optique d'améliorer les pratiques. La direction vise l'utilisation des mesures de remplacement comme alternatives à l'utilisation des mesures de contrôle et vise également à l'implantation d'une démarche planifiée et concertée avec l'usager pour le recours aux mesures de contrôle lorsque c'est possible. Au cours de l'année, la direction a comptabilisé 706 mesures de contrôle qui ont été appliquées dans les unités de psychiatrie principalement parce que la personne présentait un danger pour elle-même et la salle d'isolement fut le moyen le plus fréquemment utilisé pour assurer la sécurité des usagers. En plus, la programmation clinique a été revue dans chacune des unités de soins pour introduire davantage d'activités de réadaptation. La direction est actuellement en cours de déploiement, ce qui aura un impact certain sur nos résultats.

Direction du programme DI-TSA et DP

- Juin 2019 - Mise en place de la politique et du protocole sur l'utilisation exceptionnelle de mesures de contrôle du CISSS de Chaudière-Appalaches;
- Juillet 2019 - Diffusion de la nouvelle procédure en DI-TSA et DP sur l'utilisation exceptionnelle de mesures de contrôle afin d'être en cohérence avec le protocole et la politique du CISSS de Chaudière-Appalaches;
- Présentation aux gestionnaires de la nouvelle procédure en DI-TSA et DP;
- Mai-juin 2019 - Présentation aux coordonnatrices professionnelles et aux professionnels autorisés du programme DI-TSA (ergothérapeutes, psychoéducateurs infirmiers et collaborateur thérapeute en réadaptation physique) de la politique, protocole du CISSS de Chaudière-Appalaches et procédure du programme DI-TSA et DP;
- Août 2019 - Mise à niveau du système de compilation des données;
- Automne 2019 - Présentation aux équipes enfance-adulte, service de réadaptation intensive en milieu de vie substitut par les coordonnatrices professionnelles du programme DI-TSA et DP;
- Décembre 2019 - Entrée en vigueur de la procédure au programme DI-TSA et DP;
- Février 2020 - Transfert de connaissances aux ergothérapeutes en DI-TSA et DP spécifiques-spécialisés du programme DI-TSA et DP;
- Hiver 2020 - Formulaires approuvés par le comité des formulaires;
- Mars 2020 - Diffusion d'un bilan à la direction;

- Mars-avril 2020 - À la suite de la pandémie et des recommandations de la santé publique sur le confinement et l'isolement volontaire, participation à un comité pour soutenir les équipes qui font face à des usagers non conciliants dont les comportements contreviennent aux consignes socio-sanitaires émisent par la Direction de santé publique.

En 2019-2020, beaucoup d'efforts ont été mis sur la production et la diffusion de la nouvelle procédure du programme et sur la mise à jour du système de données. Antérieurement, au programme DI-TSA et DP, plusieurs médicaments prescrits au besoin étaient considérés comme une mesure de contrôle, depuis la mise en vigueur du nouveau protocole ceux-ci ne sont plus considérés comme tels.

En 2019-2020, il y a eu 84 usagers différents pour qui 145 mesures ont été planifiées, ce qui représente une moyenne de 1,7 mesure par usager. La moyenne de mesure par usager est comparable à l'année 2018-2019.

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

À la DPSAPA, pour l'année financière 2019-2020, un comité interprofessionnel a été créé afin d'élaborer une procédure visant l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle. En date du 31 mars 2020, la procédure est élaborée et est maintenant à l'étape de consultation. L'objectif est de déployer la trajectoire révisée au niveau opérationnel au début de l'année financière 2020-2021.

La DPSAPA a comme objectif d'éviter, autant que possible, l'utilisation des mesures de contrôle tant au niveau de l'hébergement que du soutien à domicile (SAD).

- Pour l'hébergement, un taux inférieur à 10 % est visé dans l'ensemble des CHSLD. À titre indicatif, au 31 mars 2020, les indicateurs de suivi pour les différents secteurs du CISSS de Chaudière-Appalaches étaient les suivants : Beauce : 3 %, Etchemins : 1 %, Thetford Mines : 5 %, Montmagny-L'Islet et Bellechasse : 8,9 % et de 7,07 % (résultats partiels) pour Alphonse Desjardins.

En SAD, le taux de 0 % est visé.

D'autres démarches cliniques sont actuellement en cours de déploiement dans les milieux de vie de l'organisation, dont le projet de réduction des antipsychotiques en CHSLD (OPUS-AP). Cette démarche est un levier organisationnel indéniable permettant la diminution de l'utilisation des mesures de contrôle par le biais d'utilisation d'approches réflexives et d'outils de communications adaptés à la clientèle présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).

Finalement, une démarche rigoureuse visant l'identification de matériel adapté et sécuritaire a été réalisée. Lorsqu'un changement est réalisé au niveau de ce type d'équipement, un ajustement de la pratique s'en suit et est adressé sous forme de formation. Ainsi, les infirmières et les ergothérapeutes sont habilités à initier, lorsque requis, la mesure de contrôle de façon sécuritaire et adéquate.

5.2.7 Les suivis apportés par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité aux recommandations formulées par les instances

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services

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

Le tableau suivant présente quelques recommandations formulées par l'équipe du commissaire permettant de témoigner de l'amélioration de la qualité des soins et services au cours de l'exercice 2019-2020.

Motifs d'insatisfaction	Exemples de recommandations et de mesures correctives
Accessibilité	• Sensibiliser les médecins du territoire de Chaudière-Appalaches sur leur responsabilité en matière de continuité des soins lorsqu'ils refusent d'administrer l'aide médicale à mourir. • Mettre en place un serveur unique de transmission des rapports de laboratoire vers leurs destinataires.
Aspect financier	• Informer les agents de sécurité d'orienter les usagers vers la personne-ressource qui peut émettre les reçus de stationnement requis.
Droits particuliers	• Rappeler à l'ensemble des coordonnateurs professionnels les normes relatives à l'accès au dossier de l'utilisateur et à la diffusion de l'information provenant d'un tiers. • Informer régulièrement l'utilisateur et ses proches des interventions réalisées lors de situations complexes afin de donner au résident et à ses proches les explications nécessaires à la bonne compréhension de la situation.
Organisation du milieu et ressources matérielles	• S'assurer que soient respectées les mesures d'hygiène et de prévention lors de maladies infectieuses présentes à la résidence afin de diminuer les risques de transmission.
Relations interpersonnelles	• Maintenir une approche relationnelle envers les résidents et les familles qui soit appropriée, empreinte de courtoisie, de compréhension et respectueuse de leur dignité, de leur autonomie et de leurs besoins.
Soins et services dispensés	• Compléter en tout temps la demande de service découlant de l'avis de dépassement de l'offre de service selon l'annexe 5 du Règlement et l'entente de collaboration. • Réviser les meilleures pratiques en matière de sutures cutanées et en diffuser les conclusions au personnel de soins concerné. • Réviser le document « Rôles et responsabilités des intervenants des services de support à l'intervention (SSI) à la réadaptation » de manière à définir les modalités de coordination des interventions entre les acteurs.

Le Protecteur du citoyen

Le Protecteur du citoyen intervient chaque fois qu'il a des motifs raisonnables de croire qu'une personne ou un groupe de personnes a été lésé ou peut vraisemblablement l'être, par l'acte ou l'omission d'un organisme public, de son dirigeant, de ses membres ou du titulaire d'une fonction, d'un emploi ou d'un office qui relève de ce dirigeant. Le Protecteur du citoyen peut, chaque fois qu'il donne son avis au dirigeant d'un organisme public, lui faire toute recommandation qu'il juge utile et requérir d'être informé des mesures qui auront été effectivement prises pour remédier à la situation préjudiciable. Au cours de la dernière année, le Protecteur du citoyen a traité 37 plaintes qui visaient les installations du CISSS de Chaudière-Appalaches. De ces plaintes, 21 recommandations ont été formulées. Des mesures correctives ont été apportées à la satisfaction du Protecteur du citoyen pour 18 de ces recommandations émises, ce qui a contribué à l'amélioration de la qualité des soins et des services; trois dossiers demeurent actifs à ce jour. En outre, le Protecteur du citoyen est intervenu, de sa propre initiative, à deux reprises auprès de l'établissement.

Recommandations :

- Rappeler au personnel concerné à l'urgence qu'il doit, lorsque la raison de consultation à l'urgence d'un usager ou une usagère implique la douleur, évaluer celle-ci à l'aide de l'échelle de la douleur et consigner la donnée recueillie sur la feuille de triage;
- Rappeler à tous les intervenants concernés que les visites pour le suivi d'un usager doivent avoir lieu en dehors de l'urgence et que les situations nécessitant un retour de l'usager à l'urgence doivent être exceptionnelles;
- Rappeler à l'ensemble du personnel concerné, à l'urgence, de valider le bien-fondé de la recommandation de demeurer à jeun faite à un usager ou à une usagère en attente de résultats d'un examen d'imagerie médicale, surtout lorsque les résultats tardent à être dictés;
- S'assurer que les inhalothérapeutes qui travaillent au local de bronchoscopie de l'Hôtel-Dieu de Lévis notent au dossier des usagers qui ont reçu une sédation-analgésie leur niveau de sédation et de conscience, minimalement à la fin de la procédure;
- Prendre les moyens nécessaires afin que tous les usagers hospitalisés à l'Hôtel-Dieu de Lévis qui subissent une bronchoscopie sous sédation-analgésie :
 - o Soient sous la surveillance d'un professionnel habilité à reconnaître d'éventuelles complications et à intervenir rapidement, au moins 30 minutes après avoir reçu la dernière dose de sédation ou d'analgésie intraveineuse et jusqu'au retour du niveau de conscience initiale;
 - o Aient un contrôle de leurs signes vitaux et de leur niveau de sédation et de conscience selon leur condition clinique et la médication reçue.
- Mettre à jour le plan d'action du comité de travail et l'échéancier prévu pour la réalisation des différentes mesures pour réduire les délais d'attente de service de physiothérapie;
- Procéder à l'épuration de la liste des usagers en attente de services de physiothérapie;
- Effectuer, au 15 mai 2020, un nouveau recensement des personnes en attente de services de physiothérapie;
- Activer dès la réception des présentes conclusions le dossier de l'usagère afin qu'elle puisse obtenir les services dans les plus brefs délais;
- Rembourser à l'usagère, d'ici le 6 septembre 2019, les frais occasionnés depuis juillet 2018 par l'achat des aides matérielles pour les fonctions d'élimination, à la hauteur de ce qu'elle aurait normalement reçu au temps où le programme permettait le remboursement, à l'appui des factures à fournir par l'usagère;
- Effectuer, d'ici le 2 août 2019, un rappel auprès des intervenantes et des intervenants appelés à communiquer directement avec les usagers d'informer ces derniers sur le délai approximatif de traitement dès le dépôt de leur demande d'admissibilité au Programme d'aides matérielles pour les fonctions d'élimination;
- Réaliser une réflexion concernant le port de la jaquette systématique chez les usagers qui consultent volontairement à l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Lévis, notamment pour un problème de santé mentale;
- Acheminer, dorénavant, à tout usager ou usagère ou à leur représentant, à qui l'établissement demande le montant du revenu familial afin de déterminer l'ordre de priorité de traitement de leur demande de services, une lettre type expliquant clairement les motifs et le contexte dans lequel il leur fait une telle demande, et ce, au plus tard à partir du 30 août 2019;
- Informer les citoyens, qui souhaitent connaître leur délai d'inscription auprès d'un médecin de famille, un délai d'attente médian, en y apportant les nuances nécessaires;
- Retirer l'information diffusée par la messagerie vocale du Guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO), selon laquelle il n'y aura pas de retour d'appel pour toute question se rapportant aux délais d'attente;
- Corriger le cadre de gestion du Programme transport-hébergement afin qu'il soit conforme à l'annexe 3, section 3.2 de la Politique de déplacement des usagers du ministère de la Santé et des Services sociaux pour les personnes post-greffées :
 - o Informer le Protecteur du citoyen des mesures prises pour atteindre cet objectif d'ici le 31 décembre 2019.
- Prendre les mesures nécessaires afin d'informer adéquatement les usagers post-greffés des remboursements possibles, et ce, conformément à l'annexe 3, section 3.2 de la Politique de déplacement des usagers du ministère de la Santé et des Services sociaux :
 - o Informer le Protecteur du citoyen des mesures prises pour atteindre cet objectif d'ici le 31 décembre 2019.

- Pour CAMBI : Aviser l'ambulancier visé par votre plainte, de même que tous les ambulanciers à son emploi, des règles entourant leur obligation d'assurer la confidentialité des informations obtenues dans le cadre de leur contact avec les usagers auxquels ils dispensent leurs services :
 - o Informer le Protecteur du citoyen, d'ici le 31 janvier 2020, des mesures prises pour mettre en œuvre la présente recommandation.
- Pour le CISSS de Chaudière-Appalaches : Rappeler aux entreprises ambulancières et aux ambulanciers de son territoire les règles relatives aux obligations de confidentialité des ambulanciers qui sont énoncées au document de support PICTAP 2017 :
 - o Informer le Protecteur du citoyen, d'ici le 28 février 2020, des mesures prises pour mettre en œuvre la présente recommandation.
- Effectuer un suivi étroit de la demande de relocalisation de l'usagère concernée dans un milieu d'hébergement situé plus près du domicile de son conjoint :
 - o Indiquer au Protecteur du citoyen, d'ici le 30 novembre 2019, les mesures de suivi mises en place à cette fin.
- Élaborer un plan détaillé d'amélioration de l'accès à l'hébergement pour les usagers nécessitant une place dans un milieu spécialisé, et ce, afin d'éviter les délais d'attente et les transports déraisonnables aux usagers et leurs familles :
 - o Fournir au Protecteur du citoyen, d'ici le 31 décembre 2019, un exemplaire de ce plan détaillé d'amélioration, en indiquant les mesures prises pour le mettre en œuvre.

Le coroner

Quarante rapports d'investigation du coroner, dont quatre avec recommandations, concernant des décès survenus dans la région nous furent acheminés. Des suivis sont assurés auprès des directions concernées pour la mise en place des mesures correctives. Un rapport de coroner d'une autre région fut transmis au CISSS de Chaudière-Appalaches, car il comportait des recommandations pour le CMDP.

Le Service de la gestion intégrée des risques et de la prestation sécuritaire des soins et services a procédé à une modification de son profil auprès du bureau du coroner afin d'obtenir l'ensemble des rapports avec et sans recommandations pour l'ensemble des établissements de santé de la province. Ceci explique la hausse du nombre total de rapports reçus. Le Service de la gestion intégrée des risques et de la prestation sécuritaire des soins et services assure une vigie pour que les événements sentinelles nécessitent un avis au coroner.

La présentation des cas de coroner est un point statutaire à l'ordre du jour des rencontres du comité de gestion des risques ainsi que du comité de vigilance et de la qualité des services.

Rapports avec ou sans recommandations pour Chaudière-Appalaches

N° de rapport	Événement	Lieu	Recommandations	Mesures mises en place
952	Décédée de complications causées par un séjour prolongé au sol à la suite d'une chute probablement elle-même causée par un état de faiblesse important.	Domicile, Lévis	De prendre connaissance du présent rapport et de le diffuser aux membres de son conseil d'administration; De demander aux membres de leur comité de vigilance et de la qualité des services de vérifier si les protocoles de soins, procédures et pratiques des intervenants du CLSC de Lévis sont suffisants pour éviter que la sécurité de la clientèle vulnérable qu'ils desservent ne soit mise en péril et de veiller, au besoin, à ce que les changements nécessaires y soient apportés; De prendre les mesures nécessaires afin de vérifier si le continuum de soins a été adéquat dans le présent dossier et, le cas échéant, de prendre les mesures administratives qui s'imposent.	Le rapport a été présenté au conseil d'administration. Le rapport a été présenté au comité de vigilance et de la qualité (CVQ) qui mentionne que les recommandations sont importantes pour eux et que celles-ci seront traitées avec la plus grande attention. Révision du dossier par la chef de service et coordonnatrice du suivi d'intensité variable (SIV). Présentation du rapport au comité de prestation sécuritaire de soins et services (CPSSS) Santé mentale. Une procédure pour la clientèle en suivi dans la communauté sera élaborée. Il est suggéré d'inclure l'aspect de la concertation en équipe multidisciplinaire.
7541	Plusieurs fractures consécutives à une chute de sa hauteur.	Hôtel-Dieu de Lévis	Aucune.	
6182	Décédée d'une pneumonie d'aspiration secondaire à un étouffement lors de la prise de ses médicaments.	Hôpital de Saint-Georges	Aucune.	
4940	Décédée d'asphyxie, consécutivement à une obstruction de ses voies respiratoires.	Villa mon repos, Lévis	Aucune.	
4409	Asphyxie à la suite de l'obstruction de ses voies respiratoires par de la nourriture.	Hôpital de Thetford Mines	Aucune.	
4169	Décédée d'une insuffisance cardiorespiratoire consécutive aux complications post-chirurgicales, à la suite d'une fracture au niveau de sa hanche gauche survenue lors d'une chute de hauteur, dans sa chambre de la résidence pour personnes âgées où elle habitait.	Hôtel-Dieu de Lévis	Aucune.	
3927	Décédé d'une insuffisance cardiorespiratoire consécutive à une fracture au niveau de la hanche droite, à la suite d'une chute en se levant de son fauteuil roulant.	CHSLD de Lac-Échemin	Aucune.	

3930	Décédé d'une insuffisance cardiorespiratoire terminale consécutive à une fracture au niveau du fémur gauche, à la suite d'une chute de son lit au CHSLD de Saint-Sylvestre.	Hôtel-Dieu de Lévis	Aucune.	
2152	Décédée d'un traumatisme crânio-cérébral probable à la suite d'une chute.	CHSLD de Montmagny	Aucune.	
4242	Décédée de complications consécutives à des hématomes sous-duraux bilatéraux aigus à la suite d'une chute non-objectivée.	CHSLD de Saint-Flavien	Aucune.	
2885	Décédée des suites d'une triple fracture du bassin gauche, consécutivement à une chute.	CHSLD de Lévis	Aucune.	
3001	Décédé d'une intoxication intentionnelle polymédicamenteuse.	Hôtel-Dieu de Lévis	Aucune.	
2927	Décédée d'une fracture de la hanche gauche chez une personne ayant une démence type Alzheimer.	CHSLD de Saint-Flavien	Aucune.	
2701	Décédée de complications multisystémiques enclenchées par sa chute causant une fracture de la hanche droite.	Hôtel-Dieu de Lévis	Aucune.	
2095	Décédée d'une hémorragie sous-durale sévère associée à une hémorragie sous-arachnoïdienne de moindre importance, secondaire à une chute.	Hôtel-Dieu de Lévis	Aucune.	
04891	Décédé d'une obstruction des voies respiratoires supérieures par des aliments.	CHSLD de Lévis	Aucune.	
2018-01837	Décédé des complications en lien avec un saignement intracrânien consécutivement à une chute survenue le 7 mars 2018.	CHSLD de Saint-Jean-Port-Joli	Aucune.	
2019-02920	Décédé d'un syndrome de glissement secondaire à une fracture de la vertèbre D10 à la suite d'une chute de sa hauteur.	Hôtel-Dieu de Lévis	Aucune.	

2018-03847	Décédé d'une rhabdomyolyse massive avec insuffisance rénale aigüe, après avoir été coincé dans des barres d'appui installées sur son lit.	Hôpital de Montmagny	S'assurer que les responsables des ressources d'hébergement soient adéquatement informés relativement à la condition des personnes qui y sont hébergées et de les informer de l'importance d'obtenir l'avis de professionnels compétents pour toute acquisition et installation d'équipement spécialisé ou autre. S'assurer que les personnes responsables de ressources d'hébergement contactent les services d'urgence dès qu'une situation pouvant compromettre la santé ou la sécurité des résidents se présente.	La responsable de la ressource avise l'intervenant au dossier qu'un usager requiert un matériel spécialisé (bed helper). L'intervenant au dossier fait une référence au service professionnel afin qu'un professionnel se rende sur place pour évaluer le besoin et pour identifier l'appareil qui correspond à celui-ci. Le professionnel installe l'appareil et enseigne les mesures de sécurité ainsi que les normes d'installation au personnel de la ressource et révisé aux trois mois l'objectif inscrit au plan d'intervention en lien avec cet appareil. De plus, l'intervenant social au dossier, lors de ses rencontres avec la responsable de la ressource ainsi qu'avec l'usager, porte une attention particulière aux adaptations spécialisées dans la ressource.
4343	Décédée d'une asphyxie à la suite de l'obstruction de ses voies respiratoires par de la nourriture.	Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis	Aucune.	
1043	Décédé des suites d'une détérioration progressive de sa condition générale.	CHSLD de Beauceville	Aucune.	
00193	Décédée d'un étouffement alimentaire, consécutivement à une fracture cervicale haute, elle-même consécutive à une chute accidentelle.	Hôpital de Saint-Georges	Que le CISSS de Chaudière-Appalaches mette en place un protocole de soins visant à évaluer de façon urgente toute personne en immobilisation cervicale rigide pour fracture cervicale par une nutritionniste afin d'éviter, dans la mesure du possible, tout risque d'étouffement. La clientèle visée ne devrait recevoir aucune substance par la bouche avant une telle évaluation en collaboration avec l'équipe médicale. Que le CISSS de Chaudière-Appalaches mette en place un système clinique de communication infirmières/infirmiers électronique, traçable, de type « Cardex » afin de mieux monitorer la qualité des échanges entre eux et de rehausser la qualité des soins.	En cours par la Direction des services multidisciplinaires. En cours par la Direction des soins infirmiers. Discussion de cas au comité de traumatologie du 3 mars 2020; soins et surveillance d'usage d'un usager avec collier. Promouvoir l'aide-mémoire SPER avec la vidéo et l'affiche. Réfléchir à un outil de consignation pour le rapport d'admission selon le SPER. Rappeler au personnel infirmier de l'unité de chirurgie les principes d'une révision de dossier et rappeler les signes et symptômes de la dysphagie et des interventions à faire.
570	Décédée d'une défaillance cardiaque avec possible pneumonie, consécutivement à une dégradation progressive de son état général.	CHSLD Chanoine-Audet, Lévis	Aucune.	

5906	Décédée d'une dysfonction multi-organique consécutive à un choc distributif, secondaire à une hypoxémie et à une pneumonie d'aspiration à la suite d'un étouffement alimentaire.	Hôtel-Dieu de Lévis	Aucune.	
5257	Décédé d'une asphyxie à la suite d'une obstruction des voies respiratoires par de la nourriture.	CHSLD Richard-Busque, Saint-Georges	Aucune.	
4367	Décédé d'une insuffisance respiratoire consécutive à une fracture de sa hanche droite à la suite d'une chute de sa hauteur.	CHSLD Chanoine-Audet, Lévis	Aucune.	
3241	Décédée d'une acidose respiratoire secondaire à une rhabdomyolyse consécutive à une chute, dans un contexte et dénutrition et d'une malformation Chiari type 1.	Hôtel-Dieu de Lévis	Aucune.	
4925	Décédé d'une insuffisance cardiorespiratoire consécutive à l'administration de médicaments pour soulager ses douleurs résultant de ses chutes multiples.	CHSLD de Sainte-Croix	Aucune.	
4736	Décédée d'une insuffisance respiratoire consécutive à un étouffement avec de l'eau.	CHSLD de Sainte-Hénédine	Aucune.	
5277	Décédée des suites d'une pneumonie d'aspiration, consécutive à un étouffement alimentaire.	CHSLD de Lac-Etchemin	Aucune.	
4663	Décédée d'un hématome cérébral consécutif à une chute, chez une personne atteinte d'un cancer des poumons en phase terminale.	CHSLD de Lac-Etchemin	Aucune	
810	Décédé d'un traumatisme crânio-cérébral secondaire à une décharge d'arme à feu, compatible avec une auto-manipulation de l'arme.	Autre région : Rue Raymond, Saint-Louis-du-Ha! Ha!	Au CISSS de Chaudière-Appalaches : de revoir la qualité des actes professionnels posés dans le dossier.	En cours. Dossier envoyé au président du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) en février 2020.
2556	Décédée d'un choc septique secondaire à une pneumonie dans un contexte de diminution de l'état général consécutif à une fracture de la tête de l'humérus doit d'étiologie inconnue.	Hôpital de Saint-Georges	Aucune.	
3198	Décédée d'un hématome épidural secondaire à une chute, chez une personne sous anticoagulothérapie.	Hôtel-Dieu de Lévis	Aucune.	
6257	Décédé d'un choc hémorragique post-angiographie.	Hôtel-Dieu de Lévis	Aucune.	

4448	Décédée de complications consécutives à une fracture du col du fémur gauche.	Hôtel-Dieu de Lévis	Aucune.	
4866	Possiblement décédée d'un traumatisme crânio-cérébral non investigué secondaire à une chute dans un contexte de cachexie néoplasique.	CHSLD Denis-Marcotte, Thetford Mines	Aucune.	
7191	Décédé d'une insuffisance cardiorespiratoire consécutive à une chirurgie orthopédique secondaire à la suite d'une fracture au niveau de la hanche droite occasionnée par une chute de sa hauteur.	Hôtel-Dieu de Lévis	Aucune.	
6842	Décédé d'un pneumothorax secondaire à la fracture des 7 ^e et 8 ^e côtes droites, consécutives à une chute de sa hauteur.	CHSLD de Lévis	Aucune.	
7387	Décédé d'une pneumonie à la suite d'une chute ayant causé une fracture de sa hanche droite.	Hôtel-Dieu de Lévis	Aucune.	
3690	Monsieur s'est noyé dans un ruisseau gonflé d'eau consécutivement à une perte de conscience provoquée par un traumatisme crânien causé par sa chute dans le cours d'eau.	Saint-Bernard	Aucune.	
7834	Décédé d'une insuffisance respiratoire consécutive à une fracture de sa hanche gauche, à la suite d'une chute de sa hauteur, dans la salle à manger du 1 ^{er} étage du CHSLD.	CHSLD de Saint-Raphaël	Aucune.	
6765	Décédé de complications multisystémiques dont l'origine est traumatique (chutes de sa hauteur).	Hôtel-Dieu de Lévis	Aucune.	

Autres instances s’il y lieu.

Le Bureau de l'éthique clinique et organisationnelle

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

Thèmes des demandes traitées en 2019-2020 par le Bureau et les comités (CECO et CEOS) :

Thème	Total de demandes traitées	Consultation au niveau du Bureau	Formation par le Bureau avec participation des comités d'éthique	Délibération en comité d'éthique
Éthique organisationnelle (notamment déclarations de conflits d'intérêts)	37	24	10	3
Prise de décision (notamment consentement)	21	10	2	9
Éthique professionnelle	3	2	0	1
Allocation de ressources	8	2	2	4
Fin de vie	1	1	0	0
Total	70	39	14	17

Autres activités du Bureau de l'éthique clinique et organisationnelle :

- Participation à des comités organisationnels :
 - Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) : en tant que membre du comité, la conseillère en éthique a collaboré à l'évaluation de l'implantation de l'aide médicale à mourir au CISSS de Chaudière-Appalaches (cueillette, analyse de données et rapport);
 - Comité stratégique d'amélioration des décisions de soins en respect des valeurs et des préférences des patients;
 - Comité régional de gestion de pénurie de sang (PRMUSS);
 - Comité d'éthique de la recherche;
 - Comité de révision de la structure (Gestion intégrée des risques).
- En collaboration avec les comités (CECO et CEOS) :
 - Bilan de l'éthique clinique et organisationnelle pour 2015-2019. Ce bilan a été rédigé au courant de l'été 2019 et présenté au Comité de vigilance et de la qualité (CVQS) de Chaudière-Appalaches en novembre 2019. Un projet organisationnel ainsi qu'une programmation de recherche ETH-O-SSS (ETHique Organisationnelle en Santé et Services Sociaux) en découlent pour répondre aux recommandations du bilan. Un comité de recherche, regroupant des chercheurs collaborateurs de l'établissement (la conseillère en éthique, la directrice de la DQEPE et le président du CEOS) et des chercheurs universitaires (UQAR, Université Laval, Université de Sherbrooke), a débuté ces activités en mars 2020.
 - Création de la cellule éthique de soutien en temps de pandémie au début de la crise sanitaire pour ajuster le soutien éthique aux besoins particuliers de l'organisation et de ses membres dans cette période.
- Collaboration provinciale :
 - Collaboration à une journée provinciale sur l'éthique clinique et organisationnelle, rencontre entre les directeurs DQEPE et éthiciens du réseau avec le MSSS;

- Initiation des rencontres régionales en éthique clinique et organisationnelle (éthiciens des établissements affiliés à l’Université Laval) en collaboration avec l’Institut d’éthique appliquée de l’Université Laval (IDEA);
- Participation aux rencontres de l’Observatoire éthique et santé de l’IDEA.

5.3 Le nombre de mises sous garde dans l’établissement

	Mission hôpitaux	Mission CHSLD	Mission CLSC	Mission centres de réadaptation	Total des missions
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	923	—	—	—	933
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	121
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	116	—	—	—	116
Nombre de demande (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	104
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	99	—	—	—	99

5.4 L’examen des plaintes et la promotion des droits

Porter plainte fait partie des droits des usagers

Pour assurer le respect des droits des usagers et l’amélioration de la qualité des soins et des services, le CISSS de Chaudière-Appalaches peut compter sur une équipe de commissaires, d’agents de traitement des plaintes, de techniciennes en administration et de médecins examinateurs pour traiter les plaintes médicales.

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

Pour joindre l’équipe du commissaire aux plaintes et à la qualité des services, il existe un numéro de téléphone unique, soit le 1 877 986-3587.

Des dépliants sur le régime d’examen des plaintes sont disponibles dans toutes les installations de l’établissement et sont intégrés au document d’accueil remis aux usagers. De plus, le site Internet de l’établissement contient toutes les informations nécessaires sur les droits des usagers et le régime d’examen des plaintes.

Nous vous invitons à consulter le rapport annuel complet de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services portant sur l’application de la procédure d’examen des plaintes et de l’amélioration de la qualité des services 2019 2020 sur le site Internet du CISSS de Chaudière-Appalaches à l’adresse suivante : www.cisssca.com.

5.5 L’information et la consultation de la population

L’information de la population

Afin d’améliorer l’information à la population et la participation-citoyenne, l’établissement a mis en œuvre un mécanisme de consultation sur l’ensemble de son territoire avec les « Dialogue citoyens ». En 2019-2020, près de 100 personnes ont été jointes pour échanger et co-construire sur le thème de la connaissance et des attentes de la population en matière d’information. Ces consultations ont donné lieu à un plan d’action de 15 mesures qui seront déployées sur un horizon de 18 mois. Cette année, les deux réalisations principales du plan d’action ont porté sur la refonte du site Internet, qui a été réalisé en impliquant des citoyens pour apprécier le contenu, la littératie et la facilité de navigation, ainsi que sur le déploiement de téléviseurs pour diffuser de l’information dans les salles d’attente.

L’établissement a également poursuivi les actions de son comité permanent de développement stratégique de partenariat avec les usagers, les proches et la population. Deux actions prioritaires ont fait l’objet de travaux importants : la mise en place de la captation de l’expérience-usager par le niveau stratégique et la planification des travaux visant l’élaboration d’une charte des attitudes et des comportements et le déploiement de « leader-sentinelles » dans le milieu.

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



Direction générale des services de santé et médecine universitaire

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

du 1 ^{er} avril 2019 au 31mars 2020						
Activité	Période du 1 ^{er} avril 2019 au 31 mars 2020: Nombre de personnes	Site ou installation				Total
		Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
Nombre de personnes en Soins palliatifs et de fin de vie (Données dont l'exactitude est à bonifier, ainsi que la comparabilité d'une période à l'autre)	En centre hospitalier de courte durée : Source : MedÉcho, les personnes admises dans un lit réservé aux SPFV et celles admises hors lit réservé aux SPFV). Alphonse-Desjardins : 266 Montmagny-L'Islet : 183 (non inclus P11-12-13) Beauce : nd (pas de lit réservé) Thetford Mines : 221	673				673
	En centre d'hébergement et de soins de longue durée : Source : Gestred, medipatient (Impromptu) Alphonse-Desjardins : 70 Montmagny : 17 Beauce : nd (pas de lits dédiés) Thetford Mines : 97 Etchemins : 29		213			213
	À domicile : Source : I-CLSC Alphonse-Desjardins : 585 Montmagny-L'Islet : 182 Beauce : 229 Thetford Mines : 224 Etchemins : 55			1275		1275
	En maison de soins palliatifs : Source : Gestred Maison de soins palliatifs du Littoral : 115 Maison de soins palliatifs Catherine de Longpré : 163 Maison de soins palliatifs d'Hélène : 77				355	355
	En centre d'hébergement et de soins de longue durée privé conventionné : Les centres transmettent eux-même leurs données. Pavillon Bellevue : nd CH de l'Assomption à Saint-Georges-de-Beauce : nd Saint-Joseph-de-Lévis : nd Chanoine-Audet : nd CHSLD Vigi Notre-Dame-de-Lourdes : nd		nd			nd
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	80				80
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	106				106
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	100				100
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs. Informations complémentaires : 2 personnes répondaient aux conditions au moment de la demande d'AMM mais a cessé d'y répondre au cours du processus d'évaluation, 1 personne est décédée avant la fin de l'évaluation, 2 personnes est décédées avant l'administration, 1 personne ne répondait pas aux conditions au moment de la demande d'AMM.	6				6

Rapport couvrant la période du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020

Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs au CISSS de Chaudière-Appalaches (CHSLD, hôpital, CLSC, MSP)	2 516
Sédation palliative continue	
Nombre de sédations palliatives continues administrées	80
Aide médicale à mourir	
Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	106
Nombre d'aides médicales à mourir administrées	100
Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	6 (2 ont cessé d'y répondre au cours du processus d'évaluation, 1 décédée avant la fin de l'évaluation, 2 décédées avant AMM, 1 ne répondait pas aux conditions au moment de la demande AMM)

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

12. Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant les choix des personnes				
	Résultats 2018-2019	Engagement 2018-2019	Résultats 2019-2020	Engagement 2019-2020
1.09.05-PS Nombre d’usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 369	1 420	1 427	1 420
1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie	51	51	57	57
1.09.46-PS Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile - VALEUR CUMULÉE	21,3 %	20 %	21,5 %	20 %

2019-2020 1.09.05 Pour l’année 2018-2019, 1 369 usagers ont été suivis par l’équipe de soins à domicile pour la région de la Chaudière-Appalaches. Pour l’année 2019-2020, l’engagement 1 420 usagers. La cible de 1 427 usagers inscrits à l’entente de gestion et d’imputabilité (EGI) a été atteinte avec un taux de 100,5 % de la cible. Finalement, le calcul de l’indicateur 1.09.05 prévu aux ententes de gestion ne considère pas le temps de l’hospitalisation « - de 72 heures post-décès ». Proposition de plan d’amélioration pour les années 2020-2021 venant confirmer le rehaussement du nombre d’usagers en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) à domicile : • Poursuite des travaux de l’UQAR en collaboration avec le CISSS de Chaudière-Appalaches; • Arrimer les besoins des usagers et l’offre de service. Les critères de référencement ne sont pas harmonisés sur le territoire. Pour l’ensemble de la région, l’offre de service est très présente et développée. En continuité, optimiser la coordination du service de répit lors des heures atypiques (soir-nuit-fin de semaine); • Arrimer le rôle de l’ASI sur tout le territoire pour une meilleure continuité des soins; • Poursuite du plan d’action pharmacie SPFV – SAD, déploiement fait à 80 %; • Amélioration continue entre les milieux hospitaliers et le soutien à domicile afin d’assurer la prise en charge de la clientèle en soins palliatifs. Pratique clinique état des travaux : • Guides de pratique clinique soins infirmiers en oncologie, soins palliatifs et de fin de vie; • Document synthèse pratique infirmière SPFV; • Avis émis sur la meilleure pratique en lien avec la fréquence d’utilisation de l’échelle de Braden pour la clientèle SPFV; • Avis émis sur la RSI-DSI-001 Auto-administration de la médication par l’usager en contexte de réadaptation et en milieu de vie; • Collaboration avec la pharmacie pour la prise de position pour améliorer la pratique d’administration du nozinan; • Validation du ppt de formation initiale des infirmières auxiliaires à la suite du déménagement de l’unité; • Élaboration outil clinique : *7787* Surveillance des selles pour la clientèle en soins palliatifs et de fin de vie; • Élaboration outil clinique : *7788* Échelle de dépistage du délirium (Nu-DESC) pour la clientèle en soins palliatifs et de fin de vie; • Mise à jour du plan d’intervention interdisciplinaire *5005* pour la clientèle onco et SPFV. 1.09.45-PS Le CISSS de Chaudière-Appalaches répond à la cible ministérielle d’un lit par 10 000 personnes. Atteinte à 100 % de l’engagement 2019-2020. Ajout de six lits à la nouvelle Maison de soins palliatifs, la Maison d’Hélène du secteur Montmagny-L’Islet. 1.09.46-PS Le pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile en 2019-2020 est de 21,5 %. Ce résultat dépasse l’engagement 2019-2020 de 107,5 %.			
---	--	--	--

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

Nombre total de personnes à former en 2016-2020	Cat. 1 : 1 467 Cat. 2 : 1 131 Cat. 4 : 417 Total : 3 015	Nombre total de personnes formées en date du 31 mars 2020	Cat. 1 : 549 Cat. 2 : 615 Cat. 4 : 37 Total : 1 201
---	---	---	--

Volet 3 : Approche mentorat

Nombre total de personnes à former en 2018-2020	Infirmières auxiliaires : 590 Auxiliaires en SSS : 147 Préposés aux bénéficiaires : 1 017 Total: 1 754
Nombre total de personnes formées en 2019-2020	Infirmières auxiliaires : 0 Auxiliaires familiales sociales : 0 Préposés aux bénéficiaires : 0 Total : 1 754
Plus de 500 heures données en formation aux mentors. 10 employés de Thetford Mines étaient inscrits en formation les 25 et 26 mars 2020. Malheureusement, les formations furent annulées en raison de la pandémie de la COVID-19.	

Formation générale (volet 3) (Approche palliative; lorsque tout reste à faire. OIIQ)

Nombre total de personnes à former en 2018-2020	Infirmières : 1 490
Nombre total de personnes formées en 2019-2020	Infirmières : 1 083

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

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

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

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

Cette année, la DPJ-DP a traité 6 128 signalements, ce qui correspond à une augmentation de 11,9 % comparativement à l’année précédente. Le principal motif de signalements retenus cette année est celui de l’abus physique (596, soit 25,2 %), suivi par la négligence (527, soit 22,3 %). La négligence (210, soit 24,4 %) et les mauvais traitements psychologiques (189, soit 21,9 %) sont les principaux motifs pour lesquels la sécurité et le développement de l’enfant sont considérés compromis et qu’il est pris en charge par la DPJ-DP, mais suivi de près par le risque de négligence (150, soit 17,4 %) et les abus physiques (106, soit 12,3 %). Nous remarquons une proportion importante d’enfants âgés de 0 à 12 ans signalés à la protection de la jeunesse (72,6 % vs signalements traités). Des initiatives de concertation avec tous les acteurs du milieu ont cours de façon continue afin d’en comprendre les raisons et d’agir préventivement pour éviter que la situation des enfants se détériore en Chaudière-Appalaches. C’est sur le territoire de Beauce-Sartigan (18 %) que nous trouvons le nombre le plus élevé des enfants âgés entre 0 et 5 ans suivis par la DPJ-DP.

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

En ce qui concerne le service des jeunes contrevenants, nous avons donné, en 2019-2020, des services à 364 usagers ayant commis des délits (69 filles et 295 garçons). Les garçons se trouvent représentés en plus grand nombre (81 %), 187 jeunes ont été concernés par une mesure de sanctions extrajudiciaires et 125 jeunes par des mesures judiciaires.

Cette année, nous avons procédé à 14 adoptions québécoises, ce qui représente une diminution de 17,6 % par rapport à l'année dernière qui peut s'expliquer par certains reports d'audiences à la Cour du Québec, Chambre de la jeunesse. En ce qui concerne l'adoption internationale, les délais sont toujours en augmentation considérant que la réalité de plusieurs pays a changée et que les enfants en attente d'adoption sont souvent en grands besoins spéciaux nécessitant des soins et une implication plus grande des parents adoptifs. En ce qui concerne la tutelle, nous avons 10 nouveaux jugements d'enfants confiés à un tuteur, ce qui représente une augmentation de 80 %.

La Direction de la protection de la jeunesse au cours des années s'est fait mieux connaître par l'ensemble des directions et cela a permis une meilleure communication facilitant ainsi les zones de collaboration. Les défis de la prochaine année sont nombreux, nous collaborons de façon étroite avec la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse afin d'aider à améliorer les services offerts à nos enfants. À titre de DPJ-DP, nous travaillons en collaboration avec les différents acteurs du monde judiciaire à un comité pour améliorer la pratique judiciaire au Québec, nous travaillons principalement à réduire les délais occasionnés par le processus judiciaire. Nous participons aussi à la création d'un centre de services intégrés en abus et maltraitance avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale afin de faciliter le parcours de soins de l'enfant qui est victime d'abus ou de négligence grave. Nous sommes impliqués dans le programme d'intervention socio-judiciaire en conflits sévères de séparation avec deux autres CISSS et CIUSSS ainsi que la magistrature. Ce programme est novateur et fera l'objet d'une évaluation dans le but qu'il soit implanté dans toutes les régions du Québec. Cette année, l'ensemble des services de la protection de la jeunesse a connu des hausses de volume exceptionnelles. Des défis de recrutement et de rétention de la main-d'œuvre font aussi partie des enjeux de la direction.

La protection des enfants est l'affaire de tous!

Signalements traités

	2019-2020						
	0-5 ans	6-12 ans	13-15 ans	16-17 ans	Inconnu	Total	%
Fille	839	1219	568	276	33	2935	47,90 %
Garçon	979	1406	475	288	40	3188	52,02 %
Inconnu	2	2	0	1	0	5	0,08 %
Total	1820	2627	1043	565	73	6128	100 %

	2018-2019						
	0-5 ans	6-12 ans	13-15 ans	16-17 ans	Inconnu	Total	%
Fille	793	1 022	466	215	36	2 532	46,26 %
Garçon	907	1 250	456	281	46	2 940	53,71 %
Inconnu	0	0	2	0	0	2	0,03 %
Total	1 700	2 272	924	496	82	5 474	100 %

Signalements retenus par MRC

MRC	2019-2020	2018-2019
Beauce-Sartigan	346	299
Bellechasse	156	124
Chutes-de-la-Chaudière	351	322
Desjardins	289	273
Appalaches	336	289
L'Islet	71	104
Nouvelle-Beauce	195	173
Etchemins	82	66
Lotbinière	217	249
Montmagny	133	147
Robert-Cliche	99	128
Hors territoire	88	88
Total	2363	2262

Provenance des signalements traités

	2019-2020	2018-2019
Milieu familial	14,68 %	16,02 %
Employé d'un CJ	25,94 %	22,83 %
Famille d'accueil	0,17 %	0,26 %
Employé d'un CH ou médecin	4,48 %	4,44 %
Autres professionnels	0,51%	0,61 %
Milieu scolaire	18,92 %	18,30 %
Milieu policier	15,75 %	14,75 %
Communauté	8,68 %	8,86 %
Milieu de garde	1,69 %	2 %
Employé d'un organisme	9,18 %	11,93 %
Total	100 %	100 %

Nombre de signalements retenus par problématique

Problématiques	2019-2020	2018-2019
Abandon	3	1
Abus physique	596	649
Risque sérieux d'abus physique	190	206
Abus sexuel	128	126
Risque sérieux d'abus sexuel	144	137
Mauvais traitements psychologiques	295	254
Négligence	527	471
Risque sérieux de négligence	292	213
Troubles de comportements sérieux	188	205
Total	2363	2262

Enfants dont la situation est prise en charge par la DPJ

Problématiques	2019-2020		2018-2019	
	Total	%	Total	%
Abandon	15	0,79	16	0,94
Abus physique	167	8,83	175	10,32
Risque sérieux d'abus physique	71	3,75	77	4,54
Abus sexuel	47	2,49	32	1,89
Risque sérieux d'abus sexuel	43	2,27	31	1,83
Mauvais traitements psychologiques	319	16,87	258	15,22
Négligence	554	29,30	482	28,44
Risque sérieux de négligence	474	25,07	407	24,02
Troubles de comportement sérieux	201	10,63	217	12,80
Total	1 891	100 %	1 695	100 %

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

	2019-2020		31 mars 2019	
Milieu de vie	Total	%	Total	%
Suivi dans le milieu familial	837	57,60	680	58,12
Confié à un tiers significatif	118	8,12	83	7,09
Ressources de type familial	290	19,96	313	26,75
CR et RI	89	6,13	94	8,04
Autres ressources	119	8,19	0	0
Total	1 453	100 %	1 170	100 %

La requête a été modifiée cette année afin de tenir compte des situations où le milieu de vie est indéterminé, c’est-à-dire qu’il n’y a pas de mesures actives à l’application des mesures, soit qu’il y ait du retard à la saisie ou que nous soyons sans mesure pendant l’instance.

8. Les ressources humaines

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

Nombre de personnes occupant un emploi dans l'établissement au 31 mars 2019 et nombre d'équivalents temps complet en 2018-2019

Catégorie de personnel	Nombre d'emplois au 31 mars 2019	Nombre d'ETC en 2018-2019
1 - Personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires	3 375	2 814
2 - Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	2 875	2 326
3 - Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 615	1 443
4 - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	3 156	2 589
5 - Personnel non visé par la loi 30	107	83
6 - Personnel d'encadrement	363	344
Total	11 491	9 598

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.

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

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

	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 supplémentaires	Total des heures rémunérées
1. Personnel d'encadrement	621 512	8 627	630 138
2. Personnel professionnel	2 807 361	19 501	2 826 862
3. Personnel infirmier	4 989 824	231 576	5 221 400
4. Personnel de bureau, technicien et assimilé	8 126 651	254 375	8 381 025
5. Ouvriers, personnel d'entretien et de service	1 677 792	34 822	1 712 614
6. Étudiants et stagiaires	12 003	124	12 127
Total pour 2019-2020	18 235 142	549 025	18 784 167
Total pour 2018-2019	—	—	18 143 521
		Cible 2019-2020	18 670 416
		Écart	113 751
		Écart en %	0,6 %

La cible d'effectifs (18 670 416 heures) fixée par le ministère de la Santé et des Services sociaux n'a pas été respectée par le CISSS de Chaudière-Appalaches (nombre d'heures réelles : 18 784 167). Cette variation de 0,6 % s'explique par le fait que certains investissements dans le réseau de la santé et des services sociaux annoncés en cours d'exercice financier ont pu avoir des impacts additionnels imprévus sur les effectifs des établissements et contribuer, dans certains cas, au dépassement des cibles d'effectifs allouées par la ministre de la Santé et des Services sociaux.

9. Les ressources financières

9.1 L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

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

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

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent		Variation des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Programmes-services						
Santé publique	18 894 012\$	1,72 %	16 109 602\$	1,58 %	2 784 410\$	17,28 %
Services généraux – activités cliniques et d'aide	57 505 338\$	5,23 %	54 479 680\$	5,33 %	3 025 658\$	5,55 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	198 847 938\$	18,07 %	179 112 292\$	17,52 %	19 735 646\$	11,02 %
Déficiance physique	35 730 643\$	3,25 %	34 347 835\$	3,36 %	1 382 808\$	4,03 %
Déficiance intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme	69 511 942\$	6,32 %	64 785 805\$	6,34 %	4 726 137\$	7,30 %
Jeunes en difficulté	69 988 897\$	6,36 %	61 953 107\$	6,06 %	8 035 790\$	12,97 %
Dépendance	6 927 393\$	0,63 %	5 936 638\$	0,58 %	990 755\$	16,69 %
Santé mentale	61 875 958\$	5,62 %	60 146 353\$	5,88 %	1 729 605\$	2,88 %
Santé physique	369 054 472\$	33,51 %	342 291 033\$	33,46 %	26 763 439\$	7,82 %
Programmes de soutien						
Administration	73 074 720\$	6,64 %	69 439 100\$	6,79 %	3 635 620\$	5,24 %
Soutien aux services	75 381 445\$	6,85 %	72 257 249\$	7,07 %	3 124 196\$	4,32 %
Gestion des bâtiments et des équipements	63 785 034\$	5,80 %	61 644 998\$	6,03 %	2 140 036\$	3,47 %
Total	1 100 577 792\$	100 %	1 022 503 692\$	100 %	78 074 100\$	7,64 %

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

9.2 L'équilibre budgétaire

L'établissement a clos l'exercice financier 2019-2020 avec un surplus de 3 140 538\$ ventilé comme suit :

Fonds d'exploitation	Surplus de l'exercice	3 886 551 \$
Fonds d'immobilisations	Déficit de l'exercice	(746 013)\$
Total	Déficit de l'exercice	3 140 538 \$

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

9.3 Les contrats de services

Au cours de l'année financière 2019-2020, des contrats de services, comportant une dépense de 25 000\$ et plus, ont été conclus tel que mentionné dans le tableau suivant :

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

Contrats	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	3	204 500 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	113	19 247 905 \$
Total des contrats de services	116	19 452 405 \$

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

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

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers et autres informations financières						
R-1 Les contrats de location d'immeubles conclus entre le CISSS-CA et la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », du <i>Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public</i> , il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition.	2011-2012	R	Applicable globalement pour le CISSS-CA depuis 2016. Aucune, car il s'agit d'une directive du MSSS.			NR

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
R-3 Le CISSS-CA n'a pas comptabilisé, au 31 mars 2016, à l'état de la situation financière, des subventions à recevoir du gouvernement du Québec concernant des immobilisations financées ou devant être financées par emprunts pour lesquelles des travaux ont été réalisés. Cette situation constitue une dérogation à la norme comptable sur les paiements de transfert (Normes comptables canadiennes pour le secteur public) qui prévoit la comptabilisation des subventions lorsqu'elles sont autorisées par le gouvernement à la suite de l'exercice de son pouvoir habilitant et que le CISSS-CA a satisfait aux critères d'admissibilité. Par ailleurs, l'article 1.1 de la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics ou municipaux et certains autres transferts (RLRQ, chapitre S-37.01) énonce que la seule partie d'une subvention qui doit être comptabilisée est celle qui est exigible dans l'exercice du CISSS-CA et autorisée par le Parlement dans l'année financière du gouvernement du Québec, comme le prescrit la loi, les ajustements suivants, selon l'estimation établie, sont nécessaires afin que les états financiers du CISSS-CA respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2013-2014	R	Applicable globalement pour le CISSS-CA depuis 2016. Aucune, car il s'agit d'une directive du MSSS.			NR
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
QAI-3 Pour les non-conformités au MGF concernant les unités de mesure, voir l'annexe au rapport de l'auditeur – Unités de mesure et heures travaillées et rémunérées.	2013-2014	C	Applicable globalement pour le CISSS-CA depuis 2016. Voir les réponses au suivi des commentaires UM ci-après.		PR	

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
<i>En raison de la situation entourant la pandémie de la COVID-19, le ministère de la Santé et des Services sociaux a suspendu, pour l'exercice 2019-2020, les travaux de l'auditeur indépendant prévus à la section 3.3 « Mission d'audit portant sur l'information sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées », de l'annexe 6 de la circulaire codifiée 03.01.61.03 (2020-001).</i>						
UM-1 <u>CISSS-CA</u> Selon le MGF, l'utilisateur doit être compilé une seule fois durant l'exercice pour l'établissement en entier. Étant donné que les numéros de dossier des usagers diffèrent pour chacune des installations de l'établissement, il est difficile pour la direction d'identifier qu'un même usager s'est présenté dans plusieurs installations durant l'exercice financier. Ainsi, il y a un risque d'une surévaluation potentielle, mais cet écart ne peut être quantifié. Les sous-centres d'activité visés sont ceux qui sont présents dans plus d'une installation ou pour lesquels le processus de compilation ne permet pas de repérer un même usager qui a utilisé les services dans plus d'une installation.	2013-2014	R	Applicable globalement pour le CISSS-CA depuis 2016. Cette réserve ne pourra se régler tant et aussi longtemps que nous n'aurons pas un index patient unique pour tous les systèmes. 2019-2020 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.			NR
UM-10 <u>CISSS-CA – 6565</u> Concernant l'unité de mesure « l'utilisateur » du sous-centre d'activité 6565 (Services sociaux), nous avons constaté, pour la période testée, que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes : A: L'unité de mesure « l'utilisateur » est erroné puisque nous avons constaté une divergence entre le nombre d'utilisateurs selon le rapport détaillé cumulatif et le rapport global cumulatif à la période 10. Pour l'année 2018-2019, nous avons constaté que l'utilisateur avait été compté plus d'une fois. Nous avons constaté que la compilation périodique des unités ne correspondait pas au total de la période.	2015-2016	R	A: Rencontres avec tous les gestionnaires concernés du CISSS-CA. Explications données et comprises. Toutefois, des améliorations devront être faites au niveau de la production des rapports. 2018-2019 : nous avons travaillé avec quelques secteurs pour améliorer le fichier de saisie afin d'avoir l'utilisateur unique. Ceci semble porter fruit. 2019-2020 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.		PR	

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
UM-16 <u>CISSS-CA – 7163</u> Concernant l'unité de mesure « l'usager » du sous-centre d'activité 7163 (Prêt d'équipement aux usagers des services à domicile), nous avons constaté, que la liste détaillée fournie par le fournisseur externe ayant servi à l'inscription des unités de mesure n'est pas fiable. Celle-ci incluait des usagers en double ainsi que des usagers non admissibles selon le MGF. En 2017-2018, des écarts entre la période testée et le total annuel n'ont pas pu être expliqués. En 2018-2019, nous avons remarqué l'absence de documents confirmant le prêt d'équipement et la compilation ne s'effectue pas adéquatement. En effet, nous n'avons pas été en mesure d'obtenir toute la documentation nécessaire pour valider les prêts d'équipements.	2015-2016	R	Il y a concentration de l'information dans un secteur (compilation). Par contre, le tout n'est pas complété. Il reste à valider les petits équipements en CLSC (Beauce). Il reste une partie du travail à effectuer avec les sites de Thetford Mines et Beauce. 2018-2019 : aucun travail n'a été fait durant l'année. 2019-2020 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.		PR	
UM-17 <u>CSSS de Beauce - 7202</u> Les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives relatives à l'unité de mesure « La semaine-étudiant » du centre d'activité 7202 (Coordination et soutien) ne sont pas valables. En effet, nous avons noté une divergence entre les données inscrites à la statistique versus le décompte réel physique. L'effet de ce qui précède sur l'unité de mesure et le coût unitaire de l'unité de mesure du centre d'activité 7202 (coordination et soutien) présenté à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé. NOTE : Cette problématique a été libellée ainsi au rapport 2015-2016 dans le CISSS-CA (mais même problématique) : « Nous ne pouvons déterminer si le nombre d'unités de semaine-étudiant est conforme ou non, puisque les pièces justificatives, le rapport détaillé cumulatif et le rapport sommaire cumulatif ne correspondent pas ». Même situation en 2017-2018. En 2018-2019, nous avons constaté qu'un stage avait été comptabilisé à deux reprises, car il avait été annulé en cours d'année et repris quelques périodes plus tard.	2013-2014	R	Amélioration du processus en 2016-2017 avec la possibilité d'extraire la donnée, ce qui était impossible en 2015-2016. Les reports se font adéquatement, il reste à travailler le calcul du nombre de semaines. 2018-2019 : nous avons compilé la donnée de façon cumulative. De cette façon, il nous a été possible de reprendre les données modifiées durant les périodes antérieures. Le processus est bien défini et les contrôles aussi. 2019-2020 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.		PR	

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

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

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
				5	6	7
1	2	3	4			
UM-30 6350 et 6352 Concernant l'unité de mesure « l'unité technique provinciale » du centre d'activités 6350 (Inhalothérapie) et du sous-centre d'activité 6352 (Inhalothérapie – Autres), nous avons constaté que des unités d'au moins un secteur sont manquantes.	2016-2017	R	Le secteur travaille sur la meilleure façon de compiler la donnée. Elle demeure encore manquante dans certaines installations. 2018-2019 : des travaux ont été débutés, mais pas terminés. La donnée n'est pas totalement exacte. 2019-2020 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.		PR	
UM-31 6352 Concernant l'unité de mesure « l'utilisateur » du sous-centre d'activités 6352 (Inhalothérapie – Autres), nous avons également constaté que la saisie des données a été effectuée en lot, sans inscrire les numéros de dossier. Il n'est donc pas possible de connaître les usagers reliés aux données. Cela a pour incidence de sous-évaluer le nombre d'usagers. En 2017-2018, des écarts entre la période testée et le total annuel de l'année ont été retracés. En 2018-2019, il y un écart entre le fichier détaillé et le fichier de compilation transmis.	2016-2017	R	L'information a été transmise auprès des utilisateurs. 2018-2019 : le tout a été discuté avec les secteurs concernés. 2019-2020 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.			NR

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
UM-35 <u>6831 et 6832</u> Concernant les unités de mesure « l'unité technique provinciale » et « la procédure » des sous-centres d'activités 6831 (Radiologie générale) et 6832 (Ultrasonographie), nous avons constaté que le nombre de procédures dans les fichiers détaillés que nous avons obtenus ne correspond pas aux nombres d'unités techniques provinciales et de procédures du rapport périodique testé. Même situation en 2017-2018.	2016-2017	R	Le fichier détaillé contient des erreurs que le fournisseur n'est pas en mesure de nous expliquer pour le moment. Nous considérons que les données produites par le rapport sommaire est adéquat. 2018-2019 : Aucun suivi reçu cette année sur cette information. 2019-2020 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.		PR	
UM-41 <u>7553</u> Concernant l'unité de mesure « l'usager » du sous-centre d'activités 7553 (Nutrition clinique), nous avons constaté que des usagers sont comptés plus d'une fois. En 2017-2018, la fiche d'un usager sélectionné n'a pas pu être retracée. En 2018-2019, il y a un écart entre le fichier détaillé et le fichier de compilation transmis. Également, il y a eu suppression de données non archivées. En effet, nous avons constaté que la procédure suivie lorsqu'un patient décède ou est transféré provoque la suppression de données dans le système. Nous avons également constaté qu'une unité avait été omise dans le fichier cumulatif étant donné que le rapport fourni couvrirait une seule journée plutôt que la période entière.	2016-2017	R	Aucun suivi n'a été fait en 2017-2018. 2018-2019 : nous avons travaillé avec plusieurs secteurs pour améliorer les fichiers « Excel maison ». Nous croyons que le personnel a bien intégré l'information. 2019-2020 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.			NR

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
UM-46 Nous avons relevé dans plusieurs centres et sous-centres d'activités que les statistiques cumulatives à la période 13 reportées au tableau de compilation ne correspondaient pas aux statistiques compilées dans les systèmes pour les unités de mesure suivantes : D : « La procédure pondérée » du sous-centre d'activités 6607 (Microbiologie). Même situation pour l'année 2018-2019.	2017-2018	R	Idem à UM-21			NR
UM-47 <u>6785-6834-6835</u> Concernant l'unité de mesure « l'unité technique provinciale » du sous-centre d'activités, un problème informatique d'un fournisseur a empêché la compilation adéquate des unités. En 2018-2019, il y a un écart entre le fichier détaillé et le fichier de compilation transmis.	2017-2018	R	Idem à UM-35		PR	
UM-48 <u>7402</u> Concernant l'unité de mesure « le déplacement d'un usager » du sous-centre d'activités 7402 (Déplacement en ambulance vers une maison de soins palliatifs ou pour des usagers âgés de 65 ans et plus), certains déplacements auraient dû être compilés au sous-centre 7401 au lieu du 7402.	2017-2018	R	2018-2019 : le dossier des UM de ce SCA a été pris en charge par une seule personne d'où la recherche de la standardisation, de l'enseignement de l'information du MGF et du reclassement des données s'il y a lieu. 2019-2020 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.		PR	
UM-49 <u>7801</u> Concernant l'unité de mesure « le mètre carré » du sous-centre d'activités 7801 (Entretien du parc immobilier et du parc d'équipement non-médical et mobilier (propriété CHQ ou établissement public), il nous a été impossible de retracer la superficie de l'immeuble testé au plan détaillé.	2017-2018	R	2018-2019 : dossier en évolution constante. Il reste quelques éléments d'antériorité à valider. 2019-2020 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.		PR	

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020 R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
				R	PR	NR
				5	6	7
1	2	3	4			
UM-51 <u>6352</u> Nous avons constaté une anomalie dans la compilation des données entre la liste d'une période et le total présenté pour cette même période dans la liste cumulative.	2018-2019	R	2019-2020 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.			NR
UM-52 <u>6785</u> Nous avons constaté une anomalie dans la compilation entre les listes détaillées et la liste cumulative. En effet, les UTP doivent être comptabilisées durant la période entamée, mais l'inscription ne se fait qu'à la fin de l'examen.	2018-2019	R	2019-2020 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.			NR
UM-53 <u>6607 (10)</u> Nous avons constaté une anomalie dans la compilation et n'avons pas été en mesure de valider le total d'une catégorie de procédures à la fin de l'année avec la liste fournie.	2018-2019	R	2019-2020 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.			NR
UM-54 <u>6607 (20)</u> Nous avons constaté une anomalie dans la compilation et n'avons pas été en mesure de valider le total d'une catégorie de procédures à la fin de l'année avec la liste fournie.	2018-2019	R	2019-2020 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.			NR
UM-55 <u>6870</u> La documentation fournie ne nous a pas permis de retracer un sondage effectué avec la liste cumulative.	2018-2019	R	2019-2020 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020.			NR

Rapport à la gouvernance						
Les recommandations présentées dans l'annexe et qui touchent les exercices terminés les 31 mars 2016 et 31 mars 2017 ont été émises par le Vérificateur général du Québec (VGQ).						
C-7 Le VGQ a recommandé à l'établissement de mettre en place une procédure formelle, documentée et périodique de révision des codes inactifs et de droits d'accès, en fonction des responsabilités du personnel utilisateur pour le réseau et les applications.	2013-2014	C	Applicable globalement pour le CISSS-CA depuis 2016. Ces recommandations ont été prises en compte lors de l'implantation des systèmes financiers uniques (Paie-RH et SIG-FA). Des profils d'accès ont été élaborés avec l'octroi de nouveaux codes d'accès. La procédure de révision des codes inactifs et des droits d'accès suivra au cours de la prochaine année financière. De plus, l'établissement est en cours de déploiement du projet Active Directory.		PR	
C-16 Le VGQ a recommandé au CISSS-CA de prendre les mesures requises afin de respecter les exigences de présentation des NCCSP concernant le budget approuvé par le conseil d'administration.	2015-2016	C	Le budget 2019-2020 a été élaboré en considérant l'ensemble des informations exigées. Celui-ci a été présenté intégralement au AS-471 2019-2020 dans le respect des exigences de présentation des NCCSP.	R		

11. La divulgation des actes répréhensibles

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

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

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

12. Les organismes communautaires

Le nombre d'organismes communautaires subventionnés par le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) est de 177 pour l'année 2019-2020.

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

Suivi des obligations de la Convention de soutien financier 2015-2018 – dans le cadre du soutien financier à la mission globale des organismes communautaires œuvrant en santé et services sociaux;

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

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

Soutien financier aux organismes communautaires par le programme de soutien financier (PSOC)		
Organismes	Total 2018-2019	Total 2019-2020
A.P.E.D.A.H. et Plus Beauce-Etchemins	16 352 \$	23 143 \$
Accueil-sérénité	105 822 \$	109 205 \$
Action Jeunesse Côte-Sud	160 357 \$	163 243 \$
Aide aux jeunes contrevenants de Beauce (A.J.C. Beauce)	200 006 \$	203 606 \$
Allaitement Québec	63 200 \$	64 338 \$
Alliance-jeunesse Chutes-de-la-Chaudière	97 125 \$	159 886 \$
Amalgame MDJ Ouest	159 326 \$	162 194 \$
Association bénévole Beauce-Sartigan inc.	280 045 \$	293 984 \$
Association de la fibromyalgie région Chaudière-Appalaches	84 902 \$	123 159 \$
Association de l'action volontaire Appalaches	296 362 \$	301 523 \$
Association de loisirs pour personnes handicapées de L'Islet-Sud	112 268 \$	163 817 \$
Association d'entraide communautaire La Fontaine	212 515 \$	228 213 \$
Association des personnes handicapées de la Chaudière	181 025 \$	211 491 \$
Association des personnes handicapées de Lévis inc.	453 884 \$	470 203 \$
Association des personnes handicapées de Lotbinière	202 201 \$	207 705 \$
Association Horizon Soleil	105 000 \$	106 890 \$
Association pour l'intégration sociale (Région Beauce-Sartigan)	218 542 \$	248 528 \$
Association renaissance des Appalaches	265 457 \$	304 491 \$

Atelier occupationnel Rive-Sud inc.	123 933\$	171 252\$
Au Bercail de Saint-Georges	695 038\$	789 835\$
Aube de la Paix (1993) inc.	70 320\$	71 586\$
Aux Quatre Vents, groupe d'entraide pour personnes en difficulté psychologique ou psy-chiatrique	275 426\$	280 383\$
CALACS de la Rive-Sud	279 483\$	284 514\$
Carrefour des personnes âgées de Lotbinière	163 810\$	165 435\$
Centre aide et prévention jeunesse de Lévis	93 646\$	131 886\$
Centre communautaire Normandie inc.	109 021\$	115 984\$
Centre d'action bénévole Beauce-Etchemin	250 830\$	255 171\$
Centre d'action bénévole CECB Montmagny-L'Islet	424 574\$	432 043\$
Centre d'action bénévole Concert'Action	88 859\$	92 459\$
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel Chaudière-Appalaches inc.	315 013\$	320 233\$
Centre de stimulation l'Intercom	102 716\$	128 581\$
Centre de Vie de Bellechasse inc.	46 036\$	84 700\$
Centre d'écoute et de prévention du suicide Beauce-Etchemins	100 049\$	107 251\$
Centre d'entraide de la région de Disraeli	57 733\$	92 105\$
Centre d'entraide familiale de la MRC de Montmagny	6 408\$	6 084\$
Centre d'Équithérapie La Remontée	70 320\$	71 586\$
Centre Domrémy des Appalaches inc.	274 370\$	316 012\$
Centre Ex-Equo	456 900\$	540 124\$
Centre Femmes La Rose des Vents inc.	209 706\$	213 481\$
Centre Femmes L'Ancrage	198 173\$	201 740\$
Centre la Barre du Jour	227 265\$	231 355\$
Centre-Femmes « La Jardilec » inc.	208 077\$	211 822\$
Centre-Femmes de Beauce inc.	228 832\$	232 951\$
Centre-Femmes de Bellechasse	204 675\$	203 710\$
Centre-Femmes de Lotbinière	216 265\$	220 158\$
Club Parentaide Beauce-Centre	14 009\$	13 822\$
Comptoir Le Grenier	210 186\$	213 969\$
Convergence action bénévole (anciennement : CAB Bellechasse-Lévis-Lotbinière)	502 768\$	503 239\$
Corporation de développement de la communauté d'expression anglaise de Mégantic (MCDC)	24 922\$	35 011\$
Coup de pouce nourrice	27 991\$	28 495\$
Diabète Beauce-Etchemin inc.	21 000\$	15 939\$
Entraide au masculin Côte-Sud	152 748\$	291 317\$
Entraide Sainte-Croix	- \$	20 000\$
Entraide Solidarité Bellechasse	208 821\$	212 478\$
Espace Chaudière-Appalaches	164 039\$	171 992\$
Frigos Pleins	83 936\$	96 697\$
Grands Frères Grandes Soeurs des Appalaches	88 000\$	85 009\$
GRIS Chaudière-Appalaches	150 956\$	139 271\$

Groupe d'accompagnement Jonathan inc.	75 929\$	101 312\$
Groupe d'Entraide Cancer et Vie	63 516\$	85 554\$
Groupe espérance et cancer	93 367\$	114 886\$
Havre L'Éclaircie inc.	778 272\$	792 281\$
Intervalle	352 423\$	358 767\$
La Chaudronnée du Bel Âge	26 538\$	27 016\$
La Corporation de solidarité en sécurité alimentaire de Lotbinière	60 450\$	96 788\$
La Croisée - regroupement de parents, amis(es) de la personne atteinte de maladie mentale - MRC des Appalaches	149 356\$	152 044\$
La Croisée des Chemins	226 205\$	200 138\$
La Frontière	147 195\$	164 844\$
La Gîtée inc.	767 934\$	781 757\$
La Jonction pour elle inc.	872 578\$	888 284\$
La Maison des aînés de Lévis inc.	85 500\$	86 865\$
La Maison des jeunes de Charny inc.	110 066\$	127 849\$
La maison des jeunes de la MRC Robert-Cliche	98 646\$	131 886\$
La maison des jeunes de Montmagny inc.	100 794\$	127 849\$
La Maison des jeunes de Saint-Étienne-de-Lauzon inc.	90 794\$	127 849\$
La Maison des jeunes de Saint-Jean-Chrysostome inc.	90 794\$	127 849\$
La Maison des jeunes de Thetford Mines	120 474\$	157 544\$
La Maison des jeunes Isotope de Saint-Malachie	10 000\$	10 180\$
La Maison des jeunes L'Azymut Est * Ouest	90 794\$	127 849\$
La Maison du Tournant inc.	292 518\$	345 967\$
La Passerelle, groupe d'aide et d'entraide pour personnes vivant avec un problème de santé mentale	355 953\$	362 360\$
La Popote roulante des Aulnaies	15 229\$	15 503\$
La Rencontre, groupe d'entraide pour personnes atteintes de maladie mentale	197 489\$	204 044\$
La Ruche de Saint-Romuald inc.	90 794\$	127 849\$
La Société Alzheimer Chaudière-Appalaches	397 510\$	394 148\$
La Société Grand Village inc.	95 000\$	95 000\$
La Tournée des marmitons de Montmagny	15 193\$	15 466\$
L'Adoberge Chaudière-Appalaches	416 279\$	443 772\$
L'A-Droit de Chaudière-Appalaches	180 910\$	179 807\$
L'Ancre, regroupement des parents et amis des personnes atteintes de maladie mentale	145 918\$	153 545\$
L'Arc-en-Ciel, regroupement de parents et de personnes handicapées	384 675\$	477 109\$
L'Arche le Printemps inc.	608 573\$	622 409\$
L'Assiettée Beauceronne	81 433\$	63 820\$
L'Association des personnes handicapées de Bellechasse (L' A.P.H.B.)	161 236\$	165 454\$
L'Association des TCC des Deux Rives (Québec - Chaudière-Appalaches)	84 902\$	86 430\$
Laura Lémerveil	41 400\$	40 137\$
Le Carrefour Employabilité - Travail de rue	93 646\$	131 886\$
Le Centre de parrainage de la jeunesse de Beauce	102 204\$	143 998\$
Le Cercle de l'amitié de Cap Saint-Ignace	17 500\$	17 570\$

Le Comptoir d'aide Le Fouillis inc.	12 656 \$	12 884 \$
Le Contrevent, pour l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale	262 305 \$	267 026 \$
Le Filon	96 499 \$	148 236 \$
Le Havre des femmes	729 921 \$	743 060 \$
Le Havre, groupe d'aide et d'entraide pour la personne vivant avec un problème de santé mentale	245 213 \$	249 627 \$
Le Murmure, groupe d'entraide de personnes ayant ou ayant eu un problème de santé mentale	185 603 \$	188 944 \$
Le Patro de Lévis inc.	15 000 \$	7 680 \$
Le Rappel groupe d'entraide de personnes atteintes d'une maladie mentale	281 674 \$	286 744 \$
Le Re-lait Montmagny-L'Islet	17 192 \$	17 501 \$
Le Service d'entraide de Charny inc.	73 706 \$	67 312 \$
Le Sillon regroupement des parents et amis de la personne atteinte d'une maladie mentale	235 914 \$	240 160 \$
Le Trait d'Union, groupe d'entraide pour personnes ayant des troubles de santé mentale	305 590 \$	295 820 \$
L'Entraide Pascal-Taché inc.	96 499 \$	135 924 \$
Les amies de Panet	17 591 \$	17 591 \$
Les nouveaux sentiers de la MRC de L'Islet	143 750 \$	151 338 \$
L'Essentiel des Etchemins	71 788 \$	96 330 \$
L'Éveil, groupe d'entraide pour personnes atteintes de maladie mentale	170 950 \$	183 027 \$
Lien-Partage inc.	239 712 \$	243 925 \$
L'Interface, organisme de justice alternative	229 891 \$	234 029 \$
L'Oasis de Lotbinière inc.	200 556 \$	204 166 \$
Maison de jeunes L'Olivier des Etchemins	116 507 \$	155 158 \$
Maison de la famille Beauce-Etchemins	149 956 \$	152 216 \$
Maison de la famille Chutes-Chaudière	2 447 \$	2 052 \$
Maison de la famille de Bellechasse	20 713 \$	20 647 \$
Maison de la famille de la MRC de L'Islet inc.	27 713 \$	30 773 \$
Maison de la famille de Lotbinière	23 782 \$	23 771 \$
Maison de la famille Nouvelle-Beauce	18 091 \$	17 978 \$
Maison de la famille R.E.V. Rive-Sud	118 872 \$	121 012 \$
Maison de la famille Rive-Sud	2 447 \$	2 052 \$
Maison des jeunes « L'Utopie »	95 381 \$	133 519 \$
Maison des jeunes « Saint-Henri »	85 000 \$	86 530 \$
Maison des jeunes de Beauce-Sartigan	237 143 \$	241 412 \$
Maison des jeunes de L'Islet-Nord	115 451 \$	152 950 \$
Maison des jeunes de Saint-Michel-de-Bellechasse	64 420 \$	61 508 \$
Maison des Jeunes d'East Broughton	52 000 \$	52 000 \$
Maison des jeunes Défi-Ados	90 794 \$	127 849 \$
Maison des jeunes des Frontières du Sud	90 794 \$	127 849 \$
Maison des jeunes du Lac Aylmer	56 500 \$	107 517 \$
Maison des jeunes Saint-Raphaël	61 976 \$	63 092 \$
Maison l'Éclaircie	- \$	20 000 \$
Maison l'Odyssée Jeu Alcool Drogues	153 435 \$	188 818 \$

Mesures alternatives jeunesse Frontenac inc.	196 804 \$	200 346 \$
Moisson Beauce inc.	149 478 \$	126 629 \$
Nouvel essor	336 035 \$	345 242 \$
Ouvre ton cœur à l'espoir	53 223 \$	54 181 \$
Parentaime - Maison de la famille des Etchemins	11 361 \$	11 565 \$
Parents d'Ange s Beauce-Etchemins	- \$	20 000 \$
Partage au masculin Beauce	206 046 \$	309 755 \$
Personnes handicapées en action de la Rive-Sud	216 485 \$	220 382 \$
Popote roulante L'Islet inc.	30 098 \$	30 640 \$
Présence Lotbinière	67 266 \$	83 144 \$
Projet M.D.J. Saint-Isidore inc.	51 500 \$	51 500 \$
Regroupement des jeunes de Lotbinière	97 406 \$	135 714 \$
Regroupement des personnes aidantes de Lotbinière	144 086 \$	165 822 \$
Regroupement des personnes handicapées physiques de la région de Thetford	113 676 \$	166 627 \$
Regroupement des proches aidants de Bellechasse	129 272 \$	168 153 \$
Réhab	406 973 \$	454 438 \$
Réseau d'Entraide des Appalaches	132 288 \$	171 224 \$
Ressource Le Berceau inc.	217 923 \$	220 970 \$
Ressources-Naissances	107 147 \$	143 040 \$
ROPHRCA	40 647 \$	159 806 \$
S.O.S. Onde Amitié	86 290 \$	96 093 \$
Santé Mentale Québec - Chaudière-Appalaches	119 321 \$	168 223 \$
Se parler...D'Hommes à Hommes inc.	151 187 \$	228 908 \$
Service d'entraide Bernières-Saint-Nicolas inc.	59 739 \$	78 602 \$
Service d'entraide de Breakeyville	144 158 \$	159 747 \$
Service d'entraide de Pintendre	67 331 \$	90 633 \$
Service d'entraide de Saint-Jean-Chrysostome	76 859 \$	88 207 \$
Service d'entraide de Saint-Lambert-de-Lauzon	59 910 \$	84 704 \$
Service d'entraide de Saint-Rédempteur inc.	54 671 \$	90 181 \$
Service d'entraide de Saint-Romuald inc.	60 490 \$	93 095 \$
Service d'entraide Saint-Étienne	53 855 \$	53 332 \$
Service régional d'interprétariat de L'Est du Québec inc.	161 988 \$	164 904 \$
Société de réadaptation et d'intégration communautaire (S.R.I.C.)	869 537 \$	892 423 \$
Soupe au bouton	24 000 \$	32 000 \$
Stan-Jeunes	5 000 \$	3 567 \$
Table régionale des organismes commun. actifs en santé mentale (Région - 12)	12 834 \$	13 065 \$
Total général	28 644 543 \$	31 648 784 \$
Nombre d'organismes communautaires ayant reçu une allocation	174	177

ANNEXE

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

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

NUMÉRO : REG-CA2016-007

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

TABLE DES MATIÈRES

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

PRÉAMBULE

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

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

SECTION 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. Fondement légal

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

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

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Champ d'application

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

5. Disposition finale

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

6. Diffusion

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

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

SECTION 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

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

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

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

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

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

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

8.9 Biens et services de l'établissement

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

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

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

SECTION 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

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

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

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

SECTION 4 – APPLICATION

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

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

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

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

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

18. Comité d'examen *ad hoc*

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

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

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

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

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

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

19. Processus disciplinaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

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

ANNEXES

ANNEXE I – ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DU MEMBRE

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

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE III – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU MEMBRE

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

1. Intérêts pécuniaires

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

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

2. Titre d'administrateur

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

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

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

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

Signature Date [aaaa-mm-jj] Lieu

ANNEXE IV – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

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

1. Intérêts pécuniaires

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

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

2. Titre d'administrateur

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

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

3. Emploi

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

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

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

Signature Date [aaaa-mm-jj] Lieu

ANNEXE V – DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

Signature

Date *[aaaa-mm-jj]*

Lieu

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

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

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

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

Signature

Date *[aaaa-mm-jj]*

Lieu

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

**www.
cissca.
com**



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

Québec 