

MAÎTRISONS
NOS OPÉRATIONS

**RAPPORT
ANNUEL**
DE GESTION

2019
2020

DU CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET
DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE — CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE

Coordination Direction générale

Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

Rédaction

Directions du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

ISBN 978-2-550-87343-3 (imprimé)

ISBN 978-2-550-87260-3 (PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition de mentionner la source.

MESSAGE

DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS, un établissement engagé pour la population et son personnel

Depuis la création du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, l'ensemble du personnel œuvre à l'amélioration de la santé de la population en offrant des soins et des services de qualité. Quotidiennement, nous sommes en mesure d'apprécier l'engagement indéniable de nos gestionnaires, employés, médecins, chercheurs, étudiants, usagers et bénévoles et nous pouvons être fiers du travail accompli depuis la mise en place de notre organisation. La collaboration de l'ensemble des directions ainsi que nos partenaires est au cœur de notre réussite, et ce, pour le bénéfice des usagers et leurs proches.

L'année 2019-2020 fut une année charnière pour notre établissement. En effet, un changement de gouverne s'est opéré au niveau de l'équipe de gestion de la Direction générale. Ainsi, c'est avec un profond engagement, que Mme Robin Marie Coleman, présidente-directrice générale adjointe, Mme Karine Duchaineau, directrice-générale adjointe au programme santé physique générale et spécialisée, ainsi que moi-même, Dr Stéphane Tremblay, président-directeur général, avons entrepris nos nouvelles responsabilités appuyés par M. Rémi Brassard, directeur-général adjoint aux programmes sociaux et de réadaptation ainsi que par une communauté interne compétente et innovante qui permettra de poursuivre le développement de notre organisation. Pour ce faire, nous avons invité l'ensemble de notre personnel à concentrer ses efforts sur la bonne maîtrise de nos services à la population et à en assurer la qualité en complémentarité d'une démarche visant à structurer et limiter les projets d'envergure. En ce sens, quatre grandes cibles prioritaires ont été identifiées et ont guidé nos actions dans la dernière année. Elles concernent l'amélioration de la situation de la main-d'œuvre dans un contexte de rareté des ressources, le soutien à nos jeunes et leur famille, les dossiers d'amélioration de la qualité, dont l'agrément et la certification des analyses de laboratoires, et finalement, d'entamer une réflexion en regard de l'accessibilité aux services psychosociaux de proximité.

En conclusion, l'arrivée de la pandémie de la COVID-19 a apporté son lot de défis et mis à l'épreuve nos façons de faire. Rapidement, l'ensemble de la COMMUNAUTÉ du CIUSSS de l'Estrie - CHUS s'est mobilisée afin de répondre adéquatement aux besoins de nos usagers tout en assurant la sécurité et la qualité des soins. Un travail colossal a été accompli afin de prendre soin non pas seulement de nos usagers, mais également de l'ensemble de notre personnel. C'est donc avec une solide équipe en place que nous amorçons l'année 2020-2021 en nous assurant du bien-être de nos usagers, leurs proches et la population, mais également celui de notre personnel.

Original signé par

M. Jacques Fortier
Président du conseil d'administration

Original signé par

Dr Stéphane Tremblay
Président-directeur général

DÉCLARATION

DE FIABILITÉ DES DONNÉES

Les renseignements contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice financier 2019-2020 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke :

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

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

Original signé par

Dr Stéphane Tremblay

Président-directeur général

TABLE

DES MATIÈRES

LEXIQUE ET ACRONYMES	6
L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS	9
L'ÉTABLISSEMENT	11
Notre mission	12
Notre vision	12
Territoire du CIUSSS de l'Estrie - CHUS	13
Centre de recherches, missions universitaires et RUISSS	14
Organigramme de l'organisation au 31 mars 2020	16
LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES.....	17
LES FAITS SAILLANTS	25
RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ.....	29
CHAPITRE III : ATTENTES SPÉCIFIQUES.....	31
CHAPITRE IV : ENGAGEMENTS ANNUELS.....	35
Autres résultats pour certains indicateurs du plan stratégique du MSSS.....	48
ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ	49
L'Agrément	51
La sécurité et la qualité des soins et des services.....	51
Le nombre de mises sous garde dans un établissement selon la mission.....	58
L'examen des plaintes et la promotion des droits	58
L'information et la consultation de la population	58
L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE.....	61
Résumé du rapport sur l'application de la politique sur les soins de fin de vie	63
RESSOURCES HUMAINES.....	65
Les ressources humaines de l'établissement public et privé conventionné.....	67
Gestion et contrôle des effectifs.....	67
RESSOURCES FINANCIÈRES.....	69
Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme	71
Équilibre budgétaire.....	71
Contrats de services	72
ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT	73
Rapport financier.....	75
DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES	79
Divulgation d'actes répréhensibles.....	81
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES.....	83
Nombre d'organismes communautaires subventionnés par le PSOC	85
ANNEXE A : CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS.....	91

LEXIQUE

ET ACRONYMES

ACUP	Approche centrée sur l'utilisateur et ses proches	ACMQ	Association des conseils multidisciplinaires du Québec
AGA	Assemblée générale annuelle	APSS	Accès priorisé aux services spécialisés
C. A.	Conseil d'administration	CAAP – Estrie	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes Estrie
CAR	Conférence administrative régionale	CCT	Centre de coordination de la télésanté
CdRV	Centre de recherche sur le vieillissement	CECO	Comité d'éthique clinique et organisationnelle
CER	Comité d'éthique à la recherche	CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie	CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire	CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
COMMUNAUTÉ	Le personnel, les médecins, les chercheurs et les bénévoles œuvrant au sein de l'établissement	CMS	Centre médicaux spécialisés
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse	CPQS	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
CPSSSU	Comité de prestation sécuritaire des soins et des services aux usagers	CR	Centre de recherche
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle	CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRE	Centre de réadaptation Estrie	CRCHUS	Centre de recherche du CHUS
CRDE	Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie	CRDSI	Centre de recherche en reproduction, développement et santé intergénérationnelle
CRSH	Conseil de recherche en sciences humaines	CRSNG	Conseil de recherche en sciences naturelles et en génie du Canada
CSDEPJ	Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse	CU	Comité des usagers
CUCI	Comité des usagers du centre intégré	CVQ	Comité de vigilance et de la qualité
CVSB	Comité de vérification et de suivis budgétaires	DGA–PSPGS	Direction générale/directeur général adjoint au programme santé physique générale
DGA–PSR	Direction générale/directeur général adjoint aux programmes sociaux et de réadaptation	DI–TSA	Déficience intellectuelle – trouble du spectre de l'autisme
DP	Déficience physique	DPDI–TSA–DP	Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse	DPJe	Direction du programme jeunesse

DPSAPA	Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées	DPSMD	Direction des programmes santé mentale et dépendance
DQEPE	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique	DRF	Direction des ressources financières
DRHCAJ	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques	DRIT	Direction des ressources informationnelles et technologiques
DRMG	Département régional de médecine générale	DSG	Direction des services généraux
DSI	Direction des soins infirmiers	DSM	Direction des services multidisciplinaires
DASM	Direction adjointe des services multidisciplinaires	DSP	Direction des services professionnels
DSPublique	Direction de santé publique	DST	Direction des services techniques
EIJ	Équipe intervention jeunesse	ETC	Équivalent temps complet
ETG	Echelle canadienne de triage et de gravité	ETMI	Évaluation des technologies et des modes d'intervention
FRQS	Fonds de recherche du Québec – Santé	GASMAD	Guichet d'accès en santé mentale adulte et dépendance
GER	Groupe consultatif interagences en éthique de la recherche	GMF	Groupe de médecine de famille
GED	Grille d'évaluation du développement	IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
IRM	Imagerie par résonance magnétique	ISO-SMAF	Système de mesures de l'autonomie fonctionnelle
ITSS	Infections transmissibles sexuellement	IUPLSSS	Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux
JED	Jeunes en difficulté	LIM	Laboratoire d'imagerie médicale
LMRSSS	Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services	LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2)
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux	NSA	Niveau de soins alternatif
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie	PCI	Prévention et contrôle des infections
PCFI	Plan de conservation et de fonctionnalité immobilières	PDG	Président-directeur général
PDGA	Présidente-directrice générale adjointe	PDRH	Plan de développement des ressources humaines
PDSB	Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires	PDSC	Principes de déplacement sécuritaire de charges
PGPS	Politique gouvernementale de prévention en santé	PNSC	Plan national de sécurité civile
PNSP	Programme national de santé publique	PSI	Plan de services individualisés
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires	RI	Ressource intermédiaire
RLS	Réseau local de services de santé et de services sociaux	RNI	Ressource non-institutionnelle
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux	SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SE	Santé environnementale	SIV	Soutien d'intensité variable
TSA	Trouble du spectre de l'autisme	TIM	Technicien de l'information médicale



1

L'établissement et les faits saillants

LE CIUSSS DE L'ESTRIE - CHUS c'est ...

LE PLUS COMPLET AU QUÉBEC, INCLUANT UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Près de 100 % des soins de santé et de services sociaux offerts

- de la naissance aux soins de fin de vie
- de la prévention (soins et services en milieu scolaire, vaccination, etc.) aux soins spécialisés (chirurgie, oncologie, radiologie, etc.) et surspécialisés (neurologie, néonatalogie, etc.)

DES MILLIONS D'ACTES CLINIQUES PAR ANNÉE

UNE DES PLUS IMPORTANTES FORCES DE RECHERCHE AU QUÉBEC

Avec le Centre de recherche du CHUS (CRCHUS), le Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV) et l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS)

DES CENTAINES DE PARTENAIRES

Groupes de médecine de famille (GMF), pharmacies communautaires, cliniques médicales privées et organismes communautaires

LE PLUS GRAND EMPLOYEUR EN ESTRIE

9

réseaux locaux de services (RLS)

10

% de l'activité économique estrienne

21

fondations

100

Plus de installations

400

Près de chercheurs

1100

lits en centres hospitaliers et en centres de réadaptation

1300

Plus de médecins et pharmaciens

1500

Plus de étudiants et médecins résidents

2000

Quelque bénévoles

2100

lits en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

13000

Quelque stages

19000

Près de employés

500000

Près de habitants sur le territoire desservi

NOTRE MISSION

Notre raison d'être est la mission du réseau de la santé et des services sociaux, soit de :

« Maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être des Québécoises et des Québécois en rendant accessibles un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec. »

NOTRE VISION

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS et l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux partagent une même vision et aspirent à des soins de santé et des services sociaux accessibles et efficaces, qui s'adaptent aux besoins des Québécois.

Notre stratégie, notre façon de faire

Notre énoncé stratégique définit le projet collectif du CIUSSS de l'Estrie – CHUS : ce à quoi nous aspirons en tant que communauté au sein de l'organisation. Il vient aussi soutenir la mission et la vision du réseau de la santé et des services sociaux.

EN ESTRIE,
ENSEMBLE,
INNOVONS POUR LA **VIE**

Les valeurs de notre organisation : humanisme, engagement, adaptabilité

Nos valeurs organisationnelles, fondements ancrés solidement au cœur de l'établissement et de sa communauté, guident les attitudes et les comportements attendus et balisent également notre savoir-faire. Elles représentent ainsi notre manière d'être au sein du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, notre manière d'agir avec les personnes, les familles et leurs proches.

Elles veillent également à circonscrire le rapport préconisé entre les membres de notre organisation et auprès des partenaires, de même que notre manière de faire.

LA COHÉRENCE Le principe d'action

Notre sens commun « LA COHÉRENCE » est un ensemble d'idées ou de propositions qui constituent un tout logique, sans contradiction, permettant de trouver un sens commun à une décision ou une action. Une parfaite cohérence mène à la compréhension, l'acceptation, la confiance et l'adhésion. Ainsi, la cohérence est le principe d'action qui doit nous guider dans les décisions et les actions à l'égard des personnes recevant des soins et des services, de leur entourage, des membres du personnel, des médecins, des instances participatives, de la population et des partenaires.

CENTRE DE RECHERCHES, MISSIONS UNIVERSITAIRES ET RUISS

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS constitue le seul CIUSSS-CHU à intégrer la mission d'un centre hospitalier universitaire (CHU). Il compte également trois infrastructures reconnues par les Fonds de recherche du Québec, soit le Centre de recherche du CHUS (CRCHUS) et le Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV), ainsi que l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS). Cet IUPLSSS est également une désignation ministérielle (MSSS) donnée à l'établissement pour la qualité de ses pratiques.

On attribue à la mission universitaire un rôle clé pour l'amélioration de la performance globale de l'établissement ainsi que des soins et services qui y sont dispensés. Ce rôle s'actualise par l'intégration des six volets de la mission universitaire (enseignement, recherche, transfert des connaissances, évaluation des technologies et des modes d'intervention (ETMI), pratiques de pointe et rayonnement) tant au niveau des activités cliniques qu'administratives. Nous considérons également la télésanté comme le 7^e volet de la mission universitaire étant un soutien clinique et une modalité de transfert de connaissances et d'enseignement soutenant le développement et la mise en place de pratiques innovantes. Par ailleurs, cette contribution repose sur de solides collaborations avec différents partenaires, dont l'Université de Sherbrooke.

Par le développement d'une culture d'organisation apprenante, dans une perspective d'évolution des savoirs, d'amélioration des pratiques et de soutien à la prise de décision, la mission universitaire est en appui au déploiement et à la progression des activités de l'ensemble des trajectoires de soins et services de notre CIUSSS-CHU.

Quelques faits saillants :

Ce fut une année dynamique en recherche avec 155 nouveaux projets impliquant nos usagers, nos employés et nos gestionnaires et plus de 350 ententes de recherche et de partenariats qui ont été conclues. De plus, nos infrastructures de recherche se sont démarquées par l'octroi de subventions, de projets ou de reconnaissances majeures, par exemple :

- Pour le CdRV : FRQ-Plateforme Vieillissement-cohorte 1,5 M \$, FRQ-Plateforme Vieillissement-living lab 900 000 \$ (V. Provencher) et IRSC-Métabolisme des acides gras 864 000 \$ (M. Plourde);
- Pour le CRCHUS : obtention d'une note globale de 89,4 % par le FRQS au processus de renouvellement de la désignation de centre;
- Pour l'IUPLSSS : bonification de 400 000 \$ de sa subvention de fonctionnement.

Quant à la désignation d'établissement IUPLSSS, notons la contribution à plus d'une quinzaine de projets d'envergure à travers le RSSS, dont l'élaboration d'un cadre de référence sur les soins et services en première ligne.

Le centre de coordination de la télésanté (CCT) a accompagné dix directions dans la mise sur pied d'activités de soins et services virtuels. Ce sont des centaines d'usagers qui ont accédé aux télésoins à domicile sur les maladies pulmonaires obstructives chroniques, à la téléassistance en soin de plaies ainsi qu'à la téléadaptation. De plus, le ministère a confié au CCT du CIUSSS de l'Estrie - CHUS le mandat du déploiement provincial de la télésanté en oncologie.

Enfin, l'unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé a publié sept rapports et dix-sept articles en plus de réaliser seize présentations à des événements locaux et internationaux. Ces réalisations ont pu bénéficier de la participation de douze stagiaires.

Le Réseau universitaires intégrés de santé et services sociaux (RUISSS) de l'Université de Sherbrooke

Intégrant maintenant le secteur des services sociaux, le RUISSS, formé à la base de la Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) de l'Université de Sherbrooke et du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, dessert au-delà d'un million de personnes. Son territoire clinique couvre la région touristique de l'Estrie, une partie de la Montérégie et le Centre-du-Québec. Le RUISSS de l'Université de Sherbrooke déploie ses missions de formation et de recherche à travers l'Estrie, la Montérégie, le Centre-du-Québec, et ce, jusqu'au Saguenay-Lac-Saint-Jean.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES

CONSEIL D'ADMINISTRATION (C.A.)

COMPOSITION

- Jacques Fortier, président – compétence en gouvernance et éthique
- Diane Gingras, vice-présidente – expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux
- Lane Chamberland, membre indépendant – compétence en gestion des risques, finance et comptabilité
- Serge Therrien, membre indépendant – compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines
- Gérald R. Cutting, membre indépendant – compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité
- Rachel Hunting, membre indépendant – expertise dans les organismes communautaires
- Isabelle Boucher, membre indépendant – expertise en jeunesse
- Michel Kinumbe Elungu, membre indépendant – expertise en réadaptation
- André Forest, membre indépendant – expertise en santé mentale
- Denis Roussel, membre indépendant – expertise en réadaptation
- Stéphane Tremblay, membre nommé – PDG du CIUSSS de l'Estrie – CHUS
- Patricia Bourgault, membre nommé – universités affiliées
- Jocelyne Faucher, membre nommé – universités affiliées
- Caroline Germain, membre désigné – conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
- Marie-Claude Rodrigue, membre désigné – conseil des infirmières et infirmiers (CII)
- Alain Thivierge, membre désigné – conseil multidisciplinaire (CMULTI)
- Raymonde Vaillancourt, membre désigné – département régional de médecine générale (DRMG)
- Patrice Lamarre, membre désigné – comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)
- Jaime Borja, membre désigné – comité des usagers (CU)
- Marie-Paule Gendron, membre observateur – fondation

FAITS SAILLANTS

- Assurer une vigie sur les activités des secteurs de la jeunesse, dont le plan d'action pour les jeunes et leurs familles et la Charte estrienne "Voir grand pour nos enfants";
- Adopter un cadre de relation et de reconnaissance de l'action communautaire pour répondre aux différents enjeux stratégiques en ce qui a trait aux collaborations avec le milieu communautaire;
- Prendre part à la visite d'Agrément Canada au mois d'octobre 2019 et la démarche qualité liée aux normes de gouvernance qui a été jugée un franc succès;
- Prendre connaissance des résultats des sondages sur la satisfaction des usagers lors des assemblées du conseil d'administration.

Le code d'éthique et de déontologie à l'intention des administrateurs

Pour prendre connaissance du Code d'éthique et de déontologie à l'intention des administrateurs, bien vouloir consulter de l'annexe A qui se trouve à la fin du présent rapport. À noter que pour l'année de référence 2019-2020, aucun cas disciplinaire ou manquement n'a été constaté par les instances durant l'année de référence.

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ (CVQ)

COMPOSITION

- André Forest, président
- Stéphane Tremblay
- Jaime Borja
- Denis Beaulieu
- Jocelyne Faucher
- Robin Marie Coleman

FAITS SAILLANTS

- Réviser le mode de fonctionnement du comité dans le but d'accroître son efficacité et son efficience afin de lui permettre d'exercer pleinement son rôle envers le C.A., tel que le prévoit la LSSSS;
- Assurer l'intégration des améliorations dans le processus de gestion intégrée des risques, en collaboration avec le comité de vérification et des suivis budgétaires;
- Recevoir et analyser les rapports annuels et les recommandations de comités de la structure de gouverne et garder une vigie sur la démarche d'Agrément, la conformité à la loi Vanessa et le déploiement de l'ACUP;
- Assurer une vigie sur l'avancement du plan d'action pour les jeunes et leurs familles.

COMITÉ DE VÉRIFICATION ET DE SUIVI BUDGÉTAIRE (CVSB)

COMPOSITION

- Lane Chamberland, président
- Jacques Fortier
- Gerald R. Cutting
- Jaime Borja
- Serge Therrien
- Stéphane Tremblay
- Patrice Lamarre

FAITS SAILLANTS

- Adopter et recommander le budget 2019-2020 et suivre le dossier pour assurer l'atteinte de l'équilibre budgétaire;
- Valider les résultats financiers pour l'année financière 2019-2020, incluant les nouvelles orientations budgétaires pour l'année 2020-2021;
- Suivre l'avancement des travaux de la gestion intégrée des risques, incluant le nouvel inventaire des risques et les prochaines étapes de reddition de compte;
- Analyser divers dossiers ayant un impact financier (projets immobiliers, politiques et directives, transformation du modèle d'hébergement en RNI-RI, les appels d'offres et les contrats).

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE (CGÉ)

COMPOSITION

- Rachel Hunting, présidente
- Gerald Cutting
- André Forest
- Diane Gingras
- Jocelyne Faucher
- Jacques Fortier
- Stéphane Tremblay

FAITS SAILLANTS

- Suivre l'état d'avancement du plan d'amélioration de la qualité lié aux normes de gouvernance d'Agrément Canada, le comité a été jugé conforme à 100 %;
- Réviser la Procédure d'autoévaluation du conseil d'administration et de ses comités en octobre 2019, qui a ensuite été adoptée au conseil d'administration;
- Rédiger et adopter le Plan de formation 2019-2020 pour les membres du conseil d'administration;
- Réviser et adopter le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration en février 2020.

COMITÉ SUR LA MISSION UNIVERSITAIRE (CMU)

COMPOSITION

- Jocelyne Faucher, présidente
- Robin Marie Coleman
- Stéphanie McMahon
- Patrice Lamarre
- Caroline Germain
- Alain Thivierge
- Josée Paquette
- Poste vacant (P. Bourgault)
- Jacques Fortier
- Stéphane Tremblay
- Dominique Dorion
- William Fraser

FAITS SAILLANTS

- Analyser le contrat d'affiliation entre l'Université de Sherbrooke et le CIUSSS de l'Estrie - CHUS afin de le recommander au C.A. pour adoption, signature et transmission au MSSS;
- Analyser et recommander l'adoption de la nouvelle Politique de la recherche et son plan d'action;
- Recommander la nomination de 17 nouveaux chercheurs au CRCHUS, deux nouveaux chercheurs au CdRV et sept nouveaux chercheurs à l'IUPLSSS;
- Recommander la composition des comités de sélection pour l'affichage des postes de direction scientifique à l'IUPLSSS, CRCHUS et CdRV.

COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES ET DES COMMUNICATIONS

COMPOSITION

- Diane Gingras, présidente
- Josée Paquette
- Stéphane Tremblay
- Serge Therrien
- Michel Kinumbe Elungu
- Jacques Fortier
- Rachel Hunting

FAITS SAILLANTS

- Identifier les enjeux et avancer les travaux pour la santé globale des ressources humaines (bilan du pilotage organisationnel);
- Identifier les enjeux et déposer les données de gestion de main-d'œuvre;
- Concevoir le tableau de bord des communications avec les médias (type de sorties positives, neutres, négatives, proactives ou réactives);
- Planifier la relève (cadres intermédiaires et supérieurs), les ententes locales et les relations patronales syndicales.

COMITÉ DES MESURES DISCIPLINAIRES

COMPOSITION

- Diane Gingras, présidente
- Isabelle Boucher
- Poste vacant
- Raymonde Vaillancourt
- Gerald Cutting

FAITS SAILLANTS

- Traiter les dossiers, deux au total, pendant l'année financière;
- Analyser et traiter les dossiers disciplinaires ainsi que faire des recommandations à l'établissement, dans un objectif d'amélioration continue de la qualité;
- Réviser la Charte du comité, afin de revoir la composition et le fonctionnement du comité.

COMITÉ SUR LES SOINS ET SERVICES

COMPOSITION

- Patricia Bourgault, présidente
- André Forest
- Marie-Claude Rodrigue
- Michel Kinumbe Elungu
- Patrice Lamarre
- Alain Thivierge
- Caroline Germain
- Raymonde Vaillancourt
- Jacques Fortier
- Stéphane Tremblay
- Rémi Brassard
- Karine Duchaineau
- Dominique Dorion
- Marie-Paule Gendron

FAITS SAILLANTS

- Assurer la vigie des priorités organisationnelles visant l'accès et la qualité des soins et services offerts à la population (chirurgie, imagerie médicale, services psychosociaux, urgence, etc.);
- Assurer une vigie dans le changement du réseau local de service de desserte pour la clientèle de Bromont et dans la préparation de la prise en charge de certains services de la Montérégie;
- Donner son appui à divers dossiers notamment celui visant le développement du cadre de reconnaissance et de financement des organismes communautaires.

COMITÉ DE RÉVISION

COMPOSITION

- Gérald R. Cutting, président
- Dre Christine Boudrias
- Dr Charles Arseneault
- Dr Guy Waddell
- Mme Diane Gingras

FAITS SAILLANTS

- Analyser et traiter un total de dix dossiers comparativement à treize dossiers pour l'année antérieure;
- Analyser les dossiers réalisés par les membres du comité de révision ce qui a donné lieu aux décisions suivantes :
 - Conclusions du médecin examinateur endossées : cinq dossiers;
 - Demande de complément : un dossier;
 - Plaintes rejetées sur examen sommaire par le médecin examinateur : deux dossiers.
- Analyser les dossiers avec rigueur pour une amélioration continue de la qualité des soins et services.

COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE ET ORGANISATIONNELLE

COMPOSITION

- Marie-Noëlle Charbonneau
- Anne Tremblay
- André Godin
- Céline Jodar
- Jean-François Therrien
- Jessika Roy-Desruisseaux
- Claude Moreau
- Perrine Granger
- Marc-André Hébert
- Anne-Marie Boire-Lavigne
- Caroline Van Rossum
- Isabelle Bourdeau
- Lyne Morissette
- Nathalie Guesneau
- Patrick Poulin
- Sophie Brisson

FAITS SAILLANTS

- Recevoir 200 demandes, ce qui constitue une hausse de 38 % par rapport à l'année précédente;
- Diffuser deux avis et repères éthiques portant respectivement sur la prestation de soins et services en contexte d'autonégligence et sur les cadeaux d'usagers ou de proches;

FAITS SAILLANTS (SUITE)

- Amorcer le développement d'un plan de formation pour l'ensemble de l'établissement avec la contribution de stagiaires en psychologie organisationnelle de l'Université de Sherbrooke;
- Ajuster, dans le contexte de la pandémie, le fonctionnement et les activités du CECO ainsi qu'une mise en lumière d'opportunités pour une meilleure intégration de l'éthique dans l'organisation.

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

COMPOSITION

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| ▪ Josée Dion, présidente | ▪ Maryse Berthiaume |
| ▪ Caroline Bernard | ▪ Sylvie Bilodeau |
| ▪ Jean Delisle | ▪ Édith Grégoire |
| ▪ Serge Maltais | ▪ Isabelle Pelchat |
| ▪ Hamid Remahi | ▪ Nathalie Sheehan |
| ▪ Isabelle Tremblay | ▪ Élisabeth Turgeon |
| ▪ Sylvie Godbout | ▪ Peter Moliner |
| ▪ Marie-Josée Donahue | ▪ Claude Moreau |
| ▪ Émilie Audet | ▪ Josée Patry |
| ▪ Stéphane Tremblay | ▪ Nathalie Léonard |
| ▪ Catherine Barbeau | ▪ Nancy Fournier |
| ▪ Véronique Leblanc | ▪ Stéphane Mathieu |
| ▪ Geneviève Pinard | |

FAITS SAILLANTS

- Tenir cinq rencontres, incluant une formation liée au mandat et au fonctionnement d'un comité de gestion des risques compte tenu du renouvellement de ses membres;
- Recommander au comité de vigilance et de la qualité l'adoption de la politique et la procédure sur la gestion des événements, ainsi que le règlement et la procédure sur la divulgation, adoptés par le C.A. en 2019;
- Présenter et analyser les sept événements sentinelles par un comité ad hoc du CPSSSU. Les membres ont appuyé le cheminement de certaines problématiques identifiées;
- Prendre connaissance et appuyer le cheminement auprès des instances concernées de différents enjeux liés à la sécurité des usagers.

COMITÉ AVISEUR LANGUE ANGLAISE

COMPOSITION

- | | |
|-------------------------------|-------------------------|
| ▪ Michael Rochette, président | ▪ Norma Husk |
| ▪ Émmanuelle Gaudet | ▪ Sylvie Gilbert Fowles |
| ▪ Brendalee Piironen | ▪ Claude Charpentier |
| ▪ Jayme Marrotte | ▪ Andrea Eastman |
| ▪ Robin-Marie Coleman | ▪ Emilie Kahr |

FAITS SAILLANTS

- Adopter les règles de fonctionnement du comité aviseur régional d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise par le C.A. en avril 2019;
- Recruter des membres et mise en place du comité, en respect des règles de fonctionnement, en juin 2019;
- Former le comité et planifier la première rencontre en juillet ainsi que quatre rencontres officielles durant l'année. Une cinquième rencontre a été annulée en raison de la pandémie COVID-19;
- Déposer un avis de recommandation pour le Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise au CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

COMITÉ D'ÉTHIQUE À LA RECHERCHE

COMPOSITION

- Annabelle Cumyn, présidente
- Marie-Josée April
- Louise Bernier
- Roxanne Bournival
- Michelle Busseau
- Jean-Daniel Carrier
- Vanessa Chenel
- Aboubacar Cissé
- Yvan Cloutier
- Stéphanie Corbeil
- Benoît Cossette
- Anne-Marie Côté
- Jean Descôteaux
- Sylvie Desrosiers
- Thibaud Écarot
- Sylvain Giroux
- Nathalie Grégoire
- Denise Lauzière
- Julie Leblond
- Frédéric Mallette
- Vincent Masse
- Julie Ménard
- Johanne Pruneau-Drapeau
- Julie Quenneville
- Arzemia Spahic-Blazevic
- Frédéric Dallaire
- Kim Désilets

FAITS SAILLANTS

- Évaluer 203 nouveaux projets dont 44 projets multicentriques à titre de CÉR évaluateur. Nombre de suivi des projets en cours : 2 046 demandes;
- Constituer un groupe de travail incluant des partenaires de l'Université de Sherbrooke pour développer un guide sur la sécurité de l'information pour les chercheurs et leurs équipes (travail en cours);
- Élaborer la 5e Table ronde en éthique de la recherche portant sur la gestion des données de recherche et la sécurité des données;
- Participer à de nombreux comités externes dont le Groupe consultatif interagences en éthique de la recherche (GER), des IRSC, CRSNG et CRSH et un groupe de travail des FRQ.

COMITÉ DES USAGERS

COMPOSITION

- Normand Bernier, président sortant
- Nicole Chiasson
- Louyse Philibert
- Monique Duguat
- Jaime Borja
- Mélanie Laliberté
- Claude Moreau
- Carolle Ferland
- Michèle Salvail
- Michel Lafrance
- Charlotte Lavoie
- Nicole Therrien
- Guy Désilets
- Juliette Dupuis

FAITS SAILLANTS

- Produire du nouveau matériel pour faire la promotion des droits : vidéo fournie sur clé USB et distribuée aux gestionnaires; brochure "La trousse de l'utilisateur bien informé"; capsules diffusées sur Radio-Canada TV;
- Organiser quatre conférences offertes au grand public dans trois RLS, accompagnées d'une campagne publicitaire;
- Tenir un grand rassemblement des membres des comités des usagers et de résidents : identification d'enjeux prioritaires et problématiques, tenue de rencontres avec des gestionnaires;
- Créer et diffuser, dans quatre RLS, un atelier de formation offert aux membres des comités, sur la défense des droits et l'amélioration des services, en partenariat CUCI - CPQS - CAAP-Estrie.

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

COMPOSITION

- Valérie Bédard, présidente
- Bernard Gélinas
- Martine Robinson
- Brigitte Bolduc
- Benoît Carignan
- Marie-Pierre Dion
- Marie-Josée Hotte
- Colette Bellavance
- Stéphane Tremblay
- Patrice Perron (sans droit de vote)
- Stéphanie Bourgeois

FAITS SAILLANTS

- Arriver de Dr Benoît Carignan pour le RLS de Memphrémagog et de Dre Stéphanie Bourgeois pour le RLS de la Haute-Yamaska;
- Développer un outil de communication efficace avec nos membres sous forme de l'INFO CMDP-DRMG-DSP;
- Initier des rencontres des conseils professionnels et activités conjointes de promotion de la collaboration interdisciplinaire;
- Maintenir les activités per pandémie et transition informatique : implantations rapides, recommandations cellule de crise/DSP/Ministère via l'INFO, réunions via TEAMS et communication vidéo aux membres.

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

COMPOSITION

- Gabrielle Gagnon, présidente
- Gaétane Boucher
- Jessica Faucher
- Véronic Poulin
- Marie-Claude Jutras
- Isabelle Roy
- Nathalie Schoos
- Stéphane Tremblay
- Sonia Roy
- Céline Jodar
- Patrice Dostie-Pinard
- Jean-Philippe Martin-Palin
- Mélissa Leblanc
- Anne-Marie Grégoire
- Amélie Drolet
- Nathalie Sheehan
- Stéphan Lavoie
- Patricia Tremblay

FAITS SAILLANTS

- Déposer une recommandation au conseil d'administration (CA) pour favoriser la pleine occupation du champ d'exercice du personnel en soins infirmiers;
- Octroi d'une contribution financière supplémentaire au comité hygiène des mains pour l'achat de tablettes électroniques afin d'assurer une vigie et faciliter la compilation des audits cliniques;
- Octroi d'une contribution financière supplémentation à la campagne organisationnelle « Je soutiens ma relève » pour la formation de tuteurs pour la relève en soins infirmiers et pour la distribution d'objets promotionnels;
- Initier une première rencontre entre les conseils professionnels du CIUSSS de l'Estrie - CHUS (CII/CM/CMDP/CSF) afin de favoriser un travail de collaboration inter-conseil;

COMITÉ DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES (CIAA)

COMPOSITION

- Isabelle Roy, présidente
- Danielle Chouinard
- Mélanie Breton
- Vicky Grondin
- Amélie Drolet
- Sonia Bouffard (absente)
- Laïla Foulane
- Stéphane Robidas

FAITS SAILLANTS

- Participer aux séances d'observation sur le champ d'exercice pour l'activité de l'administration sécuritaire de la médication auprès du personnel en soins infirmiers en collaboration avec la DSI;
- Déposer une recommandation au CECII afin de favoriser l'hygiène des équipements. Celle-ci a été travaillée en collaboration avec le CECII et sera déposée au C.A. au cours de la prochaine année;
- Participer à l'identification des priorités de formation au PDRH pour les infirmières et infirmiers auxiliaires du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Participer à un réseautage avec d'autres membres du CIIA de la province afin d'échanger sur les mandats et les enjeux liés à l'exercice des infirmières et infirmiers auxiliaires.

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

COMPOSITION

- Marie-Andrée Périgny, présidente
- Geneviève Beaujoin
- Anik Dubaere
- Éliane Desjardins
- Manon Desbiens
- Christian Allard
- Mendy Malachy
- Mélanie David
- Kathia Matthews
- Poste vacant
- Stéphane Tremblay
- Karine Duchaineau
- Jean Delisle
- Christian Alexandre Castellano
- Marie-Renée Lambert
- Catherine Marquis

FAITS SAILLANTS

- Contribuer, par notre rôle de vigie en regard à la pratique professionnelle et à la qualité et l'accessibilité des soins et services, à rédiger cinq avis et recommandations auprès du PDG, C.A. et DSM-QEP;
- Favoriser l'implication de plusieurs techniciens et professionnels du "terrain" par la mise sur pied et la coordination de dix projets de comités de pairs et d'un comité interdisciplinaire, liés aux mandats du CM;
- Commenter et bonifier sept documents organisationnels de type politique, procédure, règlement, cadre de référence et directive, suite aux demandes de consultations en provenance de différentes directions;
- Participer à la rédaction d'un mémoire de l'ACMQ sur la CSDEPJ favorisant la contribution des techniciens et professionnels du "terrain" à nommer les enjeux vécus et à proposer des pistes de solutions.

CONSEIL DES SAGES-FEMMES

COMPOSITION

- Chloé Nadeau-Perrier, présidente
- Johanne Royer
- Sonya Tétreault
- Sarah Bergeron
- Mélanie Bergeron-Blais
- Manon Bourgouin
- Amaili Jetté
- Milène Mallette
- Michèle Ouellet
- Annie Pilon
- Sandra Choquet
- Véronique Couture
- Mélanie D'Arcy
- Julie Couture
- Éline Dubois
- Christelle Jacques
- Karine Langlois
- Julie Ouellet
- Julie Pelletier
- Mélisande Rodrigue

FAITS SAILLANTS

- Réviser 36 dossiers par le comité de révision de l'acte;
- Améliorer de façon continue la conformité réglementaire des programmes reconnus (Agrément, Ampro);
- Recevoir l'acceptation de la demande de rehaussement des services par le MSSS, nous permettant de stabiliser les équipes et de faire l'embauche éventuelle de deux nouvelles sages-femmes;
- Recommander un membre à l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) et nomination de Mme Julie Pelletier à la présidence de l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ).

LES FAITS

SAILLANTS

Plan annuel 2019-2020

Le 3 avril 2019, le C.A. a adopté le nouveau plan annuel de l'établissement, qui comporte sept grands objectifs et seize indicateurs stratégiques. Ce plan a permis de concentrer nos efforts sur un nombre restreint de grandes priorités (grands objectifs) qui ont été identifiées en fonction des besoins des usagers et de la population, des priorités du MSSS et des enjeux organisationnels. Ces objectifs ont été déclinés dans les directions et les efforts de chaque équipe qui y contribue a permis d'avoir un impact sur l'amélioration de nos opérations et la poursuite du développement de notre organisation dans la dernière année.



La santé globale des ressources humaines, une priorité de tous les instants

Afin de mettre de l'avant la santé de nos employés et gestionnaires, différentes modalités ont été déployées dans la dernière année.

Finalisation des ententes entre l'établissement et les partenaires syndicaux

Avec comme objectif l'amélioration constante des conditions de travail du personnel dans un souci d'offrir des soins et services de qualité à la population, l'établissement a poursuivi la conclusion de ses ententes locales avec ses partenaires syndicaux. Ainsi, une entente est intervenue avec le Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) représentant 5 000 membres du personnel paratechnique, des services auxiliaires et des métiers, dont les préposés aux bénéficiaires, les auxiliaires aux services de santé et sociaux, les employés de métiers et de l'entretien ménager.

Une entente a également été conclue avec l'APTS représentant, entre autres, les éducateurs, les travailleurs sociaux, les nutritionnistes et les technologues. Il s'agissait de la quatrième et dernière entente à survenir entre l'établissement et ses partenaires syndicaux par les quelque 3 800 membres de l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux.

À la recherche de nouveaux talents

L'équipe de la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques a poursuivi ses efforts tout au long de l'année afin de recruter de nouveaux talents au sein de notre organisation.

Ainsi, une importante campagne de recrutement dans le cadre de la tournée des MRC, organisée par Priorité-Emploi Estrie, a permis d'être actif sur le terrain et de dénicher de nouvelles recrues tout comme la journée de processus d'embauche en accéléré, simultanément à Granby et Sherbrooke, où plus de 1 000 emplois étaient disponibles dans tous les secteurs d'activités.

Différentes stratégies ont également été mise en œuvre afin de contrer la pénurie de main-d'œuvre qui s'accroît pendant la période estivale, entre autres, avec l'embauche de 700 étudiants, la réembauche de 34 retraités, l'intégration de travailleurs ayant des titres d'emploi alternatifs pour soutenir les équipes dont 100 aides de service, la réaffectation des travailleuses enceintes et la bonification des conditions de travail.

Prévention et présence au travail

Beaucoup de travaux ont été faits afin de soutenir adéquatement les employés étant en retour progressif au travail ainsi que ceux en absence ce qui nous a permis d'amorcer un grand virage sur notre taux d'assurance salaire. L'embauche de ressources en prévention, un programme de développement de compétences des gestionnaires bonifié ainsi qu'une tournée des directions pour partager les bonnes pratiques de gestion de la présence au travail ont également été mis de l'avant.

Présence accrue des gestionnaires au sein des installations

L'équipe de la Direction générale, ainsi que l'ensemble des cadres supérieurs de l'établissement, a poursuivi la tournée de tous les réseaux locaux de services afin de prendre le pouls des équipes. Pour ce faire, les rencontres de travail se déroulent dans les différentes installations du territoire. Ainsi, des visites et des rencontres d'équipe ont lieu permettant d'entendre les préoccupations et les bons coups. La qualité des échanges est indéniable et permet de poursuivre notre démarche d'amélioration continue pour nos usagers et notre personnel.

Notre personnel, notre richesse

Afin de souligner l'apport exceptionnel de notre personnel, l'établissement met en lumière ceux-ci lors de deux grands événements :

- Soirée soulignant les 20 ans de service et les nouveaux retraités :
Afin de souligner le personnel cumulant 20 ans de service ainsi que les retraités de la dernière année, l'établissement se fait un devoir de faire rayonner ses personnes exceptionnelles qui œuvrent quotidiennement à l'amélioration et la qualité des soins et services. Ainsi, le temps d'une soirée riche en émotions et en surprises, l'accent est mis sur ses personnes extraordinaires qui composent notre COMMUNAUTÉ.
- Gala d'excellence du CIUSSS de l'Estrie – CHUS :
L'événement, qui se tient tous les deux ans, permet de rendre hommage au savoir-faire du personnel, des médecins et chercheurs. Ainsi, ce sont 18 projets exceptionnels qui ont été soulignés dans six catégories, trois mentions spéciales qui incarnent les valeurs d'humanisme, d'engagement et d'adaptabilité de l'établissement ainsi que deux prix spéciaux du conseil d'administration.

L'amélioration de nos installations

Toujours dans l'optique d'avoir des milieux de vie mieux adaptés pour la clientèle et le personnel œuvrant à leur côté, différentes améliorations d'installations ont été amorcées dans la dernière année :

- Lancement des travaux pour le nouveau CHSLD de Granby :
Ce nouveau bâtiment qui comprendra 176 lits viendra répondre à l'important besoin de places en hébergement dans le réseau local de services de la Haute-Yamaska
- Agrandissement du CRCHUS :
Fêtant son 40e anniversaire en 2020, le CRCHUS a entamé des travaux afin d'aménager un nouvel espace pour accueillir un nouvel appareil de tomographie par émissions de positrons couplé à un tomodensitomètre. Cela permettra de répondre à un besoin croissant pour des projets de recherche nécessitant ce type d'équipement.
- Agrandissement de l'unité des soins intensifs de l'Hôpital de Granby :
Ces nouveaux locaux offriront des espaces plus fonctionnels et sécuritaires pour les usagers et le personnel ce qui va permettre de poursuivre l'amélioration des soins et services de proximité et régionaux.
- Centre mère-enfant et la nouvelle urgence de l'installation de l'Hôpital Fleurimont :
Tout au long de l'année, les travaux se sont poursuivis pour actualiser cet important chantier qui permettra, à terme, d'offrir des espaces agréables et chaleureux pour les enfants, les familles et les personnes devant se rendre à l'urgence.

Le déploiement du dossier santé numérique | Un projet d'envergure

Le déploiement du dossier santé numérique Ariane, s'inscrit dans le cadre de notre plan d'information et vise à réduire la précarité de plusieurs systèmes en plus de soutenir les équipes cliniques en facilitant la fluidité de l'information. L'actualisation de ce projet se réalisera dans les territoires de la Haute-Yamaska et de la Pommeraie. Gestionnaires, professionnels et médecins mettent tout en œuvre afin de s'assurer du bon déroulement de ce projet.

L'Agrément

Du 20 au 25 octobre 2019, l'établissement a reçu la visite d'Agrément Canada. L'agrément, obligatoire selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux, porte sur l'amélioration de la qualité, au quotidien, et implique tous les membres de notre communauté. Il fait partie de la démarche qualité, au même titre que la gestion des risques, l'approche centrée sur l'utilisateur et les proches, la gestion des plaintes, les visites ministérielles, etc. Lors de cette semaine, les huit visiteurs ont pris part à des visites au sein de plus de 25 installations, et ce, à travers nos neuf réseaux locaux de services. Ils ont observé et échangé avec le personnel et les médecins dans leur milieu de travail ainsi qu'avec les usagers et leurs proches. Les normes et programmes-services évalués se déclinaient comme suit :

- Normes stratégiques : Gouvernance et leadership;
- Normes transversales : Gestion des médicaments, prévention et contrôle des infections et retraitement des dispositifs médicaux réutilisables;
- Programmes-services des directions de santé publique, programme jeunesse, protection de la jeunesse, santé mentale et dépendance.

Au terme de l'exercice, c'est avec brio que notre établissement a relevé le défi de cette première étape du cycle d'agrément qui est d'une durée de 5 ans. L'engagement et les efforts constants des employés, médecins, usagers, bénévoles et gestionnaires ont permis d'atteindre un taux de conformité global de 95,6 %. Nous poursuivons donc nos efforts pour les prochaines visites annuelles permettant ainsi de couvrir l'ensemble des secteurs de l'établissement.

L'amélioration de l'accès en chirurgie

La Direction des services professionnels, le département de chirurgie, le département d'obstétrique/gynécologie ainsi que le département d'anesthésiologie font équipe en travaillant ensemble sur un méga chantier pour améliorer l'accès en chirurgie. Ce dernier se décline en quatorze lots de travail qui s'échelonnent jusqu'à la fin 2020. Tous les acteurs impliqués travaillent avec un objectif commun : que l'usager soit opéré dans les délais cliniques prescrits, et ce, tout en maintenant la qualité et la sécurité des soins ainsi que le climat de travail. Cet important chantier s'inscrit dans les travaux pour rehausser l'accès en médecine spécialisée, qui comprend aussi l'accès à une première consultation avec un médecin spécialiste. Il s'agit de priorités organisationnelles de notre plan annuel 2019-2020, mais aussi du plan stratégique du MSSS.

Les services de protection de l'enfance, une priorité absolue

Le malheureux incident du printemps dernier à Granby a bouleversé le Québec et tout particulièrement notre organisation. Depuis, une révision en profondeur de notre fonctionnement a été entreprise afin d'identifier et mettre rapidement en place des améliorations constructives, efficaces et à long terme pour les jeunes et leurs familles, mais aussi pour l'ensemble du personnel et des partenaires constituant le filet de protection social des enfants. Ainsi, plusieurs pas ont déjà été franchis dans le cadre du déploiement de notre plan d'action jeunesse comportant quatre objectifs principaux :

- Assurer la protection de tous les enfants;
- Contrôler les listes d'attente dans les services de protection et les services de proximité;
- Soutenir les équipes et les gestionnaires;
- Augmenter l'espace clinique et optimiser le temps de service direct auprès des enfants et des familles en services de proximité et en protection de la jeunesse.

En complément, des expertises externes, complémentaires à la nôtre, nous accompagnent dans la gouvernance du parcours jeunesse et dans le déploiement des contrôles qualité.

Lors du passage à Sherbrooke de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse (Commission Laurent), nous avons présenté les grandes lignes de notre mémoire s'intitulant « Pour que la protection des enfants devienne l'affaire de tous ». Ainsi, notre expertise à l'interne, la collaboration d'un expert-conseil stratégique, le savoir-faire des équipes ainsi que l'engagement profond de toutes les parties prenantes, nous rendent fiers du travail accompli jusqu'à maintenant et confiants dans l'avenir pour assurer des soins et services de qualité aux jeunes et leur famille.

L'arrivée de la pandémie COVID-19

En terminant, l'année 2019-2020 s'est conclue avec l'arrivée de la pandémie COVID-19. Dès l'annonce des mesures de prévention par le MSSS, l'ensemble du personnel a fait preuve d'un engagement sans borne pour faire face à cette situation hors du commun. L'effort collectif déployé a permis de rapidement mettre en place les mesures nécessaires afin de répondre aux besoins des usagers, et ce, dans un contexte de soins et services sécuritaires. Les prochains mois seront bien sûr exigeants afin de contenir la pandémie, mais nous sommes confiants, qu'ENSEMBLE, nous pourrions relever ce défi.



2

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

CHAPITRE III :

ATTENTES SPÉCIFIQUES

	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
Santé publique				
1.1	Implanter, d'ici le 31 mars 2020, le Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche dans tous les CHSLD publics et privés conventionnés de la province de Québec.	Tout d'abord, les CISSS et 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.	Réalisée	
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 PDG s'assurent que les DSPublique 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 DSPublique 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 DSPublique 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 DSPublique participent aux travaux des CAR et d'autres instances pertinentes. Il s'agit aussi d'une condition facilitante pour la mise en oeuvre du PNSP et de la PGPS.	Réalisée	Attendue pour le 7 août 2020.
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 oeuvre) 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, des principaux partenaires engagés. Il sera ainsi possible d'apprécier l'intensité et l'ampleur des activités déployées ainsi que des retombées observées.	Réalisée	Attendue pour le 28 août 2020. Réf. : Bulletin Volume 16 no 19
Programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés				
2.1	Bonnes pratiques des établissements pour la prévention et la réduction des usagers en NSA	Les établissements fusionnés et non fusionnés ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent compléter un état de situation de l'implantation des bonnes pratiques pour prévenir et résoudre le phénomène des usagers en niveau de soins alternatif.	N/A	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 2e soin d'hygiène complet par semaine, est demandé aux établissements.	N/A	Cette attente a été retirée par le MSSS.

	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
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.	Réalisée	Attendue au 1 ^{er} septembre 2020. Réf. : Bulletin Volume 16 no 8
2.4	Plan d'action TSA (2017-2022)	Les établissements doivent compléter l'outil de suivi du plan d'action TSA 2017-2022.	Réalisée	
2.5	Déploiement du programme Agir tôt	Un rapport de mise en œuvre est demandé pour le 15 janvier 2020 aux établissements.	Réalisée	
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 DP-DI-TSA.	Réalisée	
2.7	Suivi de l'ajout d'effectifs en CHSLD	Via un formulaire GESTRED, les établissements visés doivent rendre compte de l'ajout d'effectifs dans les équipes interdisciplinaires en CHSLD.	Réalisée	
Affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques				
4.1	Consolider l'organisation des soins et des services offerts aux personnes atteintes d'Alzheimer (et autres troubles neurocognitifs) et à leurs proches	Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CISSS et CIUSSS devra être produit au 31 mars 2020. Le gabarit fourni par le MSSS ayant servi aux redditions de compte des années précédentes devra être utilisé à cette fin.	Réalisée	Attendue pour le 14 septembre 2020 Réf. : Volume 16 no 8
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	Autoévaluation 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.	N/A	Cette attente a été retirée par le MSSS.
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 3 actions sera fourni aux établissements par le MSSS pour complétion et retour en périodes 6 et 13.	Réalisée	Attendue au 17 juillet 2020 Réf. : Bulletin Volume 16 no 8
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)	Autoévaluation au 31 mars 2020, du plan d'action déposé le 22 juin 2017, composée 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.	Réalisée	

	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	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	<p>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 %.</p> <p>Le calcul de l'IVP est basé sur la valeur résiduelle des travaux de maintien ce qui implique la mise à jour systématique des listes de besoins. Pour ce faire, l'établissement doit absolument faire les liaisons requises entre les projets du PCFI et les travaux des listes de besoins constituant ces projets. Le MSSS vise la résorption définitive du déficit de maintien des bâtiments. Conséquemment, pour tous les bâtiments dont la cible de RDM est de 100 % au 31 mars 2020, la valeur des travaux de maintien à réaliser doit se traduire par un IVP nettement au deçà du seuil d'état établi au terme du cycle de cinq ans suivant l'inspection en raison du vieillissement continu des bâtiments.</p>	Réalisée	
Coordination, planification, performance et qualité				
8.1	Sécurité civile	<p>Consolider les mécanismes de base en sécurité civile de façon à ce que l'établissement puisse assumer son rôle dans le déploiement de la mission Santé du PNSC. À cet effet, l'établissement doit:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 	Réalisée	Attendue au 14 septembre 2020 Réf. : Bulletin Volume 16 no 15
8.2	Gestion des risques en sécurité civile - Santé et Services sociaux	Afin d'être conforme à l'attente, l'établissement doit poursuivre sa démarche de gestion des risques en sécurité civile (GRSC) et traiter au minimum un risque identifié comme prioritaire.	Réalisée	Attendue au 14 septembre 2020 Réf. : Bulletin Volume 16 no 15
8.3	Plan de continuité des activités – Santé et Services sociaux	<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 	Réalisée (Transmission n° 1 de 2)	La transmission n° 2 est reportée au 14 septembre 2020. Réf. : Bulletin Volume 16 no 15
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 C.A. et ensuite transmis par courriel à l'adresse : « ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca » ainsi qu'au Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise, à l'attention de monsieur Iannick Martin « iannick.martin@msss.gouv.qc.ca ».	Réalisée	

	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
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 à l'adresse «ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca» ainsi qu'au Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise, à l'attention de monsieur Iannick Martin «iannick.martin@msss.gouv.qc.ca».	Réalisée	
Technologie 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 ».	Réalisée	
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. <ol style="list-style-type: none"> 1. Maintenir à jour l'inventaire de l'ensemble des actifs informationnels; 2. Procéder à des tests de vulnérabilités; 3. Gérer efficacement les menaces; 4. Mener une analyse des risques de sécurité de l'information; 5. Gérer sainement la sauvegarde et la restauration des données. 	Réalisée	

CHAPITRE IV :

ENGAGEMENTS ANNUELS

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/CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire	76	70	99,5
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	86,4	90	90,2
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de séro groupe C dans les délais	66	85	70,9
Plan stratégique 15-20 1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	1 516	1 115	1 793
1.01.30-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais	52	75	55,3
1.01.32-EG2 Proportion des élèves de 4e année du primaire adéquatement vaccinés contre l'hépatite B selon le calendrier de vaccination du protocole d'immunisation du Québec	88,3	90	17,7
<p>1.01.13.01-EG2 : Engagement atteint</p> <p>L'engagement était de 70 et nous avons atteint 99,5 à la P13. Nous avons donc dépassé notre engagement de cette année et c'est aussi la meilleure performance depuis les quatre dernières années.</p> <p>Ceci peut s'expliquer par les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le changement de définition de l'indicateur a permis d'inclure des écoles qui n'étaient pas identifiées auparavant; • La direction de la santé publique a continué les rencontres régionales « École en santé » avec les accompagnateurs des deux réseaux (de la santé et de l'éducation); • La direction de la santé publique a mis sur pied un mécanisme de concertation entre les gestionnaires des services de proximité et les gestionnaires des cinq commissions scolaires afin de discuter des dossiers de collaboration; • L'arrivée des ateliers sur l'éducation à la sexualité et le déploiement de l'intervention positive. <p>1.01.27-EG2 : Engagement atteint</p> <p>Un « plan d'action pour l'amélioration de l'offre de service en vaccination 0-2 ans 2019-2020 pour les neuf RLS – Lot 3 du projet d'amélioration des couvertures vaccinales des 0-2 ans en Estrie » a été développé par la direction de santé publique en collaboration avec la direction du programme jeunesse du CIUSSS de l'Estrie – CHUS responsable de la vaccination des 0-2 ans hors Sherbrooke. Ce plan, fondé sur les données probantes (INSPQ), est mis en œuvre actuellement.</p> <p>1.01.28-EG2 : Engagement non atteint</p> <p>Un projet d'envergure d'amélioration des couvertures vaccinales des enfants a débuté au cours de l'hiver 2018-2019 et se poursuit. La direction de la santé publique est co-porteuse de ce projet avec la direction du programme jeunesse.</p> <p>1.01.29-PS : Engagement atteint</p> <p>Notre engagement était de 1 115 et nous avons eu un résultat de 1 793 pour l'année 2019-2020. L'augmentation s'explique par le fait que nous avons fait plusieurs dépistages de masse en cours d'année dans les écoles secondaires, les écoles aux adultes et les cégeps de la région. Ces dépistages sont réalisés par les infirmières scolaires, les cliniques jeunesse, le Cégep de Sherbrooke, le Granit et IRIS Estrie, avec le support de l'équipe des services spécialisés.</p> <p>1.01.30-EG2 : Engagement non atteint</p> <p>Un projet d'envergure d'amélioration des couvertures vaccinales des enfants a débuté au cours de l'hiver 2018-2019 et se poursuit. La direction de la santé publique est co-porteuse de ce projet avec la direction du programme jeunesse.</p> <p>1.01.32-EG2 : Engagement non atteint</p> <p>L'année 2019-2020 a été marquée par la pandémie de COVID-19, le calendrier vaccinal a dû être revu. Les 1res doses de vaccin contre l'hépatite B ont été administrées à l'automne 2019.</p>			

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
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
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
Plan stratégique 15-20 1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	75	80	77,8
1.01.26 PS : Engagement non-atteint Un plan d'action impliquant davantage les chefs de soins et services sera mis en place pour le système d'audit afin d'augmenter le sentiment d'imputabilité de ces derniers sur l'indicateur.			
Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Services généraux – Activités cliniques et d'aide			
1.02.07-EG2 Pourcentage de réfugiés ayant bénéficié de l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique dans un délai de 30 jours	58,7	85	62,6
1.02.07-EG2 : Engagement non atteint Il y a eu un changement de personnel en cours d'année dans l'une de nos cliniques ce qui a augmenté le délai d'évaluation. Aussi, dans certains cas, la clinique était en mesure de donner les rendez-vous selon les délais prescrits, mais c'est l'assiduité des usagers qui a fait défaut.			
Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Soutien à domicile de longue durée			
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendue à domicile par les différents modes de dispensation de services	NA	904 738	1 083 950
Plan stratégique 15-20 1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	9 398	11 000	10 932
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'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	63,6	90	57,6
1.03.05.01-EG2 : Cet indicateur était suivi régulièrement par le comité de direction (pilotage) ainsi que la direction concernée, l'ensemble des actions des équipes professionnelles et la collecte de données des services achetés ont contribué à l'atteinte de la cible pour cette année. Le présent résultat représente 120 % d'atteinte de l'engagement de la cible.			

1.03.11-PS : Engagement atteint

L'embauche des ressources humaines supplémentaires a contribué à l'atteinte de l'objectif de même que la révision standardisée en continu des charges de cas. Le suivi de l'indicateur par session de pilotage stratégique, tactique et opérationnel est également contributif de l'atteinte du résultat.

1.03.12-PS : Engagement non atteint

De manière à redresser la situation, différentes actions sont en cours de planification et de mises en place telles que :

- Établir une planification des évaluations étalée sur l'année;
- Retravailler le sens clinique auprès des intervenants;
- Établir les délais de complétion des évaluations pour toutes les clientèles;
- L'ensemble de ces actions comporteront des cibles propres à chacun des réseaux locaux de services.

Pour les clientèles DI-TSA et DP, la diminution de la proportion d'évaluations mises à jour et plans d'intervention est plus grande que celle observée auprès de la clientèle DPSAPA.

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	12,5	100	ND
Plan stratégique 15-20 1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	75	100	ND
Plan stratégique 15-20 1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	25	100	ND
Plan stratégique 15-20 1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100	77,80	ND
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	78,7	83,5	77,1
1.03.16-EG2 Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention	82,1	90	85,3
1.03.07.00-PS, 1.03.07.01-PS, 1.03.07.02-PS et 1.03.10-PS : Le MSSS nous a signifié, en avril dernier, de ne pas procéder à la collecte des résultats.			
1.03.13-EG2 : Engagement non atteint Nous remarquons qu'un plus grand nombre d'utilisateurs avec un profil 9 ont été admis en 2019-2020 que durant l'année précédente, pour répondre aux besoins de services médicaux et infirmiers de ces utilisateurs. Le récent développement de places en ressources intermédiaires dans un RLS devrait faciliter l'admission dans ces nouveaux milieux de vie et éviter pour certaines personnes de se retrouver en CHSLD, en l'absence d'hébergement alternatif.			
1.03.16-EG2 : Engagement non atteint Des formations à la complétion du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) sont prévues au cours des prochains mois pour le personnel infirmier des CHSLD qui permettra une amélioration dans certaines installations. Tout comme en 2018-2019, on observe que 20 installations sur 26 ont plus de 90 % des utilisateurs ayant une évaluation à jour. L'absence d'un plan d'intervention chez certains utilisateurs est en lien avec l'arrivée d'utilisateurs quelques semaines avant le 31 mars, et ce, dans le contexte de la COVID-19.			
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	68,44	90	119,20

1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	70,5	90	58,5
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	85,8	90	80,3
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	90	66,2
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	81,2	90	56,1
Plan stratégique 19-23 1.45.45.05 - Proportion des jeunes enfants présentant un retard significatif de développement ayant bénéficié de services des programmes en déficience physique ou en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme dans les délais	96,3	90	96,86
Plan stratégique 15-20 1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail	16,7	65	86,4
Plan stratégique 19-23 1.47 - Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme	NA	950	993

1.05.15-PS : Engagement non atteint

En DI-TSA, nous notons un volume de demandes comparable à celui de l'an dernier, mais nous observons un manque de 22 % des effectifs ce qui a limité grandement la capacité de prise en charge.

La révision de l'offre de service ainsi que les ajouts faits avec le budget de développement pour le plan TSA devraient permettre aussi d'atteindre la cible de 90 jours, tel que prévu dans les engagements.

1.45.04.01-EG2 et 1.45.05.01-EG2 : Engagement non atteint en CLSC

Ces deux indicateurs sont étroitement liés à l'indicateur 1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (SAD).

Le respect du plan d'accès en DI-TSA et en DP a été influencé par une augmentation du nombre de demandes par rapport aux années précédentes. Malgré une amélioration du taux de demandes traitées selon les délais d'accès (DI-TSA : augmentation de 12 % et DP : augmentation de 19 %), le volume de demandes est en hausse et influence donc le résultat final du taux de respect de prise en charge.

Par ailleurs, depuis 2019, la mise en place d'un processus standardisé visant la révision en continu des charges de cas sur l'ensemble du territoire représente une des actions principales initiées avec la DPSAPA. La participation de tous les types de professionnels impliqués dans ce processus devrait permettre un arrimage optimal entre les investissements en ressources humaines et les secteurs où des usagers sont en attente.

1.45.04.05-EG2 : Engagement en CRDP

Tout comme en 2018-2019, les secteurs de la déficience visuelle et auditive ont grandement influencé le résultat final du plan d'accès. Le volume de demandes demeure élevé et le respect du plan d'accès demeure un enjeu en considérant le volume restreint d'intervenants de ces équipes.

1.45.05.05-EG2 : Engagement en CRDI

En DI-TSA, le volume de demandes prises en charge en 2019-2020 a chuté passant de 184 en 2018-2019 à 158 en 2019-2020. Un manque d'effectif (24 %) en services spécialisés a affecté grandement la capacité de prise en charge des nouvelles demandes.

1.45.45.05 : Engagement atteint

La cible de 90 % a légèrement été dépassée soit à 96,86 %. Les efforts sont maintenus afin que l'accessibilité soit homogène sur l'ensemble du territoire.

1.46-PS : Engagement atteint

La cible de 65 % a largement été dépassée soit à 86,4 %, ce qui s'explique par le fait que les données antérieures collectées auprès des milieux scolaires étaient incomplètes. Un correctif a été apporté à ce niveau.

1.47 : Engagement atteint

La cible de 950 places a été dépassée à 993 places, ce qui s'explique par le changement de méthode de calcul des places en CHSLD qui est maintenant plus précise. Ce qui a augmenté la donnée en CHSLD de 39 places en public et de cinq places en privé pour la période 13, pour un total de 44 places supplémentaires.

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	13,49	12,74	14,39

1.06.17-PS : Engagement non atteint

Nombre d'usagers pris en charge par la protection de la jeunesse pour des motifs de négligence :

2018-2019	2019-2020	Écart	
		Nombre usagers	%
1 203	1 294	+ 91	↑7,6 %

Nombre de signalements reçus pour des motifs de négligence :

2018-2019	2019-2020	Écart	
		Nombre usagers	%
2 406	3 447	+ 1 041	↑43.3%

Nombre de dossiers fermés pour motifs de négligence versus le nombre de signalements retenus

Pénurie de main-d'œuvre

Plusieurs réseaux locaux de services sont affectés par la pénurie de main-d'œuvre influençant nos délais d'attente, notre capacité clinique et la portée de nos interventions auprès de nos usagers.

Ce phénomène est présent tant pour la mission CLSC que CPEJ. Le tableau suivant illustre bien que malgré une importante augmentation du nombre de signalements reçus pour des motifs de négligence ainsi que du nombre d'usagers pris en charge par la protection de la jeunesse pour motifs de négligence, le nombre de nouveaux dossiers pris en charge en cours d'année n'a pas fluctué. Qui plus est, l'augmentation de 10,7 % du nombre de dossiers fermés est nettement insuffisante pour pallier aux augmentations mentionnées précédemment.

	2018-2019	2019-2020	Écart	
			Nombre	%
Nouveaux dossiers	341	341	0	0 %
Dossiers fermés	243	269	26	↑10,7 %

Plan d'action jeunesse

Un plan d'action jeunesse a été mis en place afin de consolider les services de protection des enfants. Au sein de ce plan d'action, plusieurs éléments visent des services rendus en négligence. En voici quelques-uns afin d'illustrer les travaux en cours.

- Développer des mécanismes de collaboration entre les directions concernées pour assurer un service de qualité, au bon moment et par les bonnes personnes;
- Éliminer la liste d'attente en première ligne.

Programmation pour situation en contexte de négligence

La consolidation du programme d'intervention en négligence au sein du CIUSSS de l'Estrie – CHUS est toujours une priorité. L'objectif est d'assurer que les activités cliniques réalisées dans le programme ont un impact direct sur les enfants vivant en contexte de négligence. Parmi les travaux réalisés, notons qu'une mise à niveau sera offerte pour les gestionnaires de notre direction et répondante sur le programme d'aide personnelle, familiale et communautaire (PAPFC2), cadre de référence du programme d'intervention en négligence afin que tous aient une compréhension commune des concepts entourant cette approche. Nous souhaitons, par cette action, permettre aux RLS de reprendre les guides de la programmation en négligence sur leur territoire.

Formations/consolidation des acquis

L'année dernière, l'emphase a été mise sur les formations des cartes conceptuelles offertes par Robert Pauzé. Ce sont plus de 350 employés et gestionnaires de la direction du programme jeunesse et de la direction de la protection de la jeunesse qui ont été formés sur ce thème. Une reprise des formations sur la Grille d'Évaluation du Développement de l'enfant (GED) est prévue à l'automne.

Une formation a été offerte aux collaborateurs internes et externes afin de consolider la vision que la protection de l'enfance est l'affaire de tous.

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	93,6	91	90,3
Plan stratégique 15-20 1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	89,7	90	88,6
Plan stratégique 19-23 1.07.07 - Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	NA	3376	3 340
1.07.04-EG2 : Engagement presque atteint <ul style="list-style-type: none"> Main-d'œuvre non remplacée et non disponible; Interruption des évaluations en milieu scolaire et adulte du 13 mars 2020 au 31 mars 2020 dans le contexte de COVID-19. 			
1.07.06-PS : Engagement presque atteint <ul style="list-style-type: none"> Incapacité d'offrir la formation DEBA-DEP ADO à une fréquence requise au cours de l'année par manque de main-d'œuvre qualifiée; L'appréciation de l'évolution des résultats par rapport aux résultats de l'année précédente, lorsque les données sont disponibles. 			
1.07.07 : Engagement presque atteint Difficulté au niveau de la qualité des données puisque les systèmes SIC + et SIC CRD sont distincts. Un chantier de qualité des données est en cours ainsi qu'une tournée des RLS pour bien codifier.			
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	779,4	790	790
Plan stratégique 15-20 1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans les milieux reconnus par le Ministère	243	243	252
1.08.13-PS : Engagement atteint Celui-ci avait été convenu avec le MSSS en lien avec l'absence de liste d'attente en SIV. La cible de 790 places correspond au besoin de notre population puisque nous avons peu ou pas de liste d'attente.			
1.08.14-PS : Engagement atteint Les 252 places correspondent au besoin de notre population puisque nous avons peu ou pas de liste d'attente.			
Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Santé physique - Urgence			
Plan stratégique 19-23 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	12,51	12,0	12,75
Plan stratégique 19-23 1.09.16-PS Délais moyens de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	201	145	205

Plan stratégique 15-20 1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	54,5	75	54,5
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 4 heures	54,3	65	53,4
<p>1.09.01-PS : Engagement presque atteint</p> <p>Les plans de contingence en fonction du taux d'occupation ont été produits et sont appliqués aux urgences.</p> <p>Dans tous les établissements, un suivi rigoureux de la gestion des lits est en place avec un caucus quotidien impliquant tous les partenaires pour trouver des solutions adaptées pour améliorer la fluidité des épisodes de soins et dénouer les enjeux de manière proactive, dont le recours aux unités de débordement et aux sites non traditionnels (SNT), le cas échéant. Des unités d'hospitalisation brèves pourraient améliorer sensiblement la durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence pour les conditions cliniques exigeant une observation et une investigation ne dépassant pas 48 à 72 h. Ceci pourrait également diminuer le recours aux unités de débordement. Notamment à l'installation de Granby.</p> <p>1.09.16-PS : Engagement non atteint</p> <p>On note une amélioration de 52 minutes pour la prise en charge des patients dans les salles d'attente. Toutes les urgences de la région 05 ont amélioré leur performance. Il y a actuellement certains projets d'amélioration des processus en cours qui, après évaluation et selon le comparatif d'organisation de travail : urgence à petit débit versus à grand débit, pourrait être implanté dans d'autres urgences comparables dans la région 05.</p> <p>1.09.43-PS : Engagement non atteint</p> <p>Sans atteindre la cible, on remarque une amélioration globale pour presque toutes les urgences pour faire passer la moyenne de 53,9 % à 54,8 %. Les améliorations plus significatives se trouvent aux urgences de Fleurimont (65,8 % à 68,4 %) et aux urgences du CHUS Hôtel-Dieu (59,3 % à 61 %).</p> <p>Nous questionnons également la qualité et la robustesse des données, certaines évaluations sont en cours dont, par exemple, de nous assurer que la saisie des données s'effectue correctement.</p> <p>De plus, plusieurs actions ont été déployées au cours des dernières années afin d'améliorer directement la consultation en GMF ou de référencer de la salle d'urgence vers le GMF la clientèle inscrite (ex : plages horaires de certains GMFs préalablement réservées). Ces travaux se poursuivront au cours de la prochaine année.</p> <p>1.09.44-PS : Engagement non atteint</p> <p>On note une légère détérioration de la moyenne par rapport à l'an dernier, qui est passée de 54,3 % à 53,4 %. Le site Mégantic a diminué sa performance de 10 %.</p> <p>Ceci pourrait être attribuable au départ de deux médecins qui travaillaient à temps complet pour la situation de Mégantic. Le site Mégantic doit maintenant composer avec plus de dépanneurs qui, par leur manque d'habitude à cette urgence, pourraient avoir contribué à la détérioration de l'indicateur.</p>			
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 1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	55	55	63
Plan stratégique 15-20 1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 526	1 841	1 674
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	3,8	15	11,7
<p>1.09.45-PS : Engagement atteint</p> <p>Depuis novembre 2019, huit lits dédiés supplémentaires ont été ajoutés à l'unité de soins palliatifs de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke.</p> <p>1.09.05-PS : Engagement presque atteint</p> <p>Tout usager ayant besoin de soins palliatifs à domicile est pris en charge rapidement lors d'une nouvelle demande. De plus, il n'existe aucune liste d'attente pour cette clientèle.</p>			

1.09.46-PS : Engagement non atteint			
On observe une augmentation de 210 % au niveau de la proportion des décès à domicile. On note que sept (7) des neuf (9) RLS ont connu un plus grand nombre de personnes ayant reçu des services de soins palliatifs et de fin de vie qui sont décédées à domicile.			
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 de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	60	0	317
Plan stratégique 19-23 1.09.32.10-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	1 115	1 000	1 566
1.09.32.00-PS et 1.09.32.10-PS : Engagement non atteint			
Manque de capacité chronique en salle d'opération dans la région de Sherbrooke. En effet, les besoins de la population estrienne excèdent la capacité d'environ trois salles.			
<ul style="list-style-type: none"> La première mesure consiste à utiliser l'entente 108 pour procéder à un appel d'offres d'utilisation de nos CMS dans la région de Sherbrooke. Cette solution nous permettrait de transférer l'équivalent de 1,25 salles d'opération de l'Hôtel-Dieu (ophtalmologie, plastie, chirurgie générale) et de redistribuer cette capacité à l'ORL et à l'urologie principalement; La deuxième mesure concerne la rénovation d'une salle supplémentaire à l'Hôpital Fleurimont afin d'augmenter la capacité; Et la troisième mesure consiste à essayer d'élargir les heures de travail. 			
Le manque de capacité dans certaines spécialités médicales, dont l'urologie et l'ORL, qui nous génère près de 75 % des hors-délais.			
<ul style="list-style-type: none"> La première mesure est l'arrivée imminente d'un nouveau chirurgien ORL qui pourra donner un coup de main aux chirurgiens ayant une pratique oncologique. Cette arrivée est prévue cet été; La deuxième mesure est le transfert de quelques activités d'urologie dans d'autres spécialités comme la chirurgie générale. 			
Le manque de personnel pour maintenir ouvertes 100 % de nos salles en période régulière et pour maintenir un niveau d'activité minimal pendant les périodes de vacances.			
Le mode de planification et d'attribution du temps opératoire aux chirurgiens : La mesure est de poursuivre notre important plan d'action en ce sens. Nous avons réussi plusieurs avancés à ce sujet pendant l'année.			
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	25	25	25
Plan stratégique 19-23 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	NA	NA	85
Plan stratégique 19-23 1.09.27.01-PS Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	NA	384 780	374 765
Plan stratégique 15-20 1.09.48-PS Nombre de groupe de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique)	1	1	1
1.09.25-PS : Engagement atteint			
Le nombre de GMFs est stable depuis quelques années, nous ne prévoyons donc pas de modification notable dans le nombre de GMF sur le territoire. Une augmentation du nombre de GMF serait due à une scission d'un GMF multisites.			
1.09.48-PS : Engagement atteint			
Un seul GMF-R sur le territoire. Considérant le taux d'inscription et le taux d'assiduité sur le territoire, le besoin d'un autre GMF-R n'est pas présent.			
1.09.27.01-PS : Engagement non atteint			
Le rapport 1 de la RAMQ au 31 mars fait plutôt mention de 374 765. Les inscriptions auprès des médecins en GMF au 15 mars 2019 étaient de 372 946. Ceci représente une croissance de 1 819 inscriptions.			

Bien que le nombre de médecins avec inscriptions en GMF ait augmenté entre mars 2019 et mars 2020 passant de 386 à 394, la moyenne d'inscriptions par médecin a diminué passant de 966 à 951 patients par médecin.

Cette situation s'explique en grande partie par le fait que, pendant cette période, 63 médecins de GMF étaient en voie de se retirer de la pratique et désinscrivaient progressivement leur patientèle en vue d'une retraite complète en prise en charge de patients pouvant affecter à la baisse la moyenne d'inscriptions du groupe. Un nouveau médecin ne peut compenser entièrement la pratique d'un médecin plus expérimenté ayant une patientèle nombreuse. De plus, les GMF aux prises avec des retraites progressives ou complètes de médecins tentent de garder une bonne proportion de ces patients à l'intérieur du GMF en les répartissant sur les autres médecins. Ce qui fait que ces autres médecins ne peuvent procéder à de nouvelles inscriptions.

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	20,3	66	29,7
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	98,3	100	82,3
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	100	100	100
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	50,3	66	47,8
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	87,5	100	100
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	51,9	60	61,8
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	73,7	100	83,6
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	54,9	90	71,3
Plan stratégique 15-20 1.09.34.10-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomographies par émission de positrons (TEP)	99,1	100	97

1.09.34.00-PS : Résultat global

Globalement, pour l'ensemble de l'imagerie médicale, le pourcentage des demandes électives en imagerie médicale 0-90 jours en attente s'est amélioré passant de 45 % en 2018-2019 à 57,5 % en 2019-2020. 52 289 examens électifs réalisés 0-90 jours en 2019-2020 comparativement à 48 190 examens en 2018-2019.

- Trois modalités où les engagements sont atteints et 1 modalité engagement presque atteint;
- Trois modalités où les engagements sont non atteints, mais en amélioration de l'accessibilité électifs 0-90 jours;
- Deux modalités où les engagements sont non atteints et en diminution de l'accessibilité électifs 0-90 jours, mais en augmentation du volume total d'examen.

Nous sommes à 7 237 demandes hors délai 0-90 jours à la P13 en 2019-2020 comparativement à 9 916 l'année dernière. La scopie intervention, l'échographie cardiaque et les autres échographies sont les secteurs où l'on retrouve le plus d'examens hors délais.

Sommairement, la non-atteinte s'explique par :

- L'absence de technologues (variable);
- La désuétude des équipements et l'ensemble des travaux de construction en imagerie médicale;

- Le manque de radiologistes pour certaines modalités et/ou certaines spécialisations techniques.

Des actions furent mises en place cette année afin d'améliorer l'accessibilité :

- L'ouverture sur les quarts de soir et de nuit pour certaines modalités;
- La poursuite de la 2e offre vers une autre installation;
- La réorganisation du travail en résonnance magnétique;
- La mise en place d'audit de conformité de la codification de l'annexe G.

Projet futur pour améliorer l'optimisation des plateaux techniques et l'organisation du travail clérical :

- Projet CRDSi.

1.09.34.02 : Engagement non atteint

- 3 076 patients électifs hors délai 0-90 jours, mais en légère amélioration de l'accessibilité;
- 1 868 examens électifs réalisés 0-90 jours en 2019-2020 comparativement à 1 386 examens en 2018-2019.

Le manque de radiologues est le défi majeur. Plusieurs blitz furent réalisés avec des médecins externes et une entente est en cours entre les LIM et le CHUS (infiltration lombaire et infiltration sous écho).

1.09.34.03-PS : Engagement non atteint

- 116 patients électifs hors délai 0-90 jours, diminution de l'accessibilité, malgré l'augmentation du nombre total d'examens électifs;
- 1 997 examens électifs réalisés 0-90 jours en 2019-2020 comparativement à 1 298 examens en 2018-2019.

Dans l'ensemble, les mesures sont prises pour augmenter l'offre de service afin d'éliminer les hors-délai.

Des blitz furent et sont encore réalisés les fins de semaine ou certaines soirées. Le bris d'appareil et la disponibilité d'avoir des technologues formés rapidement furent et sont toujours des enjeux. La mise en place des normes en mammographie par l'Ordre professionnel, complexifie et exige une formation d'environ 1 an avant même de pouvoir pratiquer dans le secteur. Des travaux d'aménagement immobilier, le remplacement des équipements et la formation d'une technologue permettront d'améliorer l'accès à la mammographie.

1.09.34.04-PS : Engagement atteint

- Augmentation du nombre d'examens électifs;
- 2 248 examens électifs réalisés 0-90 jours en 2019-2020 comparativement à 1 852 examens en 2018-2019.

Un enjeu se présente dans notre CIUSSS-CHU, car les examens de clarté nucale de la région de Granby étaient auparavant tous faits au LIM de Granby. Maintenant, cette offre de service a été changée et des frais de 160 \$ sont maintenant exigés. Cette clientèle se réfère maintenant dans les deux autres points de service.

1.09.34.05-PS : Engagement non atteint

- 1 530 patients électifs hors délai 0-90 jours en 2019-2020 comparativement à 1 373 patients en 2018-2019, et diminution de l'accessibilité pour la clientèle élective malgré l'augmentation du nombre total d'examens;
- 4 795 examens électifs réalisés 0-90 jours en 2019-2020 comparativement à 7 408 examens en 2018-2019.

Au cumul de tous les statuts : 2 009 examens de plus que l'année dernière pour (25 431 examens en 2019-2020 versus 23 422 examens en 19-20) – outil Blitz.

Le volume de demandes est en croissance depuis les dernières années et ne cessera de croître avec le doublement du vieillissement de nos personnes âgées d'ici les 10 prochaines années. Pour l'installation du CHUS, les enjeux de bris d'appareils et l'absence de la main-d'œuvre ont contribué à la diminution du nombre d'examens. Nous sommes en démarche pour l'ajout de 2 échographes additionnels et des mesures sont prises pour stabiliser le personnel.

1.09.34.06-PS : Engagement atteint

1 154 examens électifs réalisés 0-90 jours en 2019-2020 comparativement à 1 172 examens en 2018-2019.

1.09.34.07-PS : Engagement atteint

12 126 examens électifs réalisés 0-90 jours en 2019-2020 comparativement à 10 056 examens en 2018-2019.

1.09.34.08-PS : Engagement non atteint

Au cumul de tous les statuts : 1 745 examens de plus que l'année dernière pour (89 215 examens en 2019-2020 versus 87 470 examens en 19-20) – outil Blitz

Le manque de radiologistes demeure un enjeu principal.

Nous avons procédé à la révision des examens en attente, à des blitz pour certains types d'examens, au transfert d'examens vers d'autres installations, à l'harmonisation de la prise de rendez-vous, à la formation des TIM et à la réorganisation des plages horaires pour l'hôpital Fleurimont et l'Hôtel-Dieu afin d'optimiser nos plateaux techniques.

1.09.34.09-PS : Engagement non atteint

- 700 patients électifs hors délai 0-90 jours en 2019-2020 et 2 400 patients en 2018-2019 avec amélioration de l'accessibilité;
- 6 535 examens électifs réalisés 0-90 jours en 2019-2020 comparativement à 4 613 examens en 2018-2019.

Au cumul de tous les statuts : 5 471 examens de plus que l'année dernière pour (24 937 examens en 2019-2020 versus 19 466 examens en 19-20) – outil Blitz.

Le manque d'IRM dans la région est en souffrance. Une demande au MSSS est en cours.

1.09.34.10-PS : Engagement presque atteint

- 8 patients électifs hors délai 0-90 jours;
- 4 318 examens électifs réalisés 0-90 jours en 2019-2020 comparativement à 4 079 examens en 2018-2019.

Au cumul de tous les statuts : 820 examens de plus que l'année dernière pour (8 399 examens en 2019-2020 versus 7 579 examens en 2019-2020).

Les enjeux sont le manque de personnel et l'instabilité des appareils. La mission universitaire exige également la contribution à différents projets de recherche. Les travaux d'aménagement immobilier et le remplacement des équipements désuets permettront d'améliorer l'accès.

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)	57,9	90	50,1
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	84,2	100	79,9

1.09.33.01-PS et 1.09.33.02-EG2 : Engagement non atteint

Le manque de capacité chronique en salle d'opération dans la région de Sherbrooke (voir section [Santé physique – Chirurgie](#))

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Santé physique – Services spécialisés			
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)	67.0	80	70.0

1.09.49-PS : Engagement non atteint

L'indicateur 1.09.49 est une fusion des indicateurs 1.09.49.01 et 1.09.49.02 prévus dans l'EGI.

Augmentation de l'utilisation de l'accès par la création de corridors de services afin de permettre un meilleur accès aux usagers du territoire du CIUSSS-CHU.

- ORL :
 - Corridor de service du CIUSSS de l'Estrie – CHUS vers la Montérégie;
 - Corridor de service de CHUS/Magog vers la Haute-Yamaska.
- Urologie :
 - Transferts d'activités de vasectomies et de cure d'hydrocèle vers la chirurgie générale.
- Orthopédie :
 - Transfert d'activités du RLS de Sherbrooke vers la Haute-Yamaska.
- Chirurgie générale :
 - Transfert d'activités du RLS de Sherbrooke vers le Granit.
- Dermatologie :
 - Transfert d'activités du RLS de Sherbrooke vers la Haute-Yamaska.

Exercice d'épuration de liste pour retirer les requêtes qui n'étaient plus pertinentes et lorsque prérequis manquant.

Sur 25 spécialités couvertes par APSS, 12 atteignent la cible de 75 % dans la réalisation des consultations dans les délais prescrits. Par contre, 13 spécialités n'atteignent pas la cible pour les raisons suivantes :

- Cause 1 : Disponibilité des effectifs médicaux non adéquate :
 - Soit qu'il manque d'effectifs médicaux pour une spécialité pour un même niveau de demande;
 - Soit la nature des demandes requiert davantage de suivis médicaux (maladie chronique) et diminue ainsi l'accès des ressources médicales pour de nouvelles consultations.
- Action 1 :
 - Création d'une table d'accès regroupant les différents intervenants de l'accès aux services spécialisés pour favoriser l'utilisation des ressources disponibles sur le territoire. Élaboration de stratégies en groupe pour répondre différemment aux besoins populationnels;
 - Maintien des corridors de services pour favoriser l'accès aux soins et services dans notre territoire.
- Cause 2 : Disponibilité des ressources humaines (agentes administratives) pour répondre aux besoins de traitement des requêtes et de planification des rendez-vous de consultation

Action 2 :

- o Évaluation des moyens technologiques pour supporter la planification des rendez-vous en cours;
- o Suivis en continu avec la DRHCAJ pour l'embauche de la main-d'œuvre (processus difficile pour l'embauche d'agentes administratives).

Travaux en cours ou à venir pour 2020-2021 :

- Mise en place du CRDSi : facilitera l'arrimage des demandes de consultation APSS aux prescriptions d'examen prérequis (enjeu actuel d'accès);
- Mise en place du Conseil Numérique : modalité de communication entre les médecins de la première ligne et les médecins spécialistes afin de soutenir les médecins de famille dans les alternatives thérapeutiques avant de référer en médecine spécialisée. Prévus de réduction de l'entrée de requêtes de consultation APSS de 20 % à 40 % (selon projet pilote provincial).

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
------------	--------------------------	----------------------	--------------------------

Ressources matérielles

2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyenne des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	96,7	100	96,7
---	------	-----	------

2.02.02-EG2 : Engagement presque atteint

50 des 51 unités de courte durée et de soins critiques de notre établissement ont complété les quatre étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité. Il reste à finaliser l'unité des soins intensifs au Centre hospitalier de la Pommeraie. Les soins infirmiers révisent l'organisation du travail pour être en mesure d'atteindre notre objectif en 2020.

Nous poursuivons les travaux pour l'élimination des zones grises en CHSLD en collaboration avec la SAPA.

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	8,01	7,91	7,72
Plan stratégique 19-23 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	4,57	4,33	5,40
Plan stratégique 15-20 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,65	0,45	0,77
Plan stratégique 19-23 3.05.03 - Ratio de présence au travail	NA	89,94	90,7

3.01-PS : Engagement atteint

Au cours de la dernière année, plusieurs mesures ont été mises en place pour améliorer la santé globale des ressources humaines. Une baisse du taux d'assurance salaire comparativement au taux de l'année 2018-2019 est observée (8,01 % versus 7,72 %).

3.05.02-PS et 3.06.00-PS : Engagements non atteints

Plusieurs mesures ont été continuées pour améliorer la situation. La structure de gouvernance avec les niveaux stratégiques, tactiques et opérationnels a permis d'identifier et de suivre les projets porteurs pour favoriser la santé globale des personnes et la planification de la main-d'œuvre.

Plusieurs mesures ont été mises en place dans les secteurs d'activités et les titres d'emplois les plus vulnérables, notamment l'optimisation des rôles des préposés aux bénéficiaires, des aides de services et des préposés aux transports. La bonification de l'offre de garantie d'heures, la continuité d'un programme alternant le travail et les études pour les préposés aux bénéficiaires et l'utilisation de titres d'emploi alternatifs (ex. : aide sociale, agent de modification du comportement) sont également des stratégies qui ont été utilisées pour ne nommer que celles-ci.

Une hausse du taux d'heures supplémentaires, comparativement au taux de l'année 2018-2019, est observée (4,57 % versus 5,4 %). Les titres d'emploi les plus touchés par la hausse sont les infirmières, infirmières auxiliaires, les préposés aux bénéficiaires, le personnel administratif et les surveillants en établissement.

Les facteurs qui influencent ces résultats sont multifactoriels. Parmi eux, il y a :

- La hausse globale de l'offre de service en heures travaillées (environ 5,3 % cette année);
- Les nombreux changements conjugués à la charge de travail ainsi qu'à la capacité des équipes à s'adapter qui sont difficiles;
- L'ouverture de plusieurs lits de débordement sur le territoire en CHSLD et en milieu hospitalier pour répondre aux besoins de la population;
- Le bassin restreint de candidats potentiels dans certains titres d'emploi.

3.05.03 : Engagement atteint

Plusieurs moyens ont été mis en place pour augmenter la présence au travail et la rétention du personnel au cours de l'année. Les trois (3) axes ciblés ont été : la qualité de vie au travail (QVT), le développement du potentiel et l'atteinte de l'équilibre de la main-d'œuvre. Les leviers utilisés pour cibler les projets étaient les suivants : la présence au travail et la prévention, les conditions de travail, l'organisation du travail, les communications, le développement du savoir agir, la révision des processus et l'adéquation de la main-d'œuvre. Au total, 26 projets mobilisateurs de santé globale des ressources humaines ont contribué à atteindre l'objectif du ratio de présence au travail.

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)	59,3	65	63,6
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	ND Reporté par le MSSS

7.01.00-PS : Engagement non atteint

En deux ans, le résultat est passé de 54 % à 64 % ce qui est très encourageant. En un an, le pourcentage des premiers services dispensés dans un délai de 30 jours s'est globalement amélioré de 4 % pour atteindre 64 %, ce qui constitue notre meilleur résultat annuel mesuré à ce jour. Cette progression a été observée dans la majorité des centres d'activités ciblés. Les améliorations sont particulièrement notables au niveau des centres d'activités suivants :

- 5930 – Guichet d'accès GASMAD pour la DPSMD (73 % par rapport à 52 %)
- 6463 – Clinique des réfugiés pour la DSG (68 % par rapport à 42 %)

7.02.00-PS : Cet engagement a été reporté par le MSSS.

AUTRES RÉSULTATS POUR CERTAINS INDICATEURS DU PLAN STRATÉGIQUE DU MSSS

Indicateur	Résultat au 31 mars 2020	Commentaires
Plan stratégique 19-23 1.08.16-PS Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	1 411	Enjeux de qualités des données liés aux différents systèmes de données non intégrés. Le MSSS est au courant de cet enjeu vécu par plusieurs établissements. La méthodologie de l'indicateur est questionnée également.
Plan stratégique 19-23 1.03.05.05 - Nombre total d'heures de services de soutien à domicile	1 151 754	
Plan stratégique 19-23 1.03.05.06 - Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	25 808	
Plan stratégique 19-23 1.06.19 - Pourcentage des premiers services en CLSC pour les jeunes en difficulté rendus dans un délai de 30 jours ou moins	72,1	<p>Le plus grand volume d'activité JED pour la mission CLSC s'inscrit surtout auprès des équipes 5-17 ans.</p> <p>En 2019-2020, on peut déduire que les suivis ont nécessité un peu plus d'intervention que l'ajout d'heure n'a pas été en mesure de combler. Aussi, le manque chronique de personnel pendant toute l'année a contribué au délai d'attente au-delà de 30 jours.</p> <p>Nous avons tout de même constaté une amélioration du délai d'attente en 2019-2020 en comparaison avec 2018-2019 qui était à 94 jours.</p> <p>Actions mises en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une structure de suivi de liste d'attente est en place dans tous les RLS; • Une offre de service dès la réception de la demande (soins par étape) est en développement pour tous les RLS et en expérimentation plus spécifiquement dans un RLS; • Les offres de services en lien avec le conflit de séparation et l'attachement sont en cours de développement et d'implantation pour tous les RLS; • Le guide clinico-administratif est en cours de rédaction où les balises seront appliquées dans tous les RLS (modalité de suivi de liste d'attente, épisode de service, gestion d'une charge de travail, etc.); • Un suivi rigoureux des tableaux de bord concernant la performance est en place; • La collaboration importante dans la réalisation du plan d'action jeunesse.
Nombre de sites de type « Aire ouverte » offrant des services adaptés à la réalité des jeunes de 12 à 25 ans	Aucun, en cours	Structure de gouvernance mis en place pour une intervention concertée de l'offre de service et de l'identification des espaces physiques à venir, en co-construction avec les partenaires internes et externes, ainsi que les comités de jeunes et familles du RLS de Sherbrooke. (Mise sur pause des travaux pendant la COVID-19.)



3

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

L'AGRÉMENT

Le nouveau programme d'Agrément Canada amène notre organisation à recevoir trois visites sur un cycle de 5 ans entre 2018 et 2023. Les normes et les programmes-services sont évalués par Agrément Canada selon une même séquence dans tous les établissements du Québec.

La première visite du nouveau cycle d'agrément s'est tenue du 21 au 25 octobre 2019 et portait sur les éléments suivants :

- Les normes stratégiques : gouvernance, leadership;
- Les normes transversales : prévention et contrôle des infections, gestion des médicaments et retraitement des dispositifs médicaux réutilisables;
- Les programmes services santé publique, jeunesse, santé mentale et dépendances.

Pour les 2 190 critères évalués lors de cette visite, l'établissement a obtenu un taux de conformité de 95,6 %.

Cette visite a permis de confirmer, pour le CIUSSS de l'Estrie – CHUS, le maintien de son statut d'organisme agréé. Pour ce faire, 34 suivis doivent être déposés auprès d'Agrément Canada pour le 4 février 2021. Étant donné l'état d'urgence sanitaire déclaré le 14 mars 2020, les équipes concernées par ces suivis et qui avaient débuté les travaux afin de répondre aux exigences ont dû moduler leurs activités pour la durée de la pandémie de COVID-19. Les sept derniers suivis requis suite à la visite de 2016 ont été acceptés lors de la visite de 2019.

La prochaine visite d'agrément prévue à l'automne 2021 couvrira les programmes-services santé physique, services généraux et la norme télésanté.

LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents et des accidents

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS inscrit comme une priorité organisationnelle la qualité et la sécurité dans la prestation des soins et des services aux usagers. Au cours de la dernière année, la Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat (DQEPP) a poursuivi les travaux d'optimisation et d'harmonisation des différents documents et processus de gestion des événements survenus lors de la prestation de soins et de services aux usagers afin de répondre aux exigences légales, règlementaires et normatives en matière de gestion des risques. En plus de l'adoption de la procédure de gestion des événements sentinelles en juin 2018, les documents suivants ont fait l'objet de consultation élargie et ont été adoptés au conseil d'administration du 29 mai 2019.

- Politique sur la gestion des événements survenus lors de la prestation de soins et de services aux usagers (PSSU);
- Procédure sur la déclaration et l'analyse des événements survenus lors de la PSSU;
- Règlement sur la divulgation et mesures de soutien à l'utilisateur, son représentant ou ses proches suite à un accident survenu lors de la prestation de soins et de services;
- Procédure sur la divulgation de l'information aux usagers à la suite d'un accident survenu lors de la prestation de soins et de services.

Ces documents appuient la volonté de l'établissement d'agir pour et avec l'utilisateur, d'adopter une approche de transparence soutenue par les valeurs organisationnelles d'humanisme, d'adaptabilité et d'engagement.

La DQEPP a offert un soutien personnalisé aux directions le nécessitant pour que la gestion des événements ait lieu selon les pratiques attendues. Des mesures ont été mises en place afin de s'assurer que la saisie et l'analyse des incidents et des accidents soient effectuées dans toutes les installations et appliquées en continu, d'assurer l'identification et la mise en place de mesures correctives et d'alimenter les registres locaux et nationaux.

Enfin, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS s'est engagé dans la promotion d'une culture de sécurité et d'amélioration continue de la qualité au sein de l'organisation, notamment par l'actualisation des mesures identifiées au plan de sécurité des usagers, la Semaine de la sécurité des usagers en octobre 2019, la conception d'une animation interactive 2D avec quiz intégré sur les risques potentiels d'incidents et d'accidents qui pourraient toucher les usagers et sur les bonnes pratiques à adopter pour les prévenir, etc. Toutes les personnes et instances concernées au sein de l'organisation ont un rôle fondamental à jouer en regard de ces préoccupations communes.

Principaux risques d'incidents et d'accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance

En Estrie, 33 398 événements ont été déclarés entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020¹. La moyenne de déclarations se situe à 2 569 événements par période. La majorité des événements déclarés se sont produits dans les CHSLD (47 %) et dans les centres hospitaliers (38,6 %).

Les principaux types d'événements déclarés sont reliés à la médication (30,58 %), suivis des chutes (33 %) et des événements autres (16,1 %), par exemple des blessures d'origine inconnue ou les plaies de pression.

Les trois principaux types d'incidents (indices de gravité A et B) mis en évidence au moyen du système local de surveillance sont :

- Médication : 1 408 (4,22 %);
- Problème de matériel, d'équipement, de bâtiment ou d'effet personnel : 713 (2,1 %);
- Autres : 761 (2,3 %). Parmi ceux-ci, les cinq premiers sous-types d'événements sont :
 - Autre : 253 (0,76 %);
 - Lié aux mesures de contrôle (isolement et contentions): 175 (0,52 %);
 - Erreur liée au dossier : 129 (0,39 %);
 - Lié à l'identification : 55 (0,16 %);
 - Fugue/disparition (encadrement intensif) : 30 (0,09 %).

Les trois principaux types d'accidents (indices de gravité C à I) mis en évidence au moyen du système local de surveillance sont :

- Médication : 8 803 (26,36 %);
- Chute : 10 781 (32,3 %);
- Autres : 4 413 (13,21 %). Parmi ceux-ci, les 5 premiers sous-types d'événements sont :
 - Blessure d'origine inconnue : 1 543 (4,62 %);
 - Blessure d'origine connue : 882 (2,64 %);
 - Autre : 494 (1,48 %);
 - Plaie de pression : 406 (1,22 %);
 - Fugue/disparition (encadrement intensif) : 204 (0,61 %).

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 et d'accidents identifiés précédemment;
- Surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales.

Les réalisations du comité de gestion des risques (comité de prestation sécuritaire des soins et des services aux usagers) à cet égard sont présentées dans la section du comité du présent rapport annuel.

¹ Les registres locaux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS incluent les données relatives aux événements déclarés dans le cadre de la prestation des soins et services aux usagers de ses installations, incluant celles des RI, RNI et RTF.

Par ailleurs, différentes instances au sein de notre établissement exercent un rôle de vigie, d'analyse et de suivi des principaux risques identifiés, notamment :

- Comité d'amélioration continue sur les risques d'abus et d'agression envers les résidents en CHSLD;
- Comité d'amélioration continue sur les chutes;
- Comité d'amélioration continue sur la prévention du suicide;
- Comité d'amélioration continue sur les mesures de contrôle;
- Comité d'amélioration continue sur le transfert de l'information aux points de transition;
- Groupe de travail sur l'identification des usagers;
- Comité directeur sur la gestion intégrée des risques;
- Conseils professionnels;
- Structure de gouverne sur le circuit du médicament incluant un palier stratégique, tactique et opérationnel;
- Structure de gouverne sur la prévention et contrôle des infections nosocomiales incluant un palier stratégique, tactique et opérationnel;
- Instance de pilotage de la qualité des soins et des services.

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

Au cours de l'année 2019-2020, le comité d'amélioration continue (CAC) sur les mesures de contrôle, instance organisationnelle dédiée à l'égard des mesures de contrôle et créée en 2018, a poursuivi ses activités. Animé par des représentants de la direction des soins infirmiers (DSI), de la direction des services multidisciplinaire (DSM) et de la direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat (DQEPP), ce comité regroupe des représentants des différentes directions.

En septembre 2019, suite aux travaux du CAC et de la consultation de l'ensemble des instances de l'organisation, le conseil d'administration a adopté le cadre de référence sur l'application des mesures de contrôle au CIUSSS de l'Estrie - CHUS. Tel que prévu par ce cadre de référence, les directions travaillent depuis à l'élaboration des protocoles spécifiques en fonction des besoins particuliers de leurs clientèles. L'adoption de ces protocoles est prévue au cours de l'année 2021.

Au cours de l'année 2021, des plans de développement des ressources humaines sont à élaborer et à actualiser selon les particularités des directions pour la formation du personnel des secteurs concernés.

Évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle

Afin de disposer de données unifiées permettant à l'organisation d'obtenir un portrait global, le cadre de référence adopté en septembre prévoit la réalisation d'audits par l'ensemble des directions. Ces audits permettront d'obtenir une lecture, mais aussi une analyse précise permettant de faire le suivi de la qualité des interventions en mesure de contrôle. Or, le contexte de la pandémie COVID-19 a rendu impossible la réalisation d'audits reportant à l'an prochain un rapport complet découlant de ces audits. L'année en cours nous permettra de présenter des données et une analyse plus complète à partir des audits prévus au cadre de référence.

Élaboration de protocoles et formations associées

En conclusion, pour la prochaine année, en suivi de l'application du nouveau cadre de référence, les différentes équipes cliniques sont à élaborer des protocoles cliniques pour répondre aux besoins de leurs différentes clientèles et une offre de formation aux professionnels y sera associée.

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

Les réalisations du comité de vigilance et de la qualité (CVQ) sont présentées dans la section du comité du présent rapport annuel. Par ailleurs, différents tableaux de bord pour le suivi des indicateurs associés à la qualité et à la sécurité des soins et des services, dont le suivi de ces instances, ont fait l'objet de présentations et de discussions lors des différentes rencontres du CVQ.

Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services

En 2019-2020, l'équipe des commissaires aux plaintes a conclu 1 172 dossiers de plaintes et d'interventions, soit une hausse de 4 %. Les insatisfactions des usagers portent le plus souvent sur les soins et services dispensés, les relations interpersonnelles et l'accessibilité aux services. Au total :

- 214 mesures ont permis de rehausser la qualité et la sécurité dans la distribution des soins ou des services, par exemple :
 - Évaluation des connaissances et compétences des deux infirmières concernées afin d'offrir un soutien et un encadrement clinique adapté aux besoins;
 - Identification d'un intervenant pivot en mesure de coordonner les demandes et les services à offrir à l'utilisateur;
 - Révision du processus d'accueil au triage des usagers suivis en oncologie;
 - Définition formelle du rôle et des responsabilités des intervenants sociaux impliqués dans le processus de transfert d'un usager de l'hôpital vers un CHSLD ou une RI.
- 171 mesures liées à la qualité des relations interpersonnelles avec les usagers, par exemple :
 - Rencontre formelle de l'employée visée par la plainte par la chef de service afin que cette dernière lui fasse part de ses attentes au niveau de son avoir-être;
 - Présentation d'excuses à l'utilisateur de la part de la personne visée par la plainte pour avoir eu une réaction inappropriée dans la situation;
 - Changement de l'intervenant au dossier de l'utilisateur;
 - Formation des employés visant à améliorer leurs connaissances des divers troubles de santé mentale dans le but d'être mieux outillée pour interagir avec les usagers présentant des troubles de santé mentale.
- 148 mesures liées à l'accessibilité aux services :
 - Offre d'ateliers aux parents dans l'attente de recevoir les services;
 - Détermination de critères de priorisation des requêtes pour des services;
 - Clarification de l'information apparaissant sur une affiche indiquant les modalités d'accès aux services;
 - Réévaluation de la condition clinique d'un usager aux fins de la priorisation du besoin.

Les principales mesures d'amélioration visent l'encadrement du personnel ou l'ajustement des activités et l'information ou la sensibilisation.

Le Protecteur du citoyen

Au cours de l'année 2019-2020, nous avons reçu huit rapports s'adressant à plusieurs installations différentes (voir la liste des recommandations au [tableau 1](#)), dont quatre rapports sans recommandations. Six dossiers ont été fermés et deux demeurent en suivi. Il s'agit d'une baisse comparativement aux années précédentes, soit dix en 2018-2019, seize en 2017-2018 et treize en 2016-2017. Les objets des recommandations des rapports reçus en cours d'année concernaient :

- Les délais et la formation du personnel infirmier aux procédures d'évaluation et de réévaluation à l'urgence;
- Le respect de la confidentialité et les informations à noter au dossier de l'utilisateur par les intervenants de l'accueil psychosocial;
- L'adaptation des repas à l'urgence selon la prescription médicale ou la condition de l'utilisateur et l'information des options existantes au personnel infirmier;
- Les notes au dossier de l'utilisateur à l'urgence.

Par ailleurs, pour l'ensemble des 78 rapports reçus du Protecteur du citoyen depuis le 1er avril 2015, 149 recommandations ont été émises et 96 % des recommandations ont été actualisées.

Tableau 1 – Liste des recommandations 2019-2020 | Protecteur du citoyen

Installation concernée	N° de rapport	Recommandations
Hôpital de Granby	19-06177	<ol style="list-style-type: none"> 1. S'assurer que les usagers qui se présentent à l'urgence sont évalués dans un délai de dix minutes après leur arrivée, notamment par l'instauration de l'évaluation brève, lorsque la durée d'attente au triage est supérieure à la norme prescrite; 2. Rappeler au personnel infirmier du triage à l'urgence l'importance de respecter les délais de réévaluation, conformément à l'ETG et, en cas d'impossibilité, d'en aviser leur supérieur; 3. S'assurer de l'application du plan de fluidité, 24 heures par jour, 7 jours par semaine; 4. Offrir à l'ensemble du personnel infirmier affecté au triage à l'urgence une formation sur l'évaluation au triage incluant notamment : <ol style="list-style-type: none"> a. L'identification de la raison de consultation et le lien avec les antécédents; b. L'application des modificateurs de 1er et 2e ordre; c. L'évaluation de la douleur. 5. Rappeler au personnel infirmier affecté au triage à l'urgence, les indications et les contre-indications à l'application de l'ordonnance collective OC-ER-007; 6. Rappeler à tout le personnel de l'urgence, l'importance de traiter les usagers et les usagères avec empathie en tout temps et en toute circonstance.
Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	19-01545	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rappeler aux membres du personnel de l'accueil, de l'admission et des archives de l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins les règles sur le respect de la confidentialité incluant les règles de confidentialité qui impliquent les services policiers; 2. S'assurer que les tentatives de contacts infructueuses effectuées par les intervenants de l'accueil psychosocial des réseaux locaux de services de la Pommeraie et de la Haute-Yamaska soient notées aux dossiers des usagers.
CSSS de Memphrémagog	18-06761	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informer le personnel infirmier de l'urgence de l'Hôpital de Magog de la possibilité d'adapter les repas des usagers selon la prescription du médecin ou la condition particulière des usagers; 2. Informer le personnel infirmier de l'urgence de l'Hôpital de Magog des différentes diètes et textures disponibles pour les repas des usagers et de la façon d'en faire la demande au service d'alimentation de l'établissement.
CSSS de Memphrémagog	18-06050	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rappeler au personnel infirmier de l'urgence du Centre hospitalier de Memphrémagog l'importance de documenter au dossier les données communiquées par un usager qui se présente au triage pour une réévaluation de son état 2. Rappeler au personnel infirmier de l'urgence du Centre hospitalier de Memphrémagog l'importance d'aviser son supérieur dans les plus brefs délais lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité d'assurer la réévaluation des patients conformément aux délais prescrits.

Le coroner

Au cours de l'année 2019-2020, l'établissement a reçu trois rapports avec recommandations s'adressant à des installations différentes. Un dossier est en cours de suivi, deux dossiers sont fermés. Il s'agit d'une baisse comparativement aux années précédentes, soit huit en 2018-2019, sept en 2017-2018 et six en 2016-2017. Ces rapports concernaient :

- La qualité des soins offerts à l'hôpital à un usager suite à une hémorragie digestive;
- La qualité de la prise en charge et des suivis dispensés à un usager en centre de réadaptation suite à un suicide;
- La qualité de la prise en charge médicale et le soutien dans le milieu de vie des personnes vulnérables suite au suicide d'un usager.

Par ailleurs, l'établissement a reçu 28 rapports sans recommandations, portant pour la plupart sur des chutes d'usagers en CHSLD.

Finalement, pour l'ensemble des 32 rapports reçus du coroner depuis le 1er avril 2015, 39 recommandations ont été émises et 67 % des recommandations ont été actualisées.

Tableau 2 - Liste des recommandations 2019-2020| bureau du coroner

Installation concernée	N° de rapport	Recommandations
Hôpital de Granby	2017-06290	<ol style="list-style-type: none">1. Que le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'Hôpital de Granby examine le dossier du patient afin d'analyser les actes médicaux posés lors de l'hospitalisation du 14 au 19 octobre 2017 et qu'il fasse au conseil d'administration de l'établissement, s'il y a lieu, toutes les recommandations qu'il juge utiles pour que des mesures soient prises en vue d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients;2. Que le service psychiatrique de l'Hôpital de Granby organise un encadrement serré et un soutien adéquat dans le milieu de vie des patients vulnérables, en mobilisant toutes les ressources multidisciplinaires nécessaires.
Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie	2016-03890	<ol style="list-style-type: none">1. Procéder à la révision du dossier de l'usager dans le but de s'assurer que les suivis effectués au Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie, particulièrement lors de l'appel du 5 décembre 2016, respectaient les plus hauts standards de qualité.2. S'assurer que les personnes ayant bénéficié d'une prise en charge ou de suivis par des intervenants du Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie soient réorientées lorsque ceux-ci sont affectés à d'autres fonctions;3. Effectuer des évaluations périodiques concernant le risque suicidaire des usagers au Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie dont il a la responsabilité.
CIUSSS de l'Estrie - Centre universitaire de Sherbrooke	2016-02116	Au CIUSSS de l'Estrie - CHUS de procéder à la révision du dossier de l'usager dans le but de s'assurer que les soins qui lui ont été prodigués lors de sa visite du 4 septembre 2016 respectaient les plus hauts standards de qualité.

D'autres instances, s'il y a lieu (ordres professionnels, enquêtes administratives, inspections, etc.)

Au cours de l'année 2019-2020, l'établissement n'a pas reçu de visites d'inspections professionnelles.

Au niveau de l'OIIQ, un grand chantier est en cours sur la refonte des méthodes d'inspection. Ainsi, il était prévu à partir de cette année, d'inspecter individuellement 200 membres choisis aléatoirement selon divers domaines et lieux de pratique afin de vérifier la compétence de ses membres. La DSI n'est pas avisée par l'OIIQ du personnel inspecté sauf si l'employé les avise.

Depuis la création du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, le registre de suivi des visites d'inspections professionnelles recense les visites d'inspections générales de groupe. Il ne comprend pas les autoévaluations, les audits de dossier, ni les inspections individuelles. Le suivi des rapports de visite est sous la responsabilité des directions concernées et du professionnel.

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

	Mission CH	Total missions
Nombre de mises sous garde préventive appliquées		676
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	286
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées		235
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet	179
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)		167

L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

LES PLAINTES – AU CŒUR DES DROITS DES USAGERS

En cas d'insatisfaction, un usager peut formuler une plainte relative aux services reçus, à recevoir ou requis du réseau de la santé et des services sociaux. De plus, toute personne qui a des raisons de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers ne sont pas respectés peut signaler la situation au commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Le rapport annuel complet du Bureau des plaintes et de la qualité des services est disponible sur le site internet du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, à l'adresse suivante : santeestrie.qc.ca section « Médias et publications/Rapports ».

L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION

MÉCANISMES POUR METTRE À CONTRIBUTION LA POPULATION DANS L'ORGANISATION DES SERVICES

Sous la supervision du comité tactique « Agir pour et avec l'usager, ses proches et la population », de nombreuses actions structurantes ont été déployées depuis 2017 afin de renforcer la participation des usagers et de leurs proches dans la prestation et dans l'organisation des soins et services.

En 2019-2020, on retrouve les principales réalisations suivantes :

- Ateliers d'habilitation auprès de 300 gestionnaires;
- Processus automatisé de requête pour le recrutement et la préparation des usagers;
- Mise à jour des troupes à outils « sondages », « focus group » et « comités ».

Ce faisant, l'établissement a favorisé une participation à valeur ajoutée d'usagers dans plus de 60 initiatives au sein de la plupart des directions. Parmi celles-ci, on retrouve :

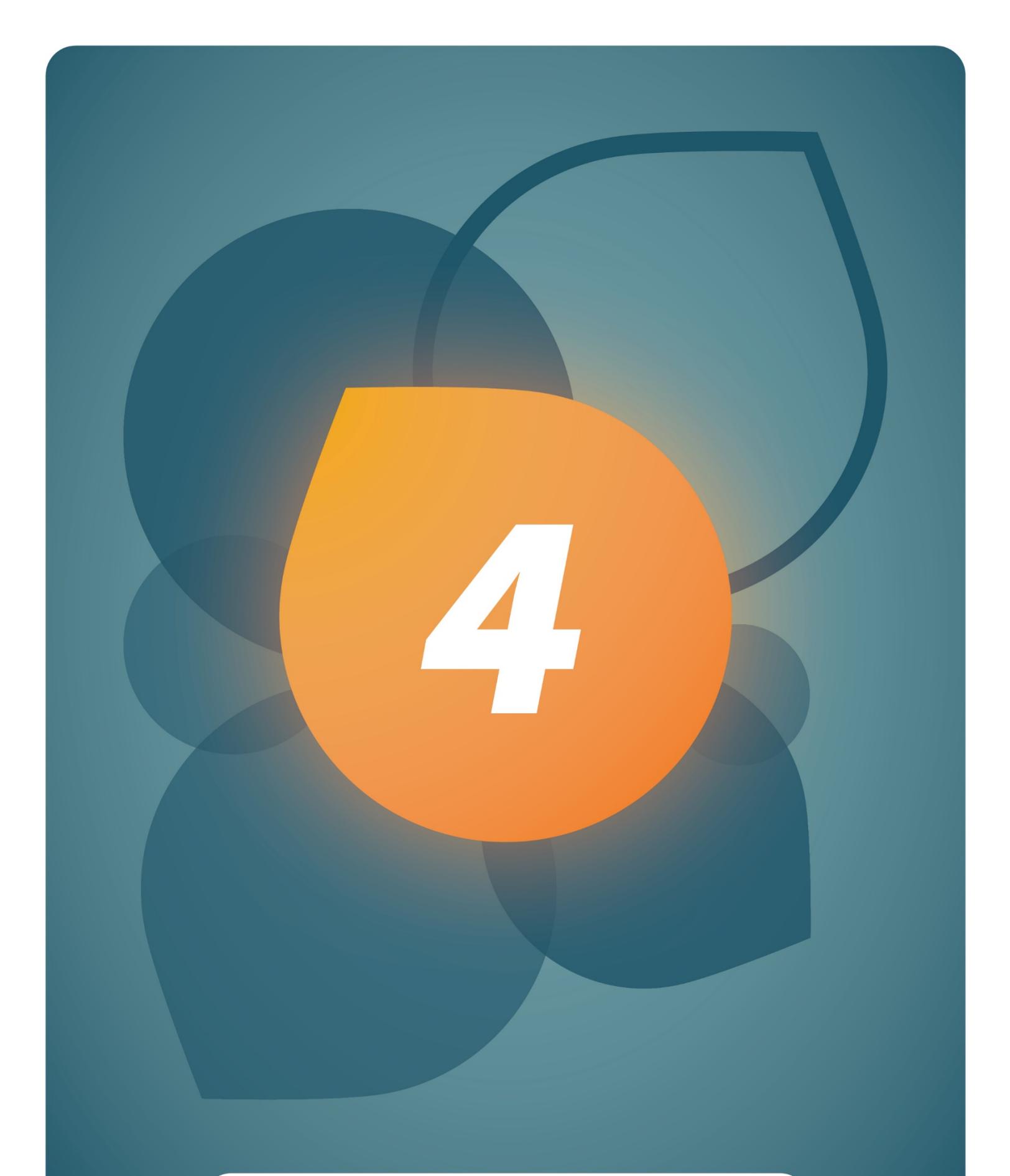
- Comité transfert de l'information aux points de transition;
- Comité animation de la trajectoire en oncologie;
- Comité construction du CHSLD Granby;
- Comité plan d'intervention en partenariat avec l'usager en soutien à domicile;
- Groupe de travail sur le guide d'accompagnement des proches aidants d'usagers en soins palliatifs.

Il est important de noter que plusieurs de ces réalisations ont eu lieu en collaboration avec le comité des usagers du CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

MÉCANISMES POUR CONNAÎTRE L'EXPÉRIENCE ET LA SATISFACTION DE LA POPULATION AU REGARD DES RÉSULTATS OBTENUS

En cohérence avec le système de gestion intégrée de la performance ainsi que du cadre de référence sur la qualité des soins et des services, un système de mesure et d'utilisation de la qualité perçue a été déployé au sein des huit directions cliniques de l'organisation.

Dans son plan annuel 2019-2020, l'établissement s'est doté de l'indicateur stratégique « taux d'expériences positives vécues par l'usager et ses proches ». La cible visée était de 65 % (% d'usagers ayant répondu 9-10 sur une échelle de satisfaction globale de 1 à 10). Le résultat obtenu en mars 2020 était de 74,7 %. Des sondages ont été réalisés auprès de 2 900 usagers dans près de 80 unités de soins et services. Le pilotage mensuel de cet indicateur a été effectué par l'équipe de direction. Ces informations sont également mises en parallèle avec celles du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services ainsi que celles des comités des usagers.



4

**Application de la politique portant
sur les soins de fin de vie**

RÉSUMÉ DU RAPPORT SUR L'APPLICATION DE LA POLITIQUE SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	2 687
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	158
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	240
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	136
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	104, incluant 2 autres régions
Aide médicale à mourir non administrées <i>Motifs</i>	Décédé avant administration	55
	Répondait aux critères, mais a cessé d'y répondre	19
	Ne répondait pas aux conditions au moment de l'évaluation	15
	Le patient a changé d'idée	13
	Transfert vers un autre établissement	2

COMMENTAIRES

En comparaison avec l'an dernier, nous constatons une croissance d'environ 20 % pour la sédation palliative continue et de 40 % pour les aides médicales à mourir. On remarque également que la majorité des décès survenus avant le soin se sont produits avant le délai prescrit par la Loi soit 10 jours.



5

Ressources humaines

LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC ET PRIVÉ CONVENTIONNÉ

Tableau : répartition de l'effectif en 2019 par catégorie de personnel

	Nombre de personnes occupant un emploi au 31 mars 2019	Nombre d'ETC en 2018-2019
1 - Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	5 105	4 070
2 - Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	4 702	3 754
3 - Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	2 448	2 173
4 - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	3 692	3 090
5 - Personnel non visé par la loi 30	153	118
6 - Personnel d'encadrement	557	538
Total	16 657	13 743

GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS

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

11045150 - CIUSSS de l'Estrie - CHUS		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 heures rémunérées	
1 - Personnel d'encadrement	983 778	11 519	995 297	
2 - Personnel professionnel	3 641 203	21 740	3 662 943	
3 - Personnel infirmier	7 379 232	415 715	7 794 947	
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	11 653 671	445 450	12 099 121	
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2 625 260	70 885	2 696 145	
6 - Étudiants et stagiaires	53 895	696	54 591	
Total 2019-2020	26 337 038	966 005	27 303 043	
Total 2018-2019			26 101 173	

Cible 2019-2020 27 214 844

Écart 88 199

Écart en % 0,3%

COMMENTAIRES

La cible allouée au CIUSSS de l'Estrie - CHUS n'a pas été atteinte, avec un écart de 88 199 heures. Les données de 2019-2020 révèlent une augmentation des heures rémunérées par rapport à l'année 2018-2019, principalement dans les heures travaillées. D'importants développements d'activités cliniques, qui ont amené des ajouts de personnel œuvrant pour les soins et services directs aux usagers, expliquent en partie l'écart par rapport à la cible. Les principales hausses se situent au niveau des CHSLD, du soutien à domicile et la protection de la jeunesse. L'autre portion de l'écart à la cible est liée à la hausse des heures d'orientation découlant d'une année record au niveau des embauches, et de l'assignation temporaire qui est reliée aux bonnes pratiques de gestion des absences maladie.



6

Ressources financières

UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME

Tableau : Dépenses par programmes-services

Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variation des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	Dépenses	%
Programmes-services						
Santé publique	20 873 165 \$	1,5 %	24 214 260 \$	1,6 %	3 341 095 \$	16 %
Services généraux – activités cliniques et d'aide	67 753 679 \$	4,8 %	74 025 878 \$	4,8 %	6 272 199 \$	9,3 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	242 986 371 \$	17,1 %	274 092 984 \$	17,8 %	31 106 613 \$	12,8 %
Déficiences physiques	37 565 675 \$	2,7 %	38 889 988 \$	2,5 %	1 324 313 \$	3,5 %
Déficiences intellectuelles et TSA	41 616 585 \$	3 %	44 978 065 \$	2,9 %	3 361 480 \$	8,1 %
Jeunes en difficulté	85 849 073 \$	6,1 %	94 617 571 \$	6,2 %	8 768 498 \$	10,2 %
Dépendances	6 176 532 \$	0,4 %	6 555 194 \$	0,4 %	378 662 \$	6,1 %
Santé mentale	63 040 177 \$	4,5 %	68 863 666 \$	4,5 %	5 823 489 \$	9,2 %
Santé physique	558 054 959 \$	39,6 %	600 051 167 \$	39 %	41 996 208 \$	7,5 %
Programmes soutien						
Administration	86 833 181 \$	6,2 %	100 234 410 \$	6,5 %	13 401 229 \$	15,4 %
Soutien aux services	103 343 370 \$	7,3 %	110 801 403 \$	7,2 %	7 458 033 \$	7,2 %
Gestion des bâtiments et des équipements	95 322 210 \$	6,8 %	101 021 212 \$	6,6 %	5 699 002 \$	6 %
Total	1 409 414 977 \$	100 %	1 538 345 798 \$	100 %	128 930 821 \$	9,1 %

Pour plus d'informations sur les ressources financières, le lecteur peut consulter le rapport financier annuel AS-471 en date du 31 mars 2020 publié sur le site Internet de l'établissement à l'adresse suivante : santeestrie.qc.ca section « Médias et publications/Rapports ».

ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS présente à la page 200 du rapport financier annuel au 31 mars 2020, un déficit de 4 490 663 \$ au fonds d'exploitation, composé d'un déficit de 6 949 119 \$ aux activités principales et d'un surplus de 2 458 456 \$ aux activités accessoires, et un déficit de 1 443 091 \$ au fonds d'immobilisations, pour un déficit net de 5 933 754\$. En toute fin d'année, certains comptes à recevoir des exercices antérieurs ont dû être radiés, ce qui a amené l'établissement à présenter un léger déficit au 31 mars 2020. Ainsi, l'établissement ne s'est pas conformé à son obligation légale de ne pas encourir de déficit à la fin de l'année financière.

CONTRATS DE SERVICES

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

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	18	2 059 396,90 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	179	90 978 094,95 \$
Total des contrats de services	197	93 037 491,85 \$

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.

A large, stylized white number '7' is centered within a bright orange circle. The background is a dark teal color with several overlapping, semi-transparent shapes in shades of teal and orange, creating a layered, abstract effect.

7

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

RAPPORT FINANCIER

En tant qu'établissement tenu de compléter la page 140 du rapport financier annuel (AS-471), vous trouverez ci-joint le tableau intitulé « État du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant ».

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

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

La direction du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

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

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

Tableau : État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2020		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 « Immobilisations corporelles louées » du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public, il s'agit plutôt d'un contrat de location-acquisition, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2011-2012	R	Aucune, directive du MSSS.			X
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Le MSSS a suspendu les travaux sur la mission d'audit des unités de mesure et des heures travaillées.	2019-2020	C	S/O			
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Les non-conformités découlant de la compilation des unités de mesure et des heures travaillées ne sont pas prises en compte dans la réponse de l'auditeur étant donné que le MSSS a suspendu les travaux sur la mission d'audit des unités de mesure et des heures travaillées. Nous n'avons donc pas mis en Œuvre de procédures d'audit à cet effet.	2019-2020	C	S/O			
Le résultat des opérations de l'établissement va à l'encontre de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux qui mentionne qu'aucun établissement ne doit encourir de déficit à la fin de l'année financière.	2019-2020	C	S/O			

Rapport à la gouvernance

<p>La version de la base de données pour les applications GRF et GRM n'est plus supportée (Haute-Yamaska).</p>	2014-2015	○	<p>Cette recommandation sera intégrée au plan d'action en sécurité de l'information 2020-21, section 1, Gestion intégrée des risques.</p>			X
<p>Nous avons observé que les pilotes sont responsables de la gestion des droits des utilisateurs à l'égard des applications Logibec Finance et Logibec Paie. Ces fonctions de gestion de la sécurité devraient être assurées par un nombre limité des membres autorisés des technologies de l'information.</p> <p>Nous avons aussi noté pour l'<i>Active Directory</i> qu'il y a plus d'une centaine d'administrateurs de domaine en raison de la fusion des établissements. Or, ce rôle doit être limité à un nombre restreint.</p>	2018-2019	○	<p>Pour Logibec Finance, les pilotes du secteur utilisateur sont encore responsables de la gestion des droits d'accès. Cependant, le nombre de pilotes a sensiblement diminué. Pour ce qui est de Logibec Paie, la situation demeure inchangée.</p> <p>Cette fonction de gestion de sécurité de l'information n'est toujours pas assumée par un nombre limité d'employés autorisés du secteur des TI.</p> <p>Le nombre d'administrateurs de domaine de l'<i>Active Directory</i> demeure inchangé.</p> <p>Cette recommandation sera intégrée au plan d'action en sécurité de l'information 2020-2021, section 3, Gestion de l'identité et des accès.</p>		X	
<p>Une erreur de calcul a été relevée dans la compilation de l'unité de mesure suivante :</p> <p>- Centre d'activités #7532 - Archives : l'admission, la visite et l'usager</p>	2016-2017	○	<p>En avril 2019, la demande pour la mise à jour de la requête informatique en fonction du Manuel de gestion financière a été effectuée. Un suivi quant à la mise en application de cette demande sera fait en 2020-2021. Les unités de mesure pour le centre d'activités 7532 seront donc conformes.</p>		X	
<p>Afin d'appliquer adéquatement les normes comptables du Manuel de comptabilité de CPA Canada (SP 2200 « Information relative aux apparentés » et SP 3420 « Opérations interentités ») et l'annexe A de la NOCC-39 du Manuel de gestion financière, l'établissement devrait mettre en place un processus formel d'identification des apparentés.</p> <p>L'absence d'un tel processus rend l'identification des opérations entre apparentés plus difficile pour la direction, ce qui augmente le risque d'erreurs relativement à la présentation et à la comptabilisation des opérations entre apparentés en regard des normes comptables applicables.</p>	2018-2019	○	<p>Un formulaire avec toutes les informations pertinentes nous permettant d'identifier, s'il y a lieu, les opérations entre apparentés a été mis à jour par les membres de la haute direction et du conseil d'administration.</p>	X		

<p>Une lacune de contrôle interne a été relevée lors des tests sur la paie. Une employée de la paie avait accès à la modification des échelons salariaux, entraînant ainsi une absence de ségrégation de tâches.</p>	<p>2019-2020</p>	<p>○</p>	<p>La liste des personnes ayant accès à la modification des échelons salariaux a été revue et corrigée en juillet 2020 afin d'assurer une ségrégation des tâches adéquate. Les différents accès octroyés au système de la paie seront revus tous les six mois. Un plan de rotation permettant de tester périodiquement les contrôles internes liés aux accès jugés critiques sera également mis en place dès 2020-2021.</p>			<p>X</p>
--	------------------	----------	---	--	--	----------



8

Divulgation des actes répréhensibles

DIVULGATION D'ACTES RÉPRÉHENSIBLES

Tableau : Divulgence d'actes répréhensibles

Divulgence 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	1	Sans objet	Sans objet
2. Le nombre de motifs allégués dans les divulgations reçues (point 1) ²	Sans objet	1	
3. Le nombre de motifs auxquels il a été mis fin en application du paragraphe 3 de l'article 22		0	
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 été 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	1	
✓ 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			
✓ 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			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		1	Sans objet
8. Le nombre de communications de renseignements effectuées en application du premier alinéa de l'article 23 ³			
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 répertoriée à ce point.			

Le responsable du suivi a reçu **24** demandes d'information. Parmi ces demandes, 22 concernaient des situations en lien avec la gestion des ressources humaines (utilisation des médias sociaux, utilisation du cellulaire, relation avec un collègue, etc.) et deux concernaient des situations en lien avec le comportement d'un usager envers un membre du personnel. Selon le cas, la personne a été référée à d'autres personnes ou instances étant susceptibles d'assurer un suivi adéquat (par exemple, un gestionnaire, le Service de proximité - Volet qualité de vie au travail et politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement, le bureau du Commissaire aux plaintes et de la qualité des services ou un syndicat).



9

Organismes communautaires

NOMBRE D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR LE PSOC

Respect des règles et des normes

En 2019-2020, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a accordé, par le Programme de soutien financier aux organismes communautaires (PSOC), 40 079 908 \$ à 203 organismes communautaires œuvrant sur le territoire. La portion de ce financement accordée en soutien à la mission globale totalise 32 692 970 \$ et a été attribuée à 187 organismes communautaires. Le soutien à la mission globale représente donc 82 % du financement accordé aux organismes communautaires du territoire.

Parmi les 203 organismes subventionnés, 61 ont reçu du financement pour des activités spécifiques pour un montant global de 2 669 118 \$.

Enfin, des ententes de services ont été conclues entre le CIUSSS de l'Estrie – CHUS et des organismes communautaires pour un montant de 5 455 877 \$.

Actions réalisées

Au cours de l'année 2019-2020, comme l'exige le PSOC, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a analysé les documents de reddition de comptes des organismes communautaires sous sa responsabilité, soit :

- Le rapport d'activité et le rapport financier du dernier exercice financier complété;
- L'avis de convocation, l'ordre du jour ainsi que le procès-verbal de la dernière assemblée générale annuelle des membres;
- Les relevés statistiques appropriés, lorsque requis;
- Un mécanisme de suivi est en place pour assurer la conformité et le respect des normes. Une attention particulière a été portée au respect des termes de la Convention PSOC 2015-2018.

ALLOCATION DES RESSOURCES AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2018-2019 Base annuelle	2019-2020 Base annuelle	ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2018-2019 Base annuelle	2019-2020 Base annuelle
A.R.C.H.E. de l'Estrie (L')	242 840	257 559	Autisme Estrie (fusion de Autism'Aide et SATEDE)	255 869	271 104
Aide communautaire de Lennoxville et des environs	279 462	292 956	Autre-Rive (L')	171 352	182 251
Alternative en santé mentale l'Autre Versant inc.	426 490	441 982	Azimut-Nord	53 042	67 082
Animation jeunesse Haut-Saint-François	50 480	64 474	Baluchon Alzheimer	29 855	45 081 \$
Arrimage Estrie	167 531	190 908	Banque alimentaire Memphrémagog	111 513	126 605
Association Avante	198 870	210 687	Bouée régionale Lac-Mégantic (La)	726 212	778 682
Association de la fibromyalgie de l'Estrie	150 202	173 267	Braille Atout	15 160	29 650
Association de la sclérose en plaques de l'Estrie	167 534	190 911	Bulle et Baluchon	220 334	243 428
Association de parents de personnes handicapées de Brome-Missisquoi	81 063	89 211	Cellule jeunes et familles de Brome-Missisquoi (La)	52 980	67 019
Association de Sherbrooke pour la déficience intellectuelle (ASDI)	129 565	148 620	Centre communautaire Partage St-François	173 503	197 796
Association de spina bifida et d'hydrocéphalie de l'Estrie	63 208	78 563	Centre d'action bénévole aux 4 vents inc.	197 214	209 589
Association d'entraide en santé mentale «L'Éveil» de Brome-Missisquoi	171 879	182 788	Centre d'action bénévole de Bedford et environs inc.	180 562	191 619
Association des accidentés cérébraux-vasculaires ou traumatisés crâniens Estrie (ACTE)	292 316	317 938	Centre d'action bénévole de Cowansville	193 057	204 339
Association des groupes jeunesse de l'Or Blanc	94 634	109 422	Centre d'action bénévole de Farnham inc.	185 405	196 549
Association des Personnes Aphasiques Granby-Région	35 586	46 801	Centre d'action bénévole de Granby inc.	241 592	255 025
Association des personnes handicapées physiques de Brome-Missisquoi	109 528	118 188	Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook	314 689	300 217
Association des proches de personnes atteintes de maladie mentale de l'Estrie	229 802	254 299	Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord	185 669	196 825
Association des sourds de l'Estrie	63 208	78 563	Centre d'action bénévole de Magog (Carrefour du partage)	169 504	172 555
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (AQEPA) Estrie (O5)	37 411	52 301	Centre de bénévolat de Richmond (CAB)	151 016	161 550
Association du syndrome de Down de l'Estrie	68 340	89 931	Centre d'action bénévole de Sherbrooke (CAB)	72 243	80 232
Association Épilepsie Estrie	39 451	54 378	Centre d'action bénévole de Sutton (CAB)	36 993	50 744
Association Garagona Inc.	40 993	62 901	Centre d'action bénévole de Windsor (CAB)	151 888	162 437
Association Granby pour la déficience intellectuelle	77 995	92 484	Centre d'action bénévole des Sources (CAB) (Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc) (Le)	253 745	266 128
Association PANDA Brome-Missisquoi	63 972	74 968	Centre d'action bénévole du Granit	320 632	326 404
Association québécoise des troubles d'apprentissage (AQETA) Section Estrie	37 652	58 691	Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François	310 192	323 591
Association sportive jeunes handicapés	32 572	53 519	Centre d'action bénévole R.H. Rediker	202 790	214 255

ALLOCATION DES RESSOURCES AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2018-2019 Base annuelle	2019-2020 Base annuelle	ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2018-2019 Base annuelle	2019-2020 Base annuelle
Auberge sous mon toit inc.	437 319	455 820	Centre d'action bénévole Valcourt et région (CAB)	154 202	164 792
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (C.A.L.A.C.S.) de Granby	284 343	297 684	Croisée des Sentiers (La)	130 949	141 121
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de l'Estrie	433 711	451 866	Cuisine Amitié de la MRC des Sources (La)	96 434	111 255
Centre de bénévolat Mieux-Être Ville de Lac Brome	15 008	31 045	Cuisine collective Le Blé d'Or de Sherbrooke	108 508	123 546
Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska inc.	428 090	436 628	Cuisines collectives « Bouchée–Double » Memphrémagog	111 511	126 603
Centre de soutien de l'Estrie	32 572	53 519	Cuisines collectives de la Montérégie (Les)	240 790	252 823
Centre d'entraide La Boussole inc.	41 827	52 431	Cuisines collectives du Haut–Saint–François	100 493	115 387
Centre d'Entraide Plus de l'Estrie	90 579	105 294	Dagobert et cie	37 652	58 691
Centre des femmes Lennoxville et environs	213 531	227 723	Défi handicap des Sources	30 400	44 032
Centre des femmes de la MRC du Granit	208 677	220 248	Diabète Brome–Missisquoi (DBM)	38 730	49 278
Centre des femmes du Haut-Saint-François La Passerelle	208 781	220 354	Diabète Estrie	63 210	78 565
Centre des femmes du Val–Saint–François	249 084	294 816	Diabétiques de la Haute-Yamaska (Les)	35 528	46 018
Centre des femmes La Parolière	208 678	220 249	DIRA ESTRIE	130 895	156 460
Centre des femmes Memphrémagog	208 782	220 355	Divers-Gens	0	32 608
Centre des jeunes de Lennoxville	95 066	109 862	Domaine de la sobriété (Le)	191 748	211 846
Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie	266 488	305 733	Dysphasie–Estrie	98 639	120 775
Centre jeunesse « Le trait d'union »	143 023	153 380	Élixir ou l'Assuétude d'Ève	180 942	204 559
Centre l'Élan	170 458	181 341	Ensoleillée – ressource communautaire en santé mentale (L')	139 368	149 692
Centre pour femmes immigrantes de Sherbrooke	215 702	229 933	Entrée Chez–Soi Brome–Missisquoi	243 599	250 205
Chaudronnée de l'Estrie (La)	103 204	118 147	Entr'Elles Granby inc.	360 276	377 390
Club 3ième âge de Farnham inc.	35 664	49 391	Équipe d'accompagnement Au Diapason (L')	55 982	71 287
Club des personnes handicapées Brome–Missisquoi inc.	42 212	56 057	Escale de l'Estrie (L')	922 028	988 653
Coalition Impact de rue Haute-Yamaska	0	10 726	Étincelles de bonheur du Haut–Saint–François	90 583	105 298
Coalition sherbrookoise pour le travail de rue	228 288	240 212	Exit de Waterloo (L')	162 506	174 233
Collective par et pour Elle inc.	203 450	214 927	Famille Espoir	24 377	24 816
Comité popote roulante de Cowansville inc. (Le)	42 811	43 582	Famille Plus	24 377	24 816
Comité popote roulante de Farnham inc. (Le)	38 567	39 260	Fantastiques de Magog (Les)	90 583	105 298
Cordée, ressource alternative en santé mentale (La)	426 122	441 607	Grande Table (La)	96 434	111 255

ALLOCATION DES RESSOURCES AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2018-2019 Base annuelle	2019-2020 Base annuelle	ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2018-2019 Base annuelle	2019-2020 Base annuelle
Corporation jeunesse Memphrémagog	113 234	123 087	Grands frères et grandes sœurs de l'Estrie (Les)	51 962	73 258
Gris Estrie (Groupe régional intervention social Estrie)	32 332	38 005	Maison des jeunes de Sutton inc. (La)	93 586	108 346
Handi Apte	188 012	199 211	Maison des jeunes de Waterville : Les Pacifistes	51 648	65 663
Handi-capable	53 905	64 726	Maison des jeunes Le Boum (La)	114 243	124 109
Horizon pour elle inc.	803 264	867 752	Maison des jeunes l'Initiative	96 372	111 192
Intervention régionale et information sur le SIDA (IRIS Estrie)	108 630	105 316	Maison des jeunes Serge Forest	108 186	102 752
Jeunes du coin d'Ascot (Les)	95 065	109 861	Maison d'hébergement jeunesse Espace Vivant/Living room	299 668	315 690
JEVI Centre de prévention du suicide – Estrie	438 510	456 752	Maison d'hébergement pour personnes en difficulté de Granby Inc.	343 452	360 263
Justice alternative et médiation	286 281	299 671	Maison d'hébergement R.S.S.M.	440 910	459 475
Local des jeunes des Jardins–Fleuris	20 305	36 119	Maison Jeunes–Est	246 151	264 022
Loisirs et services communautaires de Lac-Brome inc.	6 734	0	Maison soutien aux aidants (La)	221 525	232 202
Maison Alice–Desmarais	789 155	853 389	Marraine Tendresse de l'Estrie	46 766	57 458
Maison CALM	307 408	333 303	Méridienne 1990 (La)	726 196	789 296
Maison Caméléon de l'Estrie (La)	69 216	91 632	Moisson–Estrie	181 562	205 191
Maison de la famille de Sherbrooke	8 813	8 972	Moisson Haut-St-François	25 335	28 518
Maison de la famille du Granit (La)	32 636	33 223	MomentHom Centre d'entraide pour hommes de l'Estrie	349 216	461 295
Maison de la famille Memphrémagog	32 710	33 299	Mouvement d'aide paralysie cérébrale Estrie	37 652	38 330
Maison des familles Granby et région	14 779	15 028	Naissance–Renaissance Estrie	549 675	579 931
Maison de répit Déragon inc.	144 530	168 302	Nourri-Source Estrie	0	10 586
Maison des familles FamillAction (La)	17 209	17 519	O.E.I.L. (L')	35 498	45 988
Maison des grands-parents de Sherbrooke	4 487	4 568	Oasis Santé Mentale Granby et région	256 900	269 757
Maison des jeunes Actimaje (La)	91 762	93 414	Orientation jeunesse de la Haute-Yamaska	43 463	54 096
Maison des jeunes de Coaticook (La)	96 758	111 585	Parenfant Montérégie (Le)	143 967	146 558
Maison des jeunes de Farnham	141 435	151 783	Partage Notre–Dame	82 149	83 762
Maison des jeunes de Fleurimont	35 480	43 735	Phare source d'entraide (Le)	159 512	170 221
Maison des jeunes de Granby inc. (La)	124 442	141 222	Place des jeunes l'Intervalle (La)	20 346	49 419
Maison des jeunes de la St–François (La)	122 589	124 796	Point 14–18 de Danville (Au)	94 631	109 419
Maison des jeunes de l'Or Blanc (La)	108 594	118 364	Points Jeunesse du Granit	114 565	124 442

ALLOCATION DES RESSOURCES AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2018-2019 Base annuelle	2019-2020 Base annuelle	ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2018-2019 Base annuelle	2019-2020 Base annuelle
Pont, organisme de justice alternative (Le)	409 930	427 657	Société Alzheimer de l'Estrie (La)	379 756	396 940
Popote de la région de Bedford (La)	45 938	56 616	Soins palliatifs La Rose des vents de l'Estrie (Les)	293 371	311 736
Popote roulante de l'Ange-Gardien	35 516	46 006	Solidarité ethnique régionale de la Yamaska	10 360	10 538
Promotion et défense des droits en santé mentale de l'Estrie (Pro-Def)	223 876	267 066	Soupapes de la bonne humeur (Les)	90 583	105 298
Rayon de soleil de l'Estrie (personnes âgées)	141 515	157 148	Source-Soleil (La)	384 544	402 095
Regroupement des organismes communautaires (ROC) de l'Estrie	151 327	163 722	SHASE (Soutien aux hommes agressés sexuellement durant l'enfance)	97 652	143 691
Regroupement soutien aux aidants de Brome-Missisquoi	199 043	223 796	SPOT Jeunesse de Sherbrooke	95 066	109 862
Relève du Haut-St-François (Le Comité de la relève de Scotstown) (La)	34 821	35 448	Tabliers en folie (Les)	103 836	118 790
Réseau d'amis de Sherbrooke (Le)	329 686	334 363	TDA/H Estrie	170 932	194 370
Réseau d'appui aux familles monoparentales et recomposées de l'Estrie (RAME)	31 115	31 675	Transition pour elles inc.	216 344	250 398
Ressources communautaires en santé mentale «L'éveil»	140 573	143 104	Tremplin 16 – 30 (Le)	56 378	70 478
Ressource pour hommes de la Haute-Yamaska	220 297	279 491	Unité Domrémy d'Asbestos	131 488	141 670
Rivage du Val-Saint-François (Le)	158 258	170 502	Unité Domrémy de Windsor	41 237	41 980
S.O.S. Dépannage Granby et région inc.	158 903	163 142	Villa Pierrot	30 400	51 308
S.O.S. Grossesse (Estrie)	167 533	190 910	Virage Santé Mentale	148 390	158 876
Santé mentale Estrie	35 679	56 682	Zone libre Memphrémagog	104 716	119 687
Sclérose en plaques Haute-Yamaska-Richelieu	63 996	75 181			
Secours-Amitié (Estrie)	192 795	216 626			
Séjour la Bonne œuvre	714 185	777 068			
Sercovie (personnes âgées)	368 411	382 857			
Service d'interprétation pour personnes sourdes de l'Estrie	167 533	190 910			
Seuil de l'Estrie (Le)	277 668	338 289			
Société Alzheimer de Granby et région inc.	140 745	151 516			

ANNEXE

A

**Code d'éthique et de déontologie
des administrateurs**

Conseil d'administration

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CIUSSS DE L'ESTRIE - CHUS

Émetteur	Comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration	
Direction responsable	Présidence-direction générale	
Destinataires	Membres du conseil d'administration	
Entrée en vigueur	4 février 2016	
Adopté par	Conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie - CHUS	Date 2020-02-26 (révision)
Signature	Original signé par : _____ Jacques Fortier, Président du conseil d'administration	

Table des matières

1. Mise en contexte	1
2. Dispositions générales.....	2
3. Principes d'éthique et règles de déontologie	4
4. Conflit d'intérêts.....	8
5. Application	9
6. Dispositions finales.....	12
ANNEXE A - ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DU MEMBRE	13
ANNEXE B - AVIS DE BRIS DU STATUT D'INDÉPENDANCE.....	14
ANNEXE C - DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU MEMBRE	15
ANNEXE D - DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL	17
ANNEXE E - DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS.....	18
ANNEXE F - SIGNALEMENT D'UNE SITUATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS.....	19
ANNEXE G - AFFIRMATION DE DISCRÉTION DANS UNE ENQUÊTE D'EXAMEN.....	20

1. Mise en contexte

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.

2. Dispositions générales

2.1 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 membre.

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. Définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;
- D. 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.

2.2 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 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (RLRQ, chapitre M-30).
 - Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2).
 - Les articles 57, 58 et 59 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2).
 - Loi sur les contrats des organismes publics (RLRQ, chapitre C-65.1).
 - Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbying (RLRQ, chapitre T-11.011).
- Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard d'organismes publics (RLRQ, chapitre D-11.1)

2.3 Définition des termes

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.

Établissement : CIUSSS de l'Estrie - CHUS

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.

2.4 Champ d'application

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

2.5 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 d'élaborer et 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.

2.6 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 dont le mandat a été révoqué ou suspendu au cours de l'année en application du présent code.

3. Principes d'éthique et règles de déontologie

3.1 Principes d'éthique

L'éthique fait référence aux valeurs (intégrité, impartialité, respect, compétence et loyauté) permettant de veiller à l'intérêt public. Comme membre 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.

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.

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, notamment les responsabilités prévues à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, soit :
 - Établir les priorités et les orientations de l'établissement et voir à leur respect;
 - S'assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés;
 - S'assurer du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes;
 - S'assurer d'une utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles, financières et technologiques de l'établissement;
 - S'assurer de la participation, de la motivation, de la valorisation et du maintien des compétences ainsi que le développement des ressources humaines de l'établissement;
 - Nommer le président-directeur général, les cadres supérieurs, le commissaire aux plaintes et à la qualité des services, les médecins, les dentistes et les pharmaciens et autoriser l'octroi de contrats à des sages-femmes;
 - Conclure les contrats de service nécessaires;
 - S'assurer de préserver l'indépendance du commissaire aux plaintes et à la qualité des services et du médecin examinateur;
 - Constituer les comités et conseils obligatoires prévus par la Loi;
 - Constituer les conseils et comités facultatifs nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement;
 - Se doter d'un code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration;
 - Déterminer les normes applicables en matière de conflit d'intérêts et établir les mesures pour prévenir ou faire cesser les conflits d'intérêts;
 - Élire annuellement les officiers du conseil;
 - Solliciter l'agrément de ses services de santé et des services sociaux qu'il dispense;
 - Transmettre au ministre les différents rapports prévus par la Loi.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.
- Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.

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

3.2 Règles de déontologie

La déontologie est un ensemble de règles juridiques de conduite dont l'inobservation peut conduire à une sanction. On peut les retrouver dans diverses lois ou règlements, notamment ceux cités à la section 2.2. Ces devoirs et règles déontologiques indiquent ce qui est prescrit et proscrit.

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

3.2.1 Disponibilité et compétence

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

3.2.2 Respect et loyauté

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

3.2.3 Impartialité

- Se positionner et exercer son droit de vote de la manière la plus objective possible en ne prenant aucun engagement à l'égard de tiers et en n'accordant 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.

3.2.4 Transparence

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

3.2.5 Discretion 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 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 de consulter ou de faire rapport aux membres de son collègue de désignation, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

3.2.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

3.2.7 Relations publiques

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

3.2.8 Charge publique

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

3.2.9 Biens et services de l'établissement

- Utiliser les biens, les ressources et les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'organisation, et ce, conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.
- Ne recevoir aucune rémunération (ou compensation) 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.

3.2.10 Avantages et cadeaux

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

3.2.11 Interventions inappropriées

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

4. Conflit d'intérêts

- Le membre ne peut exercer ses fonctions dans un but de favoriser 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 tenté à préférer certains d'entre eux au détriment des intérêts de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.
- 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 membre 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.
- 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.
- 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 en lien avec les intérêts qu'il a déclarés.
- 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.

- 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.
- 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.

5. Application

5.1 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 membres du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie - CHUS 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.

5.2 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.

5.3 Comité d'examen ad hoc.

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

5.4 Processus disciplinaire

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, et excluant le membre présumé fautif, 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.
- 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.
- 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 doit être écrite et motivée. 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.
- 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.
- 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).

5.5 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.

5.6 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 de membre.
- 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.

6. Dispositions finales

6.1 Version antérieure

La présente mise à jour remplace la version adoptée le 4 février 2016 et doit faire l'objet d'une révision au plus tard dans les quatre (4) années suivant son entrée en vigueur.

Annexe A - Engagement et affirmation du membre

Je, soussigné, _____, membre du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration, 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 CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

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 membres du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie - CHUS et je m'engage à m'y conformer.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

Annexe B - 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 CIUSSS de l'Estrie - CHUS due aux faits suivants :

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe C - Déclaration des intérêts du membre

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées], membre du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre de membre

- Je n'agis pas à titre de membre 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 de membre 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 membres du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie- CHUS.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie - CHUS et m'engage à m'y conformer.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

4. Moyen(s) raisonnable(s) et équilibré(s) pour prévenir ou régler une situation de conflit d'intérêts

Explicitez les mesures de gestion, si nécessaire :

Signature Président

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe D - Déclaration des intérêts du président-directeur général

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées], président-directeur général et membre d'office du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie- CHUS, 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 de membre

- Je n'agis pas à titre de membre 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 de membre 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 membres du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie- CHUS et m'engage à m'y conformer.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe E - Déclaration de conflit d'intérêts

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe F - 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 G - 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 de membre.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

A white outline of a tea kettle is centered on the page. Inside the kettle's body is the text 'ENSEMBLE pour la Vie'. The kettle has a curved handle on the right side. The background is a teal color with several overlapping, semi-transparent shapes: a large leaf-like shape on the left, a circle with diagonal hatching at the top, and several other circles and leaf shapes in various shades of light teal.

ENSEMBLE
pour la
Vie

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke

Québec 