

COLLABORATION • AGILITÉ

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2020
2021

*du Centre intégré universitaire de santé
et de services sociaux de l'Estrie — Centre
hospitalier universitaire de Sherbrooke*

ENTRAIDE • BIENVEILLANCE • INNOVATION

Québec 

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 978-2-550-89644-9 (imprimé)
ISBN 978-2-550-88093-6 (PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

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 mobilisé afin de répondre aux besoins de sa population

Il est indéniable que la dernière année a apporté son lot de défis, chamboulé notre quotidien et nos façons de faire. Cependant, bien que nous nous sommes retrouvés dans un contexte sans précédent, l'ensemble de la communauté interne du CIUSSS de l'Estrie – CHUS s'est rapidement mobilisé afin que nous puissions poursuivre notre mission : offrir à l'ensemble de la population des soins et services de qualité dans un environnement sécuritaire. En effet, dès l'arrivée de la pandémie, gestionnaires, employés, médecins, chercheurs et étudiants ont travaillé plus que jamais en étroite collaboration afin de maintenir notre offre de service régulière tout en développant rapidement l'ensemble des services requis sur le territoire en regard de la COVID-19. Pour ce faire, créativité et entraide ont été essentielles en ces circonstances exceptionnelles.

Au cours de la dernière année, l'équipe de gestion de la Direction générale a accueilli un nouveau directeur général adjoint aux programmes de santé physique générale et spécialisée. En effet, M. Donald Haineault, gestionnaire chevronné du réseau de la santé, s'est joint à l'équipe suivant le départ de M. Rémi Brassard. C'est donc appuyé par une solide équipe en place que les travaux amorcés l'année dernière se sont poursuivis afin de centrer nos efforts sur ce que l'on doit bien faire, maîtriser nos opérations et limiter davantage les projets d'envergures, démarche d'autant plus importante en contexte de pandémie afin de demeurer agile pour répondre et adapter rapidement notre offre de service aux besoins de la population. Ainsi, le focus a donc été regroupé autour de quatre grands thèmes, soit : la maîtrise de nos opérations, l'utilisation du plein potentiel du personnel, la mise en place du plan d'action pour les jeunes et leur famille et la modernisation de l'organisation.

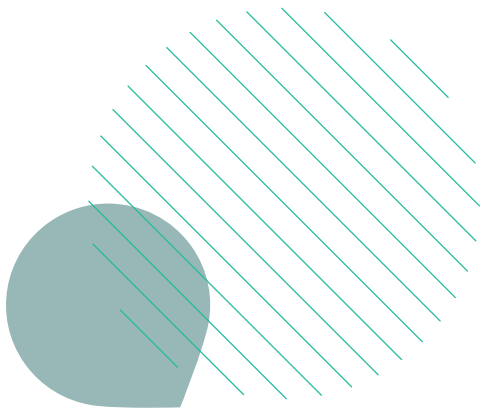
Nous sommes extrêmement reconnaissants de l'engagement et de la rigueur du personnel pour tout le travail accompli en cette année inédite. Grâce aux milliers d'hommes et de femmes qui composent notre organisation, nous sommes confiants de poursuivre notre mission en nous assurant du bien-être de nos usagers, leurs proches et la population.

Bonne lecture!

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 2020-2021 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 2021.

Original signé par
Dr Stéphane Tremblay
Président-directeur général



TABLE DES MATIÈRES

L'ÉTABLISSEMENT.....	9
Notre mission	10
Notre vision.....	10
Territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS	11
La mission universitaire.....	12
Organigramme de l'organisation au 31 mars 2021	14
LE CONSEIL D'ADMINISTRATION	15
COMITÉS, CONSEILS ET INSTANCES CONSULTATIVES	16
LES FAITS SAILLANTS.....	17
RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.....	23
RÉSULTATS DES INDICATEURS	25
ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ.....	33
L'AGRÉMENT.....	35
LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES	36
LE NOMBRE DE MISES SOUS GARDE DANS UN ÉTABLISSEMENT SELON LA MISSION.....	52
L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS	53
L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION.....	55
APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	57
RÉSUMÉ DU RAPPORT SUR L'APPLICATION DE LA POLITIQUE SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	59
RESSOURCES HUMAINES	61
LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC ET PRIVÉ CONVENTIONNÉ	63
GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS.....	64
RESSOURCES FINANCIÈRES.....	67
UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME	69
ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE	70
CONTRATS DE SERVICES	71
RESSOURCES INFORMATIONNELLES.....	73
FAITS SAILLANTS DE LA CONTRIBUTION DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES À LA RÉALISATION DE SA MISSION	75
ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATION ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT	77
RAPPORT FINANCIER - P. 140	79
DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES.....	83
DIVULGATION D'ACTES RÉPRÉHENSIBLES.....	85
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES.....	87
NOMBRE D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR LE PSOC.....	89
ANNEXE A.....	95
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE.....	97



LEXIQUE ET ACRONYMES

CDD	Centre désigné de dépistage
CDÉ	Centre désigné d'évaluation
CdRV	Centre de recherche sur le vieillissement
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
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 – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CRCHUS	Centre de recherche du CHUS
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CUCI	Comité des usagers du centre intégré
DI-TSA	Déficiência intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme
DRMG	Département régional de médecine générale
IUPLSSS	Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux
MRSI	Maladies respiratoires sévères infectieuses
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PCI	Prévention et contrôle des infections
PDG	Président-directeur général
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PSSSU	Prestation sécuritaire des soins et des services aux usagers
RLS	Réseau local de services
RPA	Résidence privée pour aînés

COLLABORATION • AGILITÉ

1

*L'établissement et
les faits saillants*

ENTRAIDE • BIENVEILLANCE • INNOVATION

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), l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS) et les activités de recherche menées à l'Hôpital de Granby par six cliniciens de recherche (deux neurologues, trois internistes et un urologue)

LE PLUS
GRAND
EMPLOYEUR
EN ESTRIE

DES CENTAINES DE PARTENAIRES

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

9
réseaux
locaux de
services
(RLS)

10 %
DE L'ACTIVITÉ
ÉCONOMIQUE
ESTRIENNE

21
FONDATAIONS

Plus de
100
INSTALLATIONS

1 100
BÉNÉVOLES

1 100
LITS en centres
hospitaliers et
en centres de
réadaptation

1 300
MÉDECINS et
PHARMACIENS

11 750
STAGES
représentant quelque
220 630 jours de
stages

2 100
LITS au permis en
centres d'hébergement
et de soins de longue
durée (CHSLD)

20 500
EMPLOYÉS et
GESTIONNAIRES

Près de
500 000
HABITANTS sur le
territoire desservi

L'ÉTABLISSEMENT

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, ancrées 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.

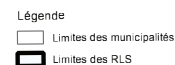
Elles veillent également à circonscrire le rapport préconisé entre les membres de notre organisation et auprès des partenaires, de même que notre manière de faire.

Au cours de la prochaine année, des travaux seront réalisés afin d'actualiser les valeurs qui guident notre organisation depuis sa création en avril 2015.

LA COHÉRENCE : notre 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.

Le territoire de desserte de l'établissement représente près de 13 000 km² et s'étend de Lac-Mégantic à Ange-Gardien et comporte neuf réseaux locaux de services.





LA MISSION UNIVERSITAIRE

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS constitue le seul CIUSSS à intégrer la mission d'un centre hospitalier universitaire (CHU). Il compte une unité de recherche à l'Hôpital de Granby et trois infrastructures reconnues par les Fonds de recherche du Québec, soit le Centre de recherche du CHUS (CRCHUS), le Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV), ainsi que l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPSSS). Ce dernier s'inscrit également dans le cadre d'une désignation ministérielle octroyée à l'établissement.

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, 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 de tous les volets de la mission universitaire (enseignement, recherche, transfert des connaissances, évaluation des technologies et des modes d'intervention, pratiques de pointe et rayonnement) auxquels s'ajoute la télésanté, et ce, tant sur le plan des activités cliniques qu'administratives. Cette contribution repose sur de solides collaborations avec de nombreux partenaires, dont l'Université de Sherbrooke.



Quelques événements marquants

Cette année, marquée par la pandémie, a mis en lumière l'apport important de la mission universitaire dans notre établissement. Parmi 341 nouveaux projets et plus de 407 ententes de recherche et de partenariats conclues, 79 projets visaient le développement de connaissances pour mieux comprendre les effets et soutenir la prise en charge de la COVID-19. Nos infrastructures de recherche ont aussi poursuivi leur développement au bénéfice des soins et services offerts à nos usagers et à notre population. À titre d'exemples :

- **L'arrivée de deux nouveaux directeurs scientifiques, Mme Isabelle Dionne au CdRV et Dr André Carpentier au CRCHUS;**
- **La mise en activité, au CRCHUS, d'un nouvel appareil de tomographie d'émission par positrons dédié à la recherche et financé au coût de cinq millions de dollars par le ministère de l'Économie et de l'Innovation, la Fondation du CHUS et l'établissement;**
- **La croissance marquée des activités à l'Unité de recherche à Granby a contribué à faire doubler le nombre de projets actifs;**
- **Plus d'un million de dollars en nouvelles subventions, au CdRV, pour des initiatives de recherche intersectorielle et des collaborations grandissantes avec nos partenaires représentant les aînés;**
- **Le déploiement d'une approche de formation innovante, à l'IUPLSSS, avec la participation de chercheurs, en réponse aux besoins des intervenants à la Direction de la protection de la jeunesse.**

La contribution à différents mandats nationaux dans le Cadre des services de proximité du MSSS fait suite à la désignation d'établissement d'IUPLSSS.

En contexte de pandémie, la télésanté a vécu un essor sans précédent. Le centre de coordination de la télésanté a soutenu l'ensemble des directions cliniques dans le déploiement de cette modalité qui a permis la continuité et l'accessibilité de services de santé et de services sociaux. Ce sont des milliers d'usagers qui ont eu accès à des soins et services à distance sécuritaires répondant à divers besoins (oncologie, réadaptation, maternité, maladies chroniques, santé mentale, etc.). En effet, 2 960 consultations virtuelles en clinique externe spécialisée ont été réalisées en 2020-2021 ce qui représente plus de 200 consultations par mois.

Enfin, l'unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé a publié sept rapports, dont quatre en lien avec la COVID-19. Le service de transfert des connaissances et des pratiques de pointe a contribué à 29 nouveaux projets organisationnels, dont plusieurs en soutien à la prise en charge de la pandémie ou au Plan d'action pour les jeunes et leur famille. La bibliothèque du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a profité du contexte pour poursuivre le déploiement de ressources électroniques portant à près de 1 800 le nombre de périodiques électroniques accessibles à notre communauté du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.



Le Réseau universitaire intégré de santé et services sociaux (RUISSS) de l'Université de Sherbrooke

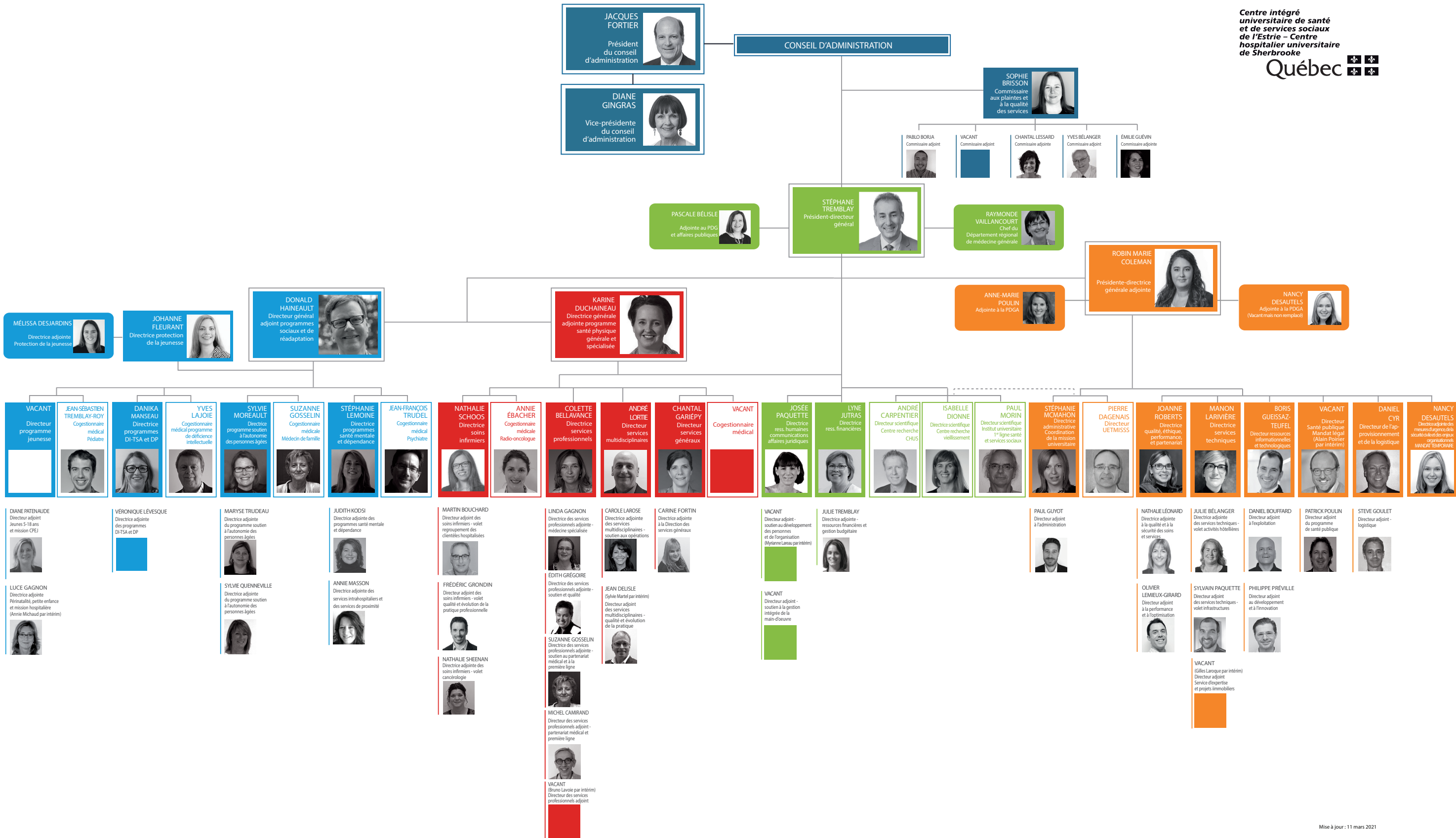
Le RUISSS de l'Université de Sherbrooke déploie ses missions de formation et de recherche à travers l'Estrie, la Montérégie, le Centre-du-Québec, et ce, jusqu'au Saguenay-Lac-Saint-Jean. Ses travaux ont été quelque peu ralentis au cours de la dernière année. Toutefois, notons deux éléments importants : le démarrage du projet avec les Accorderies (Longueuil, Sherbrooke et Shawinigan), ainsi que la volonté du RUISSS d'axer ses travaux sur la sortie de crise et les pratiques innovantes.

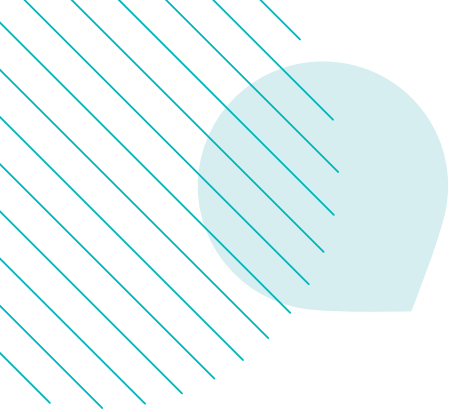
ORGANIGRAMME DE L'ORGANISATION AU 31 MARS 2021

ORGANIGRAMME DE LA DIRECTION

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

Québec





LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Composition au 31 mars 2021

Jacques Fortier

Président

Diane Gingras

Vice-présidente

Gérald R. Cutting

Membre indépendant

André Forest

Membre indépendant

Rachel Hunting

Membre indépendant

Michel Kinumbe Elungu

Membre indépendant

Isabelle Boucher

Membre indépendant

Denis Roussel

Membre indépendant

Serge Therrien

Membre indépendant

Lane Chamberland

Membre indépendant

Marie-Claude Rodrigue

Membre désigné CII

Patrice Lamarre

Membre désigné CRSP

Michel Lafrance

Membre désigné CUCI

Alain Thivierge

Membre désigné CM

Caroline Germain

Membre désigné CMDP

Raymonde Vaillancourt

Membre désigné DRMG

Jocelyne Faucher

Membre nommé Université

Patricia Bourgault

Membre nommé Université

Stéphane Tremblay

PDG-Membre d'office

Marie-Paule Gendron

Membre désigné Fondations



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 prendre connaissance de l'annexe A qui se trouve à la fin du présent rapport. À noter que pour l'année de référence 2020-2021, aucun cas disciplinaire ou manquement n'a été constaté par les instances durant l'année de référence.

COMITÉS, CONSEILS ET INSTANCES CONSULTATIVES

Comités du conseil d'administration :

- Comité de vigilance et de la qualité;
- Comité de gestion des risques;
- Comité de suivi et de vérification budgétaire;
- Comité sur la mission universitaire;
- Comité des ressources humaines et des communications;
- Comité sur les soins et services;
- Comité de révision;
- Comité des mesures disciplinaires;
- Comité de gouvernance et d'éthique.

Conseils professionnels :

- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;
- Conseil des infirmières et infirmiers;
- Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires;
- Conseil multidisciplinaire;
- Conseil des sages-femmes.

Instances consultatives :

- Comité des usagers;
- Comité aviseur langue anglaise;
- Comité d'éthique à la recherche;
- Comité d'éthique clinique et organisationnelle.



LES FAITS SAILLANTS

La pandémie COVID-19

RAPIDEMENT EN MODE ACTION

Dès janvier 2020, le groupe de travail des maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI) s'est mis sous tension afin de préparer nos installations à l'arrivée de patients suspectés et confirmés à la COVID-19. Le triage, l'approvisionnement, les pratiques de prévention en contrôle des infections et les chambres à pression négative ont été le centre des discussions jusqu'au début mars 2020.

OUVERTURE DU CENTRE DE COORDINATION DES MESURES D'URGENCE ET SÉCURITÉ CIVILE

Le 10 mars, la Coordination des mesures d'urgence, sécurité civile et enjeux organisationnels, sous la Présidence-direction générale adjointe, a ouvert le Centre de coordination des mesures d'urgence et sécurité civile dans lequel se sont réunis des représentants de la santé publique, du service de prévention et contrôle des infections (PCI), du service de santé et sécurité au travail et plusieurs autres représentants de la majorité des directions de l'établissement.

L'objectif était de centraliser les grands aspects de la COVID-19 (mesures PCI, dépistage, vaccination, éclosions) et de traiter efficacement et transversalement les enjeux majeurs faisant surface et générant des orientations organisationnelles tout aussi rapidement. La structure de gouverne s'est depuis ajustée, avec la réintégration de certains dossiers COVID-19, a même les directions.

VAGUES DE DÉLESTAGE

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a dû s'ajuster constamment sur les différents volets composant la gestion de la pandémie. Dès le printemps, avec l'appréhension de nombreuses hospitalisations, une première vague de délestage des activités a eu lieu et a dû être répétée dès le début de l'hiver avec l'arrivée de la deuxième vague.

Outre le fait que cela ait permis de prendre en charge la hausse des hospitalisations, le délestage a libéré des ressources humaines et matérielles afin de fournir de nouveaux services propres à la COVID-19 ou encore de suffire à des activités mises sous pression. Les directions ont su rapidement actualiser les orientations du ministère sur le délestage dès la tombée des directives.

Dès l'été et l'automne 2020, lors d'un exercice organisationnel de préparation à une seconde vague, les directions ont débuté la planification d'un délestage subséquent en plus des préparations des installations à une éventuelle surcapacité hospitalière (retour d'employés délestés, réorganisation des zones en installation, plan pour planifier une surcapacité).

Ce délestage, en plus des impacts connus et anticipés auprès des clientèles, a tout de même chamboulé les intervenants qui ont dû, en plus des heures supplémentaires et du rehaussement des pratiques PCI, intégrer un nouveau secteur, un nouveau quart de travail ou encore intégrer de nouvelles fonctions. Il ne faut pas négliger l'attention particulière qu'il faut donner à leur réintégration dans le poste d'origine.

En parallèle de l'atténuation du délestage, des séances d'appels auprès des usagers plus vulnérables en attente ont été effectuées par différentes directions. De plus, des fiches d'information sur le déconditionnement, des activités habituelles de suivis et d'autres actions de soutien ont été effectuées afin de soutenir la clientèle dans ces moments d'attente.



OPÉRATION DÉPISTAGE À VITESSE GRAND V

Dès le 14 mars, un premier centre de tests COVID-19 a été érigé devant l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke. Un second centre à Granby s'est ajouté, quelques jours plus tard, afin d'élargir l'offre et libérer, partiellement, les urgences de cette activité. Près de 500 tests se faisaient par jour.

Le continuum de dépistage, composé d'un centre d'appels COVID-19, trois centres désignés de dépistage COVID-19 (CDD), quatre points de dépistage COVID-19, deux cliniques désignées d'évaluation (CDÉ), des laboratoires fonctionnant à plein régime, une centrale de gestion des résultats négatifs et des équipes d'enquêtes de santé publique a traité près de 3 000 tests par jour en comptant les dépistages effectués en installation au plus haut de la pandémie.

Par ailleurs, un partenariat avec l'Université de Sherbrooke a vu le jour afin d'augmenter notre capacité au niveau des laboratoires ainsi que le délai de traitement.

DÉPLOIEMENT DE LA VACCINATION

En ce qui concerne la vaccination, après avoir nommé un coordonnateur de la campagne (avant la nomination d'un directeur de la campagne), une structure de gouverne a été mise en place avec des rencontres journalières afin d'adresser les défis dès qu'ils immergeaient. La structure existante en vaccination saisonnière a été ajustée aux besoins de la vaccination contre la COVID-19.

Les défis de logistique tels que le transport de vaccins, leur manipulation, etc. et l'identification du nombre de personnes à vacciner ont été des défis importants, et ce, en concordance avec le déploiement des directives ministérielles.

Tout en planifiant l'ouverture de centres de vaccination dans les différents RLS, des équipes de vaccination mobile ont été rapidement constituées (3 janvier) afin d'administrer les doses en CHSLD et en RPA. C'est grâce à une équipe dévouée qu'il a été possible d'atteindre l'ensemble des objectifs dans les temps impartis.

COMMUNICATION ET COLLABORATION AU COEUR DE LA GESTION DE LA PANDÉMIE

Afin d'assurer un message arrimé à l'interne, la Direction générale a mis en place un webinaire destiné à tous les gestionnaires, des vidéos du Président-directeur général avec les nouveautés et messages-clés du moment et une

infolettre COVID-19 comportant les nouvelles orientations et mesures à prendre. Ces outils de communications ont fait leurs preuves au courant de la dernière année.

Le webinaire s'est avéré comme étant un mode de communication efficace pour faire le point sur l'environnement interne et externe de l'établissement et répondre aux questions des gestionnaires de tous niveaux. Ce modèle de webinaire a été repris par des secteurs à d'autres occasions majeures telles que des changements dans le port des équipements de protection individuelle et la campagne de vaccination.

Au fur et à mesure, les modalités de communications se sont adaptées ainsi, de façon régulière, l'établissement a tenu des rencontres avec les instances syndicales, les associations de gestionnaires, le comité des usagers ainsi qu'avec le comité de liaison des MRC.

À la même hauteur que la communication, la collaboration était au cœur de la gestion de la pandémie, et ce, autant entre les directions qu'avec les partenaires. Nos partenaires estriens, notamment les municipalités, l'Université de Sherbrooke ainsi que nos partenaires communautaires, ont été également très précieux pour la mise en place de différents projets. On peut penser entre autres à l'octroi de locaux pour les centres de dépistage et de vaccination et le partage de ressources matérielles et de services d'analyse de tests COVID-19.

REGARD SUR LE CHEMIN PARCOURU ET ÉVOLUTION

Pendant et suite à l'intervention en pandémie, l'établissement dirige son regard vers l'avant afin d'assurer une évolution adaptée au chemin parcouru.

En effet, il faudra s'assurer de miser sur le legs de la pandémie autant en termes de leçons apprises que sur les éléments qu'elle aura permis de faire évoluer telle que la télésanté, le télétravail, la sensibilisation aux bonnes pratiques de prévention et contrôle des infections, les relations entre les différents secteurs et avec les partenaires.

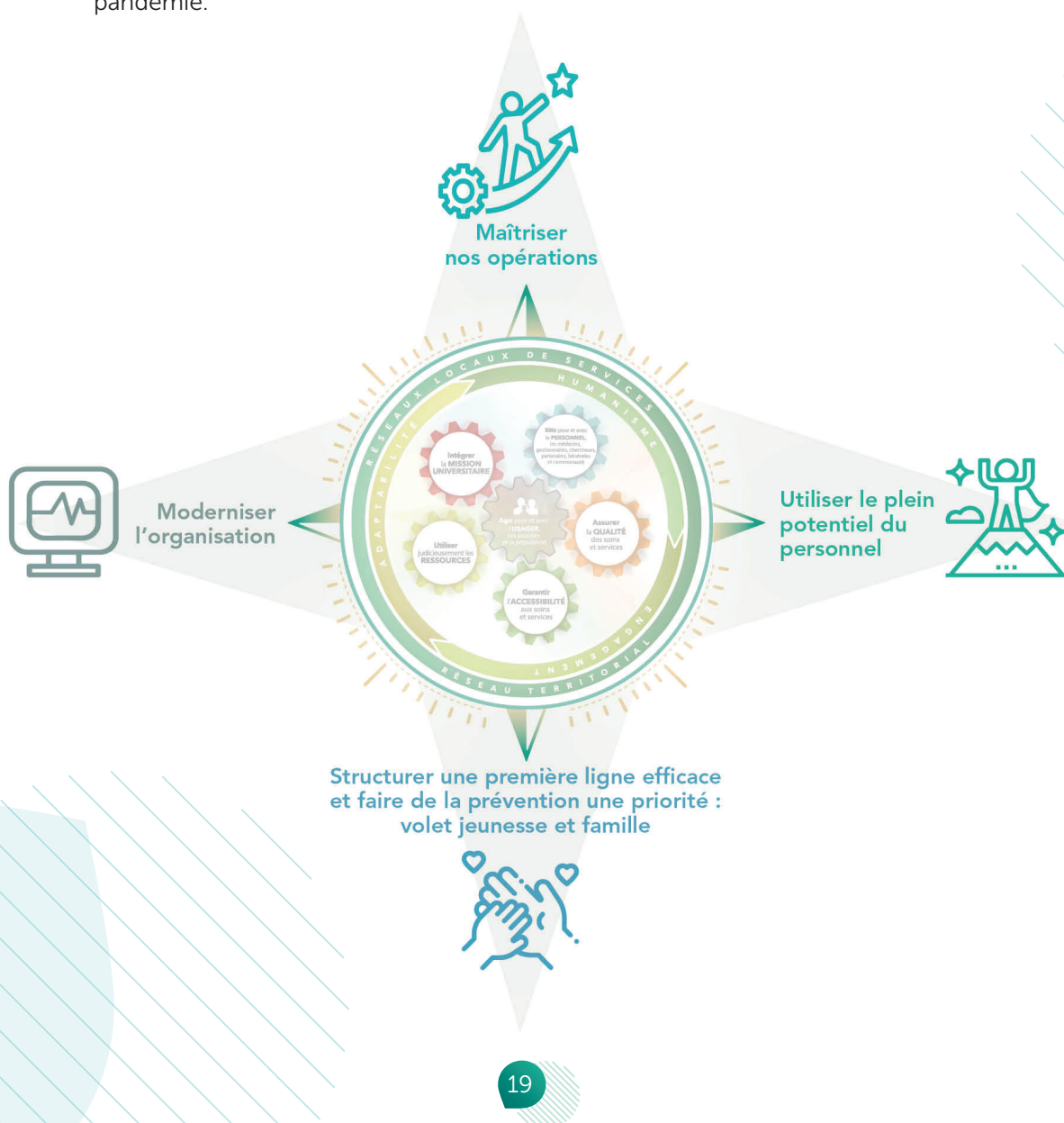
En plus des démarches de la direction générale sur l'évolution de l'établissement, un groupe de travail se penche sur le rétablissement de la communauté interne, des clientèles et de la population estrienne.

Le plan annuel 2020-2021

En continuité du plan adopté l'année dernière, notre plan annuel 2020-2021 poursuit toujours le même objectif, soit de continuer à s'améliorer et celui-ci a été reformulé en quatre grandes orientations :

- La maîtrise de nos opérations;
- L'utilisation du plein potentiel du personnel;
- La mise en place du Plan d'action pour les jeunes et leur famille;
- La modernisation de l'organisation.

L'élaboration de ce dernier a été réalisée en tenant compte des besoins des usagers et de la population, des priorités ministérielles ainsi que des enjeux organisationnels. L'actualisation de ce plan se fait en collaboration avec l'ensemble des directions tout en tenant compte des réalités de chaque secteur afin de nous permettre de demeurer agile dans le contexte de pandémie.





L'accompagnement et la protection des enfants et leur famille, une priorité organisationnelle

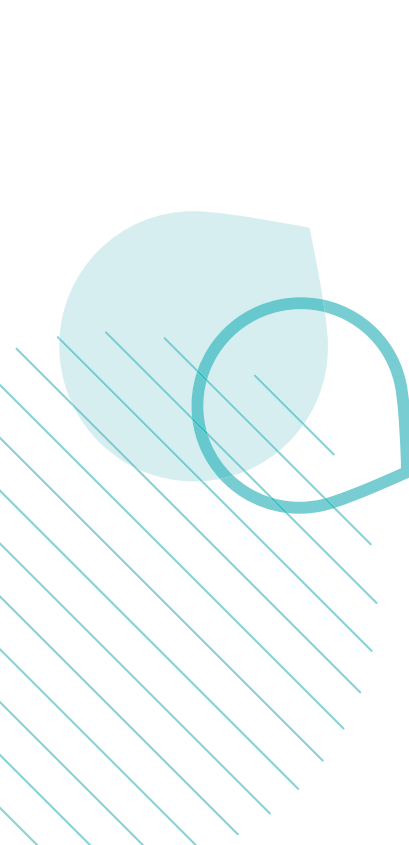
Étant l'une des grandes orientations du plan annuel 2020-2021, le volet jeunesse demeure une priorité de tous les instants. En complémentarité des travaux réalisés l'année dernière par les équipes gravitant autour des jeunes et leur famille et conformément aux quatre axes du mémoire que l'établissement a déposé en février 2020 à la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, c'est avec une grande fierté que le CIUSSS de l'Estrie – CHUS et ses partenaires ont dévoilé la nouvelle mouture du Plan d'action pour les jeunes et leur famille.

Pour y arriver, plus de 300 partenaires internes et externes issus de différents milieux (scolaire, policier, petite enfance, communautaire et autres) ont participé à des ateliers virtuels afin d'émettre des recommandations pour guider l'élaboration de ce nouveau plan d'action permettant de déployer un filet social mieux articulé autour des enfants et des familles. Les résultats d'analyse de cette vaste consultation auprès des acteurs estriens ont permis d'identifier 44 actions qui s'échelonneront en trois phases :

- Les six premiers mois (janvier à juin 2021);
- La première année (2021 à 2022);
- Les années subséquentes (2022 à 2025).

Nous sommes convaincus qu'en agissant ensemble, avec la collaboration de tous, nous serons en mesure de mieux accompagner et protéger chaque enfant de notre territoire.

Pour constater l'état d'avancement du Plan d'action pour les jeunes et leur famille, nous vous invitons à consulter régulièrement le site santeestrie.qc.ca/tous-concernes.



La santé globale des ressources humaines, plus que jamais au cœur de nos décisions

Malgré la situation d'urgence sanitaire dans la dernière année, des efforts colossaux ont été déployés afin de poursuivre et même accentuer le recrutement afin d'assurer une relève aux équipes et maintenir notre mission : offrir à nos usagers des soins et services de qualité, dans un contexte sécuritaire tout en assurant à l'ensemble du personnel, gestionnaires, médecins et stagiaires les meilleures conditions possibles.

Le recrutement, un incontournable

L'établissement a ajouté dans ses rangs 4 823 nouvelles ressources, et ce, toute catégorie d'emploi confondue. Pour ce faire, différentes stratégies ont été utilisées en transformant notamment les processus d'entrevues, tout comme les accueils organisationnels, afin que le tout puisse se dérouler de façon virtuelle.

Tout au long de l'année, notre équipe des ressources humaines a également multiplié les salons de l'emploi afin de promouvoir l'établissement et sa région. Des stratégies nationales ont également soutenu le CIUSSS de l'Estrie – CHUS. À titre d'exemples, on peut penser au site jecontribue.ca, au prêt de personnel du réseau de l'éducation, au recrutement ou au rehaussement des disponibilités des étudiants et le rappel de retraités de l'établissement. Rappelons aussi le programme accéléré afin de devenir préposé aux bénéficiaires à temps complet en CHSLD. Cette formation d'une durée de 375 heures répartie sur douze semaines a permis à 460 personnes d'être nouvellement diplômées depuis juin 2020 dans la région.

L'importance de la santé psychologique du personnel

Suivant le chantier d'amélioration de la présence au travail de l'année dernière par les gestionnaires, l'offre a été grandement adaptée et bonifiée pour l'ensemble des acteurs de la communauté en axant davantage les outils afin de soutenir la santé psychologique dans ce contexte particulier. En effet, une bonification au programme d'aide aux employés a été apportée et une plateforme santé et bien-être, pour l'ensemble du personnel et leur famille afin de favoriser la santé globale, a été rendue disponible. Le « Prendre soin » est un incontournable et pour y arriver, une attention particulière a été mise sur les communications dans la dernière année afin de s'assurer que tous puissent avoir la bonne information, au bon moment.



Des installations adaptées aux besoins des usagers et du personnel

Dans le souci d'offrir des milieux de vie répondant mieux aux besoins de la clientèle et du personnel, différentes améliorations d'installations viennent bonifier notre établissement :

- **Maisons des aînés et alternatives :**

L'Estrie ajoutera sous peu trois maisons des aînés et alternatives sur son territoire, soit à Sherbrooke, Granby et Magog. Une maison des aînés sera également ajoutée à Coaticook. On se rappelle que ces projets visent à favoriser les contacts humains dans un environnement mieux adapté aux besoins des résidents et de leur famille.

- **Inauguration du CHSLD Leclerc à Granby :**

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a inauguré cette nouvelle installation en février dernier. Doté d'une superficie de 13 617 mètres carrés et possédant 176 lits, ce nouveau bâtiment permet d'améliorer la qualité et l'accessibilité des soins et services d'hébergement offerts aux personnes en perte d'autonomie de la région.

- **Agrandissement du CHSLD Santé Courville à Waterloo :**

Ces travaux permettront d'ajouter 11 lits supplémentaires afin de répondre aux besoins des résidents du secteur faisant ainsi passer la capacité à 66 lits. Inspiré du concept des maisons des aînés, ce projet d'agrandissement favorisera un milieu de vie à dimension humaine.

- **Centre Mère-Enfant et Urgence de l'installation de l'Hôpital Fleurimont :**

Cet important chantier s'est poursuivi dans la dernière année. Rappelons qu'à terme, l'agrandissement de plus de 33 000 mètres carrés permettra d'y installer la pédopsychiatrie, la maternité, la médecine pédiatrique dont des soins intensifs pédiatriques et des soins intensifs néonataux ainsi que la toute nouvelle urgence 0-100 ans. L'aménagement de ce nouvel environnement combinera la sécurité, la qualité et le bien-être des usagers et du personnel soignant.

COLLABORATION • AGILITÉ

2

*Résultats – Plan
stratégique du ministère
de la Santé et des
Services sociaux*

ENTRAIDE • BIENVEILLANCE • INNOVATION

RÉSULTATS DES INDICATEURS

Orientation : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX PROFESSIONNELS ET AUX SERVICES

OBJECTIF : Offrir un accès plus rapide aux services de première ligne

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2020	Résultats au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 plan stratégique du MSSS
Pourcentage des Québécois inscrits auprès d'un médecin de famille	85,34 %	84,09 %	83 %
Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	370 254	371 334	5 522 287

COMMENTAIRES

Indicateur 1 | Pourcentage des Québécois inscrits auprès d'un médecin de famille

Le nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille est demeuré assez stable à 407 533 (2021) contre 407 723 (2020). Cependant, le nombre de personnes admissibles à la RAMQ a connu une hausse de 6 999 en 2021, ce qui explique la diminution du taux d'inscription de la population de l'Estrie.

Indicateur 2 | Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF

Le nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF est relativement stable, et ce, malgré une baisse du nombre de médecins avec inscriptions en GMF. Le nombre de médecins avec inscriptions était de 390 en 2021 contre 393 en 2020.

Les médecins continuent leurs efforts d'inscription malgré le contexte. Lors de départ de médecin à la retraite, les médecins se transfèrent des patients et l'arrivée de nouveaux médecins aide également à l'inscription.

OBJECTIF : Diminuer le temps d'attente à l'urgence

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2020	Résultats au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 plan stratégique du MSSS
Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	205	158	132 minutes
Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière	12,75	13,05	15 heures

COMMENTAIRES

Indicateur 1 | Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire

Malgré le 205 minutes du 31 mars 2020, il faut savoir que presque 64,1 % des patients sont vus dans un délai inférieur à deux heures ce qui montre une amélioration de 10 % par rapport à 2019-2020. On note aussi une amélioration de 29 minutes par rapport à cette dernière année pour le délai de prise en charge à l'ambulatoire. Des travaux et des efforts soutenus ont été faits cette année en termes de coordination et de standardisation au niveau de la réorientation de la clientèle se présentant aux urgences. Ceci devrait aider à améliorer le délai de prise en charge médicale pour la clientèle ambulatoire lorsqu'il sera complètement déployé.

Indicateur 2 | Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière

Résultat meilleur que la cible nationale. Amélioration continue et maintien des trajectoires/attentes prévues en termes de fluidité des lits. Une de nos salles d'urgence (CH de Granby) se retrouve parmi les 25 salles d'urgence en difficulté au sein du réseau. Un plan d'action est établi et en déploiement. Une visite ministérielle est également prévue pour la prochaine année.

OBJECTIF : Améliorer l'accès aux services en santé mentale

Indicateur	Résultats au 31 mars 2020	Résultats au 31 mars 2021	Cible 2020-2021 plan stratégique du MSSS
Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	1 411	1 400	19 201

COMMENTAIRES

Au cours de l'année 2020-2021, nous avons poursuivi nos efforts afin de favoriser l'accès aux services en santé mentale autant pour la clientèle adulte que jeunesse. Malgré la pandémie, il a été possible de maintenir les acquis des dernières années et une adaptation des services sur une base continue a été réalisée. Ainsi, en raison de l'adaptation des activités thérapeutiques, il a été possible de revoir, à la hausse, l'affectation de ressources humaines dans les guichets d'accès en santé mentale. Ceci a permis de faire face à la hausse de requêtes notées dans certains réseaux locaux de services.

Parmi les mesures mises en place afin d'accroître l'accessibilité aux services, notons la poursuite du déploiement du *Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie pour l'année 2021-2022*. Les travaux qui auront cours nous permettront de poursuivre la diminution du nombre de personnes en attente pour un service en santé mentale.

Ajoutons également l'appropriation par les intervenants des moyens technologiques, ce qui a permis d'amorcer des travaux pour revoir, même au-delà de la pandémie, l'offre de service en présentiel. Ainsi, il est souhaité que des usagers puissent bénéficier plus rapidement d'une offre, individuelle ou de groupe, offerte sous mode virtuel par un professionnel, et ce, peu importe les réseaux locaux de services de l'établissement. Il s'agit d'une action qui permettra de pérenniser l'amélioration de l'accès aux services de santé mentale et de soutenir le MSSS dans l'atteinte de la cible définie dans son plan stratégique.

À noter cependant que des défis en lien avec la pénurie de ressources humaines demeurent à être surmontés afin d'aider la poursuite des travaux visant à diminuer le nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale. À cet effet, soulignons que nous demeurons également à l'affût des pratiques innovantes et des projets de recherche nous permettant de faciliter l'accès aux services en santé mentale.

OBJECTIF : Améliorer l'accès aux services en dépendance

Indicateur	Résultats au 31 mars 2020	Résultats au 31 mars 2021	Cible 2020-2021 plan stratégique du MSSS
Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	3 340	3 224	60 671

COMMENTAIRES

Au cours de l'année 2020-2021, nous avons connu une diminution du nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance. Parmi les facteurs expliquant ce résultat, notons :

- La transition, toujours dans le contexte de la pandémie, vers des interventions individuelles au détriment de celles de groupe afin de respecter les consignes sanitaires en vigueur;
- La mise en place des équipes informatiques permettant la réalisation de consultations à distance;
- L'accès à cette clientèle a été plus complexe dû à la fermeture des milieux scolaires;
- Le délestage du personnel afin de soutenir d'autres directions;
- La réduction d'accès, dans le contexte de la pandémie, aux services de gestion de sevrage et de réadaptation en externe.

Concernant la mise en place des équipes informatiques, il s'agit d'ailleurs d'une mesure corrective mise en place en cours d'année afin de pouvoir reprendre l'offre de services courante. Nous sommes d'avis que la reprise des activités régulières permettra d'augmenter de façon significative le nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance.

OBJECTIF : Améliorer l'accès aux services spécialisés

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2020	Résultats au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 plan stratégique du MSSS
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) A = 3 jours et moins B = 10 jours et moins C = 28 jours et moins D = 3 mois et moins E = 12 mois et moins	69 %	55,7 %	81 %
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	1 566	3 065	40 000
Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 56 jours	79,9 %	78,8 %	85 %

COMMENTAIRES

Indicateur 1 | Pourcentage des consultations auprès d'un médecin spécialiste, après référence par un médecin de famille, réalisé à l'intérieur des délais

- Non-disponibilité de certains usagers compte tenu de la situation de la crise sanitaire;
- Augmentation des listes d'attente en médecine spécialisée malgré l'augmentation de l'accès grâce aux modalités de consultation virtuelle;
- Difficultés d'accès en lien avec la disponibilité médicale.

Indicateur 2 | Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois

Le délestage des activités chirurgicales a grandement affecté les résultats. D'ailleurs, nous avons déjà documenté un manque de capacité opératoire sur le territoire et malheureusement, la pandémie est venue exacerber cette problématique.

Afin de rétablir la situation, nous avons déjà signé deux Ententes 108 (délocalisation d'activités chirurgicales en centre médical spécialisé) et sommes actuellement en pourparlers pour signer deux ententes supplémentaires. Ceci nous permettra d'augmenter nos volumes d'activités et de rattraper graduellement le retard dans nos listes.

Indicateur 3 | Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 56 jours

Ce sont les mêmes causes et le même plan d'action que l'indicateur précédent. De plus, nous travaillons actuellement au déploiement de la requête opératoire Web pour minimiser les délais de traitement des requêtes, de l'implantation d'un outil d'aide à la décision (développé en partenariat avec GE Opéra) afin d'attribuer la ressource, au bon moment et au bon chirurgien, et finalement, au déploiement du « prébooking » afin que la date de chirurgie soit déterminée au moins 21 jours avant le délai maximal. Tous ces efforts devraient avoir un impact positif dans l'atteinte des cibles du plan stratégique MSSS.

OBJECTIF : Améliorer l'accès aux services pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme

Indicateur	Résultats au 31 mars 2020	Résultats au 31 mars 2021	Cible 2020-2021 plan stratégique du MSSS
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	993	812	16 000

COMMENTAIRES

Au cours de l'année 2020-2021, nous avons connu 24 décès dans nos milieux en centres d'hébergement de soins de longue durée. Par ailleurs, le nombre total de places en services résidentiels rapportés démontre l'effet de la modulation des milieux résidentiels prévus pour nos usagers. Ainsi, le nombre total d'usagers desservis au niveau résidentiel n'a pas diminué, c'est la modification du type de place qui entraîne ce résultat. Plusieurs places ont été transformées afin de transiter vers le soutien à domicile. Les places modulées sont ainsi passées d'un financement requis pour une place à un financement relié directement à l'utilisateur pour soutenir ses besoins.

OBJECTIF : Augmenter les services de soutien à domicile

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2020	Résultats au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 plan stratégique du MSSS
Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	25 808	30 096	364 602
Nombre total d'heures de services de soutien à domicile	1 151 754	1 272 474	21,3 millions d'heures

COMMENTAIRES

En dépit des défis auxquels la pandémie nous a confrontés, les services de soutien à domicile ont maintenu les services essentiels et assuré la sécurité des usagers.

Le nombre d'heures de services a augmenté en 2020-2021 de 8 % et le nombre d'usagers de 16 %.

Au printemps 2020, lors de la première vague de la pandémie, nous avons desservi davantage d'usagers dont le profil ne requerrait pas d'emblée une intervention en soutien à domicile. Les orientations à l'effet de réduire au minimum la présence des personnes âgées de 75 ans et plus dans les services ambulatoires sont à l'origine de cette situation. En effet, les soins et services requis, incluant les prélèvements sanguins, ont été temporairement transférés sous la responsabilité du soutien à domicile.

Cependant, une forte proportion de ces heures a été effectuée à domicile par des partenaires (services achetés) et par des employés en Chèque emploi-service ce qui a permis de maintenir une desserte suffisante auprès des personnes âgées à domicile. Nous observons également une croissance des heures effectuées par les partenaires (services achetés et Chèque emploi-service) auprès des usagers avec déficience intellectuelle - trouble du spectre de l'autisme - déficience physique. L'augmentation de l'utilisation des modalités en Chèque emploi-service pour cette clientèle découle, entre autres, d'une nouvelle mesure déployée pour le soutien aux parents d'enfant majeur lourdement handicapé laquelle implique l'utilisation accrue de ce type de ressource.

Par contre, plusieurs heures de services en soutien direct aux partenaires (résidences privées pour aînés en éclosion) ont été effectuées directement dans ces milieux par les intervenants de notre organisation (auxiliaires des soins de santé, infirmières et travailleurs sociaux) et ne sont pas comptabilisées dans nos données comme ayant été effectuées à domicile. Les intervenants de l'établissement ont été davantage mobilisés dans les milieux en difficulté alors que les partenaires se sont déployés à domicile où la situation était plus stable.

OBJECTIF : Améliorer l'accès aux services destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille

Indicateurs	Résultats au 31 mars 2020	Résultats au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 plan stratégique du MSSS
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	85,5 %	91,9 %	86 %
Pourcentage des premiers services en CLSC pour les jeunes en difficulté rendus dans un délai de 30 jours ou moins	72,1 %	69,5 %	73 %

COMMENTAIRES

Indicateur 1 | 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

Cet indicateur fait partie du plan stratégique de 5 ans du MSSS. Nous notons, en 2020-2021, une amélioration du respect du délai d'accès aux services pour les jeunes enfants par rapport à l'année 2019-2020 où le taux est passé de 85,5 % à 91,9 %. Différents éléments ont été mis en place ainsi que l'ajout de ressources en lien avec le programme Agir tôt. Les travaux se poursuivent afin de maintenir et améliorer ces délais pour l'accès aux services.

Indicateur 2 | Pourcentage des premiers services en CLSC pour les jeunes en difficulté rendus dans un délai de 30 jours ou moins

En dépit de la pandémie, les équipes « jeunes en difficulté » ont maintenu l'offre de service en relevant le défi de s'adapter à ce contexte difficile. Les rencontres en présentiel ont été maintenues dans la mesure du possible, mais une offre de suivi à distance s'est rapidement déployée, permettant ainsi de rejoindre les familles isolées par ce contexte.

Tout comme pour l'ensemble des secteurs, la pénurie de main-d'œuvre a constitué un enjeu majeur pour le secteur « jeunes en difficultés ». Toutefois, des ajustements dans les pratiques cliniques en lien avec l'introduction de nouveaux titres d'emploi tels que des techniciens en éducation spécialisée et en travail social au sein des équipes ont partiellement permis de pallier cette pénurie qui demeure un enjeu de taille.

L'optimisation de l'offre de service Crise-ados-famille a également eu un impact positif significatif sur l'accès aux services, en favorisant une réponse immédiate aux besoins des familles en crise.

COLLABORATION • AGILITÉ

3

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

ENTRAIDE • BIENVEILLANCE • INNOVATION



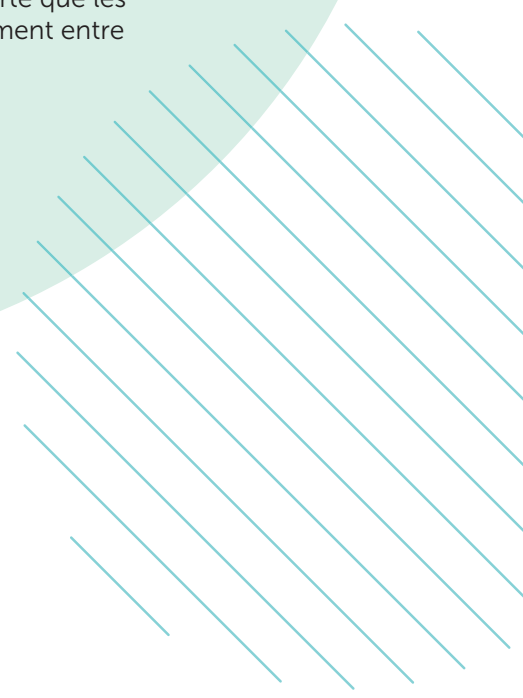
L'AGRÉMENT

Le nouveau programme d'Agrément Canada amène notre organisation à recevoir trois visites sur un cycle de cinq 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.

Le contexte de la pandémie a occasionné un report de la visite de la séquence trois de novembre 2020 à novembre 2021. Même chose pour les remises de preuves attendues suite à la visite de 2019. Le dépôt de celles-ci a été reporté en deux temps, après acceptation d'Agrément Canada, à février 2021 et septembre 2021. La visite de 2019 a permis de confirmer pour le CIUSSS de l'Estrie – CHUS le maintien de son statut d'organisme agréé en respectant le dépôt des remises de preuves aux 34 non-conformités soulevées par Agrément Canada.

Le dépôt des remises de preuves pour les 34 non-conformités suite à la visite des séquences un et deux en 2019 a été réalisé et accepté en février 2021 pour huit de celles-ci. Les 26 autres remises de preuves seront soumises en septembre 2021.

Le contexte de la pandémie de COVID-19 a fait en sorte que les équipes ont limité les travaux sur la démarche d'agrément entre mars 2020 et mars 2021.





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 la qualité et la sécurité dans la prestation des soins et des services aux usagers comme une priorité organisationnelle. Au cours de la dernière année, la pandémie de COVID-19 a considérablement affecté les activités de promotion de la déclaration des événements et de la divulgation des accidents en 2020-2021. Toutefois, la Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat (DQEPP) a procédé à une révision de 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, réglementaires et normatives en matière de gestion des risques.

La DQEPP a offert un soutien personnalisé aux directions le nécessitant pour que la gestion des événements soit faite selon les pratiques attendues. Quelques séances de formation ont notamment été présentées par les professionnelles en gestion des risques aux nouveaux gestionnaires afin de les habiliter à réaliser l'analyse sommaire des déclarations d'incidents et d'accidents survenus dans le cadre de la prestation des soins et services aux usagers. Des suivis ont été réalisés afin de s'assurer que la saisie et l'analyse des incidents et des accidents soient effectuées en continu dans toutes les installations, 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. Parmi celles-ci, un suivi de l'avancement des travaux des différentes instances partenaires responsables de risques en regard de la PSSSU a été réalisé par l'entremise de présentations faites au CPSSSU (Comité de prestation sécuritaire des soins et des services aux usagers) et à l'IPQSS (Instance de pilotage de la qualité des soins et services).

Un groupe de travail interdirections ayant le mandat d'identifier des pistes d'amélioration tenant compte des résultats du sondage sur la Culture de sécurité des usagers réalisé à l'automne 2019 dans le cadre de la démarche d'agrément a débuté des travaux à l'été 2020. Une revue de littérature a été effectuée par la Direction de la coordination de la mission universitaire (DCMU) en lien avec l'implantation d'une culture de sécurité dans une organisation, mais les travaux ont été ensuite suspendus étant donné le contexte de la pandémie. 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, 33 333 événements ont été déclarés entre le 1^{er} avril 2020 et le 31 mars 2021. La moyenne de déclarations se situe à 2 564 événements par période. La majorité des événements déclarés se sont produits dans les CHSLD (46,4 %) et dans les centres hospitaliers (39 %).

Les principaux types d'événements déclarés sont reliés aux chutes (34,2 %) puis à la médication (28,9 %), suivis des événements autres (18,4 %), 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 :

NATURE DES TROIS PRINCIPAUX INCIDENTS POUR 2020-2021

PRINCIPAUX TYPES D'INCIDENTS (3)	NOMBRE	Pourcentage par rapport à l'ensemble des incidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements
Médication	1 488	33,65 %	4,46 %
Matériel, équipement, bâtiment ou effet personnel	847	19,15 %	2,54 %
Autres	783	17,71 %	2,35 %
Autre	242	5,47 %	0,73 %
Lié aux mesures de contrôle (isolement et contention)	222	5,02 %	0,67 %
Erreur liée au dossier	129	2,92 %	0,39 %
Lié à l'identification	54	1,22 %	0,16 %
Fugue/disparition (encadrement intensif)	27	0,61 %	0,08 %



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

NATURE DES TROIS PRINCIPAUX ACCIDENTS POUR 2020-2021

PRINCIPAUX TYPES D'ACCIDENTS (3)	NOMBRE	Pourcentage par rapport à l'ensemble des accidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements
Chute	10 903	39,05 %	32,71 %
Médication	7 880	28,22 %	23,64 %
Autres	5 170	18,52 %	15,51 %
Blessure d'origine inconnue	1 806	6,47 %	5,42 %
Blessure d'origine connue	1 126	4,03 %	3,38 %
Autre	492	1,76 %	1,48 %
Plaie de pression	383	1,37 %	1,15 %
Lié aux mesures de contrôle (isolement et contention)	287	1,03 %	0,86 %

Il est à noter que ces données sont celles disponibles en date du 17 juin 2021.

¹Les 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.



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 :

Structure de gouverne qualité

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.

Actions globales et transversales

- Production du Rapport 2019-2020 des événements déclarés lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Production de rapports trimestriels sur la prestation sécuritaire des soins et des services aux usagers;
- Production de portraits trimestriels sur les événements sentinelles;
- Réalisation d'une analyse systémique des recommandations issues des événements sentinelles;
- Pilotage de l'actualisation des recommandations issues de l'analyse des événements sentinelles afin d'atteindre 65 % de taux de réalisation des recommandations dans un échéancier de 6 mois (indicateur du plan annuel de l'établissement);

- Révision de la procédure de gestion des événements sentinelles du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Réalisation d'une analyse systémique des recommandations du coroner émises au CIUSSS de l'Estrie - CHUS et du suivi qui en est fait;
- Poursuite de l'identification d'actions préventives spécifiques à certains types de risques (chutes, médication, suicide, agression) afin de diminuer leur fréquence et leur gravité, avec la contribution des comités d'amélioration continue (CAC) interdirections. Les CAC ont mis à la disposition des gestionnaires des outils afin de soutenir le déploiement au sein des directions.

Prévention des chutes

- Le CAC - Prévention des chutes a identifié des bonnes pratiques à implanter de façon transversale au sein des directions cliniques (précautions universelles, dépistage, évaluation et plan individualisé de chaque personne dépistée à risque). Les directions cliniques devront produire un suivi de l'implantation des bonnes pratiques et la réalisation d'audits. Des documents guide à l'intention des directions et de leurs équipes ont été rendus disponibles;
- Une évaluation des interventions associées aux événements sentinelles en lien avec les chutes a fait l'objet d'une analyse détaillée à même le Rapport d'analyse systémique des recommandations issues des événements sentinelles.

Circuit du médicament

- Réalisation d'une autoévaluation complète du circuit du médicament en soins de longue durée et actions transversales identifiées – actions locales seront ciblées et incluses aux plans d'action respectifs des comités opérationnels des installations;
- Réalisation d'un plan d'action en lien avec la visite d'Agrément Canada de 2019, incluant notamment le renforcement de la sécurité du rangement des narcotiques concentrés, la sécurité de l'utilisation des formats de médicaments multidose, une réévaluation des risques de l'accès aux médicaments dans le programme d'auto-administration en soins de longue durée;
- Initiation de travaux en lien avec la création d'une capsule sur les comportements à risque à l'intention du personnel infirmier qui sera disponible sur l'ENA pour l'ensemble du Québec;
- Avancement du plan d'action sur le rehaussement de la sécurité de l'utilisation de l'épinéphrine, notamment la création d'une capsule de formation à l'intention des professionnels qui est en cours, la production d'un formulaire d'ordonnances préimprimé et la création d'une ordonnance collective (en cours);
- Création d'une structure interdisciplinaire de gouverne des pompes à perfusion intraveineuse, pour harmoniser le parc de dispositifs à perfusion ainsi que des bibliothèques des pompes, et la surveillance de leur utilisation;
- Projet pilote en cours d'un mécanisme de surveillance locale des déclarations d'incidents et accidents par les comités opérationnels du circuit du médicament des installations hospitalières;
- Création d'un comité de travail sur l'harmonisation des pratiques et le renforcement de la sécurité de l'utilisation des timbres de Fentanyl pour l'ensemble du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;

- Capsules auprès des services médicaux sur les bonnes pratiques en lien avec les ordonnances verbales;
- Déploiement d'une directive interdisciplinaire sur la double vérification indépendante pour l'ensemble de l'établissement – travaux en cours;
- Harmonisation du guide d'administration intraveineuse;
- Audit sur les délais en lien avec la prise de glycémie et l'administration de l'insuline en lien avec un événement sentinelle, avec rétroaction aux chefs et coordonnateurs des programmes concernés;

Surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales

- Déploiement des meilleures pratiques en prévention et contrôle des infections (PCI) au regard de la COVID-19 – Programme de formation par palier du MSSS en collaboration avec la Croix-Rouge :
 - Équipe d'intervention PCI : treize personnes ciblées formées;
 - Intervenants-formateurs PCI : 31 personnes ciblées formées;
 - Champions PCI : 522 personnes formées dans nos établissements et 571 personnes formées œuvrant auprès de nos partenaires (RI-RTF, RPA, ressource d'hébergement dépendance, CHSLD privé).
- Mise sur pied d'une brigade d'intervention rapide permettant le soutien des ressources partenaires aux prises avec une transmission potentielle de la COVID-19 (depuis le 18 janvier 2021, 45 visites de milieux ont eu lieu dont l'objectif était une première évaluation/recommandations dans les premières vingt-quatre heures, et ce, en soutien à la Direction de la santé publique);
- Formation en cours d'emploi :
 - 857 travailleurs de la santé formés en présentiel sur l'utilisation adéquate des équipements de protection individuelle;
 - 5 501 travailleurs de la santé ont suivi au moins 15 minutes de formation en ligne en lien avec la prévention et le contrôle des infections dans l'environnement numérique d'apprentissage.
- Audit sur l'hygiène des mains (HDM) ainsi que sur le respect du port des équipements de protection individuelle (EPI) (46 550 audits sur l'HDM effectué et 2 604 audits sur les EPI). Le taux d'observance à l'HDM est de 82 % donc, la cible de 80 % du MSSS a été atteinte;
- Rédaction et ajustement en continu selon l'évolution des connaissances scientifiques sur les mesures de PCI de la COVID-19 (157 procédures rédigées ou révisées);
- Création de comités de gestion d'éclosion au niveau opérationnel et tactique ad hoc lors de situation d'éclosion COVID-19 et production de rapport d'éclosion incluant le sommaire de l'enquête épidémiologique, le plan d'action mis en place ainsi que les recommandations subséquentes (en 2020-2021, 65 éclosions de COVID-19, 3 éclosions de staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM), 1 éclosion de diarrhée à Clostridium difficile (DACD), 4 éclosions de gastro-entérite et 3 éclosions de syndrome d'allure grippale ont été répertoriées);

- Lancement de la ligne INFO-PCI afin de centraliser les demandes d'informations et de conseils;
- Avancement dans la réalisation du plan d'action en lien avec la visite d'Agrément Canada de 2019;
- Avancement dans la réalisation du plan d'action sur les stratégies de renforcement de l'hygiène des mains 2020-2021;
- Contribution au processus de gestion des travailleurs de la santé lors d'obtention d'un résultat positif à la COVID-19 (enquête sur les impacts dans le milieu, organisation des dépistages massifs, conseils, etc.);
- Contribution à la surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN) pour les programmes obligatoires :
 - Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM);
 - Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV);
 - Bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases (BGNPC);
 - Diarrhée à Clostridium difficile (DACD);
 - Bactériémie panhospitalière;
 - Bactériémie à Staphylococcus aureus;
 - Bactériémie sur cathéters centraux aux soins intensifs;
 - Bactériémie associée aux cathéters centraux en hémodialyse.



LES PRINCIPAUX CONSTATS TIRÉS DE L'ÉVALUATION ANNUELLE DE L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE DES USAGERS

(ARTICLE 118.1 LSSSS)

Étant donné la poursuite et l'accentuation de la pandémie au cours de l'année 2020-2021, les activités du comité d'amélioration continue sur les mesures de contrôle ont malheureusement été reportées. Les échéanciers du plan d'action du comité d'amélioration continue sur les mesures de contrôle ont été révisés et les activités devraient reprendre à l'automne 2021 si la situation sanitaire le permet.

Sous l'égide de l'instance de pilotage de la qualité des soins et services (IPQSS), les 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) assurent les suivis requis auprès des différentes directions cliniques.

Au cours de la dernière année, nous avons constaté que le cadre de référence diffusé en 2019 est de plus en plus connu et utilisé par les directions cliniques ainsi que par nos partenaires externes. Les membres du comité ont été interpellés lors de certaines situations cliniques en lien avec les mesures de contrôle. Nous constatons donc une meilleure appropriation du cadre de référence.

Tel que prévu dans le cadre de référence, les directions reprennent leurs travaux d'élaboration des protocoles spécifiques en fonction des besoins particuliers de leurs clientèles. Ces derniers avaient été suspendus en raison de la pandémie de COVID-19. L'adoption de ces protocoles a été reportée en 2022. Pour faciliter l'implantation de ceux-ci, des contenus de formation seront élaborés afin d'accompagner le personnel et les professionnels dans la gestion du changement à l'intégration des meilleures pratiques.

Le contexte de la pandémie COVID-19 a rendu impossible la réalisation d'audits. Nous souhaitons que l'année en cours nous permette de présenter des données et une analyse plus complète à partir des audits, tel que prévu au cadre de référence si le contexte sanitaire le permet.



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

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 Comité de vigilance et de la qualité.

Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services

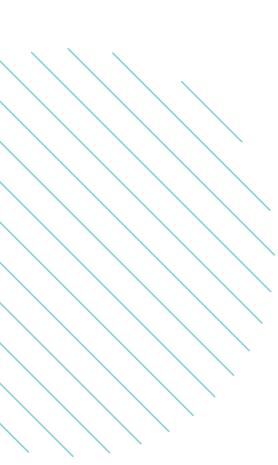
En 2020-2021, l'équipe des commissaires aux plaintes a conclu 1 177 dossiers de plaintes et d'interventions, soit un nombre de dossiers presque identique à celui de l'an dernier (1 172). Les insatisfactions des usagers ont porté le plus souvent sur les soins et services dispensés, l'accessibilité aux services et les relations interpersonnelles. Au total :

- 167 mesures ont permis de rehausser la qualité et la sécurité des soins ou des services, par exemple :
 - Nommer un chef d'équipe pour encadrer le travail clinique des préposés aux bénéficiaires et assurer un suivi des plans de soins;
 - Rappeler au personnel concerné l'importance de procéder à une réévaluation et de documenter le niveau de la douleur au dossier de l'utilisateur.
- 106 mesures ont amélioré l'accessibilité aux services, par exemple :
 - Déployer des mesures favorisant le respect des heures de rendez-vous et minimiser le temps d'attente en file à l'extérieur de l'établissement;
 - Offrir le rendez-vous médical requis selon la situation de l'utilisateur.
- 165 mesures liées à la qualité des relations interpersonnelles avec les usagers, par exemple :
 - Rappeler à l'intervenant l'importance de personnaliser la communication et de s'informer des volontés documentées au dossier de l'utilisateur;
 - Rencontrer les employés concernés pour leur rappeler les devoirs prévus au code d'éthique .

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.

Le Protecteur du citoyen

Au cours de l'année 2020-2021, nous avons reçu 23 rapports s'adressant à plusieurs installations différentes (voir la liste des recommandations au [tableau 1](#)), dont treize



rapports sans recommandation. Dix-neuf dossiers ont été fermés, quatre demeurent en suivi et 71 % des recommandations ont été actualisées. Au cours de l'année précédente, nous avons reçu huit rapports avec recommandations. Il s'agit d'une baisse comparativement à l'année précédente. Les objets des recommandations des rapports reçus en cours d'année concernaient :

- L'accompagnement et le soutien du CIUSSS de l'Estrie – CHUS envers une résidence pour personnes âgées dans le maintien de l'application des mesures visant à assurer des soins et des services adéquats et sécuritaires;
- L'élaboration d'un plan thérapeutique infirmier dans le cadre du programme de prévention et de gestion des chutes ainsi que le respect du personnel en regard des recommandations formulées par un physiothérapeute dans le suivi d'un usager;
- Le changement de l'intervenant au dossier d'un usager lorsque celui-ci est engagé dans une démarche de plainte policière afin de garantir une objectivité optimale et dissiper la méfiance de l'usager;
- La révision du mécanisme d'accès en déficience adulte pour les services spécifiques au sein de chaque réseau local de services;
- La création d'outils concrets de priorisation dans le traitement des demandes d'aides matérielles au Comité d'allocation en soutien à domicile et l'ajout du critère de risque de détérioration au formulaire;
- La divulgation de la tarification de base lors d'une consultation d'un usager non-résident ainsi que la révision de la procédure d'accueil et des formulaires présentés;
- Les délais et la formation du personnel infirmier aux procédures d'évaluation et de réévaluation à l'urgence.

Par ailleurs, pour l'ensemble des 102 rapports reçus du Protecteur du citoyen depuis le 1^{er} avril 2015, 178 recommandations ont été émises et 95 % des recommandations ont été actualisées.

TABLEAU 1 – LISTE DES MESURES MISES EN PLACE 2020-2021 |
PROTECTEUR DU CITOYEN

Mesures mises en place	État d'avancement	
	Réalisé	En cours
Le CIUSSS de l'Estrie - CHUS démontre que chacune des mesures indiquées au Plan d'amélioration a été mise en place.	X	
Le CIUSSS de l'Estrie - CHUS vérifie, périodiquement et régulièrement, pendant toute la durée de l'entente de services, le maintien de l'application des mesures visant à assurer des soins et des services adéquats et sécuritaires aux personnes résidant à cet endroit.	X	
Le CIUSSS de l'Estrie - CHUS rembourse le montant réclamé par la plaignante et effectue les démarches de recouvrement auprès de la ressource, le cas échéant.	X	
Le CIUSSS de l'Estrie - CHUS effectue un suivi rigoureux auprès de la famille d'accueil visée par cette plainte, concernant la gestion des allocations de dépenses personnelles.	X	
Le CIUSSS de l'Estrie - CHUS applique conformément la procédure à suivre lors d'écart de gestion explicitée dans le guide envers la famille d'accueil visée par cette plainte.	X	
Réévaluer la condition de l'usagère et, au besoin, effectuer la mise à jour du profil ISO-SMAF et des services associés au plan d'intervention de celle-ci.	X	
Établir un échéancier des travaux visant à fournir au Comité d'allocation en soutien à domicile des outils concrets de priorisation de traitement des demandes d'aides matérielles pour la réalisation des activités de la vie quotidienne et domestique.	X	
Ajouter dans les critères de priorisation du Comité d'allocation en soutien à domicile le risque de détérioration de l'intégrité physique des usagers, et intégrer ce critère dans le formulaire de demande d'aides matérielles.	X	
Procéder au changement de tout intervenant qui est engagé dans une démarche de plainte policière auprès d'un parent dont il assure l'évaluation ou le suivi, et ce, dans l'optique de garantir une objectivité optimale et dissiper la méfiance de l'usager concerné.	X	
Diffuser une consigne claire à ce sujet à tout le personnel concerné.	X	
S'assurer que le personnel infirmier élabore un plan thérapeutique infirmier pour tout usager ou usagère requérant un suivi clinique, notamment dans le cadre du programme de prévention et de gestion des chutes.	X	

Mesures mises en place	État d'avancement	
	Réalisé	En cours
S'assurer que le personnel concerné respecte les recommandations formulées par un physiothérapeute concernant notamment la supervision à la marche d'un usager ou d'une usagère présentant un risque de chute.	X	
Faire évaluer la condition de santé physique de l'usager en lien avec les infections fongiques à l'aîne (champignons) dont il souffre actuellement.		X
Procéder à l'évaluation globale annuelle des besoins de l'usager à l'aide de l'Outil de cheminement clinique informatisé.		X
Prévoir une consultation de l'usager en physiothérapie pour effectuer une évaluation à la marche et aux escaliers et mesurer le risque de chute.		X
Procéder à une évaluation en ergothérapie afin d'évaluer la capacité réelle de l'usager à effectuer ses soins d'hygiène au siège et aux organes génitaux, en tenant compte du surpoids et de la présence d'une hernie abdominale.		X
Dans le cas d'une incapacité avérée, élaborer un plan d'intervention en fonction des besoins de l'usager et déterminer le mode de prestation des soins en considérant les suggestions de son psychiatre, tout en s'assurant de la prestation sécuritaire des services pour l'usager ainsi que pour les auxiliaires.		X
Si aucune solution n'est trouvée pour le mode de prestation de services, en référer au comité éthique du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.		X
Réviser le fonctionnement du mécanisme d'accès en déficience adulte pour les services spécifiques au sein de chaque réseau local de services, de façon à désigner un gestionnaire d'accès en déficience et fournir une réponse écrite aux usagers précisant leur admissibilité, le délai d'attente et les coordonnées du gestionnaire d'accès.		X
Assurer un mécanisme de concertation formel entre les guichets d'accès des services spécifiques et spécialisés pour chaque réseau local de services dans la réponse concertée aux besoins de la clientèle présentant une déficience.		X
S'assurer que soit désigné un intervenant-pivot dès le début du parcours de services d'un usager afin de procéder à l'évaluation globale des besoins et offrir la supervision clinique requise durant l'attente jusqu'à la prise en charge par le programme-services prescrit.		X
Mettre en place un processus de référence interne entre les mécanismes d'accès aux services spécifiques DI-TSA des différents territoires pour éviter le passage d'une demande de services TSA vers les guichets d'accueil centralisés.		X

Mesures mises en place	État d'avancement	
	Réalisé	En cours
S'assurer que les intervenants qui procèdent au transfert de la prise en charge d'un usager présentant une dangerosité vers un autre RLS ou un autre établissement demeurent disponibles pour l'usager en cas d'urgence, et ce, jusqu'à sa prise en charge effective par le programme-services désigné.		X
Réduire de moitié la facture transmise à l'usagère relative aux frais de consultation.		X
Informer les usagers non-résidents de la tarification de base pour une consultation.		X
Cesser de demander aux usagers non-résidents une avance qui totalise un montant qui dépasse ce qui est prévu à la circulaire.		X
Réviser la Procédure d'accueil des usagers non-résidents et les formulaires qui leur sont présentés en fonction des normes applicables.		X
- S'assurer que l'utilisation des mesures de contrôle fait l'objet d'une mention détaillée dans le dossier de l'usager et qu'il y soit notamment consignés : - La description du comportement motivant la mesure de contrôle; - La description de la mesure incluant les moyens utilisés (nature, fréquence, durée, surveillance); - La description des mesures de remplacement tentées et leur efficacité; - Les réactions de la personne face aux mesures de contrôle et de remplacement; - Le processus décisionnel, y compris lors des révisions/réévaluations; - La période pendant laquelle ils ont été utilisés; - La description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de mesures de contrôle.		X
Rappeler au personnel infirmier de l'urgence qu'il doit, lorsqu'un usager ou une usagère mentionne ressentir de la douleur, évaluer celle-ci à l'aide de l'échelle de la douleur, consigner au dossier la donnée recueillie et travailler à son soulagement au moment opportun.		X



Le coroner

Au cours de l'année 2020-2021, l'établissement a reçu six rapports avec recommandations s'adressant à des installations différentes (voir la liste au [tableau 2](#)). Quatre dossiers sont en cours de suivi, deux dossiers sont fermés et 44 % des recommandations ont été actualisées dans les délais. Il s'agit d'une hausse comparativement à l'année précédente, soit trois en 2019-2020. Ces rapports concernaient :

- Les soins et services offerts suite à une demande d'accès à l'aide médicale pour mourir lorsque l'usager n'y est pas admissible;
- La qualité de la prise en charge et des suivis dispensés à un usager dans un contexte de risque suicidaire;
- La qualité de l'acte professionnel, des soins prodigués et des suivis dispensés à deux usagers précédant le décès naturel de ceux-ci;
- La qualité des pratiques et des examens mis en place dans un contexte d'accident vasculaire cérébral (AVC);
- L'accès à un technicien en radiologie en tout temps au CSSS de Memphrémagog.

Par ailleurs, l'établissement a reçu 56 rapports sans recommandation, portant pour la plupart sur des chutes d'usagers en CHSLD.

Finalement, pour l'ensemble des 32 rapports avec recommandations reçus du coroner depuis le 1^{er} avril 2015, 57 recommandations ont été émises et 40 % de celles-ci ont été actualisées.

À la suite d'une recommandation du Comité de prestation sécuritaire des soins et des services aux usagers émise au mois d'octobre 2020, la DQEPP a effectué une analyse des rapports du coroner reçus. À titre de faits saillants, notons que :

- Plus de 63 % des recommandations sont en lien avec la pratique infirmière, la pratique médicale et la pratique professionnelle autre que médicale et infirmière;
- La durée moyenne de traitement des recommandations du coroner s'est améliorée depuis 2015;
- La proactivité de l'équipe de professionnels à la gestion des risques a permis de diminuer le nombre de recommandations en provenance du coroner.

Cette analyse sera présentée dans différentes instances de l'établissement au cours de l'année 2021-2022.

TABLEAU 2 – LISTE DES MESURES MISES EN PLACE 2020-2021 | BUREAU DU CORONER

Mesures mises en place	État d'avancement	
	Réalisé	En cours
• Réviser le dossier du jeune usager dans le but de s'assurer que son suivi médical, considérant les symptômes qu'il a présentés dans les derniers mois de son existence, étaient adéquats et le cas échéant, de recommander un cadre de suivi permettant, dans la mesure du possible, d'éviter la survenue d'autres décès semblables.	X	
• Revoir les mécanismes de dépistage et de prise en charge des troubles du spectre de l'autisme chez les adultes et établir une trajectoire de services claire.	X	
• Sensibiliser et informer les intervenants à l'offre de service relative aux troubles du spectre de l'autisme, particulièrement chez les adultes.	X	
• Rappeler à ses intervenants l'importance de consulter tous les documents disponibles pour un usager, et ce, même les documents provenant d'intervenants externes au CIUSSS de l'Estrie - CHUS.	X	
• Rappeler à ses intervenants l'importance de communiquer avec les divers intervenants impliqués dans le suivi d'un usager, indépendamment du fait qu'ils soient attirés à la première, deuxième ou troisième ligne de la trajectoire de services.	X	
• Rappeler à ses intervenants l'obligation d'agir avec diligence auprès des usagers qui présentent un potentiel de dangerosité envers eux-mêmes ou autrui, et ce, malgré les délais d'attente pour recevoir des services.	X	
• Procéder à la révision du dossier de l'utilisateur afin de s'assurer de la qualité de l'acte professionnel et des soins qui lui ont été prodigués, plus particulièrement à l'occasion de la visite.	X	
• S'assurer que les personnes exprimant le désir de bénéficier de l'aide médicale à mourir, alors qu'ils n'y sont pas admissibles, bénéficient de soutien et d'un suivi psychologique.	X	
• S'assurer que les professionnels de la santé effectuent ou fassent effectuer une évaluation du risque suicidaire d'un usager lorsque celui-ci verbalise des pensées suicidaires.	X	
• Procéder à la révision du dossier de l'utilisateur dans le but de s'assurer que les soins qui lui ont été prodigués et l'analyse diagnostique lors de sa visite respectaient les plus hauts standards de qualité.	X	
• S'assurer que les recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'accident vasculaire cérébral soient mises en application, dans les meilleurs délais, plus particulièrement concernant la mise en place de l'ensemble des examens requis dans le contexte d'un examen initial lors d'un accident vasculaire cérébral présumé.	X	

Mesures mises en place	État d'avancement	
	Réalisé	En cours
Procéder à la révision du dossier de l'usager afin de s'assurer de la qualité de l'acte professionnel et des soins qui lui ont été prodigués, plus particulièrement à l'occasion de sa visite en ce qui concerne la demande d'aide médicale à mourir qu'il a formulée.		X
S'assurer que les personnes exprimant le désir de bénéficier de l'aide médicale à mourir, alors que leur demande n'est pas traitée dans un court délai, aient accès, rapidement, à un soutien et un suivi psychologique.		X
S'assurer que les professionnels de la santé effectuent ou fassent effectuer une évaluation du risque suicidaire d'un usager quand celui-ci exprime son désir de bénéficier de l'aide médicale à mourir lorsque cette demande fait l'objet d'un refus ou est différée au-delà des délais prévus pour y avoir droit.		X
Réviser la qualité de l'acte professionnel et des soins qui ont été prodigués à l'usager lors de la visite et de son hospitalisation dans le but de s'assurer que cela respectait les plus hauts standards de qualité.		X
Réviser la qualité de l'acte professionnel et des soins qui ont été prodigués à l'usager lors de son hospitalisation dans le but de s'assurer que cela respectait les plus hauts standards de qualité.		X

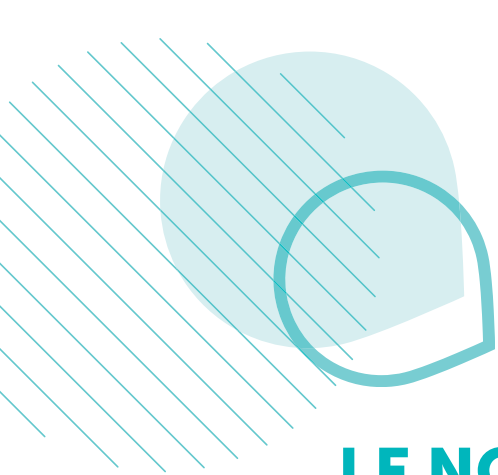


D'autres instances, s'il y a lieu (ordres professionnels, enquêtes administratives, inspections, etc.)

Au cours de l'année 2020-2021, l'établissement n'a pas reçu de visites d'inspections professionnelles.

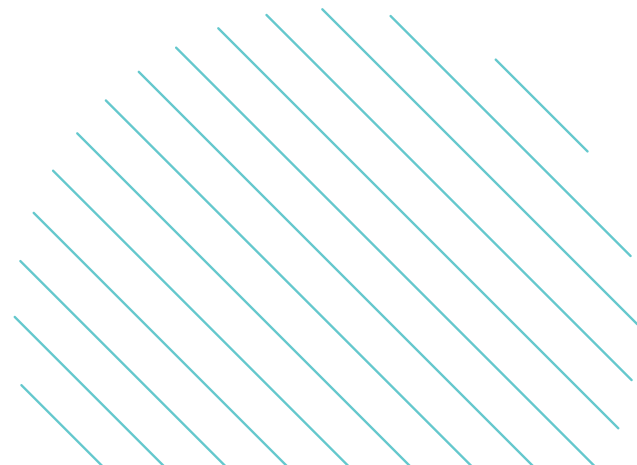
Au niveau de l'OIIQ, les inspections ont eu lieu de façon individuelle auprès des membres choisis aléatoirement, selon divers domaines et lieux de pratique afin de vérifier la compétence de ses membres. La Direction des soins infirmiers n'est pas avisée par l'OIIQ du personnel inspecté, sauf si l'employé 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 dossiers, 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 établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées		786
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	353
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées		280
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	210
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)		186





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'utilisateurs ne sont pas respectés peut signaler la situation au commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

PORTER PLAINTÉ : UN GESTE SIMPLE POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ

Voici quelques exemples selon les principaux motifs d'insatisfaction :

Mesures d'amélioration concernant la qualité et la sécurité des soins ou des services :

- Nommer un chef d'équipe pour encadrer le travail clinique des préposés aux bénéficiaires et assurer un suivi des plans de soins;
- Rappeler au personnel concerné l'importance de procéder à une réévaluation et de documenter le niveau de la douleur au dossier de l'utilisateur;
- Mettre en place l'algorithme d'aide à la décision lors d'une chute dans toutes les ressources intermédiaires et résidences privées pour aînés de l'établissement;
- Élaborer et utiliser dans tous les milieux d'hébergement un outil permettant la double-identification de l'enfant au moment de l'administration d'un médicament par un intervenant.

Mesures d'amélioration concernant l'accessibilité aux services :

- Déployer les moyens nécessaires pour diminuer l'attente dans le programme;
- Déployer des mesures favorisant le respect des heures de rendez-vous et minimiser le temps d'attente en file à l'extérieur de l'établissement;
- Désigner une infirmière pour assurer le suivi de l'utilisateur;
- Offrir le rendez-vous médical requis selon la situation de l'utilisateur.

Mesures d'amélioration concernant les relations interpersonnelles :

- Rencontrer les employés concernés pour leur rappeler les devoirs prévus au code d'éthique;
- Procéder à un changement de l'intervenante pivot assignée à l'usagère;
- Rappeler à l'employé son obligation de s'identifier à l'usager et de répondre à la question de l'usager qui demande le nom de son supérieur;
- Rappeler à l'intervenant l'importance de personnaliser la communication et de s'informer des volontés documentées au dossier de l'usager.





L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION

Sous la supervision du comité Agir Pour et Avec l'utilisateur, 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 l'organisation des soins et services.

Au cours de l'année 2020-2021, on recense les initiatives suivantes :

Plan annuel :

- Mise sur pied du tableau de bord qualité (volet qualité perçue);
- Soutien aux évaluations :
 - Jeunes en difficultés;
 - Centre de prélèvements;
 - Service de dépistage.

COVID-19 :

- Intégration de la perspective des usagers dans le bilan de la première vague;
- Intégration de la perspective des usagers dans le plan d'action vague deux.

Proches aidants (plan d'action COVID, objectif trois) :

- CHSLD :
 - Révision du guide d'accueil;
 - Rédaction d'un aide-mémoire aux proches aidants;
 - Appels aux proches aidants en post-admission.
- Centres hospitaliers :
 - Rencontres virtuelles usagers/proches (déploiement de 45 tablettes électroniques);
 - Mise sur pied de la boîte vocale proches aidants.

Communications ciblées avec les usagers en attente et/ou vulnérables (plan d'action COVID, objectif 48) :

- Plus de 9 000 appels téléphoniques individualisés ont été réalisés auprès des usagers par les directions suivantes : DPJe, DPSMD, DI-TSA-DP, DPSAPA.

Participation à valeur ajoutée des usagers dans les initiatives d'amélioration (plan d'action COVID, objectif 51) :

- Au total, 41 initiatives ont été recensées sous trois grandes catégories :
 - Sondages (7) | Exemples : Jeunes en difficultés, centre de prélèvements, service de dépistage;
 - Groupes de consultation (21) | Exemples : plan action pour les jeunes et leurs familles, proches aidants CHSLD, télésanté;
 - Comités (13) | Exemples : plan d'intervention en soutien à domicile, oncologie, télésanté.

COLLABORATION • AGILITÉ

4

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

ENTRAIDE • BIENVEILLANCE • INNOVATION

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

TABLEAU : L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

(1^{er} avril au 31 mars 2021)

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	2 801
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	147
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	274
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	181
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	93
Aide médicale à mourir non administrées Motifs	Décédé avant administration	48
	Répondait aux critères, mais a cessé d'y répondre	15
	Ne répondait pas aux conditions au moment de l'évaluation	10
	Le patient a changé d'idée	18
	Transfert vers un autre établissement	2

En comparaison avec l'an dernier, nous constatons une stabilisation des demandes de sédations palliatives continues et une croissance d'environ 14 % pour les aides médicales à mourir. Parmi les patients décédés avant l'administration, près de 75 % ont reçu la sédation palliative continue.

On remarque également que la majorité des décès survenus avant le soin se sont produits avant le délai prescrit par la Loi de dix jours. Durant la pandémie une augmentation des soins à domicile a été observée. Afin de diminuer le risque pour le personnel, nous avons accepté des consentements des deux témoins indépendants par téléphone.

Le projet de Loi C-7, sanctionné le 17 mars 2021, devenant Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir - L.C. 2021, ch.2) n'a aucun impact sur les données de ce rapport.

COLLABORATION • AGILITÉ

5

Ressources humaines

ENTRAIDE • BIENVEILLANCE • INNOVATION

LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC ET PRIVÉ CONVENTIONNÉ

TABLEAU : RÉPARTITION DE L'EFFECTIF EN 2020 PAR CATÉGORIE DE PERSONNEL

	Nombre d'emploi au 31 mars 2020	Nombre d'ETC en 2019-2020
1. Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	5 172	4 179
2. Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	5 124	3 886
3. Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	2 599	2 263
4. Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	3 960	3 301
5. Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales*	160	122
6. Personnel d'encadrement	521	513
Total	17 536	14 264

* Soit les pharmaciens, les biochimistes cliniques, les physiciens médicaux, les sages-femmes et les étudiants.

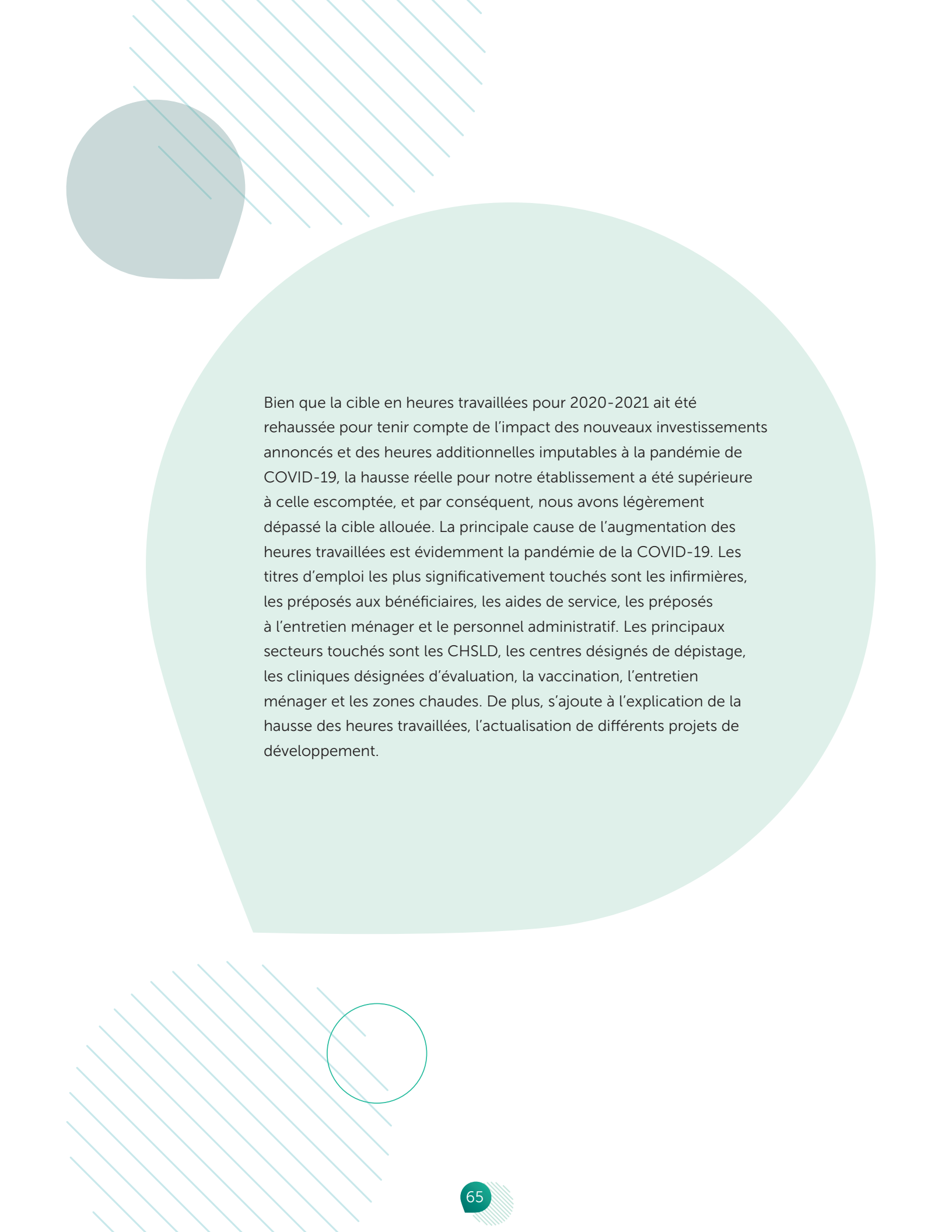
Nombre d'emplois = Nombre d'emplois occupés dans le réseau au 31 mars de l'année concernée et ayant au moins une heure, rémunérée ou non, dans les trois mois suivant la fin de l'année financière. Les personnes qui, au 31 mars, occupent un emploi dans plus d'un établissement sont comptabilisées pour chacun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

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

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 (2020-03-29 au 2021-03-27)		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	HEURES TRAVAILLÉES	HEURES SUPPLÉMENTAIRES	TOTAL HEURES RÉMUNÉRÉES
1. Personnel d'encadrement	935 134	46 342	981 476
2. Personnel professionnel	4 008 871	51 126	4 059 998
3. Personnel infirmier	7 616 941	537 763	8 154 704
4. Personnel de bureau, technicien et assimilé	13 039 196	532 163	13 571 359
5. Ouvriers, personnel d'entretien et de service	3 031 229	130 477	3 161 705
6. Étudiants et stagiaires	78 749	1 258	80 007
Total 2020-2021	28 710 120	1 299 130	30 009 250
Total 2019-2020			27 303 043
		Cible 2020-2021	29 974 698
		Écart à la cible	34 552
		Écart à la cible en %	0,1%



Bien que la cible en heures travaillées pour 2020-2021 ait été rehaussée pour tenir compte de l'impact des nouveaux investissements annoncés et des heures additionnelles imputables à la pandémie de COVID-19, la hausse réelle pour notre établissement a été supérieure à celle escomptée, et par conséquent, nous avons légèrement dépassé la cible allouée. La principale cause de l'augmentation des heures travaillées est évidemment la pandémie de la COVID-19. Les titres d'emploi les plus significativement touchés sont les infirmières, les préposés aux bénéficiaires, les aides de service, les préposés à l'entretien ménager et le personnel administratif. Les principaux secteurs touchés sont les CHSLD, les centres désignés de dépistage, les cliniques désignées d'évaluation, la vaccination, l'entretien ménager et les zones chaudes. De plus, s'ajoute à l'explication de la hausse des heures travaillées, l'actualisation de différents projets de développement.

COLLABORATION • AGILITÉ

6

Ressources financières

ENTRAIDE • BIENVEILLANCE • INNOVATION

UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME

TABLEAU : DÉPENSES PAR PROGRAMMES-SERVICES

Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variation des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	Écart*	%**
Programmes-services						
Santé publique	24 214 260 \$	1,6 %	81 848 171 \$	4,5 %	57 633 911 \$	238,0 %
Services généraux – activités cliniques et d'aide	74 025 878 \$	4,8 %	77 494 542 \$	4,2 %	3 468 664 \$	4,7 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	274 092 984 \$	17,8 %	369 667 622 \$	20,2 %	95 574 638 \$	34,9 %
Déficiences physique	38 889 988 \$	2,5 %	46 893 898 \$	2,6 %	8 003 910 \$	20,6 %
Déficiences intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme	44 978 065 \$	2,9 %	51 636 824 \$	2,8 %	6 658 759 \$	14,8 %
Jeunes en difficulté	94 617 571 \$	6,2 %	113 971 362 \$	6,2 %	19 353 791 \$	20,5 %
Dépendances	6 555 194 \$	0,4 %	7 477 844 \$	0,4 %	922 650 \$	14,1 %
Santé mentale	68 863 666 \$	4,5 %	77 387 945 \$	4,2 %	8 524 279 \$	12,4 %
Santé physique	600 051 167 \$	39,0 %	656 129 957 \$	35,7 %	56 078 790 \$	9,3 %
Programmes-soutien						
Administration	100 234 410 \$	6,5 %	109 200 964 \$	5,9 %	8 966 554 \$	8,9 %
Soutien aux services	110 801 403 \$	7,2 %	123 859 543 \$	6,7 %	13 058 140 \$	11,8 %
Gestion des bâtiments et des équipements	101 021 212 \$	6,6 %	121 068 878 \$	6,6 %	20 047 666 \$	19,8 %
Total	1 538 345 798 \$	100 %	1 836 637 550 \$	100 %	298 291 752 \$	19,4 %

* : Écart entre les dépenses de l'année antérieure et celles de l'année financière terminée.

** : Résultat de l'écart divisé par les dépenses de l'année antérieure.

Pour plus d'informations sur les ressources financières, le lecteur peut consulter le rapport financier annuel AS-471 en date du 31 mars 2021 publié sur le site Internet de l'établissement à l'adresse suivante : santeestrie.qc.ca dans la section « **Médias et publications/Rapports** ».



ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E 12.0001), l'établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice et ne doit engager aucun déficit en fin d'exercice.

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS présente à la page 200 du rapport financier annuel au 31 mars 2021, un déficit de 17 781 378 \$ au fonds d'exploitation, composé d'un déficit de 20 346 530 \$ aux activités principales et d'un surplus de 2 565 152 \$ aux activités accessoires, et un déficit de 1 377 296 \$ au fonds d'immobilisations, pour un déficit net de 19 158 674 \$. Le déficit au fonds d'exploitation est relié, entre autres, à l'enjeu entourant l'attente des usagers pour des services de niveau de soins alternatifs (NSA). L'établissement a investi un montant de 7,6 millions de dollars pour déployer de nouvelles places afin de répondre aux besoins urgents de la population et favoriser la fluidité du parcours de l'utilisateur en centre hospitalier (CH) et ainsi permettre un meilleur accès des usagers en attente dans les urgences. Un montant de 7,1 millions de dollars a aussi été investi au-delà du montant reçu par le ministère pour poursuivre les efforts en soutien à la jeunesse ayant pour objectifs la consolidation des équipes, le soutien aux intervenants ainsi que la diminution des listes d'attentes et des délais. Des demandes de financement ont été transmises au MSSS et sont en attente d'une réponse. Quant au déficit au fonds d'immobilisations, celui-ci est relié aux dépenses d'amortissement.

CONTRATS DE SERVICES

TABLEAU : CONTRATS DE SERVICES,
COMPORTANT UNE DÉPENSE
DE 25 000 \$ ET PLUS,
CONCLUS ENTRE LE 1^{ER} AVRIL ET LE 31 MARS

	NOMBRE	VALEUR
Contrats de services avec une personne physique ¹	20	2 293 712
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	233	122 182 030
Total des contrats de services	253	124 478 742

¹ Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.

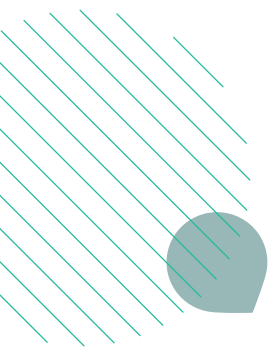
² Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.

COLLABORATION • AGILITÉ

7

*Ressources
informationnelles*

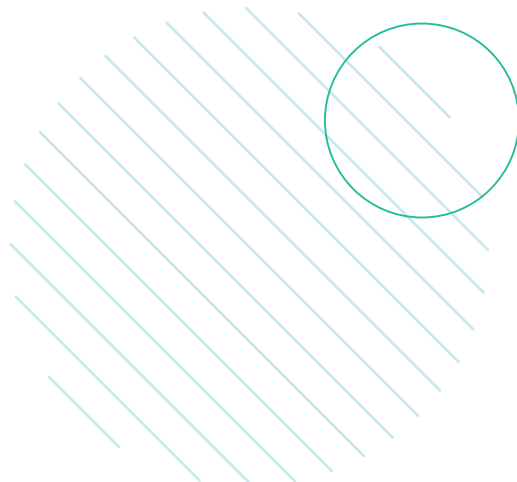
ENTRAIDE • BIENVEILLANCE • INNOVATION



FAITS SAILLANTS DE LA CONTRIBUTION DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES À LA RÉALISATION DE SA MISSION

Les ressources informationnelles ont été un levier important de soutien à la lutte contre la pandémie. Elles étaient présentes et requises dans toutes les activités : centres de dépistage, centres de vaccination, centres de confinement communautaire, unités mobiles, réaménagements fréquents (zones chaudes et froides, éclosions), équipes d'enquêtes de la santé publique, etc. Elles ont fourni et installé quantité d'équipements (médicaux, informatiques, téléphonique, réseautique), déployé de nouveaux systèmes d'information et adapté ceux déjà en place.

La télésanté et le télétravail ont été implantés à grande échelle. Près de 8 000 comptes Microsoft 365 ont été déployés en un an, donnant un accès sécurisé à l'application Teams tant pour la télésanté que le télétravail. Des milliers d'équipements ont été distribués (ordinateurs portables, casques micro, tablettes électroniques, téléphones cellulaires, etc.). Plus de 2 200 personnes sont désormais en télétravail chaque semaine.

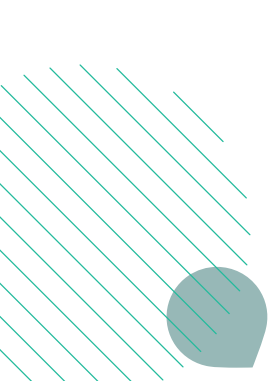


COLLABORATION • AGILITÉ

8

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

ENTRAIDE • BIENVEILLANCE • INNOVATION



RAPPORT FINANCIER - P. 140

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

Les états financiers ont été audités par la firme 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 conseil d'administration pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

[illegible]

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2021 - AUDITÉE

[illegible]

Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant

[illegible]

Rapport à la gouvernance

La version de la base de données pour les applications GRF et GRM n'est plus supportée (Haute-Yamaska).	2014-2015	0510 Observation	Cette recommandation sera intégrée au plan d'action en sécurité de l'information 2021-2022, section 1, Gestion intégrée des risques.	0620 Non réglé
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.	2018-2019	0510 Observation	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.	0610 Partiellement réglé
Nous avons aussi noté pour l'Active Directory 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.			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.	
			Le nombre d'administrateurs de domaine de l'Active Directory a sensiblement diminué.	

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX)	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2021
Une erreur de calcul a été relevée dans la compilation de l'unité de mesure "Centre d'activités #7532 - Archives : l'admission, la visite et l'usager"	2016-2017	0510 Observation	Cette recommandation sera intégrée au plan d'action en sécurité de l'information 2021-2022, section 3, Gestion de l'identité et des accès. En janvier 2021, le rapport statistique du centre d'activités 7532 – Archives a été corrigé. Les unités de mesure pour ce centre d'activités sont donc conformes. Compte tenu que le mandat du MSSS relatif aux unités de mesure a été annulé, l'auditeur validera les affirmations de la direction lors du mandat 2021-2022.	0600 Régulé
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.	2019-2020	0510 Observation	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 sont maintenant revus tous les six mois.	0600 Régulé

COLLABORATION • AGILITÉ

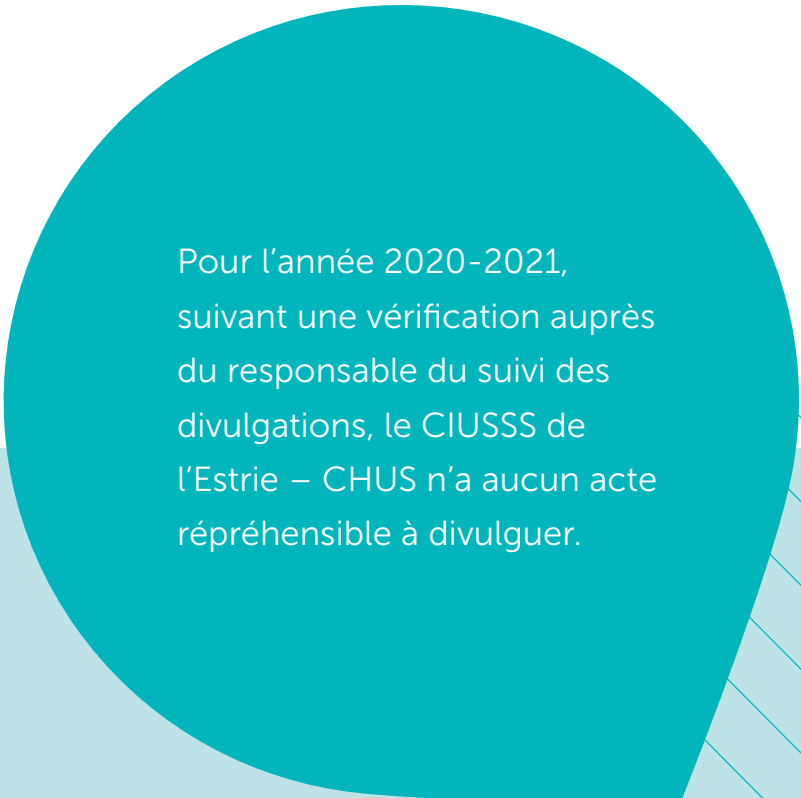
9

*Divulgateion des
actes répréhensibles*

ENTRAIDE • BIENVEILLANCE • INNOVATION



DIVULGATION D'ACTES RÉPRÉHENSIBLES



Pour l'année 2020-2021,
suivant une vérification auprès
du responsable du suivi des
divulgations, le CIUSSS de
l'Estrie – CHUS n'a aucun acte
répréhensible à divulguer.



COLLABORATION • AGILITÉ

10

*Organismes
communautaires*

ENTRAIDE • BIENVEILLANCE • INNOVATION



NOMBRE D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR LE PSOC

Respect des règles et des normes

En 2020-2021, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a accordé, par le Programme de soutien financier aux organismes communautaires (PSOC), 47 568 116 \$ à 202 organismes communautaires œuvrant sur le territoire.

De ce montant :

- 40 954 180 \$ ont été attribués à 191 organismes en soutien à la mission globale. En effet, la région a reçu un montant récurrent supplémentaire de 2 509 031 \$ à compter de 2021-2022;
- 3 630 269 \$ ont été versés à 66 organismes pour le financement d'activités spécifiques.

Dans le contexte de la pandémie Covid-19 :

- Un fonds d'urgence de 1 052 057 \$ a été réparti pour soutenir 112 organismes dont les activités ont été considérées prioritaires pour répondre aux besoins des communautés;
- Un fonds d'urgence de 83 902 \$ a été versé spécifiquement aux six maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale de la région;
- Un fonds d'urgence santé mentale de 702 175 \$ a été réservé pour les organismes qui en ont fait la demande. Les 18 organismes concernés ont reçu 60 % du montant alloué. Le résiduel de 40 % leur sera versé suite au dépôt de leur reddition de comptes au début de 2021-2022.

Enfin, des ententes de services ont été conclues entre le CIUSSS de l'Estrie – CHUS et des organismes communautaires pour un montant de 8 200 214 \$.



Actions réalisées

Au cours de l'année 2020-2021, considérant les contraintes engendrées par les mesures sanitaires en place, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a exercé de la souplesse quant à la reddition de comptes habituellement exigée par le PSOC. Les organismes dans l'incapacité de tenir leur assemblée générale annuelle ont été invités à déposer minimalement le rapport d'activités et le rapport financier du dernier exercice financier complété, adopté par leur conseil d'administration respectif.

Un mécanisme de suivi est en place pour assurer autant que possible la conformité et le respect des normes en respect des termes de la Convention PSOC 2015-2018 et du *Cadre de reconnaissance et de relation de l'action communautaire autonome*.

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2019-2020 Base annuelle	2020-2021 Base annuelle	ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2019-2020 Base annuelle	2020-2021 Base annuelle
A.R.C.H.E. de l'Estrie (L')	257 559	284 494	Autisme Estrie (fusion de Autism'Aide et SATEDE)	271 104	290 388
Aide communautaire de Lennoxville et des environs	216 258	311 061	Autre–Rive (L')	182 251	224 307
Alternative en santé mentale l'Autre Versant inc.	441 982	466 366	Azimut–Nord	67 082	101 746
Animation jeunesse Haut–Saint– François	64 474	88 543	Baluchon Alzheimer	45 081	46 073
Arrimage Estrie	190 908	204 266	Banque alimentaire Memphrémagog	126 605	162 891
Association Avante	210 687	227 065	Bouée régionale Lac–Mégantic (La)	778 682	1 258 553
Association de la fibromyalgie de l'Estrie	173 267	184 237	Braille Atout	29 650	30 302
Association de la sclérose en plaques de l'Estrie	190 911	204 269	Bulle et Baluchon	243 428	427 220
Association de parents de personnes handicapées de Brome–Missisquoi	89 211	91 174	Cellule jeunes et familles de Brome–Missisquoi (La)	67 019	101 735
Association de Sherbrooke pour la déficience intellectuelle (ASDI)	148 620	158 882	Centre communautaire Partage St-François	197 796	300 320
Association de spina bífida et d'hydrocéphalie de l'Estrie	78 563	99 059	Centre d'action bénévole aux 4 vents inc.	209 589	463 452
Association d'entraide en santé mentale «L'Éveil» de Brome– Missisquoi	182 788	228 083	Centre d'action bénévole de Bedford et environs inc.	191 619	416 658
Association des accidentés cérébraux–vasculaires ou traumatisés crâniens Estrie (ACTE)	317 938	337 641	Centre d'action bénévole de Cowansville	204 339	448 158
Association des groupes jeunesse de l'Or Blanc	109 422	136 030	Centre d'action bénévole de Farnham inc.	196 549	436 734
Association des Personnes Aphasiques Granby–Région	46 801	63 951	Centre d'action bénévole de Granby inc.	255 025	562 964
Association des personnes handicapées physiques de Brome– Missisquoi	118 188	126 784	Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook	300 217	648 662
Association des proches de personnes atteintes de maladie mentale de l'Estrie	254 299	277 151	Centre d'action bénévole de la Missisquoi–Nord	196 825	218 666
Association des sourds de l'Estrie	78 563	99 559	Centre d'action bénévole de Magog (Carrefour du partage)	172 555	203 061
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (AQEPA) Estrie (05)	52 301	73 120	Centre de bénévolat de Richmond (CAB)	161 550	365 228
Association du syndrome de Down de l'Estrie	89 931	119 856	Centre d'action bénévole de Sherbrooke (CAB)	80 232	181 986
Association Épilepsie Estrie	54 378	55 574	Centre d'action bénévole de Sutton (CAB)	50 744	170 722
Association Garagona Inc.	62 901	115 518	Centre d'action bénévole de Windsor (CAB)	162 437	367 040
Association Granby pour la déficience intellectuelle	92 484	122 170	Centre d'action bénévole des Sources (CAB) (Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc) (Le)	266 128	638 850
Association PANDA Brome– Missisquoi	74 968	82 601	Centre d'action bénévole du Granit	326 404	702 190

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2019-2020 Base annuelle	2020-2021 Base annuelle	ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2019-2020 Base annuelle	2020-2021 Base annuelle
Association québécoise des troubles d'apprentissage (AQETA) Section Estrie	58 691	87 928	Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François	323 591	707 442
Association sportive jeunes handicapés	53 519	108 310	Centre d'action bénévole R.H. Rediker	214 255	472 956
Auberge sous mon toit inc.	455 820	505 099	Centre d'action bénévole Valcourt et région (CAB)	164 792	371 856
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (C.A.L.A.C.S.) de Granby	297 684	471 106	Croisée des Sentiers (La)	141 121	198 207
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de l'Estrie	451 866	632 650	Cuisine Amitié de la MRC des Sources (La)	111 255	136 354
Centre de bénévolat Mieux-Être Ville de Lac Brome	31 045	31 728	Cuisine collective Le Blé d'Or de Sherbrooke	123 546	135 924
Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska inc.	436 628	460 894	Cuisines collectives « Bouchée-Double » Memphrémagog	126 603	152 789
Centre de soutien de l'Estrie	53 519	54 696	Cuisines collectives de la Montérégie (Les)	252 823	274 397
Centre d'entraide La Boussole inc.	52 431	71 172	Cuisines collectives du Haut-Saint-François	115 387	124 586
Centre d'Entraide Plus de l'Estrie	105 294	130 261	Dagobert et cie	58 691	87 928
Centre des femmes Lennoxville et environs	227 723	254 012	Défi handicap des Sources	44 032	67 652
Centre des femmes de la MRC du Granit	220 248	236 753	Diabète Brome-Missisquoi (DBM)	49 278	50 362
Centre des femmes du Haut-Saint-François La Passerelle	220 354	238 462	Diabète Estrie	78 565	99 061
Centre des femmes du Val-Saint-François	294 816	312 962	Diabétiques de la Haute-Yamaska (Les)	46 018	62 621
Centre des femmes La Parolière	220 249	231 754	DIRA ESTRIE	156 460	165 867
Centre des femmes Memphrémagog	220 355	236 863	Divers-Gens	32 608	51 229
Centre des jeunes de Lennoxville	109 862	118 279	Domaine de la sobriété (Le)	211 846	214 348
Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie	305 733	471 284	Dysphasie-Estrie	120 775	159 378
Centre jeunesse « Le trait d'union »	153 380	190 794	Élixir ou l'Assuétude d'Ève	204 559	237 650
Centre l'Élan	181 341	217 351	Ensoleillée – ressource communautaire en santé mentale (L')	149 692	185 193
Centre pour femmes immigrantes de Sherbrooke	229 933	247 150	Entrée Chez-Soi Brome-Missisquoi	250 205	308 342
Chaudronnée de l'Estrie (La)	118 147	140 642	Entr'Elles Granby inc.	377 390	433 691
Club 3ième âge de Farnham inc.	49 391	73 129	Équipe d'accompagnement Au Diapason (L')	71 287	96 390
Club des personnes handicapées Brome-Missisquoi inc.	56 057	79 941	Escale de l'Estrie (L')	988 653	1 601 464
Coalition Impact de rue Haute-Yamaska	10 726	147 820	Étincelles de bonheur du Haut-Saint-François	105 298	131 172

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2019-2020 Base annuelle	2020-2021 Base annuelle	ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2019-2020 Base annuelle	2020-2021 Base annuelle
Coalition sherbrookoise pour le travail de rue	240 212	314 156	Exit de Waterloo (L')	174 233	165 178
Collective par et pour Elle inc.	214 927	231 315	Famille Espoir	24 816	25 362
Comité popote roulante de Cowansville inc. (Le)	43 582	48 290	Famille Plus	24 816	25 362
Comité popote roulante de Farnham inc. (Le)	39 260	59 464	Fantastiques de Magog (Les)	105 298	130 266
Cordée, ressource alternative en santé mentale (La)	441 607	507 299	Grande Table (La)	111 255	147 204
Corporation jeunesse Memphrémagog	123 087	132 455	Grands frères et grandes sœurs de l'Estrie (Les)	73 258	105 716
Gris Estrie (Groupe régional intervention social Estrie)	38 005	66 787	Maison des jeunes de Waterville : Les Pacifistes	65 663	94 667
Handi Apte	199 211	215 254	Maison des jeunes Le Boum (La)	124 109	133 487
Handi-capable	64 726	85 991	Maison des jeunes l'Initiative	111 192	136 289
Horizon pour elle inc.	867 752	1 068 605	Maison des jeunes Serge Forest	102 752	130 540
Intervention régionale et information sur le SIDA (IRIS Estrie)	105 316	147 613	Maison d'hébergement jeunesse Espace Vivant/Living room	315 690	381 953
Jeunes du coin d'Ascot (Les)	109 861	134 929	Maison d'hébergement pour personnes en difficulté de Granby Inc.	360 263	406 805
JEVI Centre de prévention du suicide – Estrie	456 752	553 582	Maison d'hébergement R.S.S.M.	459 475	504 044
Justice alternative et médiation	299 671	314 518	Maison Jeunes–Est	264 022	323 150
Local des jeunes des Jardins–Fleuris	36 119	36 914	Maison soutien aux aidants (La)	232 202	248 307
Loisirs et services communautaires de Lac-Brome inc.	6 842	0	Marraine Tendresse de l'Estrie	57 458	74 313
Maison Alice–Desmarais	853 389	1 055 230	Méridienne 1990 (La)	789 296	958 206
Maison CALM	333 303	390 682	Moisson–Estrie	205 191	216 863
Maison Caméléon de l'Estrie (La)	91 632	167 548	Moisson Haut-St-François	28 518	62 646
Maison de la famille de Sherbrooke	8 972	22 169	MomentHom Centre d'entraide pour hommes de l'Estrie	461 295	455 937
Maison de la famille du Granit (La)	33 223	33 954	Mon Shack...Mes choix...Mon avenir!	0	99 364
Maison de la famille Memphrémagog	33 299	34 032	Mouvement d'aide paralysie cérébrale Estrie	38 330	59 982
Maison des familles Granby et région	15 028	15 299	Naissance–Renaissance Estrie	579 931	604 647
Maison de répit Déragon inc.	168 302	212 307	Nourri-Source Estrie	10 586	38 768
Maison des familles FamillAction (La)	17 519	17 904	O.E.I.L. (L')	45 988	62 591
Maison des grands–parents de Sherbrooke	4 568	4 668	Oasis Santé Mentale Granby et région	269 757	335 845

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2019-2020 Base annuelle	2020-2021 Base annuelle	ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2019-2020 Base annuelle	2020-2021 Base annuelle
Maison des jeunes Actimaje (La)	93 414	95 469	Orientation jeunesse de la Haute-Yamaska	54 096	55 286
Maison des jeunes de Coaticook (La)	111 585	137 891	Parenfant Montérégie (Le)	146 558	149 782
Maison des jeunes de Farnham	151 783	161 758	Parkinson Estrie	0	39 218
Maison des jeunes de Fleurimont	43 735	59 665	Partage Notre-Dame	83 762	85 232
Maison des jeunes de Granby inc. (La)	141 222	155 178	Phare source d'entraide (Le)	170 221	197 745
Maison des jeunes de la St-François (La)	124 796	134 202	Place des jeunes l'Intervalle (La)	49 419	73 157
Maison des jeunes de l'Or Blanc (La)	118 364	153 352	Point 14-18 de Danville (Au)	109 419	134 477
Maison des jeunes de Sutton inc. (La)	108 346	110 709	Points Jeunesse du Granit	124 442	133 840
Pont, organisme de justice alternative (Le)	427 657	444 223	Société Alzheimer de l'Estrie (La)	396 940	418 831
Popote de la région de Bedford (La)	56 616	80 128	Société Alzheimer de Granby et région inc.	151 516	166 593
Popote roulante de l'Ange-Gardien	46 006	47 018	Soins palliatifs La Rose des vents de l'Estrie (Les)	311 736	346 246
Promotion et défense des droits en santé mentale de l'Estrie (Pro-Def)	267 066	322 350	Solidarité ethnique régionale de la Yamaska	10 538	1 285
Rayon de soleil de l'Estrie (personnes âgées)	157 148	184 755	Soupapes de la bonne humeur (Les)	105 298	130 266
Regroupement des organismes communautaires (ROC) de l'Estrie	163 722	173 240	Source-Soleil (La)	402 095	438 011
Regroupement soutien aux aidants de Brome-Missisquoi	223 796	270 522	SHASE (Soutien aux hommes agressés sexuellement durant l'enfance)	143 691	333 383
Relève du Haut-St-François (Le Comité de la relève de Scotstown) (La)	35 448	36 228	SPOT Jeunesse de Sherbrooke	109 862	134 930
Réseau d'amis de Sherbrooke (Le)	334 363	351 180	Tabliers en folie (Les)	118 790	147 554
Réseau d'appui aux familles monoparentales et recomposées de l'Estrie (RAME)	31 675	32 372	TDA/H Estrie	194 370	224 370
Ressources communautaires en santé mentale «L'éveil»	143 104	209 844	Transition pour elles inc.	250 398	255 039
Ressource pour hommes de la Haute-Yamaska	279 491	322 943	Tremplin 16 – 30 (Le)	70 478	99 680
Rivage du Val-Saint-François (Le)	170 502	177 438	Unité Domrémy d'Asbestos	141 670	144 787
S.O.S. Dépannage Granby et région inc.	163 142	172 727	Unité Domrémy de Windsor	41 980	42 903
S.O.S. Grossesse (Estrie)	190 910	215 981	Villa Pierrot	51 308	85 383
Santé mentale Estrie	56 682	113 904	Virage Santé Mentale	158 876	203 667
Sclérose en plaques Haute-Yamaska-Richelieu	75 181	102 469	Zone libre Memphrémagog	119 687	149 857

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2019-2020 Base annuelle	2020-2021 Base annuelle	ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2019-2020 Base annuelle	2020-2021 Base annuelle
Secours–Amitié (Estrie)	216 626	237 250			
Séjour la Bonne œuvre	777 068	945 779			
Sercovie (personnes âgées)	382 857	524 043			
Service d'interprétation pour personnes sourdes de l'Estrie	190 910	195 529			
Seuil de l'Estrie (Le)	338 289	401 119			



COLLABORATION • AGILITÉ

Annexe

A

ENTRAIDE • BIENVEILLANCE • INNOVATION



CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

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 (C. A.) 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 C. A., 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.

Le Code d'éthique et de déontologie a été adopté par le C. A. du CIUSSS de l'Estrie – CHUS le 4 février 2016 et a été révisé par ce dernier le 26 février 2020.

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	94
2. Dispositions générales.....	95
3. Principes d'éthique et règles de déontologie	97
4. Conflit d'intérêts	101
5. Application	102
6. Dispositions finales	105
ANNEXE A - ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DU MEMBRE	106
ANNEXE B - AVIS DE BRIS DU STATUT D'INDÉPENDANCE.....	107
ANNEXE C - DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU MEMBRE	108
ANNEXE D - DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL	110
ANNEXE E - DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS.....	111
ANNEXE F - SIGNALEMENT D'UNE SITUATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS.....	112
ANNEXE G - AFFIRMATION DE DISCRÉTION DANS UNE ENQUÊTE D'EXAMEN.....	113

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 lobbyisme (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 assujetti 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). Raisonnement éthique dans un contexte de marge de manœuvre accrue : clarification conceptuelle et aide à la décision – Rapport de recherche, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Secrétariat du Conseil du trésor, p. 51.

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 Discrétion et confidentialité

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

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

COLLABORATION • AGILITÉ • ENTRAIDE • BIENVEILLANCE • INNOVATION

ENSEMBLE
pour la
Vie

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2020
2021

*du Centre intégré universitaire de santé et de
services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier
universitaire de Sherbrooke*

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

Québec

