Centre intégré universitaire
de santé et de services sociaux
du Saguenay–Lac-Saint-Jean

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2021-2022

Québec

Édition produite par :
Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean (CIUSSS)

Rédaction et coordination :
Direction adjointe des communications et des affaires publiques en collaboration avec le personnel du CIUSSS

Montage graphique :
Annabel Gagnon, technicienne en communication, Direction adjointe des communications et des affaires publiques

Relecture :
Direction adjointe des communications et des affaires publiques

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Ce document a été édité en quantité limitée. Il est disponible en version électronique sur le site Internet du CIUSSS (santesaglac.gouv.qc.ca).

Dépôt légal :
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022
ISSN 2371-3143 (version imprimée)
ISSN 2371-3151 (PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2022

Imprimé sur du Rolland Enviro Print, contenant 100 % de fibres post-consommation et fabriqué à partir d'énergie biogaz.
Il est certifié FSC®, procédé sans chlore, garant des forêts intactes et ECOLOGO 2771.

Message des autorités

C’est avec plaisir que nous vous présentons le Rapport annuel de gestion 2021-2022 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Ce rapport illustre les éléments marquants du travail et des efforts déployés au cours de la dernière année par tous les employés (plus de 13 000) de notre établissement. Les grands dossiers et les activités marquantes y sont présentés.

Dans le cadre de notre exercice de rapport annuel de gestion, nous rendons compte à la population du bilan de l’établissement dans les différents programmes et services. Les résultats présentés nous invitent à maintenir nos bonnes pratiques ou à procéder à des changements dans nos actions. La dernière année fut encore teintée par de nombreux défis de santé publique marqués par la pandémie de COVID-19.

En poursuivant la gestion de la pandémie au gré des différentes vagues, les équipes médicales, cliniques et administratives ont travaillé fort pour continuer de combattre le virus tout en poursuivant les activités habituelles afin de minimiser l’impact sur les usagers et leurs familles.

Notre établissement a poursuivi activement ses efforts afin de stabiliser et renforcer l’ensemble des équipes de travail, en procédant au rehaussement de plusieurs postes, en diversifiant ses stratégies de recrutement ainsi qu’en travaillant en partenariat sur des programmes de formation en accéléré notamment pour les postes d’agents administratifs.

La collaboration, la bienveillance et l’excellence demeurent les piliers de la consolidation de notre CIUSSS et de notre action auprès des usagers et de la population.

JULIE LABBÉ
Présidente-directrice générale

FRANCE GUAY
Présidente du conseil d’administration

Fiabilité des données

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION

À titre de présidente-directrice générale, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2021-2022 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean :

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

Je déclare que 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 2022.

Signé à Saguenay, le 7 juin 2022.

JULIE LABBÉ
Présidente-directrice générale

Table des matières

MESSAGES DES AUTORITÉS **3**

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES **5**

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS **8**

LE CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN 8

MISSION 11

VISION 11

VALEURS 11

ORGANIGRAMME 12

LISTE DES INSTALLATIONS 14

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, COMITÉS, CONSEILS ET INSTANCES CONSULTATIVES 16

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION 16

COMITÉS RELEVANT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 18

COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT 19

FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE 21

RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE DU MSSS **33**

ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ **39**

L'AGRÉMENT 39

LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES 39

DÉCLARATION ET DIVULGATION DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES 39

INCIDENTS / ACCIDENTS 40

RECOMMANDATIONS DU COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET SUIVI DE L'ÉTABLISSEMENT 41

SURVEILLANCE, PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES 41
SURVEILLANCE 42
ACTIONS SPÉCIFIQUES À LA PANDÉMIE DE COVID-19 42
SURVEILLANCE DES CAS NOSOCOMIAUX DE COVID-19 ET GESTION DES ÉCLOSIONS....42
PRINCIPAUX CONSTATS TIRÉS DE L'ÉVALUATION ANNUELLE DE L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE DES USAGERS 42
SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU COMMISSARIAT AUX PLAINTES ET A LA QUALITÉ DES SERVICES....43
SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU CORONER 45
MESURES CORRECTIVES ÉMISES PAR LE PROTECTEUR DU CITOYEN 47
LE NOMBRE DE MISES SOUS GARDE DANS UN ÉTABLISSEMENT SELON LA MISSION.... 50
L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS.... 50
L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION 50

APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE....53

RESSOURCES HUMAINES....54
LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC 54
LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS POUR L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC 55

RESSOURCES FINANCIÈRES 56
UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME 56
L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE 57
LES CONTRATS DE SERVICES 57

RESSOURCES INFORMATIONNELLES....59

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT 61

LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES 65

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES....67

ANNEXE 1 - CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 78

Présentation de l'établissement et faits saillants

LE CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Créé officiellement le 1er avril 2015, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) s'est façonné à travers l'élaboration de sa structure interne, qui se déploie dans dix-sept directions (sept directions administratives et dix cliniques).

Premier employeur de la région, le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean compte quelque 13 000 employés et plus de 675 médecins, dentistes et pharmaciens. Doté d'un budget de plus d'un milliard de dollars, le CIUSSS est né de la fusion de neuf établissements de santé et de services sociaux et dispose de 62 installations réparties dans l'ensemble de la région. L'établissement est aussi affilié à l'Université de Montréal, à l'Université de Sherbrooke et à l'Université du Québec à Chicoutimi.

Le CIUSSS

1er employeur de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean

62 installations

17 laboratoires

Plus de **13 000** employés

95 762 km² superficie du territoire desservi

Près de **280 000** habitants (15 % de moins de 15 ans, 63 % entre 15 et 64 ans et 22 % de plus de 65 ans)

4 accréditations syndicales

Près de **2 900** embauches

Plus de **675** médecins, dentistes et pharmaciens

Un budget annuel de **1 300 M$**

7 directions administratives et **10** directions cliniques

Plus de **1 800** demandes médiatiques, dont plus de 530 entrevues

500 titres d'emplois

MISSION

Veiller à la santé et au bien-être de la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean par le déploiement de continuums de services intégrés, adaptés aux besoins et accessibles dans chacun des milieux.

Contribuer, par sa mission et sa désignation universitaire, au développement des savoirs et des pratiques, au transfert et à la fusion des connaissances.

Pour accomplir cet engagement, le CIUSSS assume les responsabilités suivantes :

- planifier, coordonner, organiser et offrir à la population l'ensemble des services sociaux et de santé, incluant le volet santé publique, selon les orientations et les directives ministérielles;
- déterminer les mécanismes de coordination des services à la population;
- garantir une planification régionale des ressources humaines;
- réaliser le suivi et la reddition de comptes auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS);
- assurer la prise en charge de l'ensemble de la population, notamment les personnes les plus vulnérables;
- assurer la gestion de l'accès aux services;
- établir les ententes, modalités et responsabilités avec les partenaires de son réseau territorial de services, par exemple les médecins, organismes communautaires, entreprises d'économie sociale, pharmacies et autres ressources privées.

Le CIUSSS est désigné Centre affilié universitaire régional. Il est affilié aux universités de Montréal et de Sherbrooke ainsi qu'à l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC).

VISION

Des soins de santé et des services sociaux accessibles et efficients qui s'adaptent aux besoins de la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

VALEURS

Collaboration

C'est miser sur la force d'une équipe. C'est faire confiance et croire au potentiel de chacun pour atteindre des objectifs. C'est la synergie qui permet de viser plus haut pour s'enrichir au contact de l'autre. Elle s'appuie sur l'interdisciplinarité et le partenariat autant entre collègues, directions, qu'avec l'ensemble des acteurs de la communauté. Elle implique une relation empreinte de confiance, d'écoute et de respect, de même qu'un souci constant de communiquer.

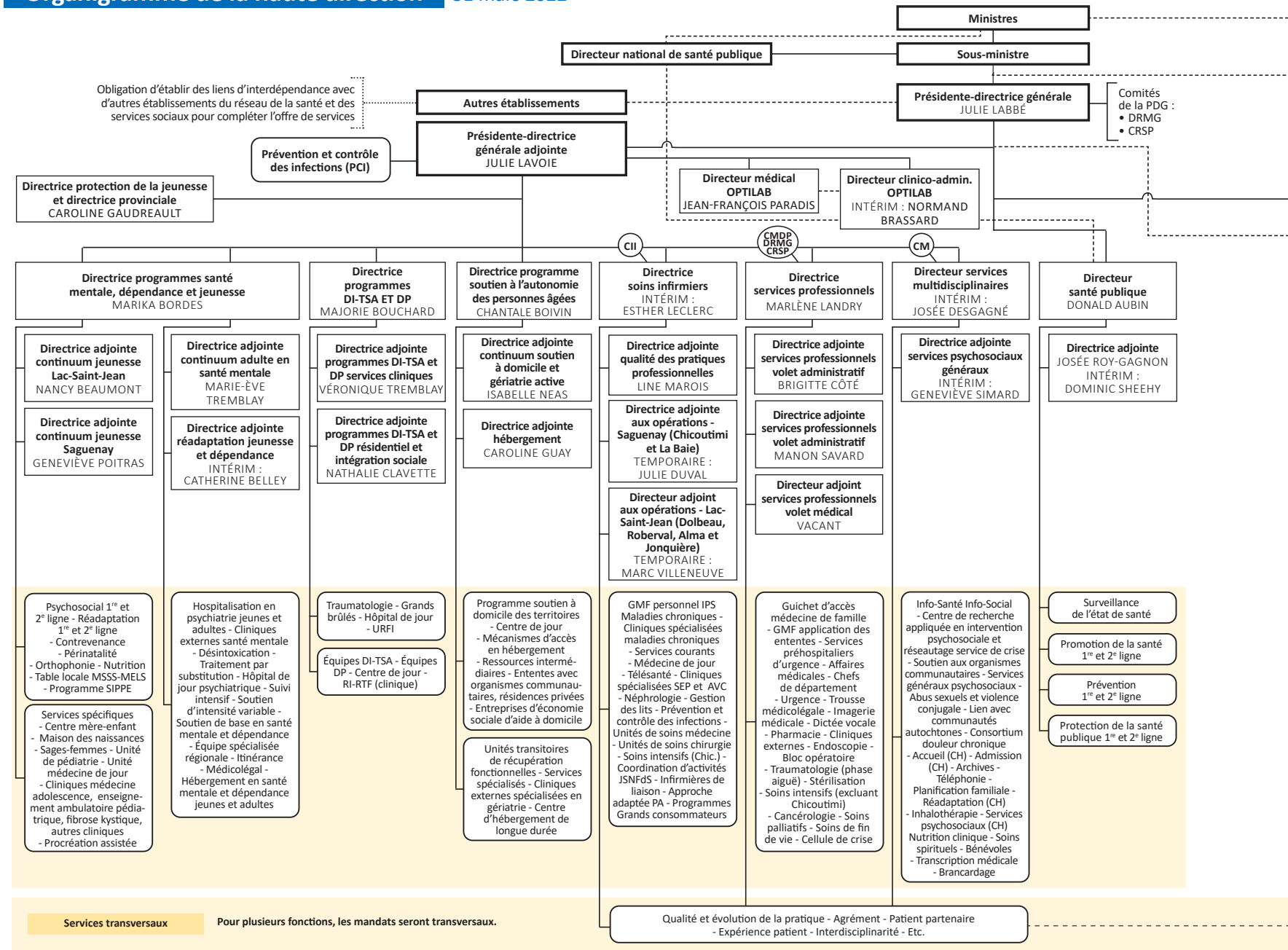
Bienveillance

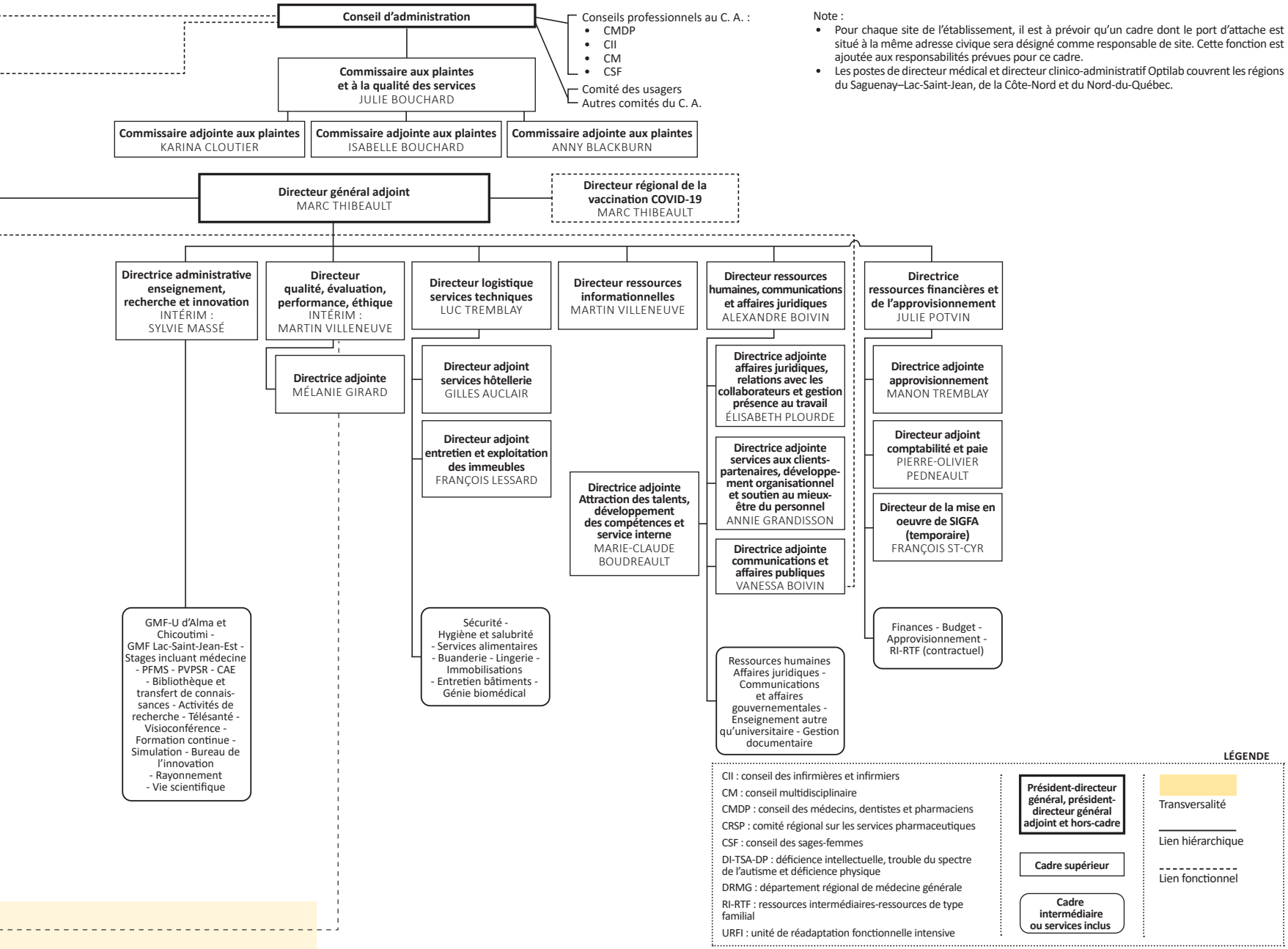
S'exprime par la volonté de traiter toute personne avec respect et sollicitude. Elle s'imprègne d'ouverture aux autres, aux changements et aux différences envers la clientèle et entre collègues. Elle incite à faire preuve d'écoute et d'empathie à l'égard d'autrui. Elle nous porte à reconnaître et à souligner les efforts, les forces et la contribution de chacun.

Excellence

Fait référence à la volonté d'exécuter les tâches avec attention et d'innover dans le but ultime de faire une différence dans la vie des gens en contribuant à leur mieux-être. Elle fait appel à la rigueur, la responsabilité, la cohérence et trouve son inspiration dans une éthique élevée des comportements individuels et organisationnels. L'excellence se manifeste en continu par la recherche de la qualité, du travail bien fait et du développement des compétences.

Organigramme de la haute direction 31 mars 2022





Note :

- Pour chaque site de l'établissement, il est à prévoir qu'un cadre dont le port d'attache est situé à la même adresse civique sera désigné comme responsable de site. Cette fonction est ajoutée aux responsabilités prévues pour ce cadre.
- Les postes de directeur médical et directeur clinico-administratif Optilab couvrent les régions du Saguenay–Lac-Saint-Jean, de la Côte-Nord et du Nord-du-Québec.

Liste des installations du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

MISSION	INSTALLATION		
Centre hospitalier (CH)	Hôpital d'Alma Hôpital de Chicoutimi Hôpital de Dolbeau-Mistassini	Hôpital de La Baie Hôpital et Centre de réadaptation de Jonquière	Hôpital et Centre d'hébergement de Roberval*
Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)	Centre d'hébergement d'Alma Centre d'hébergement de Bagotville Centre d'hébergement de Dolbeau-Mistassini Centre d'hébergement de Saint-Félicien Centre d'hébergement Des Chênes Centre d'hébergement des Pensées	Centre d'hébergement Georges-Hébert Centre d'hébergement Isidore-Gauthier Centre d'hébergement Jacques-Cartier Centre d'hébergement De la Colline Centre d'hébergement Mgr-Victor-Tremblay	Centre d'hébergement Sainte-Marie Centre d'hébergement Saint-Joseph CLSC et Centre d'hébergement de Métabetchouan-Lac-à-la-Croix* CLSC et Centre d'hébergement de Normandin*** Hôpital et Centre d'hébergement de Roberval**
Centre de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation (CPRJDA)	Appartement supervisé pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Chicoutimi Centre de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation d'Alma Centre de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Chicoutimi	Centre de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Jonquière Centre de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Roberval Foyer de groupe pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Roberval	Centre de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Chibougamau CLSC et Centre de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Dolbeau-Mistassini

*En raison des deux missions de cette installation, celle-ci est également indiquée avec les installations ayant une mission hébergement et soins de longue durée.
**En raison des deux missions de cette installation, celle-ci est également indiquée avec les installations ayant une mission centre de protection et de réadaptation pour les jeunes ayant des difficultés d'adaptation.
***En raison des deux missions de cette installation, celle-ci est indiquée également avec les installations ayant une mission hébergement et soins de longue durée.

Liste des installations du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

MISSION	INSTALLATION		
Centre local de services communautaires (CLSC)	CLSC Champlain CLSC d'Alma CLSC de Chicoutimi CLSC de Chicoutimi-Nord CLSC de Jonquière CLSC de L'Ascension-de-Notre-Seigneur	CLSC de Saint-Félicien CLSC du Fjord-à-L'Anse-Saint-Jean CLSC du Fjord-à-La Baie CLSC et Centre d'hébergement de Métabetchouan-Lac-à-la-Croix* CLSC et Centre d'hébergement de Normandin**	CLSC et Centre de réadaptation Saint-Antoine CLSC et Centre de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Dolbeau-Mistassini** Maison de naissance du Fjord-au-Lac
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (CRDI-TSA)	Atelier de travail en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme Brassard Atelier de travail en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme de Dolbeau-Mistassini Atelier de travail en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme de l'Aéroport Atelier de travail en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme Manouane Atelier de travail en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme de Saint-Félicien Centre d'activités de jour en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme Collard	Centre d'activités de jour en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme F. X.-Bouchard Centre d'activités de jour en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme Gauthier Centre d'activités de jour en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme Maria-Chapdelaine Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme Champlain Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme de L'Anse-Saint-Jean	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme de La Baie Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme de Métabetchouan-Lac-à-La-Croix Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme du Cénacle Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme du Long-Sault Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme Tanguay

CONSEIL D'ADMINISTRATION, COMITÉS, CONSEILS ET INSTANCES CONSULTATIVES

Membres du conseil d'administration

Membres	Membre du :	Mandat
BERGERON, GUYLAINE INDÉPENDANT - Gestion des risques/finance/comptabilité	Comité de vérification et de ressources humaines	24 février 2020 au 29 septembre 2021
BLACKBURN, DOMINIQUE INDÉPENDANT - Usager	Comité de vérification et de ressources humaines	30 septembre 2018 au 29 septembre 2021
BOUCHARD, CHRISTIAN INDÉPENDANT	Comité de vérification et de ressources humaines	16 mai 2019 au 29 septembre 2021
BOUCHARD, DOMINIQUE INDÉPENDANT - Ressources immobilières, informationnelles et humaines	Comité de vérification et de ressources humaines	30 septembre 2018 au 29 septembre 2021
CÔTÉ, MARTIN Comité régional sur les services pharmaceutiques	Comité de gouvernance et d'éthique	26 mars 2018 au 25 mars 2021
COURTOIS, GILBERT INDÉPENDANT - Santé mentale	Comité de gouvernance et d'éthique	7 août 2020 au 29 septembre 2021
DÉRY, ALBERTE INDÉPENDANT - Gouvernance/éthique	Comité de révision, présidente Comité de gouvernance et d'éthique Comité de vigilance et qualité, présidente	30 septembre 2018 au 29 septembre 2021
DUBÉ, GUYLAINE, VICE-PRÉSIDENTE INDÉPENDANT - Réadaptation	Comité de vigilance et qualité, vice-présidente Comité de révision, présidente substitut	30 septembre 2018 au 29 septembre 2021
GAGNÉ, DRE ÈVE-REINE Universités affiliées	Comité de vérification et de ressources humaines	30 septembre 2018 au 29 septembre 2021
GIMAËL, DR JEAN-FRANÇOIS Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens		6 juillet 2018 au 25 mars 2021
GOBEIL, MANON Conseil des infirmières et infirmiers	Comité de gouvernance et d'éthique	26 mars 2018 au 25 mars 2021
GUAY, FRANCE, PRÉSIDENTE INDÉPENDANT - Organismes communautaires	Comité de vérification et de ressources humaines	30 septembre 2018 au 29 septembre 2021

Suite

Membres	Membre du :	Mandat
GUIMOND, FRÉDÉRICK INDÉPENDANT - Jeunesse	Comité de gouvernance et d'éthique, président	17 septembre 2019 au 29 septembre 2021
LABBÉ, JULIE Présidente-directrice générale	Comité de gouvernance et d'éthique, membre d'office Comité de vigilance et qualité, membre d'office	1er avril 2020 au 31 mars 2024
LAFLAMME, MANON Conseil multidisciplinaire	Comité de gouvernance et d'éthique	26 mars 2018 au 25 mars 2021
PERRON, DR PATRICE Universités affiliées		30 septembre 2018 au 29 septembre 2021
SIMARD, GILLES Comité des usagers	Comité de vigilance et qualité, membre d'office	26 mars 2018 au 25 mars 2021
VERREAULT, DR GUY Département régional de médecine générale		26 mars 2018 au 25 mars 2021
VACANT - À COMBLER INDÉPENDANT - Vérification, performance et gestion de la qualité		30 septembre 2018 au 29 septembre 2021
VACANT - À COMBLER Universités affiliées		30 septembre 2018 au 29 septembre 2021
VACANT - À COMBLER Membre observateur - Fondations		27 janvier 2020 au 29 septembre 2021

*Mise à jour : 8 juillet 2021 | * À noter que les mandats des administrateurs ont été prolongés par le ministère pour une durée indéterminée dans le contexte de la pandémie de la COVID-19.*

Le comité de gouvernance et d'éthique a analysé les formulaires de déclaration de conflit d'intérêts des nouveaux membres et des nouveaux cadres supérieurs.

Aucun cas ou manquement quant à un conflit d'intérêts n'a été constaté en cours d'année, et par conséquent, aucun cas n'a été traité par le comité de gouvernance et d'éthique, qui assure une vigilance quant à toute apparence ou tout conflit d'intérêts. Les membres qui pourraient être en apparence de conflit quant à une décision à prendre se retirent systématiquement des décisions.

Comités relevant du conseil d'administration

Comité de vérification

Comité de gouvernance et d'éthique

Comité de vigilance et de la qualité

Comité de révision

Comité consultatif du territoire Maria-Chapdelaine

Comités des usagers du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Comité des usagers du centre intégré (CUCI)

Comité des usagers en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme

Comité des usagers du Centre jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Comité des usagers de Lac-Saint-Jean-Est

Comité des usagers de Domaine-du-Roy

Comité des usagers de Maria-Chapdelaine

Comité des usagers de Jonquière

Comité des usagers de Chicoutimi

Comité des usagers de La Baie

Comités de l'établissement

Comités, conseils et instances de l'établissement*	Comités de la mission universitaire
Conseil des infirmières et infirmiers (CII)	Comité des ambassadeurs de la mission universitaire
Département régional de médecine générale (DRMG)	**Recherche**
Conseil multidisciplinaire (CM)	Comité d'éthique de la recherche (CÉR)
Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)	Assemblée des chercheurs
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)	Comité consultatif des chercheurs réguliers
Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée	Comité consultatif des médecins-cliniciens
Conseil des sages-femmes (CSF)	Comité exécutif de la recherche
Comité de développement durable	**Enseignement**
Comité de gestion des risques (CGR)	Comité d'enseignement de l'Hôpital de Chicoutimi
**liste non exhaustive*	Comité de coordination de la formation médicale (anciennement le Bureau régional de coordination de l'enseignement médical)

FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE

Avril 2021

UN PARTENARIAT GAGNANT ENTRE GÉNOME QUÉBEC ET LE CIUSSS DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN

En avril 2021, Génome Québec et le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean ont annoncé la nomination du professeur Luigi Bouchard à titre de Directeur scientifique et du développement stratégique de la Biobanque. C'est d'ailleurs avec beaucoup de fierté que les deux partenaires ont procédé à la signature de la nouvelle convention d'entente. Biochimiste, Luigi Bouchard est chercheur au CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean depuis 2008, et professeur titulaire au Campus de Saguenay de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke depuis 2010.

La Biobanque est une infrastructure d'appui à la recherche qui possède une pertinence nationale avec la pandémie de COVID-19. Pour le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean, c'est aussi un outil exceptionnel de valorisation et de développement de sa mission universitaire.

Mai 2021

UN MEILLEUR ACCÈS À LA RECHERCHE SUR LE CANCER DU SEIN EN RÉGION

Le CIUSSS s'est allié au Groupe McPeak-Sirois qui oeuvre dans la recherche clinique du cancer du sein et à la Fondation cancer du sein du Québec au printemps 2021 pour permettre aux femmes atteintes d'un cancer du sein dans notre région d'avoir un meilleur accès à la recherche clinique sur leur maladie.

Ce partenariat, qui s'inscrit dans le cadre du Programme Accès-recherche du Groupe McPeak-Sirois lancé en mai 2017 avec le soutien de la Fondation cancer du sein du Québec, contribuera à ce que plus de patient(e)s se voient offrir de participer à des protocoles de recherche clinique, et ce, tout en demeurant dans leur région.

Avoir accès à la recherche clinique, c'est bénéficier de traitements de pointe permettant d'augmenter sa chance de survie et de qualité de vie pendant et après les traitements.

Ce partenariat permet d'apporter des bénéfices réels à la population, tout en augmentant l'accessibilité des protocoles dans notre région.

Été 2021

CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Débutée en avril 2021 auprès du grand public, ce sont sept sites fixes de vaccination, répartis dans l'ensemble des réseaux locaux de services de la région, qui ont permis une grande accessibilité aux vaccins contre la COVID-19 à toute la population.

La vaccination mobile, au sein d'événements publics ou dans des milieux de vie de personnes ciblées, a également donné de nombreuses occasions à la population de participer activement à cette importante campagne de vaccination contre la COVID-19.

La mobilisation de l'ensemble des équipes, souvent composées de personnel retraité, fut également au cœur de la réussite de cette mission primordiale dans notre lutte collective contre la COVID-19.

Juin 2021

OUVERTURE D'UN PREMIER SITE DE PRÉVENTION DES SURDOSES AU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN

Le 3 juin 2021, le premier site de prévention des surdoses de la région a été ouvert dans les locaux du Service de travail de rue de Chicoutimi.

Soulignons que les sites de prévention des surdoses jouent un rôle important dans la réponse actuelle visant la réduction des méfaits liés à l'utilisation de drogues.

Les objectifs principaux sont d'orienter les personnes qui utilisent des drogues vers des services de traitement de la toxicomanie et d'autres services de santé et sociaux et de réduire les problèmes de sécurité publique associés à l'utilisation de drogues illicites.

Septembre 2021

TOURNÉES DES CENTRES COMMERCIAUX AVEC LES ÉQUIPES DE RECRUTEMENT

Le 1er et 2 septembre 2021, les recruteurs du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean se sont promenés sur l'ensemble du territoire pour aller à la rencontre de chercheurs d'emploi. Nos équipes étaient présentes pour répondre aux différentes questions, parler des différentes opportunités d'emploi et pour prendre les noms et CV.

L'expérience a suscité un grand intérêt médiatique et populationnel.

Octobre 2021

PARTENARIAT AVEC LE CSS DES RIVES-DU-SAGUENAY POUR LA SANTÉ MENTALE DES ADOS

Le CIUSSS et le Centre de services scolaire des Rives-du-Saguenay ont présenté une démarche de collaboration concernant la santé mentale des jeunes l'automne dernier.

Le Centre de services scolaires et la Direction de santé publique du CIUSSS ont proposé d'implanter, en projet pilote, l'utilisation du référent ÉKIP pour tenter de trouver des solutions ensemble aux défis vécus par les élèves.

Le référent ÉKIP consiste en un guide de réflexion et de planification conjointe entre les acteurs du réseau scolaire et ceux de la santé pour soutenir les jeunes dans le développement des compétences requises afin d'assurer leur réussite éducative ainsi que pour leur santé et leur bien-être.

Cette démarche est portée conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation.

Il s'agit d'un accompagnement qui sera progressivement offert à l'ensemble des établissements des centres de services scolaires de la région. Un comité constitué d'acteurs scolaires, de la santé, du secteur communautaire ainsi que de parents se rassemble régulièrement pour discuter des enjeux de santé mentale chez les jeunes de ce secteur.

Novembre 2021

INAUGURATION OFFICIELLE DE LA CHAIRE DE RECHERCHE GÉNÉTIQUE ET PARCOURS DE VIE EN SANTÉ

Le 17 novembre 2021, le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean a procédé à l'inauguration officielle de la Chaire de recherche Génétique et parcours de vie en santé, la toute première chaire de recherche créée par l'organisation, grâce à la cohésion et la collaboration de plusieurs de ses fondations.

La Chaire de recherche permettra au CIUSSS de se doter d'une structure d'accélération des découvertes et de transfert des connaissances en santé génétique, avec pour effet de pérenniser la recherche en génétique, tant au sein de notre établissement, que pour notre région.

La population du Saguenay–Lac-Saint-Jean étant reconnue mondialement pour ses caractéristiques génétiques uniques, la région constitue un milieu de grand potentiel pour les recherches dans ce domaine et offre un contexte idéal pour étudier toute maladie présentant une composante héréditaire.

La Chaire sera dirigée, pour un premier mandat de cinq ans, par les professeurs et chercheurs seniors Luigi Bouchard et Cynthia Gagnon, de l'Université de Sherbrooke. Ils possèdent tous deux une solide expertise reconnue internationalement et ont reçu de nombreuses distinctions en la matière.

Cette chaire est rendue possible grâce à la contribution de la Fondation du Centre Maria-Chapdelaine, de la Fondation santé Jonquière, Fondation de l'Hôpital de La Baie des Ha! Ha! et La Fondation de ma vie.

Décembre 2021

AGENTS ADMINISTRATIFS ET INFIRMIÈRES AUXILIAIRES – NOUVEAUX PROGRAMMES ACCÉLÉRÉS DE FORMATION

Deux programmes accélérés de formation, l'un d'une durée de huit semaines et l'autre de 14 mois, ont été annoncés en décembre. Il s'agit d'un programme de formation pour les agents administratifs et d'un autre pour les infirmières auxiliaires. Plus de 500 entrevues

ont été réalisées avant le 23 décembre afin de combler les cohortes qui prenaient leur envol dès le mois de janvier suivant.

LA RECONNAISSANCE ULTIME POUR LES LABORATOIRES DU CIUSSS

Les 17 laboratoires de biologie médicale de la grappe Optilab Saguenay–Lac-Saint-Jean – Côte-Nord – Nord-du-Québec ont reçu une grande marque de reconnaissance en obtenant leur certification ISO, témoignant de la qualité des analyses réalisées et de la compétence du personnel.

C'est à la suite d'une démarche préparatoire intense que la grappe, qui inclut les laboratoires de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, de la Côte-Nord et du Nord-du-Québec, est devenue celle comptant le plus de laboratoires, parmi les douze du Québec, à la recevoir.

La série des visites d'évaluation a commencé au début mars et s'est terminée à la mi-juin 2021. Le processus d'évaluation s'est terminé en septembre et l'accréditation a été confirmée le 13 décembre 2021.

TISSUS HUMAINS : UNE PREMIÈRE RÉGIONALE AU QUÉBEC GRÂCE À UN PARTENARIAT NOUVEAU GENRE

Un partenariat entre Héma-Québec et le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean voit le jour dans le domaine des tissus humains. Le partenariat permet notamment d'optimiser l'identification de donneurs potentiels de tissus humains et leurs prélèvements, en fonction des besoins en matière de greffe au Québec.

Parmi les tissus prélevés à des fins de greffe, la cornée fait partie de ceux dont la complexité est particulièrement élevée. Le nouveau partenariat se veut une réponse adaptée à ce défi. Une professionnelle de l'équipe des tissus humains d'Héma-Québec a même été déployée sur une base permanente dans la région, avec le mandat d'assister les équipes de soins du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean dans la prise en charge des recommandations de donneurs potentiels. Elle fera également le prélèvement de cornées directement dans les installations régionales, à partir du printemps 2022, plutôt qu'à Québec comme c'était le cas.

LE CIUSSS S'IMPLIQUE DANS LA GUIGNOLÉE DES MÉDIAS

La Guignolée des médias était de retour en décembre dans les rues du Saguenay–Lac-Saint-Jean après une pause en raison de la situation pandémique en 2020.

Pour l'occasion, la présidente-directrice générale du CIUSSS, Mme Julie Labbé, a accepté de coprésider l'événement qui en était à sa 30e édition cette année. Cette collecte annuelle, qui se déroule traditionnellement dans les rues, vise à amasser des fonds au profit des soupes populaires de la région. Dans un effort de mobilisation

spontané, les équipes du CIUSSS ont également mis la main à la pâte en organisant des collectes aux entrées des six centres hospitaliers du territoire, permettant ainsi d'amasser près de 4 500 $ remis aux soupes populaires des six secteurs.

Des denrées non périssables ont aussi été amassées via des boîtes destinées à cet effet dans les cafétérias des établissements du CIUSSS et ont été remises à différents organismes de la région.

Janvier 2022

UNE ANNONCE D'AGRANDISSEMENT POUR LE BLOC OPÉRATOIRE DE L'HÔPITAL DE CHICOUTIMI

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, Christian Dubé, et la ministre des Affaires municipales et de l'Habitation, ministre responsable de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean et députée de Chicoutimi, Andrée Laforest, ont pu annoncer un important investissement de 111,9 M$ dans le dossier de l'agrandissement du bloc opératoire de l'Hôpital de Chicoutimi. Cette annonce représentait une première étape vers la concrétisation du projet et a permis au CIUSSS d'amorcer le dossier d'affaires du projet, qui peut passer à l'étape de planification du Plan québécois des infrastructures.

Le projet permettra d'offrir aux citoyens de la région des soins chirurgicaux encore plus accessibles, dans un cadre qui favorisera davantage la sécurité et le confort des patients. La modernisation du bloc opératoire, de la chirurgie d'un jour et de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux de l'Hôpital de Chicoutimi aura une incidence positive sur l'offre de services à la population et permettra de consolider les activités des blocs opératoires de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Mars 2022

DR DONALD AUBIN DANS LE TOP-10 DES EXPERTS LES PLUS CITÉS AU QUÉBEC

Le directeur régional de santé publique du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Dr Donald Aubin, a été l'un des porte-paroles les plus sollicités de la région, et ce depuis les débuts de la pandémie de COVID-19.

La dernière année n'a pas été différente de la précédente à ce chapitre. À preuve, le directeur de santé publique régionale a accordé pas moins de 230 entrevues au cours des 12 derniers mois, et plus de 500 au total depuis mars 2020.

Cet effort de communication colossal mené auprès de la population a eu une grande portée, et Dr Aubin a ainsi été nommé parmi les 10 experts les plus cités au Québec depuis le début de la pandémie par le journal Le Devoir, qui a recensé plus de 200 000 articles en français publiés depuis le 1er janvier 2020 au Canada.

REPRISE DES ACTIVITÉS DE PRÉLÈVEMENTS DANS DES MUNICIPALITÉS DU HAUT DU LAC-SAINT-JEAN

Le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean a repris ses activités dans les centres de prélèvements de Saint-Félicien et de Normandin afin d'offrir un accès à des services de proximité à tous les usagers du secteur et des environs. Très attendue par les citoyens du milieu, la reprise de ces services a représenté le fruit d'un travail important de l'organisation et témoigne de l'agilité et de la volonté de la Direction générale quant à l'importance des services de proximité, et ce, dans un contexte important de rareté de main-d'œuvre.

NOUVEAU PARTENARIAT POUR OFFRIR LE SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT SPIRITUEL À DOMICILE EN FIN DE VIE

Le CIUSSS a débuté, en collaboration avec la Fondation Jeanne-Mance, un nouveau partenariat qui permet d'offrir le service d'accompagnement spirituel en fin de vie aux usagers en soins palliatifs et en fin de vie, ainsi qu'à leurs proches aidants pour le RLS de Domaine-du-Roy.

Le service considère les réalités sociales, culturelles, psychologiques et économiques des usagers. Ces réalités font partie intégrante du bien-être spirituel et doivent être prises en considération lors d'un accompagnement en fin de vie. Cette nouvelle collaboration permet d'intégrer l'expertise d'un accompagnateur spirituel de fin de vie dans l'équipe interdisciplinaire du soutien à domicile du CIUSSS.

Le projet innovateur a été déployé le 7 mars dernier sur le territoire du RLS Domaine-du-Roy.

GUICHET D'ACCÈS À LA PREMIÈRE LIGNE

Lorsque les gens appellent au Guichet d'accès à la première ligne, une évaluation de la pertinence est faite par l'infirmière qui réfère ensuite la personne vers la bonne ressource. À la suite de cette évaluation, les patients orphelins seront rapidement dirigés vers la bonne trajectoire de service, selon l'évaluation qui sera faite à distance (pharmacie, médecin de famille ou autre). L'infirmière du GAP peut changer la cote du patient afin d'accélérer le processus de prise en charge par un professionnel de la santé.

- Le premier RLS où le GAP a été déployé est Domaine-du-Roy. Les RLS de Chicoutimi, La Baie, Jonquière, Lac-Saint-Jean-Est et Maria-Chapdelaine ont été les suivants.
- Le GAP ne garantit pas l'accès à un médecin de famille, mais permet d'améliorer la porte d'entrée vers les services de premières lignes dans la région.
- Au 25 avril, 13 531 personnes n'ont pas de médecin de famille dans notre région dont plus de 6 000 se retrouvent dans le RLS de Chicoutimi.
- Nous sommes parmi les régions où il y a un plus haut taux de personnes ayant accès à un médecin de famille, avec 93 %.
- Le GAP est accessible à tous les patients orphelins (sans médecin de famille) qui sont inscrits au guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF).
- Les locaux du GAP régional sont situés au Centre d'Hébergement Delage à Chicoutimi.

Avril 2022

RÉNOVATION DE L'URGENCE DE L'HÔPITAL DE LA BAIE

C'est le 14 février dernier que le lancement des appels d'offres pour les plans et devis dans le cadre du projet de rénovation de l'urgence de l'Hôpital de La Baie a été effectué.

Ce projet consiste à réorganiser de manière optimale l'environnement de travail de l'urgence, incluant le secteur de l'observation et la salle de stabilisation. Un agrandissement du garage pour les véhicules ambulanciers est également prévu.

Il permettra d'améliorer l'expérience de soins de l'ensemble des usagers de La Baie et de ses environs, en plus de répondre aux meilleurs standards en matière de confidentialité et de prévention et de contrôle des infections.

Les travaux débuteront au mois de juin 2023. La fin des travaux et l'ouverture de l'urgence sont prévues à l'hiver 2023.

AIRE OUVERTE JONQUIÈRE

Depuis l'automne 2019, l'implantation d'une Aire ouverte est en cours au sein du territoire du RLS Jonquière. Ce service vise à rejoindre les jeunes de 12 à 25 ans et leurs proches, dont ceux qui fréquentent peu ou pas les services existants et qui sont aux prises notamment avec des problèmes de santé mentale, de dépendance et/ou d'adaptation sociale.

Ce sont des services interreliés et complémentaires assurés par un ensemble de partenaires, tels que des ressources communautaires, le réseau scolaire ainsi que d'autres collaborateurs.

Cette offre de service bâtie en coconstruction avec les jeunes, leurs familles et des usagers partenaires.

Cette année, ce sont plusieurs dizaines de jeunes qui ont bénéficié des services et plus de 50 partenaires s'impliquent dans la coconstruction de ce projet. Plusieurs comités (comité jeune, proches/famille, partenaires intersectoriels, clinique et de recherche) ont également été animés cette année. Plusieurs activités de présentations ont été effectuées notamment tout au long de la dernière année auprès de la clientèle cible (kiosque dans les écoles secondaires, présence accrue au cégep, campagne sur les médias sociaux) ainsi qu'auprès de nos partenaires. Le projet Aire ouverte est également accompagné d'un partenariat avec la recherche.

Les locaux se situent sur la rue St-Dominique à Jonquière et ouvriront au mois de mai 2022.

LE RECRUTEMENT EN 2021-2022

L'année 2021 a généré son lot d'actions de recrutement et de planification de la main-d'œuvre teintée en grande partie par les besoins reliés à la pandémie.

Les équipes du recrutement ont embauché tout près de 2 515 personnes au courant de l'année 2021, dont environ 1 400 personnes qui étaient destinées à la campagne de vaccination pour la COVID-19. Plusieurs projets pilotes ont également vu le jour pour permettre notamment l'embauche d'infirmières diplômées hors Canada, mais également pour inciter les étudiants à découvrir des professions occupées au CIUSSS.

Les équipes ont aussi assisté à tout près de 57 événements et salons, en plus de siéger sur plusieurs comités pour favoriser la rétention de main-d'œuvre en région. Finalement plus de 150 actions promotionnelles ont été réalisées sur les différentes plateformes publiques du CIUSSS pour faire connaître les opportunités d'emplois dans la région.

LA TÉLÉSANTÉ DANS LA RÉGION

Dans notre région, nous comptons actuellement 43 trajectoires connues de services en télésanté (la moyenne provinciale étant de 42,5), soit une augmentation de 34 trajectoires depuis le début de la pandémie. En effet, 79 % des services en télésanté ont été développés dans le contexte pandémique. La venue d'outils de collaboration sécurisés tels que Zoom Santé ou Teams a favorisé un tel déploiement, puisque les outils technologiques sont faciles d'accès et standardisés. Ces outils ont aussi favorisé la collaboration interprofessionnelle. En effet, le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean réalise mensuellement 80 000 des 2 millions de vidéoconférences Teams effectuées dans la province, tous secteurs confondus. Nous ne pouvons que constater que le virage électronique est bel et bien là pour rester.

Sur un vaste territoire comme celui du Saguenay–Lac-Saint-Jean, considérant en outre le portrait de santé d'une population vieillissante, les téléconsultations contribuent notamment à limiter les déplacements et à faciliter l'aménagement des horaires des patients, augmentant l'accessibilité des soins et des services pour notre population.

COMMUNICATIONS INTERNES

Les communications internes représentent une activité importante pour l'organisation. En 2021-2022, la Direction adjointe des communications et des affaires publiques a mis en place de nouvelles structures internes afin de communiquer de manière plus efficiente avec l'ensemble du personnel.

Un groupe Facebook pour les employés a été créé et ce sont plus de 8 600 abonnés qui ont accès à l'ensemble des publications émises par le service des communications. Ce lieu est une microcommunauté qui permet la diffusion d'information et l'échange entre ses membres. Le groupe est accessible et ouvert à tous les employés, bénévoles, médecins, stagiaires et patients partenaires du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Un peu plus de 200 publications ont été faites pour l'année 2021-2022.

Ce sont plus de 320 infolettres qui ont été diffusées afin de cascader de l'information relative à nos activités à l'ensemble du personnel ainsi que de l'information stratégique à l'ensemble des cadres et des médecins de notre organisation.

Plusieurs actions de communication interne ont été initiées par la Direction adjointe des communications et des affaires publiques afin de faire connaitre les différents services, et ainsi, faire rayonner les équipes et les projets de l'organisation. Plus de 40 articles ont été publiés dans le journal Le Lien afin de reconnaitre le travail et l'implication de nos équipes.

Nos canaux de communication internes

Infolettre
Plus de **320** infolettres diffusées

Intranet régional
Plus de **100** actualités

Groupe Facebook employés
Plus de **8 700** abonnés
Plus de **200** publications

Journal Le Lien
Plus de **40** articles diffusés
Plus de **8 600** clics

LE CIUSSS DANS LES MÉDIAS

Les relations avec les médias constituent une activité importante pour le CIUSSS.

En 2021-2022, la Direction adjointe des communications et des affaires publiques du CIUSSS a répondu à plus de 1 803 demandes en provenance de journalistes, animateurs et recherchistes, soit un nombre en légère baisse comparé à l'année précédente, mais qui demeure près du triple de la moyenne annuelle de demandes en période prépandémique. Cette baisse relative peut s'expliquer notamment par l'évolution de la pandémie de la COVID-19 et une certaine accalmie à l'été 2021.

Ce sont plus de 60 porte-paroles différents qui ont accordé plus de 534 entrevues à des représentants des médias du Saguenay–Lac-Saint-Jean et d'ailleurs au Québec, ce qui demeure près du record atteint l'année dernière, avec plus de 573 entrevues accordées durant la période la plus forte de la pandémie.

Données médias

Plus de
1 803
demandes médiatiques

Plus de
60
porte-paroles et experts

Plus de
534
entrevues

Plus de
3 000
reportages, nouvelles ou articles avec mention de notre organisation

Plusieurs actions ont été initiées par la Direction adjointe des communications et des affaires publiques auprès des médias pour faire connaître les services et faire rayonner les projets et les bons coups de notre établissement.

Plus de 50 communiqués de presse ont été publiés et plusieurs activités ont été organisées afin de mettre la lumière sur nos différentes directions.

La couverture médiatique accordée au CIUSSS démontre bien que l'organisation représente une source d'information majeure dans la région. En effet, l'établissement a fait l'objet de près de 3 000 reportages, nouvelles ou articles.

L'analyse de l'activité médiatique du CIUSSS s'inscrit dans un objectif d'amélioration continue de notre communication publique.

Les résultats permettent de maintenir ou de mieux orchestrer nos pratiques, et ce, dans le souci premier de communiquer adéquatement avec des dizaines de milliers de lecteurs, auditeurs et téléspectateurs exposés régulièrement à nos messages. Cela permet également d'informer efficacement la population régionale.

FAITS SAILLANTS DE LA MISSION UNIVERSITAIRE

La mission universitaire du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean est omniprésente au sein des activités de l'établissement. La Direction de l'enseignement, de la recherche et de l'innovation (DERI) a continué le travail de réorganisation amorcée afin de mettre en place la structure de ce que devrait être la mission universitaire dans un CIUSSS en région. Ainsi, la DERI, par son volet transversal, a été en mesure de soutenir davantage les autres directions, départements et services du CIUSSS. De plus, cette réorganisation a permis à l'équipe de gestion de la direction de s'agrandir par l'ajout de deux postes de chef de service : l'un pour les Stages et services aux étudiants et l'autre à l'Innovation et soutien à la transformation.

Comme pour tous les domaines d'enseignement en santé, la pandémie a continué d'apporter son lot de défis pour les différentes activités de stage et du programme prédoctoral au PFMS. L'implication remarquable des superviseurs, professionnels de la santé, employés et professeurs de toutes les spécialités et de toutes les installations de la région mérite d'être soulignée. Ceci a permis la réussite des cohortes étudiantes en sciences de la santé et services sociaux ainsi qu'au préclinique et à l'externat en médecine.

Concrète collaboration pour des soins préhospitaliers d'urgence avancés

Dans le cadre de sa mission universitaire, le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean, en partenariat avec ces universités affiliées, offre de nombreuses possibilités de formations dans notre région. Le CIUSSS accueille, depuis septembre 2020, une formation sous forme de projet de démonstration en soins préhospitaliers d'urgence avancés en partenariat avec l'Université de Montréal ainsi que plusieurs entreprises ambulancières locales.

La motivation et la mobilisation du milieu ont permis de créer une première cohorte de cinq apprenants à partir de candidatures du Saguenay–Lac-Saint-Jean et de ses régions limitrophes. Cette première cohorte terminera sa formation en juin 2022. En août 2021, une nouvelle cohorte a commencé son cursus de formation. Ce projet de démonstration permet d'offrir des soins et services d'urgence avancés de proximité à l'ensemble de la population régionale permettant d'effectuer des interventions précoces à domicile ou en transport pour stabiliser les patients. C'est la population du Saguenay–Lac-Saint-Jean qui bénéficie de cette formation et de l'expertise de ces étudiants en dehors de la région métropolitaine.

Biobanque

En avril 2021, Génome Québec et le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean ont procédé à la signature d'une nouvelle convention d'entente de partenariat. Les partenaires étaient également très heureux d'annoncer par la même occasion la nomination du professeur Luigi Bouchard à titre de Directeur scientifique et du développement stratégique de la Biobanque.

La Biobanque Génome Québec, le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean ainsi que plusieurs chercheurs du CIUSSS de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean participent activement au projet de la Biobanque québécoise de la COVID-19, une infrastructure qui vise à soutenir les efforts de recherche provinciaux, nationaux et internationaux en lien avec la prévention, le traitement et la gestion épidémiologique et populationnelle de la COVID-19.

Un appui financier de taille pour la recherche sur les maladies rares et communes au Saguenay–Lac-Saint-Jean

L'équipe composée des Prs Luigi Bouchard, Cynthia Gagnon et Karine Tremblay, professeurs-chercheurs au CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean affiliés à l'Université de Sherbrooke, a reçu en août dernier un appui financier majeur via le Fonds des leaders

John-R.-Evans de la Fondation canadienne pour l'innovation. Grâce à cet appui, l'équipe pourra acquérir de nouveaux équipements de pointe qui viendront bonifier les infrastructures de recherche du CIUSSS dans le domaine des maladies héréditaires rares et communes.

La plateforme intégrée d'innovations et d'application des connaissances en génétique (PI2TAC) obtenue dans le cadre de leur subvention vise à accélérer le rythme des découvertes dans ce domaine afin d'élaborer des interventions et des thérapies ciblées et pertinentes. Le développement et l'évaluation de stratégies de dépistage du diabète de grossesse, de même que l'identification des marqueurs pharmacogénétiques, pour notamment prédire la réponse à la metformine dans le traitement du diabète de type 2, figurent parmi les objectifs. Les facteurs influençant la progression de la dystrophie myotonique de type 1 et l'ataxie de Charlevoix-Saguenay sont aussi sous leur loupe afin de permettre d'évaluer efficacement les essais thérapeutiques en cours de développement qui y sont rattachés.

Résultats au regard du plan stratégique du MSSS

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2022
Objectif : Offrir un accès plus rapide aux services de première ligne			
1.09.27-PS Pourcentage des Québécois inscrits auprès d'un médecin de famille	93,79	87	90,96
1.09.27.01-PS Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	219 134	220 385	217 237
Objectif : Diminuer le temps d'attente à l'urgence			
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière	9,76	9	11,26
1.09.16-PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	115	155	153

LÉGENDE

- Atteinte de l'engagement annuel (100 %)
- Atteinte de l'engagement annuel égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %
- Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

COMMENTAIRES

1.09.01-PS - La durée moyenne de séjour (DMS) est en hausse considérant des difficultés d'accès à des lits sur les étages. En effet, plusieurs lits sont fermés faute de personnel impliquant la prolongation de certaines admissions à l'urgence.

Objectif : Améliorer l'accès aux services en santé mentale			
1.08.16-PS Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	939	770	1 346

COMMENTAIRES

1.08.16-PS - Malgré la révision de l'accès, nous avons vu une augmentation importante des demandes pour des services en santé mentale, à la fois en 1re et en 2e ligne, tant pour les clientèles jeunesse qu'adulte. Nous avons débuté l'implantation du Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) et travaillons en collaboration avec les milieux communautaires afin d'augmenter l'offre pour les groupes d'autogestion. Le contexte de rareté de la main-d'œuvre rend difficile une prise en charge de l'ensemble des demandes. De plus, tous nos postes d'effectifs médicaux en psychiatrie ne sont pas pourvus, ce qui vient également impacter notre prise en charge en 2e ligne.

(Suite)

LÉGENDE

- Atteinte de l'engagement annuel (100 %)
- Atteinte de l'engagement annuel égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %
- Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2022
Objectif : Améliorer l'accès aux services en dépendance			
1.07.07-PS Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	2 191	2 859	2 412

COMMENTAIRES

1.07.07-PS - Certains services spécialisés en dépendance ont ralenti leurs activités depuis le début de la pandémie. Toutefois, les suivis ont été assurés par l'entremise de trajectoires différentes (en médecine). Nous avons également mis en place le programme régional d'évaluation spécialisée; malgré le fait que les usagers soient vus plus d'une fois, les interventions ne sont pas comptabilisées (nous sommes en démarche à cet effet avec le MSSS).

Objectif : Améliorer l'accès aux services spécialisés			
1.09.49-PS Pourcentage des consultations auprès d'un médecin spécialiste, après référence par un médecin de famille, réalisées 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*	71,3	80	61,70
1.09.32.10-PS Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus de 6 mois	1 986	1 400	2 519
1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 28 jours	75,6	80	66

COMMENTAIRES

1.09.01.32-10-PS - Les causes principales de l'augmentation des patients en chirurgie pour les plus de 6 mois sont : la fermeture de plusieurs salles d'opération dans le contexte de pandémie et de pénurie de personnel et le manque d'accès aux lits de chirurgie, de soins intensifs et de soins intermédiaires puisque plusieurs ont dû être fermés.

1.09.33.01-PS - Le pourcentage des patients oncologiques opérés en dedans de 28 jours est à la baisse, notamment en raison de l'accès à des lits en postopératoire et au nombre limité de salles d'opération.

1.09.49-PS - Difficulté d'accès aux plateaux techniques (consultation externe et bloc opératoire) en raison du contexte pandémique et du délestage de certaines activités.

1.09.49-PS - Fermeture de plusieurs plages horaires de consultations externes dans un contexte de mitigation et de pénurie de personnel. Départs ou absences non comblés de certains spécialistes (retraite/congé maternité/congé de maladie).

(Suite)

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2022
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			
1.47-PS Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme	636	864	772

LÉGENDE

- Atteinte de l'engagement annuel (100 %)
- Atteinte de l'engagement annuel égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %
- Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

COMMENTAIRES

1.47-PS - Tous les efforts ont été réalisés pour atteindre la cible avec l'ouverture de ressources intermédiaires (RI). À ce titre, 41 places ont été ouvertes pour les clientèles vivant avec une déficience intellectuelle (DI), un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou une déficience physique (DP). De plus, nous avons un appel d'offres de 7 places en DP pour lequel nous n'avons aucun postulant encore à ce jour. Trois autres appels d'offres sont également en cours : 10 places RI (DP), 10 places (DI-TSA). Un appel d'offres est aussi lancé pour 6 places en RI jeunesse (DP-DI-TSA). L'ensemble des appels d'offres réalisés ou en cours correspondent donc à un total de 43 places. Nous observons également que plusieurs ressources sont vieillissantes et à l'aube de prendre leur retraite; il s'agit d'un enjeu à considérer.

Objectif : Augmenter les services de soutien à domicile			
1.03.05.05-PS Nombre total d'heures de services de soutien à domicile	681 775	749 775	731 631
1.03.05.06-PS Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	15 228	15 228	14 409

COMMENTAIRES

1.03.05.05-PS et 1.03.05.06-PS - La réorganisation des activités de soutien à domicile afin de répondre aux besoins de la pandémie (entre autres en centres hospitaliers ainsi que dans les milieux de vie), combinée aux enjeux de main-d'œuvre qui persistent (postes vacants, non-remplacement de postes vacants et de congés), expliquent en grande partie que la cible ne soit pas atteinte. Toutefois, les efforts se poursuivent et nous notons une augmentation encourageante de près de 10 % par rapport à l'année 2020-2021.

(Suite)

LÉGENDE

- Atteinte de l'engagement annuel (100 %)
- Atteinte de l'engagement annuel égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %
- Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2022
Objectif : Améliorer l'accès aux services destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille			
1.06.20-PS Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété via la plateforme Agir tôt	N/A	139	192
1.06.04-PS Délai moyen d'attente pour une évaluation à la Protection de la jeunesse	10,96	18	20,90
1.01.28-PS Proportion des enfants âgés d'un an au 31 mars qui ont reçu, dans les délais prescrits, leur dose de vaccin combiné RRO-Var contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle (anciennement 1.01.15)	77,4	90	74,7

COMMENTAIRES

1.06.04-PS - Au cours de la dernière année, nous avons noté une augmentation de 20 % des signalements (chiffre absolu : 1 116 de plus). Des difficultés de recrutement expliquent également cette hausse. Notre cible (18) avait été révisée en raison d'une bonne performance pour l'année précédente. Le résultat pour l'année 2021-2022 répond néanmoins à la cible provinciale (fixée à 21,4). Des difficultés de recrutement expliquent également cette hausse.

1.01.28-PS - L'enjeu de disponibilité des ressources humaines, accentué par les derniers mois de pandémie, a fait en sorte que des rendez-vous de vaccination ont dû être reportés.

Objectif : Favoriser la mise en place de services numériques de santé au sein du réseau			
1.09.51-PS Nombre de cliniques médicales branchées à une solution informatique (orchestrateur) favorisant une prise de rendez-vous en première ligne	N/A	42 (inclus cliniques non GMF)	31 (100 % des cliniques GMF branchées)

Objectif : Améliorer la disponibilité du personnel			
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'oeuvre indépendante	N/A	0,56	0,40
3.05.03-PS Ratio de présence au travail	88,75	88,88	89,09

COMMENTAIRES

3.06.00-PS - Ce taux inclut les heures travaillées COVID-19 et la main-d'œuvre indépendante COVID-19. Sans le paramètre COVID-19, notre taux se situe à 0,65 %.

(Suite)

Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2022
Objectif : Contenir la transmission de la COVID-19 au sein de la population québécoise			
1.01.34 Pourcentage des résultats de dépistage de la COVID-19 transmis en moins de 24 heures entre le prélèvement et l'émission du résultat par les laboratoires du réseau	75,1	90	89,71
Délai entre la création d'un cycle de cas et d'un cycle de contact communautaire à risque modéré	moins de 24 h	moins de 48 h	moins de 24 h

LÉGENDE

- Atteinte de l'engagement annuel (100 %)
- Atteinte de l'engagement annuel égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %
- Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

Objectif : Augmenter la couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes de 12 ans et plus, pour chaque groupe d'âge			
1.01.36-PS Taux cumulé de couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes de 12 ans et plus, pour chaque groupe d'âge	N/A	80	90,63

Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

L'AGRÉMENT

Le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean est agréé 2018-2023. Les normes permettent de cerner les politiques et les pratiques qui contribuent à fournir les soins sécuritaires et de haute qualité. Le rapport d'Agrément Canada fait état des résultats dans le but de guider l'établissement dans sa volonté d'intégrer les principes et de l'amélioration de la qualité.

Débuté en 2019 avec la séquence 1 et 2, Agrément Canada poursuivra son cycle d'évaluation pour assurer la qualité et la sécurité des soins et services de santé au courant de l'année 2022 avec la séquence 3. Les visites prévues au cours de la dernière année ayant été reportées étant donné le contexte pandémique.

Lors de sa prochaine visite en mai 2022, Agrément Canada procédera à l'évaluation de la première partie de la séquence 3 pour les programmes Services généraux et Télésanté. La seconde partie de la séquence 3 aura lieu en septembre avec le programme Santé physique.

L'administration des sondages a également été modifiée en 2021-2022. Le sondage de mobilisation du personnel a eu lieu du 30 octobre au 7 novembre 2021 et le sondage Pulse aux médecins s'est déroulé du 16 septembre au 13 novembre 2021. Ceux-ci nous permettent d'établir les balises à partir desquelles nous pourrons travailler à accroître la mobilisation de tous, à miser sur nos forces et à orienter nos actions vers les préoccupations qui ont été ciblées. L'ensemble de cette démarche confirme notre priorité envers la santé et le mieux-être de l'ensemble des employés.

LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Déclaration et divulgation des événements indésirables

Un total de 52 membres du personnel ayant un rôle clé dans le processus de gestion des événements qui sont en soutien aux gestionnaires et aux équipes au quotidien ont été formés sur la gestion des risques, incluant les analyses sommaires et un volet divulgation.

Au cours de l'année 2021-2022, le service de gestion des risques et prestation sécuritaire des soins et services a effectué diverses activités visant à promouvoir la déclaration des événements indésirables ainsi que la divulgation des informations nécessaires à l'usager à la suite d'un accident tel que :

- Support aux équipes dans le traitement et l'analyse de 167 événements sentinelles et dans la préparation des divulgations complètes.
- Envoie de 403 recommandations à l'établissement à la suite de l'analyse des événements sentinelles afin d'éviter la récurrence de ces événements.
- Poursuite du projet de décentralisation des formulaires AH-223-1 avec les secteurs de la jeunesse et de la DPJ. Formation des intervenants et des gestionnaires sur la déclaration AH-223-1.

- Déploiement des nouvelles lignes directrices en gestion des risques.
- Formation de base aux nouveaux gestionnaires et formation sur la mise à jour des lignes directrices aux gestionnaires déjà en place.
- Lancement d'une nouvelle formation sur les facteurs humains afin d'améliorer la culture juste de sécurité.

Incidents/accidents

Au cours de l'année, 17 835[1] événements ont été déclarés par le biais du registre local de surveillance. De ce nombre, 1 959 événements sont de gravité A et B, soit 10,9 % de l'ensemble des événements.

Principaux types d'incidents (3)	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des incidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements
Erreur de médicaments	853	43,5 %	4,8 %
Autres	418	21,3 %	2,3 %
Chutes	162	8,3 %	0,9 %

1. Des 17 835 rapports d'incident ou d'accident AH-223-1, 1 896 n'ont pas leurs analyses sommaires soumises, ce qui signifie, entre autres, qu'ils n'ont pas encore de gravité déterminée.

Les événements les plus déclarés au niveau des incidents (gravité A et B) sont les erreurs de médicaments avec 853 déclarations, soit 4,8 % du total des déclarations. Les actions entreprises par l'établissement en lien avec cette catégorie d'événement sont énumérées plus bas.

La seconde catégorie des incidents (A et B) la plus déclarée est « Autres » qui compte 418 déclarations, soit 2,3 % des déclarations totales. La sous-catégorie la plus importante « Autres – Autres » regroupe plusieurs types événements qui se produisent de façon isolée et très rarement, chaque événement est analysé par les gestionnaires concernés.

La troisième catégorie des incidents (A et B) la plus déclarée est « Chute » avec un total de 162 déclarations pour 0,9 % de nos déclarations totales.

Principaux types d'incidents (3)	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des incidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements
Chutes	6 830	49,4 %	38,3 %
Erreur de médicaments	3 764	27,3 %	21 %
Autres	1 624	11,7 %	9 %

Des 17 835 événements déclarés, 13 804 sont de gravité C à I et 6 830 événements, soit 38,3 %, sont attribuables à des chutes faisant ainsi des chutes la première cause d'accident dans notre établissement. Il y a eu 194 recommandations émises à la suite d'événements sentinelles en lien avec des chutes en 2020-2021, dont 161 sont réalisées soit 83 %. La Direction des soins infirmiers a notamment soutenu l'harmonisation du protocole et des outils associés à la gestion des chutes en centre hospitalier et en service ambulatoire. L'incidence cumulative annuelle en 2021-2022 est de 10,53 par 1 000 jours présence pour l'ensemble des CHSLD comparativement à 11,94 en 2020-2021. Plusieurs actions ont été mises en place par les CHSLD, soit :

- Mettre de l'avant l'implication des familles et des proches aidants afin que les bons choix soient faits pour le résident.
- S'assurer que les chuteurs répétitifs sont comptabilisés qu'une seule fois et ajoutés au Programme des chuteurs répétitifs.
- Acquisition de nouveaux lits Umano avec coussins d'alarmes intégrées.

- La prévention du déconditionnement a un très grand impact sur le maintien de l'autonomie fonctionnelle du résident, ce qui diminue le risque de chute.
- Rencontre interdisciplinaire permettant d'évaluer chaque résident à l'aide d'un plan d'intervention.

La Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées a actualisé les orientations ministérielles relatives au déconditionnement des personnes hébergées. Ainsi, le personnel a reçu de la formation sur le déconditionnement et plusieurs initiatives dans différents CHSLD ont permis d'améliorer la situation et briser l'isolement. Voici quelques initiatives qui ont été réalisées dans les CHSLD :

- Des clubs de marche ont été instaurés dans quelques centres, ce qui permet de contrer l'isolement et de maintenir l'autonomie du résident.
- Plusieurs activités de stimulation cognitive sont offertes aux résidents.
- Une tournée d'hydratation est offerte au résident au moins 5 fois par jour.
- En fonction de l'intérêt des résidents, des tâches leur sont confiées personnellement, ce qui augmente leur estime de soi.
- Sensibilisation auprès des équipes afin de laisser plus d'autonomie au résident par de petits gestes du quotidien, par exemple attacher son soulier seul ou tartiner sa rôtie.

Durant l'année 2021-2022, 12 comités locaux ont été formés sur 16 CHSLD ainsi qu'un comité opérationnel du déconditionnement avec représentants de CHSLD. De plus, le plan stratégique 2021-2024 a été élaboré en novembre 2021.

La diminution des erreurs de médicaments s'est maintenue tout au long de l'année, diminution qui se poursuit depuis les trois dernières années. Elles se retrouvent au deuxième rang pour le nombre d'événements déclarés avec 3 764 erreurs de gravité C à I, soit 21 % des déclarations pour un taux cumulatif annuel à 3,95 erreurs par 10 000 doses par rapport à 3,93 l'année précédente. Des efforts continus sont réalisés pour améliorer la gestion des erreurs médicamenteuses afin d'y apporter des correctifs. Plusieurs éléments ont été mis en place afin de contribuer à la diminution du nombre d'erreurs de médicaments, entre autres :

- Analyse par la pharmacie de chaque événement déclaré en lien avec la médication afin d'en dégager les correctifs nécessaires pour éviter la répétition de l'événement.
- L'harmonisation du circuit sécuritaire du médicament continue de se déployer dans les installations. Quatre installations sont harmonisées à ce jour.
- Amélioration des filets de sécurité par le rehaussement technologique de certains équipements retrouvés dans le circuit du médicament (ex. : lecteur code à barres, nouvelle ensacheuse, cabinets décentralisés, valideuse, etc.).

Au niveau du 3e type principal d'événements déclarés, il s'agit de la catégorie « Autres » où l'on dénombre 1 624 accidents de gravité C à I, soit 9 % des déclarations. La sous-catégorie « Autre », où l'on dénombre 491 accidents de gravité C à I, soit 2,7 % des déclarations, est la plus importante dans cette catégorie. Cette catégorie regroupe plusieurs sous-types d'événements; chaque événement est analysé par les gestionnaires concernés.

Recommandations du comité de gestion des risques et suivi de l'établissement

Les comités de gestion des risques opérationnels ont émis au cours de l'année 2021-2022 quelque 400 recommandations à l'établissement. De ce nombre, 80,5 % étaient réalisées à la fin de l'année financière. De plus, ce sont 848 membres du personnel qui ont été sensibilisés à la gestion des risques et à la prestation sécuritaire des soins et services par le biais des rencontres ad hoc du comité de gestion des risques.

Surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales

Le comité de gestion des risques exerce une vigie sur les taux d'hygiène des mains, le taux d'infections nosocomiales ainsi que

sur les éclosions. Des statistiques sont présentées à toutes les rencontres du CGR par le service de prévention et contrôle des infections (PCI), des explications sur les mesures et les moyens mis en place sont transmises.

Surveillance

- Suivi des infections nosocomiales incluant la COVID-19.
- Situation inhabituelle ou vigie/éclosion :
  - Déclaration, mise en place du comité de gestion des éclosions (collaboration avec les acteurs concernés).
  - Évaluation de la situation et plan d'intervention :
    - Rehaussement des mesures de PCI.
    - Audits de processus et des lieux physiques.
    - Communication aux équipes et partenaires sur les mesures à appliquer.

Actions spécifiques à la pandémie de COVID-19

- Mise en place d'un comité stratégique pour la mise en application rapide des directives ministérielles.
- Formations de masse et rappels sur le port et le retrait des équipements de protection individuels (EPI) pour l'ensemble du personnel du CIUSSS, incluant les médecins.
- Utilisation des travailleurs mitigés et embauche de nombreuses personnes pour remplir le rôle de coachs EPI. Ces personnes spécialisées dans le port des EPI ont été en support aux équipes des CHSLD et des hôpitaux pour s'assurer de l'application sécuritaire des mesures de PCI dont l'hygiène des mains (HDM), le port et le retrait sécuritaire de l'EPI et la désinfection du matériel partagé.
- Encouragement et rappels à tous les gestionnaires et employés pour suivre la formation Champion en PCI de l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA).
- Rehaussement de la communication par différentes méthodes, dont l'Infolettre, pour faciliter la transmission de l'information au regard des mesures de PCI (changements fréquents).
- Création et mise à jour de nombreux outils dédiés aux équipes de soins et partenaires pour l'application des mesures de PCI.

Surveillance des cas nosocomiaux de COVID-19 et gestion des éclosions

Mise sur pied d'une cellule de gestion des éclosions regroupant les acteurs concernés par une situation inhabituelle au regard de la COVID-19 (transmission documentée ou de risque de transmission). Objectif : réagir et intervenir rapidement pour contrôler la transmission.

Exemples de rehaussement des mesures lors de vigie, d'éclosions ou d'éclosions persistantes :

- Augmentation de la fréquence des désinfections.
- Augmentation de la fréquence des dépistages (travailleurs et usagers ciblés).
- Audits de processus et des lieux physiques.
- Diminution du nombre d'usagers par chambre (chambres à lits multiples).
- Figer les équipes.
- Etc.

Principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers

À la suite de la mise en place du nouveau registre électronique et harmonisé pour la recension de l'application des mesures de contrôle dans notre établissement et le pilotage dans différents secteurs, il y a eu un positionnement de la direction pour rendre la complétion du registre électronique obligatoire dans les unités 24/7. Comme tous les outils sont harmonisés et que les formations sont élaborées, l'établissement est à finaliser le plan

de déploiement par unités de soins incluant l'obligation d'utiliser le formulaire électronique. Cela permettra à l'organisation et aux différents secteurs d'avoir une meilleure vue d'ensemble de l'application des mesures de contrôle. Le registre ainsi amélioré permettra au comité de gestion des risques d'assurer une vigie en lien avec les pratiques associées aux mesures de contrôle ainsi que de faire un suivi par l'amélioration des pratiques en lien avec leurs applications.

Bien que le registre de l'application des mesures de contrôle ne soit pas déployé dans tous les milieux, certains constats sont tout de même possibles. Par exemple, la ceinture abdominale au fauteuil est la contention mécanique la plus utilisée alors que dans plus de 50 % de l'application des mesures de contrôle, des mesures alternatives ont été tentées préalablement.

SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU COMMISSARIAT AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Motif	Mesures d'amélioration
Accessibilité	En réponse aux 30 recommandations et aux 20 engagements, l'établissement a été interpellé afin de répondre à 50 mesures d'amélioration concernant l'accessibilité aux soins et services. Ces mesures proviennent de 41 dossiers de plainte et de 3 dossiers d'intervention. À titre d'exemples de mesures d'amélioration, on note, entre autres : mise en place d'une entente de service avec le service d'oncologie afin de garder des plages dédiées aux usagers en oncologie pour les prélèvements; valider la situation de l'usager qui est en attente d'un service auprès du secteur concerné; informer les usagers et rendre disponible le formulaire de demande de remboursement des frais de déplacement; réévaluation de la demande de chirurgie en tenant compte de l'évolution de l'état de santé et prioriser si besoin; obtention d'heures d'aide à l'entretien ménager recommandé dans l'évaluation professionnelle; rappel concernant l'importance d'informer l'usager de demeurer à jeun lors de l'attente de ses résultats de TACO.
Aspect financier	En réponse aux 35 recommandations et aux 8 engagements, l'établissement a été interpellé afin de répondre à 43 mesures d'amélioration concernant l'aspect financier. Trente-six de ces mesures proviennent de 27 dossiers de plainte et 8 mesures de 6 dossiers d'intervention. Les mesures d'amélioration ont donc apporté des modifications concernant la procédure de mise sous clé des objets de valeur, des rappels au personnel de traiter les demandes de remboursement dans un délai raisonnable ont été faits, et la politique régionale sur les frais de déplacement des usagers a été mise à jour. De plus, l'établissement a procédé à l'annulation de factures et effectué des remboursements, le tout selon les politiques en vigueur.
Droits particuliers	L'établissement a répondu à 31 mesures d'amélioration en lien avec les droits particuliers de l'usager, dont 20 provenaient de recommandations et 11 d'engagements. Vingt-trois de ces mesures proviennent de 21 dossiers de plainte et 8 de dossiers d'intervention. À titre d'exemples de mesures d'amélioration, on note, entre autres : rectification des informations consignées au dossier des usagers portant le même nom afin de respecter la confidentialité et ainsi d'éviter que le rapport d'examen soit envoyé à la mauvaise personne; rappel à tous les intervenants médicaux et professionnels sur les obligations découlant de l'article 73 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), qui prévoit l'interdiction de représailles lors d'un processus de plainte; rappel à tous les utilisateurs des logiciels cliniques informatiques de fermer leur session lorsqu'ils quittent les lieux pour assurer la confidentialité des dossiers d'usagers; rappel au personnel de répondre aux questions des usagers en matière de contrôle et de prévention des infections (droit à l'information).
Organisation du milieu et ressources matérielles	L'établissement a répondu à 93 mesures concernant l'organisation du milieu et les ressources matérielles provenant de 37 recommandations et de 56 engagements. Cinquante-neuf de ces mesures provenaient de 57 dossiers de plainte et 34 provenaient de dossiers d'intervention. À la suite de ces mesures, l'établissement a, entre autres, procédé à l'installation d'un bouton-poussoir électrique pour ouvrir la porte de la radiologie afin que les usagers à mobilité réduite puissent être autonomes lors des déplacements dans l'installation, et il s'est procuré un levier qui permettra de peser et de déplacer la clientèle à mobilité réduite lors des examens de radiologie. Il a aussi procédé à un rappel du code vestimentaire aux employés.

SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU COMMISSARIAT AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES (SUITE)

Motif	Mesures d'amélioration
Relations interpersonnelles	L'établissement a eu à mettre en place 95 mesures d'amélioration en lien avec les relations interpersonnelles provenant de 67 recommandations et de 28 engagements. Cinquante-deux de ces mesures provenaient de 52 dossiers de plainte et 22 mesures provenaient de 21 dossiers d'intervention. De plus, 21 de ces mesures provenaient de 15 plaintes médicales. Parmi ces mesures, on compte essentiellement des rappels au personnel concernant les obligations découlant de la Loi, des codes de déontologie et du code d'éthique de l'établissement en lien avec les règles de civilité, de respect, de professionnalisme et de confidentialité. De plus, certains autres rappels plus spécifiques ont été faits concernant l'importance de reconnaître le proche aidant auprès de l'usager pour un support psychologique, ainsi que sur l'approche bienveillante envers l'usager et le fait d'offrir du réconfort et d'être à l'écoute de la détresse lors d'un examen invasif.
Soins et services dispensés	L'établissement a été interpellé afin de mettre en place 172 mesures d'amélioration en lien avec les soins et les services dispensés, dont 128 recommandations et 44 engagements. Cent dix de ces mesures proviennent de 100 dossiers de plainte et 40 de 34 dossiers d'intervention. De plus, 22 de ces mesures provenaient de 19 plaintes médicales. Voici des exemples de mesures : revoir avec l'ensemble des intervenants leur approche envers la personne âgée en contexte de soins actifs afin d'améliorer leur pratique; rappel à l'ensemble des intervenants de l'urgence d'être vigilants lorsque l'usager exprime avoir manipulé un produit toxique qui pourrait être en cause et s'assurer de consulter le centre antipoison; informer les employés que le service Info-Social 811 peut être proposé à un proche qui vit une situation difficile dans les milieux de soins; réviser et ajuster les activités de l'organisme communautaire en appliquant le cadre de référence pour l'application du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean et le nouveau Cadre de gestion ministériel du PSOC pour le mode de financement en soutien à la mission globale; rappel aux techniciens paramédicaux d'appliquer le protocole d'oxygénothérapie selon les normes; mise en place de la trajectoire d'évaluation des risques suicidaires et rappel du suivi étroit en psychiatrie pour les usagers ayant reçu leur congé après leur hospitalisation; revoir la technique de lavage oculaire et rédiger des notes complètes qui reflètent les soins administrés; que les gestionnaires prennent les mesures nécessaires afin de s'assurer que le personnel ayant moins d'expérience reçoit et connait toute l'information nécessaire au plein exercice de sa fonction en centre de réadaptation jeunesse : procédures, protocoles, cadres de référence, etc.; revoir l'application des fouilles en conformité avec le cadre de référence et la politique en vigueur; mettre en place un plan d'amélioration pour favoriser le travail avec les parents et bien comprendre le rôle du centre de réadaptation en protection de la jeunesse.
Pandémie - COVID-19	L'établissement a été interpellé afin de mettre en place 10 mesures d'amélioration en lien avec les nouveaux services qui ont été développés pour faire face à la pandémie de COVID-19. Six de ces mesures proviennent de 5 dossiers de plainte et 4 autres mesures proviennent de 3 dossiers d'intervention. Voici quelques mesures qui ont été mises en place par l'établissement à la suite de l'application de la procédure d'examen des plaintes : prioriser le centre de dépistage « COVID-19 » lors de la planification de l'entretien printanier afin que les lieux soient désinfectés selon les normes d'hygiène, car achalandage important; clarifier, pour les employés du site de vaccination, les consignes ministérielles reliées au délai de vaccination après avoir contracté la maladie; auditer la technique d'administration d'un vaccin intramusculaire auprès des vaccinatrices de la clinique de vaccination et procéder aux ajustements professionnels si nécessaire; rencontre des employés par le ou la conseillère en PCI afin de leur rappeler les protocoles d'isolement au lit en courte durée; rappel à l'infirmière d'aviser le représentant légal de l'usager lors de la vaccination COVID-19; évaluer la condition physique et psychologique des résidents pour prévenir le déconditionnement; modifier les heures et les dates sur les affiches du site de vaccination.

SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU CORONER

No avis	Sujet	Recommandations	Suivi
2020-05522	**Surdose accidentelle de morphine dans le cadre de soins palliatifs.**	Décès accidentel. 1. Je recommande à l'Ordre des infirmières et infirmières auxiliaires du Québec de réviser l'événement et le dossier de l'infirmière auxiliaire ayant administré la surdose et prendre toutes les mesures afin de s'assurer que la protection des patients n'est pas en jeu.	Le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean a immédiatement débuté son enquête lors de la survenue de l'événement. Dès le 21 août 2020, des interventions individuelles ont été réalisées auprès de l'employé impliqué dans le dossier. Le rapport de coroner a été transmis à la Direction des soins infirmiers de l'établissement le 28 avril 2021.
2019-05394	**Soins de confort prodigués dans un contexte de fracture de hanche occasionnée par une chute.**	Décès accidentel traumatique. 1. Je recommande au CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean de publiciser à l'ensemble des unités prothétiques de son territoire les mesures correctives et préventives élaborées par la gestion des risques de l'établissement en lien avec cet événement.	La Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées a diffusé et expliqué la recommandation à tous les gestionnaires responsables de la direction et particulièrement à ceux des unités prothétiques pour application.
2019-03319	**Décès par asphyxie par pendaison. Il s'agit d'un suicide.**	Suicide. 1. Je recommande au CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean que de façon systématique, avant de mettre fin à un suivi étroit ou à un séjour en centre hospitalier pour une personne en détresse psychologique, qu'une évaluation formelle du risque suicidaire soit à nouveau effectuée.	1. Depuis le décès de l'usager en 2019, le CIUSSS poursuit le projet du déploiement du suivi étroit dans ses installations. La majorité du déploiement est complété au centre hospitalier de Chicoutimi depuis décembre 2021. De ce fait, il y a toujours une évaluation du risque suicidaire avant la fin d'un suivi étroit à moins d'un refus de service par l'usager. 2. Pour les séjours en centre hospitalier, le dépistage du risque suicidaire doit être fait de façon systématique pour les personnes en détresse psychologique. Si le dépistage est positif, une évaluation formelle du risque suicidaire sera effectuée selon les différentes trajectoires.
2020-00303	**Diminution importante de son état général consécutivement à une chute occasionnant une fracture de la hanche.**	Décès accidentel. 1. Je recommande au CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean pour la résidence privée pour aînés Le Manoir Champlain (section ressource intermédiaire), de revoir leurs procédures auprès du personnel soignant afin de s'assurer qu'un rapport de déclaration d'incident ou d'accident soit dûment rempli en toutes circonstances comme prescrit par la Loi sur la santé et les services sociaux et d'apporter les ajustements requis pour que les interventions prévues ou à prévoir en prévention des chutes soient appliquées correctement par le personnel.	Suivi réalisé quant à ces recommandations : • Une note de service a été acheminée au personnel de la RI du Manoir Champlain en date du 10 février 2020. La note rappelle l'importance de mettre en place les recommandations émises à la suite de l'analyse des AH-223-1, tant pour les chutes que pour l'ensemble des accidents. Elle inclut aussi la procédure s'il s'avère que les mesures mises en place ne sont pas efficaces. • Un rappel de la procédure de déclaration des incidents/accidents a été effectué aux employés du Manoir Champlain le 1er février 2022. Ce rappel comprend les personnes à contacter dans les cas d'incident ou d'accident.

SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU CORONER (SUITE)

No avis	Sujet	Recommandations	Suivi
2019-05488	**Décédée à la suite d'un hématome du muscle iléo-psoas occasionné par une chute.**	Décès accidentel. Je recommande au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, dont l'Hôpital et le Centre de réadaptation de Jonquière fait partie : 1. De présenter ce cas à la gestion des risques pour comprendre ce qui s'est produit et faire l'analyse complète des circonstances de la chute visant l'amélioration continue des soins et l'amélioration de la sécurité des usagers. 2. De rappeler à ses services de soins hospitaliers l'importance de présenter à la gestion des risques les cas de chutes ayant entraîné le décès et cela est d'autant plus important si le dossier a été retenu par le Bureau du coroner.	• En date du 11 février 2022, une note de service a été acheminée à l'ensemble des gestionnaires de l'établissement afin de rappeler la procédure à suivre pour l'escalade à la gestion des risques lorsqu'il y a présence d'événements graves, incluant les chutes ayant entrainé ou précipité un décès même si celui-ci est survenu quelques semaines plus tard. • La gestion des risques, en collaboration avec la direction concernée, a finalisé l'analyse approfondie de l'événement en cause dans le décès de l'usager et des recommandations ont été acheminées à la direction concernée en date du 24 février 2022 afin d'améliorer les processus de l'établissement.
2020-07494	**Décédé des complications découlant d'une pneumonie d'aspiration causée par une mauvaise installation d'un tube nasogastrique.**	Décès découlant d'un acte médical. 1. Je recommande au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, dont l'Hôpital d'Alma fait partie, de vérifier la qualité des actes professionnels posés dans ce dossier.	Le dossier a été analysé par le CEAMDP d'Alma au moment de l'événement et les recommandations ainsi que la gestion de celles-ci ont été prises en charge par le comité local. La Direction des soins infirmiers a également effectué une analyse du dossier. La méthode de soins utilisée et documentée pour l'installation du tube nasogastrique est conforme à la méthode de soins infirmiers informatisée. Cette documentation est disponible pour l'ensemble des infirmières du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

MESURES CORRECTIVES ÉMISES PAR LE PROTECTEUR DU CITOYEN

En 2021-2022, 36 dossiers ont été transmis au Protecteur du citoyen. Le Protecteur a conclu 39 dossiers et 16 de ces dossiers conclus ont généré 28 recommandations.

Secteur visé	Précision de la mesure	Suivi de la mesure
Direction des Programmes DI, TSA et DP	**R1.** S'assurer que la supervision clinique et la formation continue pour les techniciens en éducation spécialisée sont offertes en cohérence avec le modèle des compétences-clés présenté dans le référentiel des compétences de l'Association des éducatrices et éducateurs spécialisés du Québec.	La direction s'engage à soumettre un plan d'action au Protecteur d'ici septembre 2022.
	R2. Promouvoir l'adhésion des techniciens en éducation spécialisée à l'Association des éducatrices et éducateurs spécialisés du Québec dans une visée d'amélioration de la pratique clinique et de la collaboration interprofessionnelle en nous indiquant le ou les moyens pris pour y parvenir.	
Direction de la qualité, de la performance et de l'éthique	Mettre en place les moyens pour s'assurer que l'évaluation et la surveillance des symptômes sont réalisées et consignées au dossier.	Une procédure de surveillance des usagers, qui permet de préciser au dossier de l'usager, son état clinique et ses besoins, a été mise en place.
	Mettre en place une directive ayant pour but d'assurer une évaluation objective par des experts en nutrition lors de plaintes en cette matière visant des résidences privées pour aînés.	Un outil a été développé en collaboration avec la Direction de la santé publique (DSpu) et la Direction des services multidisciplinaires (DSM) afin de mieux accompagner les exploitants de résidence privée pour aînés (RPA) en matière d'alimentation et de leur permettre d'apprécier la conformité des menus offerts relativement aux exigences règlementaires.
	Effectuer une vérification des dossiers de chacun des membres du personnel de la résidence afin de valider la présence de leur engagement écrit à respecter le code d'éthique.	Une approche graduée est mise en oeuvre par la Direction de la qualité, de l'éthique, de l'évaluation et de la performance (DQEPE) afin de veiller à l'atteinte de la conformité attendue par les exploitants de RPA.
Direction des services professionnels	Modifier le dépliant en retirant le passage référant à la nécessité du transport en position couchée.	La version corrigée du dépliant est en circulation dans toutes les installations concernées du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean.
Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées	**R1.** Avec l'accord de l'usagère, réinstaurer les services d'aide à l'entretien ménager à raison de deux heures par deux semaines, et ce, jusqu'à l'évaluation complète des besoins de l'usagère.	Les services d'entretien ménager de deux heures par deux semaines sont remis en place avec l'accord de la cliente.
	R2. Procéder à l'évaluation complète des besoins de soutien.	La complétion de l'outil de cheminement clinique informatisé (OCCI) a été faite. La participation de la physiothérapeute a été demandée pour compléter l'évaluation.
	R3. S'assurer qu'un professionnel en physiothérapie procède aussitôt que possible à l'évaluation des capacités de mobilité et de déplacement de l'usagère.	Évaluation d'un physiothérapeute réalisée dans la semaine du 8 novembre 2021.
	Évaluer les besoins spécifiques du proche aidant de l'usagère et ajuster, le cas échéant, le plan d'aide à domicile de cette dernière en tenant compte de cette évaluation.	L'OCCI a été complété le 2022-03-01 à la suite d'une rencontre en présence de l'usagère et son conjoint en date du 2022-02-28.

MESURES CORRECTIVES ÉMISES PAR LE PROTECTEUR DU CITOYEN (SUITE)

Secteur visé	Précision de la mesure	Suivi de la mesure
Direction des programmes santé mentale, dépendance et jeunesse	Prendre les moyens nécessaires afin de rappeler au personnel infirmier de l'unité psychiatrique de l'Hôpital de Roberval qu'une note détaillée et conforme à la procédure de fouille en vigueur doit être consignée aux dossiers des usagers qui font l'objet d'une fouille à nu.	Les rappels demandés ont été faits les 6 et 7 octobre 2021.
	Rappeler au personnel infirmier de l'unité psychiatrique de l'Hôpital de Roberval qu'une mesure de contrôle doit être de la durée la plus courte possible.	Les rappels demandés ont été faits les 6 et 7 octobre 2021.
	Prendre les mesures nécessaires, d'ici à la révision de la trajectoire, afin de s'assurer que tous les infirmiers ou infirmières de liaison du guichet d'accès en santé mentale de Chicoutimi suivent la trajectoire de service en vigueur quant aux demandes passant par le Centre de répartition des demandes de services (CRDS), notamment en y faisant les suivis qui s'imposent tant au CRDS qu'aux médecins référents.	Des rappels quant au respect de la trajectoire de traitement des demandes de service ont été faits aux infirmières et infirmiers de liaison à la clinique de santé mentale de Chicoutimi.
	Prendre les moyens jugés pertinents, autres que ceux déjà mis en place, dans le cadre d'un suivi personnalisé auprès de l'infirmière ou infirmier, d'ici à son départ, afin de s'assurer que celui-ci respecte la trajectoire, utilise les outils informatisés nécessaires, communique clairement avec les usagers et leurs médecins référents, au besoin, et consigne efficacement toutes les notes requises aux dossiers des usagers.	Un plan d'amélioration a été élaboré le 21 juin 2021 pour l'infirmière concernée par la plainte, et un suivi hebdomadaire sera effectué auprès d'elle jusqu'au 21 septembre, où les besoins seront réévalués.
	Procéder à l'audit de ce dossier pour faire émerger des pistes d'amélioration et de réflexion en considération des normes de pratique en vigueur. L'audit devra porter, entre autres, sur l'objectivité des décisions et des orientations préconisées (notamment en regard des circonstances du placement de l'adolescente ou l'adolescent et des modalités de supervision imposées), l'approche et l'attitude de l'intervenante ou l'intervenant, la tenue de dossier, le contenu des rapports de révision et l'encadrement du ou de la déléguée par les gestionnaires concernés.	Acceptée.

MESURES CORRECTIVES ÉMISES PAR LE PROTECTEUR DU CITOYEN (SUITE)

Secteur visé	Précision de la mesure	Suivi de la mesure
Direction des ressources financières	**R1.**Corriger la facture portant sur les frais de chambre transmise à l'usager en chargeant 79,23 $ ou 72,45 $ la nuitée, en fonction des critères prévus à la circulaire 2019-030, plutôt que 92,52 $.	La facture de l'usager a été corrigée.
	R2. Corriger, dans le système électronique du service de la comptabilité, les codes de facturation relatifs aux chambres semi-privées de l'unité de cardiologie de l'Hôpital de Chicoutimi de façon à ce que les chambres soient facturées adéquatement aux usagers.	Les prestations associées aux chambres de l'unité en question ont été modifiées dans le système.
	Rendre admissible l'usager concerné par la plainte à la politique de déplacement des cas électifs pour les années 2015 à janvier 2021, excluant la période où il résidait à Québec, et procéder au remboursement des frais admissibles, sur présentation des pièces justificatives.	Acceptée. L'établissement traitera les demandes de l'usager à partir de 2015 (sauf la période où il résidait à Québec) sur présentation des pièces justificatives.
	Annuler la facture du transport ambulancier du 19 mai.	La facture du plaignant a été annulée.
	R1. Ne plus écarter d'office toute responsabilité lorsqu'il y a perte ou disparition d'un objet de valeur que l'usager a décidé de garder avec lui. **R2.** Ne plus exiger le remplacement ou la réparation du bien perdu ou brisé pour procéder au traitement de la réclamation. **R3.** Ne plus exiger systématiquement les factures d'achat, de remplacement et de réparation d'un bien perdu ou brisé et ne pas considérer ces factures comme seules preuves acceptables lors du traitement d'une réclamation. **R4.** Traiter les réclamations pour les biens perdus ou brisés d'un usager décédé comme toute autre réclamation, si la perte ou le bris est survenu avant le décès de l'usager. **R5.** Traiter les réclamations pour les biens perdus ou brisés d'un usager décédé en fonction de la réutilisation possible, en totalité ou en partie, de ces biens par d'autres personnes, si la perte ou le bris est survenu après le décès de l'usager.	L'établissement procédera au cours de l'année à un audit interne des dossiers de réclamation afin de vérifier l'application de ces recommandations.
	R6. Réviser, d'ici le 1er février 2022, sa politique relative aux réclamations, notamment les points 3.1 et 4.5.	La politique a été révisée en mars 2022.

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

	MISSION CH	MISSION CHSLD	MISSION CLSC	MISSION CR	TOTAL
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	1 169	0	0	0	**1 169**
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	179	Sans objet	Sans objet	Sans objet	**179**
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	175	Aucune	Aucune	Aucune	**175**
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	173	Sans objet	Sans objet	Sans objet	**173**
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	171	Aucune	Aucune	Aucune	**171**

() : nombre trop petit pour en permettre la publication.

L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

Le rapport annuel du Commissariat aux plaintes et à la qualité des services 2021-2022 de l'établissement est disponible sur le site Internet du CIUSSS à l'adresse www.santesaglac.gouv.qc.ca.

L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION

L'établissement vise l'intégration des usagers à titre de membres à part entière de l'organisation et assure la qualité, la sécurité et les meilleurs résultats pour leurs familles et eux-mêmes. Le partenariat avec le patient s'inscrit dans cette approche, alors que les usagers sont invités à participer avec les équipes à la coconstruction de démarches pour améliorer les soins et services. Munis de savoirs expérientiels (les connaissances de la vie avec la maladie ou les connaissances d'un secteur de soins), les patients partenaires peuvent devenir membres à part entière des équipes, tant en contexte d'organisation des soins et services qu'en contexte de gouvernance.

La participation des usagers permet d'optimiser la diversité des points de vue et commentaires sur les processus, les projets et la vision.

Plusieurs moyens pour évaluer l'expérience des usagers sont encouragés au CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean, par exemple :

- réalisation de sondages afin d'évaluer l'expérience vécue par les usagers dans leur continuum de soins et services;
- groupe de discussion avec des usagers;

- gemba expérience-patient, soit d'aller à la rencontre de l'usager, sur le lieu où les soins et services sont offerts, afin de comprendre l'expérience vécue;
- boîte à suggestions;
- entretiens individuels.

Ce sont plus de 40 patients partenaires qui sont impliqués au sein de l'établissement comme parties prenantes des améliorations à mettre en place.

Voici quelques exemples de collaboration :

- production d'un document de soutien aux équipes qui désirent poursuivre les démarches de partenariat en contexte de pandémie;
- maintien de l'intégration de l'approche de partenariat dans les démarches éthiques;
- consultations auprès de la population en deux volets sous forme de délibération éthique : la reprise des activités en contexte de pandémie et la justice distributive;
- implication de patients ressources dans des projets prioritaires tels que Aire ouverte;
- implication de patients ressources dans le projet Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM);
- implication de patients ressources dans le comité directeur prévention du déconditionnement en résidence privée pour aînés (RPA);
- implication de patients ressources en collaboration avec la Direction des soins infirmiers dans le livrable Utilisation des mesures de contrôle du projet Harmonisation des pratiques;
- consultation auprès des usagers afin d'améliorer les lieux physiques des secteurs de psychiatrie de Chicoutimi et Roberval;
- implication de patients ressources en oncologie;
- plusieurs activités de sensibilisation auprès des gestionnaires, des équipes et des étudiants en médecine et en soins infirmiers;
- implication de patients ressources dans la semaine de la sécurité qui a permis l'élaboration de documentation en lien avec la téléconsultation disponible sur le site Internet du CIUSSS;
- obtention d'avis sur la documentation clinique permettant d'obtenir l'avis des usagers sur le contenu de la documentation clinique afin d'assurer la bonne compréhension de celle-ci.

L'établissement peut par ailleurs compter sur l'étroite collaboration de neuf comités des usagers qui regroupent plus de soixante bénévoles qui ont à cœur l'amélioration des soins et services. La relation de confiance qui lie ces bénévoles à l'organisation permet de développer une compréhension et une vision commune, assurant les échanges et le travail conjoint veillant aux intérêts des usagers. L'établissement a d'ailleurs conçu un Guide de participation des usagers à des comités organisationnels, de concert avec le comité des usagers du centre intégré (CUCI), afin de préciser l'approche de partenariat avec les usagers et définir les rôles des patients ressources et des représentants des comités des usagers au sein du CIUSSS.

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

Activité	Information demandée	Site ou installation				
		Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	Total
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée pour la période du 1er avril 2020 au 31 mars 2021. Informations complémentaires : chiffre approximatif, codification non terminée dans MED-ECHO	643				643
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour la période du 1er avril 2020 au 31 mars 2021. Informations complémentaires : nombre de décès en CHSLD		537			537
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile pour la période du 1er avril 2021 au 31 mars 2022. Informations complémentaires : source de données = i-CLSC			919		919
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs pour la période du 1er avril 2021 au 31 mars 2022				407	407
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	54				54
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	186				186
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	134				134
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	52				52

Ressources humaines

LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC

Répartition de l'effectif en 2022 par catégorie de personnel

	Nombre d'emplois au 31 mars 2022			Nombre d'ETC en 2021-2022		
	2022	2022 COVID-19	2022 TOTAL	2022	2022 COVID-19	2022 TOTAL
1 - Personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires	2 878	376	3 254	2 629	94	2 723
2 - Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	3 528	391	3 919	2 882	93	2 975
3 - Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 560	294	1 854	1 396	70	1 466
4 - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	3 357	179	3 536	2 631	15	2 646
5 - Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales*	127	87	214	95	11	105
6 - Personnel d'encadrement	392	5	397	373	5	378
Total général	11 842	1 332	13 174	10 006	287	10 293

* 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.

LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS POUR L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC

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

Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Comparaison sur 364 jours 2021-03-28 au 2022-03-26		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées
1 - Personnel d'encadrement	670 921	21 054	691 976
2 - Personnel professionnel	2 438 317	45 689	2 484 005
3 - Personnel infirmier	4 802 738	240 618	5 043 356
4 - Personnel de bureau, techniciens et assimilés	8 314 443	328 318	8 642 761
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2 190 746	48 962	2 239 707
6 - Étudiants et stagiaires	45 916	984	46 900
Total 2021-2022	**18 463 080**	**685 625**	**19 148 705**
Total 2020-2021			**18 600 652**

Cible 2021-2022	**19 148 705**
Écart	**0**
Écart en %	**0 %**

Ressources financières

UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME

PROGRAMME	EXERCICE COURANT (2020-2021)		EXERCICE COURANT (2021-2022)		VARIATIONS DES DÉPENSES	
	Dépenses	%	Dépenses	%	$	%
PROGRAMME-SERVICE						
Santé publique	43 549 258 $	3,88 %	63 724 044 $	4,87 %	20 174 786 $	10,86 %
Services généraux - activités cliniques et d'aide	48 251 151 $	4,30 %	63 856 058 $	4,88 %	15 604 907 $	8,40 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	173 252 862 $	15,45 %	193 332 203 $	14,79 %	20 079 341 $	10,81 %
Déficience physique	39 246 152 $	3,50 %	45 450 690 $	3,48 %	6 204 538 $	3,34 %
Déficience intellectuelle et TSA	54 167 429 $	4,83 %	64 894 629 $	4,96 %	10 727 200 $	5,78 %
Jeunes en difficulté	74 835 914 $	6,67 %	89 619 766 $	6,86 %	14 783 852 $	7,96 %
Dépendances	5 494 278 $	0,49 %	7 259 211 $	0,56 %	1 764 933 $	0,95 %
Santé mentale	56 118 234 $	5,00 %	65 892 376 $	5,04 %	9 774 142 $	5,26 %
Santé physique	391 807 155 $	34,93 %	462 687 522 $	35,39 %	70 880 367 $	38,17 %
PROGRAMME-SOUTIEN						
Administration	62 653 199 $	5,59 %	75 602 125 $	5,78 %	12 948 926 $	6,97 %
Soutien aux services	83 639 568 $	7,46 %	88 640 867 $	6,78 %	5 001 299 $	2,69 %
Gestion des bâtiments et des équipements	88 523 293 $	7,89 %	86 285 757 $	6,60 %	(2 237 536)	-1,20 %
TOTAL	1 121 538 493 $	100,00 %	1 307 245 248 $	100,00 %	185 706 755 $	100,00 %

Les états financiers complets de l'établissement sont disponibles dans le rapport financier annuel AS-471 au santesaglac.gouv.qc.ca.

L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

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

Le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean termine son exercice financier 2021-2022 avec un surplus global de 13 151 365 $, composé d'un surplus de 3 835 353 $ pour le fonds d'exploitation et de 9 316 012 $ pour le fonds d'immobilisation.

Le CIUSSS respecte son obligation légale de ne pas encourir de déficit à la fin d'une année financière.

LES CONTRATS DE SERVICES

Comportant une dépense de 25 000 $ et plus, conclus entre le 1er avril 2021 et le 31 mars 2022.

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique[1]	137	54 764 944,67
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique[2]	4	534 538,00
TOTAL DES CONTRATS DE SERVICES	**141**	**55 299 482,67**

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.

Ressources informationnelles

La Direction des ressources informationnelles (DRI) a continué de soutenir l'établissement en vertu de la situation épidémiologique qui a perduré durant l'exercice 2021-2022, notamment au niveau du maintien des centres de vaccination, de l'ouverture ou déménagement d'unités de débordement et du soutien au télétravail et à la téléconsultation.

Dans le cadre du plan de modernisation technologique 2022-2024 du MSSS, pour offrir au citoyen un système de santé et de services sociaux performant et transformé par le numérique, la DRI du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean a défini et démarré l'exécution de son plan décentralisé qui se décompose en grands axes, principalement :

- La modernisation des outils technologiques afin d'améliorer la qualité et l'accessibilité des services et de réduire la pression sur le personnel. Quelques initiatives issues du plan ont déjà commencé à apporter des bénéfices à notre établissement durant l'exercice 2021-2022, comme la mise en place d'une solution unique d'imagerie médicale pour la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, la réalisation d'une solution permettant d'offrir des services de première ligne pour la clientèle orpheline, la mise en place d'une solution pour supporter la pratique médicale en CLSC et le déploiement d'un portail de valorisation des données afin d'aider les différents intervenants du CIUSSS dans la mesure et la prise de décision, par exemple au niveau de la gestion de la disponibilité des lits.
- Le rehaussement de la capacité du réseau de télécommunication. La transformation numérique en continu de nos processus d'affaires, le télétravail, la téléconsultation et la centralisation de solutions technologiques par le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) nécessitent des infrastructures de télécommunication robustes et performantes, lesquelles sont rehaussées en continu.
- Le rehaussement de la cybersécurité. La mise en application des 15 mesures de sécurité obligatoires imposées aux établissements par le ministère de la Santé et des Services sociaux a débuté et progresse bien. Elle implique la mobilisation de toutes les équipes de la DRI en visant entre autres le remplacement de la protection antivirale et la mise à niveau de tous les postes de travail et serveurs. En parallèle, une campagne de sensibilisation à la cybersécurité à l'intention de tous les intervenants de l'établissement a été lancée et la formation obligatoire qui en découle va bon train avec un taux de réalisation de 30 % en date du 31 mars 2022. La date butoir est le 30 juin 2023. Des rappels seront faits en continu dans le prochain exercice.
- L'arrimage avec les projets provinciaux prioritaires et la mise en place des fondations nécessaires à l'implantation du Dossier de santé numérique (DSN).

La DRI s'est attardée, particulièrement cette année, à l'attraction et à la rétention des ressources humaines. Les modes d'organisation du travail ayant grandement évolué pendant la période de crise et les besoins sans cesse grandissants ont forcé l'innovation et la créativité en ce sens. Les liens avec les établissements d'enseignement ont été renforcés afin de mieux faire connaître notre milieu et ont conduit à des partenariats qui permettront notamment l'accueil d'un plus grand nombre de stagiaires.

La Direction des ressources informationnelles s'emploie à faire rayonner l'établissement et à mettre en valeur la complexité de l'environnement et la diversité des défis qu'on y rencontre.

SIGNIFICATION DES CODES

COLONNE 3 « NATURE » :
R : Réserve
O : Observation
C : Commentaire

COLONNES 5, 6 ET 7 « ÉTAT DE LA PROBLÉMATIQUE » :
R : Réglé
PR : Partiellement Réglé
NR : Non Réglé

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

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O, ou C)	Mesure prise pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2022		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Location des immeubles conclue avec la Société immobilière du Québec (SIQ) à titre de contrat location-exploitation au lieu de contrat de location-acquisition.	2011-12	R	Transfert des actifs et des passifs de la SQI en faveur du CIUSSS SLSJ au 1er avril 2021. La réserve est présente au rapport pour une dernière année en raison des impacts de la sous-évaluation en ce qui concerne l'exercice 2020-2021.	X		

(Suite)

SIGNIFICATION DES CODES

COLONNE 3 « NATURE » :
R : Réserve
O : Observation
C : Commentaire

COLONNES 5, 6 ET 7 « ÉTAT DE LA PROBLÉMATIQUE » :
R : Réglé
PR : Partiellement Réglé
NR : Non Réglé

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O, ou C)	Mesure prise pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2022		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
L'établissement n'a pas comptabilisé de provision salariale en lien avec l'indexation et les forfaitaires de l'exercice terminé le 31 mars 2021 de certains corps d'emploi, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Ceci provient d'une décision du ministère de la Santé et des Services sociaux indiquant aux établissements de ne pas comptabiliser cette charge, puisque la subvention correspondante n'était pas approuvée en date du 31 mars 2021. Par conséquent, les comptes à payer au 31 mars 2021 et les salaires et charges sociales pour l'exercice terminé le 31 mars 2021 sont sous-évalués d'approximativement 30 700 000 $.	2020-22	R	Dans le cadre du renouvellement des conventions collectives des employés de l'État, le gouvernement a déposé publiquement, en date du 31 mars 2021, des offres salariales comprenant une indexation des salaires et des montants forfaitaires non récurrents ayant un effet rétroactif. Ainsi, le dépôt de ces offres aurait dû entraîner la comptabilisation d'un passif au 31 mars 2021. L'établissement n'a pas comptabilisé au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2021 de provision salariale en lien avec ces offres, à la suite d'une décision du ministère de la Santé et des Services sociaux. À cet égard, les états financiers pour les exercices terminés les 31 mars 2021 et 2022 dérogent aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Par conséquent, les salaires, avantages sociaux et charges sociales pour l'exercice terminé le 31 mars 2022 sont surévalués d'un montant de 27 427 921 $ et les déficits cumulés au 1er avril 2021 sont sous-évalués du même montant, tandis que les autres créditent.			X
L'établissement a obtenu une subvention en lien avec les charges, déduction faite des économies, engendrées par la pandémie de COVID-19 pour le réseau de la santé. Nous n'avons pas été en mesure d'obtenir des éléments probants suffisants et adéquats en ce qui concerne les économies prises en compte. Par conséquent, nous n'avons pas pu déterminer si des ajustements pourraient devoir être apportés aux montants comptabilisés à titre de revenu de subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux ou à d'autres postes des états financiers au 31 mars 2021.	2020-22	R	L'établissement a obtenu une subvention en lien avec les charges, déduction faite des économies, engendrées par la pandémie de COVID-19. Nous n'avons pas été en mesure d'obtenir des éléments probants suffisants et adéquats en ce qui concerne les économies prises en compte. Par conséquent, nous n'avons pas pu déterminer si des ajustements pourraient devoir être apportés aux montants comptabilisés à titre de revenu de subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux ou à d'autres postes des états financiers pour les exercices terminés les 31 mars 2021 et 2022. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice considéré, comme nous l'avions fait pour les états financiers de l'exercice précédent.			X

(Suite)

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O, ou C)	Mesure prise pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2022		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
L'établissement a encouru un excédent des charges sur les revenus au niveau du fonds d'immobilisation. Ce résultat va à l'encontre de l'article 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux qui mentionne qu'aucun établissement public ne doit encourir de déficit à la fin d'une année financière.	2020-21	C		X		
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
POUR CHACUNE DES RÉSERVES CI-DESSOUS : EN RAISON DE LA PANDÉMIE DE LA COVID-19, L'AUDITEUR INDÉPENDANT N'A PU EFFECTUER LE SUIVI POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2022.						
Unités de mesure sur base estimative : les communications extérieures au médecin responsable du patient (résumé de dossier, consultations, etc.) sont compilées sur une base estimative aux archives (7532).	2011-12	R	Aucune mesure de correction mise en place. Le CIUSSS a estimé le nombre de demandes en établissant des standards relatifs aux demandes de communications. Ces standards ont été établis à partir d'un échantillonnage représentatif.		X	
Unité de mesure « L'usager » Inhalothérapie 6350.	2014-15	R	L'établissement n'a pas compilé de statistique de l'unité B pour le sous-centre d'activité Inhalothérapie - autres (6352).			X
Unités compilées sur base estimative - Mètre carré et mètre cube (centre d'activité 7640; sous-centre d'activité 7644 - centre d'activité 7700 et sous-centre d'activité 7703 - centre d'activité 7800; sous-centre d'activité 7801).	2011-12	R				X
Unités compilées sur base estimative - Usager - sous-centre d'activité 6806.	2011-12	R				X
Une composante de l'unité de mesure 7690, soit Transport externe des usagers, n'est pas adéquatement compilée en raison du fait qu'un usager est inscrit par transport, peu importe le nombre d'usagers en cause.	2017-18	R				X
Le processus de compilation de l'unité de mesure A) « L'usagère » pour le sous-centre 5990 ne permet pas de compiler les usagères dont la grossesse chevauche l'exercice antérieur et l'exercice en cours.	2017-18	R			X	

SIGNIFICATION DES CODES

COLONNE 3 « NATURE » :
R : Réserve
O : Observation
C : Commentaire

COLONNES 5, 6 ET 7 « ÉTAT DE LA PROBLÉMATIQUE » :
R : Réglé
PR : Partiellement Réglé
NR : Non Réglé

(Suite)

SIGNIFICATION DES CODES

COLONNE 3 « NATURE » :
R : Réserve
O : Observation
C : Commentaire

COLONNES 5, 6 ET 7 « ÉTAT DE LA PROBLÉMATIQUE » :
R : Réglé
PR : Partiellement Réglé
NR : Non Réglé

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O, ou C)	Mesure prise pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2022		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Unités de mesure sur base estimative : unité mètre carré et mètre cube pour les locaux loués pour le CLSC.	2008-09	R	Aucune mesure corrective prise par le CIUSSS. Les mètres carrés et les mètres cubes ont été établis à partir du bail de location.			X
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant						
L'établissement a encouru un excédent des charges sur les revenus au niveau du fonds d'immobilisation et du fonds d'exploitation. Ce résultat va à l'encontre de l'article 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux qui mentionne qu'aucun établissement public ne doit encourir de déficit à la fin d'une année financière. Toutefois, nous avons noté que plusieurs autres utilisateurs ont le même profil d'accès permettant la gestion des accès. Ceci n'est donc pas limité au personnel affecté à la sécurité des TI. De plus, la gestion des accès dans SAP n'est pas limitée au personnel TI, des utilisateurs du service des finances pouvant faire la gestion des accès, alors qu'ils ne devraient qu'autoriser les accès afin de séparer ces tâches incompatibles.	2020-21	C		X		
Pour un test effectué, l'approbation requise d'un dépassement de coût d'un contrat n'a pas été obtenue.	2020-21	C		X		
Bien qu'il y ait une personne responsable de la gestion des accès dans l'application Logibec-Paie, nous avons noté que plusieurs autres utilisateurs ont le même profil d'accès permettant la gestion des accès. Ceci n'est donc pas limité au personnel affecté à la sécurité des TI.	2019-20	C		X		
Les codes d'utilisateur utilisés doivent être uniques. Bien que chaque administrateur de domaine ait son propre compte, nous avons noté que le compte administrateur est actif et utilisé. Il existe donc un risque de non-imputabilité des opérations effectuées par les intervenants dans les différentes applications et composantes TI.	2019-20	C		X		

(Suite)

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O, ou C)	Mesure prise pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2022		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Rapport à la gouvernance						
Il y a une personne responsable de la gestion des accès dans l'application Logibec-Paie. Toutefois, nous avons noté que plusieurs autres utilisateurs ont le même profil d'accès permettant la gestion des accès. Ceci n'est donc pas limité au personnel affecté à la sécurité des TI. De plus, la gestion des accès dans SAP n'est pas limitée au personnel TI, des utilisateurs du service des finances pouvant faire la gestion des accès, alors qu'ils ne devraient qu'autoriser les accès afin de séparer ces tâches incompatibles.	2019-20	C		X		
Les codes d'utilisateur utilisés doivent être uniques. Bien que chaque administrateur de domaine ait son propre compte, nous avons noté que le compte administrateur est actif et utilisé. Il existe donc un risque de non-imputabilité des opérations effectuées par les intervenants dans les différentes applications et composantes TI.	2019-20	C		X		

SIGNIFICATION DES CODES

COLONNE 3 « NATURE » :
R : Réserve
O : Observation
C : Commentaire

COLONNES 5, 6 ET 7 « ÉTAT DE LA PROBLÉMATIQUE » :
R : Réglé
PR : Partiellement Réglé
NR : Non Réglé

La divulgation des actes répréhensibles

Aucun acte répréhensible n'a fait l'objet d'une divulgation au sein du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean au cours de l'année 2021-2022.

Organismes communautaires

Grâce au Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean subventionne des organismes d'action communautaire autonome œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux. Les organismes peuvent ainsi bénéficier de trois modes distincts de financement. Le budget total alloué pour 2021-2022 est de l'ordre de 35 306 679 $.

Le principal mode de financement du PSOC vise à soutenir la réalisation de la mission globale des organismes communautaires. En 2021-2022, 199 organismes communautaires ont reçu un soutien financier de ce type pour un montant global de 32 525 651 $. Ce total inclut le montant de 1 019 200 $ accordé par le MSSS afin de rehausser le financement à la mission globale de 2020-2021. Il s'agit du pourcentage le plus important de l'enveloppe budgétaire, soit 92 %.

La deuxième forme de financement possible pour les organismes communautaires est celle qui concerne les ententes pour activités spécifiques. Ce type de soutien financier peut comporter un caractère non récurrent ou être attribué pour une période limitée. Dans le cadre du PSOC, ce soutien financier représente un montant de 2 061 246 $, équivalent ainsi à 6 % de l'enveloppe budgétaire totale.

Il est à noter que le MSSS a octroyé une indexation de 1,6 % aux organismes communautaires d'action autonome financés par ces deux modes.

Finalement, c'est un montant de 719 782 $ qui a été accordé en lien avec le troisième mode de financement qui vise à supporter divers types de projets ponctuels, sur une base non récurrente, ce qui totalise 2 % du budget total. Il peut s'agir de projets de formation, de projets expérimentaux ou novateurs ainsi que certaines situations nécessitant un financement de dépannage urgent.

La répartition de cette enveloppe budgétaire s'est effectuée dans le respect des critères ministériels et des orientations régionales du PSOC. Les principes et balises établis pour la distribution du rehaussement du financement à la mission globale ont également été pris en compte.

Rappelons que le cadre de référence pour l'application du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, élaboré en collaboration avec les organismes communautaires qui exercent leurs activités dans le domaine de la santé et des services sociaux au Saguenay–Lac-Saint-Jean et reconnus dans le PSOC, reconnaît notamment la contribution unique et essentielle des organismes communautaires à la santé et au bien-être de la population régionale, tout en respectant le contexte légal régissant l'Action communautaire autonome (ACA) au Québec.

Le CIUSSS confirme son respect des règles et normes édictées par le MSSS, et ce, telles que décrites dans le cadre de référence en vigueur. Toutes les mesures ont été prises pour s'assurer que les organismes communautaires complètent le processus de demande de rehaussement du financement à la mission globale et de reddition de comptes selon les directives prescrites.

Le tableau ci-après précise le financement accordé aux organismes communautaires en 2021-2022 selon les trois volets précités (le volet mission globale inclut, s'il y a lieu, le montant récurrent accordé pour le rehaussement du financement à la mission globale).

Budget PSOC 2021-2022	Mission globale PSOC		Entente pour activités spécifiques		Projet ponctuel		Total 2020-2021	Total 2021-2022
	2020-2021	2021-2022	2020-2021	2021-2022	2020-2021	2021-2022		
ORGANISMES								
Accès entraide familles Lac-St-Jean Est	47 669 $	54 432 $					47 669 $	54 432 $
Action bénévole Ste-Hedwidge	15 081 $	15 322 $			500 $		15 581 $	15 322 $
Action bénévole Entre-Deux St-André	52 296 $	58 133 $			3 375 $		55 671 $	58 133 $
Adolescents vie de quartier	93 555 $	100 052 $			90 $	695 $	93 645 $	100 747 $
Agence grand-frère grande-soeur Domaine-Du-Roy	91 200 $	97 659 $			200 $	196 $	91 400 $	97 855 $
Aînés et les aînées Jonquière (Les)	308 813 $	318 754 $			26 450 $		335 263 $	318 754 $
Alternative Café-jeunesse de Jonquière			46 503 $	69 705 $				69 705 $
Amis des aînés Normandin (Les)	95 426 $	101 953 $					95 426 $	101 953 $
AQEPA Lac-St-Jean	17 650 $	17 932 $					17 650 $	17 932 $
AQEPA Saguenay	19 330 $	24 639 $					19 330 $	24 639 $
ARACSM-02/Association des ressources alternatives et communautaires en santé mentale	109 479 $	116 231 $	47 687 $	48 450 $	32 317 $		189 483 $	164 681 $
Association canadienne de la santé mentale Saguenay	820 555 $	668 240 $	396 057 $	571 739 $	65 787 $	42 883 $	1 282 399 $	1 282 862 $
Association de la fibromyalgie Saguenay–Lac-St-Jean	52 575 $	58 416 $					52 575 $	58 416 $
Association jeannoise pour l'intégration sociale	142 771 $	158 805 $			4 160 $		146 931 $	158 805 $
Association des parents d'adolescents de Chicoutimi	111 659 $	118 446 $			8 701 $	875 $	120 360 $	119 321 $
Association des parents d'ados du Fjord	114 979 $	121 818 $			4 065 $	680 $	119 044 $	122 498 $
Association pour personnes handicapées Le Goéland	75 581 $	76 790 $					75 581 $	76 790 $
Association québécoise pour la défense des droits des retraités et préretraités			72 259 $	73 415 $	3 369 $		75 628 $	73 415 $
Association régionale pour les personnes épileptiques	95 937 $	102 472 $					95 937 $	102 472 $
Association de soutien et d'information face à la douleur	36 701 $	37 288 $					36 701 $	37 288 $
Association des arthritiques du Saguenay–Lac-St-Jean	41 867 $	55 537 $					41 867 $	55 537 $
Association pour le développement de la personne handicapée intellectuelle de Saguenay	210 567 $	218 936 $			4 000 $		214 567 $	218 936 $

Budget PSOC 2021-2022	Mission globale PSOC		Entente pour activités spécifiques		Projet ponctuel		Total 2020-2021	Total 2021-2022
	2020-2021	2021-2022	2020-2021	2021-2022	2020-2021	2021-2022		
ORGANISMES (SUITE)								
Association des personnes handicapées visuelles région 02	55 430 $	56 317 $					55 430 $	56 317 $
Association pour la promotion des droits des personnes handicapées de Jonquière	115 506 $	122 354 $			13 473 $		128 979 $	122 354 $
Association Renaissance pour les personnes traumatisées crâniennes	201 261 $	209 481 $			29 613 $	6 766 $	230 874 $	216 247 $
Association des handicapés de Desbiens	215 010 $	223 450 $			19 522 $		234 532 $	223 450 $
Association des personnes aphasiques Saguenay	18 496 $	18 792 $					18 496 $	18 792 $
Association des personnes handicapées A.B.C.S.	110 619 $	117 389 $	30 000 $	30 000 $			140 619 $	147 389 $
Association québécoise de la dysphasie SLSJ	56 700 $	62 607 $					56 700 $	62 607 $
Association Panda Saguenay–Lac-St-Jean	164 242 $	182 487 $			18 062 $	71 849 $	182 304 $	254 336 $
Auberge de l'amitié Roberval	988 581 $	1 100 869 $					988 581 $	1 100 869 $
Baluchon Alzheimer		0 $	39 131 $				39 131 $	0 $
Bénévoles de Girardville (Les)	32 781 $	33 305 $			375 $		33 156 $	33 305 $
Bénévoles de St-Thomas-Didyme (Les)	40 182 $	45 825 $			500 $		40 682 $	45 825 $
Bénévoles des ainés de Ste-Jeanne-d'Arc (Les)	8 594 $	8 732 $					8 594 $	8 732 $
Bénévoles de St-Félix-d'Otis (Les)	52 060 $	52 893 $			375 $		52 435 $	52 893 $
Centre d'action bénévole Maria-Chapdelaine	67 905 $	94 998 $			22 500 $		90 405 $	94 998 $
Centre de femmes au pays de Maria-Chapdelaine	244 231 $	253 139 $			16 555 $	1 000 $	260 786 $	254 139 $
C.A.P. accueil jeunesse	112 122 $	118 916 $				371 $	112 122 $	119 287 $
CAB de Chicoutimi	231 901 $	240 611 $			123 243 $	29 600 $	355 144 $	270 211 $
CAB de Jonquière	142 932 $	150 219 $			21 076 $	12 576 $	164 008 $	162 795 $
CAB de Laterrière	72 913 $	79 080 $			6 731 $		79 644 $	79 080 $
CAB Domaine-du-Roy	164 795 $	172 432 $			33 971 $	270 $	198 766 $	172 702 $
Café jeunesse de Chicoutimi	112 148 $	118 942 $			37 549 $	225 $	149 697 $	119 167 $
CALACS entre elles	446 582 $	458 727 $					446 582 $	458 727 $
Cancer Saguenay	91 650 $	98 116 $			500 $		92 150 $	98 116 $
CARDI-O-FORME inc.	38 559 $	44 176 $	21 184 $	21 523 $		160 $	59 743 $	65 859 $

Budget PSOC 2021-2022	Mission globale PSOC		Entente pour activités spécifiques		Projet ponctuel		Total 2020-2021	Total 2021-2022
	2020-2021	2021-2022	2020-2021	2021-2022	2020-2021	2021-2022		
ORGANISMES (SUITE)								
Carrefour bénévole Labrecque-Lamarche	52 523 $	53 363 $			500 $		53 023 $	53 363 $
Carrefour communautaire St-Paul	17 200 $	17 475 $					17 200 $	17 475 $
Centre d'action bénévole Soif de vivre	103 779 $	110 439 $			11 104 $		114 883 $	110 439 $
Centre d'action bénévole du Lac	211 751 $	220 139 $			15 086 $		226 837 $	220 139 $
Centre de femmes mieux-être de Jonquière	244 299 $	253 208 $					244 299 $	253 208 $
Centre de services bénévoles de St-Prime	23 434 $	23 809 $					23 434 $	23 809 $
Centre de services mieux-vivre Bégin	220 388 $	228 914 $			24 530 $		244 918 $	228 914 $
Centre de services de prévention et orientation en toxicomanie (SPOT)	88 496 $	94 912 $			20 786 $		109 282 $	94 912 $
Centre communautaire Horizon 3e Age	38 333 $	43 946 $					38 333 $	43 946 $
Centre communautaire à la jeunesse Tandem	121 638 $	128 584 $			375 $		122 013 $	128 584 $
Centre de femmes La Source	242 257 $	251 133 $					242 257 $	251 133 $
Centre des bénévoles Roberval	37 473 $	38 073 $					37 473 $	38 073 $
Centre du Lac Pouce				7 404 $				7 404 $
Centre féminin du Saguenay	948 194 $	1 039 822 $					948 194 $	1 039 822 $
Centre de femmes aux Quatre-Temps	244 463 $	253 374 $				556 $	244 463 $	253 930 $
Centre d'intervention familiale Le Transit	201 765 $	209 993 $			36 126 $	7 720 $	237 891 $	217 713 $
Centre le Bouscueil de Roberval	186 630 $	205 233 $	90 729 $	92 181 $	21 422 $	13 792 $	298 781 $	311 206 $
Centre Le Phare	650 326 $	676 348 $	44 267 $	44 975 $	103 141 $	65 198 $	797 734 $	786 521 $
Centre l'Escale de Jonquière	261 241 $	281 038 $	54 503 $	55 375 $	31 754 $	31 324 $	347 498 $	367 737 $
Centre Nelligan	202 690 $	221 550 $			26 062 $	13 792 $	228 752 $	235 342 $
Centre plein vie inc.	112 818 $	119 624 $					112 818 $	119 624 $
Centre populaire	93 464 $	99 960 $			25 246 $		118 710 $	99 960 $
Centre de prévention du suicide SLSJ	673 803 $	633 165 $	210 766 $	118 953 $	25 304 $	26 133 $	909 873 $	778 251 $
Centre de rétablissement Le Renfort	364 717 $	386 168 $	170 028 $	172 749 $	64 168 $	46 026 $	598 913 $	604 943 $
Centre de santé mentale l'Arrimage	313 363 $	333 994 $	133 995 $	136 139 $	50 017 $	14 792 $	497 375 $	484 925 $
Clowns thérapeutiques Saguenay	16 347 $	21 609 $					16 347 $	21 609 $

Budget PSOC 2021-2022	Mission globale PSOC		Entente pour activités spécifiques		Projet ponctuel		Total 2020-2021	Total 2021-2022
	2020-2021	2021-2022	2020-2021	2021-2022	2020-2021	2021-2022		
ORGANISMES (SUITE)								
Club jeunes 12-17 Albanel	16 096 $	31 688 $					16 096 $	31 688 $
Club Kinocoeur	4 756 $	4 832 $					4 756 $	4 832 $
Comité des bénévoles de Ste-Elisabeth-de-Proulx	26 782 $	27 211 $					26 782 $	27 211 $
Comité des bénévoles de St-Eugène-d'Argentenay	11 968 $	12 159 $					11 968 $	12 159 $
Comité de santé de St-Ludger-de-Milot	47 872 $	48 638 $			500 $		48 372 $	48 638 $
Comité les amis de Saint-Stanislas	11 210 $	16 389 $			500 $		11 710 $	16 389 $
Comité des malades d'Albanel	24 438 $	24 829 $			500 $		24 938 $	24 829 $
Comité du travail de rue Alma	98 642 $	105 220 $		25 029 $	61 522 $		160 164 $	130 249 $
Comité Enfaim	59 829 $	76 403 $				24 233 $	59 829 $	100 636 $
Comité des malades St-Fulgence	1 916 $	1 947 $					1 916 $	1 947 $
Comptoir multiservices Falardeau	7 165 $	7 280 $					7 165 $	7 280 $
CORAMH	88 994 $			90 418 $			88 994 $	90 418 $
Corporation de services aux handicapés de Roberval	97 664 $	104 726 $					97 664 $	104 726 $
Centre de ressources pour hommes Optimum SLSJ	463 654 $	535 403 $			24 099 $	1 000 $	487 753 $	536 403 $
Deuil 02 - Passage		15 000 $						15 000 $
Diabète Saguenay–Lac-St-Jean	53 166 $	96 329 $			29 690 $		82 856 $	96 329 $
Diversité 02	38 405 $	79 019 $	15 000 $			25 000 $	53 405 $	104 019 $
École nationale d'apprentissage par la marionnette	103 443 $	105 098 $			18 821 $		122 264 $	105 098 $
Entraide amicale St-François-de-Sales	22 670 $	23 033 $			375 $		23 045 $	23 033 $
Entraide bénévole Notre-Dame-de-Lorette	15 695 $	15 946 $					15 695 $	15 946 $
Entraide Bénévole Chambord	19 619 $	19 933 $			500 $		20 119 $	19 933 $
Entre-Êtres	44 184 $	78 891 $			56 985 $		101 169 $	78 891 $
Épicerie communautaire Le Garde Manger	93 039 $	99 527 $			11 707 $		104 746 $	99 527 $
Équijustice Lac-Saint-Jean	360 563 $	366 332 $					360 563 $	366 332 $
Équijustice Saguenay inc.	323 134 $	328 304 $				1 000 $	323 134 $	329 304 $
Escale Centre-ville	122 631 $	129 593 $					122 631 $	129 593 $

Budget PSOC 2021-2022	Mission globale PSOC		Entente pour activités spécifiques		Projet ponctuel		Total 2020-2021	Total 2021-2022
	2020-2021	2021-2022	2020-2021	2021-2022	2020-2021	2021-2022		
ORGANISMES (SUITE)								
Femmes-actions : séparation-divorce	59 471 $	65 423 $			4 947 $		64 418 $	65 423 $
Foyer apprentissage autonomie sociale Alma	171 331 $	179 073 $					171 331 $	179 073 $
Groupe d'action bénévole ensemble de Ste-Monique et de St-Henri	45 621 $	55 219 $					45 621 $	55 219 $
Groupe d'actions communautaires de santé bénévole (GACSB)	96 850 $	100 519 $			500 $		97 350 $	100 519 $
Groupe de soutien St-Nazaire	39 563 $	64 501 $			500 $		40 063 $	64 501 $
Grands-frères & grandes-sœurs Lac-St-Jean-Nord	91 469 $	97 933 $					91 469 $	97 933 $
Groupe d'action communautaire de Falardeau	183 290 $	191 223 $			375 $		183 665 $	191 223 $
Groupe aide-action St-Honoré	107 449 $	109 168 $			500 $		107 949 $	109 168 $
Groupe Au Seingulier	4 563 $	4 636 $					4 563 $	4 636 $
Groupe bénévole Hermel Gauthier	25 012 $	25 412 $			2 375 $		27 387 $	25 412 $
Groupe Centre-Lac d'Alma	100 714 $	107 326 $					100 714 $	107 326 $
Groupe d'action communautaire APRS	94 015 $	98 400 $			7 777 $		101 792 $	98 400 $
Groupe Espoir Dolbeau-Mistassini	158 863 $	166 404 $			15 072 $		173 935 $	166 404 $
Groupe pour la promotion et la défense des droits en santé mentale	264 750 $	284 603 $			5 622 $	7 552 $	270 372 $	292 155 $
Groupe de ressources pour les troubles de panique	100 386 $	117 609 $				26 133 $	100 386 $	143 742 $
Havre du Fjord	191 326 $	208 387 $			1 000 $	1 000 $	192 326 $	209 387 $
Information et référence Région 02	59 353 $	94 803 $					59 353 $	94 803 $
Interassociation des personnes handicapées	117 938 $	124 825 $					117 938 $	124 825 $
La Main du samaritain inc.	10 384 $	15 550 $			1 000 $		11 384 $	15 550 $
La Maisonnée d'Évelyne	274 476 $	283 868 $					274 476 $	283 868 $
La Nichée	78 763 $	80 023 $		177 825 $	186 523 $	556 $	265 286 $	258 404 $
La Trajectoire Parents-Jeunes						643 $		643 $
Le Séjour Marie-Fitzbach	252 965 $	262 012 $			1 094 $	396 $	254 059 $	262 408 $
Le Tournant 3F			8 079 $	8 208 $			8 079 $	8 208 $

Budget PSOC 2021-2022	Mission globale PSOC		Entente pour activités spécifiques		Projet ponctuel		Total 2020-2021	Total 2021-2022
	2020-2021	2021-2022	2020-2021	2021-2022	2020-2021	2021-2022		
ORGANISMES (SUITE)								
Local Jeunes Centre-Ville de Chicoutimi	93 440 $	99 935 $			6 560 $		100 000 $	99 935 $
Maison des jeunes de St-Bruno du Lac-St-Jean	74 774 $	90 970 $					74 774 $	90 970 $
Maillon regroupement de parents et amis	256 843 $	276 569 $			26 245 $	34 797 $	283 088 $	311 366 $
Maison d'accueil pour les sans-abri de Chicoutimi	388 458 $	394 673 $			62 778 $		451 236 $	394 673 $
Maison de l'espoir Saguenay–Lac-St-Jean	466 148 $	478 606 $			19 238 $	402 $	485 386 $	479 008 $
Maison des jeunes l'Entre-Parenthèse de Chambord	95 279 $	101 803 $				187 $	95 279 $	101 990 $
Maison des jeunes Alma	125 618 $	132 628 $					125 618 $	132 628 $
Maison des jeunes Exode	64 406 $	65 436 $					64 406 $	65 436 $
Maison des jeunes le Jouvenceau	131 689 $	138 796 $					131 689 $	138 796 $
Maison des jeunes Le Pentagone	80 165 $	91 498 $				750 $	80 165 $	92 248 $
Maison des jeunes Métabetchouan	118 636 $	125 534 $					118 636 $	125 534 $
Maison des jeunes St-Charles-de-Bourget	15 330 $	15 575 $					15 330 $	15 575 $
Maison de campagne et d'entraide communautaire du Lac	92 740 $	94 224 $					92 740 $	94 224 $
Maison d'accueil et d'hébergement La Chambrée	933 312 $	1 030 299 $					933 312 $	1 030 299 $
Maison des Familles La Cigogne			8 515 $	8 651 $			8 515 $	8 651 $
Maison des jeunes Alaxion	85 710 $	92 081 $				150 $	85 710 $	92 231 $
Maison des jeunes de Desbiens	103 740 $	110 400 $					103 740 $	110 400 $
Maison des jeunes de Labrecque	18 330 $	23 623 $					18 330 $	23 623 $
Maison des jeunes de Larouche	18 330 $	23 623 $					18 330 $	23 623 $
Maison des jeunes de St-Prime	90 211 $	96 654 $			26 615 $	682 $	116 826 $	97 336 $
Maison des jeunes de Jonquière	163 104 $	170 714 $					163 104 $	170 714 $
Maison des jeunes de Lamarche	67 509 $	90 589 $					67 509 $	90 589 $
Maison des jeunes de St-Nazaire	30 967 $	31 462 $					30 967 $	31 462 $
Maison d'intégration Norlac	126 560 $	133 584 $					126 560 $	133 584 $
Maison du Cheminement (Dolbeau)	510 049 $	533 826 $	37 689 $	38 292 $		41 583 $	547 738 $	613 701 $
Maison des familles de La Baie			10 217 $	10 380 $			10 217 $	10 380 $

Budget PSOC 2021-2022	Mission globale PSOC		Entente pour activités spécifiques		Projet ponctuel		Total 2020-2021	Total 2021-2022
	2020-2021	2021-2022	2020-2021	2021-2022	2020-2021	2021-2022		
ORGANISMES (SUITE)								
Maison halte secours	880 501 $	987 961 $					880 501 $	987 961 $
Maison d'hébergement Le Rivage de La Baie	1 108 145 $	1 693 934 $			382 722 $	980 $	1 490 867 $	1 694 914 $
Maison d'hébergement SOS jeunesse	399 695 $	411 090 $			10 093 $		409 788 $	411 090 $
Maison d'hébergement Le Séjour	282 543 $	292 064 $				775 $	282 543 $	292 839 $
Maison ISA, centre d'aide	468 271 $	480 764 $			2 000 $	650 $	470 271 $	481 414 $
Maison des jeunes de l'Ascension	33 836 $	44 377 $					33 836 $	44 377 $
Maison des jeunes du Bas-Saguenay	90 975 $	97 431 $			10 021 $	536 $	100 996 $	97 967 $
Maison des jeunes de Saint-Honoré	97 494 $	104 054 $			26 001 $		123 495 $	104 054 $
Maison des jeunes de Delisle	32 040 $	32 553 $					32 040 $	32 553 $
Maison des jeunes d'Hébertville	67 353 $	90 531 $			11 742 $		79 095 $	90 531 $
Maison des jeunes Illusion	17 564 $	17 845 $					17 564 $	17 845 $
Maison des jeunes de La Baie	123 970 $	130 954 $			50 508 $	368 $	174 478 $	131 322 $
Maison des jeunes de La Doré	92 021 $	98 493 $					92 021 $	98 493 $
Maison des jeunes de Lac-Bouchette	35 330 $	40 895 $					35 330 $	40 895 $
Maison des jeunes Laser Roberval	126 287 $	133 308 $				865 $	126 287 $	134 173 $
Maison des jeunes de Laterrière	105 571 $	112 260 $					105 571 $	112 260 $
Maison des jeunes de Shipshaw	77 322 $	91 059 $					77 322 $	91 059 $
Maison des jeunes de St-Ambroise	35 580 $	41 149 $			19 133 $		54 713 $	41 149 $
Maison des jeunes de St-Augustin	15 000 $	20 240 $					15 000 $	20 240 $
Maison des jeunes de St-Fulgence	82 573 $	91 894 $			8 160 $	5 440 $	90 733 $	97 334 $
Maison des jeunes de St-Gédéon	44 781 $	45 497 $					44 781 $	45 497 $
Maison des jeunes Évasion de Chicoutimi	172 682 $	180 445 $			9 630 $		182 312 $	180 445 $
Maison des jeunes de Ste-Monique	32 833 $	41 358 $					32 833 $	41 358 $
Maison des jeunes de St-Ludger-de-Milot	11 968 $	12 159 $					11 968 $	12 159 $
Moisson d'Alma	96 727 $	103 274 $			18 172 $		114 899 $	103 274 $
Moisson Saguenay–Lac-St-Jean	132 776 $	139 900 $			4 852 $		137 628 $	139 900 $

Budget PSOC 2021-2022	Mission globale PSOC		Entente pour activités spécifiques		Projet ponctuel		Total 2020-2021	Total 2021-2022
	2020-2021	2021-2022	2020-2021	2021-2022	2020-2021	2021-2022		
ORGANISMES (SUITE)								
Nourri-Source SLSJ	44 130 $	49 836 $			52 549 $		96 679 $	49 836 $
Palli-aide	174 399 $	182 189 $			9 780 $	161 $	184 179 $	182 350 $
Parkinson Saguenay LSJ	44 001 $	49 705 $					44 001 $	49 705 $
Passerelle d'Alma inc.	942 013 $	1 254 421 $	60 463 $		107 525 $		1 110 001 $	1 254 421 $
Popote Express Chicoutimi	72 776 $	73 940 $			19 325 $		92 101 $	73 940 $
Popote mobile de La Baie	56 696 $	62 603 $			17 213 $		73 909 $	62 603 $
Popote roulante des cinq cantons			26 611 $	27 037 $			26 611 $	27 037 $
Popote roulante d'Alma	61 881 $	67 871 $			7 500 $		69 381 $	67 871 $
Regroupement des maisons des jeunes région 02	15 000 $	20 240 $					15 000 $	20 240 $
Regroupement des personnes avec des troubles de l'humeur	3 964 $						3 964 $	0 $
Regroupement des sourds et malentendants	15 666 $	15 917 $					15 666 $	15 917 $
Résidence de Labrecque			8 515 $	8 651 $			8 515 $	8 651 $
Ressource de Jonquière	15 893 $	16 148 $					15 893 $	16 148 $
Santé Mentale Québec-LSJ	139 499 $	157 348 $				17 633 $	139 499 $	174 981 $
Sécuri-Coeur Maria-Chapdelaine	5 440 $	5 527 $	8 229 $	8 361 $			13 669 $	13 888 $
Service alimentaire La Recette	119 392 $	132 802 $			156 670 $		276 062 $	132 802 $
Service budgétaire populaire de La Baie			31 377 $	31 879 $			31 377 $	31 879 $
Service d'intégration sociale Nouvel Essor	199 102 $	225 959 $			18 839 $	13 792 $	217 941 $	239 751 $
Service d'intervention de proximité DDR	121 357 $	128 299 $	10 000 $	27 735 $	17 817 $		149 174 $	156 034 $
Service d'entraide Robervalois	79 390 $	85 660 $			1 380 $		80 770 $	85 660 $
Service d'information et d'intervention en toxicomanie Alma	105 493 $	112 181 $			500 $		105 993 $	112 181 $
Service et qualité de vie La Doré	21 570 $	26 915 $					21 570 $	26 915 $
Service de travail rue de Chicoutimi	108 967 $	115 710 $		34 093 $	129 987 $		238 954 $	149 803 $
Service communautaire de consultation individualisée	59 414 $	65 365 $			15 028 $		74 442 $	65 365 $
Service d'aide 55 plus	70 642 $	71 772 $			500 $		71 142 $	71 772 $

Budget PSOC 2021-2022	Mission globale PSOC		Entente pour activités spécifiques		Projet ponctuel		Total 2020-2021	Total 2021-2022
	2020-2021	2021-2022	2020-2021	2021-2022	2020-2021	2021-2022		
ORGANISMES (SUITE)								
Service habitations partagées	121 543 $	128 488 $					121 543 $	128 488 $
Société canadienne de la sclérose en plaques LSJ	50 177 $	55 980 $					50 177 $	55 980 $
Société Alzheimer de la Sagamie	460 618 $	472 988 $			2 000 $		462 618 $	472 988 $
Société de l'autisme Saguenay–Lac-St-Jean	409 418 $	420 969 $			6 388 $		415 806 $	420 969 $
Société canadienne de la sclérose en plaques Saguenay	19 610 $	32 924 $					19 610 $	32 924 $
Soli-Can Lac-Saint-Jean-Est	209 494 $	217 845 $			16 513 $		226 007 $	217 845 $
SRIEQ/Service interprétariat de l'Est du Québec			94 590 $	96 103 $	94 590 $		94 590 $	96 103 $
Station jeunesse	74 696 $	90 891 $					74 696 $	90 891 $
Tel-Aide Saguenay-Lac St-Jean	156 837 $	164 346 $			14 970 $		171 807 $	164 346 $
Toxic-Actions	112 851 $	119 657 $	10 000 $	25 976 $	50 756 $	205 $	173 607 $	145 838 $
Triolait	54 099 $	59 965 $			49 442 $		103 541 $	59 965 $
TROC R02	231 660 $	240 367 $			259 405 $	124 834 $	491 065 $	365 201 $
Volontaires de St-Augustin	20 676 $						20 676 $	0 $
TOTAL		**32 525 651 $**		**2 061 246 $**		**719 782 $**		**35 306 679 $**

Annexe 1

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

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY—LAC-SAINT-JEAN

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Québec

Préambule

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

Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie doit demeurer une préoccupation constante des membres du conseil d'administration pour garantir à la population une gestion transparente, intègre et de confiance des fonds publics. *Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs* en édicte donc les principes éthiques et les obligations déontologiques. L'éthique 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 il doit faire face. La déontologie, quant à elle, fait référence davantage à l'ensemble des devoirs et des obligations d'un membre. 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.

TABLE DES MATIÈRES

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES 80

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE 82

Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS 85

Section 4 — APPLICATION 86

Annexe I – Engagement et affirmation du membre 90

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance 91

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre 92

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général 93

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts 95

Annexe VI – Signalement d'une situation de conflit d'intérêts 96

Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen 97

SECTION 1 — Dispositions générales

1 Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

a) aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;

b) traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;

c) régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres;

d) définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;

e) prévoit des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

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

2 Fondement légal

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

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

3 Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

COMITÉ D'EXAMEN *AD HOC* : Comité institué par le conseil d'administration pour traiter une situation potentielle de manquement ou d'omission ou encore pour résoudre un problème dont il a été saisi et proposer un règlement.

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

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

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

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

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

FAUTE GRAVE : Résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables au membre et qui constitue 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, susceptibles de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

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

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

4 Champ d'application

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

5 Disposition finale

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

6 Diffusion

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

SECTION 2 — Principes d'éthique et règles de déontologie

7 Principes d'éthique

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

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

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.
- Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.

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

8 Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

- Exercer ses responsabilités avec transparence, notamment

en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.

- Partager avec les membres du conseil d'administration toute information utile ou pertinente aux prises de décision.

8.5 Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.
- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

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

8.9 Biens et services de l'établissement

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

- Ne recevoir aucune rémunération autre que celle prévue par la loi pour l'exercice de ses fonctions. Toutefois, les membres du conseil d'administration ont droit au remboursement des dépenses effectuées dans l'exercice de leurs fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

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

SECTION 3 — Conflit d'intérêts

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

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

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

a) avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;

b) avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;

c) obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;

d) avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;

e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

12 Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales,

sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire *Déclaration des intérêts du membre* de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

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

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

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

SECTION 4 — Application

16 Adhésion au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent document ainsi que les lois applicables.

Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs* par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire *Engagement et affirmation du membre* de l'annexe I du présent document.

Tout nouveau membre doit aussi le faire dans les soixante jours (60) suivant son entrée en fonction. En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient au membre de consulter le comité de gouvernance et d'éthique.

17 Comité de gouvernance et d'éthique

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

a) élaborer un *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs* conformément à l'article 3.1.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif;

b) voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;

c) informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;

d) conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;

e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;

f) réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;

g) évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;

h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;

i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

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

18 Comité d'examen *ad hoc*

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

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

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

a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;

b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;

c) faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

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

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

19 Processus disciplinaire

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

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

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

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

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

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

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

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

a) un état des faits reprochés;

b) un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;

c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;

d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

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

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

19.11 Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions 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.

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

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

20 Notion d'indépendance

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

21 Obligations en fin de mandat

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

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

ANNEXE I
ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DU MEMBRE

Coordonnées du bureau d'élection

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

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

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

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

_____	_____	_____
Signature	Date (aaaa-mm-jj)	Lieu

_____	_____
Nom du commissaire à l'assermentation	Signature

ANNEXE II
AVIS DE BRIS DU STATUT D'INDÉPENDANCE

AVIS SIGNÉ

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

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____ _____

Signature Date [aaaa-mm-jj] Lieu

ANNEXE III
DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU MEMBRE

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

1. Intérêts pécuniaires

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

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

_____

_____

_____

2. Titre d'administrateur

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

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

_____

_____

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

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

_____	_____	_____
Signature	Date (aaaa-mm-jj)	Lieu

ANNEXE IV
DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

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

1. Intérêts pécuniaires

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

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

_____

_____

_____

2. Titre d'administrateur

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

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

_____

_____

_____

3. Emploi

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

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

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

_____ _____ _____

Signature Date [aaaa-mm-jj] Lieu

ANNEXE V
DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____ _____

Signature Date [aaaa-mm-jj] Lieu

ANNEXE VI
SIGNALEMENT D'UNE SITUATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

Je, soussigné, _____ [prénom et nom en lettres moulées], estime que le membre suivant : _____, est en situation de conflit d'intérêts apparente, réelle ou potentielle au regard des faits suivants :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

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

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

ANNEXE VII
AFFIRMATION DE DISCRÉTION DANS UNE ENQUÊTE D'EXAMEN

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

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

Garant des forêts intactes[MC]
BIO GAZ® ÉNERGIE
ECF

Imprimé sur du Rolland Enviro Print, contenant 100 % de fibres postconsommation et fabriqué à partir d'énergie biogaz.
Il est certifié FSC®, Procédé sans chlore, Garant des forêts intactes et ECOLOGO 2771.

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Saguenay–
Lac-Saint-Jean

Québec