

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

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2022
2023

ENSEMBLE
pour la **ViE**

Québec 

Coordination

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

Rédaction

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

ISBN 978-2-550-95272-5 (imprimé)
ISBN 978-2-550-95273-2 (PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du
Québec, 2023

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



MESSAGE

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

Une offre de soins et services en constante évolution afin de répondre aux besoins de la population

Fort des nombreux apprentissages découlant de la crise sanitaire qui tend à s'estomper, l'année 2022-2023 fut une année de reprise et de consolidation. Plus que jamais, l'établissement est engagé afin d'être en mesure de s'adapter et d'innover pour répondre aux besoins de la population desservie. C'est d'ailleurs dans cette optique que les équipes mènent des travaux visant à stabiliser et à améliorer l'offre de soins et services, tout au long de l'année, tout en engageant une transformation de l'organisation du travail pour prendre soin de l'ensemble de notre communauté interne.

Au fil du temps, la région de l'Estrie s'est démarquée par son approche en gouvernance de proximité basée sur sa politique en responsabilité populationnelle et développement des communautés. En effet, chacun des neuf réseaux locaux de services qui composent notre territoire dispose d'une équipe qui est en interface avec l'ensemble des partenaires. De plus, pour une première année, nous avons entamé une tournée d'assemblées citoyennes sur le territoire afin d'échanger avec la population en ce qui a trait aux soins et services offerts par l'établissement, mais également de discuter de la santé populationnelle et de ses déterminants.

Jour après jour, nous sommes témoins de l'engagement et des efforts déployés par l'ensemble des gestionnaires, des membres du personnel, des équipes médicales et de recherche, de la communauté étudiante et des bénévoles afin d'offrir à la clientèle des soins et services de qualité dans un environnement sécuritaire et nous en sommes profondément reconnaissants. Il en est de même pour le travail exemplaire de l'ensemble de nos fondations afin d'améliorer notre réseau, mais également de soutenir des projets de développement au-delà des murs de l'établissement.

En phase avec le Plan santé de M. Dubé et avec l'esprit du projet de loi n°15, c'est avec une profonde confiance que nous entamons la nouvelle année afin de poursuivre notre mission, et ce, en collaboration avec une solide équipe en place.

Bonne lecture!

Original signé par
M. Jacques Fortier
Président du conseil d'administration

Original signé par
Dr Stéphane Tremblay
Président-directeur général

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

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

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice financier 2022-2023 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke :

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

Je déclare donc qu'à ma connaissance, les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2023.

Original signé par
Dr Stéphane Tremblay
Président-directeur général





TABLE DES MATIÈRES

L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS.....	6
LE CIUSSS EN CHIFFRES	7
L'ÉTABLISSEMENT	8
LA MISSION UNIVERSITAIRE.....	10
LE RESEAU UNIVERSITAIRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (RUISSS) DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE.....	12
ORGANIGRAMME DE L'ORGANISATION AU 31 MARS 2023	13
LE CONSEIL D'ADMINISTRATION	14
COMITÉS, CONSEILS ET INSTANCES CONSULTATIVES.....	15
LES FAITS SAILLANTS	16
RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ.....	21
RÉSULTATS DES ATTENTES SPÉCIFIQUES	22
RÉSULTATS DES ENGAGEMENTS ANNUELS.....	30
ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ.....	45
L'AGRÉMENT	46
LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES.....	47
LE NOMBRE DE MISES SOUS GARDE SELON LA MISSION DE L'ÉTABLISSEMENT.....	58
L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS	59
L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION	60
APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	62
RÉSUMÉ DU RAPPORT PORTANT SUR L'APPLICATION DE LA POLITIQUE SUR LES SOINS DE FIN DE VIE.....	63
RESSOURCES HUMAINES.....	65
LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC ET PRIVÉ CONVENTIONNÉ	66
LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS.....	67
RESSOURCES FINANCIÈRES.....	68
RESSOURCES INFORMATIONNELLES.....	72
FAITS SAILLANTS DE LA CONTRIBUTION DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES À LA RÉALISATION DE SA MISSION	73
ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT	74
DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES.....	80
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES.....	82
NOMBRE D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR LE PSOC	83
ANNEXE	93



L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS

LE CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS C'EST...

LE PLUS COMPLET AU QUÉBEC, INCLUANT UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

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

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

507 208
PERSONNES HABITANT
sur le territoire desservi

9 réseaux
locaux de
services
(RLS)

DES
MILLIONS
D'ACTES
CLINIQUES
PAR ANNÉE

UNE DES PLUS IMPORTANTES FORCES DE RECHERCHE AU QUÉBEC HISSÉE AU 16^e RANG CANADIEN

Avec le Centre de recherche du CHUS (CRCHUS), le Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV), l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPSSS) et les activités de recherche menées à l'Hôpital de Granby par trois cliniciens de recherche (un neurologue et deux internistes)

Plus de
100
INSTALLATIONS

10 %
DE L'ACTIVITÉ
ÉCONOMIQUE
ESTRIENNE

20 748
MEMBRES DU
PERSONNEL et
GESTIONNAIRES

1 577
MÉDECINS,
PHARMACIENS et
PHARMACIENNES

496
CHERCHEURS et
CHERCHEUSES

13 430
STAGES
représentant
quelque
251 238 jours
de stages

725
BÉNÉVOLES

21
FONDACTIONS

DES CENTAINES DE PARTENAIRES

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

LE PLUS
GRAND
EMPLOYEUR
EN ESTRIE

1 084
LITS en centres
hospitaliers et en centres
de réadaptation incluant
les unités de réadaptation
fonctionnelle intensive (URFI)

2 340
LITS en centres
d'hébergement et de soins
de longue durée (CHSLD),
en maisons des aînés et
en maisons alternatives
(clientèle adulte)



L'ÉTABLISSEMENT

NOTRE MISSION

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

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

NOTRE VISION

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

NOTRE STRATÉGIE, NOTRE FAÇON DE FAIRE

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

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

NOS VALEURS :

HUMANISME, ENGAGEMENT, ADAPTABILITÉ

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

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

Dans la dernière année, des travaux visant à actualiser les valeurs qui guident notre organisation depuis 2015 ont été entamés. Le nouvel énoncé ainsi que les nouvelles valeurs seront déployés au courant de la prochaine année.

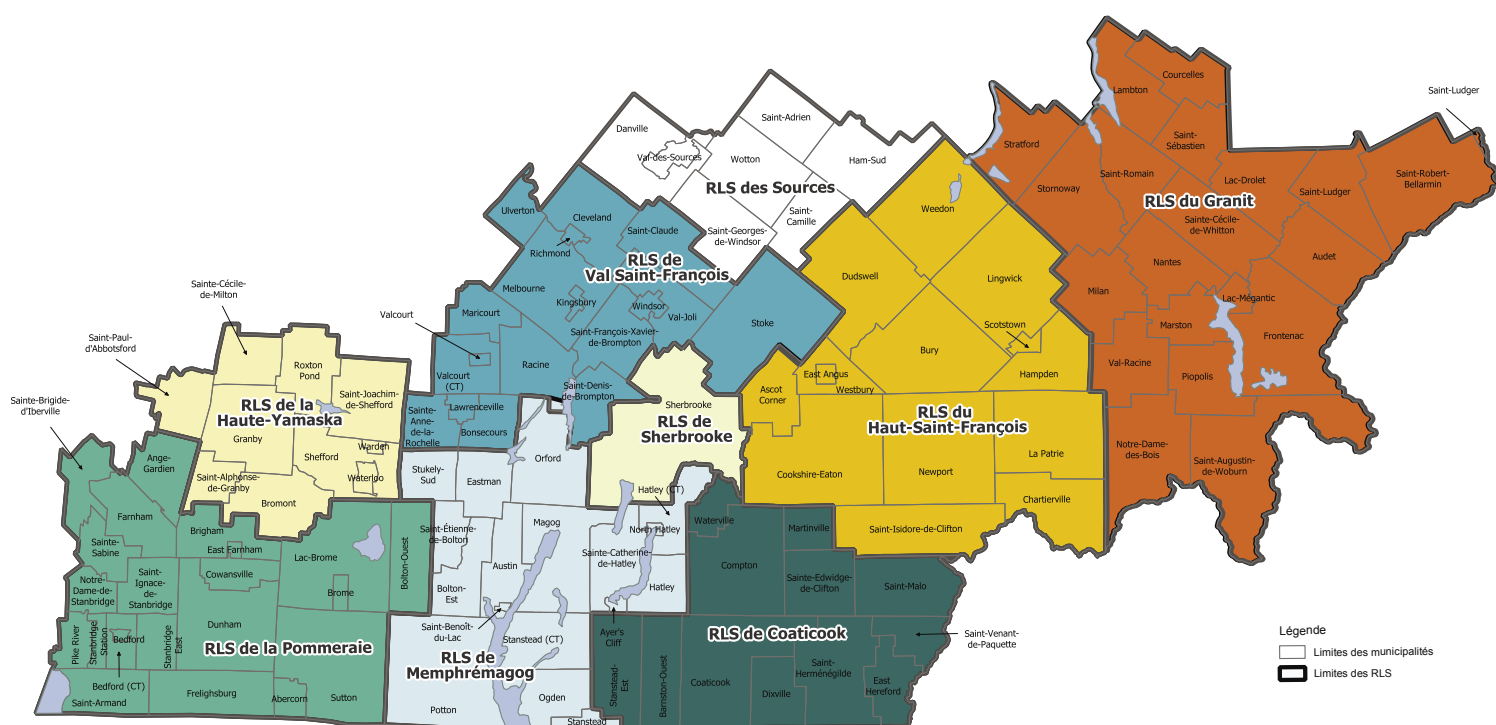
NOTRE PRINCIPE D'ACTION

LA COHÉRENCE

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

TERRITOIRE DU CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS

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





LA MISSION UNIVERSITAIRE

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS est le seul CIUSSS à intégrer la mission d'un centre hospitalier universitaire. Il compte une unité de recherche à l'Hôpital de Granby et trois infrastructures reconnues par les Fonds de recherche du Québec (FRQS), soit le Centre de recherche du CHUS (CRCHUS), le Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV), et l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS), qui fait également l'objet d'une désignation ministérielle. On attribue à la mission universitaire un rôle clé pour l'amélioration de la performance globale de l'établissement, ainsi que des soins et services. Ce rôle s'actualise par l'intégration de tous les volets de la mission universitaire (enseignement, recherche, transfert des connaissances, évaluation des technologies et des modes d'intervention, pratiques de pointe et rayonnement) auxquels s'ajoute la télésanté, et ce, tant sur le plan des activités cliniques qu'administratives. Cette contribution repose sur de solides collaborations avec de nombreux partenaires, dont l'Université de Sherbrooke.

QUELQUES ÉVÉNEMENTS MARQUANTS



Cette année encore, la recherche a poursuivi son essor et sa structuration. À titre d'exemples :

- La progression de l'établissement au 16^e rang parmi les hôpitaux de recherche au Canada;
- La mise en place d'un bureau de l'innovation grâce à un financement de Medteq+;
- L'adoption d'une politique sur les privilèges et statuts des chercheurs et des chercheuses;
- La coprésidence bonifiée du Comité d'évaluation scientifique pour mieux répondre à la diversité des projets et réduire les délais d'évaluation;
- La nomination du groupe des Jeunes pisteurs du Comité stratégique patient-partenaire du CRCHUS parmi les 10 personnalités 2022 de Radio-Canada;
- L'obtention par le CRCHUS d'un financement de 800 000 \$ sur quatre ans du Fonds de recherche du Québec - Santé, visant la professionnalisation de la communauté étudiante en recherche;
- La tenue d'activités participatives par le Laboratoire communauté des savoirs de l'IUPLSSS, regroupant des personnes de la population, des équipes de recherche, des gestionnaires, des intervenants et intervenantes d'une diversité de milieux, pour l'émergence de projets de recherche intersectorielle et de transformation sociale;
- Le développement de projets dans trois axes d'intervention : la maltraitance, la prévention du déconditionnement et l'utilisation des technologies en soutien aux soins, issues de la collaboration entre le CdRV et la Direction de l'hébergement et des soins de longue durée (DHSLD);
- Le financement, au CdRV, de trois projets structurants : une plateforme de soutien à la recherche clinique, une plateforme de communication ouverte et sécurisée pour les applications en santé numérique et une unité d'évaluation mobile pour rejoindre les participants de recherche sur le territoire.

L'équipe de télésanté, dans la poursuite de sa mission d'accompagnement des équipes cliniques, a implanté un cycle de gestion au sein de 12 directions permettant l'identification de 42 cibles de développement pour mieux répondre aux besoins des personnes usagères et de la population de l'Estrie.

L'unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (UETMISSS) a publié divers rapports, dont « La simulation comme modalité pour soutenir le développement des ressources humaines du CIUSSS de l'Estrie – CHUS » et « Diversité de genre | Changement de culture organisationnelle pour un CIUSSS de l'Estrie – CHUS inclusif (volet 1) », en plus de contribuer à la première journée nationale en transfert de connaissances en évaluation des technologies et des modes d'intervention en services sociaux et santé mentale.

En transfert de connaissances, on dénombre 21 démarches de soutien, dont l'identification des meilleures pratiques pour favoriser la rétention du personnel, la révision de l'offre de service des infirmiers et infirmières en oncopédiatrie et la révision du processus d'évaluation en troubles du spectre de l'autisme.

Grâce au déploiement de ressources électroniques à la bibliothèque du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, la communauté interne a pu consulter plus de 7 500 documents électroniques (articles, thèses, etc.) et réaliser plus de 38 000 recherches dans des banques de données bibliographiques.

Enfin, c'est 13 430 stages dans 99 disciplines qui ont été réalisés dans notre organisation. De plus, 413 personnes ont pu bénéficier d'une offre de passerelle stage-emploi.



LE RÉSEAU UNIVERSITAIRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (RUISSS) DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Le RUISSS de l'Université de Sherbrooke déploie ses missions d'enseignement et de recherche à travers l'Estrie, la Montérégie, le Centre-du-Québec, et ce, jusqu'au Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Au cours de l'année 2022-2023, les membres ont œuvré à maintenir l'offre de formation universitaire afin d'assurer la diplomation de la communauté étudiante et de prioriser certains dossiers dont le projet majeur réalisé en partenariat avec l'Unité de soutien aux systèmes apprenant. Ce projet nous permettra d'offrir de meilleurs soins à la population au prise avec une problématique de santé mentale en nous assurant que les professionnels du réseau impliqués puissent bénéficier de soutien en maintien, en développement de connaissances et de compétences.





LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

COMPOSITION AU 31 MARS 2023

Jacques Fortier
Président

Diane Gingras
Vice-présidente

Gérald R. Cutting
Membre indépendant

André Forest
Membre indépendant

Rachel Hunting
Membre indépendant

Michel Kinumbe Elungu
Membre indépendant

Isabelle Boucher
Membre indépendant

Denis Roussel
Membre indépendant

Serge Therrien
Membre indépendant

Vacant
Membre indépendant

Renée Létourneau
Membre désigné Conseil des
infirmières et infirmiers

Patrice Lamarre
Membre désigné Comité régional
sur les services pharmaceutiques

Michel Lafrance
Membre désigné Comité des
usagers du centre intégré

Audrey Roussel
Membre désigné Conseil
multidisciplinaire

Simon Bérubé
Membre désigné Conseil
des médecins, dentistes et
pharmaciens

Raymonde Vaillancourt
Membre désigné Département
régional de médecine générale

Jocelyne Faucher
Membre nommé Université

Jean Roy
Membre nommé Université

Patrick Boucher
Membre désigné Fondations

Stéphane Tremblay
PDG - Membre d'office

LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE À L'INTENTION DES ADMINISTRATEURS

Pour prendre connaissance du Code d'éthique et de déontologie à l'intention des administrateurs, bien vouloir consulter l'annexe 1 qui se trouve à la fin du présent rapport. À noter que pour l'année de référence 2022-2023, aucun cas disciplinaire ou manquement n'a été constaté par les instances.

COMITÉS, CONSEILS ET INSTANCES CONSULTATIVES



COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

- Comité de gouvernance et d'éthique;
- Comité de vigilance et de la qualité;
- Comité de vérification et de suivis budgétaires;
- Comité des ressources humaines et des communications;
- Comité sur la mission universitaire;
- Comité de gestion des risques;
- Comité de révision;
- Comité des mesures disciplinaires.

CONSEILS PROFESSIONNELS

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

INSTANCES CONSULTATIVES

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



LES FAITS SAILLANTS

LA PANDÉMIE DE COVID-19



Prévention et contrôle des infections

Dans la dernière année, bien que la circulation de la COVID-19 fût toujours bien présente dans la communauté estrienne et dans nos installations, une certaine accalmie de l'effervescence entourant les mesures sanitaires et de prévention et contrôle des infections a été notée. Cette dernière a permis de consolider les actions de rétablissement de cette crise sanitaire sans précédent. Bien que nous ne parlons plus de vagues de COVID-19, la circulation active du virus est venue accentuer les défis de ressources humaines de notre réseau par un certain nombre, quoique progressivement en diminution, d'absences du personnel de la santé pour des raisons d'infection à la maladie.

Quoi qu'il en soit, cette pandémie nous a permis de constater à quel point l'effort collectif en regard du respect des pratiques de base telles que l'hygiène des mains, la distanciation sociale, le port du masque en présence de symptômes respiratoires, gastro-intestinaux ou autres porte fruit. En effet, dès l'assouplissement des mesures sanitaires et de prévention et contrôle des infections et, par conséquent, d'un désintéressement aux pratiques de base, force est de constater que la circulation des autres virus et bactéries, qui était pratiquement nulle en plein cœur de la pandémie, a repris du galon. Des efforts de sensibilisation aux bienfaits des pratiques de base tant au niveau de la communauté interne qu'externe, dans un contexte de prévention de la transmission d'infections, devront faire l'objet d'une attention particulière dans les prochaines années.

Offre de service en centre de vaccination

Au cours de l'année 2022-2023, les centres de vaccination contre la COVID-19 ont maintenu l'offre de service afin d'offrir en continu une vaccination et, ainsi, protéger la population. Au cours de la campagne automnale de vaccination contre la COVID-19, c'est plus de 150 000 personnes vulnérables qui sont venues chercher une dose additionnelle ou compléter leur vaccination de base. En Estrie, c'est donc 60 % de la population vulnérable qui a reçu une dose additionnelle depuis le 15 août 2022.

À l'instar des deux dernières années, les équipes de vaccination COVID-19 ont été mises à contribution pour la campagne de vaccination de masse contre l'influenza. Ainsi, 76 413 vaccins ont été administrés, ce qui représente une augmentation de plus de 25 % par rapport à l'année précédente. L'ensemble des directions cliniques et de soutien ont travaillé de concert afin de contribuer à ce succès. La co-administration, en centre de vaccination, de la dose additionnelle de COVID-19 et de l'influenza a aussi contribué à ce succès.

Offre de service en centre désigné de dépistage

Dans la dernière année, l'offre de dépistage avec rendez-vous dans les centres de dépistage COVID-19 a été adaptée selon la modulation de l'accessibilité des clientèles prioritaires. De plus, à l'automne 2022, le dépistage de la COVID-19 et de l'influenza auprès de la clientèle autorisée a été déployé dans nos centres désignés. Le personnel a continué d'offrir des services pour les personnes priorisées, dont les travailleurs et les travailleuses de la santé, certaines clientèles recevant des soins et services dans les CIUSSS ainsi que certaines personnes prioritaires telles que les 70 ans et plus, les personnes immunosupprimées ou envisageant un traitement curatif contre la COVID-19.

L'implantation de Clic Santé au niveau provincial a permis d'harmoniser la prise de rendez-vous de la population et le suivi de l'état des plages horaires. L'offre de service des tests à résultats rapides s'est poursuivie dans les centres de dépistage de Sherbrooke et Granby permettant ainsi d'optimiser le retour au travail des personnes symptomatiques.

Offre de service des équipes mobiles de vaccination et de dépistage

La population habitant en résidence privée pour personnes âgées (RPA) et en ressources intermédiaires (RI) a bénéficié de la vaccination de proximité. En effet, les équipes mobiles se sont rendues sur place afin de les vacciner ainsi que le personnel. Les communications avec les gestionnaires des RPA-RI ont été facilitées par la collaboration de la Direction du soutien à domicile et des services spécialisés en gériatrie, en déficience et en trouble du spectre de l'autisme et de la Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat.

Les équipes mobiles ont réalisé plus de 250 dépistages massifs dans les différents milieux de vie suivant les références des directions cliniques. De plus, 766 personnes avec des besoins particuliers ont été visitées à leur domicile par les équipes mobiles pour un dépistage de la COVID-19.

Découlant d'une directive du ministère de la Santé et des Services sociaux, les équipes mobiles ont mis en place une offre de service de vaccination en centre hospitalier. Ceci a permis de rejoindre les travailleurs et les travailleuses de la santé selon leurs horaires de travail et ainsi faciliter l'accès à la vaccination. Ce sont donc 63 cliniques de vaccination qui ont eu lieu en milieu hospitalier au cours de la dernière année, ce qui aura permis d'administrer 718 vaccins COVID-19 ainsi que 829 vaccins d'influenza auprès du personnel et de la clientèle des milieux hospitaliers.

Durant la période estivale, grâce au soutien de diverses fondations, les équipes mobiles ont pu se rapprocher de la population en utilisant un autobus bien équipé pour les activités de dépistage et de vaccination. Fiers des réalisations de nos équipes mobiles, nous avons pu offrir des services de proximité en période de crise. Cette initiative a permis de remporter le prix d'Excellence du CIUSSS de l'Estrie – CHUS « Impact sur la santé des communautés ».

Le maintien de la vaccination et du dépistage est crucial pour la santé de notre communauté. Grâce en grande partie au personnel retraité réembauché dans le contexte de la pandémie, cette offre de service agile a pu se réaliser dans la dernière année. Ainsi, le ministère souhaitera maintenir des équipes mobilisées afin de pouvoir répondre à ce besoin constant et d'assurer l'accessibilité des soins et services à la population.



LE FOCUS ORGANISATIONNEL

Le plan triennuel 2020-2023 arrivant à échéance, des travaux d'envergure ont été réalisés afin de proposer une nouvelle stratégie qui guidera notre organisation jusqu'en 2027. Cette démarche a permis de porter un regard sur tout le chemin parcouru depuis les dernières années, d'aligner notre vision et nos orientations stratégiques et de définir les objectifs qui nous permettront d'atteindre, tous ensemble, la destination souhaitée.

Comme pour chacune des démarches stratégiques ayant guidé l'établissement jusqu'à maintenant, ce nouveau plan dirigera les efforts vers un but et des objectifs communs. Il servira de référence pour l'ensemble des directions lorsqu'il s'agit de prioriser ou d'appuyer des décisions et de faire des choix.

Le bien-être des jeunes et leur famille, toujours une priorité

Le déploiement du Plan d'action pour les jeunes et leur famille (PAJEF) s'est poursuivi dans la dernière année, et ce, toujours en collaboration avec nos nombreux partenaires internes et externes issus de différents milieux (scolaire, petite enfance, communautaire, policier et autres). En plus de l'intersectorialité, d'autres principes viennent encadrer le Plan : s'ajuster aux besoins de chaque réseau local de services, tenir compte des diversités culturelles et linguistiques et inclure la famille comme partenaire dans le sain développement de l'enfant. C'est en travaillant ensemble que nous pourrions mieux accompagner et protéger les enfants et leur famille.

Pour constater l'état d'avancement du Plan d'action pour les jeunes et leur famille, prendre connaissance de l'ensemble des services offerts aux familles et leurs modalités d'accès, nous vous invitons à consulter régulièrement le site santeestrie.qc.ca/ciuss/projets-majeurs/tous-concernes.

L'agrément

Du 5 au 10 février 2023, l'établissement a reçu la visite d'Agrément Canada. L'agrément, obligatoire selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux, porte sur l'amélioration de la qualité au quotidien et implique tous les membres de notre communauté. Ces visites permettent d'alimenter notre démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services.

Lors de cette semaine, les responsables d'Agrément Canada ont rencontré les équipes de deux programmes-services, soit Soutien à l'autonomie des personnes âgées et Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique. Ainsi, ce sont plus de 38 installations qui ont été visitées où plus de 1 018 éléments ont été évalués. Tout au long des visites, les membres ont observé et échangé avec le personnel et les médecins dans leur milieu de travail ainsi qu'avec la clientèle et leurs proches. L'engagement et les efforts quotidiens des membres du personnel, médecins, bénévoles, gestionnaires, ainsi que la clientèle ont permis d'atteindre un taux de conformité global de 94,7 %. Nous poursuivrons donc nos efforts en lien avec les prochains défis à relever pour continuer d'évoluer et de vivre une culture d'amélioration continue au sein des équipes.

Une structure organisationnelle bonifiée

Avec toujours comme objectif de mieux répondre aux besoins de la clientèle, leurs proches et la population, des modifications ont été apportées au plan d'organisation. En effet, suivant l'autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux et du conseil d'administration de l'établissement, nous avons procédé à la création de la Direction adjointe des affaires publiques (DAAP). Ainsi, en complémentarité à notre Service des communications dont les responsabilités s'articulent principalement autour des communications internes, des médias et de l'événementiel, cette nouvelle direction adjointe permettra à l'établissement d'exploiter pleinement le volet des relations publiques.

Une autre modification a également été faite en ce qui a trait à la Direction des soins infirmiers. Cette dernière a été scindée en deux afin de créer la Direction de la fluidité des unités hospitalières. Nous pourrions ainsi axer nos efforts à la fois sur la qualité et le développement des pratiques en soins infirmiers et sur l'amélioration de l'expérience usager en termes d'accessibilité et d'utilisation adéquate des lits d'hospitalisation.

La santé globale des ressources humaines

La santé psychologique du personnel, un incontournable

Toujours dans un souci de prendre soin du personnel, le service de santé - bien-être de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) a lancé un grand sondage, au printemps 2022, sur l'expérience employé afin de connaître le niveau de satisfaction au sein de l'organisation. L'analyse des résultats a permis de dégager un portrait plus concret du vécu du personnel, de mieux comprendre et agir pour contribuer à leur bien-être, leur rétention et finalement, d'évaluer les impacts des actions mises en place sur leur vécu. Ce sondage annuel vise à faire un pas important dans le déploiement du soutien au personnel et de favoriser leur santé globale.

À la multitude d'options offertes au personnel – Programme d'aide aux employés, communauté des veilleurs (collègues formés en premiers secours psychologiques) et ligne téléphonique de méditation –, s'est ajoutée une panoplie d'activités pour bouger, méditer, relaxer et une multitude de possibilités d'accéder à des contenus d'experts en santé et bien-être, le tout offert gratuitement sur des plateformes numériques!

Le recrutement

Tout au long de l'année, l'établissement n'a pas ménagé les efforts d'accueil du nouveau personnel dans tous les secteurs d'activités afin de contrer la pénurie de main-d'œuvre. En plus de l'embauche en continu et des événements de recrutement éclair dans chacun des réseaux locaux de services (RLS), les stratégies nationales ont également contribué à l'arrivée de nouvelles recrues, que ce soit avec la formation accélérée pour devenir infirmier ou infirmière auxiliaire en 14 mois ou encore celles pour devenir préposé(e) aux bénéficiaires. Toute stratégie confondue, un total de 3 063 personnes ont fait leur arrivée dans la grande famille du CIUSSS de l'Estrie – CHUS en ce qui a trait à la dernière année de référence.



Le guichet d'accès à la première ligne (GAP)

Depuis juin 2022, les personnes sans médecin de famille ont désormais la possibilité de consulter un professionnel de la santé pour une problématique de santé active en composant le 811, option 3. Dépendamment de l'évaluation du besoin qui sera réalisée, une proposition de service sera offerte et celle-ci pourra être donnée par une infirmière, un travailleur social, un pharmacien, un médecin de famille ou un autre professionnel de la santé.

Fruit d'une mobilisation remarquable des équipes, des médecins et des partenaires, la mise en place de ce service permet d'offrir un meilleur accès à la première ligne.

L'équité, la diversité et l'inclusion

En juin 2022, le conseil d'administration a adopté une politique afin de tendre vers une organisation plus accueillante, inclusive et équitable, où chaque personne est valorisée pour son caractère unique, et ce, qu'elle fasse partie de la communauté interne de l'établissement ou de la population.

Pour ce faire, une vaste démarche de consultation a été réalisée auprès de la clientèle, des conseils professionnels, des organismes communautaires, du personnel et bien d'autres. Afin de poursuivre dans cette veine, l'écriture inclusive sera implantée graduellement dans les prochains mois dans les différents outils de communications et une formation en ce sens sera rendue disponible à l'ensemble de la communauté interne afin de bien outiller le personnel.

La modernisation des installations et des systèmes

Afin de répondre aux besoins de la clientèle et du personnel de l'établissement, la modernisation des installations et des systèmes est toujours une priorité :

MAISONS DES AINÉS ET ALTERNATIVES

À terme, cinq maisons des aînés et alternatives seront en fonction sur le territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Celle de Sherbrooke, qui fut la première à ouvrir ses portes au Québec, accueille la clientèle depuis novembre dernier. En ce qui a trait à celles de Magog, Granby, Coaticook et Lac-Mégantic, les travaux ont cours. Pour suivre l'avancement des projets et connaître les dates d'ouverture de ces nouveaux milieux de vie, n'hésitez pas à consulter régulièrement le site santeestrie.qc.ca/ciuss/projets-majeurs/maisons-des-aines-et-alternatives.

CENTRE MÈRE-ENFANT ET LA NOUVELLE URGENCE DE L'INSTALLATION DE L'HÔPITAL FLEURIMONT

La cadence des travaux s'étant poursuivie dans la dernière année, le nouveau bâtiment, qui portera le nom de Pavillon Enfant Soleil, devrait ouvrir ses portes au courant de l'année 2024. Outre l'amélioration de l'accès à l'urgence du CHUS – Hôpital Fleurimont, ce nouvel environnement permettra d'offrir des services améliorés en pédopsychiatrie, en pédiatrie, en maternité ainsi qu'en néonatalogie.

IMPLANTATION D'UN NOUVEAU SYSTÈME DE LABORATOIRE PROVINCIAL

Différentes étapes ont été franchies dans la dernière année au sein de l'établissement afin d'implanter le nouveau système de laboratoire. Visant à offrir l'accès à des résultats plus rapides pour la clientèle, la mise en place de ce système permettra une meilleure transmission et qualité de l'information, tout en maximisant l'utilisation de notre personnel. Le déploiement se poursuivra de façon graduelle et vise, à terme, une portée provinciale.

**RÉSULTATS AU REGARD
DE L'ENTENTE DE GESTION
ET D'IMPUTABILITÉ**

RÉSULTATS DES ATTENTES SPÉCIFIQUES

Nº	ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION
1.1	Adapter les processus de collecte de données sur les décès	Le remplacement d'un processus vieux d'une certaine d'années représente un des ajustements dans les processus actuellement en place. En effet, le déstagement du format papier du bulletin de décès et de sa transmission par courrier postal au profit de l'utilisation d'un formulaire informatisé et de sa transmission électronique requerra certains ajustements à l'organisation du travail dans le réseau sociosanitaire et hors réseau. Dans ce contexte, des mesures de gestion du changement doivent être prévues. Il est attendu que les CISSS et les CIUSSS de même que les CHU et les IU se préparent à accueillir cette nouvelle solution afin qu'elle soit adoptée par les intervenants concernés. Ces derniers doivent bénéficier du soutien nécessaire pour maîtriser et utiliser la version électronique du SP-3 et délaisser la version papier.	R
1.2	Promouvoir l'inscription à l'avis de grossesse informatisé	Les établissements devront participer à l'effort provincial d'implanter l'avis de grossesse dans chaque région du Québec. Des intervenants avis de grossesse ont été embauchés dans chaque CISSS et CIUSSS. Ces derniers doivent réaliser des tâches liées à l'avis de grossesse (ex. : recevoir et traiter les formulaires avis de grossesse, référer les femmes enceintes vers les services appropriés), de façon à répondre aux besoins de la clientèle cible. Les CISSS et les CIUSSS devront également faire la promotion de l'avis de grossesse au sein de leur RTS. Des outils de communication ont été développés par le MSSS, tels que des affiches imprimables, des feuillets d'information à la population, des vidéos, etc. Les CISSS et les CIUSSS devront utiliser ces outils pour faire la promotion de l'avis de grossesse sur leur territoire, notamment en faisant des liens avec les organismes communautaires, les pharmacies communautaires, les villes, etc.	R

Nº	ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION
1.3	Augmenter la couverture vaccinale des programmes offerts en milieu scolaire (primaire, secondaire)	Il est attendu, en vertu et conformément aux responsabilités territoriales et populationnelles qui leur sont confiées, que les CISSS et CIUSSS, avec le soutien des DSPublique, assurent la mise en œuvre des programmes de vaccination dans les milieux scolaires (primaire et secondaire) de leur territoire, incluant le rattrapage de la vaccination des cohortes d'élèves non vaccinés depuis 2019-2020. Les programmes de vaccination en milieu scolaire comprennent la vaccination contre les hépatites A et B et contre les VPH en 4^e année du primaire et celle contre le méningocoque de sérotype C, contre la diphtérie et le tétanos, contre l'hépatite B et contre les VPH en secondaire 3. Une priorité devrait être portée à la vaccination réalisée au secondaire (3^e, 4^e, 5^e) afin de procéder au rattrapage avant que les enfants ne quittent le milieu scolaire. Les CISSS et CIUSSS doivent s'assurer de la disponibilité de la main d'œuvre, formée et qualifiée pour réaliser cette vaccination.	R
1.4	Consolider les effectifs au sein des directions de santé publique et les services de santé publique à mettre en œuvre pour faire face à la pandémie de la COVID-19	Dans le cadre de ce financement, les CISSS et CIUSSS doivent consolider l'embauche des effectifs des directions de santé publique afin d'assurer le déploiement d'interventions liées à la pandémie de la COVID-19. Les établissements auront à assurer un suivi auprès du MSSS sur les ressources humaines et les dépenses. Cette allocation représente une priorité du ministre qui se traduit par un investissement annuel de 76 M\$ annoncé dans le budget 2021-2022.	R
2.1	Implanter des sites Aire ouverte offrant des services adaptés à la réalité des jeunes de 12 à 25 ans	Les établissements devront démontrer leur niveau d'avancement, par rapport à l'année précédente, quant au déploiement de leur site Aire ouverte, de l'embauche de leur équipe dédiée et l'adaptation de leur offre de services afin qu'elle soit ajustée à la réalité des jeunes de 12 à 25 ans.	R

Nº	ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION
2.2	Implanter le Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM) dans l'ensemble de la trajectoire de services en santé mentale adulte et jeunesse	Afin d'être conforme à l'attente, 27 établissements effectuent actuellement des travaux concernant l'amélioration des services de santé mentale au Québec, par la révision de leur processus en regard de l'accessibilité des services en santé mentale, via leurs mécanismes d'accès. Ces mêmes établissements déploient également les étapes 1 et 2 du modèle de soins par étapes du PQPTM. Par le biais d'une reddition de comptes à transmettre au MSSS, les établissements devront démontrer leur niveau d'avancement quant aux résultats de la révision de leur processus, du nombre d'utilisateurs en attente et des délais d'attente, au déploiement du PQPTM et à l'adaptation de leur offre de services afin qu'elle soit ajustée aux étapes 1 et 2 du modèle de soins par étapes.	R
2.3	Soutenir le réseau d'éclaireurs et d'équipes relais en santé psychosociale et mentale	Les établissements devront faire état du déploiement du réseau d'éclaireurs.	R
2.4	Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité	Les établissements visés devront rédiger un plan d'amélioration des services de proximité présentant les actions prioritaires visant à améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité. Le plan d'amélioration des services de proximité devra prendre en compte le principe directeur, l'approche et les orientations du cadre de référence : Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité.	Cette attente a été retirée par le MSSS
2.5	Améliorer l'accès aux services spécifiques et spécialisés en santé mentale	Afin d'être conforme à l'attente, 27 établissements effectuent actuellement des travaux concernant l'amélioration des services de santé mentale au Québec, par la révision de leur processus en regard de l'accessibilité des services en santé mentale et ce, afin d'être en conformité avec le cadre de référence sur les mécanismes d'accès, dont le guichet d'accès en santé mentale fait partie intégrante. Par le biais d'une reddition de comptes à transmettre au MSSS, les établissements devront démontrer leur niveau d'avancement quant aux résultats de la révision de leur processus et de l'implantation de la gouvernance des mécanismes d'accès en santé mentale (MASM) et des grandes fonctions des guichets.	R

N°	ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION
3.1	Soutenir la fluidité pour la sortie des usagers en niveau de soins alternatif (NSA) dans les centres hospitaliers du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)	Il est requis d'optimiser et de diminuer les délais dans les processus pour augmenter la fluidité de la trajectoire de sortie des usagers. Les établissements fusionnés et non fusionnés ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent prendre les actions pour s'assurer de mettre en place les meilleures pratiques cliniques (la mise en place de la planification précoce et conjointe des congés (PPCC), la diminution de la relocalisation et de l'accès à l'hébergement à partir du CH, l'intensification de l'AAPA et des pratiques pour éviter le déconditionnement et les actions structurantes pour : - Assurer une capacité hospitalière adéquate afin de répondre aux besoins d'accès notamment à la chirurgie; - Maintenir un niveau acceptable d'usagers ayant un statut NSA tout en prenant en compte leurs délais d'attente par variable du RQSUCH; - Soutenir la fluidité dans les urgences (DMS) en contribuant à diminuer la durée de séjour des usagers sur civières par un accès plus rapide aux lits des CH lorsque requis et également diminuer le nombre de personnes ne requérant pas d'hospitalisation, mais en attente sur une civière pour une relocalisation dans la communauté à partir de l'urgence. Les résultats attendus sont : - Une diminution du nombre d'usagers NSA hors délais dans les CH selon les délais prescrits et en vigueur : - Ceci se traduit par l'atteinte d'une proportion située en deçà de 40 % de NSA hors délai/NSA totaux (variable 16) par établissement de provenance (responsabilité populationnelle) et en deçà de 30 % d'utilisateur hors délai en variable 8 évaluations-orientations. - Une diminution du nombre d'usagers hospitalisés qui occupent un lit, mais qui ne nécessitent pas le niveau de services dispensés dans l'unité de soins où ils se trouvent, faute de capacité pour les relocaliser dans la communauté pour bien répondre aux besoins de l'utilisateur : - Le nombre d'usagers NSA par installation doit se situer en dessous d'une proportion de 8 % par rapport aux lits disponibles.	R

Nº	ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION
3.2	Adopter, déployer et mettre à jour la Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, et veiller à la planification et au déploiement des formations en matière de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées	Les établissements doivent rendre accessible leur politique de lutte contre la maltraitance sur leur site Internet et désigner un responsable de sa mise en œuvre. Les établissements doivent, d'ici le 31 mars 2023, déployer les formations en maltraitance selon ces cibles : 1. un minimum de 85 % des employés en contact direct avec les personnes aînées, en particulier ceux de la Direction du programme SAPA volet soutien à domicile et hébergement et de l'accueil psychosocial et un minimum de 30 % des cadres intermédiaires, en particulier ceux de la Direction du programme SAPA, volet soutien à domicile et hébergement et de l'accueil psychosocial suivront les formations Introduction à la lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées et Identification et signalement d'une situation de maltraitance envers une personne aînée; 2. un minimum de 50 % des travailleurs psychosociaux œuvrant auprès des personnes aînées, en particulier ceux de la direction du programme SAPA, de l'accueil psychosocial et de la Direction des services multidisciplinaires suivront la formation Intervention psychosociale à la lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées; 3. un minimum de 30 % des superviseurs cliniques qui relèvent de la Direction SAPA, de l'accueil psychosocial ainsi que de la Direction des services multidisciplinaires suivront la formation Supervision et soutien clinique dans la gestion des situations de maltraitance.	R
3.3	Implanter et suivre la phase trois des travaux ministériels sur les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM)	Conscient de l'importance de soutenir l'organisation des services pour les personnes vivant avec un TNCM et leurs proches, le MSSS veut poursuivre son accompagnement du réseau pour la consolidation d'une offre de service flexible qui s'adapte aux besoins particuliers de ces usagers. Cela se fait avec un souci d'efficacité, de qualité et d'intégration de la trajectoire particulière à ces usagers au sein du continuum de services pour les aînés. Le déploiement proposé s'appuie sur les apprentissages des deux premières phases. Sa réussite requiert de consolider les acquis à partir des GMF et des services de proximité. Elle nécessite également une démarche formalisée qui se traduit dans les lignes d'un plan d'action biennal. Pour y parvenir, le MSSS propose une série de moyens facilitateurs, dont le Processus clinique interdisciplinaire, des conditions gagnantes et des outils d'aide à la pratique. Ils s'inscrivent dans une approche privilégiée de soutien aux établissements sur la base des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles.	R

Nº	ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION
3.4	Accroître les services offerts aux proches aidants (10 M\$) et implanter une coordination en proche aide (3 M\$)	Une reddition de comptes sera à compléter pour les types de services octroyés, les centres d'activités, les programmes services visés et les sommes investies et lors de la titularisation du poste de coordonnateur à la proche aide en y spécifiant notamment le type de professionnel embauché et la direction d'attache.	R
3.5	Consolider l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier	Les établissements doivent : • Avoir les structures et les processus en place pour permettre l'application des interventions ayant le plus d'impact clinique positif pour les aînés; • Offrir la formation du MSSS dédiée au personnel de soutien et aux bénévoles hors unité de soins et en unité de soins; • Encourager la contribution des personnes proches aidantes dans l'application d'interventions préventives, en fonction de leurs volontés et leur capacité d'engagement; • Réaliser des audits de pratique périodiques dans les urgences et les unités d'hospitalisation afin de vérifier l'application des interventions préventives en lien avec l'autonomie et la mobilité, la nutrition et l'hydratation ainsi que l'état mental, cognitif, comportemental et psychologique.	R
4.1	Contribuer au déploiement provincial de la télésanté	Les établissements devront démontrer leur contribution au déploiement de la télésanté au Québec en s'assurant que le comité tactique local réalise son mandat, que des actions soient réalisées dans le cadre du plan d'action en télésanté 2019-2023, et que le répertoire des services cliniques en télésanté soit à jour.	R

Nº	ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION
5.1	Mettre en place les mesures visant le renforcement et la coordination des services de proximité pour les jeunes en difficulté et leur famille afin de répondre aux besoins de ces derniers, en temps opportun	Il est attendu que les établissements poursuivent la mise en œuvre des actions afin que les jeunes en difficulté et leur famille puissent avoir accès à des services de qualité en matière de prévention et d'intervention de proximité, et ce, en temps opportun. Ces services devront être rendus de manière à assurer la fluidité des collaborations avec les services de la protection de la jeunesse, le cas échéant, et être basés sur les meilleures pratiques en leurs matières. Nous estimons que la réalisation de ces actions contribuera à ce que l'application de la LPJ conserve son caractère d'exception. Trois actions sont attendus dans le cadre de l'EGL : • Documenter les effets observés en vue d'assurer la continuité d'un suivi conjoint à tous les enfants qui reçoivent des services de première ligne et qui sont évalués par la DPJ afin de favoriser une transition à la suite de l'intervention de la DPJ. Lors d'un signalement, lorsqu'un enfant ou ses parents reçoivent des services en première ligne, poursuivre ces interventions jusqu'au terme de l'évaluation du signalement; • Assurer une réponse dans un délai maximal de 30 jours aux enfants et/ou parents référés par un DPJ vers les services de proximité; • Mettre en place des stratégies en vue d'assurer une trajectoire de services plus fluide entre le milieu scolaire et les services de proximité.	R
6.1	Alléger et accélérer les processus d'autorisation pour les projets de recherche	L'établissement doit élaborer et implanter un plan d'action visant à optimiser le processus d'autorisation des activités de recherche. Celui-ci doit prévoir une révision du processus basée sur les recommandations identifiées dans le cadre du projet SQSV-TNDR en favorisant la collaboration de toutes les directions impliquées. De plus, il doit assurer un partage et un arrimage des pratiques avec les autres établissements du RSSS et tenir compte des recommandations à venir du MSSS qui pourrait soutenir la démarche. En outre, le plan devrait prioriser le déploiement du projet d'optimisation de CATALIS au sein de l'établissement, notamment en assurant la disponibilité des ressources requises. Aussi, le plan doit inclure l'élaboration d'un cadre pour la production et le suivi d'indicateurs en se basant sur le rapport de performance CATALIS. Des indicateurs clés du démarrage des études doivent être sélectionnés et suivis de façon étroite pour chaque activité de recherche soumis au processus d'autorisation en impliquant l'ensemble des services (de recherche, cliniques et administratifs). Dans le cadre du processus d'autorisation optimisé, l'établissement doit notamment implanter des mesures visant à soutenir les cliniciens-chercheurs dans l'estimation plus exacte du nombre de participants pouvant être recrutés pour chaque essai clinique. En somme, ce plan d'action doit être conçu pour permettre à l'établissement de répondre aux attentes ministérielles des années subséquentes visant la réduction successive des délais moyens d'autorisation des activités de recherche.	R

N°	ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION
7.1	Déployer le plan décentralisé de modernisation technologique	Le plan de modernisation technologique décentralisé de chaque établissement doit présenter les principales mesures technologiques que ce dernier prévoit réaliser en 2022-2023 et 2023-2024, avec une estimation de l'échéancier et des coûts d'implantation pour chaque mesure. Les mesures doivent contribuer à l'obtention de gains rapides et comprendre des objectifs SMART munis d'indicateurs et de cibles annuelles en termes de : • Réduction de la pression sur le personnel; • Réduction des délais d'accès aux services pour le citoyen; • Amélioration de la qualité des services; • Respect de l'échéance, des coûts et de la portée de chaque mesure. Le plan doit également couvrir minimalement les sujets suivants et respecter les directives émises par la DGTI pour chacun de ces sujets, soit : • Moderniser les outils technologiques; • Rehausser la capacité en télécommunications et outils collaboratifs; • Rehausser la cybersécurité; • Prendre le virage vers l'infonuagique; • S'arrimer avec les projets de modernisation technologique nationaux; • Mettre en place les fondations nécessaires à l'implantation du Dossier de santé numérique (DSN). Les établissements doivent rendre compte de l'état d'avancement de l'implantation de leur plan de modernisation technologique décentralisé et de l'utilisation des sommes octroyées pour sa réalisation. Cette reddition de comptes doit porter également sur l'ensemble des indicateurs identifiés. La reddition de comptes doit se faire sur une base trimestrielle relativement à l'utilisation des sommes additionnelles octroyées. Celle portant sur l'état d'avancement des plans ainsi que sur les indicateurs doit se faire sur une base annuelle. Pour plus de précisions, les établissements peuvent se référer aux guides produits par le MSSS.	R

Légende

R : Attente réalisée

RÉSULTAT DES ENGAGEMENTS ANNUELS

INDICATEURS	RÉSULTAT AU 31 MARS 2022	ENGAGEMENT 2021-2022	RÉSULTAT AU 31 MARS 2023	ENGAGEMENT 2022-2023
SANTÉ PUBLIQUE				
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec lesquelles les CISSS/CIUSSS collaborent pour la planification globale et concertée et la mise en œuvre d'actions en promotion de la santé et en prévention en contexte scolaire	30,1 %	60 %	88,5 %	60 %
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	86,3 %	90 %	87,1 %	90 %
Plan stratégique 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)	71,3 %	90 %	68,1 %	90 %
1.01.29-EG2 Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	1 627	955	2 464	955
1.01.30-EG2 Proportion des enfants âgés de 18 mois 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	62 %	90 %	58,6 %	90 %

INDICATEURS	RÉSULTAT AU 31 MARS 2022	ENGAGEMENT 2021-2022	RÉSULTAT AU 31 MARS 2023	ENGAGEMENT 2022-2023
SANTÉ PUBLIQUE				
1.01.32-EG2 Proportion des élèves de 4 ^e année du primaire adéquatement vaccinés contre l'hépatite B selon le calendrier de vaccination du protocole d'immunisation du Québec	88,1 %	90 %	90,3 %	90 %
<u>Plan stratégique</u> 1.01.34-PS 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	85,01 %	85 %	97,22 %	90 %
<u>Plan stratégique</u> 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	86,43 %	80 %	85,58 %	80 %

Commentaires

Pourcentage d'écoles publiques avec lesquelles les CIUSSS/CIUSSS collaborent pour la planification globale et concertée et la mise en œuvre d'actions en promotion de la santé et en prévention en contexte scolaire

Nous avons eu les effectifs nécessaires afin de déployer l'offre de service dans les écoles de notre territoire et les milieux scolaires ont participé positivement.

Proportion des enfants recevant leur 1^{re} dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais

La première vaccination est socialement bien acceptée. Les activités vaccinales se déroulent souvent dans le cadre des suivis du nourrisson et les parents sont ouverts à cette première action. De plus, notre personnel met en œuvre des stratégies pour une couverture vaccinale rapide.

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

Les vaccins de rappel sont toujours plus difficiles et ils présentent un enjeu supplémentaire depuis la vaccination COVID-19. En effet, les parents ont plus de résistance à accepter et questionnent davantage la vaccination de rappel. De plus, le délai requis afin d'administrer les vaccins pour ne pas être considéré en retard est très court, ce qui laisse peu de marge de manœuvre dans la replanification avec les équipes en place. La bascule de certaines clientèles (3-5 ans en rattrapage) vers les centres multiservices permettra d'augmenter la capacité des équipes à offrir des rendez-vous dans les délais prescrits pour les 0-24 mois.

Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans

Les cliniques des jeunes ont repris leurs activités et les modalités de prises de rendez-vous ont été informatisées, ce qui a amélioré l'accès aux services.

Proportion des enfants âgés de 18 mois 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

Voir les commentaires de l'indicateur portant sur la 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.

Proportion des élèves de 4^e année du primaire adéquatement vaccinés contre l'hépatite B selon le calendrier de vaccination du protocole d'immunisation du Québec

Le vaccin contre l'hépatite B reçoit une large adhésion de la part des parents, ce qui en facilite les suivis. De

plus, l'exercice de vaccination réalisé dans les milieux scolaires favorise l'accès de la clientèle cible.

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

Le traitement des dépistages a été en amélioration continue tout au long de l'année, ce qui a permis d'assurer les suivis dans les délais.

Taux cumulé de couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes de 12 ans et plus, pour chaque groupe d'âge

Les activités de vaccination ont été déployées et maintenues dans les pôles de vaccination et avec la vaccination mobile. La disponibilité des équipes provenant notamment du personnel clinique retraité a permis de répondre avec agilité aux multiples besoins de ressources humaines. Les campagnes de vaccination ont été efficaces et la population a adhéré à cette démarche.

INDICATEUR

RÉSULTAT AU
31 MARS 2022

ENGAGEMENT
2021-2022

RÉSULTAT AU
31 MARS 2023

ENGAGEMENT
2022-2023

SANTÉ PUBLIQUE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

1.01.26-EG2

Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements

84 %

80 %

72,5 %

80 %

Commentaires

Le taux est passé de 84 % à 72,5 % au cours de la dernière année. Cette baisse est multifactorielle et cohérente avec la diminution du respect des pratiques de base en général. D'ailleurs, un phénomène de balancier est observé. En effet, en début de pandémie,

nous notions des taux de conformité record dû à une hypervigilance du personnel devant faire face à un pathogène moins bien connu.

INDICATEURS	RÉSULTAT AU 31 MARS 2022	ENGAGEMENT 2021-2022	RÉSULTAT AU 31 MARS 2023	ENGAGEMENT 2022-2023
SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (SAPA)				
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	82 %	85 %	81 %	85 %
1.03.16-EG2 Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention	82 %	95 %	78 %	95 %
<u>Plan stratégique</u> 1.03.20-PS Nombre de maison de répit pour soutenir les proches aidants	ND	ND	ND	ND

Commentaires

Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14

La majorité des profils ISO-SMAF 10 et moins provient de regroupements de clientèles dans des unités d'hébergement spécifiques, telles que l'unité respiratoire du CHSLD Argyll. Des personnes avec des profils atypiques, plus particulièrement celles ayant une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme ou une déficience physique, ont également été admises en raison d'un manque de ressources d'hébergement au niveau régional de même que pour éviter un déracinement par rapport au territoire d'origine. Finalement, des enjeux de trajectoires ont également été identifiés pour la clientèle provenant de l'hébergement en soins de courte durée.

Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention

La situation actuelle en lien avec la main-d'œuvre crée certains enjeux sur le territoire. En réponse à cette situation, plusieurs nouvelles personnes viennent d'être

formées sur la documentation des plans d'intervention individualisés (PII). À noter que le pilotage de cet indicateur et l'accès aux données représentent un défi. L'environnement actuel (informatique, croisement de listes de la clientèle) permet difficilement un pilotage des données en temps réel. Enfin, la formation pour la documentation des PII pour les soins infirmiers a aussi été réduite à un jour pour mieux répondre aux besoins de la Direction de l'hébergement en soins de longue durée (DHSLD).

Nombre de maison de répit pour soutenir les proches aidants

En date du 13 juin 2023, les données n'étaient pas accessibles dans le système. Cependant, l'organisme sans but lucratif de Brome-Missisquoi qui opère la maison de répit pour les personnes proches aidantes disposait de six places en 2021-2022. Dans la dernière année, quatre places supplémentaires ont été ouvertes, pour un total de 10 places disponibles avec un taux d'occupation de 90 %.

INDICATEURS	RÉSULTAT AU 31 MARS 2022	ENGAGEMENT 2021-2022	RÉSULTAT AU 31 MARS 2023	ENGAGEMENT 2022-2023
SOUTIEN À DOMICILE (SAD)				
<u>Plan stratégique</u> 1.03.05.05-PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile	1 598 301	1 400 000	1 843 138	1 456 000
<u>Plan stratégique</u> 1.03.05.06-PS Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	25 718	27 000	26 567	27 155

Commentaires

Nombre total d'heures de service de soutien à domicile

Au cours de l'année 2022-2023, une intensification importante des services à domicile a été déployée pour éviter un séjour prolongé à l'hôpital. Cette action a eu une incidence sur l'augmentation du nombre total d'heures de service de soutien à domicile. Cette intensification entraîne aussi un besoin de suivi rapproché de la part du personnel face à la clientèle bénéficiant de soutien à domicile, limitant ainsi les nouvelles prises en charge qu'il leur est possible d'effectuer.

Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile

Nous constatons une augmentation graduelle du nombre de personnes recevant des services de soutien à domicile. Différentes stratégies sont mises en place pour revoir les processus actuels afin de permettre une croissance de la clientèle desservie à domicile.

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2022	ENGAGEMENT 2021-2022	RÉSULTAT AU 31 MARS 2023	ENGAGEMENT 2022-2023
DÉFICIENCES				
<u>Plan stratégique</u> 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	991	812	1 059	823

Commentaires

La direction poursuit ses efforts constants pour développer une offre résidentielle en cohérence avec les besoins de la clientèle. En effet, les nombreux travaux réalisés ont permis de poursuivre le développement de milieux résidentiels pour les personnes ayant

une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. Cela se traduit par une progression du nombre de places depuis les dernières années.

INDICATEURS	RÉSULTAT AU 31 MARS 2022	ENGAGEMENT 2021-2022	RÉSULTAT AU 31 MARS 2023	ENGAGEMENT 2022-2023
JEUNES EN DIFFICULTÉ				
<u>Plan stratégique</u> 1.06.04-PS Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	75,84	33,11	87,63	33,11 jours
<u>Plan stratégique</u> 1.06.20-PS Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agir tôt	303	259	809	388

Commentaires

Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse

Au cours de la dernière année, dans le cadre du traitement des signalements, nous notons une augmentation des situations retenues qui ont été codées 1 et 2 ainsi que des situations où la sécurité ou le développement des enfants se sont avérés compromis. De plus, malgré les différentes actions mises en place en vue de recruter du personnel qualifié, nous présentons un manque d'effectifs impactant notre capacité à assurer l'évaluation des situations dans le délai visé.

Nous poursuivons différentes initiatives telles que l'actualisation du projet *Alliance* en collaboration avec nos partenaires. Le but de ce projet est d'offrir des services le plus rapidement possible aux enfants et à leur famille afin d'éviter la rétention d'un signalement en protection de la jeunesse. Nous avons également sollicité du personnel qualifié au sein de l'ensemble des directions de l'établissement afin de procéder à des évaluations sur des plages horaires atypiques comme

les fins de semaine. De plus, nous continuons d'offrir des affectations à différents professionnels afin de soutenir et de libérer des ressources pour leur permettre d'évaluer davantage de situations où les enfants sont en attente. Finalement, dans le même ordre d'idées, nous avons entamé la prise en charge des situations étant à l'étape d'orientation par les équipes cliniques aux services d'application.

Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agir tôt

Alors que nous avons une cible de 388 dépistages pour l'année 2022-2023, nous sommes fiers de mentionner que ce sont 809 enfants dont le dépistage a été complété avec la plateforme Agir tôt. Cette performance témoigne de l'importance que nous accordons au développement de l'enfant dès ses premières années. Nous sommes d'ailleurs en constante amélioration pour accroître notre capacité à dépister les enfants présentant des vulnérabilités ou des retards de développement.

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2022	ENGAGEMENT 2021-2022	RÉSULTAT AU 31 MARS 2023	ENGAGEMENT 2022-2023
DÉPENDANCES				
<u>Plan stratégique</u>				
1.07.07-PS	3 532	3 452	3 543	3 528
Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance				

Commentaires

Nous avons atteint la cible fixée grâce aux nouvelles ressources que nous avons accueillies dans les équipes dépendance de 1^{re} et 2^e lignes. De plus, des processus sont en place pour assurer l'accessibilité à ces services, notamment par la mobilité des ressources humaines lorsque requis en dégageant des plages de disponibilité

pour rencontrer la clientèle en fonction de ses besoins. De plus, une équipe de liaison en dépendance se rend au CHUS – Hôpital Fleurimont à chaque semaine en fonction des besoins des clientèles rencontrées à l'urgence. Cette équipe évalue, oriente et réfère les personnes vers les services adaptés.

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2022	ENGAGEMENT 2021-2022	RÉSULTAT AU 31 MARS 2023	ENGAGEMENT 2022-2023
SANTÉ MENTALE				
<u>Plan stratégique</u>				
1.08.16-PS	1 758	1 237	1 489	1 047
Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale				

Commentaires

Santé mentale adulte

Une hausse du nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale a été notée. Une augmentation significative des demandes ou encore le manque de ressources humaines peuvent expliquer, en partie, les résultats. Pour corriger la situation, nous avons mis en place plusieurs mesures. Par exemple, le personnel a été formé pour réaliser des interventions brèves, permettant ainsi d'évaluer un plus grand nombre de personnes et une infirmière praticienne spécialisée en santé mentale a apporté son soutien au Guichet d'accès en santé mentale en faisant des évaluations. Également, une réorganisation des services spécialisés, une révision du processus de gestion des rendez-vous avec les

médecins psychiatres et la centralisation de l'ensemble des requêtes des services spécialisés sont présentement en cours d'élaboration. Les travaux pour le déploiement du Programme québécois pour les troubles mentaux se poursuivent également.

Santé mentale jeunesse

Plusieurs travaux ont été réalisés dans la dernière année et ont permis d'améliorer l'accès aux services en santé mentale jeunesse. À titre d'exemple, dans les services jeunesse de première ligne, le délai moyen d'attente en 2021-2022 était de 36 jours alors qu'en 2022-2023, il est passé à 21 jours. Il est important de préciser que pendant cette attente, les personnes peuvent bénéficier

d'un soutien adapté à leurs besoins. Les travaux visant l'amélioration de l'accès aux services se poursuivront dans la prochaine année, notamment en consolidant le mécanisme d'accès en santé mentale jeunesse, en nous rapprochant du milieu de vie de la clientèle et en améliorant l'accessibilité et la fluidité des soins et services.

Finalement, le travail en concertation avec nos partenaires, notamment dans les milieux scolaires et communautaires, se poursuit afin de répondre adéquatement aux besoins grandissants de la population.

INDICATEURS	RÉSULTAT AU 31 MARS 2022	ENGAGEMENT 2021-2022	RÉSULTAT AU 31 MARS 2023	ENGAGEMENT 2022-2023
SANTÉ PHYSIQUE - URGENCE				
<u>Plan stratégique</u> 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	13,9	12,8	15,26	12,8 heures
<u>Plan stratégique</u> 1.09.16-PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	211	170	253	150 minutes

Commentaires

Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence

Nous déterminons que ce résultat est bon considérant les enjeux auxquels le réseau de la santé et des services sociaux fait face. Certes, le résultat a augmenté légèrement comparativement à l'année précédente, mais nous avons mis en place des changements organisationnels en créant une nouvelle Direction de la fluidité et des unités hospitalières dont le mandat principal est la fluidité du parcours de la personne dans son continuum de soins se basant sur les cibles et les indicateurs de performance. De plus, un comité de vigie a été formé pour la mise en place de différentes recommandations.

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

Nous avons observé une grande proportion de la clientèle identifiée en priorité 4 et 5 dans les salles d'attentes des urgences, ce qui influence notre indicateur de performance. Plusieurs facteurs sont identifiés comme étant un obstacle à la performance : le refus de réorientation, les plages horaires de réorientation limitées, le retrait des suivis médicaux (24 h - 48 h) avec l'arrivée du guichet d'accès à la première ligne (GAP) ou encore les critères d'exclusion à la réorientation de la clientèle. Plusieurs démarches d'analyse et de cogestion médicale sont présentement en évaluation afin de trouver des solutions personnalisées selon les secteurs.

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2022	ENGAGEMENT 2021-2022	RÉSULTAT AU 31 MARS 2023	ENGAGEMENT 2022-2023
SANTÉ PHYSIQUE				
1.09.50-EG2 Proportion d’usagers qui débutent un traitement de dialyse en mode autonome	41,9 %	34 %	28,6 %	34 %

Commentaires

Plusieurs facteurs expliquent le résultat, notamment la diminution de l'accès au bloc opératoire en fin d'année 2022 et début 2023 en lien avec l'attribution des priorités opératoires pour la chirurgie générale.

Afin de redresser la situation, diverses mesures correctrices ont été mises en place. Depuis quelques mois, une trajectoire a ainsi été développée avec l'imagerie médicale pour la pose de cathéter. La clientèle éligible à une installation sous sédation en imagerie médicale représente 20 % de la liste d'attente. D'ici le début de l'automne, les postes de personnel infirmier devant tous être comblés permettront de ne plus avoir de liste d'attente pour débuter la dialyse ambulatoire en continu, et, ainsi, éviter le plus possible la dialyse hospitalière.



INDICATEURS	RÉSULTAT AU 31 MARS 2022	ENGAGEMENT 2021-2022	RÉSULTAT AU 31 MARS 2023	ENGAGEMENT 2022-2023
-------------	-----------------------------	-------------------------	-----------------------------	-------------------------

SANTÉ PHYSIQUE - CHIRURGIE

1.09.32.00-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	1 778	800	1 654	400
<u>Plan stratégique</u> 1.09.32.10-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	4 992	2 700	4 179	4 200

SANTÉ PHYSIQUE - CANCÉROLOGIE

<u>Plan stratégique</u> 1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 28 jours	46,2 %	65 %	41 %	70 %
1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 56 jours	78,9 %	90 %	74,1 %	90 %

Commentaires pour les quatre derniers indicateurs

Les effets de la pandémie ont provoqué du délestage d'activités, amplifié la pénurie de main-d'œuvre, réduit le nombre de lits d'hospitalisation ainsi que le nombre de salles d'opération disponibles. Cette réduction de capacité s'est traduite par une diminution de 7 300 personnes opérées dans nos installations (six blocs opératoires) par rapport au prépandémique. En effet, nous avons procédé à la chirurgie de 28 700 personnes en 2022-2023 comparativement à près de 36 000 en 2019-2020. Heureusement, grâce à nos ententes avec trois cliniques de médecine spécialisée, 6 000 personnes de plus ont pu être opérées. Ainsi, bien que nos volumes totaux soient presque revenus au niveau prépandémique, la liste d'attente demeure considérable.

Bien sûr, tous les efforts sont déployés pour augmenter la capacité au niveau prépandémique. Nous nous assurons aussi de maximiser l'utilisation de tous nos blocs opératoires et de nos cliniques de médecine spécialisée en favorisant les deuxièmes offres de chirurgie aux clientèles hors délais (offrir aux personnes d'être opérées par un autre chirurgien ou chirurgienne et/ou dans un autre bloc opératoire). Nous révisons aussi, en continu, tous les programmes opératoires pour nous assurer du respect de nos critères cliniques de priorisation et limiter les inégalités interchirurgies, interspécialités et inter RLS.

INDICATEURS	RÉSULTAT AU 31 MARS 2022	ENGAGEMENT 2021-2022	RÉSULTAT AU 31 MARS 2023	ENGAGEMENT 2022-2023
SANTÉ PHYSIQUE – SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE				
<u>Plan stratégique</u> 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	78,79 %	84 %	74,89 %	85 %
<u>Plan stratégique</u> 1.09.27.01-PS Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	360 302	372 000	347 640	359 386
<u>Plan stratégique</u> 1.09.51-PS Nombre de cliniques médicales branchées à une solution informatique (orchestrateur) favorisant une prise de rendez-vous en première ligne	45	53	51	56

Commentaires

Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille

Le pourcentage est influencé par deux principaux éléments, soient le nombre d'inscriptions qui diminue et le nombre de personnes admissibles à la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) en Estrie qui est toujours en augmentation (7 500 personnes de plus dans la dernière année).

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

La capacité de prise en charge est modulée en fonction de nombreux départs à la retraite de médecins de famille, de changements de pratique vers la deuxième ligne et de changements d'orientation professionnelle. Les médecins quittant la pratique demeurent très soucieux de transférer la clientèle plus vulnérable, autant

que possible, à des collègues de groupes de médecine de famille (GMF). Dans la dernière année, les médecins de famille se sont mobilisés davantage sur la prise en charge d'inscriptions de groupe et de visites de patients orphelins.

Nombre de cliniques médicales branchées à une solution informatique (orchestrateur) favorisant une prise de rendez-vous en première ligne

L'ensemble des cliniques groupe de médecine de famille (GMF) est déployé avec l'orchestrateur. À ce jour, une clinique privée est également branchée sur ce dernier. Les 14 cliniques privées qui ne sont pas branchées n'y voient pas vraiment d'avantage bien qu'elles aient été contactées à deux reprises par une professionnelle du Département de médecine générale régionale, depuis mars 2022, pour leur transmettre l'information et la trousse du ministère de la Santé et des Services sociaux.

INDICATEURS	RÉSULTAT AU 31 MARS 2022	ENGAGEMENT 2021-2022	RÉSULTAT AU 31 MARS 2023	ENGAGEMENT 2022-2023
SANTÉ PHYSIQUE – IMAGERIE MÉDICALE				
1.09.34.00-EG2 Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les modalités d'imagerie médicale ciblées	55,4 %	90 %	48,8 %	90 %
1.09.34.08-EG2 Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les tomodensitométries	63,1 %	100 %	52,9 %	100 %
1.09.34.09-EG2 Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les résonances magnétiques	63,4 %	90 %	52,3 %	90 %

Commentaires

Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les modalités d'imagerie médicale ciblées

La situation s'est dégradée comparativement à l'année dernière, et ce, malgré une augmentation du nombre total d'examens réalisés. Globalement, nous avons réalisé 61 347 examens électifs pour l'année de référence comparativement à 60 137 l'année dernière et 56 202 en 2020-2021.

Sommairement, la non-atteinte s'explique par la pénurie de main-d'œuvre qualifiée, la désuétude des équipements et le remplacement d'appareils, réduisant temporairement les disponibilités. Les obligations de l'ordre pour la mammographie sont exigeantes ce qui implique que certains technologues délaissent cette pratique compte tenu des enjeux. À noter que des actions furent mises en place afin d'améliorer l'accessibilité, soit par la réalisation de certains blitz, la modulation des horaires et l'ajout de plages de rendez-vous.

Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les tomodensitométries

Nous notons une variation de 37 % par rapport à l'année précédente et cela s'explique par la diminution de notre liste d'attente de 30 % malgré l'augmentation de la proportion des hors délais. Afin d'aider les radiologues à résorber les délais de lecture pour les examens du thorax, nous avons diminué le nombre d'examens électifs réalisés dans une période donnée.

Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les résonances magnétiques

Nos résultats se sont détériorés malgré une hausse marquée du nombre d'examens réalisés, et cela s'explique par la hausse de la demande. Une entente avec le laboratoire d'imagerie médicale (LIM) est en cours d'élaboration afin d'augmenter notre capacité à réaliser les examens.

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2022	ENGAGEMENT 2021-2022	RÉSULTAT AU 31 MARS 2023	ENGAGEMENT 2022-2023
------------	-----------------------------	-------------------------	-----------------------------	-------------------------

SANTÉ PHYSIQUE – SERVICES SPÉCIALISÉS

Plan stratégique

1.09.49-PS

Pourcentage de patients référés par un médecin de famille qui ont reçu des services spécialisés dans les délais associés à leur condition clinique (priorités A, B, C, D, E)

58,2 %

80 %

52 %

85 %

Commentaires

La situation s'est dégradée comparativement à l'année dernière, principalement à cause du ralentissement des activités durant la pandémie et, malgré une augmentation des volumes d'activités de 173 % comparativement aux trois dernières années, les listes d'attentes continuent d'augmenter. L'équilibre entre l'offre et la demande est difficilement atteignable présentement, en plus d'un retard important.

Des travaux ont donc cours afin de favoriser la fluidité des trajectoires patients dans nos installations en fonction des listes d'attente. Concrètement, des projets pilotes sont actuellement à l'essai afin de

répartir équitablement les besoins populationnels en fonction de l'accès disponible dans chaque installation. D'autres travaux sont aussi en cours en ce qui a trait à l'optimisation des plages en présentiel en fonction des contraintes imposées afin d'augmenter les volumes. Des démarches sont aussi réalisées en amont d'une visite médicale spécialisée afin d'éviter certaines consultations, tout comme la mise à jour des partenariats avec la première ligne.

INDICATEURS	RÉSULTAT AU 31 MARS 2022	ENGAGEMENT 2021-2022	RÉSULTAT AU 31 MARS 2023	ENGAGEMENT 2022-2023
RESSOURCES HUMAINES				
<u>Plan stratégique</u> 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,59 %	0,42 %	0,87 %	0,39 %
<u>Plan stratégique</u> 3.05.03-PS Ratio de présence au travail	90,17 %	90,14 %	90,45 %	90,23 %
3.01.02-EG2 Pourcentage des employés ayant complété la formation intitulée « Sensibilisation aux réalités autochtones »	30,2 %	50 %	79,7 %	100 %

Commentaires

Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante

Une hausse est particulièrement marquée par le besoin grandissant pour les agents de sécurité, les éducateurs et les psychologues en centre jeunesse. Les secteurs limitrophes à la Montérégie, soient les RLS de la Haute-Yamaska et de La Pommeraiie, consomment 53 % des heures de la main-d'œuvre indépendante. Afin de tenter de limiter le recours à cette alternative, plusieurs mesures sont mises de l'avant, notamment :

- la concertation entre la Direction de l'approvisionnement et de la logistique (DAL), la Direction des ressources financières (DRF) et la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques (DRHCAJ) pour assurer une vigie sur les demandes, le respect des autorisations hiérarchiques, l'application des processus, des règles et des contrats, etc.;
- la planification des horaires privilégiée sur les quarts de soir, nuit et fin de semaine.

Ratio de présence au travail

La hausse des besoins en soins et services, amplifiée par la pandémie et jumelée à la rareté de la main-d'œuvre, amène une grande vulnérabilité dans la prestation et l'accessibilité des soins et services autant dans les secteurs généraux que spécialisés. En ce sens, plusieurs mesures ont été mises en place afin d'atténuer et d'améliorer les enjeux reliés au manque de main-

d'œuvre, par exemple :

- un accroissement des démarches pour augmenter le nombre d'embauches internationales;
- un ajustement dans les affichages de postes pour assurer une couverture dans l'ensemble des secteurs et mieux répartir la main-d'œuvre dans les titres d'emploi en pénurie;
- la poursuite des travaux en lien avec l'accueil, l'intégration et le développement des compétences pour favoriser la fidélisation des employés;
- la mise en place d'outils et de processus visant à favoriser la proximité des gestionnaires avec les équipes.

Pourcentage des employés ayant complété la formation intitulée « Sensibilisation aux réalités autochtones »

Des mécanismes de suivis, de rappels et de communications sont en place dans chaque direction pour assurer la complétion de la formation pour l'ensemble du personnel de l'établissement. Toutefois, des obstacles empêchent l'atteinte de la cible. Ceux-ci sont principalement liés à la libération du personnel pour effectuer la formation ainsi que l'accès à l'équipement informatique.

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2022	ENGAGEMENT 2021-2022	RÉSULTAT AU 31 MARS 2023	ENGAGEMENT 2022-2023
RESSOURCES TECHNOLOGIQUES				
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	81,5 %	95 %	59 %	95 %

Commentaires

Le départ de la titulaire du poste, ainsi que les absences prolongées des ressources ayant les connaissances nécessaires, ont causé des retards pour la mise à jour du répertoire des ressources. Afin d'éviter qu'une telle situation ne se reproduise, le guide des procédures internes a été mis à jour et une ressource veille à

l'exactitude des informations. De nouvelles personnes ont également été formées afin d'assurer la mise à jour du répertoire et pallier aux vacances ou à l'absence de la ressource attitrée au dossier.

Légende

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

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

L'AGRÉMENT

À l'instar de tous les établissements de santé et de services sociaux du Québec, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a été évalué par Agrément Canada à trois reprises depuis 2018. La première visite concernait la gouvernance, le leadership, les normes transversales (prévention et contrôle des infections, gestion des médicaments, retraitement des dispositifs médicaux réutilisables) et les normes des programmes-services santé publique, santé mentale et dépendances, jeunesse et protection de la jeunesse.

Pour la deuxième visite réalisée en 2021, ce sont les programmes-services santé physique, services généraux, ainsi que la norme télésanté qui ont été évalués. En ce qui a trait à la troisième visite réalisée en février 2023, celle-ci concernait les programmes-services de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), la déficience physique, la déficience intellectuelle et du trouble du spectre de l'autisme (DP-DI-TSA). Cette visite a permis de confirmer que le CIUSSS de l'Estrie – CHUS maintient son statut d'organisme agréé avec un taux de conformité de 94,7 % aux critères évalués. L'équipe visiteuse d'Agrément Canada a tenu à souligner les bons coups suivants : l'engagement, la rigueur et le souci de la qualité des équipes, une organisation apprenante, des équipes professionnelles résilientes, une co-gestion médicale et un système de gestion intégré de la performance qui se démarquent. À la suite de cette visite, 53 non-conformités nécessiteront un suivi à Agrément Canada d'ici le 24 février 2024 pour lesquels des plans d'amélioration sont en cours.

Enfin, le lancement du 2^e cycle 2023-2027 a été confirmé par Agrément Canada par l'annonce d'une prochaine visite qui aura lieu en avril 2024 et qui couvrira les thématiques suivantes : la gouvernance, le leadership, la santé publique et les activités transversales (télésanté, planification des soins et des services dans les situations d'urgence et de sinistres, prévention et contrôle des infections, gestion du circuit du médicament et retraitement des dispositifs médicaux).





LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

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

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS inscrit la qualité et la sécurité dans la prestation des soins et des services comme une priorité organisationnelle. Au cours de la dernière année, quelques activités de promotion de la déclaration des événements et de la divulgation des accidents ont été réalisées par la Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat (DQEPP). Par exemple, un soutien personnalisé a été offert à l'ensemble des directions selon leurs besoins pour s'assurer que la gestion des événements soit réalisée selon les pratiques optimales attendues. La section traitant de la gestion des risques, incluse dans le programme d'accueil des nouveaux employés, a aussi été revue et bonifiée.

Une seconde capsule informative interactive a été réalisée grâce au Fonds Brigitte-Perreault, pour expliquer les principales étapes à réaliser suite à un incident ou un accident survenu lors de la prestation de soins et de services à la personne usagère. Un rendez-vous de la qualité a été organisé pour donner de l'information et faire la promotion des outils concernant la gestion des risques dont la déclaration, la divulgation

et l'analyse des événements. Une révision des processus utilisés pour les événements sentinelles a été amorcée, et se poursuivra dans la prochaine année.

Une vigie a été maintenue afin de s'assurer que la saisie et l'analyse des incidents et des accidents soient effectuées en continu dans toutes les installations, de permettre l'identification et la mise en place de mesures correctives et d'alimenter les registres locaux et nationaux.

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

En Estrie, 33 471 événements ont été déclarés entre le 1^{er} avril 2022 et le 31 mars 2023. La moyenne de déclarations se situe à 2 574 événements par période. La majorité des événements déclarés se sont produits dans les CHSLD (49,6 %) et dans les centres hospitaliers (34,6 %).

Les principaux types d'événements déclarés sont reliés aux chutes (38,9 %) puis à la médication (27,3 %), suivis des événements autres (17,5 %), par exemple des blessures d'origine inconnue ou les plaies de pression.



LES TROIS PRINCIPAUX TYPES D'INCIDENTS (INDICES DE GRAVITÉ A ET B) MIS EN ÉVIDENCE AU MOYEN DU SYSTÈME LOCAL DE SURVEILLANCE SONT :

NATURE DES TROIS PRINCIPAUX INCIDENTS POUR 2022-2023			
PRINCIPAUX TYPES D'INCIDENTS (3)	NOMBRE	POURCENTAGE PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES INCIDENTS	POURCENTAGE PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES ÉVÉNEMENTS
Médications	1 287	38,3 %	3,8 %
Autres	793	23,6 %	2,4 %
• Autre	430	12,8 %	1,3 %
• Erreur liée au dossier	110	3,3 %	0,3 %
• Lié aux mesures de contrôle (isolement et contention)	89	2,6 %	0,3 %
• Lié à l'identification	42	1,3 %	0,1 %
Tests diagnostiques/laboratoire	276	8,2 %	0,8 %

LES TROIS PRINCIPAUX TYPES D'ACCIDENTS (INDICES DE GRAVITÉ C À I) MIS EN ÉVIDENCE AU MOYEN DU SYSTÈME LOCAL DE SURVEILLANCE SONT :

NATURE DES TROIS PRINCIPAUX ACCIDENTS POUR 2022-2023			
PRINCIPAUX TYPES D'ACCIDENTS (3)	NOMBRE	POURCENTAGE PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES ACCIDENTS	POURCENTAGE PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES ÉVÉNEMENTS
Chutes	13 013	43,2 %	38,9 %
Médications	7 869	26,1 %	23,5 %
Autres	5 079	17,5 %	15,2 %
• Blessure d'origine inconnue	1 445	4,8 %	4,3 %
• Autre	1 148	3,8 %	3,4 %
• Blessure d'origine connue	924	3,1 %	2,8 %
• Obstruction respiratoire	279	0,9 %	0,8 %

LES ACTIONS ENTREPRISES PAR LE COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET LES MESURES MISES EN PLACE PAR L'ÉTABLISSEMENT EN LIEN AVEC LES PRINCIPAUX RISQUES D'INCIDENTS ET D'ACCIDENTS IDENTIFIÉS PRÉCÉDEMMENT:

Structure de gouverne qualité

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

- Comité d'amélioration continue sur les chutes;
- Comité d'amélioration continue sur la prévention du suicide;
- Comité d'amélioration continue sur les mesures de contrôle;
- Comité d'amélioration continue sur le transfert de l'information aux points de transition;
- Comité directeur sur la gestion intégrée des risques;
- Conseils professionnels.

ACTIONS GLOBALES ET TRANSVERSALES

- Production du Rapport 2022-2023 des événements déclarés lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Production de rapports périodiques sur la prestation sécuritaire des soins et services à la clientèle;
- Production de portraits périodiques sur les événements sentinelles;
- Pilotage de l'actualisation des recommandations issues de l'analyse des événements sentinelles afin d'atteindre 65 % de taux de réalisation des recommandations dans un échéancier de six mois;
- Poursuite de l'identification d'actions préventives spécifiques à certains types de risques (chutes, médication, suicide, agressions) afin de diminuer leur fréquence et leur gravité, avec la contribution des comités d'amélioration continue (CAC) interdirections. Les CAC ont mis à la disposition des gestionnaires des outils afin de soutenir le déploiement au sein des directions.

PRÉVENTION DES CHUTES

Les activités du CAC en prévention des chutes ont été poursuivies, notamment :

- Vigie dans la mise en place des précautions universelles, du dépistage du risque de chute et sa documentation;
- Diffusion de principes directeurs guidant les interventions;
- Amorce de travaux pour la rédaction d'un programme harmonisé de prévention des chutes pour les CHSLD, la clientèle hospitalisée et celle des soins à domicile et des ressources intermédiaires (RI), des ressources non-institutionnelles (RNI) et des ressources de type familial (RTF).

GESTION DES RISQUES DU CIRCUIT DU MÉDICAMENT

- La gestion du circuit du médicament au CIUSSS de l'Estrie – CHUS inclut notamment une structure de gouverne interdisciplinaire transversale composée d'un comité stratégique, d'un comité tactique et de huit comités opérationnels. L'approche privilégie la réalisation d'auto-évaluations à l'aide de questionnaires de bonnes pratiques publiés, l'analyse prospective de portions ciblées de processus et une vigie de la littérature en sécurité. Elle repose également sur l'analyse des événements indésirables survenus dans l'établissement et la mise en place de solutions préventives, la tenue d'indicateurs transversaux mesurés annuellement et la surveillance des événements du circuit du médicament au niveau des installations;
- Un processus de déclaration des réactions indésirables graves aux médicaments est en place dans l'ensemble du CIUSSS de l'Estrie – CHUS depuis le 16 décembre 2019 pour satisfaire aux exigences de la nouvelle Loi visant à protéger les Canadiens contre les drogues dangereuses (Loi de Vanessa). Plus de 800 effets indésirables

graves aux médicaments ont été rapportés à Santé Canada pour l'ensemble de l'établissement depuis l'entrée en vigueur de la Loi;

- Parmi les projets d'amélioration complétés ou en cours, on compte les suivants :
 - Déploiement d'une capsule provinciale de sensibilisation sur les comportements à risque visant le personnel en soins infirmiers;
 - Déploiement d'une directive interdisciplinaire harmonisée sur la double vérification indépendante pour l'ensemble de l'établissement;
 - Audit sur l'ensemble des installations de soins de longue durée sur l'utilisation sécuritaire des stylos d'insuline et identification d'actions préventives en cours;
 - Changement du système expert informatique de la pharmacie de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS).



SURVEILLANCE, PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

- Actualisation de la nouvelle structure de gouvernance de la prévention et contrôle des infections (PCI) afin de permettre une gestion intégrée des différents volets de la PCI (nosocomiale, santé du travailleur et communautaire) ainsi qu'une plus grande agilité organisationnelle;
- Formation en cours d'emploi :
 - 2 296 membres du personnel de la santé ont suivi au moins 15 minutes de formation en ligne en lien avec la prévention et le contrôle des infections dans l'environnement numérique d'apprentissage (ENA). La moyenne du temps de formation par individu est de 90 minutes.
- Audit sur l'hygiène des mains (HDM) (21 532 audits effectués). Taux d'observance à l'HDM de 77 %, soit une diminution notable de 8 % par rapport à l'année précédente. La cible ministérielle, fixée à 80 %, n'a malheureusement pas été atteinte;
- Rédaction et ajustement en continu des documents d'encadrement clinique en soutien aux équipes de soins et de services selon l'évolution

des connaissances scientifiques sur les mesures de PCI pour tous les micro-organismes confondus;

- Contribution à la surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN) pour les programmes obligatoires :
 - COVID-19;
 - Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM);
 - Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV);
 - Bacilles à gram négatif producteurs de carbapénémases (BGNPC);
 - Diarrhée à clostridium difficile (DACD);
 - Bactériémie panhospitalière;
 - Bactériémie à staphylococcus aureus;
 - Bactériémie sur cathéters centraux aux soins intensifs;
 - Bactériémie associée aux cathéters centraux en hémodialyse.

LES PRINCIPAUX CONSTATS TIRÉS DE L'ÉVALUATION ANNUELLE DE L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE DES USAGERS (ARTICLE 118.1 LSSSS)

Le comité d'amélioration continue (CAC) sur les mesures de contrôle a poursuivi ses travaux. Un suivi a été fait auprès de l'ensemble des directions concernant les différents livrables découlant du cadre de référence sur les mesures de contrôle. Ainsi, la majorité des directions ont mis en place leur comité de vigie et ont débuté les travaux pour rédiger leur plan d'action et leur protocole. Des audits ont été réalisés et seront planifiés par les comités de vigie des directions.

LES MESURES MISES EN PLACE PAR L'ÉTABLISSEMENT OU SON COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ À LA SUITE DES RECOMMANDATIONS FORMULÉES PAR LES INSTANCES SUIVANTES

Différents tableaux de bord pour le suivi des indicateurs associés à la qualité et à la sécurité des soins et des services ont fait l'objet d'analyse lors des différentes rencontres du comité de vigilance et de la qualité (CVQ).

Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services

En 2022-2023, l'équipe des commissaires aux plaintes a conclu 1 426 dossiers de plaintes et d'interventions, soit une augmentation significative du nombre de dossiers par rapport à l'année précédente (1 073). Les insatisfactions ont porté le plus souvent sur la qualité des soins et services dispensés, l'accessibilité et la maltraitance. Au total :

- 225 mesures ont permis de rehausser la qualité et la sécurité des soins ou des services, par exemple :
 - Que le gestionnaire responsable de l'application des mesures à la Direction de la protection de la jeunesse rencontre la personne mise en cause afin de s'assurer de ses connaissances du protocole d'intervention en santé mentale et en prévention du suicide pour les jeunes vivant dans la communauté (Concerto) et de son application adéquate.
- 114 mesures sont liées à l'accessibilité aux services, par exemple :
 - Que les différentes personnes impliquées tout au long du processus s'assurent de l'arrimage régulier de leurs services respectifs afin de maintenir la cohérence et l'efficacité de la trajectoire de référencement de la clientèle.

- 278 mesures sont relatives à la maltraitance, par exemple :
 - Que les différents gestionnaires impliqués prennent les moyens adéquats pour faire cesser la maltraitance financière et toute autre forme d'abus subis par la clientèle.

Les principales mesures d'amélioration générées par les plaintes visent l'adaptation des soins et services, l'adoption ou la révision de règles ou de procédures, l'information et la sensibilisation du personnel.

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

Le Protecteur du citoyen

Au cours de l'année 2022-2023, nous avons reçu 34 rapports s'adressant à plusieurs équipes (voir la liste des recommandations au tableau 1), dont 22 rapports sans recommandation. Neuf dossiers ont été fermés, trois demeurent en suivi et 64 % des recommandations ont été actualisées. Les objets des recommandations des rapports reçus en cours d'année concernaient notamment :

- La formation et l'outillage des intervenants quant à la pluralité des genres et la diversité sexuelle;
- La poursuite du programme de soutien à domicile auprès d'usagers vulnérables en concordance avec les besoins évalués;
- La clarification du rôle et des responsabilités du pivot en déficience physique pour la trajectoire centre hospitalier – convalescence;

- L'arrimage entre le programme de soutien à domicile en déficience physique et le centre hospitalier;
- La traduction d'un document vers l'anglais;
- La révision du document « Consentement aux soins et services dans le domaine de la santé et des services sociaux » afin de corroborer le contenu du Code Civil en matière de consentement aux soins.

Par ailleurs, pour l'ensemble des 166 rapports reçus du Protecteur du citoyen depuis le 1^{er} avril 2015, 226 recommandations ont été émises et 96 % de celles-ci ont été actualisées.



TABLEAU 1

LISTE DES MESURES MISES EN PLACE 2022-2023 | PROTECTEUR DU CITOYEN

MESURES MISES EN PLACE	ÉTAT D'AVANCEMENT	
	Réalisé	En cours
• S'assurer de déployer l'approche de partenariat entre les personnes usagères, les proches et l'équipe dans les pratiques de l'installation visée; • Réviser le document « Consentement aux soins et services » dans le domaine de la santé et des services sociaux afin d'assurer la conformité du contenu avec le Code Civil en matière de consentement aux soins; • Prendre des moyens pour assurer la consignation des notes d'observation et des données relatives aux suivis prévus dans les dossiers de la clientèle dans l'installation visée.		X
• Effectuer un suivi rigoureux des résultats atteints dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'amélioration de la qualité et de ses services fournis dans l'installation visée.		X
• Rappeler au personnel infirmier de l'établissement concerné les normes en matière de tenue de dossier lors de l'application de mesures de contrôle, dont l'inscription au dossier des éléments suivants : . Comportement détaillé comportant un risque de lésion pour la personne usagère ou autrui ayant nécessité le recours à la mesure; . Mesures alternatives tentées; . Description du comportement de la personne usagère lors de la surveillance.	X	

MESURES MISES EN PLACE	ÉTAT D'AVANCEMENT	
	Réalisé	En cours
• S'assurer que le personnel concerné à l'unité de médecine de l'installation visée soit formé aux symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et à leur gestion en milieu hospitalier, en fonction de leur rôle et responsabilité; • S'assurer que le personnel de l'unité de médecine de l'installation visée bénéficie du soutien d'une équipe spécialisée en gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, notamment en ce qui a trait aux éléments suivants : . Évaluation globale de la personne; . Rédaction et présentation d'un plan d'intervention au personnel clinique et aux proches; . Suivi individualisé du plan d'intervention. • Rappeler au personnel soignant de l'unité de médecine de l'installation visée : . Qu'il doit toujours s'interroger sur les causes sous-jacentes aux comportements à risque observés; . Que des mesures de remplacement doivent être tentées avant l'utilisation de mesures de contrôle; . Que le personnel utilise les techniques adéquates pour déplacer les personnes hébergées. • Rappeler au personnel infirmier et préposé aux bénéficiaires de l'unité de médecine de l'installation visée que l'utilisation d'une demi-porte, notamment comme mesure visant à protéger l'intimité d'une personne contre l'intrusion de la clientèle présentant des comportements dérangeants, ne doit pas être favorisée en raison des risques que ce dispositif comporte; • S'assurer que le personnel soignant de l'unité de médecine de l'installation visée maîtrise les modalités d'application des mesures de contrôle, particulièrement en ce qui concerne les éléments suivants : . La surveillance clinique de la personne usagère selon la fréquence prévue; . Le retrait d'une mesure de contrôle dès que le motif de son application n'est plus présent; . Le suivi et la réévaluation de la mesure de contrôle. • S'assurer que toutes les informations significatives liées à l'application d'une mesure de contrôle sont consignées au dossier de la personne usagère, notamment : . Les buts et les motifs d'application (contexte, description du comportement); . La description de l'utilisation de la mesure et des moyens utilisés (nature, fréquence, durée, surveillance); . La description des mesures de remplacement tentées et leur efficacité et les réactions de l'utilisateur ou de l'usagère face aux mesures de contrôle et de remplacement. • Le processus décisionnel, y compris lors des révisions/réévaluations.		X
• Revoir l'arrimage administratif avec le Centre de traitement du chèque emploi-service (CTCES) afin de convenir d'un mécanisme de validation efficace en cas d'anomalie ou d'écart constaté sur le formulaire volet social du chèque emploi-service.	X	
• Évaluer les données sur les temps de réponse aux cloches d'appel à l'installation visée, afin d'apporter des correctifs, le cas échéant.	X	

MESURES MISES EN PLACE	ÉTAT D'AVANCEMENT	
	Réalisé	En cours
- Rappeler aux personnels œuvrant à l'application des mesures qu'ils ont la responsabilité d'offrir une prestation de services régulière auprès de la famille, afin de s'enquérir de l'évolution des parents ainsi que des enfants, et ce, même si le placement à majorité de ces derniers est ordonné; - Statuer sur une fréquence de rencontres de supervision pour le personnel clinique œuvrant à l'application des mesures, afin de réviser leur charge de cas et s'assurer que leur prestation de services est adaptée en fonction des particularités de chaque famille.	X	
- Faire un rappel aux personnel du soutien à domicile de l'obligation de s'assurer que leurs services soient offerts et coordonnés en réponse aux besoins évalués de la clientèle, et ce, particulièrement advenant le refus d'un hébergement qui engendre la coupure des heures de présence-surveillance intensive; - Réviser l'offre de service de soutien à domicile – mesures d'aide à la personne et services aux proches, afin d'y inclure les services d'aide à la vie domestique (entretien ménager, préparation de repas, lessive, etc.) ainsi que le principe de gratuité, lorsqu'applicable, tel que prévu dans la Politique de soutien à domicile, Chez soi : le premier choix.	X	
Former et outiller le personnel clinique en ce qui concerne la pluralité des genres et la diversité sexuelle et les bonnes pratiques à cet égard en protection de la jeunesse.	X	
- Préciser les responsabilités de la fonction pivot en déficience physique au sein du programme de soutien à domicile pour la trajectoire centre hospitalier-convalescence; - Assurer l'arrimage avec le programme de soutien à domicile en déficience physique lors du congé médical hospitalier d'un usager ou d'une usagère présentant une situation complexe et dont le retour au domicile est compromis.	X	
Traduire en anglais le rapport d'évaluation du signalement ainsi que tous les autres rapports officiels de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) déposés aux dossiers des enfants et en remettre une copie à l'autorité parentale.	X	
Poursuivre les services d'accompagnement aux courses et de soutien civique, comme prévu au plan d'aide de la personne usagère, par le programme de soutien à domicile de l'établissement en raison des facteurs de vulnérabilité.	X	

Le coroner

Au cours de l'année 2022-2023, l'établissement a reçu 13 rapports avec recommandations s'adressant à différentes équipes (voir la liste au tableau 2). Six dossiers sont en cours de suivi, sept dossiers sont fermés et 53 % des recommandations ont été actualisées dans les délais. Les objets des recommandations concernaient notamment :

- La poursuite des travaux de rédaction du processus de continuité de soins en santé mentale;
- La relocalisation de personnes usagères dans les meilleurs délais lorsque l'évaluation démontre un changement au niveau des besoins;
- L'installation d'une protection électronique sur le lit d'une personne usagère atteinte de cécité partielle afin de prévenir les chutes;
- L'ajout du plan thérapeutique infirmier au dossier de la

clientèle à l'admission et s'assurer d'en effectuer la mise à jour;

- L'application de mesures alternatives à la prise de médication;
- L'application des outils de l'Approche Adaptée à la Personne Âgée par le personnel;
- La complétion des rapports de déclaration d'incident ou d'accident dans les jours suivant un tel événement.

Par ailleurs, l'établissement a reçu 77 rapports sans recommandation, portant pour la plupart sur des chutes des personnes résidant en CHSLD.

Finalement, pour l'ensemble des 49 rapports avec recommandations reçus du coroner depuis le 1^{er} avril 2015, 100 recommandations ont été émises et 76 % de celles-ci ont été actualisées.



TABEAU 2

LISTE DES MESURES MISES EN PLACE 2022-2023 | BUREAU DU CORONER

MESURES MISES EN PLACE	ÉTAT D'AVANCEMENT	
	Réalisé	En cours
• Poursuivre la révision du processus en lien avec la continuité de soin en santé mentale et voir à son application, dans les meilleurs délais, plus particulièrement concernant la transmission des informations et la confirmation de la réception de celles-ci afin d'assurer la prise en charge de la clientèle par un autre professionnel de soin que ceux du centre hospitalier; • Procéder à la révision du dossier de la personne dans le but de s'assurer que les soins qui lui ont été prodigués et les analyses effectuées lors de sa visite respectaient les plus hauts standards de qualité notamment en lien avec la continuité de soin en santé mentale.		X
• Reloger les personnes âgées dont l'évaluation démontre qu'elles doivent être relocalisées, que les meilleurs efforts soient effectués, sans délai, en conformité avec leurs besoins de relocalisation; • Réviser, dans les meilleurs délais, la procédure mise en place concernant les services dispensés à une personne usagère dont l'évaluation démontre son admissibilité à une relocalisation en CHSLD, de façon à ce que dans ce cas, les soins et les services qui lui sont dispensés soient, dès lors, supervisés par des professionnels de l'établissement, tels qu'ils le seraient si cette dernière était immédiatement prise en charge en CHSLD.	X	
• Installer sur le lit d'une personne usagère atteinte de cécité partielle ou totale une protection électronique, soit une alarme de sécurité, à titre d'outil de surveillance, qui avertira le personnel infirmier que celle-ci quitte son lit afin d'intervenir rapidement et de prévenir les chutes.	X	
• Déterminer et ajouter un plan thérapeutique infirmier (PTI) au dossier de la personne usagère dès son admission et le mettre à jour par la suite, selon sa condition physique et mentale; • S'assurer que le personnel de soins soit informé de la mise en place d'un plan d'intervention pour une personne usagère afin de favoriser un continuum dans le maintien des mesures ciblées par un tel plan et le suivi des mesures; • S'assurer que les équipes de soins, ainsi que le comité interdisciplinaire, documentent les mesures mises en place pour la clientèle et leur suivi, notamment au dossier.	X	

MESURES MISES EN PLACE	ÉTAT D'AVANCEMENT	
	Réalisé	En cours
- Procéder, dans les meilleurs délais, au retrait de l'ordonnance collective intitulée « Initier et administrer du lorazépam (Ativan) SL (DSI-OC-21) », et ce, pour l'ensemble des établissements d'hébergement; - Revoir, dans les meilleurs délais, la procédure d'utilisation des ceintures abdominales des fauteuils roulants mis à la disposition de la clientèle des centres d'hébergement, lorsqu'ils en sont pourvus; - Revoir, dans les meilleurs délais, l'application des mesures alternatives à la prise de médication et de s'assurer que les outils de l'Approche Adaptée à la Personne Âgée soient mis en application, de façon à favoriser la qualité et l'efficacité des interventions en cas d'agitation.	X	
Compléter la mise en œuvre du plan d'action formulé dans le cadre de l'événement sentinelle.	X	
- Mettre en place les recommandations de la Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat (DQEPP) dans les plus brefs délais; - S'assurer que tous les rapports de déclaration d'incident ou d'accident soient dûment remplis (incluant les analyses sommaires) et signés dans les jours suivant un incident ou accident, tel que prescrit par la Loi sur la santé et les services sociaux, afin de permettre d'identifier les situations à risque et les interventions requises pour éviter qu'un événement semblable ne se reproduise.	X	
- Compléter rapidement la mise en place de toutes les mesures prévues au plan d'amélioration; - Réviser la qualité des actes professionnels et des soins prodigués lors de la consultation de la personne usagère à l'urgence de l'installation visée.		X
Effectuer un audit interne afin de vérifier si la main-d'œuvre qualifiée présente sur l'unité où la chute de la personne usagère a eu lieu était en nombre suffisant et, le cas échéant, apporter les correctifs nécessaires pour qu'une situation similaire ne se reproduise plus.	X	
- Faire un <i>coaching</i> auprès du personnel infirmier sur les meilleures pratiques de prise en charge de la clientèle instable ou agitée; - Former l'ensemble des équipes de soins en rencontre d'équipe sur le but visé, la fréquence et les vérifications lors des tournées de surveillance; - Rappeler au personnel infirmier d'évaluer et de décider de la pertinence de fermer la porte de la chambre de la personne usagère et de la nécessité de la maintenir fermée, ce qui implique une révision régulière de son état, de le noter au dossier ainsi qu'au plan de soins; - Rappeler au personnel infirmier leur obligation de faire un suivi auprès de la clientèle lorsqu'une médication, à donner au besoin seulement, est administrée; - Transmettre à tous les CHSLD, une note de service détaillant les critères de positionnement du lit dans les chambres des personnes présentant des symptômes comportementaux afin de s'assurer de toujours positionner la tête du lit adossée au mur ou qu'elle permette une aire de déambulation. En cas d'impossibilité, de consulter l'équipe de réadaptation afin qu'elle analyse la situation et propose une solution sécuritaire.		X

MESURES MISES EN PLACE	ÉTAT D'AVANCEMENT	
	Réalisé	En cours
• Réviser la qualité de l'acte professionnel et des soins prodigués à la personne usagère lors de sa visite.		X
• S'assurer de planifier des simulations en lien avec les plans de pandémie de manière triennale; • Offrir de la formation quant à la tenue des dossiers médicaux et faire des suivis périodiques; • S'assurer de l'encadrement nécessaire justifiant le recours aux protocoles de détresse et à la sédation palliative dans un contexte de soins aigus.		X

La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse

Au cours de l'année 2022-2023, l'établissement n'a reçu aucun rapport.

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

Au cours de l'année 2022-2023, l'établissement n'a pas reçu de visites d'inspections professionnelles.

Au niveau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), les inspections ont eu lieu de façon individuelle auprès des membres choisis aléatoirement, selon divers domaines et lieux de pratique afin de vérifier leurs compétences. La Direction des soins

infirmiers (DSI) est informée de la démarche réalisée par l'OIIQ auprès du personnel, seulement si la personne inspectée- lui en fait part.

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





LE NOMBRE DE MISES SOUS GARDE SELON LA MISSION DE L'ÉTABLISSEMENT

	TOTAL ÉTABLISSEMENT (MISSION CH)
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	415
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	172
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	127
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	112
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)	107

L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS



LES PLAINTES – AU CŒUR DES DROITS DES USAGERS

Porter plainte : un droit de l'utilisateur

En cas d'insatisfaction, une personne usagère peut formuler une plainte relative aux services reçus, à recevoir ou requis du réseau de la santé et des services sociaux. De plus, toute personne qui a des raisons de croire que les droits d'une personne usagère ou d'un groupe de personnes usagères ne sont pas respectés peut signaler la situation au commissaire aux plaintes et à la qualité des services. La loi prévoit également le signalement d'une situation potentielle de maltraitance d'une personne aînée ou majeure en situation de vulnérabilité.

Porter plainte : un geste simple pour améliorer la qualité

En 2022-2023, les commissaires ont conclu 1 426 dossiers de plaintes et interventions, ce qui constitue une augmentation par rapport à l'année précédente (1 073). Les insatisfactions ont porté le plus souvent sur les motifs exposés ci-dessous, lesquels sont accompagnés d'un exemple de mesure d'amélioration ayant découlé de l'examen :

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

- Que le gestionnaire responsable de l'application des mesures à la Direction de la protection de la jeunesse rencontre la personne mise en cause afin de s'assurer de ses connaissances du protocole d'intervention en santé mentale et en prévention du suicide pour les jeunes vivant dans la communauté (Concerto) et de son application adéquate.

Mesures d'amélioration concernant l'accessibilité aux services :

- Que les différentes personnes impliquées tout au long du processus s'assurent de l'arrimage régulier de leurs services respectifs afin de maintenir la cohérence et l'efficacité de la trajectoire de référencement de la clientèle.

Mesures d'amélioration concernant la maltraitance :

- Que les différents gestionnaires impliqués prennent les moyens adéquats pour faire cesser la maltraitance financière et toute autre forme d'abus subis par la clientèle.

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

L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION



Sous la supervision du comité Agir pour et avec l'utilisateur, ses proches et la population, de nombreuses actions ont été déployées depuis 2017 afin de renforcer la participation des personnes usagères et de leurs proches dans la prestation et l'organisation des soins et services.

Au cours de l'année 2022-2023, on recense les initiatives suivantes :

Équipes RLS (réseaux locaux de services)

Afin de jouer pleinement son rôle pour améliorer la santé et le bien-être de la population de son territoire, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a désigné une équipe par RLS pour chacune des neuf municipalités régionales de comté (MRC) du territoire. Composées d'un hors cadre, d'un gestionnaire désigné, d'un organisateur communautaire et d'une conseillère en communication, ces équipes RLS sont les représentants locaux de l'établissement auprès des acteurs municipaux, des partenaires et de la population en matière de santé, de services sociaux et de développement social.

- En 2022-2023, les équipes RLS ont tenu un total de 53 rencontres afin de poursuivre leur mission d'arrimage avec les acteurs locaux sur l'ensemble du territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Assemblées citoyennes

Afin de se rapprocher des communautés locales et de dialoguer avec les différents acteurs du milieu, le président-directeur général du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Dr Stéphane Tremblay, accompagné des membres des équipes RLS, a amorcé une tournée d'assemblées citoyennes dans les RLS.

Ces moments d'échanges ont pour objectif de répondre aux questionnements et aux préoccupations de la population en matière de santé

et de services sociaux et de mieux cerner sa réalité, ses besoins et ses défis. Trois assemblées citoyennes se sont tenues en 2022-2023, soit :

- RLS de Sherbrooke : 1^{er} février 2023;
- RLS de Memphrémagog : 8 mars 2023;
- RLS de la MRC de Coaticook : 23 mars 2023.

Participation de la clientèle et des personnes proches aidantes

Dans la dernière année, diverses initiatives ont été mises de l'avant afin d'informer la population ou encore de la mettre à contribution en ce qui a trait à l'organisation des services.

Sondages d'évaluation de l'expérience usager :

- CHSLD – 26 installations;
- Réadaptation jeunesse (Val-du-Lac);
- Soutien à domicile : personnes âgées et déficience physique;
- Déficience physique – Services d'aide compensatoire;
- Clinique de réadaptation externe adulte (CRE);
- Réadaptation – Unité de réadaptation fonctionnelle intensive et l'Envolée.

Groupes de discussion et entrevues :

- Trajectoire des personnes usagères et personnes proches aidantes en niveau de soins alternatifs;
- Continuum orthophonie;
- Clinique externe pédiatrique;
- Plan d'intervention interdisciplinaire (PII) et plan de service individualisé (PSI);
- Offre de service en soutien à domicile;
- Stratégies 2023-2027.

Comités et groupes de travail :

- Comité exécutif du conseil des infirmiers et des infirmières;
- Centre de répartition des demandes spécialisées;
- Comité tactique Agir pour et avec l'utilisateur, ses proches et la population;
- Trajectoire en oncologie;
- Stratégies 2023-2027;
- Forum des cadres supérieurs;

- Collaboration avec les personnes proches aidantes en milieu hospitalier;
- Projet-pilote de la Direction des services généraux (DSG) – Cartons commentaires positifs;
- Partenariat et plans d'interventions en soutien à domicile.

Communications ciblées auprès des personnes usagères en attente et/ou vulnérables :

- État de situation et soutien aux directions pour l'analyse des informations;
- Lettre à la clientèle en attente d'une chirurgie par la Direction des services spécialisés, chirurgicaux et de cancérologie (DSSCC);
- Capsules orthophoniques sur santeestrie.qc.ca et programme CAFE (crise-ado-famille-enfance) par la Direction du programme jeunesse (DPJe);
- Implantation du PQPTM (Programme québécois pour les troubles mentaux - autosoins) par la Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD).

Comités des usagers

- Consultations auprès des comités des usagers et comités de résidents du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.





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

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

TABLEAU

L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie
(1^{er} avril au 31 mars 2023)

ACTIVITÉ	INFORMATION DEMANDÉE	NOMBRE
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	3 430
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	193
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	587
	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir administrées	396
	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir non administrées et les motifs	191
Aide médicale à mourir non administrée : <i>les motifs</i>	Décédé avant administration	97
	Répondait aux critères, mais a cessé d'y répondre	16
	Ne répondait pas aux conditions au moment de l'évaluation	27
	Le patient a changé d'idée	30
	Transfert vers un autre établissement	0
	Autres	21

Soins palliatifs et de fin de vie :

Cette donnée inclut le nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs à domicile et dans tous les centres hospitaliers, les CHSLD et les maisons de soins palliatifs.

Par rapport à l'an dernier, nous constatons une légère croissance (3 213 comparativement à 3 430).

Sédation palliative continue :

Pour la sédation palliative continue, nous observons une stabilisation (188 comparativement à 193) par rapport à l'année 2021-2022. Dans l'ensemble, le formulaire de consentement et de déclaration de la sédation palliative continue a été utilisé selon les critères de la Loi. Par ailleurs, 22 personnes avaient initialement rempli un formulaire de demande d'aide médicale à mourir, mais leur condition clinique a justifié le changement vers une sédation palliative continue (voir catégorie « Autres » parmi les demandes d'aide médicale à mourir non administrées).

Aide médicale à mourir :

Nous observons une croissance importante d'environ 30 % des demandes d'aide médicale à mourir formulées. Elle s'explique par une meilleure connaissance du soin.

Parmi les demandes administrées en 2022-2023, nous constatons que 8 % d'entre elles appartiennent à la nouvelle catégorie en vigueur depuis mars 2021 : mort naturelle non raisonnablement prévisible (MNnRP). Comparativement aux dernières années, le don d'organes, après une aide médicale à mourir, est possible; nous avons répondu à quelques demandes au cours de l'année.

En ce qui a trait aux demandes administrées, 38 avaient été formulées dans la reddition de compte précédente. En réalité, nous comptons 358 demandes formulées et administrées en 2022-2023.

De manière générale, il y a peu d'enjeux d'accès à l'aide médicale à mourir pour notre établissement. Même qu'en septembre 2022, une nomination de coordonnateur/coordonnatrice de soins de fin de vie a été effectuée pour stabiliser le service actuel. Le groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) a continué à offrir plusieurs mentorats auprès des professionnels de la santé en plus de répondre au besoin de ces derniers en lien avec la complexité des cas d'aide médicale à mourir.

Pour 2023-2024, le groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) a déjà entamé des démarches pour s'approprier les changements à venir en lien avec le dépôt de la Loi 11 en février dernier.



**RESSOURCES
HUMAINES**



LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC ET PRIVÉ CONVENTIONNÉ

TABLEAU

Répartition de l'effectif en 2022
par catégorie de personnel



		NOMBRE D'EMPLOI AU 31 MARS 2022	NOMBRE D'ETC EN 2021-2022
1	Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	5 446	4 367
2	Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	5 909	4 638
3	Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	2 937	2 571
4	Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	4 435	3 751
5	Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales*	176	133
6	Personnel d'encadrement	606	592
7	Personnel embauché temporairement par arrêté ministériel	18	14
TOTAL		19 527	16 066

*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'équivalent 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.

Les données incluent les embauches COVID-19.

LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS



TABLEAU

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

11045150 – CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS		COMPARAISON SUR 364 JOURS POUR AVRIL À MARS (COMPARAISON 2022-03-31 AU 2023-03-25)		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT		Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées
1	Personnel d'encadrement	1 050 734	13 313	1 064 047
2	Personnel professionnel	4 288 086	68 445	4 356 531
3	Personnel infirmier	7 639 143	471 318	8 110 461
4	Personnel de bureau, technicien et assimilé	13 295 309	558 961	13 854 270
5	Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2 758 628	131 073	2 889 700
6	Étudiants et stagiaires	131 665	2 019	133 684
TOTAL 2022-2023		29 163 565	1 245 129	30 408 694
TOTAL 2021-2022				31 051 509
			Cible 2022-2023	30 381 737
			Écart à la cible	(26 957)
			Écart à la cible en %	(0,1 %)

La cible allouée au CIUSSS de l'Estrie – CHUS a été atteinte avec un écart négligeable de 26 957 heures. Les données de 2021-2022 révèlent une diminution considérable des heures rémunérées par rapport à l'année 2022-2023, pouvant être attribuée entre autres à la diminution des heures COVID-19 (baisse des enquêtes, dépistage, vaccination, etc.) ainsi qu'à l'incapacité de remplacer plusieurs absences en raison du contexte actuel de la main-d'œuvre. En contrepartie, des développements d'activités cliniques se poursuivent et amènent des ajouts de personnel œuvrant pour les soins et services directs auprès de la clientèle.



**RESSOURCES
FINANCIÈRES**



UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME

TABLEAU

Dépenses par programmes-services

PROGRAMMES	EXERCICE PRÉCÉDENT		EXERCICE COURANT		VARIATION DES DÉPENSES	
	Dépenses	%	Dépenses	%	Écart*	%**
PROGRAMMES-SERVICES						
Santé publique	97 204 690 \$	4,5 %	59 549 828 \$	2,9 %	(37 654 862 \$)	(38,7 %)
Services généraux – activités cliniques et d'aide	105 336 619 \$	4,9 %	112 985 869 \$	5,5 %	7 649 250 \$	7,3 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	444 262 784 \$	20,4 %	398 722 015 \$	19,2 %	(45 540 769 \$)	(10,3 %)
Déficiences physique	55 895 070 \$	2,6 %	56 978 082 \$	2,8 %	1 083 012 \$	1,9 %
Déficiences intellectuelle et TSA	58 152 811 \$	2,7 %	58 026 351 \$	2,8 %	(126 460 \$)	(0,2 %)
Jeunes en difficulté	140 210 160 \$	6,5 %	139 473 446 \$	6,8 %	(736 714 \$)	(0,5 %)
Dépandances	9 864 268 \$	0,5 %	11 101 120 \$	0,5 %	1 236 852 \$	12,5 %
Santé mentale	98 718 164 \$	4,6 %	94 177 969 \$	4,6 %	(4 540 195 \$)	(4,6 %)
Santé physique	743 510 132 \$	34,5 %	733 316 626 \$	35,6 %	(10 193 506 \$)	(1,4 %)
PROGRAMMES SOUTIEN						
Administration	133 396 348 \$	6,2 %	136 372 953 \$	6,6 %	2 976 605 \$	2,2 %
Soutien aux services	141 391 232 \$	6,6 %	139 488 614 \$	6,8 %	(1 902 618 \$)	(1,3 %)
Gestion des bâtiments et des équipements	129 400 782 \$	6,0 %	121 777 805 \$	5,9 %	(7 622 977 \$)	(5,9 %)
TOTAL	2 157 343 060 \$	100 %	2 061 970 678 \$	100 %	(95 372 382 \$)	(4,4 %)

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

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

Pour plus d'informations sur les ressources financières, consultez le rapport financier annuel AS-471 en date du 31 mars 2023 publié sur le site Internet de l'établissement à l'adresse suivante :

santeestrie.qc.ca section « Médias et publications/Rapports »



ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E 12.0001) de l'article 387 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2), l'établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice et ne doit engager aucun déficit en fin d'exercice. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations.

Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice terminé le 31 mars 2023, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a respecté cette obligation légale. Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS présente, pour l'exercice terminé le 31 mars 2023, un surplus de 2 936 637 \$ au fonds d'exploitation, composé de l'équilibre budgétaire pour les activités principales et d'un surplus de 2 936 637 \$ aux activités accessoires. Pour ce qui est du fonds d'immobilisations, un surplus de 110 310 253 \$ est constaté. Ce surplus est directement lié à l'application du nouveau chapitre SP 3280 sur les obligations liées à la mise hors service d'immobilisations. En somme, le surplus de l'établissement totalise 113 246 890 \$. Il est important de noter que l'application obligatoire du chapitre SP 3280-Obligations liées à la mise hors services d'immobilisations pour les exercices ouverts à compter du 1^{er} avril 2022 a engendré le retraitement des années antérieures, générant ainsi un surplus exceptionnel et circonscrit à l'année financière 2022-2023 de 108 M\$. Ce surplus au niveau du fonds d'immobilisations s'explique par l'application rétroactive du chapitre SP 3280, alors que le financement en provenance du MSSS n'est constaté que dans l'année courante seulement. Ainsi, le surplus de l'exercice avant l'effet du chapitre SP 3280 représente 0,2 % des revenus de l'établissement soit 5,1 M\$



CONTRATS DE SERVICES

TABLEAU

Contrats de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus,
conclus entre le 1^{er} avril 2022 et le 31 mars 2023

	NOMBRE	VALEUR
Contrats de services avec une personne physique ¹	27	2 541 106 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	283	73 081 969 \$
Total des contrats de services	310	75 623 075 \$

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.

The background features a large, light gray stylized number '7' and an infinity symbol '∞'. The '7' is composed of a thick horizontal bar and a diagonal stroke. The infinity symbol is formed by two interlocking loops. Both symbols are positioned behind the text.

**RESSOURCES
INFORMATIONNELLES**



LES FAITS SAILLANTS

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



Étant un acteur important au niveau des projets stratégiques de l'organisation, l'équipe des ressources informationnelles a redoublé d'efforts pour rendre possibles plusieurs nouveaux développements pour l'organisation dont l'ouverture de la première Maison des aînés et alternative au Québec, un bâtiment à la fine pointe de la technologie pour permettre une meilleure qualité des soins et des services pour la clientèle. L'équipe des ressources informationnelles a aussi été au cœur des activités cliniques en lien avec la fluidité des soins et des services en jouant un rôle important dans le projet du transfert des ressources de la Montérégie vers l'Estrie.

En plus des projets stratégiques, l'équipe des ressources informationnelles a été en mesure de poursuivre son plan de modernisation de ses infrastructures technologiques. Cela a permis de progresser de manière considérable pour offrir un réseau sans fil moderne à la clientèle.

Finalement, la DRIT est également responsable du parc d'équipements médicaux de l'organisation. D'ailleurs, la modernisation de ce dernier s'est poursuivie avec un investissement de plus de 19 M \$ en équipements médicaux, totalisant 351 dossiers de remplacement.

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



RAPPORT FINANCIER - P. 140

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

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

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont

comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

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

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

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



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

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CIUSSS de L'Estrie-Centre hosp.Univ.de Sherbrooke

1104-5150

140-00 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2023

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

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX) 2	Nature 3	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée 4	État de la problématique au 31 mars 2023 5
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i>				
Au 31 mars 2021, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec exigeait que les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société Québécoise des infrastructures soient comptabilisés comme des contrats de location-acquisition, alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, «Immobilisations corporelles louées», du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Au 31 mars 2021, les immobilisations corporelles ainsi que les obligations découlant de contrats de location-acquisition sont sous-évalués de 62 394 978 \$. Nous avons exprimé une opinion d'audit modifiée sur les états financiers pour l'exercice terminé le 31 mars 2021, en raison des incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2021-2022	0500 Réserve	Aucune. Le transfert de la propriété des immeubles antérieurement loués à la SQI a été effectué au 1er avril 2021.	0600 Régulé
Nous exprimons également une opinion d'audit modifiée sur les états financiers pour l'exercice considéré en raison des incidences de ce problème sur la comparabilité des chiffres de l'exercice considéré et des informations comparatives.				
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 revenus 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'avons fait pour les états financiers de l'exercice précédent.	2021-2022	0500 Réserve	Aucune. Le traitement a été effectué tel que stipulé par la directive du MSSS.	0600 Régulé
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.	2021-2022	0500 Réserve	Aucune. Le traitement a été effectué tel que stipulé par la directive du MSSS.	0600 Régulé
Par conséquent, les salaires, avantages sociaux et charges sociales pour l'exercice terminé le 31 mars 2022 et les déficits cumulés au 1er avril 2021 sont surévalués d'un montant de 46 407 679 \$, tandis que les autres crédettes et autres charges à payer au 31 mars 2021 et les salaires, avantages sociaux et charges sociales pour l'exercice terminé à cette date sont sous-évalués d'un montant de 46 407 679 \$. Nous avons exprimé une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice le 31 mars 2021, en raison des incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.				
Lors de l'exercice précédent, l'établissement a comptabilisé une subvention en lien avec les charges, déduction faite des économies et des pertes de revenus engendrées par la pandémie de COVID-19. Nous n'avons pas été en mesure d'obtenir les éléments probants suffisants et appropriés en ce qui concerne les	2022-2023	0500 Réserve	Aucune. Le traitement a été effectué tel que stipulé par la directive du MSSS.	0620 Non réglé

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX)	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2023
économies et les pertes de revenus prises en compte. À la date du rapport, le ministère de la Santé et des Services sociaux n'a toujours pas confirmé le montant à recevoir qui en découle.				
Par conséquent, nous n'avons pas pu déterminer si des ajustements pourraient devoir être apportés aux montants comptabilisés à titre de montant à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'exercice terminé le 31 mars 2023 et aux déficits cumulés au 1er avril 2022 ainsi qu'aux montants comptabilisés à titre de revenus de subvention et de montant à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux ou à d'autres postes des états financiers pour l'exercice terminé le 31 mars 2022. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice considéré, comme nous l'avons fait pour les états financiers de l'exercice précédent, en raison des incidences éventuelles de cette limitation de l'étendue des travaux.				
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. 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. Celle-ci a été comptabilisée au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2022. Par conséquent, les salaires, avantages sociaux et charges sociales pour l'exercice terminé le 31 mars 2022 sont surévalués d'un montant de 46 407 679 \$ et les déficits cumulés au 1er avril 2021 sont sous-évalués du même montant.	2022-2023	0500 Réserve	Aucune. Le traitement a été effectué tel que stipulé par la directive du MSSS.	0620 Non réglé
Nous avons exprimé une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice le 31 mars 2022, en raison des incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Nous exprimons également une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice considéré en raison des incidences de ce problème sur la comparabilité des chiffres de l'exercice considéré et des informations comparatives.				
Dans le cadre de l'application au 1er avril 2022 du chapitre SP 3280, «Obligations liées à la mise hors service d'immobilisations», du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public, l'établissement a comptabilisé, au 31 mars 2023, un passif au titre des obligations liées à la mise hors service d'immobilisations. En lien avec la comptabilisation du passif au titre des obligations liées à la mise hors service d'immobilisations, l'établissement a comptabilisé une subvention à recevoir. Nous n'avons pas été en mesure d'obtenir des éléments probants suffisants et appropriés en ce qui concerne le montant comptabilisé et les informations fournies sur les obligations.	2022-2023	0500 Réserve	Aucune. Le traitement a été effectué tel que stipulé par la directive du MSSS.	0620 Non réglé
Par conséquent, nous n'avons pas pu déterminer si des ajustements pourraient devoir être apportés aux montants comptabilisés comme passif au titre des obligations liées à la mise hors service des immobilisations, aux informations fournies sur les obligations, aux débiteurs du ministère de la Santé et des Services sociaux, aux revenus des subventions du ministère de la Santé et des Services sociaux ou à d'autres postes des états financiers pour l'exercice terminé le 31 mars 2023. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice considéré.				

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX) 2018-2019	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2023
Nous avons observé que les pilotes sont responsables de la gestion des droits des utilisateurs à l'égard des applications Logibec Finance et Logibec Paie. Ces fonctions de gestion de la sécurité devraient être assurées par un nombre limité des membres autorisés des technologies de l'information. Nous avons aussi noté pour l'Archive Directory qu'il y a plus d'une centaine d'administrateurs de domaine en raison de la fusion des établissements. Or ce rôle doit être limité à un nombre restreint.		0510 Observation	Pour Logibec Finance, les pilotes du secteur utilisateur sont encore responsables de la gestion des droits d'accès. Cependant, le nombre de pilotes a sensiblement diminué. De plus, nous considérons que le secteur des TI n'a pas l'expertise pour s'assurer du contrôle interne et de la ségrégation des tâches lorsque des accès sont octroyés. Pour ce qui est de Logibec Paie, la situation demeure inchangée. Cette fonction de gestion de sécurité de l'information n'est toujours pas assumée par un nombre limité d'employés autorisés du secteur TI. Le nombre d'administrateurs de domaine de l'Archive Directory a été réduit, mais des validations doivent encore être effectuées. Cette recommandation est intégrée au plan d'action en sécurité de l'information, Gestion de l'identité et des accès.	0610 Partiellement réglé
L'établissement devrait résumer les décisions financières ayant un impact sur les états financiers et les notes aux états financiers suite à la lecture des procès-verbaux découlant des rencontres du comité de vérification et de suivi budgétaire et des rencontres du conseil d'administration. De plus, il faudrait s'assurer que chacune de ces décisions soit reflétée adéquatement dans les informations produites par l'établissement et indiquer l'impact dans ledit résumé. L'absence d'un tel suivi augmente le risque que des informations financières ne soient pas bien traitées. Par exemple, il faut s'assurer que les contrats octroyés au cours de l'exercice et jusqu'en date du rapport de l'auditeur soient présentés dans les obligations contractuelles et/ou les événements subséquents si tel est le cas.	2021-2022	0510 Observation	Tel que mentionné l'an passé, un processus a été mis en place afin de s'assurer que les décisions financières ayant un impact sur les états financiers et ayant été entérinées par le conseil d'administration soient reflétées adéquatement dans les informations financières produites par l'établissement.	0600 Régulé

**DIVULGATION DES
ACTES RÉPRÉHENSIBLES**

DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

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

1. Le nombre de divulgations correspond au nombre de divulgateurs.

2. Une divulgation peut comporter plusieurs motifs, par exemple, un divulgateur peut invoquer dans sa divulgation que son gestionnaire a utilisé les biens de l'État à des fins personnelles et qu'il a contrevenu à une loi du Québec en octroyant un contrat sans appel d'offre.

3. Le transfert de renseignements au Commissaire à la lutte contre la corruption ou à tout organisme chargé de prévenir, de détecter ou de réprimer le crime ou les infractions aux lois, dont un corps de police et un ordre professionnel, entraînant ou non la fin de la prise en charge de la divulgation par le responsable du suivi est répertoriée à ce point.

La situation a fait l'objet d'une vérification des faits par la responsable du suivi des divulgations d'actes répréhensibles et d'une présentation au Comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration. Suivant l'ensemble des démarches, il a été conclu qu'aucun acte répréhensible n'avait été commis, car il manquait le critère de gravité et les mesures de mitigation des risques ont été prévues et discutées avec les experts.





10

**ORGANISMES
COMMUNAUTAIRES**

NOMBRE D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR LE PSOC

En 2022-2023, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a accordé, par le biais du Programme de soutien financier aux organismes communautaires (PSOC) :

- 46 733 466 \$ en financement à la mission globale à 193 organismes communautaires;
- 2 792 084 \$ en ententes d'activités spécifiques à 50 organismes;
- 1 701 381 \$ en projets ponctuels à 54 organismes.

Actions réalisées

Au cours de l'année 2022-2023, comme l'exige le Cadre de gestion du PSOC, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a analysé les documents de reddition de comptes des organismes communautaires sous sa responsabilité.

Un mécanisme de suivi est en place pour assurer la conformité et le respect des normes en accord avec les termes de la Convention PSOC 2015-2018 (reconduite par Addenda) et du Cadre de reconnaissance et de relation de l'action communautaire autonome.



ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2021-2022 Base annuelle	2022-2023 Base annuelle
Aide communautaire de Lennoxville et des environs	236 996 \$	252 860 \$
Alternative en santé mentale l'Autre Versant inc.	477 009 \$	520 385 \$
Animation Jeunesse Haut-Saint-François	96 775 \$	122 066 \$
Arrimage Estrie	210 978 \$	228 783 \$
Association Avante	231 003 \$	247 141 \$
Association de la fibromyalgie de l'Estrie	192 661 \$	227 476 \$
Association de la sclérose en plaques de l'Estrie	210 981 \$	228 786 \$
Association de parents de personnes handicapées de Brome-Missisquoi	97 853 \$	100 691 \$
Association de Sherbrooke pour la déficience intellectuelle (A.S.D.I.)	166 845 \$	197 539 \$
Association de spina bifida et d'hydrocéphalie de l'Estrie	105 930 \$	126 539 \$
Association d'entraide en santé mentale « L'Éveil » de Brome-Missisquoi	207 874 \$	243 445 \$
Association des accidentés cérébro-vasculaires ou traumatisés crâniens de l'Estrie (ACTE)	243 961 \$	262 723 \$
Association des groupes jeunesse de l'Or Blanc	141 998 \$	168 600 \$
Association des Personnes Aphasiques Granby-Région	75 471 \$	87 343 \$
Association des personnes handicapées physiques de Brome-Missisquoi	134 033 \$	143 314 \$
Association des proches de personnes atteintes de maladie mentale de l'Estrie	260 645 \$	299 153 \$
Association des sourds de l'Estrie	105 930 \$	126 539 \$
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (A.Q.E.P.A.) Estrie (05)	84 145 \$	98 106 \$
Association du syndrome de Down de l'Estrie	129 133 \$	162 106 \$
Association Épilepsie-Estrie	62 879 \$	79 703 \$
Association Garagona Inc.	114 891 \$	163 190 \$

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2021-2022 Base annuelle	2022-2023 Base annuelle
Association Granby pour la déficience intellectuelle	124 411 \$	150 503 \$
Association PANDA Brome-Missisquoi	91 378 \$	121 697 \$
Association québécoise des troubles d'apprentissage (AQETA) Section régionale Estrie	96 694 \$	109 498 \$
Association sportive jeunes handicapés Estrie	91 323 \$	123 199 \$
Au point 14-18 de Danville	72 604 \$	168 597 \$
Auberge sous mon toit inc.	487 488 \$	519 606 \$
Autisme Estrie	295 687 \$	349 229 \$
Autre-Rive	180 238 \$	215 008 \$
Azimut-Nord	99 483 \$	124 852 \$
Banque alimentaire Memphrémagog	146 851 \$	173 594 \$
Bedon & Bout'choux	210 980 \$	228 785 \$
Bouée régionale Lac-Mégantic inc.	767 637 \$	1 450 549 \$
Braille Atout	35 140 \$	31 680 \$
Bulle et Baluchon	364 460 \$	375 029 \$
CALACS des Rivières Haute-Yamaska Brome-Missisquoi (CALACS Granby)	466 079 \$	489 034 \$
Cellule jeunes et familles de Brome-Missisquoi (La)	99 417 \$	124 784 \$
Centre communautaire Partage St-François	145 314 \$	194 495 \$
Centre d'action bénévole aux 4 vents inc.	223 197 \$	238 661 \$
Centre d'action bénévole de Bedford et environs inc.	207 072 \$	222 069 \$
Centre d'action bénévole de Cowansville	220 279 \$	235 658 \$
Centre d'action bénévole de Farnham inc.	212 190 \$	227 335 \$
Centre d'action bénévole de Granby inc.	268 528 \$	285 306 \$
Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord	186 747 \$	201 154 \$

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2021-2022 Base annuelle	2022-2023 Base annuelle
Centre d'action bénévole de la M.R.C. de Coaticook	258 943 \$	275 443 \$
Centre d'action bénévole de Magog (Carrefour du partage)	163 092 \$	176 813 \$
Centre d'action bénévole de Richmond	159 751 \$	173 375 \$
Centre d'action bénévole de Sherbrooke	94 621 \$	110 855 \$
Centre d'action bénévole des Sources	249 676 \$	265 908 \$
Centre d'action bénévole de Sutton	82 518 \$	107 395 \$
Centre d'action bénévole de Windsor	157 791 \$	184 851 \$
Centre d'action bénévole du Granit	275 644 \$	292 629 \$
Centre d'action bénévole du Haut St-François	292 030 \$	309 489 \$
Centre d'action bénévole R.H. Rediker	182 259 \$	196 535 \$
Centre d'action bénévole Valcourt et région	168 865 \$	182 753 \$
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de l'Estrie (CALACS)	643 066 \$	673 401 \$
Centre de bénévolat Mieux-Être Ville de Lac Brome	32 236 \$	33 171 \$
Centre de dépannage des œuvres de Sœur Marguerite Dubois	6 089 \$	19 756 \$
Centre de jour Ma Cabane	-	22 484 \$
Centre d'entraide La Boussole inc.	75 503 \$	91 183 \$
Centre d'entraide plus de l'Estrie	137 711 \$	164 189 \$
Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska inc.	471 449 \$	514 664 \$
Centre des femmes de la M.R.C. du Granit	240 827 \$	256 802 \$
Centre des Femmes du Haut-Saint-François La Passerelle	240 938 \$	256 916 \$
Centre des femmes La Parolière	240 828 \$	256 803 \$
Centre des femmes - Lennoxville et environs	249 205 \$	268 119 \$
Centre des femmes Le point d'ancrage	286 502 \$	303 802 \$

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2021-2022 Base annuelle	2022-2023 Base annuelle
Centre des femmes Memphrémagog	240 939 \$	256 917 \$
Centre des jeunes de Lennoxville	120 123 \$	130 607 \$
Centre de soutien de l'Estrie	55 571 \$	73 706 \$
Centre d'intervention en violence et agressions sexuelles de l'Estrie (CIVAS)	469 967 \$	495 284 \$
Centre jeunesse « Le trait d'union »	154 778 \$	181 750 \$
Centre l'Élan	206 372 \$	241 899 \$
Centre pour femmes immigrantes de Sherbrooke	251 500 \$	270 481 \$
Chaudronnée de l'Estrie	134 810 \$	161 204 \$
Club 3ième âge de Farnham inc.	81 114 \$	83 466 \$
Club des personnes handicapées Brome-Missisquoi inc.	88 035 \$	113 072 \$
Coalition Impact de rue Haute-Yamaska	85 602 \$	110 568 \$
Coalition sherbrookoise pour le travail de rue	230 912 \$	246 599 \$
Collective par et pour Elle inc.	235 302 \$	251 117 \$
Comité popote roulante de Cowansville inc. (Le)	45 252 \$	46 565 \$
Comité popote roulante de Farnham inc. (Le)	56 605 \$	58 246 \$
Cordée, ressource alternative en santé mentale	277 195 \$	314 776 \$
Corporation Jeunesse Memphrémagog	134 574 \$	160 961 \$
Croisée des sentiers	164 609 \$	198 925 \$
Cuisine Amitié de la MRC des Sources	143 902 \$	170 559 \$
Cuisine collective Le Blé d'Or de Sherbrooke	134 809 \$	161 202 \$
Cuisines collectives « Bouchée-Double » Memphrémagog	146 849 \$	173 592 \$
Cuisines collectives de la Haute-Yamaska (anciennement de la Montérégie) (Les)	127 842 \$	136 943 \$

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2021-2022 Base annuelle	2022-2023 Base annuelle
Cuisines collectives du Haut-Saint-François	131 945 \$	158 255 \$
Dagobert et Cie	96 694 \$	119 498 \$
Défi handicap des Sources	79 902 \$	100 224 \$
Diabète Brome-Missisquoi (DBM)	51 168 \$	66 142 \$
Diabète Estrie	105 932 \$	126 541 \$
Diabétiques de la Haute-Yamaska (Les)	63 623 \$	75 468 \$
DIRA Estrie	192 808 \$	205 411 \$
Divers-Gens	42 953 \$	58 362 \$
Domaine de la sobriété	215 944 \$	267 173 \$
Dysphasie-Estrie	159 276 \$	193 123 \$
Élixir ou l'Assuétude d'Ève	210 981 \$	228 786 \$
Ensoleillée : Ressource communautaire en santé mentale	173 508 \$	208 082 \$
Entrée Chez-Soi Brome-Missisquoi	277 877 \$	315 478 \$
Entr'Elles Granby inc.	406 049 \$	435 806 \$
Équipe d'accompagnement Au Diapason (L')	104 838 \$	131 485 \$
Escale de l'Estrie inc.	994 113 \$	1 728 975 \$
Étincelles de bonheur du Haut-Saint-François	137 716 \$	164 194 \$
Exit de Waterloo (L')	146 231 \$	172 956 \$
Fantastiques de Magog	137 716 \$	164 194 \$
Grande table	143 902 \$	170 559 \$
Grands Frères et Grandes Sœurs de l'Estrie	100 889 \$	133 043 \$
Gris Estrie (Groupe régional intervention social Estrie)	75 215 \$	106 624 \$
Handi-Apte	204 777 \$	219 707 \$

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2021-2022 Base annuelle	2022-2023 Base annuelle
Handi-capable	92 622 \$	104 319 \$
Horizon pour elle inc.	868 575 \$	1 333 809 \$
Intervention régionale et information sur le SIDA (I.R.I.S. Estrie)	63 275 \$	83 997 \$
Jeunes du coin d'Ascot	142 454 \$	169 069 \$
JEVI Centre de prévention du suicide - Estrie	535 933 \$	582 425 \$
Justice alternative et médiation	323 400 \$	342 218 \$
Maison Alice-Desmarais	853 661 \$	1 261 093 \$
Maison CALM	56 894 \$	87 772 \$
Maison Caméléon de l'Estrie	144 724 \$	193 888 \$
Maison de répit Dérageon inc.	224 335 \$	270 841 \$
Maison des jeunes Actimaje	98 028 \$	100 871 \$
Maison des jeunes de Coaticook	144 244 \$	170 911 \$
Maison des jeunes de Farnham inc.	163 249 \$	176 974 \$
Maison des jeunes de Fleurimont (Fusion Local des jeunes Jardins-Fleuris)	104 810 \$	129 355 \$
Maison des jeunes de Granby inc. (La)	143 074 \$	169 707 \$
Maison des jeunes de la St-François	141 715 \$	163 659 \$
Maison des Jeunes de l'Or Blanc inc.	135 036 \$	161 436 \$
Maison des jeunes de Sutton inc. (La)	107 130 \$	110 236 \$
Maison des jeunes de Waterville : Les Pacifistes	98 010 \$	123 336 \$
Maison des jeunes Le Boum (La)	137 974 \$	164 460 \$
Maison des jeunes l'Initiative inc.	143 836 \$	170 491 \$
Maison des jeunes Serge Forest inc. Points de service Rock Forest-Saint-Élie-Deauville	135 073 \$	161 474 \$
Maison d'hébergement jeunesse Espace Vivant/Living room	341 427 \$	416 978 \$

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2021-2022 Base annuelle	2022-2023 Base annuelle
Maison d'hébergement pour personnes en difficulté de Granby Inc. (Le Passant)	388 266 \$	417 507 \$
Maison d'hébergement R.S.S.M.	498 169 \$	546 846 \$
Maison Jeunes-Est	288 333 \$	427 995 \$
Maison Séjour (Séjour la Bonne œuvre)	774 414 \$	1 125 295 \$
Maison soutien aux aidants (La)	246 205 \$	258 739 \$
Marraine Tendresse de l'Estrie	69 774 \$	85 287 \$
Méridienne 1990	787 111 \$	1 136 569 \$
Moisson Estrie	225 809 \$	244 044 \$
Moisson Haut-St-François	59 440 \$	83 648 \$
MomentHom Centre d'entraide pour hommes de l'Estrie	468 965 \$	490 845 \$
Mon Shack... Mes choix... Mon avenir!	66 356 \$	148 850 \$
Mouvement aide paralysie cérébrale Estrie	30 471 \$	62 709 \$
Nourri-Source Estrie	45 804 \$	64 669 \$
O.E.I.L. (L')	74 034 \$	85 192 \$
Oasis Santé Mentale Granby et région	294 212 \$	332 520 \$
Orientation jeunesse de la Haute-Yamaska	56 171 \$	57 800 \$
Parkinson Estrie	50 157 \$	64 669 \$
Partage Notre-Dame	70 428 \$	94 954 \$
Phare source d'entraide (Le)	182 248 \$	217 076 \$
Place des jeunes l'Intervalle de Bromptonville	81 143 \$	105 980 \$
Points jeunesse du Granit	141 347 \$	167 930 \$
Pont, organisme de justice alternative	456 807 \$	481 741 \$
Popote de la région de Bedford (La)	74 628 \$	84 254 \$

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2021-2022 Base annuelle	2022-2023 Base annuelle
Popote roulante de l'Ange-Gardien	47 770 \$	49 155 \$
Promotion et défense des droits en santé mentale de l'Estrie (Pro-Def)	261 807 \$	297 933 \$
Rayon de soleil de l'Estrie	142 159 \$	146 282 \$
Regroupement des organismes communautaires (ROC) de l'Estrie	181 048 \$	212 461 \$
Regroupement soutien aux aidants de Brome-Missisquoi	279 059 \$	332 119 \$
Réplique (La) (Anciennement A.R.C.H.E. de l'Estrie)	280 185 \$	295 322 \$
Réseau d'Amis de Sherbrooke	221 863 \$	237 288 \$
Ressource communautaire en santé mentale « L'Éveil »	164 828 \$	199 151 \$
Ressource pour hommes de la Haute-Yamaska	272 769 \$	461 628 \$
Rivage du Val St-François	186 709 \$	221 666 \$
S.O.S. Dépannage Granby et région inc.	180 711 \$	191 346 \$
S.O.S. Grossesse (Estrie)	210 980 \$	248 575 \$
Santé mentale Estrie	114 178 \$	214 772 \$
Sclérose en plaques Haute-Yamaska-Richelieu (SEPHYR)	108 881 \$	135 646 \$
Secours-Amitié (Estrie)	244 040 \$	282 534 \$
Sercovie inc.	301 761 \$	319 503 \$
Service d'interprétation pour personnes sourdes de l'Estrie	198 232 \$	233 209 \$
Seuil de l'Estrie inc.	333 450 \$	589 315 \$
SHASE (Soutien aux hommes agressés sexuellement durant l'enfance)	344 193 \$	365 861 \$
Société Alzheimer de Granby et région inc.	169 563 \$	183 919 \$
Société Alzheimer de l'Estrie	318 387 \$	339 307 \$
Soins palliatifs La Rose des vents de l'Estrie	136 302 \$	162 739 \$
Soupapes de la bonne humeur	137 716 \$	164 194 \$

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2021-2022 Base annuelle	2022-2023 Base annuelle
Source-Soleil	431 702 \$	509 871 \$
Spot Jeunesse de Sherbrooke	142 455 \$	169 070 \$
Tabliers en folie	138 737 \$	165 244 \$
TDA/H Estrie	217 205 \$	254 453 \$
TransEstrie	-	17 537 \$
Transition pour elles inc.	264 853 \$	317 501 \$
Tremplin 16-30 de Sherbrooke	75 549 \$	100 224 \$
Unité Domrémy d'Asbestos	141 538 \$	168 127 \$
Unité Domrémy de Windsor	32 333 \$	46 761 \$
Villa Pierrot	89 028 \$	120 838 \$
Virage Santé Mentale	172 660 \$	207 208 \$
Zone Libre Memphrémagog	139 081 \$	165 598 \$





ANNEXE A

Conseil d'administration

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

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

Table des matières

1.	MISE EN CONTEXTE	1
2.	DISPOSITIONS GÉNÉRALES	2
3.	PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE	4
4.	CONFLIT D'INTÉRÊTS	8
5.	APPLICATION	9
6.	DISPOSITIONS FINALES	12
Annexe A - Engagement et affirmation du membre	13	
Annexe B - Avis de bris du statut d'indépendance	14	
Annexe C - Déclaration des intérêts du membre	15	
Annexe D - Déclaration des intérêts du président-directeur général	17	
Annexe E - Déclaration de conflit d'intérêts	18	
Annexe F - Signalement d'une situation de conflits d'intérêts	19	
Annexe G - Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen	20	

1. Mise en contexte

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

Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie doit demeurer une préoccupation constante des membres du conseil d'administration pour garantir à la population une gestion transparente, intègre et de confiance des fonds publics.

Ce Code en édicte donc les principes éthiques et les obligations déontologiques. La déontologie fait référence davantage à l'ensemble des devoirs et des obligations d'un membre. L'éthique, quant à elle, est de l'ordre du questionnement sur les grands principes de conduite à suivre, pour tout membre du conseil d'administration, et de l'identification des conséquences pour chacune des options possibles quant aux situations auxquelles ils doivent faire face.

Ces choix doivent reposer, entre autres, sur une préoccupation d'une saine gouvernance dont une reddition de comptes conforme aux responsabilités dévolues à l'établissement.

2. Dispositions générales

2.1 Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

- A. Aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- B. Traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- C. Définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;
- D. Prévoit des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

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

2.2 Fondement légal

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

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du Code civil du Québec.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (RLRQ, chapitre M-30).
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2).
- Loi sur les contrats des organismes publics (RLRQ, chapitre C-65.1).

- Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme (RLRQ, chapitre T-11.011).
Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard d'organismes publics (RLRQ, chapitre D-11.1)

2.3 Définition des termes

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

Établissement : CIUSSS de l'Estrie - CHUS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.4 Champ d'application

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

2.5 Disposition finale

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

2.6 Diffusion

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

3. Principes d'éthique et règles de déontologie

3.1 Principes d'éthique

L'éthique fait référence aux valeurs (intégrité, impartialité, respect, compétence et loyauté) permettant de veiller à l'intérêt public. Comme membre cela implique le respect du droit de faire appel, entre autres, à son jugement, à l'honnêteté, à la responsabilité, à la loyauté, à l'équité et au dialogue dans l'exercice de ses choix et lors de prises de décision. L'éthique est donc utile en

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

situation d'incertitude, lorsqu'il y a absence de règle, lorsque celle-ci n'est pas claire ou lorsque son observation conduit à des conséquences indésirables.

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

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

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

3.2 Règles de déontologie

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

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

3.2.1 Disponibilité et compétence

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

3.2.2 Respect et loyauté

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

3.2.3 Impartialité

- Se positionner et exercer son droit de vote de la manière la plus objective possible en ne prenant aucun engagement à l'égard de tiers et en n'accordant aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.
- Placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

3.2.4 Transparence

- Exercer ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses décisions sur des informations objectives et suffisantes.

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

3.2.5 Discretion et confidentialité

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

3.2.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

3.2.7 Relations publiques

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

3.2.8 Charge publique

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

3.2.9 Biens et services de l'établissement

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

3.2.10 Avantages et cadeaux

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

3.2.11 Interventions inappropriées

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

4. Conflit d'intérêts

- Le membre ne peut exercer ses fonctions dans un but de favoriser son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être tenté à préférer certains d'entre eux au détriment des intérêts de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.
- Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un membre par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.
- Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :
 - a. Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
 - b. Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
 - c. Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
 - d. Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
 - e. Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.
- Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire Déclaration des intérêts du membre de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision en lien avec les intérêts qu'il a déclarés.
- Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire Déclaration de conflit d'intérêts de l'annexe V.

- Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.
- La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

5. Application

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

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

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

5.2 Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

5.3 Comité d'examen ad hoc.

- Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen ad hoc composé d'au moins trois (3) personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut être composé de membres du conseil d'administration ou de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.
- Un membre du comité d'examen ad hoc ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.
- Le comité d'examen ad hoc a pour fonctions de :
 - a) Faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
 - b) Déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;
 - c) Faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.
- La date d'entrée en fonction, la durée du mandat des membres du comité d'examen ad hoc de même que les conditions du mandat sont fixées par le comité de gouvernance et d'éthique.
- Si le comité d'examen ad hoc ne peut faire ses recommandations au comité de gouvernance et d'éthique avant l'échéance du mandat de ses membres, le comité de gouvernance et d'éthique peut, le cas échéant, prolonger la durée du mandat pour la durée nécessaire à l'accomplissement de ce dernier. La personne qui fait l'objet de l'enquête en est informée par écrit.

5.4 Processus disciplinaire

- Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.
- Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen ad hoc, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un membre a pu contrevenir au présent document, en transmettant le formulaire Signalement d'une situation de conflit d'intérêts de l'annexe VI rempli par cette personne.
- Le comité d'examen ad hoc détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen ad hoc et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s). Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen ad hoc.
- Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen de l'annexe VII.
- Tout membre du comité d'examen ad hoc qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec une rigueur et prudence.

- Le comité d'examen ad hoc doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen ad hoc, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen ad hoc, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.
- Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.
- Le comité d'examen ad hoc transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :
 - a. Un état des faits reprochés;
 - b. un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;
 - c. Une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
 - d. Une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.
- Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, et excluant le membre présumé fautif, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.
- Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche un manquement, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.
- Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions doit être écrite et motivée. Lorsqu'il y a eu manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général ou le ministre, selon la gravité du manquement.
- Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.
- Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement et conformément aux dispositions de la Loi sur les archives (RLRQ, chapitre A-21.1).

5.5 Notion d'indépendance

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

5.6 Obligations en fin du mandat

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

- Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions.
- Se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures de membre.
- Ne pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.

6. Dispositions finales

6.1 Version antérieure

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

Annexe A - Engagement et affirmation du membre

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

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

Annexe B - Avis de bris du statut d'indépendance**AVIS SIGNÉ**

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

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

Annexe C - Déclaration des intérêts du membre

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

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre de membre

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

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

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

Explicitez les mesures de gestion, si nécessaire :

Signature Président

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe D - Déclaration des intérêts du président-directeur général

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

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre de membre

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

3. Emploi

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe E - Déclaration de conflit d'intérêts

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

Signature

Date *[aaaa-mm-jj]*

Lieu

Annexe F - Signalement d'une situation de conflits d'intérêts

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe G - Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2022
2023

ENSEMBLE pour la *Vie*

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

Québec    