



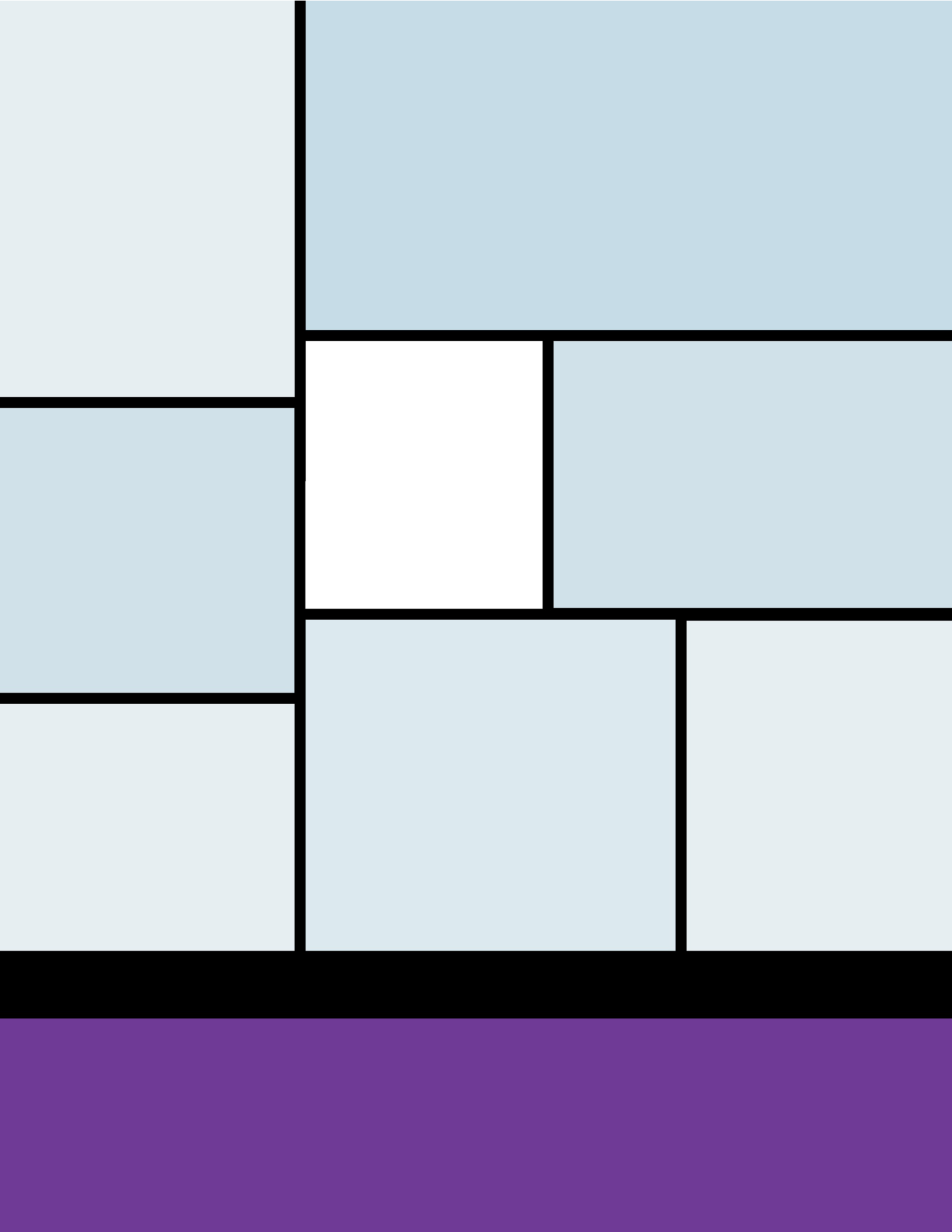
Rapport annuel de gestion

2023-2024



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

Québec 



Rapport annuel de gestion

2023-2024

Recommandé
par le conseil
d'administration
au MSSS
le 13 juin 2024

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

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

Québec 

Le Rapport annuel de gestion 2023-2024 est une production du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches :

363, route Cameron

Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2

Téléphone : 418 386-3363

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

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

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024

ISBN : 978-2-550-97941-8 (version PDF)

COM 2024-050

TABLE DES MATIÈRES

1. Le message des autorités.....	7
2. La déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents	9
3. La présentation de l'établissement et les faits saillants	10
La mission de l'établissement	10
La vision de l'établissement	10
Les valeurs organisationnelles	11
La structure organisationnelle	12
Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives	14
Les faits saillants	38
4. Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité	43
5. Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	52
L'agrément	52
La sécurité et la qualité des soins et des services	53
Le nombre de mises sous garde dans un établissement selon la mission.....	72
L'examen des plaintes et la promotion des droits.....	72
L'information et la consultation de la population	74
6. L'application de la Politique portant sur les soins de fin de vie	75
7. L'application de la Loi sur la protection de la jeunesse.....	76
Rapport de gestion 2023-2024 – DPJ-DP	76
8. Les ressources humaines.....	80
Les ressources humaines de l'établissement public et privé conventionné	80
La gestion et le contrôle des effectifs pour l'établissement public	80
9. Les ressources financières	81
Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme.....	81
L'équilibre budgétaire	82
Les contrats de service	82
10. Ressources informationnelles	83
11. L'état du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant	85

TABLE DES MATIÈRES (suite)

12. La divulgation des actes répréhensibles.....	86
13. Les organismes communautaires.....	87
14. Annexe : Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs.....	95

1. Le message des autorités

C'est avec fierté que nous vous présentons le Rapport annuel de gestion 2023-2024 du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches.

Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre qui se poursuit et à l'accélération du vieillissement de la population créant une demande accrue de la part des usagers pour des services de santé et de services sociaux, la planification stratégique organisationnelle 2023-2027 a été adoptée et a commencé à être mise en œuvre. Structurée autour de quatre principaux axes orientés sur l'accessibilité et la continuité des services, le partenariat avec les usagers et leurs proches, l'organisation du travail humain, ainsi que l'innovation et la transformation numérique, cette planification stratégique établit les grandes orientations pour les années à venir afin de relever les défis posés par la pénurie de main-d'œuvre et le vieillissement de la population.

Afin de faire face aux enjeux de main-d'œuvre tout en conservant une offre de services à la population, le projet de modulation des services en période estivale a été déployé pour une première fois. Pendant la période estivale, plus de 400 membres du personnel ont été déployés en renfort au sein des équipes fournissant des services 24/7, alors que les activités de leurs équipes ont été modulées ou ralenties. Le projet, qui a obtenu un bon succès et qui n'a pas eu d'impacts majeurs sur les services offerts aux usagers, sera de retour à l'été 2024.

La Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux a été adoptée en décembre dernier. L'un des éléments phares de ce qui a maintenant force de loi est la création de l'agence Santé Québec. Au cours de 2024-2025, le tout se concrétisera de façon plus précise avec la nomination de l'équipe de direction de Santé Québec et l'intégration des établissements comme le CISSS de Chaudière-Appalaches, à cette unique organisation de santé et de services sociaux au Québec.

Parmi les pièces législatives adoptées en avril 2023 par nos élus à l'Assemblée nationale, la Loi limitant le recours aux services d'une agence de placement de personnel et à de la main-d'œuvre indépendante (MOI) dans le secteur de la santé et des services sociaux aura des impacts à compter d'octobre 2024, car pour nous, il ne sera plus possible d'avoir recours largement à cette MOI. Pour bien préparer ce changement majeur, d'importants travaux ont été entamés en cours d'année et se poursuivront encore quelques mois pour pouvoir y faire face.

Les coûts engendrés par cette MOI ont eu par ailleurs un impact majeur sur la situation budgétaire du CISSS de Chaudière-Appalaches qui termine l'année en déficit. Les détails sont présentés plus loin dans ce rapport. En plus des coûts engendrés par la MOI, la hausse de l'indice des prix à la consommation (IPC) et le recours au temps supplémentaire et au temps supplémentaire obligatoire, quand cela s'impose, sont venus aussi impacter lourdement le budget de la dernière année. Des travaux sont en cours pour 2024-2025 afin d'optimiser ses activités. Ce sera donc à suivre à la fin de la prochaine année financière.

Finalement, soulignons que les activités de vaccination et de dépistage ayant été déployées pendant la pandémie ont été pérennisées avec la création de la Direction de la vaccination et du dépistage. Les activités portent autant sur la COVID-19 que sur l'influenza ou même encore sur le dépistage du cancer colorectal et la vaccination plus large, dont celle contre le zona. Ce sont dans des points de services locaux que cette nouvelle offre à la population est rendue accessible. Des activités complémentaires se sont aussi ajoutées dans la gamme de ces services.

C'est donc une autre année qui a apporté son lot de défis, mais aussi de beaux accomplissements. Nous souhaitons donc remercier tous les acteurs de l'organisation qui ont permis ces réalisations grâce à leur travail de tous les instants et leur engagement indéfectible, toujours dans l'objectif d'offrir des services de santé et de services sociaux de qualité à la population de la Chaudière-Appalaches!



Brigitte Busque,
Présidente du conseil d'administration



Patrick Simard,
Président-directeur général



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

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

Tout au long de l'exercice, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus de manière à assurer la réalisation des objectifs à l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI) conclue avec le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Le CISSS de Chaudière-Appalaches ne dispose pas de direction d'audit interne. Par contre, l'équipe de l'EGI, de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, coordonne et procède aux validations requises auprès de toutes les directions concernées et assure la gestion documentaire du processus et des travaux réalisés.

Concernant les données financières, les contrôles et les processus internes font l'objet d'une opinion par l'auditeur externe. De plus, les processus internes sont éprouvés et permettent de détecter les anomalies, le cas échéant. La cohérence et le caractère plausible de l'information sont sous la responsabilité de la chef de la comptabilité et de la gestion financière des immobilisations.

Les résultats et les données du Rapport annuel de gestion de l'exercice financier 2023-2024 du CISSS de Chaudière-Appalaches :

- 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 2024.

Le président-directeur général,



Patrick Simard

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

La mission de l'établissement

Voici les responsabilités du CISSS de Chaudière-Appalaches telles que définies par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) :

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

Pour assurer une véritable intégration des services offerts à la population, le CISSS de Chaudière-Appalaches doit :

- Être au cœur d'un RTS;
- Assurer la prestation de soins et de services à la population de son territoire sociosanitaire, incluant le volet santé publique;
- Assumer une responsabilité populationnelle envers la population de son territoire sociosanitaire;
- Veiller à l'organisation des services et à leur complémentarité sur son territoire dans le cadre de ses multiples missions (CLSC, hôpital, centre d'hébergement, centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, centre de réadaptation), et ce, en fonction des besoins de sa population et de ses réalités territoriales;
- Conclure des ententes avec les autres installations et les organisations partenaires de son RTS (centres hospitaliers universitaires, cliniques médicales, groupes de médecine de famille, cliniques réseau, organismes communautaires, pharmacies communautaires, partenaires externes, etc.).

La vision de l'établissement

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

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

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

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

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

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

Les valeurs organisationnelles

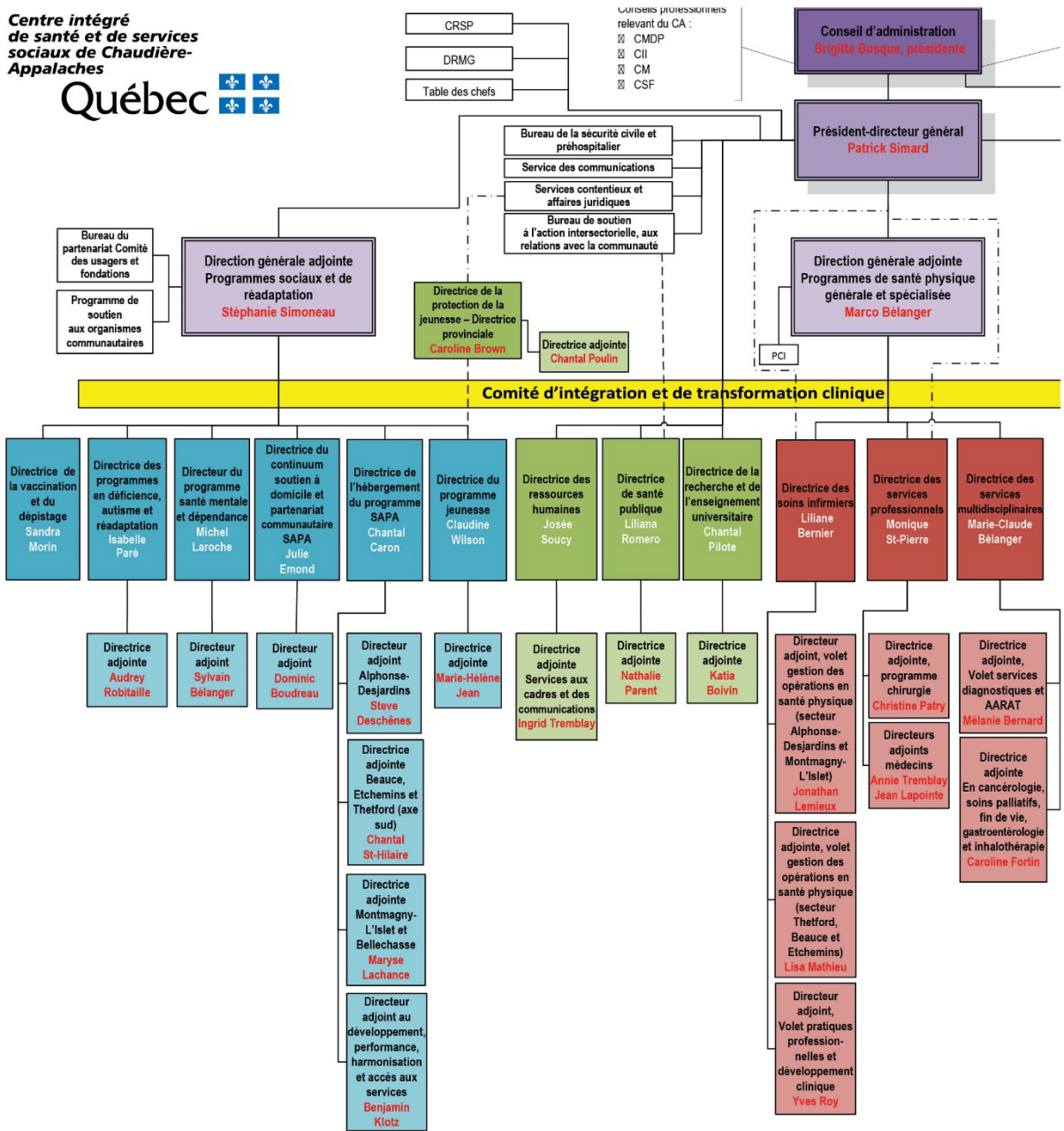
Humanisme : Au CISSS de Chaudière-Appalaches, nous énonçons clairement notre croyance en l'humain. Nous reconnaissons l'unicité de chaque personne, sa dignité et son intégrité. Pour cette raison, l'ouverture à l'autre et l'écoute représentent la base du comportement bienveillant, tout en favorisant l'autodétermination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

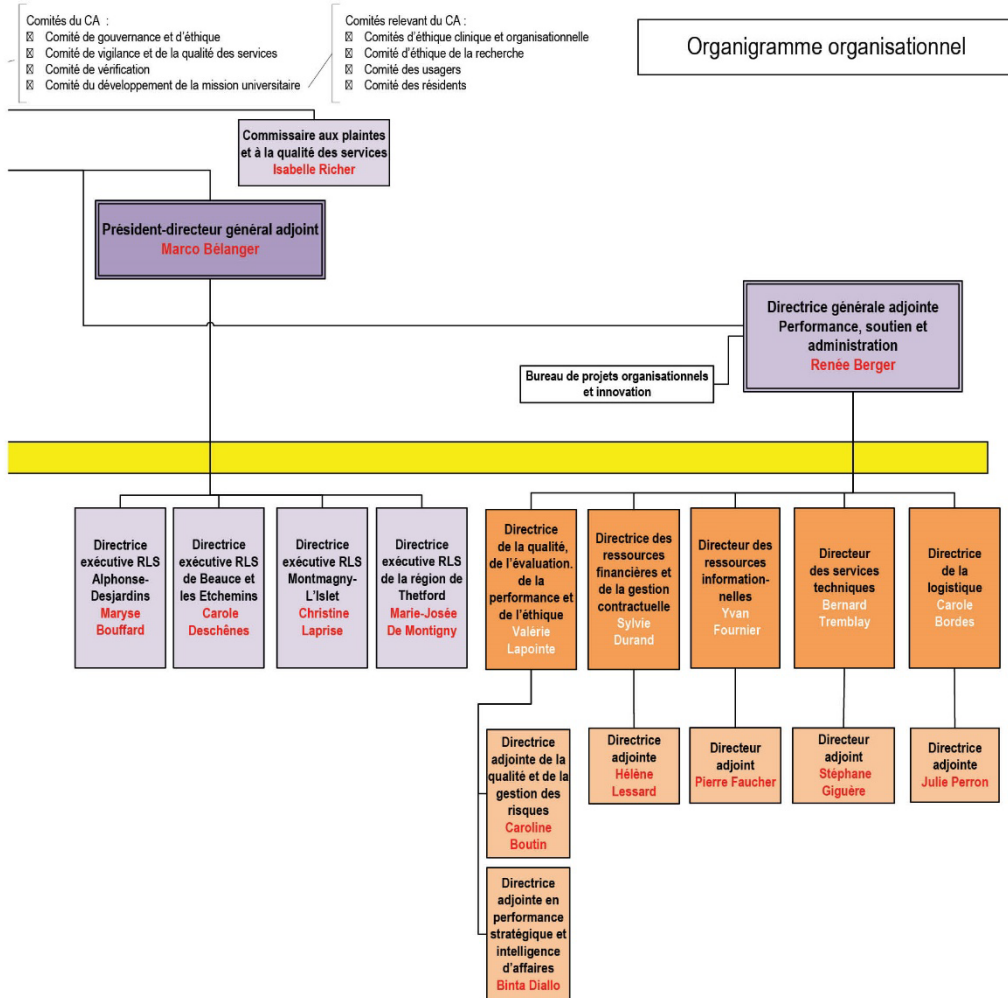
Collaboration : Pour assurer une fluidité dans les soins et les services offerts à la population et construire un nouveau « nous » solide, la collaboration nous appelle à travailler ensemble avec nos usagers et partenaires en complémentarité, au-delà de nos différences, en priorisant la cohésion et la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

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



La structure organisationnelle





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

Le conseil d'administration

Le conseil d'administration est imputable, avec le président-directeur général, des responsabilités confiées au CISSS de Chaudière-Appalaches et de l'actualisation des orientations nationales. Le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Christian Dubé, a annoncé la nomination des membres désignés le 26 mars 2018 ainsi que des membres indépendants et des membres représentant les organismes du milieu de l'enseignement du conseil d'administration du CISSS de Chaudière-Appalaches le 30 septembre 2018, et ce, conformément à la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

Tous les candidats ont été sélectionnés en tenant compte de différents critères, notamment la parité femmes/hommes, la représentativité des différentes parties du territoire couvert par chaque établissement, de même que la composition socioculturelle, ethnoculturelle, linguistique ou démographique de l'ensemble de ses usagers. Plus spécifiquement, concernant les membres indépendants, les candidates et les candidats choisis devaient également satisfaire à certaines exigences quant à leur profil de compétence, d'expertise et d'expérience dans divers domaines, notamment en gouvernance, en gestion des risques, en finance et comptabilité, en ressources immobilières, informationnelles ou humaines, en protection de la jeunesse, en santé mentale ou à titre d'utilisateur des services sociaux. Le ministre s'est également assuré que les conditions requises pour agir à titre de membre indépendant au sein d'un conseil d'administration sont respectées.

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

Les officiers

M ^{me} Brigitte Busque	Présidente
M. Jérôme L'Heureux	Vice-président
M. Patrick Simard	Secrétaire

Les membres du conseil d'administration

Dr Marc-Yves Bergeron	Département régional de médecine générale (DRMG)
M. Hervé Bernier	Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité
Dr Simon Bordeleau	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
M ^{me} Brigitte Busque	Présidente, compétences en ressources immobilières, informationnelles ou humaines
M ^{me} Josée Caron	Compétence en gouvernance ou éthique
M ^{me} Diane Fecteau	Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)
M. Mathieu Fontaine	Expertise dans les organismes communautaires
M. Yves Genest	Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux
M ^{me} Suzanne Jean	Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité
M. Jérôme L'Heureux	Expertise en protection de la jeunesse
Dr Jean-François Montreuil	Milieu de l'enseignement

M. William Morin-Roy	Conseil multidisciplinaire (CM)
M ^{me} Catherine Pépin	Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
M. François Roberge	Membre observateur – représentant des fondations
M. Patrick Simard	Président-directeur général du CISSS de Chaudière-Appalaches
M ^{me} Lise M. Vachon	Comité des usagers (CU)
Poste vacant	Expertise en santé mentale
Poste vacant	Expertise en réadaptation

Rapport de suivi du code d'éthique et de déontologie

Le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration, présenté en annexe, a été adopté le 1^{er} mars 2016. Pour l'année 2023-2024, aucune situation de manquement à ce code n'a été signalée, aucune décision ni sanction n'a été imposée et aucun administrateur n'a été révoqué ou suspendu.

Le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CISSS de Chaudière-Appalaches peut être consulté sur la page suivante de notre site Web : cisssca.com/cisss/conseil-dadministration/code-dethique-et-de-deontologie.

Les comités, les conseils et les instances consultatives

Comité de gouvernance et d'éthique

Les membres du comité

M ^{me} Josée Caron	Présidente
M ^{me} Diane Fecteau	Membre
M. Yves Genest	Membre
M ^{me} Suzanne Jean	Membre
M. Patrick Simard	Président-directeur général du CISSS de Chaudière-Appalaches

Faits saillants majeurs :

Le comité de gouvernance et d'éthique s'est réuni à deux reprises en 2023-2024 sur les quatre réunions prévues au calendrier. Lors de ces séances, les sujets suivants ont été traités :

- les orientations sur la démarche éthique au sein du conseil d'administration;
- le bilan de la démarche éthique pour sensibiliser à l'importance de l'éthique dans l'organisation.

Comité de vigilance et de la qualité des services

Les membres du comité

M. Jérôme L'Heureux	Président
Vacant	Membre
M ^{me} Lise M. Vachon	Membre
M ^{me} Isabelle Richer	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services (membre d'office)
M. Patrick Simard	Président-directeur général du CISSS de Chaudière-Appalaches (membre d'office)
M. Marco Bélanger	Président-directeur général adjoint du CISSS de Chaudière-Appalaches (membre d'office en l'absence du président-directeur général)

Faits saillants majeurs :

Le comité de vigilance et de la qualité des services s'est réuni à quatre reprises en 2023-2024. Lors de ces quatre séances, le comité a traité des différents motifs de plaintes, du suivi de la qualité des soins et services en résidences privées pour aînés (RPA) et en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ainsi que des enquêtes administratives en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF). Une vigie des enjeux particuliers reliés au Protecteur du citoyen, à la gestion des risques et à la prévention et au contrôle des infections ont aussi été traités.

Également, des invités sont venus présenter l'état d'avancement de différents sujets, notamment les délais en cytologie gynécologique, la protection des renseignements personnels, le rapport conformité des pratiques des membres du Conseil multidisciplinaire, etc.

Lors de la réunion de juin 2023, les conseils multidisciplinaires, des infirmières et infirmiers, des sages-femmes, ainsi que le comité des usagers ont présenté les points saillants de leur rapport annuel en mettant en lumière les succès, les réalisations et les défis rencontrés.

Comité de vérification

Les membres du comité

M ^{me} Suzanne Jean	Présidente
M. Jérôme L'Heureux	Membre
M ^{me} Josée Caron	Membre
M. Yves Genest	Membre
D ^r Jean-François Montreuil	Membre

Faits saillants majeurs :

Le comité de vérification s'est réuni à douze reprises en 2023-2024 (huit séances ordinaires et quatre séances spéciales). En plus d'assurer une vigie sur la situation financière de l'établissement, le comité de vérification s'intéresse aux principaux risques d'affaires de l'organisation.

Plus particulièrement, le comité a abordé les thèmes suivants dans le cadre de ses travaux :

- Affaires financières : adoption du budget initial, suivis financiers périodiques, rapport financier annuel, conclusion des travaux d'audit et nomination de l'auditeur indépendant;
- Affaires immobilières : plans de conservation des immobilisations et des équipements, acquisition et vente d'immeubles, enveloppes décentralisées, etc.;
- Affaires informatiques : sécurité de l'information, cybersécurité et plan de modernisation technologique ;
- Affaires contractuelles : portrait personnalisé des activités contractuelles, application des règles contractuelles, etc.;
- Affaires bancaires : nomination des fondés de pouvoir (opérations bancaires) et autorisation d'emprunt;
- Autres dossiers organisationnels : financement axé sur le patient, état de situation des systèmes d'information, etc.

Comité du développement de la mission universitaire

Les membres du comité

M ^{me} Katia Boivin	Directrice adjointe de la recherche et de l'enseignement universitaire
M ^{me} Brigitte Busque	Présidente du conseil d'administration
M ^{me} Suzanne Jean	Représentante du conseil d'administration
D ^r Gilles Lortie	Représentant de l'Université Laval, cogestionnaire de l'enseignement médical
M ^{me} Dominique Marquis	Représentante de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR)
D ^r Jean-François Montreuil	Représentant du conseil d'administration Représentant de l'Université Laval Président du comité
M ^{me} Chantal Pilote	Directrice de la recherche et de l'enseignement universitaire
M. Patrick Simard	Président-directeur général du CISSS de Chaudière-Appalaches

Faits saillants majeurs :

Le comité s'est réuni à deux reprises durant la dernière année financière, soit les 11 octobre 2023 et 23 janvier 2024. La rencontre du 13 mars 2024 a été annulée, car il n'y avait pas le quorum nécessaire.

GOVERNANCE

Annexes des contrats d'affiliations

Le CISSS de Chaudière-Appalaches a signé les ententes complémentaires portant sur les activités d'enseignement avec l'Université du Québec à Rimouski (UQAR) et l'Université Laval. Celles sur les carrières universitaires et la santé et sécurité ont été signées avec l'Université Laval. Des travaux se poursuivent avec les deux universités concernant les ententes sur les frais indirects de la recherche ainsi qu'avec l'Université Laval pour les contrats de recherche.

Nominations

- M^{me} Maryse Beaumier, directrice scientifique du Centre de recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches. Professeure agrégée au Département des sciences de la santé à l'UQAR, M^{me} Beaumier a été nommée par un comité de sélection composé de membres de l'UQAR, de l'Université Laval et de l'établissement.
- M^{me} Manon Poulin, chef de service aux activités académiques et de recherche à la Direction de la recherche et de l'enseignement universitaire (DREU).

Nouveau mode de financement à l'activité académique

Le programme de financement axé sur le patient, issu du MSSS, permet de redistribuer aux établissements des sommes selon leurs volumes d'activités académiques. Avec ce financement, la DREU a mis en place quatre initiatives découlant des priorités d'action du MSSS.

Mesures mises en place à ce jour

- Création d'un poste de chef de service aux activités académiques et de recherche;
- Création d'indicateurs facilement accessibles par les directions du CISSS de Chaudière-Appalaches : en cours pour le volet recherche et à venir pour l'enseignement.

Travaux en cours :

- Projet pilote en sciences infirmières pour permettre la libération pour les superviseurs et superviseuses. Il s'agit pour le moment d'un projet à petite échelle avec un budget limité;
- Création d'une affectation temporaire pour une opératrice ou un opérateur informatique dédié aux besoins d'accès des stagiaires.

Gouverne de l'enseignement

La DREU a proposé au comité de direction du CISSS de Chaudière-Appalaches une révision de la gouverne de l'enseignement et des affaires académiques afin d'inclure le volet multidisciplinaire. Il manquait une instance pour discuter des enjeux avec les bons acteurs et décider des priorités d'action. Les directions du CISSS de Chaudière-Appalaches se sont montrées favorables à cette proposition.

Deux nouveaux comités ont vu le jour :

- Comité stratégique de l'enseignement multidisciplinaire réunissant les directeurs et directrices ou directeurs adjoints et directrices adjointes du CISSS de Chaudière-Appalaches;
- Comité tactique de l'enseignement multidisciplinaire réunissant les répondants et répondantes des directions du CISSS de Chaudière-Appalaches.

RECHERCHE

Lac-à-l'épaule du Centre de recherche du 29 novembre 2023

Les chercheurs et chercheuses du Centre de recherche ont échangé avec les directeurs et directrices du CISSS de Chaudière-Appalaches lors d'une activité de maillage qui a connu beaucoup de succès. Plusieurs avenues de recherche ont émergé de cette rencontre où M. Patrick Simard a présenté le Plan stratégique de l'organisation.

Indicateurs et suivi des projets de recherche

La DREU a créé un nouvel outil pour faciliter le suivi des projets de recherche sous la forme d'un tableau de bord Power BI. Présentant des données issues de la plateforme Nagano (liste des projets par chercheurs et chercheuses, par directions, par thèmes, etc.), cet outil facilitera la prise de décision par les directions dans les processus de convenance des projets. Il permettra aussi d'avoir un portrait détaillé des chercheurs et chercheuses du Centre de recherche incluant leurs articles publiés de même que la liste des étudiants qu'ils supervisent.

Activités scientifiques

Dans le cadre de sa programmation annuelle, le Centre de recherche a poursuivi son offre de conférences et d'ateliers scientifiques.

ENSEIGNEMENT

Stages

En vue de l'augmentation des admissions dans de nombreux programmes de la santé et des services sociaux, comme la médecine, les soins infirmiers, la pharmacie, l'inhalothérapie ou la physiothérapie, le CISSS de Chaudière-Appalaches se prépare à accueillir un plus grand nombre de stagiaires dans ses installations.

Bourses d'encouragement pour les disciplines non médicales

La DREU a mis de l'avant de nouvelles bourses destinées aux étudiants et étudiantes de disciplines non cliniques. Peu de mesures d'encouragement sont dédiées aux secteurs non cliniques et, dans le contexte de pénurie de main-d'œuvre dans ces secteurs, il apparaissait opportun de proposer de telles bourses.

Bourses d'encouragement pour les résidents du GMF-U des Etchemins

Malgré une capacité de six résidents par année, le GMF-U des Etchemins ne comble pas ses places offertes. Après analyse de la situation, afin de favoriser l'attraction de ce milieu, la Faculté de médecine et le CISSS de Chaudière-Appalaches ont convenu d'offrir une bourse d'encouragement de 4 000 \$ par année, pour deux ans. Contrairement à d'autres GMF-U en région, celui des Etchemins n'est pas situé dans une région désignée comme éloignée, ce qui ne permet pas aux résidents de ce milieu de se prévaloir de certaines mesures financières.

Projet Aventure médecine

Le nouveau Pavillon d'enseignement médical à l'Hôtel-Dieu de Lévis a accueilli, à l'automne 2023, sa deuxième cohorte. Actuellement, 48 étudiantes et étudiants évoluent au pré-externat dans le programme délocalisé de médecine de l'Université Laval. Ils ont eu l'occasion d'effectuer 117 visites d'immersion dans les milieux cliniques du CISSS de Chaudière-Appalaches, ce qui constitue une grande valeur ajoutée à leur formation.

Superviseurs et superviseuses

La soirée de reconnaissance des superviseurs et superviseuses de stages s'est déroulée cette année le 16 novembre 2023 au Centre Caztel de Sainte-Marie. Toujours très prisée, l'activité a regroupé 219 personnes.

ÉVALUATION DES ETMISSS ET PRATIQUES DE POINTE

La DREU a poursuivi son action au sein du comité d'ETMISSS (Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux) du RUISSS UL (Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université Laval). Elle a aussi assuré la promotion des produits d'ETMISSS réalisés par les partenaires de la région de Québec. Des employés du CISSS de Chaudière-Appalaches ont participé à des comités de suivi d'ETMISSS réalisés par ces partenaires.

Comité d'éthique de la recherche (CER)

Les membres du comité

M ^{me} Marlène Castilloux, D.E.C.	Représentante de la collectivité
M ^{me} Amélie Chouinard, pharm., M. Sc.	Expertise scientifique - Pharmacienne désignée conjointement par le CMDP et la DSP
M ^{me} Hélène Dubois, M. Sc. Écon.	Représentante de la collectivité
M. Martin Gaudreau, M. Sc.	Expertise scientifique (membre non-votant)
M ^{me} Claire Gaudreault-Arbelot, B. Sc., M.A.	Expertise en éthique
M. Paul Guay, LL. B.	Expertise juridique
M ^{me} Nathalie Laflamme, Ph. D.	Expertise scientifique
M. Jean Rousseau, Ph. D.	Expertise scientifique
M ^{me} Marie-Philippe Tremblay, B. Sc. inf., M. Sc.	Expertise scientifique - Infirmière désignée conjointement par le CII et par la DSI
M ^{me} Anne Bolduc, LL. B.	Expertise juridique (substitut)
M. Étienne Groleau, Ph. D.	Représentant de la collectivité (substitut)
M ^{me} Marie-Soleil Hardy, Ph. D.	Expertise scientifique (substitut)
M ^{me} Myriam Labrecque, D.E.C.	Représentante de la collectivité (substitut)
M ^{me} Ana Marin, Ph. D.	Expertise en éthique (substitut)
Poste vacant	Expertise scientifique - Médecin désigné conjointement par le CMDP et la DSP

Faits saillants majeurs :

- 19 nouveaux projets de recherche ont été évalués cette année par le CER (comparé à 15 l'an dernier);
- Au total, ce sont 215 formulaires de suivi continu (amendements, informations supplémentaires, déviations au protocole, renouvellements, fermetures, réalisation d'un projet étudiant à même un projet déjà approuvé) qui ont été traités (comparé à 257 l'an dernier);
- Évaluation d'un premier essai clinique dans le cadre du programme d'évaluation ACCÉLÉRÉE des essais cliniques avec notre partenaire CATALIS. L'évaluation éthique s'est réalisée dans les délais escomptés, ce qui a permis au CISSS de Chaudière-Appalaches d'être le premier site activé au Canada et le quatrième au plan mondial;
- Changements au sein de l'exécutif du comité (M. Jean Rousseau, à titre de président, en remplacement de M^{me} Ana Marin; M^{me} Nathalie Laflamme, à titre de vice-présidente, en remplacement de M. Guy Morin; M^{me} Marie-Philippe Tremblay, deuxième vice-présidente, en remplacement de M. Jean Rousseau);
- Ajout d'un deuxième membre substitut comme représentant de la communauté au sein du comité afin que l'atteinte du quorum soit assurée;

- Départ des membres suivants :
 - M. Pierre-Maurice Ferland, M. Éth., expertise en éthique (substitut), en date du 13 juin 2023;
 - M. Guy Morin, M. Ph., représentant de la collectivité, membre substitut, en date du 6 décembre 2023.
- Modification du statut des membres suivants :
 - M^{me} Claire Gaudreault, B. Sc., M.A., expertise en éthique, membre régulier, au lieu de membre substitut, en date du 20 septembre 2023 ;
 - M^{me} Ana Marin, Ph. D., expertise en éthique, membre substitut, au lieu de membre régulier, en date du 13 juin 2023 ;
 - M. Guy Morin, M. Ph., représentant de la collectivité, membre substitut, au lieu de membre régulier, en date du 13 juin 2023.
- Nomination des membres suivants, en date du 6 décembre 2023 :
 - M^{me} Hélène Dubois, M. Sc. Écon., représentante de la collectivité;
 - M. Étienne Groleau, Ph. D., représentant de la collectivité (substitut);
 - M^{me} Myriam Labrecque, D.E.C., représentante de la collectivité (substitut).
- Par ailleurs, le poste de médecin désigné conjointement par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et la Direction des services professionnels (DSP) est toujours vacant.

Conseils professionnels relevant du conseil d'administration

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Les membres du comité

D ^r Martin Arata	Président
D ^r Jean-Philippe Allard	Vice-président
M. Jean-Philippe Côté	Secrétaire-trésorier (pharmacien)
D ^{re} Anne Dagnault	Représentant – Secteur Alphonse-Desjardins
D ^{re} Geneviève Gonthier	Représentante – Secteur Alphonse-Desjardins
D ^{re} Sandra Létourneau	Représentante – Secteur Beauce
D ^{re} Marie-Josée Lemieux-Roy	Représentante – Secteur Beauce
D ^r Nicolas Dorval	Représentant – Secteur Thetford

Faits saillants majeurs :

Le CMDP a tenu 15 réunions en 2023-2024 avec le mode webconférence, dont six par voie électronique.

- Évaluation de la qualité par plusieurs études;
- Diagnostique CardioStat à notre plateau;
- Visite du Collège des médecins;
- Création du service de gynécologie-oncologie;
- Assemblée générale tenue le 6 juin et 3 octobre 2023;
- Assemblée générale annuelle tenue le 6 juin 2023;
- Colloque du CMDP – 24 mai 2024.

Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII)

Les membres du comité

M ^{me} Marie-Philippe Tremblay	Présidente
M ^{me} Catherine Pépin	Vice-présidente
M ^{me} Andréanne Richard	Trésorière
M ^{me} Caroline Poulin	Secrétaire
M ^{me} Amélie Painchaud	Conseillère
M ^{me} Annie Leblanc	Conseillère
M ^{me} Marie-Anne Beauchamp	Conseillère
M. Pierre-Paul Grondin	Conseiller
M ^{me} Saphyre Chamberland	Conseillère
M. Joas Quirion	Président du CIIA
M ^{me} Thalessa Vachon	Vice-présidente du CIIA
M ^{me} Liliane Bernier	Directrice des soins infirmiers
M. Yves Roy (mai 2023 à janvier 2024) / M ^{me} Geneviève Leblanc (février 2024 à aujourd'hui)	Directeur/directrice adjoint(e) des soins infirmiers, volet pratiques professionnelles et développement clinique
M. Patrick Simard	Président-directeur général du CISSS de Chaudière-Appalaches

Faits saillants majeurs :

- Lancement du concours visant à reconnaître l'ensemble des infirmières et infirmières auxiliaires de l'organisation. Les prix se déclinent en trois catégories, soit le prix de la relève infirmière, de l'expérience et de l'innovation. Deux infirmières et infirmières auxiliaires par catégorie (n=3) recevront un prix d'une valeur de 50 \$ chacun;
- Participation du Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) à la conférence régionale de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) portant sur la pleine étendue du champ de pratiques de ces dernières;
- Réalisation du second audit portant sur le modèle de distribution des soins. Les données préliminaires ont été présentées lors du CECII. Le rapport est en cours de rédaction;
- Rédaction d'un avis conjoint, en collaboration avec le Conseil multidisciplinaire (CM) et le Conseil des sages-femmes (CSF) à propos de la diversité sexuelle et de genre, déposé au président-directeur général du CISSS de Chaudière-Appalaches;
- Remise de 20 000 \$ en bourse à des infirmières et infirmières auxiliaires de l'Hôtel-Dieu de Lévis par le CECII, à la suite d'une entente avec la Fondation Hôtel-Dieu de Lévis par le biais de l'entreprise Dessercom;
- Réalisation d'un audit portant sur l'évaluation infirmière et la planification des soins dans le but d'améliorer la qualité des soins infirmiers. Cette évaluation, au cœur de la pratique infirmière, implique la collecte, l'analyse des données, la planification et la réévaluation continue des soins et des usagers. Au total, 298 infirmières du CISSS de Chaudière-Appalaches ont répondu au questionnaire. À la suite de l'analyse des données, le CECII a produit un rapport complet proposant à la Directrice des soins infirmiers l'application et le suivi de recommandations, duquel découlent des actions concrètes permettant de les opérationnaliser;

- Présentation sous forme d’affiche, à la quatrième journée scientifique du Centre de recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches, des données et des recommandations découlant du projet portant sur les perceptions du personnel de la santé et des services sociaux sur les pratiques professionnelles en temps de pandémie, réalisé en (2021-2022) ;
- Participation à l’organisation du Colloque en soins infirmiers. La reconnaissance de l’expertise en soins infirmiers en Chaudière-Appalaches de l’Ordre régional des infirmières et infirmiers de Chaudière-Appalaches (ORIICA) ;
- Rédaction d’un avis conjoint avec le CM à propos de la modulation des services pour la période estivale de 2023. Les recommandations du CM et du Conseil des infirmières et infirmiers (CII) visent à adresser les enjeux psychosociaux liés à la modulation des services de santé;
- Dépôt d’un mémoire lors du mandat de consultations particulières et d’auditions publiques dans le cadre de la Loi visant à rendre le système de santé et des services sociaux plus efficaces.
L’intégralité du mémoire peut être consultée au :
https://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bil.DocumentGenerique_189969&process=Default&token=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vIv9rjij7p3xLGTZDmLVSmJLoqe/vG7/YWzz
- Analyse de quinze ordonnances collectives, neuf protocoles infirmiers, trois procédures cliniques, un protocole médical, sept règles de soins infirmiers, deux protocoles interdisciplinaires, quatre ordonnances préimprimées ainsi qu’une politique. De fait, le comité exécutif a analysé 1,5 fois plus d’outils destinés aux infirmières, infirmières auxiliaires et infirmières praticiennes spécialisées en comparaison à l’année 2022-2023.

Conseil multidisciplinaire (CM)

Les officiers

M ^{me} Myrienne Rousseau	Présidente, membre d’office de tous les comités du comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM)
M. Jude Martel (remplacé par M ^{me} Patricia Bilodeau à partir de décembre 2023)	Vice-président, responsable du comité de soutien au comité de pairs du CECM
M ^{me} Hélène April	Secrétaire-trésorière, membre du comité des communications

Les membres du CECM

M ^{me} Andrée-Anne Côté	Membre du comité des avis
M ^{me} Anny Berthiaume	Membre du comité des communications
M ^{me} Ariane Tosti	Membre du comité des avis
M ^{me} Claudine Poulin	Responsable du comité des communications du CECM
M. Éric Morasse	Membre du comité de soutien au comité de pairs
M. Félix Fontaine	Membre du comité des avis jusqu’en janvier 2024
M ^{me} Isabelle Dion	Membre du comité pour le maintien et le développement des compétences (CMPC)
M ^{me} Lucie Lefebvre	Membre du comité des avis
M ^{me} Marie-Pier Blais	Membre du CMPC du CECM

Direction générale

M ^{me} Marie-Claude Bélanger	Déléguée du président-directeur général
M ^{me} Mélanie Dupuis	Membre invitée permanente
M. Patrick Simard	Président-directeur général du CISSS de Chaudière-Appalaches

Faits saillants majeurs :

- Le travail collaboratif entre les instances professionnelles du CISSS de Chaudière-Appalaches, soit le conseil multidisciplinaire (CM), le conseil des infirmiers et infirmières (CII) ainsi que le conseil des sages-femmes (CSF), a permis l'aboutissement de deux avis qui ont été transmis à la direction générale au courant de l'année 2023 soit sur :
 - La modulation des services en période estivale 2023;
 - La diversité sexuelle et de genre.
- Le projet de la révision de la gamme de services à la Direction des programmes en déficience, autisme et réadaptation (DPDAR) a suscité de grandes préoccupations. Le comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM) a été impliqué sur le comité de pilotage pour influencer positivement l'implantation de ce projet. Il a également transmis un avis à la Direction générale en mars 2024;
- Le 7 novembre dernier, invités par l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ), une rencontre s'est tenue avec la directrice du cabinet de la ministre Sonia Bélanger, ministre déléguée à la Santé et responsable des Aînés. Il a été possible de discuter, avec elle et une conseillère, des changements annoncés, de la réalité du « terrain » des intervenants – utilisateurs des outils de cheminement clinique (OCCI), réitérer l'importance et la pertinence des autres recommandations émises dans l'avis de l'ACMQ;
- Les bourses Dessercom ont été offertes à nos membres pour une deuxième année consécutive grâce à la Fondation de l'Hôtel-Dieu de Lévis et Dessercom. Plus d'une dizaine de gagnants se sont vus remettre une bourse de 6 000\$ afin de participer à une activité de développement des compétences (ex. : formation, colloque, etc.). La remise de ces bourses a été organisée en collaboration avec le CII.

Conseil des sages-femmes (CSF)

Les membres du conseil

M ^{me} Geneviève Morin	Présidente
M ^{me} Marie-Audrey Vaillancourt	Vice-présidente
M ^{me} Marie-Josée Larocque	Secrétaire
M ^{me} Julie Turgeon	Officière
M ^{me} Eugénie Champagne-Gilbert, remplacée en cours de mandat par M ^{me} Lucie Mayrand	Officière de Beauce

Faits saillants majeurs :

- La mission première du CSF est d'assurer la qualité des services offerts par le Service de sages-femmes au sein du CISSS de Chaudière-Appalaches. Ce mandat est en grande partie assuré par son comité qualité qui travaille à l'amélioration continue de la pratique. Cette année, le comité qualité a adopté ou mis à jour plusieurs documents, entre autres, un aide-mémoire pour les suivis et la surveillance de

l'hypertension gestationnelle ainsi qu'une fiche de suivi pour les accouchements vaginaux après césarienne (AVAC). Plusieurs efforts ont été déployés afin de s'approprier les changements recommandés par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) dans la gestion de l'hémorragie post-partum (ateliers théoriques et pratiques, production d'algorithme). Le conseil des sages-femmes s'assure régulièrement de faire le suivi du sondage de satisfaction de la clientèle et d'apporter des ajustements aux services offerts afin de répondre aux demandes de sa clientèle;

- L'entente de collaboration avec l'Hôtel-Dieu de Lévis a été retravaillée avec l'équipe de pédiatrie afin d'améliorer les trajectoires de consultations et de transferts des nouveau-nés. L'entente pourra être signée sous peu. Celle-ci inclura une annexe concernant le transport des nouveau-nés nécessitant des soins plus complexes ne pouvant être offerts à la Maison de naissance Mimosa. Les nouveau-nés qui requièrent une assistance respiratoire, entre autres, pourront être transportés par l'équipe de transport du CHUL;
- Un document clarifiant les trajectoires de consultation et les transferts de responsabilité spécifique au bon médecin ou spécialiste spécifique au point de service de la Beauce a été produit en collaboration avec les omnipraticiens et les gynécologues pratiquant à l'Hôpital de Saint-Georges;
- Le Service de sages-femmes a reçu en février dernier la visite de l'équipe Initiative ami des bébés (IAB) du MSSS. Les résultats qui qualifient la recertification du Service de sages-femmes IAB devraient être révélés sous peu;
- Une collaboration débutée l'an dernier avec d'autres conseils professionnels à l'intérieur du CISSS de Chaudière-Appalaches a produit un avis sur la diversité sexuelle et de genre. Le service de sages-femmes offrira sa collaboration pour sa mise en application;
- Le conseil des sages-femmes a surveillé de près les travaux entourant le projet de loi 15 qui, avec son adoption, entrainera la fusion des conseils de sages-femmes avec les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (qui deviendront des CMDPSF). Il se prépare pour la transition qui devrait avoir lieu durant le prochain exercice.

Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

Les membres du comité

M ^{me} Louise Binet	Pharmacienne-propriétaire, secteur Beauce-Etchemins et présidente du CRSP
M ^{me} Chantal Breton	Chef du département régional de pharmacie, CISSS de Chaudière-Appalaches
M ^{me} Caroline Buteau	Pharmacienne communautaire salariée, secteur Alphonse-Desjardins
M. Jean-Philippe Côté	Membre invité, pharmacien en établissement de santé, secteur Alphonse-Desjardins et pharmacien désigné en soutien des dossiers du CRSP
M ^{me} Sylvie Croteau	Pharmacienne en établissement de santé, secteur Thetford et représentante des pharmaciens en GMF
M. Alexandre Du Brule	Membre coopté, pharmacien-propriétaire, secteur Thetford
M ^{me} Camille Dupuis-Brousseau	Pharmacienne-propriétaire, secteur Alphonse-Desjardins
M ^{me} Stéphanie Faucher	Pharmacienne communautaire salariée, secteur Thetford
M ^{me} Diane Fecteau	Pharmacienne en établissement de santé, secteur Beauce-Etchemins
M ^{me} Isabelle Fortin	Pharmacienne communautaire salariée, secteur Montmagny-L'Islet
M ^{me} Kathy Grenier	Membre coopté, pharmacienne communautaire salariée, secteur Montmagny-L'Islet
M ^{me} Stéphanie Laforest	Pharmacienne communautaire salariée, secteur Alphonse-Desjardins

M ^{me} Chloë Leblanc	Pharmacienne communautaire salariée, secteur Beauce-Etchemins
M ^{me} Geneviève Leclerc	Pharmacienne en établissement de santé, secteur Montmagny-L'Islet
M ^{me} Audrey Quirion	Membre remplaçant, pharmacienne communautaire salariée, secteur Thetford
M ^{me} Marie-Claude Raymond	Pharmacienne-propriétaire, secteur Alphonse-Desjardins
D ^r Christophe Hamel	Membre invité, représentant du Département régional de médecine générale (DRMG)
M ^{me} Lorence St-Pierre	Pharmacienne en établissement de santé, secteur Alphonse-Desjardins
D ^{re} Monique St-Pierre	Membre invité, directrice des services professionnels au CISSS de Chaudière-Appalaches
M. Patrick Simard	Président-directeur général du CISSS de Chaudière-Appalaches
M ^{me} Isabelle Taillon	Membre invité, représentante du CRSP de la Capitale-Nationale

Faits saillants majeurs :

- Refonte du site Web du comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) de Chaudière-Appalaches pour un meilleur accès aux documents disponibles et mise en place d'une page Facebook pour la diffusion des communications du CRSP;
- Travaux de collaboration avec le Département régional de médecine générale (DRMG) : mise en place de modalités de priorisation des communications entre les pharmaciens et les médecins de famille et mise à jour du formulaire de communication interprofessionnelle, notamment au regard des prolongations d'ordonnances, dans une perspective d'améliorer l'accès aux soins par le bon professionnel au bon moment;
- Travaux concernant la continuité des soins pharmaceutiques : une procédure pour la distribution de la médication au départ de l'utilisateur a été élaborée afin de préciser les rôles et responsabilités respectives des établissements et des pharmacies communautaires dans ce processus et une amélioration des communications concernant les heures d'ouverture des pharmacies communautaires, particulièrement pour la période des Fêtes, a été mise en place par le site Web du CRSP;
- Des travaux concernant l'amélioration de la transmission des informations pour la continuité des soins pharmaceutiques des usagers des cliniques externes d'oncologie, d'insuffisance cardiaque et de dialyse se poursuivent;
- Reprise de la communauté de pratique régionale des pharmaciens en GMF;
- Collaboration à la mise en place d'une ordonnance collective régionale permettant aux pharmaciens communautaires d'amorcer le traitement approprié d'une pharyngite à streptocoque;
- Poursuite des dossiers en cours : mise en place des activités d'antibiogouvernance en milieu communautaire, optimisation du référencement aux pharmaciens communautaires par le Guichet d'accès à la première ligne (GAP), trajectoire concernant les sorties d'hôpital;
- Projet de loi 15 : le CRSP a pris connaissance du nouveau projet de loi. Les règlements à venir viendront préciser le nouveau rôle attendu des CRSP.

Table régionale des chefs de départements

Membre de la table

D ^{re} Monique St-Pierre et Dr Martin Arata Chef de département à venir avec nomination au CA du 1 ^{er} mai : Dre Martine Poulin	Cochefs intérimaires du Département d'anesthésiologie
D ^{re} Danièle Marceau	Chef du Département clinique de médecine de laboratoire
D ^{re} Monique St-Pierre et Dr Martin Arata Chef de département à venir avec nomination au CA du 1 ^{er} mai : Dr Xavier Paré	Cochefs intérimaires du Département de chirurgie
D ^{re} Marie-Josée Godbout	Chef du Département d'imagerie médicale
D ^{re} Monique St-Pierre et Dr Martin Arata	Cochefs intérimaires du Département de médecine générale
D ^{re} Christine Drouin	Chef du Département de médecine spécialisée
Dr Jean-Simon Létourneau	Chef du Département de médecine d'urgence
Dr Jean-Pierre Gennaoui (fin mandat : 30 juin 2023), D ^{re} Monique St-Pierre et Dr Martin Arata	Chef du Département d'obstétrique et de gynécologie Cochefs intérimaires du Département d'obstétrique et de gynécologie
D ^{re} Lise Bélanger (fin mandat : 30 novembre 2023)	Chef du Département de pédiatrie
D ^{re} Catherine Déry (début de mandat : janvier 2024)	Chef du Département de pédiatrie
Dr Martin Doyon	Chef du Département de psychiatrie
M ^{me} Chantal Breton	Chef du Département régional de pharmacie
Dr David Bellemare	Chef du Département de santé publique

Faits saillants majeurs :

Implication des chefs de départements dans divers dossiers :

- Participation active à plusieurs rencontres de divers comités de travail portant sur la fluidité hospitalière :
 - Réduction des observations à l'urgence;
 - Projet de déclaration d'hébergement à partir du domicile;
 - Contribution accrue en première ligne (GAP);
 - Hausse des réorientations des usagers évalués P4 et P5 à l'urgence;
 - Travail en triade avec les coordonnateurs médicaux;
 - Chantier en lien avec les usagers en niveau de soins alternatifs (NSA);
 - Lits de surcapacité en période de débordement;
 - Élaboration des règles d'utilisation des ressources (RUR) pour le bloc opératoire, l'urgence et les cliniques externes;
 - Remplacement de Médipatient par Clinibase CI et remplacement de MédiVisit par eRendez-vous;
 - Contribution à la révision du Plan de désencombrement de la mission hospitalière.
- Déploiement de PetalMD;
- Projet de loi 15;
- Enjeux de la main-d'œuvre et de la modulation des services à la période estivale 2023;
- Crise dans les laboratoires : précarité des ressources « techniciennes de laboratoire »;

- Usage pertinent des examens cliniques en première ligne;
- Financement axé sur le patient (FAP);
- Participation de certains chefs de département et chefs de service, le 29 novembre dernier à l'hôpital Saint-Georges, avec le président de la fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), le Dr Vincent Oliva, accompagné du Dr Rafik Ghali (directeur des affaires professionnelles), de la Dre Corinn Leclercq (représentante des régions intermédiaires) et de Mme Marie-Ève Rodrigue (conseillère à la direction des affaires professionnelles);
- Participation de certains chefs de département et chefs de service en décembre 2023, lors de la visite d'inspection professionnelle du Collège des médecins;
- Constat de décès par les infirmières;
- Participation à l'activité de formation tenue le 24 novembre 2023;
- Revendications pour réduire plusieurs délais prolongés de transcription de résultats d'imagerie médicale;
- Contribution aux rencontres de priorisation des équipements médicaux;
- Intérêt manifesté pour la salle de pilotage de la Direction des services professionnels et des suivis d'indicateurs.

Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise

Membres du comité

M. Peter Whitcomb	Président
Mme Lorna Campbell	Membre
M. Brian Gignac	Membre
Mme Laurel Lowry	Membre
Mme Michelle Mathieu	Membre
Mme Ann Marie Powell	Membre
Mme Maurren Small	Membre

Faits saillants majeurs :

- Le comité régional d'accès aux services en langue anglaise (CRASLA) n'a pas comblé le siège de membre indépendant de la communauté anglophone au conseil d'administration du CISSS de Chaudière-Appalaches. Les démarches entreprises n'ont pas porté fruit. Devant l'impossibilité de trouver des personnes intéressées, la démarche a été abandonnée en 2024 avec l'autorisation du Ministère;
- Des services de soins de santé et de services sociaux de l'établissement ont été rendus accessibles à 114 personnes de la communauté anglophone grâce à l'appel aux services d'interprétariat de la banque d'interprète de la Capitale-Nationale. La décision prise cette année d'utiliser les services de cette organisation a permis d'améliorer l'accès;
- Un partenariat a été développé avec la direction de l'École New Liverpool, et ce, pour établir un continuum de services aux enfants et parents qui fréquenteront l'école à partir du mois de septembre 2024. La Direction du programme Jeunesse sera responsable de déployer des services adaptés;
- Quatorze blocs-notes ont été distribués pour permettre aux divers intervenants d'informer les usagers sur les différents services d'urgence de l'établissement et leurs alternatives;

- Grâce au partenariat avec la Corporation de développement de la communauté d'expression anglaise de Mégantic (MCDC), les résultats suivants ont été obtenus :
 - Soutien aux travailleurs sociaux, à titre d'interprètes : huit rencontres pour le suivi de dossiers d'usagers anglophones;
 - Traitement de sept demandes de traduction de documents;
 - Diffusion de six numéros d'un bulletin d'information à la communauté anglophone (octobre 2023 à mars 2024);
 - Offre de service d'interprètes à 24 reprises (octobre 2023 à mars 2024);
 - Accompagnement de 100 personnes à l'occasion de prestation de services;
 - Mise en ligne d'un guide-usager disponible à la communauté anglophone, pour les aider à s'orienter dans le réseau de la santé.

Comité de gestion des risques

Membres du comité

M. Patrick Simard	Président-directeur général du CISSS de Chaudière-Appalaches ou une personne identifiée par ce dernier pour agir comme responsable du comité et membre d'office
M ^{me} Caroline Boutin	Directrice adjointe de la qualité et de la gestion des risques
M ^{me} Dorothée Bilodeau	Chef de service de la gestion intégrée des risques et à la prestation sécuritaire des soins et services
M ^{me} Marielle Fortier	Représentante du comité des usagers (membre du comité des usagers)
M ^{me} Mélanie Gélinas remplacée par M ^{me} Nathalie Guillemette depuis juillet 2023	Chef de service en prévention et contrôle des infections (membre désigné par le comité de prévention des infections)
M ^{me} Chantal Breton	Pharmacienne-chef (chef du département de la pharmacie)
D ^r François Paquet	Urgentologue et médecin hyperbare (médecin issu du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens)
M ^{me} Patricia Bilodeau	Ergothérapeute (membre issu du conseil multidisciplinaire (social/réadaptation))
M ^{me} Caroline Poulin	Infirmière (membre issu du conseil des infirmiers et infirmières, dédié aux soins cliniques, représentant la mission hospitalière)
M ^{me} Sylvie Girard	Infirmière auxiliaire (membre issu du conseil des infirmiers et infirmières auxiliaires, dédié aux soins cliniques, représentant la mission hébergement)
M. Jonathan Simard	Conseiller-cadre du programme chirurgie (répondant local au retraitement des dispositifs médicaux des établissements)
M ^{me} Annick Payeur	Chef de service gynéco-pédiatrie-néonatalogie (membre des services du continuum enfance jeunesse)
Un usager partenaire	Non comblé

Faits saillants majeurs :

- Présentation de la politique d'hébergement et de soins et services de longue durée et l'approche d'amélioration continue à l'intérieur de ces installations;
- Projet d'amélioration du processus menant à la signature d'une entente avec une RI-RTF;
- Nouveau Règlement sur la certification des RPA, entré en vigueur le 15 décembre 2022;

- Présentation de la mission et des services offerts à l'unité d'hébergement transitoire pour enfants à Saint-Isidore;
- Suivi du plan de sécurité des usagers au CISSS de Chaudière-Appalaches;
- Reprise des visites ministérielles en CHSLD en avril 2023;
- Suivi des constats et des recommandations émises à la suite de la visite d'Agrément, s'étant déroulée entre le 12 et le 16 juin 2023 pour le programme DPDAR et les soins généraux;
- Présentation de la Loi 15 et de l'équipe du bureau de la protection des renseignements personnels au CISSS de Chaudière-Appalaches. Il a été convenu de présenter en point statutaire à l'ordre du jour du comité de gestion des risques les événements liés au bris de confidentialité ainsi que les recommandations émises à la suite de l'analyse;
- Suivi de la recommandation pour la reprise des travaux du comité code bleu et code pédiatrique afin d'élaborer la procédure code bleu et code bleu pédiatrique.

Comité paritaire en santé et en sécurité au travail (en date du 30 avril 2024)

Membres du comité

M ^{me} Marie-Claude Gilbert	Membre SPSST
M. Martin Lemieux, FTQ	Coprésident syndical
M ^{me} Isabelle Paré	Coprésidente patronale
M ^{me} Carole Mercier, FIQ	Membre syndical
M ^{me} Nancy Côté, CSN	Membre syndical
M ^{me} Kristina Boucher, APTS	Membre syndical
M ^{me} Liliane Bernier	Membre patronal
M. Guillaume Couillard	Membre patronal
M. Chantal Caron	Membre patronal

Faits saillants majeurs :

Rencontres

Le comité paritaire en santé et en sécurité au travail (CPSST) s'est réuni à quatre reprises en 2023 à l'instar de quatre rencontres annuelles.

Co-présidence

En octobre, les départs de M^{me} Josée Chouinard, M. Stéphane Shaink et M. Bryan St-Laurent ont été annoncés. Trois nouveaux membres ont été nommés, soit M^{me} Chantal Caron de la DHPSAPA, M^{me} Isabelle Paré de la DPDAR et M. Francis Lalancette de l'APTS. Ce dernier ayant quitté l'organisation quelque temps après, M^{me} Kristina Boucher a été nommée en début d'année 2024.

Loi modernisant le régime santé et sécurité (LMRSST)

Les changements provenant de la nouvelle Loi modernisant le régime de santé et de sécurité, pour le volet prévention, ont été présentés au comité afin d'avoir une vision d'ensemble des sujets qui devront être abordés afin de se conformer comme employeur.

Un comité de travail a été créé impliquant le SPSST et les quatre instances syndicales. Un suivi est réalisé au CPSST en continu.

Risques et moyens de contrôle

Le document global répertoriant les risques et les moyens de contrôle dans notre organisation a été mis à jour et entériné par le comité.

À chacune des rencontres, les membres reçoivent les différentes statistiques en SST, soit :

- Le nombre d'événements déclarés selon les titres d'emploi et les directions;
- Les analyses de niveau 2 réalisées suite à un DAAT-12.

Les dérogations de la CNESST

Le service de la prévention et les quatre comités thématiques découlant du CPSST ont également porté une multitude d'actions tout au long de l'année en matière de prévention SST. Nous vous invitons à consulter le bilan global du Service de la prévention, SST et du CPSST pour connaître tous les détails.

Nouveau cette année : faire la tournée des directions dans le but de leur présenter leur bilan PSST de la dernière année (2023). Cette tournée s'inscrit dans l'objectif de développer la culture Prévention, santé, sécurité dans l'organisation, en mettant l'emphase sur l'importance de la responsabilité partagée.

Comité des résidents - Table hébergement régionale (THR)

Regroupement régional des comités de résidents

Membres du comité

M ^{me} Marielle Fortier	Responsable de la Table hébergement régionale (THR) déléguée par le CUCI
M ^{me} Michelle Cliche	Adjointe à la responsable
M ^{me} Diane Anglehart	Membre
M ^{me} Claudette St-Gelais	Membre
M. Denis Dubois	Membre
M ^{me} Suzanne Brisson	Membre
M. Richard Lachance	Membre
M. Simon Pépin	Membre
M. Michel Vaillancourt	Membre

Faits saillants majeurs :

- Rédaction d'un tableau des enjeux et des questions, en regard de l'hébergement dans les CHSLD et les maisons des aînés et alternatives (MDAA), recueillis en consultant l'ensemble des comités de résidents de la région, en s'assurant d'obtenir des réponses auprès de la Direction soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), de faire les suivis et d'assurer la vigie nécessaire. À titre d'exemples de dossiers concernés : MDAA, politique d'hébergement et de soins de longue durée, grands dossiers SAPA, application des programmes ministériels, démarche de sondage en partenariat, etc.;
- Soutien de la THR en regard des représentations auprès de la Direction SAPA pour le déploiement régional du projet « faire boire », afin de mieux exercer le droit du résident vivant en CHSLD ou MDAA de recevoir, en continu, un service adapté qui réponde à son besoin fondamental de pouvoir boire pour s'hydrater;
- Échanges avec le Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU) et le président du Collège des médecins pour soutenir la démarche de demande de révision des programmes ministériels relatifs au CHSLD ou MDAA, afin qu'ils soient adaptés et qu'ils répondent davantage aux besoins des résidents;
- Déploiement de la fiche « mouvement de clientèle » et des directives associées auprès des gestionnaires de tous les CHSLD, soutenant les comités de résidents pour bien jouer leur rôle en leur permettant d'entrer en communication avec les nouveaux résidents, leurs répondants et leurs proches.

Comité des usagers du centre intégré (CUCI)

Membres du comité

M. Louis-Marie Bissonnette	Président
M. Roland Poulin	Vice-président
M ^{me} Claudette St-Gelais	Trésorière
M ^{me} Karine Hamelin	Secrétaire
M ^{me} Lise M. Vachon	Membre, représentante au conseil d'administration du CISSS de Chaudière-Appalaches, comité de vigilance
M ^{me} Marielle Fortier	Membre, responsable de la THR
M ^{me} Renée Hébert	Membre
M. Michel Vaillancourt	Membre
M ^{me} Diane Anglehart	Membre
M. Claude Filteau	Membre
M. Denis Dubois	Membre

Faits saillants majeurs :

- Soutien au bon fonctionnement des comités des usagers dans l'exercice de leur mandat :
 - Support et formation des personnes-ressources, rencontre-échange entre elles, transfert d'information, soutien financier;
 - Élaboration et coconstruction d'outils de référence, partage de bonnes pratiques, etc.;
 - Consultation des personnes-ressources des comités des usagers et participation de celles-ci à certaines activités du CUCI.

- État des lieux, en lien avec la détermination des enjeux ciblés par l'ensemble des comités des usagers, sélection de l'offre de services de soutien à domicile (SAD) pour toutes clientèles comme enjeu prioritaire, et état de la situation du SAD sous différents angles (accès à l'information, accès aux services, qualité des soins et services reçus, détermination de cas traceurs, etc.) eu égard au respect des droits des usagers;
- Coopération de certains membres du CUCI aux travaux des comités statutaires du CISSS de Chaudière-Appalaches (conseil d'administration, comité de la vigilance et de la qualité des services, comité de gestion des risques) et vigie exercée par une participation du CUCI aux travaux de certains comités ad hoc portant, entre autres, sur l'éthique, le virage proche aidance, le nouveau système d'horodateurs, l'unité d'hébergement transitoire pour enfants de la Direction des programmes en déficience, autisme et réadaptation (DPDAR), la modulation des services, les mécanismes d'accès à l'hébergement, la transformation numérique, etc.;
- Apport stratégique à certains échanges (information, représentation, partage d'enjeux et de recommandations), concernant l'accès aux services pour les usagers du CISSS de Chaudière-Appalaches, et concernant l'avenir des comités en lien avec la Loi 15 et la création de Santé Québec, par la contribution des membres aux rencontres avec la direction générale ou d'autres directions de l'établissement, avec le président du Collège des médecins, la commissaire aux plaintes et à la qualité des services (CPQS), le CPM, le RPCU, etc.

Département régional de médecine générale (DRMG)

Membres du comité

D ^{re} Geneviève Caron-Fauconnier	Membre élue, cheffe du DRMG – Beauce (omnipratique)
D ^{re} Annie Lanthier	Membre élue, cocheffe du DRMG – Alphonse-Desjardins (service de périnatalogie)
D ^{re} Maggie Lachance, remplacée par D ^r Luc Bédard (démission le 13 mars 2024)	Membre coopté, Thetford (omnipratique)
D ^r Sylvain Dion	Membre coopté, Etchemins (omnipratique)
D ^r Pierre Martel	Membre coopté, Montmagny (omnipratique)
D ^r Antoine Lapointe	Membre coopté, Alphonse-Desjardins (service de médecine d'urgence)
D ^{re} Michèle Robichaud	Membre coopté, Alphonse-Desjardins (service de réadaptation)
D ^{re} Suzanne Beauregard	Membre coopté, Lotbinière (omnipratique)
D ^{re} Anne Laliberté	Membre coopté, Bellechasse (omnipratique)
D ^r Christophe Hamel	Membre coopté, Chutes-Chaudière (omnipratique)
D ^{re} Alexandra Audet	Membre coopté, Nouvelle-Beauce (omnipratique)
D ^r Jérôme Patry	Membre coopté, Alphonse-Desjardins (volet GMF-U)
M. Patrick Simard	Président-directeur général du CISSS de Chaudière-Appalaches (membre d'office)
M. Marco Bélanger	Président-directeur général adjoint du CISSS de Chaudière-Appalaches (membre d'office en l'absence du président-directeur général)

Faits saillants majeurs :

Renouvellement GMF 2024-2025

Pour l'exercice de 2024-2025, le Secrétariat du Conseil du trésor (SCT) n'a pas permis au MSSS de procéder à la publication des nouveaux programmes pour le 1^{er} avril 2024. Les programmes en vigueur demeurent les mêmes et sont disponibles sur le site Web du MSSS : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/groupes-de-medecine-de-famillegmf-et-super-cliniques-gmf-reseau/>.

Toutefois, certaines mesures prévues dans les programmes modifiés pourront être appliquées pour l'année financière 2024-2025 en ce qui concerne, entre autres :

- Le rehaussement des demi-postes en GMF et en GMF-AR sur reddition de comptes;
- Le mécanisme d'accès aux services de première ligne (mesure 8,4);
- Le remplacement des ressources octroyées par le Programme GMF.

Des défis attendent le DRMG et la DSP dans les années à venir, car six GMF diminueront leur niveau de financement ou seront sujets à une baisse de financement pour l'année 2024-2025. L'an dernier, c'est près de 50 % des GMF (9) qui ont vécu une baisse de financement. Cela témoigne du défi de maintenir le niveau d'inscriptions individuelles dans la région. Malgré une baisse de niveau, la plupart des GMF se sont engagés dans la mesure d'accès populationnel 8,4 du programme GMF ainsi que dans les inscriptions collectives.

Pour la prochaine année, le DRMG organisera un lac-à-l'épaule avec les membres de son comité de direction, ses coordonnateurs médicaux locaux (CML) et les adjoints à la DSP, qui aura comme thème « Le GMF le noyau de la première ligne ».

GAP-GAMF

Le Guichet d'accès à la première ligne (GAP) est la porte d'entrée pour obtenir des services de santé lorsqu'un usager n'a pas de médecin de famille. Le GAP a pour mission d'offrir aux usagers-orphelins inscrits au guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) ou à un GMF le bon soin au bon moment par le bon professionnel.

Le GAP est déployé en Chaudière-Appalaches depuis deux ans et l'équipe en place répond à plus de 1800 demandes par semaine. Le nombre de demandes à traiter ne cesse d'augmenter depuis la mise en place du GAP numérique.

GAP numérique : depuis le 5 décembre 2023, le GAP se divise en deux services pour aider tous les Québécois et Québécoises à trouver le service de santé qui répond le mieux à leur besoin :

- GAP numérique, un service Web offert à tous;
- GAP téléphonique (811, option 3), une ligne téléphonique réservée aux personnes sans médecin de famille.

Le GAP numérique offre des recommandations adaptées au besoin de l'utilisateur et indique les options possibles pour ceux qui rencontrent de la difficulté à obtenir un service de santé. L'utilisateur peut ainsi être orienté vers un pharmacien, avoir accès à un programme de soutien ou être informé des meilleurs soins à la maison. Le GAP numérique offre un rappel téléphonique pour parler à un intervenant en évitant l'attente en ligne.

Inscriptions collectives : depuis 2022, le MSSS et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) ont convenu d'une nouvelle entente, dont l'un des buts est de venir en aide aux nombreux usagers orphelins provenant du GAMF par l'inscription collective.

Un groupe de médecins assistés d'un groupe de professionnels, pratiquant ou non dans un GMF, s'engagent collectivement à prendre un ensemble d'usagers du GAMF et à offrir une plage de rendez-vous médical par année par usager. Ces derniers sont ensuite orientés par le GAP vers la ressource la plus adéquate, ce qui permet de répartir les besoins sur les différents professionnels de la santé du groupe de médecins.

En Chaudière-Appalaches, en date du 31 mars 2024, 41 582 usagers sont inscrits à un GMF. Une augmentation de plus de 19 000 usagers comparativement à l'année dernière.

Pour l'année 2023-2024, ce sont plus de 19 018 rendez-vous qui ont été attribués à des usagers inscrits collectivement via le GAP.

GAMF : le Guichet d'accès à un médecin de famille est un service en ligne gouvernemental permettant de s'inscrire sur une liste d'attente pour trouver un médecin de famille. Lorsque l'usager est inscrit sur la liste d'attente, sa demande est évaluée et une priorité lui est accordée selon son état de santé. Il est impossible de prévoir avec précision combien de temps chaque usager demeurera sur la liste d'attente. Le délai peut varier selon la disponibilité des médecins et des infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IPSP) dans la région et le nombre d'inscriptions sur la liste d'attente par réseau local de services (RLS).

Au 31 mars 2024, près de 55 000 personnes sont en attente d'un médecin de famille ou d'une IPSP. De ce nombre, aucun usager des catégories A et B n'est en attente sur le GAMF. C'est-à-dire que les inscriptions urgentes (A) et les inscriptions pressantes (B) ont toutes été prises en charge. Il s'agit, entre autres, d'usagers ayant un cancer actif, étant aux soins palliatifs, étant en état psychotique, ayant été hospitalisés au cours du dernier mois pour un problème chronique ou pour un problème aigu nécessitant un suivi rapide, ayant un problème de toxicomanie ou de dépendance active, ayant un trouble dépressif, d'adaptation ou anxieux important et actif, ayant un VIH/sida, ayant une embolie ou une fibrillation auriculaire récente nécessitant une anticoagulothérapie et un suivi du rapport international normalisé (RIN), etc.

Défis : l'une des solutions identifiées pour relever les défis vécus dans ces volets a été la mise en place d'une coordination médicale au GAP. Deux coordonnatrices médicales locales (CML) ont accepté de relever le défi. Les principales responsabilités reliées à ce mandat sont de :

- Répondre aux questions concernant la conduite en cas d'absence de rendez-vous disponible;
- Répondre aux questions concernant le délai des rendez-vous pour des situations particulières;
- Préparer conjointement, avec la responsable du GAP, la rencontre avec les CML;
- Rapporter en comité des CML les problématiques rencontrées par l'équipe du GAP;
- Ramener au GAP les décisions prises en comité GAP-CML et soutenir leur mise en application;
- Actualiser les décisions prises en comité concernant le GAP;

- Faire le lien ou s'assurer que le lien sera fait par le CML du RLS avec les responsables des cliniques lorsque nécessaire;
- Faire le point sur le GAP avec les médecins lors de la table des chefs GMF;
- Communiquer avec les responsables du logiciel Navig lorsque nécessaire;
- Participer à la rencontre régionale de pilotage GAP avec la cheffe de service et les autres membres de la Direction des services professionnels et de la Direction générale;
- Préparer les communications des CML (signées par tous) en lien avec le GAP.

En somme, le DRMG et la DSP souhaitaient, avec cette solution, aller chercher plus de pertinence et d'optimisation dans l'élaboration de leurs trajectoires afin que les besoins des usagers soient répondus par le bon professionnel, au bon moment, le tout dans l'optique de réduire les délais d'attente et d'améliorer l'accessibilité.

Projet pilote de l'IA pour l'orientation des patients en GMF

Pour l'année 2023-2024, la région de la Chaudière-Appalaches a été pilote du logiciel Navig, soit un logiciel utilisant l'intelligence artificielle (IA) afin de générer pour les usagers un rendez-vous avec le professionnel de la santé le plus pertinent, au bon moment. Treize GMF de notre région ont participé au projet pilote. Trois des objectifs principaux ont été atteints, soit :

- Dégager de la capacité médicale dans les GMF en identifiant les usagers inscrits auprès d'un médecin de famille ou d'une infirmière praticienne spécialisée (IPS) dont la raison de consultation pouvait être prise en charge par un professionnel non médecin/non IPS œuvrant dans le GMF ou par un service communautaire près du GMF (ex. : pharmacien);
- Réduire le temps de traitement des requêtes de rendez-vous traitées par les agentes administratives afin d'améliorer l'expérience usager et réduire les coûts administratifs du traitement des requêtes;
- Générer une cartographie à jour de l'offre de services localement disponibles afin de rendre possible l'octroi de rendez-vous pertinents par une plateforme Web.

Sur 114 611 orientations (province de Québec), le logiciel Navig a engendré deux incidents d'orientation. Heureusement, l'incident, qui a eu lieu dans notre région, n'a engendré aucun impact sur la santé de l'utilisateur puisque l'agente administrative a réussi à rattraper l'incident et rediriger l'utilisateur vers le professionnel adéquat.

Nous sommes en attente de la décision du MSSS pour prolonger le projet Navig au-delà du 31 juillet 2024.

Trajectoire hivernale

Déployée le 7 novembre 2023, la trajectoire hivernale visait à faire face à la hausse d'achalandage attendue durant la période hivernale. Afin d'augmenter l'offre de soins à la population présentant des symptômes d'allure grippale, il a été demandé aux médecins de convertir une plage de rendez-vous de suivi de clientèle en deux plages pour les usagers inscrits individuellement au GMF et qui présentaient de tels symptômes. Les IPSPL devaient, elles aussi, offrir une plage 811 par jour. Les GMF étaient également invités à offrir des plages populationnelles supplémentaires dépendamment de leurs disponibilités.

La participation des médecins et des IPSPL a été telle que les plages offertes dans le cadre de la trajectoire hivernale ont permis de répondre à 80 % de la demande en lien avec des usagers présentant des symptômes d'allure grippale. L'offre bonifiée en GMF a également permis de ne pas ouvrir de clinique de grippe. Les urgences

étant extrêmement sollicitées depuis quelques mois, les mesures mises en place dans le cadre de la trajectoire hivernale ont permis de préserver certains services d'urgence d'un dépassement de capacité trop important.

Selon le PowerBI de PetalMD, ce sont plus de 3600 plages qui ont été rendues disponibles par les médecins et les IPSPL en GMF entre novembre 2023 et mars 2024. De ce nombre, 2900 rendez-vous ont été octroyés par le 811/GAP et plus de 500 ont été pris directement en clinique. Dans l'ensemble, 45 % des rendez-vous ont été octroyés à des usagers avec médecin de famille, 30 % à des usagers orphelins et environ 20 % à des usagers inscrits collectivement.

Recrutement médical en médecine familiale

Tous les postes de l'exercice du PREM 2023 ont été pourvus. Au total, 33 médecins ont été recrutés, dont trois en statut hors PERM. Malgré l'atteinte des cibles de recrutement autorisées par le MSSS au PREM, il manque encore 13 % de médecins de famille pour combler les besoins de la région selon le Plan des effectifs médicaux du MSSS.

L'année 2023-2024 s'est terminée avec le processus de recrutement au PREM 2024. Ce recrutement fut particulièrement difficile, notamment à cause de la nouvelle façon de faire permettant aux candidats de sélectionner deux régions. Cette nouvelle procédure a engendré beaucoup de va-et-vient au moment de l'envoi des lettres d'acceptation. En effet, nous avons dû jongler avec des candidats qui avaient été sélectionnés par les deux régions de leur choix ou qui désiraient attendre avant de nous répondre dans l'espoir de recevoir une acceptation dans l'autre région où ils avaient postulé.

Le GMF-U des Etchemins vit des enjeux importants de recrutement. En effet, les deux postes disponibles au PREM 2024 n'ont pas été pourvus à l'issue de la période initiale de recrutement. De plus, au GMF-U, plusieurs postes de résidence demeurent non comblés. Ces difficultés ont été nommées tant à l'université qu'au ministère. L'enseignement dispensé au GMF-U des Etchemins en est un de grande qualité et les futurs médecins formés dans cette unité de médecine familiale sont particulièrement intéressés et compétents pour la pratique en région périphérique. Dans un contexte de difficulté de recrutement dans ces milieux, le fait que le GMF-U ait plusieurs places de résidence non comblées est un enjeu majeur et nous espérons que la situation se corrigera. Nous sommes inquiets pour l'avenir de ce milieu d'enseignement d'exception. Dans le contexte de l'augmentation des cohortes d'étudiants en médecine et, espérons-le, d'une augmentation des résidents en médecine familiale, nous devons absolument tout mettre en œuvre pour pérenniser ce milieu d'enseignement.

Ordonnances collectives

Plusieurs ordonnances collectives ont été développées dans le souci d'améliorer l'efficacité et l'accessibilité pour les usagers : le suivi pédiatrique alterné 0-2 an, le dépistage et le traitement de la pharyngite à streptocoque dans les points de service locaux (PSL), le dépistage du cancer colorectal en PSL. D'autres ordonnances collectives sont en processus d'élaboration et verront le jour dans la prochaine année.

Réorientations P4-P5

Tous les GMF participent à la réorientation des usagers ne nécessitant pas le plateau technique de l'urgence. Certains RLS ont aussi développé un service visant à réorienter tous les usagers inscrits en GMF dans leur GMF lorsque la visite à l'urgence n'est pas nécessaire.

Gestion des activités médicales particulières (AMP)

Tous les médecins de famille qui exercent dans le cadre du régime public d'assurance maladie du Québec sont visés par l'engagement à consacrer une partie de leur pratique à des activités médicales particulières (AMP). Le nombre d'heures d'AMP qu'un médecin doit respecter dépend de son nombre d'années de pratique. Les AMP sont des activités considérées prioritaires par le législateur et/ou le DRMG.

Le DRMG est responsable d'identifier les AMP disponibles et d'effectuer la vigie du respect des engagements. Les demandes d'adhésion, de modifications et de retraits sont traitées de façon récurrente dans les rencontres hebdomadaires du DRMG. Durant ces rencontres, le comité de direction du DRMG a constaté que :

- les membres rapportent fréquemment un manque d'informations, à la fois subjectives et objectives, pour déterminer si une demande est légitime en fonction des besoins prioritaires sur le territoire;
- la région présente des particularités différentes dans les sous-territoires, ce qui complique la gestion des AMP lorsque la vision régionale du DRMG doit être considérée.

Au cours de l'année 2023-2024, le comité de direction du DRMG a mis en place un nouveau tableau des activités médicales qui sont disponibles dans la région. Ce tableau est mis à jour lors de chaque rencontre du comité de direction et est ensuite déposé sur le site Web de recrutement médical. Les médecins peuvent donc le consulter en tout temps afin de connaître la disponibilité des AMP dans un secteur.

Un nouveau formulaire de demande d'adhésion ou de modification a été déployé. Il permet une meilleure cohérence entre les diverses étapes du dépôt d'une demande auprès du comité de direction du DRMG. En effet, le formulaire doit être rempli par le médecin, puis envoyé à l'adjoint DSP de son secteur et à son chef de service pour signature. Cette manière de faire permet de s'assurer que toutes les instances sont mises au fait de la demande.

Les faits saillants

Obtention d'une certification du programme d'agrément QmentumMC Québec d'Agrément Canada

Nous sommes fiers d'avoir terminé avec succès un premier cycle d'accréditation, qui s'est étendu de 2019 à 2023, du programme d'agrément QmentumMC Québec d'Agrément Canada. Cette certification vient reconnaître la qualité et la sécurité des soins et services offerts par l'établissement et son personnel engagé au mieux-être de la population de la Chaudière-Appalaches.

Le processus d'agrément est une démarche rigoureuse d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins et services offerts et aussi d'amélioration continue à laquelle participent les usagers, le personnel et les administrateurs. Le programme permet de porter un jugement évaluatif sur la qualité des soins et des services. Un deuxième cycle de certification de l'agrément s'entame en 2024-2025, à compter de l'automne. C'est à suivre!

Certification de nos laboratoires médicaux

En cours d'année, les quatre laboratoires médicaux de nos hôpitaux ont obtenu leur certification du Bureau de normalisation du Québec en vertu d'une norme en vigueur dans ce secteur d'activité. Tout comme pour la certification de l'agrément, les travaux entourant l'obtention de ces certifications demandent beaucoup d'énergie, mais génèrent une bonne dose de fierté, lorsque réalisés! Félicitations aux équipes concernées!

Une première étape vers l'agrandissement de l'urgence de l'Hôpital de Saint-Georges

Le CISSS de Chaudière-Appalaches a obtenu la confirmation, en septembre, de l'obtention d'un financement de 3,5 millions \$ pour mettre en œuvre la première phase de l'agrandissement de l'urgence de l'Hôpital de Saint-Georges. Il s'agit d'une étape importante en vue de la réalisation de l'agrandissement et de la modernisation de l'urgence. Cela fera en sorte que l'urgence comptera 31 lits, soient 10 civières de débordement supplémentaires. Les travaux devraient être livrés au cours de l'année 2025. L'ancien garage d'ambulance sera démoli afin de permettre l'agrandissement qui permettra de mieux desservir les usagers de cette urgence et offrira à notre personnel, un environnement de travail mieux adapté aux réalités d'aujourd'hui.



Recrutement réussi dans les programmes de bourses et de formations



Offerte depuis 2020 par les centres de formation professionnelle (CFP), la formation accélérée pour devenir préposé aux bénéficiaires (PAB) a été bien populaire au cours des derniers mois. En effet, depuis mai 2023, 105 PAB ont été formés et ont commencé à travailler en CHSLD ou dans un hôpital de la région en plus des 92 étudiants en cours de formation qui termineront au plus tard le 1^{er} mars prochain.

Débutée en septembre 2022 et d'une durée de 14 mois, la formation en santé, assistance et soins infirmiers, offerte en CFP, pour devenir infirmier auxiliaire, a permis d'accueillir 47 infirmiers auxiliaires dans nos installations. De plus, une vingtaine d'étudiants ont terminé leur formation et sont en attente de réaliser l'examen de leur ordre professionnel.

Ces nouvelles ressources viennent bonifier les équipes déjà en place dans les différents services et programmes de l'établissement.

Inauguration d'un espace sensoriel et d'une salle de réadaptation au CHSLD de Lac-Etchemin

Une cérémonie marquant l'inauguration d'un espace sensoriel et d'une salle de réadaptation a eu lieu en février 2024 au Centre d'hébergement en soins de longue durée (CHSLD) de Lac-Etchemin. Cet espace sensoriel se veut un endroit confortable et rassurant pour les résidents, particulièrement pour ceux présentant de l'agitation, des difficultés de communication ou au contraire, de l'apathie et des problèmes de sommeil. La salle a pour but de favoriser la relaxation par l'entremise des cinq sens. Une salle de réadaptation a aussi été aménagée avec pour objectif de promouvoir l'activité physique, prévenir et ralentir le déconditionnement ainsi que maintenir l'autonomie et les capacités fonctionnelles des résidents.



Déploiement de la prise de rendez-vous pour la vaccination des enfants de 0 à 17 ans dans Clic Santé



La prise de rendez-vous pour la vaccination des enfants de 0 à 17 ans est accessible en ligne depuis mars 2024. Elle se fait de façon simple, en quelques étapes seulement, et est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Les parents ont ainsi le choix de plusieurs plages horaires, qui ont été bonifiées, notamment les soirs et les fins de semaine. Cela permet ainsi d'augmenter l'accès à la vaccination en nous adaptant à leur réalité.

Inauguration officielle de la Maison des aînés de Saint-Martin-de-Beauce

La Maison des aînés (MDA) à Saint-Martin-de-Beauce a été officiellement inaugurée en octobre. Cette nouvelle MDA offre 48 nouvelles places pour les personnes âgées de la région. Regroupées en quatre unités de douze lits chacune, les installations offrent des chambres individuelles avec toilette et douche adaptées pour chaque personne hébergée. Comme nos autres installations semblables, la MDA de Saint-Martin-de-Beauce a été conçue pour recréer davantage l'environnement d'un domicile et offrir aux résidents et résidentes un milieu de vie à dimension plus humaine.

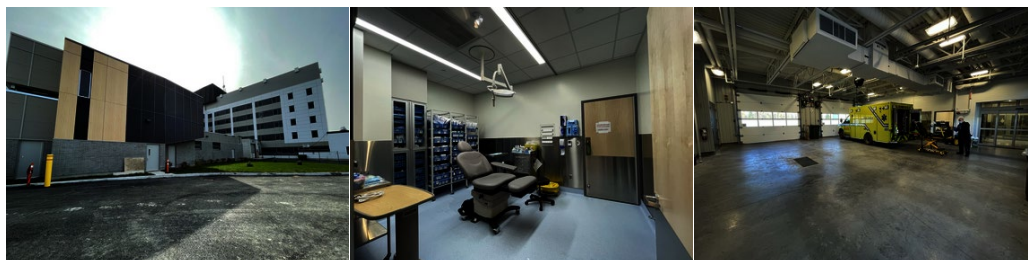


Les travaux de l'urgence de l'Hôpital de Thetford suivent leur cours

En effet, les trois premières phases, qui ont porté sur l'agrandissement de l'urgence, ont permis l'aménagement de sept civières, deux salles de choc, une salle de chirurgie mineure, un garage pour deux ambulances et les salles mécaniques. Les phases 4 à 7, quant à elles, concernent le suivi des travaux de réaménagement dans les espaces existants. La quatrième phase, qui comprend le secteur de l'admission et l'ambulatorio, s'est d'ailleurs achevée en cours d'année. La suite des activités du chantier se poursuivra comme prévu. Le service de l'urgence est assuré en totalité pendant toute la durée des travaux.

Rappelons que le projet consiste à réaménager et à agrandir l'urgence sur une superficie de 2 585 m², soit le réaménagement de l'urgence existante et de certains espaces adjacents pour une superficie de 1 224 m² et un agrandissement de 1 361 m² contigu à l'urgence existante.

Les travaux touchent toutes les fonctions de l'urgence. Cette unité entièrement mise aux normes permettra l'adoption des pratiques cliniques les plus actuelles. L'ajout de cinq civières rehaussera le nombre total à quinze.



Différentes distinctions obtenues

Des représentants de notre organisation se sont distingués, en cours d'année à divers concours et prix d'excellence.

1. D'abord, en mai 2023, dans le cadre des Prix d'excellence du MSSS 2023, un prix a été remporté dans la catégorie « Sécurité des soins et des services - Prix Isabel et Michèle Beauchemin-Perreault » pour le Projet de réorganisation clinique à l'unité de troubles graves de comportement (TGC) du CHSLD Paul-Gilbert.



2. Par ailleurs, toujours dans le cadre de ces mêmes Prix d'excellence du MSSS 2023, le prix « Reconnaissance de carrière-Prix Persillier-Lachapelle » a été remis au Dr Bernard Têtu, pathologiste à l'Hôpital de Montmagny, officiellement retraité depuis. Il est notamment celui qui a déployé en premier au Québec, la télépathologie! Un honneur mérité pour un parcours de carrière impressionnant.



3. Également, dans le cadre des Galas des prix en technologie de l'information en santé et services sociaux, le projet de déploiement des lunettes virtuelles en CHSLD a remporté un prix dans la catégorie « Coup de cœur du jury »!



4. Finalement, à l'occasion des Prix d'excellence de l'administration publique du Québec 2023 qui se tenaient en novembre, le CISSS de Chaudière-Appalaches avait deux projets en lice comme finalistes dans la catégorie « Prix Coups de cœur ». C'est le projet « Espace Lafleur », réalisé en partenariat entre notre Direction de Santé publique et l'Office municipal d'habitation (OMH) de Lotbinière qui a remporté le prix. Le projet « Un ratio de prise en charge logistique qui révolutionne l'organisation du travail clinique », une collaboration de notre Direction de la logistique et de celle du CHU de Québec, a fait bonne figure à titre de finaliste dans cette catégorie.



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

RÉSULTATS AU REGARD DES ENGAGEMENTS ANNUELS

Indicateur		Engagement 2023-2024	Résultat au 31 mars 2024	Engagement 2026-2027
ENJEU 1 : Une organisation plus humaine du travail				
Orientation 1 : Devenir un employeur de choix				
1.	Taux de rétention 0-12 mois des nouvelles embauches dans le réseau (3.03)	72,7 %	N/D	76,8 %
Commentaires : s.o.				
2.	Pourcentage d'employés du réseau de la santé et des services sociaux qui recommandent leur établissement comme employeur (3.02)	N/D	27,9 %	N/D + 4,5 % par rapport à la cible de départ 2023-2024
<p>Commentaires :</p> <p>Facteurs expliquant les résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'engagement organisationnel et la poursuite des actions d'amélioration continue effectuées dans le cadre de la certification Entreprise en santé Élite +; • L'amélioration de l'état de santé globale perçue du personnel, selon le sondage bilan annuel (sondage local); • Les actions de sensibilisation au personnel d'encadrement afin d'augmenter la gestion de la proximité avec leur personnel; • La réduction du temps supplémentaire obligatoire (TSO); • Le projet de modulation des vacances pour permettre au personnel de partir en vacances, tout en contrôlant le risque de bris de services; • Le projet d'autogestion des horaires déployé dans divers milieux; • Un contexte de négociation des conventions nationales qui aurait pu créer une atmosphère d'incertitude et de tension; • Plusieurs moyens de consultation auprès du personnel effectués de façon simultanée : mise en ligne de sondages locaux, transmission du sondage élaboré par le ministère, tournées terrain du président-directeur général, du président-directeur général adjoint et des directeurs, ce qui aurait pu provoquer un sentiment de sursollicitation du personnel. <p>Actions prévues :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre les initiatives et projets porteurs déjà mis en place; • Faire un suivi régulier des données administratives et des indicateurs de gestion organisationnels relativement au personnel; • Faire la collecte triennale des données afin d'identifier les besoins en matière de santé et de mieux-être au travail, ainsi que mettre à jour du plan d'action Entreprise en santé 2022 - 2025. 				

4.	Nombre d'heures travaillées par les employés des agences de placement de personnel et par la main-d'œuvre indépendante (3.06.01)	275 054	N/D	0
----	--	---------	-----	---

Commentaires : s.o.

5.	Pourcentage des employés formés sur les réalités autochtones (3.01.02)	100 %	100 %	100 %
----	--	-------	-------	-------

Commentaires :

Nous avons un mécanisme en place pour que la formation soit effectuée dès l'accueil des nouveaux employés. Il est plus facile de rejoindre un maximum de personnes et faire en sorte qu'ils soient formés dès leur arrivée dans les milieux.

ENJEU 2 : Une population en santé

Orientation 2 : Être proactif et agir de façon préventive

9.	Proportion des élèves de 3 ^e année du secondaire ayant une couverture vaccinale complète (1.01.41)	78 %	80,4 %	84 %
----	---	------	--------	------

Commentaires : Notez que la méthode de calcul actuelle ne rend pas justice à notre taux réel. Le taux réel de population de cet âge qui est adéquatement vaccinée est de plus de 92 %. Cela s'explique par le fait que dès qu'un vaccin est administré une seule journée plus tard que l'âge ciblé, il est considéré « Hors délai ».

12.	Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (1.09.33.01)	65 %	55,5 %	80 %
-----	---	------	--------	------

Commentaires :

La très grande majorité des usagers hors délai en attente concerne l'Hôtel-Dieu de Lévis, bloc opératoire où se réalise le plus de chirurgies oncologiques dans toute l'organisation. Depuis les trois dernières années, cette installation n'a pu reprendre 100 % de ses activités sur une base régulière. Lorsque la disponibilité des ressources le permet (anesthésiologistes, inhalothérapeutes, infirmières), la 8^e et dernière salle est active.

Malgré l'augmentation de la production chirurgicale en rapport avec la période prépandémique (voir tableau ci-dessous), le manque de ressources dans l'organisation oblige la fermeture de lits de courte durée.

Nombre de chirurgies réalisées (excluant les urgences)						
Site	1er avril 2023 au 31 mars 2024	1er avril 2022 au 31 mars 2023	1er avril 2021 au 31 mars 2022	1er avril 2020 au 31 mars 2021	1er avril 2019 au 31 mars 2020	1er avril 2018 au 31 mars 2019
Lévis	11 601	12 695	12 066	6 651	10 325	10 661
Montmagny	3 825	3 403	3 055	2 664	3 010	3 457
St-Georges	3 649	4 047	3 841	3 642	4 509	4 372
Thetford	3 183	3 065	3 123	2 605	3 161	3 002
TOTAL	22 258	23 210	22 085	15 562	21 005	21 492

Chirurgie oncologique : Plusieurs usagers devant subir ce type de chirurgie doivent être dirigés à l'unité des soins intensifs en postopératoire, ressource qui demeure très limitée à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Ces usagers en attente se doivent d'être

programmés par priorité médicale, en conjugaison avec la disponibilité des lits de courte durée, tout en considérant le fait de devoir garder un accès minimal aux spécialités non oncologiques. Ce faisant, certains usagers ne peuvent bénéficier de leur chirurgie dans le délai prescrit. Comme cette clientèle requiert une hospitalisation dans la très grande majorité des cas, il est très difficile de donner accès au service chirurgical attendu à notre population et nous devons demeurer très agiles dans la planification des programmes, dans le respect des priorités médicales émises et la disponibilité des lits à l'unité de soins et aux soins intensifs.

Chirurgie thoracique oncologique : Des enjeux importants perdurent en ce qui a trait à ce type de chirurgie. Un seul chirurgien thoracique couvre l'entièreté de la région pour ces interventions réalisées à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Seulement deux à trois peuvent être programmées par priorité considérant la durée de celles-ci. L'accès très restreint à un lit de soins intensifs demeure une difficulté pour ces usagers en attente.

À cela s'ajoute une toute nouvelle spécialité oncologique, soit la gynéco-oncologie.

Voici les mesures apportées afin d'améliorer les délais d'accès à une chirurgie oncologique :

- Mise en place d'un corridor de service avec le centre tertiaire en chirurgie thoracique à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ) afin de proposer une 2^e offre aux usagers en attente pour une chirurgie oncologique (automne 2022);
- Octroi de priorités supplémentaires en chirurgie thoracique;
- Déploiement de l'offre de services chirurgicaux en gynéco-oncologie à l'Hôpital Paul-Gilbert et l'Hôpital de Saint-Georges, en plus de Lévis, pour maximiser l'utilisation du temps chirurgical et diminuer les délais d'accès;
- Concentration des services chirurgicaux de médecine dentaire de l'Hôtel-Dieu de Lévis vers l'Hôpital Paul-Gilbert pour optimiser le plateau chirurgical de Lévis pour la clientèle oncologique ou avec hospitalisation;
- Poursuite du partage régional des plateaux chirurgicaux (PARC) pour la maxillo-faciale, l'urologie et la gynéco-oncologie;
- Poursuite des travaux pour la mise en place de la téléaturométrie dans tous les hôpitaux du CISSS de Chaudière-Appalaches. Mise en place à l'Hôtel-Dieu de Lévis et à l'Hôpital de Montmagny en mai 2024, déploiement à Saint-Georges et à Thetford à l'automne 2024;
- Implantation finalisée d'une trajectoire en chirurgie d'un jour pour les usagers subissant une prothèse de genou ou de hanche dans tous les hôpitaux du CISSS de Chaudière-Appalaches. Du 1^{er} janvier 2023 au 31 décembre 2023, ce sont plus de 700 usagers qui auront été opérés pour une prothèse de hanche ou de genou avec une trajectoire sans hospitalisation;
- Implantation et optimisation de la trajectoire de récupération accélérée après une chirurgie (RAAC) pour les chirurgies colorectales;
- Embauche d'une infirmière clinicienne dédiée à l'implantation de nouvelles trajectoires de RAAC (avril 2023);
- Embauche d'une agente de planification, de programmation et de recherche (APPR) à la vigie de l'accès chirurgical visant l'optimisation de l'intégrité des données, le suivi des listes d'attente et l'analyse des écarts dans la région (mai 2023);
- Implantation de lits réservés quotidiens à la clientèle postopératoire. Par contre, le réel besoin n'est pas atteint à l'heure actuelle, la mise en place demeure évolutive.

ENJEU 3 : Un accès aux soins et services en temps opportun

Orientation 3 : Offrir une expérience patient axée sur l'accessibilité et la qualité

13.	Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agir tôt (1.06.20)	441	1 537	587
------------	---	------------	--------------	------------

Commentaires :

Cible largement dépassée :

- L'équipe à la plateforme est stable et en maîtrise du processus;
- La cible de performance est connue des intervenants et un suivi rigoureux est fait par la gestionnaire;
- L'ajout d'une coordonnatrice clinique a un impact positif sur la performance et l'orientation des demandes.

14.	Pourcentage des premières interventions à l'évaluation en Protection de la jeunesse réalisées à l'intérieur de 14 jours (1.06.06)	62 %	45,84 %	71 %
<p>Commentaires :</p> <p>Cet indicateur est nouveau et ayant eu une liste d'attente importante dans la dernière année, le pourcentage des premières interventions n'a pu être respecté. Bien que nous ayons fait 600 évaluations de plus cette année, elles n'ont malheureusement pas été faites à l'intérieur de 14 jours.</p>				
15.	Proportion des usagers ayant reçu des soins et services en santé mentale dans les délais prescrits (1.08.17)	72 %	60,25 %	75 %
<p>Commentaires :</p> <p>Volet « Adulte »</p> <p>Nous sommes une région ayant une cible de 72 % alors que la cible provinciale est de 60 %. La cible est un cumul de plusieurs composantes quant au délai d'accès :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Accès pour les équipes santé mentale ambulatoire : 71 % 2) Accès aux services spécialisés : 51 % 3) Accès aux services dans la communauté : 80 % 4) Accès à une consultation psychiatrique à l'urgence : 56 % 5) Accès à l'unité de psychiatrie à partir de l'urgence : 60 % <p>Une gestion en continu est réalisée par les gestionnaires pour une mise à contribution optimale de la capacité des professionnels des équipes CLSC et dans la communauté. Une révision de l'offre de service pour une meilleure réponse aux besoins de la clientèle est en cours afin de s'inscrire dans les meilleures pratiques. À cet effet, la direction est projet vitrine provincial pour le déploiement du mécanisme d'accès en santé mentale, ce qui aura certainement un impact sur l'accès.</p> <p>Par ailleurs, soulignons que nos infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale (IPSSM) voient plus d'une centaine de personnes en services spécialisés, et ce, dans les délais attendus, mais ne sont pas considérées dans nos résultats; seuls les usagers vus par un psychiatre sont comptabilisés.</p> <p>Des efforts constants sont faits pour s'assurer de la qualité de la donnée dans les systèmes d'information utilisés. En cours d'année, il y a eu correction de plusieurs erreurs qui faisaient en sorte que même si des personnes avaient été vues, l'information inscrite dans le système indiquait le contraire.</p> <p>Nos efforts de recrutement de psychiatres se poursuivent. Actuellement, nous accusons un manque de cinq psychiatres pour les secteurs de Montmagny, Thetford et Beauce. Pour l'Hôtel-Dieu de Lévis, deux nouveaux psychiatres arriveront cet été et deux autres débiteront en 2025.</p> <p>Volet « Jeunesse »</p> <p>Nous avons une cible de 72 % alors que la province avait une cible de 60 %.</p> <p>Services de 1^{re} ligne : notre résultat est 89 % d'atteinte de la cible. Ce résultat s'explique entre autres par le fait que nous formons nos employés en continu sur la saisie statistique et les attendus, et que les gestionnaires sont responsables du suivi de la qualité de la saisie.</p> <p>Services de 2^e ligne : nous avons un pourcentage de 37,1 % d'accès à un pédopsychiatre. Ce résultat s'explique parce que nous avons six pédopsychiatres en place sur un plan régional d'effectifs médicaux (PREM) de 11 ainsi que l'arrivée de nouveaux médecins qui débutent leur pratique. Nous avons également une augmentation des hospitalisations en lien avec les troubles alimentaires et les références acceptées en urgence au détriment des autres dossiers en attente.</p> <p>Moyen utilisé : mise en place d'une équipe supplémentaire de professionnels pour supporter les pédopsychiatres dans la prise en charge. Il est à noter que tous les jeunes en attente d'un service de pédopsychiatrie 2^e ligne reçoivent ou ont reçu un service de 1^{re} ligne.</p>				

Prochaine étape : revoir, avec les pédopsychiatres, si des dossiers peuvent être retournés vers les médecins de famille afin de libérer des places pour prendre de nouveaux usagers.				
16.	Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile (1.03.05.06)	22 511	21 077	23 846
<p>Commentaires :</p> <p>Un total de 21 077 personnes a reçu des services du soutien à domicile (SAD), ce qui représente une baisse de 393 usagers par rapport à l'an passé, soit de 1,8 %.</p> <p>Voici les mesures adoptées pour augmenter le nombre de personnes desservies au SAD et améliorer l'accès aux services :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repérage de la clientèle vulnérable; • Mise en place d'une nouvelle liste d'attente informatisée; • Mise en place d'un outil de suivi des charges de cas informatisé pour les gestionnaires et équipes cliniques; • Rappel des bonnes pratiques pour la saisie statistique. <p>Conséquemment, une plus forte progression du nombre d'usagers par rapport aux années antérieures est observable dans le dernier trimestre de l'année.</p> <p>Continuum soutien à domicile et partenariat communautaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en application de cibles de nombre de dossiers par charge de cas et travaux en cours pour la pondération des charges et du soutien clinique aux intervenants; • Réalisation de travaux au niveau des guichets d'accès pour améliorer la fluidité du traitement des demandes de services. <p>Programme déficience, autisme et réadaptation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Travaux en cours sur l'intégration des services et équipes en lien avec la mise en place de la gamme de services auprès des usagers en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA et DP), tels que proposés par le MSSS; • Révision des trajectoires et continuum de services; • Activités d'attraction et de rétention du personnel. 				
17.	Nombre de personnes en attente d'un premier service de soutien à domicile (1.03.25)	1 091	547*	796
<p>Commentaires :</p> <p>*Donnée réelle au 1er avril 2024 : 1 140. Des changements à l'interne ont occasionné une erreur dans le résultat transmis au MSSS au 31 mars 2024 qui n'a pu être corrigée par la suite.</p> <p>Cible non atteinte pouvant être expliquée en partie par un manque de ressources humaines au niveau des services psychosociaux du programme déficiences, autisme et réadaptation</p> <p>Des travaux sont déjà débutés pour réduire le nombre d'usagers en attente et améliorer l'accès aux services :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repérage de la clientèle en attente d'un premier service; • Mise en place d'une nouvelle liste d'attente informatisée; • Mise en place d'un outil de suivi des charges de cas informatisé pour les gestionnaires et équipes cliniques; • Validation des besoins et requis des usagers en attente; • Rappel des bonnes pratiques pour la saisie statistique. <p>Continuum soutien à domicile et partenariat communautaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en application de cibles de nombre de dossiers par charge de cas et travaux en cours pour la pondération des charges et du soutien clinique aux intervenants; • Réalisation de travaux au niveau des guichets pour améliorer la fluidité du traitement des demandes de services. <p>Programme déficience, autisme et réadaptation :</p>				

<ul style="list-style-type: none"> Travaux en cours sur l'intégration des services et équipes en lien avec la mise en place de la gamme de services auprès des usagers DI-TSA et DP, telle que proposée par le MSSS; Révision des trajectoires et continuum de services; Démarches pour l'attraction et la rétention du personnel. 				
18.	Nombre d'heures de service de soutien à domicile longue durée, courte durée et soins palliatifs rendues à domicile (1.03.05.05)	1 382 139	1 618 039	1 734 977
<p>Commentaires :</p> <p>La cible est non seulement atteinte, mais dépassée avec 235 910 heures de plus.</p> <p>Ce résultat peut s'expliquer en partie par les travaux d'intensification des allocations directes de services pour les usagers habitant en résidence privée pour aînés (RPA).</p>				
19.	Pourcentage des personnes ayant consulté un professionnel de la santé à l'intérieur de 36 heures dans les cliniques médicales (1.09.54)	20 %	37,47 %	30 %
<p>Commentaires :</p> <p>En 2023-2024, plusieurs initiatives mises en place ont eu un impact positif sur le délai de consultation des personnes requérant des soins de santé. On peut penser aux diverses mesures telles que la prise en charge de patients collectifs (par la lettre d'entente 368 visant à accroître l'accès à l'offre de services en première ligne et l'interdisciplinarité¹) qui a eu comme effet de bonifier l'offre de plages hebdomadaires des cliniques au Guichet d'accès à la première ligne (GAP). La trajectoire hivernale a également eu un impact positif avec l'augmentation significative du nombre de plages offertes quotidiennement par les médecins et les professionnels des cliniques pour les patients présentant des symptômes d'allure grippale.</p>				
20.	Pourcentage d'usagers ayant eu accès à un service en CLSC dans les délais établis selon la priorisation (7.04.06)	74 %	74,61 %	77 %
<p>Commentaires :</p> <p>Cible atteinte :</p> <p>Pour les volets Continuum soutien à domicile et partenariat communautaire et Programme déficience, autisme et réadaptation: on vise à se donner, pour 2024-2025, des objectifs par direction pour atteindre la cible.</p> <p>Pour le volet santé mentale 1^{re} ligne jeunesse : cible atteinte</p> <p>Pour le volet Jeunes en difficulté (JED) : enjeu de qualité de la saisie statistique des intervenants (mobilité de main-d'œuvre, plusieurs nouveaux intervenants et manque de formation) ainsi qu'un engorgement au guichet d'accès jeunesse durant les premiers mois de l'année financière. Des travaux faits pour corriger la situation ont permis l'amélioration des résultats, et ainsi l'atteinte de la cible. Nous avons réussi à maintenir un délai d'accès moyen aux services de 21 jours.</p>				
21.	Pourcentage des personnes attirées à un professionnel ou à une équipe de soins de première ligne (1.09.58)	83 %	81,16 %	90 %
<p>Commentaires :</p> <p>Cet indicateur étant nouveau, il ne nous est pas possible de comparer le résultat au 31 mars 2024 à celui de l'année passée. Toutefois, le constat est que le résultat est près de l'engagement fixé pour 2023-2024.</p>				

¹ <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-omnipraticiens/Pages/actualite-LE368.aspx>

Cette donnée n'inclut pas les usagers orphelins accueillis en sans rendez-vous aux groupes de médecine de famille (GMF) en mode populationnel. La majorité des cliniques accueille des usagers orphelins dans leur sans rendez-vous, qu'ils soient passés par le GAP ou non. Régionalement, pour 2023-2024, il y a 319 654 patients inscrits auprès d'un médecin de famille et 41 279 patients inscrits à un groupe de médecins sur une population totale admissible de 445 611 à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

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

- RLS Alphonse-Desjardins : 180 294 patients sont inscrits auprès d'un médecin de famille et 31 706 sont inscrits à un groupe de médecins sur une population totale de 269 889 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 78,55 %.
- RLS de la région de Thetford : 36 671 patients sont inscrits auprès d'un médecin de famille et 1 935 sont inscrits à un groupe de médecins sur une population totale de 43 715 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 88,31 %.
- RLS de Beauce : 55 281 patients sont inscrits auprès d'un médecin de famille et 3 333 sont inscrits à un groupe de médecins sur une population totale de 74 128 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 79,07 %.
- RLS des Etchemins : 14 344 patients sont inscrits auprès d'un médecin de famille et 762 sont inscrits à un groupe de médecins sur une population totale de 17 381 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 86,91 %.
- RLS de Montmagny-l'Islet : 33 064 patients sont inscrits auprès d'un médecin de famille et 3 543 sont inscrits à un groupe de médecins sur une population totale de 40 498 patients admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 90,39 %.

À la lecture de ces données, on constate que trois RLS sur cinq ont atteint et dépassé l'engagement de 83 %.

22.	Délai moyen de prise en charge à l'urgence pour toute la clientèle (1.09.16.01)	98 minutes	114,33 minutes	79 minutes
-----	--	------------	----------------	------------

Commentaires :

À noter qu'il y a eu une modification dans l'indicateur cette année avec l'inclusion de toute la clientèle (ambulatoire et sur civière) de l'urgence, alors qu'auparavant, on n'incluait que la clientèle ambulatoire (1.09.16).

Réf. Synthèse 2019-20 à 2023-24 p13-p13 Séjours et prise en charge médicales.

CHSLD et Hôpital Paul-Gilbert :

- Pour 2023-2024, cette urgence a eu 45 725 visites comparativement à 46 997 visites l'année précédente, soit une diminution de 1 272, équivalant à un pourcentage de 2,71 %;
- La cible n'est pas atteinte avec un délai de 146 minutes. Il s'agit d'une diminution de 8 minutes comparativement à l'an dernier.

Hôtel-Dieu de Lévis :

- Le nombre total de visites est passé de 77 711 en 2022-2023 à 78 533 en 2023-2024, ce qui fait une augmentation de 822 usagers;
- La cible n'est pas atteinte avec un délai moyen de 106 minutes. Une augmentation de 8 minutes par rapport à l'année 2022-2023.

Hôpital de Montmagny :

- Le nombre de visites total à l'urgence est passé de 34 271 à 34 561, soit une augmentation de 290 usagers;
- La cible est atteinte avec un délai moyen de 95 minutes, ce qui correspond à une augmentation de 3 minutes comparativement à l'an dernier.

Hôpital de Thetford :

- Le nombre de visites total est passé de 39 554 à 40 169. Une augmentation de 615 usagers;
- La cible n'est pas atteinte avec un délai moyen de 143 minutes. Une augmentation de 31 minutes par rapport à l'année 2022-2023.

Hôpital de Saint-Georges :

- Le nombre de visites totales est passé de 44 419 à 45 962. Une augmentation de 1 543 usagers;
- La cible n'est pas atteinte avec un délai moyen de 173 minutes. Une augmentation de 27 minutes par rapport à l'année 2022-2023.

Les travaux de réorientations débutés en 2022-2023 se sont poursuivis en 2023-2024 en collaboration avec les partenaires. Diverses activités ont été réalisées avec les intervenants et les collaborateurs, médecins, pharmaciens communautaires et autres intervenants afin d'outiller chacun d'eux et éduquer la population aux meilleurs endroits pour recevoir les soins adaptés à leurs situations cliniques précises, au bon moment et au bon endroit, par le bon professionnel.

Nous avons retravaillé nos outils cliniques concernant la réorientation, nos formations ainsi que notre campagne de publicité destinée à la population de la région de la Chaudière-Appalaches afin de bien l'informer quant aux options offertes.

Des travaux sont également faits à l'interne afin de s'assurer que les usagers qui en ont la capacité se voient offrir des services en ambulatoires et ainsi retourner chez eux en sécurité dans l'attente de la suite de leurs soins et de leurs services.

Il y a eu également le déploiement de la paramédecine de régulation sur le territoire de la région de la Chaudière-Appalaches pour la population de 14 ans et plus.

Réf. Profil 12 CISSS de Chaudière-Appalaches. Tableau de bord ententes de gestion avec cible 23-24 cumulatif, p13.

23.	Durée moyenne de séjour sur civière (1.09.01)	14,9 heures	15,15 heures	12,8 heures
-----	---	-------------	--------------	-------------

Commentaires :

Le nombre de visites dans les urgences a continué d'augmenter dans la dernière année passant de 242 952 en 2022-2023 à 244 950 en 2023-2024, soit une légère augmentation de 0,88 % pour 1998 usagers dans l'ensemble de l'établissement.

Les mesures suivantes ont été mises en place afin d'améliorer la durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence :

- Implantation d'une équipe de coordination médicale pour aider à la fluidité des départs et des admissions sur les unités de soins afin de contribuer à la mission de l'urgence;
- Mise en place des alternatives à l'hospitalisation et de la paramédecine de régulation;
- Déploiement graduel de l'application Système d'alertes informatisées pour le repérage des clientèles (SAIRC);
- Mise en place des centres de coordination par les directions qui sont responsables de la fluidité et la gestion des lits.

Facteurs ayant contribué à la détérioration de la durée moyenne de séjour sur civière :

- Diminution de lits disponibles dans l'établissement liée à la pénurie de personnel de soins infirmiers;
- Plan d'action pour le retrait de la main-d'œuvre indépendante;
- Différentes éclosions;
- Nombre d'usagers requérant un niveau de soins alternatifs (NSA).

Hôpital de Thetford :

- Une augmentation de 615 visites a été constatée en 2023-2024;
- La durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence est passée de 14,7 heures en 2022-2023 à 12,9 heures en 2023-2024 avec une **diminution de 1,8 heure**.

Hôpital de Saint-Georges :

- Une augmentation de 1 543 visites a été constatée en 2023-2024;
- La durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence est passée de 14,2 heures en 2022-2023 à 12,9 heures avec une **diminution de 1,3 heure**.

Hôtel-Dieu de Lévis :

- Une augmentation de 822 visites a été constatée en 2023-2024;
- La durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence est passée de 19,1 heures en 2022-2023 à 18,7 avec une **diminution de 0,4 heure**.

Hôpital Paul-Gilbert :

- L'urgence ambulatoire de l'Hôpital Paul-Gilbert doit être retirée de cet indicateur puisque depuis le 10 septembre 2023, il a été statué avec le MSSS que le retrait total des civières, réalisé durant la période estivale, se poursuivait en raison de la nature de la clientèle. Ces civières, au nombre de six, ont été transférées à l'Hôtel-Dieu de Lévis augmentant ainsi le nombre de civières au permis de 37 à 43.
- Pour 2023-2024, l'urgence ambulatoire de Paul-Gilbert a eu 45 725 visites comparativement à 46 997 visites l'année précédente, soit une diminution de 1 272, équivalant à un pourcentage de 2,71 %.

Hôpital de Montmagny :

- Une augmentation de 290 visites a été constatée en 2023-2024;
- La durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence est passée de 11,7 heures en 2022-2023 à 10,9 heures avec une **diminution de 0,8 heure**;

Réf. Profil 12 CISSS de Chaudière-Appalaches. Tableau de bord ententes de gestion avec cible 23-24 cumulatif, p13

24.	Pourcentage des demandes de consultations en médecine spécialisée dont les délais d'attente prévus sont dépassés (1.09.56)	50 %	58,89 %	15 %
-----	---	------	---------	------

Commentaires :

Il importe de préciser que les résultats et la cible ne concernent que les demandes de service au Centre de répartition des demandes de service (CRDS). Dans un souci d'équité envers les usagers, nous adressons le dossier des délais d'accès en médecine spécialisée autant pour les demandes de service CRDS que non-CRDS.

En 2023-2024, nos efforts ont été mis sur deux projets principalement : épuration des demandes de services datant d'avant la mise en place du CRDS (projet *backlog*) et épuration administrative des demandes de services CRDS de plus d'un an (projet Axelle) :

- Résultats du projet épuration des dossiers antérieurs (*backlog*) : au 31 mars 2023, nous avons 4359 demandes de services en attente. Au 31 mars 2024, il en restait seulement 424. En date de ce jour, il reste 174 demandes de services à traiter, dont 96 sont en attente d'un rendez-vous.
- Résultats du projet CRDS (Axelle) : 4490 usagers ont été retirés de la liste d'attente, car ils avaient reçu leur service ailleurs, ne souhaitent pas conserver leur place en liste d'attente, etc.

25.	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an (1.09.32.00)	70	197	N/D
-----	---	----	-----	-----

Commentaires :

Les efforts sont continus afin d'atteindre la cible intermédiaire de 120 usagers au 30 juin 2024. À l'heure actuelle, 180 usagers apparaissent toujours sur nos listes. Malgré une diminution constante, celle-ci est moindre que souhaité puisque malgré la planification d'une date de chirurgie aux programmes chirurgicaux, plusieurs basculent chaque semaine dans cette tranche d'attente.

Voici les mesures apportées afin d'améliorer les délais d'accès à une chirurgie élective :

- Pleine autonomie des agentes administratives dans la programmation opératoire;
- Mise en place de lits réservés à la clientèle chirurgicale (élective et oncologique);
- Octroi de priorités supplémentaires aux chirurgiens ayant le plus d'usagers hors délais en attente;
- Mise en place d'un comité de vigie de l'accès à la chirurgie régional ainsi que du comité stratégique d'accès à la chirurgie;
- Mise en place d'un processus qui permet (pour les spécialités ophtalmologie et chirurgie générale) que certaines chirurgies en attente, dans une même spécialité, soient réalisées par l'un ou l'autre des chirurgiens de cette même spécialité. Cela signifie que celui qui procède à la chirurgie n'est pas nécessairement celui vu en préopératoire;
- Deuxième offre (intraservice et intrarégionale) en continu lorsque la capacité d'accueil le permet;

- Poursuite du partage du plateau régional (PARC);
- Déploiement de la télésaturométrie (Lévis et Montmagny en mai 2024, Beauce et Thetford à l'automne 2024);
- Finalisation de l'implantation d'une trajectoire en chirurgie d'un jour pour les usagers subissant une prothèse de genou ou de hanche dans tous les hôpitaux du CISSS de Chaudière-Appalaches. Plus de 700 usagers, ayant reçu ce service entre janvier et décembre 2023, n'ont pas été hospitalisés, épargnant ainsi des ressources hospitalières pouvant être utilisées pour d'autres usagers en postopératoire;
- Implantation et optimisation de la trajectoire de récupération accélérée après une chirurgie (RAAC) pour les chirurgies colorectales;
- Embauche d'une infirmière clinicienne dédiée à l'implantation de nouvelles trajectoires de récupération accélérée après une chirurgie (RAAC) (avril 2023);
- Embauche d'une agente de planification, de programmation et de recherche (APPR) à la vigie de l'accès chirurgical visant l'optimisation de l'intégrité des données, le suivi des listes d'attente et l'analyse des écarts dans la région (mai 2023).

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

L'agrément

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

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

Visite 2023

Du 11 au 16 juin 2023, notre établissement a été visité pour les séquences 4 et 5 qui terminaient le cycle d'agrément de cinq ans, comme convenu avec le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les programmes-services évalués étaient : le programme de déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme ainsi que le programme soutien à l'autonomie des personnes âgées. Les résultats de la conformité de l'ensemble des critères évalués sont les suivants :

Programmes/services évalués		Taux de conformité
Séquence 4	Programme de déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme	93,5 %

Séquence 5	Programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées	86,2 %
------------	--	--------

Le CISSS de Chaudière-Appalaches a conservé son statut « Agrée » dans le cadre du programme d'agrément Qmentum.

Suivi d'amélioration post-visite

Les équipes qualité sont présentement en action afin de répondre aux critères qui ont été évalués comme non conformes. La description des améliorations mises en place sera soumise à Agrément Canada au plus tard le 5 juillet 2024, afin d'en valider la conformité.

Prochaine visite

La prochaine visite d'Agrément Canada aura lieu du 27 octobre au 1^{er} novembre 2024 pour la séquence 1, soit Gouvernance, Leadership, Santé publique et Normes transversales.

La sécurité et la qualité des soins et des services

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

La promotion de la déclaration et de la divulgation des incidents/accidents fait partie du quotidien des employés du Service de la gestion intégrée des risques et de la prestation sécuritaire des soins et services (GIRPSSS). Divers moyens et médiums sont utilisés, que ce soit par une approche individuelle, en répondant aux divers questionnements qui sont adressés par courriel ou par téléphone, par le biais de formations offertes lors de rencontres d'équipe, d'écrits publiés à chaque fin de période, etc.

Le Service de la GIRPSSS accorde une importance à toutes ses actions (grande ou petite) puisqu'une culture de sécurité est active grâce à tous les acteurs faisant partie intégrante d'une organisation de soins de santé. Au courant de l'année, des réflexions et des actions concrètes au plan organisationnel ont été entreprises afin de contrer le défi vécu par plusieurs organisations, soit l'accueil fréquent de nouveaux employés et gestionnaires qui peut avoir une incidence sur la culture de déclaration et de divulgation des incidents et accidents.

Voici un aperçu des différents moyens utilisés pour promouvoir la déclaration et la divulgation :

- Formation Axe1 « Gestion des risques pour les gestionnaires »;
- Présentation du bilan annuel de la GIRPSSS au comité de direction (CDD);
- Capsule vidéo présentée à l'accueil organisationnel des nouveaux employés;
- Mise à jour des outils dans l'intranet;

- Présentations lors des rencontres HEROS²;
- Promotion de la formation portant sur la divulgation sur l'environnement numérique d'apprentissage (ENA);
- Promotion dans les comités prestataires de soins et de services (CPSSS);
- Présence des conseillers dans les milieux;
- Participation à la semaine nationale de la sécurité des patients (sondage, publication intranet, etc.);
- Formation aux résidents en médecine;
- Formation des étudiants en Technique de pharmacie du Cégep de Thetford;
- Formation des nouveaux employés en maisons des aînés et alternatives (MDAA);
- Formation aux enseignants en soins infirmiers qui accompagnent les stagiaires dans nos milieux;
- Accompagnement des nouveaux gestionnaires;
- Formation des responsables des ressources de type familial pour la clientèle jeunesse membres de l'Association démocratique des ressources à l'enfance du Québec (ADREQ);
- Publication dans le journal Le Passager, destiné aux ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) pour adultes;

Création et publicisation d'une capsule explicative « Culture de sécurité » et déclaration pour les RI-RTF.

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

En date du 31 mars 2024, 18 104 déclarations ont été soumises dans le registre des incidents et des accidents et 111 déclarations sont en attente d'analyse de la part des gestionnaires.

Comme démontré dans le tableau suivant, les trois principaux types d'incidents d'indices de gravité A et B sont les erreurs de médicaments, les événements de catégories « Autres » ainsi que les erreurs de traitement.

NATURE DES TROIS PRINCIPAUX INCIDENTS

Principaux types d'incidents	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des incidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements
Médicament	483	25,37 %	2,67 %
Autres	366	19,22 %	2,02 %
Traitement	313	16,44 %	1,73 %

² Cet acronyme a été déterminé pour décrire le rôle central de l'ASI et l'AIC. H Humaine en tout temps, elle apprécie la communication; É Équitable, dans la distribution des soins aux usagers et la délégation aux bonnes personnes, des bonnes tâches au bon moment et avec les bons résultats; R Rigoureuse dans l'ensemble de son travail, reconnue comme experte clinique, elle a peu le droit à l'erreur; O Organisation des soins et gestion des ressources humaines au centre de conciliations quotidiennes; S Soucieuse tant pour les soins optimaux à offrir aux patients qu'à la qualité de vie optimale au travail du personnel.

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

Comme démontré dans le tableau suivant, les trois principaux types d'accidents d'indice de gravité C à I sont les chutes, les erreurs de médicaments ainsi que les événements de catégorie « Autres ».

NATURE DES TROIS PRINCIPAUX ACCIDENTS

Principaux types d'incidents	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des incidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements
Chute	6660	41,11 %	36,79 %
Médicament	3594	22,19 %	19,85 %
Autres	2909	17,96 %	16,07 %

Échelle de gravités en lien avec le formulaire de déclaration des incidents et accidents (AH-223)

A	Circonstance ou situation à risque de provoquer un événement indésirable ou d'avoir des conséquences pour l'utilisateur (situation à risque).
B	Événement indésirable survenu, mais l'utilisateur n'a pas été touché (échappée belle).
C	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur, sans lui causer de conséquence. Présence d'inconvénients qui ne requièrent aucune intervention additionnelle particulière ni de surveillance.
D	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur et des vérifications additionnelles sont requises pour confirmer la présence ou l'apparition de conséquences.
E1	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences mineures et temporaires n'exigeant que des interventions non spécialisées, sans hospitalisation/prolongation d'hospitalisation.
E2	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences temporaires nécessitant des soins, services, interventions ou traitements spécialisés sans impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation ou de l'épisode de soins.
F	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences temporaires exigeant des soins/traitements supplémentaires spécialisés et qui ont un impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation ou de l'hébergement.
G	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences permanentes sur ses fonctions physiologiques, motrices, sensorielles, cognitives ou psychologiques.
H	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences nécessitant des interventions de maintien de la vie (intubation, ventilation assistée, réanimation cardio-respiratoire).
I	Événement indésirable survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences qui ont contribué à son décès.

Les actions entreprises par le Comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement en lien avec les principaux risques d'incidents/accidents identifiés précédemment

Pour l'année 2023-2024, le comité de gestion des risques a tenu quatre rencontres comme prévu à son calendrier. Lors des réunions du comité, les sujets suivants sont systématiquement mis à l'ordre du jour :

- La présentation des événements sentinelles et des recommandations émises;
- Le suivi des indicateurs des tableaux de bord liés aux déclarations;
- La présentation des rapports de coroner avec ou sans recommandation;
- Le suivi des alertes médicales;

- Le suivi des indicateurs des milieux de vie (RI-RTF et RPA);
- Le suivi du comité pharmaceutique;
- Le suivi des indicateurs de la prévention et du contrôle des infections (PCI).

À noter qu'à partir du 28 février 2024, l'ordre du jour a été bonifié en ajoutant le suivi statutaire des données liées au bureau de la protection des renseignements personnels (PRP).

En plus des sujets cités plus haut, différents sujets ont été traités lors des réunions, dont :

- Révision et suivi du plan de sécurité des usagers du CISSS de Chaudière-Appalaches;
- Présentation des données statistiques en lien avec les erreurs des médicaments et des actions qui ont été prises ou seront prises par les Comités de prestations sécuritaires des soins et services (CPSSS);
- Présentation de la politique d'hébergement et de soins et services de longue durée et l'approche d'amélioration continue à l'intérieur de ces installations;
- Projet d'amélioration du processus menant à la signature d'une entente avec une RI-RTF;
- Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés (RPA), entré en vigueur le 15 décembre 2022;
- L'unité d'hébergement transitoire pour enfants (UHTE) à Saint-Isidore;
- Visite d'Agrément;
- Procédure code bleu et pédiatrique;
- Loi 15.

Un rapport trimestriel des déclarations d'incidents et d'accidents est rendu disponible sur le site intranet de l'établissement.

Le Service de la GIRPSSS a traité plus de 164 événements sentinelles.

RÉPARTITION DES ÉVÉNEMENTS PAR GRAVITÉ

% des événements de gravité A-B	5,49 %
% des événements de gravité C-D	35,37 %
% des événements de gravité E1 et E2	9,15 %
% des événements de gravité F et plus	50 %

RÉPARTITION DES ÉVÉNEMENTS PAR TYPE D'INSTALLATION

% des événements survenus en CHSLD	40,85 %
% des événements survenus en CH	39,02 %
% des événements survenus en RI	9,76 %
% des événements survenus en CJ	3,66 %
% des événements survenus en CLSC	2,44 %
% des événements survenus au niveau régional	2,44 %
% des événements survenus en RAC	1,22 %
% des événements survenus en RTF	0,61 %

Nous pouvons donc dire que 67,32 % des pistes d'amélioration sont implantées et 32,20 % sont en voie de l'être selon l'échéancier prévu.

Tous les événements sentinelles sont analysés par un conseiller de la GIRPSSS. Dans le cadre de l'analyse des événements sentinelles, plus de 66 captations ont été réalisées auprès des usagers ou de leurs représentants dans le but d'intégrer leur vécu expérientiel dans l'analyse des événements et de recueillir leurs pistes d'amélioration. Avec leur accord, un suivi est effectué auprès du gestionnaire où s'est produit l'événement dans une optique d'amélioration continue. De plus, une rencontre de divulgation subséquente est offerte à la suite de l'analyse.

RÉSUMÉ DES ÉVÉNEMENTS SENTINELLES

Types d'événements sentinelles	Nombre de cas total en événements sentinelles	Nombre de cas avec recommandations	Nombre de recommandations totales pour ce type d'événement
Abus, agression, harcèlement	2	2	5
Autre	10	5	17
Bâtiment, matériel, équipement	11	7	23
Blessure d'origine connue	2	2	9
Blessure d'origine inconnue	2	0	0
Bris de confidentialité	7	6	12
Chute	64	17	34
Diète	2	0	0
Fugue/disparition	14	8	23

Types d'événements sentinelles	Nombre de cas total en événements sentinelles	Nombre de cas avec recommandations	Nombre de recommandations totales pour ce type d'événement
Laboratoire	4	1	3
Médicament	6	3	9
Obstruction respiratoire	3	0	0
Tentative de suicide/suicide	15	11	28
Traitement	22	15	36
TOTAL	164	77	199

La surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales

Cette année, la Direction de santé publique et la Direction générale adjointe programmes santé physique générale et spécialisée (DGAPSPGS) et coordination des services en prévention et contrôle des infections (PCI) ont élaboré une offre de service en prévention et contrôle des infections sous un modèle de continuum de services tout en respectant les rôles et responsabilités connus de chacune des équipes. La collaboration et le partage d'expertise sont au cœur même de nos interventions.

Cette offre de service conjointe entre la santé publique et l'équipe en prévention et contrôle des infections est une première ébauche de réflexion en attente du cadre de référence officiel qui doit être publié par le MSSS dans les mois à venir. La dernière année fut marquée par une volonté accrue d'améliorer les processus en prévention et contrôle des infections et l'amorce de démarche en transformation numérique pour l'ensemble des audits que les conseillères effectuent au quotidien. L'objectif est de munir l'organisation d'indicateurs de performance efficaces et efficaces pour améliorer la qualité des services aux usagers en matière de PCI.

Tout au long de la dernière année, l'équipe de PCI a assuré la prestation de soins et de services sécuritaires et de qualité dans l'organisation par le suivi des meilleures pratiques en lien avec la PCI dont voici des exemples :

- Élaboration d'un plan d'action spécifique en vue d'augmenter la conformité de l'hygiène des mains au CISSS de Chaudière-Appalaches, programme de PCI;
- Révision en cours de 10 procédures en matière de PCI;
- Réalisation des audits d'hygiène des mains dans les milieux de courte durée et dans les secteurs de soins de longue durée de l'établissement;
- Participation régulière au comité de gestion des risques par un membre désigné par le comité de PCI;
- Participation au comité experts – Dépistage/vaccination;
- Participation à la démarche d'agrément;
- Maintien, évaluation et accompagnement pour l'application des mesures de PCI liées aux différents agents pathogènes présents dans les milieux cliniques et de vie de l'organisation;
- Soins et maintien des surveillances obligatoires dans le Système d'information pour la surveillance provinciale des infections nosocomiales (SI-SPIN);
- Collaboration et participation aux activités de gestion de cas et d'éclosion pour l'ajustement des mesures de PCI en soins de courte durée et en milieu de vie, ainsi que pour les partenaires de la communauté en collaboration avec la Direction de santé publique;

- Évaluation et accompagnement pour l'application des mesures de PCI reliées à l'identification, la gestion et la prévention de la dissémination de la rougeole dans nos milieux cliniques (participation comité tactique, formations, révision de protocoles, etc.);
- Accueil, orientation et formation de nouveau personnel clinique dans le Service de PCI afin de répondre aux obligations de support des partenaires de la communauté.

Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art 118,1 LSSSS)

Volet organisationnel

La formation portant sur la politique et le protocole sur les mesures de contrôle est toujours accessible sur l'environnement numérique d'apprentissage (ENA) pour les directions n'ayant pas complété le déploiement (Phase1) et les nouveaux employés. Les cinq procédures, ainsi que les formulaires associés, accompagnés d'instruction pour les remplir, s'y trouvent. La formation portant sur le tronc commun des procédures est également rendue disponible sur l'ENA depuis l'automne 2023. Le déploiement de cette formation et des procédures est amorcé pour certaines directions.

Concernant le déploiement des nouveaux formulaires associés aux procédures, une note de service officielle est parue pour aviser du retrait définitif, à partir du 1^{er} mai 2024, des anciens formulaires pour les directions concernées. Tous les documents structurants (politique, protocole et procédures) sont regroupés et disponibles sur l'intranet ainsi que tous les outils cliniques (nouveaux formulaires, instructions, vidéos, aide-mémoire, guides d'application, etc.) incluant le nouveau répertoire sur les mesures de remplacement. Des ateliers de pratique pour l'application de contentions mécaniques sont en préparation et seront offerts sous peu aux intervenants ayant à les utiliser.

La communauté de pratique experte en mesures de contrôle et prévention des chutes demeure active et a d'ailleurs produit un aide-mémoire clinique portant sur l'intention visée par l'utilisation d'un dispositif et l'évaluation de l'imminence du danger pour guider les intervenants sur la pertinence ou non de recourir à une mesure de contrôle. Il sera ajouté à la boîte à outils sur intranet.

Direction du programme jeunesse

Nous observons, en 2023-2024, une légère hausse des isollements comparativement aux données de 2022-2023. Cette hausse est de l'ordre de 4,2 % (1492 vs 1432). Cette tendance s'observe également pour les contentions. En effet, nous notons une légère augmentation du recours aux contentions de 2,1 % en 2023-2024 (2282 vs 2234).

Des mesures d'isollements ont été appliquées auprès de 79 usagers différents, tandis que des mesures de contentions ont été appliquées auprès de 105 usagers différents. Cependant, il faut considérer que des usagers ayant de multiples problématiques représentent à eux seuls une proportion importante des mesures qui sont prises. Pour les isollements, trois usagers représentent à eux seuls 25,5 % de l'ensemble des mesures qui ont été prises.

Pour ce qui est des contentions, trois usagers représentent à eux seuls 26,2 % des mesures qui ont été prises.

L'ensemble de nos actions soutiennent cette volonté de porter un regard constant sur nos pratiques et vise à diminuer au maximum le recours à l'utilisation des mesures de contrôle des usagers. Notamment avec la poursuite

du déploiement du modèle ARC³ ainsi que l'intervention thérapeutique lors de conduite agressive (ITCA) dans les unités de réadaptation.

Il faut reconnaître, toutefois, que le roulement de personnel, le manque d'expérience, le contexte d'engorgement qui perdure depuis plusieurs années, particulièrement pour notre clientèle âgée de 6 à 12 ans, conjugués aux problématiques de plus en plus complexes chez nos enfants hébergés, demeurent des éléments préoccupants sur lesquels nous travaillons constamment.

Direction du programme santé mentale et dépendance (DPSMD)

Bien que l'année précédente ait été empreinte de structure, cette année, nous avons poursuivi nos efforts afin de limiter l'utilisation des mesures de contrôle dans notre direction.

En effet, nous avons collaboré à la rédaction d'un répertoire des stratégies de prévention et de mesures de remplacement à l'utilisation exceptionnelle de la contention, de l'isolement et des substances chimiques.

De plus, nous avons poursuivi la formation de nos intervenants, malgré le contexte de pénurie de personnel. En effet, nous avons formé 12 personnes à Oméga et 17 personnes à ITCA ([Intervention Thérapeutique lors de Conduites Agressives](#)), améliorant ainsi les compétences de nos équipes afin de favoriser une désescalade des comportements agressifs de la clientèle et ainsi limiter les mesures de contrôle.

Comme l'an passé, nous avons créé des postes d'agents d'intervention dans les différentes unités de psychiatrie et nous avons travaillé à bien définir leurs tâches et maximiser leur expertise.

Pour l'année 2023-2024, dans l'ensemble de la région de la Chaudière-Appalaches, nous avons utilisé à 514 reprises des mesures de contrôle pour nos usagers hospitalisés sur les unités de psychiatrie. Ceci représente une diminution de 22 % par rapport à l'année précédente. Toutefois, l'utilisation de la salle d'isolement demeure le moyen le plus utilisé.

Direction du programme déficiences autisme et réadaptation (DPDAR)

Pour l'année 2023-2024, la DPDAR a poursuivi ses travaux d'harmonisation afin d'offrir des services adaptés à la population. Des changements importants pour les continuums à l'enfance, en déficience physique adulte ainsi que la déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme (DI-TSA).

La formation accessible sur l'ENA est offerte à tous les nouveaux employés en lien avec l'application des mesures de contrôle des usagers (art. 118.1 LSSSS). Nous maintenons cette participation pour la prochaine année.

Nous avons l'implication d'une personne qui évolue dans notre programme depuis plusieurs années et qui participe à la communauté de pratique experte en mesures de contrôle en prévention des chutes depuis janvier 2024.

Mesures de contrôle en chiffre pour 2023-2024 :

- 85 usagers différents, tous milieux confondus, pour qui des mesures de contrôle ont été appliquées, soit 13 usagers de plus en comparaison de l'année précédente;

³ Attachement, Régulation des émotions et Compétences

- Le nombre des mesures en résidence à assistance continue (RAC) connaît une légère diminution représentant 93,5 % de l'ensemble des mesures appliquées, soit une diminution de 2,5 % comparativement à l'année 2022-2023;
- Il y a une hausse considérable au niveau du nombre de mesures de contrôle soit un total de 6297 comparativement à l'année dernière de 3143, soit un bond de 49 %. Nous pouvons expliquer cette hausse par le plus grand nombre d'usagers et aussi la sensibilisation effectuée par la formation offerte sur ENA. De plus, une situation particulière avec un usager a mené à l'utilisation de plusieurs mesures de contrôle dans la dernière année. L'équipe interdisciplinaire est impliquée de façon intensive à diminuer ces mesures.
- Avec la sensibilisation faite par les intervenants auprès des responsables de ressources, nous constatons davantage de déclarations en RI-RTF avec un total de 128 pour cette année comparativement à 12 pour l'année précédente.

Pour l'année 2024-2025 :

- Que chaque coordination de services à la DPDAR assure la pérennité des formations et des suivis en ce qui concerne les mesures de contrôle.
- Maintien des formations (ENA et ITCA) pour les nouveaux employés à la DPDAR.

Direction de l'hébergement du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées

À la suite de l'adoption de la procédure « Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle au Programme SAPA » et des nouveaux formulaires harmonisés, le plan d'action et de communication a été élaboré et est en cours d'actualisation. Un atelier d'appropriation avec l'ensemble des gestionnaires de la DHPSAPA a notamment été réalisé, ainsi qu'une fiche d'animation et de communication élaborée afin de soutenir le déploiement.

La procédure s'inscrit en cohérence et en complémentarité avec la politique « Utilisation exceptionnelle de la contention, de l'isolement et des substances chimiques comme mesure de contrôle au CISSS de Chaudière-Appalaches » et avec le protocole « Application des mesures de contrôle du CISSS de Chaudière-Appalaches » déjà implantés.

La formation « Procédures sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle » déployée à l'automne 2023 sur l'ENA, est offerte depuis février 2024 au personnel clinique, gestionnaires et médecins œuvrant en CHSLD et en MDAA. La participation préalable à la formation relative à la Politique et au Protocole de mesures de contrôle « Pour une utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle au CISSS de Chaudière-Appalaches » se poursuit.

Mesures de contrôle en quelques chiffres (portrait en date du 31 mars 2024) :

- Formation « Procédures sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle » : 388 participants.
- Formation « Pour une utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle au CISSS de Chaudière-Appalaches » : 631 participants.
- 3,25 % taux global de mesures de contrôle (contentions de type mécanique) pour l'ensemble des CHSLD et MDAA. Comme par les années précédentes, un taux inférieur à 10 % est visé pour le volet hébergement (CHSLD et MDAA).

Direction du continuum soutien à domicile et partenariat communautaire SAPA (DCSAPC)

Pour la DCSADPC, pour l'année 2023-2024 :

- Les documents suivants ont été finalisés : Procédure sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle au programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) et la Procédure d'application des mesures de contrôle en milieu hospitalier (pour la direction DCSADPC - unité de courte durée gériatrique (UCDG)). Une formation a été élaborée pour former le personnel concerné par les procédures;
- Les formulaires cliniques ont été mis à jour;
- Le document sur les mesures de remplacement a été diffusé aux équipes;
- Des travaux ont été réalisés pour fournir les recommandations sur l'utilisation des grenouillères et des mitaines au SAD;
- La poursuite de la réalisation du plan d'action sur les mesures de contrôle pour s'assurer des bonnes pratiques et de la pérennisation de celles-ci;
- À la DCSADPC, le 0 % d'utilisation des mesures de contrôle est visé.

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

Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services (CPQS)

Pour assurer le respect des droits des usagers et l'amélioration de la qualité des soins et des services, le CISSS de Chaudière-Appalaches peut compter sur l'équipe du commissaire aux plaintes et à la qualité des services et des médecins examinateurs.

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

Au cours de l'année 2023-2024, le commissariat ainsi que les médecins examinateurs ont traité 2258 dossiers qui se répartissent ainsi : 820 plaintes générales, 142 plaintes médicales, 721 interventions, 499 assistances et 76 consultations.

MESURES D'AMÉLIORATION RÉALISÉES

Motifs	Exemples de mesures d'amélioration
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> Harmoniser l'offre du service de la liaison de façon à ce que les services requis après évaluations puissent être offerts en temps opportun à la clientèle visée par la Politique de SAD.
Droits particuliers	<ul style="list-style-type: none"> Analyser et déterminer les lignes directrices à adopter en lien avec le consentement à la réanimation cardio-respiratoire lorsque l'établissement est lié à un organisme par une entente de service.
Maltraitance	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'un service de répit. Mise en place de visites supervisées. Filet psychosocial mis en place pour l'usagère et hébergement temporaire. Services mis en place et intervention policière communautaire. Suivis et vigie clinique assurés par une travailleuse sociale et la direction du programme. Relocalisation de l'usager en CHSLD et transfert personnalisé d'informations en lien avec les indices de maltraitance observés. Applications de moyens visant à faire cesser la maltraitance par les intervenants cliniques. Intervention auprès de l'usager, de ses proches et de son responsable de milieu de vie afin que la protection de l'usager soit assurée. Réévaluation et prise en charge par l'équipe clinique (collaboration avec les partenaires, sensibilisation maltraitance, soins et services dans le milieu, référence au médecin). Mesures mises en place pour la protection bancaire de l'usagère. Intervention et enseignement du proche aidant.
Organisation du milieu et ressources matérielles	<ul style="list-style-type: none"> S'assurer que les portions soient ajustées en fonction des menus, de manière à ce que les résidents aient des portions suffisantes pour répondre à leurs besoins.
Relations interpersonnelles	<ul style="list-style-type: none"> Prendre les moyens nécessaires afin de maintenir une approche relationnelle envers les résidents qui soit appropriée, exempte de toute forme de potentielle maltraitance, respectueuse de leur dignité, de leur autonomie et de leurs besoins.
Soins et services dispensés	<ul style="list-style-type: none"> Prendre les moyens nécessaires afin que les équipes d'intervenants de l'application des mesures soient informées quant aux attentes et aux objectifs des plans d'interventions auprès des usagers de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ). Définir l'offre de service pour l'unité d'hébergement transitoire de St-Isidore, et en faire la diffusion. Rehausser les connaissances des intervenants en lien avec le programme d'aides matérielles pour les fonctions d'élimination, en portant une attention particulière aux besoins de la clientèle avec trachéostomies.

Le Protecteur du citoyen (DG)

Le Protecteur du citoyen intervient chaque fois qu'il a des motifs raisonnables de croire qu'une personne ou un groupe de personnes a été lésé ou peut vraisemblablement l'être, par l'acte ou l'omission d'un organisme public, de son dirigeant, de ses membres ou du titulaire d'une fonction, d'un emploi ou d'un office qui relève de ce dirigeant. Le Protecteur du citoyen peut, chaque fois qu'il donne son avis au dirigeant d'un organisme public, lui faire toute recommandation qu'il juge utile et requérir d'être informé des mesures qui auront été effectivement prises pour remédier à la situation préjudiciable.

Au cours de la dernière année, le Protecteur du citoyen a traité 13 plaintes qui visaient les installations du CISSS de Chaudière-Appalaches. De ces plaintes, 15 recommandations ont été formulées. Des mesures correctives ont été apportées à la satisfaction du Protecteur du citoyen pour six de ces recommandations émises, ce qui a contribué à l'amélioration de la qualité des soins et des services, trois dossiers demeurent actifs ce jour incluant

neuf recommandations en cours. En outre, le Protecteur du citoyen est intervenu, de sa propre initiative, à cinq reprises auprès de l'établissement.

RECOMMANDATIONS DU PROTECTEUR DU CITOYEN

Recommandations		Réalisé	En cours
1.	Compléter les travaux de plâtre et de peinture sur les murs et les portes du troisième étage du Centre d'hébergement et de soins de longue durée de Montmagny, tant dans les couloirs que dans les chambres.		x
2.	Procéder à la réfection des escaliers extérieurs du Centre d'hébergement et de soins de longue durée de Montmagny.		x
3.	Assurer la planification et le suivi documentaire des tâches de nettoyage et de désinfection de l'ensemble des fauteuils roulants et des chaises d'aisance du Centre d'hébergement et de soins de longue durée de Montmagny, signifiées à l'équipe d'hygiène et de salubrité.		x
4.	Veiller à ce que les préposés aux bénéficiaires du Centre d'hébergement et de soins de longue durée de Montmagny disposent en tout temps d'un canal de communication efficace avec le département d'hygiène et de salubrité, de signaler les besoins de nettoyage et de désinfection de fauteuil roulant et de chaise d'aisance lorsque souillés pour en assurer la propreté.		x
5.	S'assurer que l'ensemble du personnel du Centre d'hébergement et de soins de longue durée de Montmagny soit formé pour identifier et dépister la maltraitance à l'égard des résidents et résidentes, afin de signaler au commissaire aux plaintes et à la qualité des services toute forme de maltraitance conformément à son obligation prévue à la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.		x
6.	Effectuer un rappel écrit de sa politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité auprès de toutes les personnes qui œuvrent au Centre d'hébergement et de soins de longue durée de Montmagny ainsi qu'aux proches des résidents et résidentes.		x
7.	Réévaluer la situation de l'usagère et se coordonner pour favoriser l'accès à une ressource résidentielle de proximité dans la région de la Capitale-Nationale, selon les résultats de cette évaluation et les ressources disponibles.	x	
8.	Diffuser et animer le document « outils de soutien à la pratique concernant la confidentialité – dispositions générales et règle d'interprétation – Loi sur la protection de la jeunesse » (fiches et arbre décisionnel) rédigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux en 2023.	x	
9.	Émettre une directive aux intervenants quant à l'importance de consulter le contentieux lorsqu'une démarche pourrait constituer un bris de confidentialité et qu'elle n'est pas prévue à l'arbre décisionnel du ministère de la Santé et des Services sociaux.	x	
10.	Informers l'ensemble des employés de la Direction du programme santé mentale et dépendance sur les caractéristiques du consentement libre et éclairé et sur les principes du consentement.	x	
11.	Informers l'ensemble des employés de la Direction du programme santé mentale et dépendance d'appliquer la Politique de départ applicable aux personnes dont les soins actifs sont terminés en centre hospitalier, en unité de réadaptation fonctionnelle intensive et en unité de transition de réadaptation fonctionnelle, POL_DG_2017-122.	x	
12.	S'assurer que les intervenants jeunesse au programme Famille-enfance-jeunesse en CLSC aient accès à une formation sur l'intervention en contexte de violence conjugale.	x	

Recommandations		Réalisé	En cours
13.	D'élaborer une entente de services entre les deux directions cliniques concernées et l'usagère identifiant les balises souhaitées pour la prestation des soins ainsi que les conséquences advenant le non-respect de celles-ci.		x
14.	Procéder à la réévaluation des besoins de l'usagère et de ses proches aidants.		x
15.	Octroyer les ressources nécessaires, le cas échéant, en priorisant le jugement clinique émis lors de l'évaluation des besoins.		x
Total		6	9

Coroner

En 2023-2024, 68 rapports d'investigation du coroner ont été transmis concernant des décès survenus dans la région de la Chaudière-Appalaches. De ceux-ci, trois comportaient des recommandations pour notre région. À cet effet, des suivis sont assurés auprès des directions concernées pour la mise en place des mesures correctives.

De plus, dans une vision de promotion et de prévention, le Service de la GIRPSSS reçoit les rapports avec recommandations pour l'ensemble des établissements de santé de la province et voit à la diffusion de ceux qu'il juge pertinents, après analyse. La présentation des cas de coroner est un point statutaire à l'ordre du jour des rencontres du comité de gestion des risques, aux différents comités de prestation sécuritaires de soins et services (CPSSS) ainsi qu'au comité de vigilance et de la qualité des services (CVQS).

RECOMMANDATIONS ADRESSÉES À L'ÉTABLISSEMENT ET RÉSUMÉ DES MESURES

Événement	Recommandations	Mesures mises en place
Pneumonie d'aspiration consécutivement à une tentative d'étranglement	De s'assurer que l'organisme responsable de l'évaluation des personnes en situation de perte cognitive et ayant des antécédents de violence et d'agressivité dirige ce type de clientèle dans des endroits d'hébergement appropriés à leur situation particulière afin d'assurer leur propre sécurité et d'éviter que ce type de clientèle se retrouve dans le même milieu que des personnes vulnérables.	<p>Les recommandations ont été transmises au Mécanisme d'accès à l'hébergement du CISSS de Chaudière-Appalaches.</p> <p>Les antécédents de comportements violents et agressifs seront pris en considération et évalués au moment de l'évaluation de la demande d'admission ainsi que lors de la proposition d'une place en hébergement. Le mécanisme d'accès à l'hébergement exige que la grille de comportements soit complétée pour tous les usagers obtenant des cotes de -2 ou -3 aux comportements à l'OCCI/SMAF⁴.</p> <p>De plus, la validation de la concordance du portrait de l'usager avec l'environnement physique ainsi qu'avec le résident occupant la chambre est effectuée et se fait de façon concertée entre le mécanisme d'accès à l'hébergement, le gestionnaire du milieu et son assistante-chef.</p>

⁴ Outils de cheminement clinique informatisés (OCCI)/Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)

Événement	Recommandations	Mesures mises en place
		<p>Advenant un changement de comportements de l'utilisateur au cours de sa résidence, l'intervenant au dossier avise le mécanisme d'accès à l'hébergement afin de mettre en place les mesures appropriées.</p>
<p>Asphyxie par pendaison</p>	<p>Que le CISSS de Chaudière-Appalaches, dont fait partie l'Hôpital de Saint-Georges :</p> <ul style="list-style-type: none"> Examine la prise en charge de l'utilisateur lors de sa visite à l'urgence du 5 août 2022, soit quelques heures avant son suicide par pendaison : S'assure d'offrir un soutien adéquat aux personnes qui consultent pour un problème de dépendance et de les orienter vers la/les ressources appropriées à leur situation. 	<p>Un comité de révision a été mis en place afin d'examiner la prise en charge de l'utilisateur lors de sa visite à l'urgence. L'analyse permet de conclure que la prise en charge était conforme à la pratique établie.</p> <p>En complément d'information et d'amélioration continue, en septembre et octobre 2022 une formation de détection et dépistage de la personne à risque suicidaire a été offerte au personnel infirmier du triage à l'urgence de Saint-Georges. Cette formation était déjà prévue au plan de formation organisationnel. À la suite de la réception du rapport de coroner, cette formation a été réanimée en novembre 2023 auprès du personnel infirmier.</p> <p>De plus, une procédure et des fiches relatives à l'ensemble du continuum de la prévention du suicide ont été adoptées en décembre 2023. La procédure comprend un plan de formation en prévention du suicide pour le personnel infirmier.</p> <p>Dans une perspective d'amélioration continue, les pistes d'amélioration suivantes ont été identifiées et réalisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> Augmenter la connaissance du service 811-Info-Social, par les ressources d'hébergement en dépendance et les usagers; Informar les ressources d'hébergement en dépendance du territoire du CISSS de Chaudière-Appalaches des services offerts à la centrale Info-Social pour les usagers et les tiers (évaluation du risque suicidaire, soutien aux tiers, déplacement terrain). Réanimer auprès des infirmières du triage, l'importance d'offrir à l'utilisateur la carte 811-Info-Social pour un problème psychosocial identifié pour lequel l'utilisateur ne désire pas recevoir de l'aide actuellement.

Événement	Recommandations	Mesures mises en place
<p>Asphyxie par pendaison</p>	<p>Que le CISSS de Chaudière-Appalaches, dont l'Hôtel-Dieu de Lévis fait partie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déploie toutes les actions et ressources pertinentes afin de s'assurer que les équipes de soins, incluant les médecins, mettent systématiquement en place des filets de sécurité adéquats, pour les usagers vulnérables au suicide ou ayant traversé une crise, avant de leur donner leur congé hospitalier; • Rehausse l'offre de soins et services dédiés aux usagers avec des troubles de santé mentale dans la communauté, plus particulièrement pour les usagers vulnérables au suicide ou ayant traversé une crise, qui viennent d'obtenir leur congé hospitalier; • Développe et met en place un protocole clair pour mieux impliquer les proches et un centre de crise ou en prévention du suicide, pour les usagers vulnérables au suicide ou ayant traversé une crise. 	<p>Les recommandations ont été transmises à la Direction du programme santé mentale et dépendance (DPSMD) et un retour est attendu pour le 28 mai 2024.</p>

Le Bureau de la protection des renseignements personnels

Le Bureau de la protection des renseignements personnels (PRP) relève de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE). Il est composé de deux conseillers-cadres et d'une agente de planification, de programmation et de recherche.

Suivant l'adoption de la *Loi modernisant des dispositions législatives en matière de protection des renseignements personnels* (anciennement le projet de loi n° 64, ci-après « Loi 25 »), des modifications importantes sont apportées aux lois et règlements sur la protection des renseignements personnels. La Loi 25 a pour objectif d'offrir un meilleur contrôle aux citoyens sur leurs renseignements personnels et de responsabiliser davantage les organismes publics quant à la gestion de ces renseignements. La Loi 25 modernise le cadre législatif pour l'adapter à la réalité technologique d'aujourd'hui.

Le CISSS de Chaudière-Appalaches détient des renseignements personnels qui concernent les usagers, les membres de son personnel et ses partenaires. À titre d'organisme public assujéti à la Loi 25, et dans le cadre de la réalisation de sa mission, il est responsable de la protection des renseignements personnels qu'il détient et doit prendre les mesures nécessaires au maintien de la confidentialité de ces renseignements tout au long de leurs cycles de vie : la collecte, l'utilisation, la communication, la conservation et la destruction.

Le Bureau de la PRP a été créé en mai 2023 pour répondre à ces exigences dans le contexte de la réforme législative à l'égard de la protection des renseignements personnels.

La mission du Bureau de la PRP est d'implanter une culture de protection des renseignements personnels au sein du CISSS de Chaudière-Appalaches. Avec les concepts clés des « 3 M », le Bureau de la PRP vise à assurer, à

l'égard des renseignements personnels que le CISSS de Chaudière-Appalaches détient : un meilleur **contrôle**, une meilleure **transparence** et une meilleure **responsabilisation**.

Les deux principaux volets d'activités du Bureau de la PRP sont les suivants :

Planification

Mettre en place des règles de gouvernance par :

- L'élaboration des règlements, politiques et procédures en lien avec la PRP et l'utilisation adéquate des renseignements;
- La mise en place d'un programme de formation et de sensibilisation accessible à tous;
- Développer et adapter des processus et des outils visant à évaluer les facteurs relatifs à la vie privée lors de situations requérant une telle évaluation;
- L'identification des indicateurs permettant de rendre compte de la conformité des activités en regard des obligations légales et administratives.

Opérationnel

- Répondre aux questions du personnel du CISSS de Chaudière-Appalaches en analysant et émettant des recommandations sur les mesures à prendre pour assurer la protection des renseignements personnels;
- Assurer la coordination du traitement de tout incident de confidentialité;
- Tenir à jour le contenu des registres PRP requis par la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

DEMANDES TRAITÉES PAR LE BUREAU DE LA PRP

Catégorie	Nombre dossiers traités
Anonymisation <i>Toute demande concernant l'anonymisation de renseignements personnels, qui constitue une alternative à la destruction des renseignements personnels.</i>	1
Biométrie <i>Toute demande concernant la biométrie (consentement et exigences requises), que ce soit un système de reconnaissance faciale, de reconnaissance vocale ou d'empreinte digitale.</i>	1
Communication RP <i>Toute demande concernant un renseignement personnel communiqué à un tiers, notamment, au regard du critère de nécessité.</i>	22
Consentement <i>Toute demande concernant les critères de validité du consentement en protection des renseignements personnels.</i>	13
EFVP <i>Toute demande concernant l'évaluation des facteurs relatifs à la vie privée (projets de recherche ou projets de système d'information).</i>	7
Formation sensibilisation <i>Toute activité de formation et de sensibilisation offerte aux membres du personnel en matière de protection des renseignements personnels.</i>	25
Incidents confidentialité <i>Traitement et analyse du préjudice sérieux de tout incident de confidentialité impliquant un renseignement personnel.</i>	32

Catégorie	Nombre dossiers traités
Portabilité (entrée en vigueur prévue en septembre 2024) <i>Toute demande afin qu'une personne puisse obtenir la communication, dans un format technologique structuré et couramment utilisé, des renseignements personnels informatisés qu'elle a fournis à l'organisation, par exemple, lors d'une prestation électronique de services.</i>	--
Système information - Projets informatiques <i>Toute demande concernant les mesures de sécurité propres à assurer la protection des renseignements personnels dans un système d'information.</i>	16
Conservation RP <i>Toute demande concernant les mesures de sécurité propres à assurer la protection des renseignements personnels conservés.</i>	4
Utilisation RP <i>Toute demande concernant l'utilisation d'un renseignement personnel dans l'organisation, notamment, au regard du critère de nécessité.</i>	3
Destruction RP <i>Toute demande concernant les mesures de sécurité propres à assurer la destruction des renseignements personnels.</i>	1
Sondage <i>Toute demande concernant un sondage auprès des usagers qui implique que le CISSS de Chaudière-Appalaches, collecte des renseignements personnels.</i>	1
Recherche <i>Toute demande concernant la protection des renseignements personnels dans le cadre des activités de recherche.</i>	3
Accessibilité RP <i>Toute demande concernant la limitation de l'accès aux renseignements personnels, c'est-à-dire que seules les personnes autorisées et pour lesquelles ces renseignements sont nécessaires à l'exercice de leurs fonctions peuvent y avoir accès.</i>	1

Autres activités du bureau de la protection des renseignements personnels :

- Élaboration d'une structure de gestion documentaire, d'outils de planification et d'un système de gestion des dossiers du Bureau de la PRP.
- Élaboration d'un guide de conformité pour assurer le suivi des nouvelles exigences de la Loi 25 dans l'organisation.
- Élaboration d'une stratégie de communication relativement aux services offerts par le Bureau de la PRP dans l'organisation (en cours) : <http://cisssca.intranet.reg12.rtss.qc.ca/direction-de-la-qualite-de-levaluation-de-la-performance-et-de-lethique/protection-des-renseignements-personnels/> et <https://www.cisssca.com/cisss/protection-des-renseignements-personnels>
- Veille continue sur le développement des meilleures pratiques en protection des renseignements personnels :
 - Participation à la journée professionnelle de l'Association des professionnels en accès à l'information et en protection de la vie privée;
 - Participation à un colloque offert par la Faculté de droit de l'Université Laval sur le droit à la vie privée en ligne;
 - Participation au Programme de certification comme responsable de la protection des renseignements personnels offert par le Centre universitaire de formation continue de l'Université de Sherbrooke.

- Mise en place de la Procédure sur la gestion des incidents de confidentialité impliquant un renseignement personnel, qui constitue le premier élément structurant de la gouvernance relative à la protection des renseignements personnels.
- Collaboration provinciale avec le ministère de la Santé et des Services sociaux concernant les travaux pour l'élaboration d'un modèle d'évaluation des facteurs relatifs à la vie privée pour les projets de recherche.
- Présentation sur la protection des renseignements personnels à des comités organisationnels, notamment :
 - Comité de direction;
 - Comité de la vigilance et de la qualité des services;
 - Comité de gestion des risques;
 - Comité de sécurité de l'information.
- Préparation à l'arrivée de la nouvelle Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux.

Le Bureau de l'éthique clinique et organisationnelle

Le Bureau de l'éthique clinique et organisationnelle (le Bureau) relève de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE). Il est la porte d'entrée pour toute demande de consultation et de formation en éthique clinique et organisationnelle. Il initie et collabore à différents projets organisationnels sous l'angle éthique.

Afin de répondre aux demandes de consultation qui exigent une délibération éthique et une réflexion à larges spectres, trois comités d'éthique clinique et organisationnelle (CECO) et un comité d'éthique organisationnelle stratégique (CEOS) sont en place. Ceux-ci relèvent du conseil d'administration pour assurer leur indépendance. À ceux-là s'ajoute le comité de la vie éthique qui relève de la Direction générale, mis en place en 2021. Le bureau assure le soutien administratif de ces comités et collabore à différents travaux menés par ces derniers.

THÈMES DES DEMANDES TRAITÉES PAR LE BUREAU ET LES COMITÉS (CECO ET CEOS)

Thème	Total de demandes traitées	Consultation*	Formation*	Autres activités de soutien au développement des compétences en éthique*	Délibération en comité d'éthique
Allocation de ressources	10	5	0	2	3
Éthique organisationnelle	69	40	9	19	1
Éthique professionnelle	12	6	0	4	2
Fin de vie	2	1	0	1	0
Prise de décision (notamment consentement)	30	19	5	2	4
Total	123	71	14	28	10

* Activités offertes par le Bureau de l'éthique

Autres activités du bureau de l'éthique :

- Élaboration de fiches éthiques : <http://cisssca.intranet.reg12.rtss.gc.ca/direction-de-la-qualite-de-levaluation-de-la-performance-et-de-lethique/ethique/documentation/>
- Mise à jour de la page intranet de l'éthique (en lien avec les visites séquences 2-5 d'Agrément Canada)
- Organisation de la Journée de la communauté en éthique (composée des membres des comités d'éthique et répondants en éthique) et d'activités de formation et intégration particulièrement pour les répondants en éthique
- En collaboration avec les comités d'éthique, dans le cadre du projet ETH-O-SSS (**ETH**ique **Organisationnelle** en **S**anté et **S**ervices **S**ociaux), il y a eu des activités en lien avec les deux volets :
 - Organisationnel : ETH-O-SSS Bien-être et accès (débuté juin 2023, en lien avec une recommandation de l'avis éthique sur la pandémie), ETH-O-SSS Gouvernance (intervention en éthique auprès du comité de direction élargi et du conseil d'administration); plan d'action en lien avec le consentement (débuté en avril 2023; lien avec la Planification stratégique organisationnelle);
 - De recherche : ETH-O-SSS Banque de données (débuté en mars 2024), ETH-O-SSS questionnaires intermédiaires (fini en janvier 2024), ETH-O-SSS Gouvernance – évaluation de l'intervention (en cours).
- Participation à des comités organisationnels, entre autres :
 - Comité don d'organes et tissus;
 - Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS);
 - Comité de vigie en oncologie (accès aux chirurgies);
 - Comité stratégique d'accès à la chirurgie;
 - Comités en lien avec : MDAA, Proche aidance, besoins intimes, etc.;
 - Comité sur la transformation numérique.
- Collaboration provinciale et régionale (RUISSSUL) :
 - Implication dans l'organisation du Symposium des éthiciens, octobre 2023;
 - Implication dans des travaux du Regroupement des éthiciens du réseau;
 - Participation aux rencontres du Pôle Éthique et santé et de l'Observatoire éthique et santé de l'IDEA (Institut d'éthique appliquée de l'Université Laval).

Le nombre de mises sous garde dans un établissement selon la mission

LES MISES SOUS GARDE

Mises sous garde	Mission				Total Établissement
	CH	CHSLD	CLSC	CR	
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	919	s. o.	s. o.	s. o.	919
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	265	s. o.	s. o.	s. o.	265
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	259	s. o.	s. o.	s. o.	259
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	144	s. o.	s. o.	s. o.	144
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)	138	s. o.	s. o.	s. o.	138

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

L'examen des plaintes et la promotion des droits

Pour assurer le respect des droits des usagers et l'amélioration de la qualité des soins et des services, le CISSS de Chaudière-Appalaches peut compter sur l'équipe du commissaire aux plaintes et à la qualité des services et des médecins examinateurs.

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

Au cours de l'année 2023-2024, le commissariat ainsi que les médecins examinateurs ont traité 2258 dossiers qui se répartissent ainsi : 820 plaintes générales, 142 plaintes médicales, 721 interventions, 499 assistances et 76 consultations.

MESURES D'AMÉLIORATION RÉALISÉES

Motifs	Exemples de mesures d'amélioration
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> Harmoniser l'offre du service de la liaison de façon à ce que les services requis après évaluations puissent être offerts en temps opportun à la clientèle visée par la Politique de SAD.
Droits particuliers	<ul style="list-style-type: none"> Analyser et déterminer les lignes directrices à adopter en lien avec le consentement à la réanimation cardio-respiratoire lorsque l'établissement est lié à un organisme par une entente de service.
Maltraitance	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'un service de répit. Mise en place de visites supervisées. Filet psychosocial mis en place pour l'usagère et hébergement temporaire. Services mis en place et intervention policière communautaire. Suivis et vigie clinique assurés par une travailleuse sociale et la direction du programme. Relocalisation de l'usager en CHSLD et transfert personnalisé d'informations en lien avec les indices de maltraitance observés. Applications de moyens visant à faire cesser la maltraitance par les intervenants cliniques. Intervention auprès de l'usager, de ses proches et de son responsable de milieu de vie afin que la protection de l'usager soit assurée. Réévaluation et prise en charge par l'équipe clinique (collaboration avec les partenaires, sensibilisation maltraitance, soins et services dans le milieu, référence au médecin). Mesures mises en place pour la protection bancaire de l'usagère. Intervention et enseignement du proche aidant.
Organisation du milieu et ressources matérielles	<ul style="list-style-type: none"> S'assurer que les portions soient ajustées en fonction des menus, de manière à ce que les résidents aient des portions suffisantes pour répondre à leurs besoins.
Relations interpersonnelles	<ul style="list-style-type: none"> Prendre les moyens nécessaires afin de maintenir une approche relationnelle envers les résidents qui soit appropriée, exempte de toute forme de potentielle maltraitance, respectueuse de leur dignité, de leur autonomie et de leurs besoins.
Soins et services dispensés	<ul style="list-style-type: none"> Prendre les moyens nécessaires afin que les équipes d'intervenants de l'application des mesures soient informées quant aux attentes et aux objectifs des plans d'interventions auprès des usagers de la DPJ. Définir l'offre de service pour l'unité d'hébergement transitoire de Saint-Isidore, et en faire la diffusion. Rehausser les connaissances des intervenants en lien avec le programme d'aides matérielles pour les fonctions d'élimination, en portant une attention particulière aux besoins de la clientèle avec trachéostomies.

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

De plus, le site Web du CISSS de Chaudière-Appalaches contient toutes les informations nécessaires sur le régime d'examen des plaintes. Le **formulaire de plainte et d'insatisfaction** est également disponible dans la section « **Plaintes et droits des usagers** », sous « **Commissaire aux plaintes et à la qualité des services** ».

Nous vous invitons à consulter le rapport annuel du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services 2023-2024 de l'établissement, également accessible sur le site Web du CISSS de Chaudière-Appalaches, à l'adresse : cisssca.com.

L'information et la consultation de la population

L'information transmise à la population a été vaste au cours de la dernière année. Elle l'a été par divers moyens de communication organisationnels comme les plateformes Web et les médias sociaux, des articles et des entrevues dans les médias ou dans ses installations. De nouvelles chroniques communautaires ont été mises en place cette année dans certains secteurs de la région (radio locale de Thetford, municipalités dans les MRC de Bellechasse et de L'Islet, journal local de Lévis) pour informer les citoyens en proximité, sur nos services et l'accès à ceux-ci. Le déploiement de telles chroniques se poursuivra au cours de la prochaine année, dans les secteurs où le tout n'est pas encore actualisé.

Pour plus d'information, nous vous invitons à consulter notre site Web à l'adresse : cisssca.com. Celui-ci contient plusieurs informations pour les citoyens, entre autres, les soins et services, les installations, les comités des usagers, etc.

Par ailleurs, notre établissement a continué d'être impliqué dans les travaux de différents comités en santé et services sociaux dans les communautés de la région. Ces lieux d'échanges auxquels participent notamment des élus municipaux, des députés de l'Assemblée nationale, des représentants d'organismes socioéconomiques et des citoyens impliqués dans leur communauté permettent au CISSS de Chaudière-Appalaches de transmettre de l'information sur ses services et ses projets en cours, mais également de consulter ses participants sur différents sujets.

Les rencontres avec des groupes d'élus municipaux, qui sont les représentants de leurs citoyens en proximité, se sont poursuivies pour, à la fois entendre les préoccupations, mais également présenter ses services et ses projets.

Un projet pilote a été déployé dans les MRC de Montmagny et de L'Islet pour les services de prélèvements de proximité intégrés dans la région. Pour ce faire, nous avons travaillé en collaboration avec les élus municipaux de ce secteur pour cibler les endroits précis où offrir des services de prélèvements en proximité.

En terminant, la démarche intersectorielle de développement de la Santé durable dans les MRC de Montmagny et de L'Islet, à laquelle le CISSS de Chaudière-Appalaches et des partenaires municipaux ont collaboré, a donné lieu à l'adoption d'une Déclaration d'engagement en la matière. Un plan d'action est en préparation pour la prochaine année afin de concrétiser cette déclaration d'engagement dans le quotidien des citoyens. Ces démarches sont finalement en cohérence avec l'un des axes de notre Planification stratégique organisationnelle 2023-2027, à propos du renforcement de la participation et du pouvoir d'agir avec les communautés, dans la prise en charge de leur santé.

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

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

RAPPORT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

Activité	Nombre de personnes	Site ou installation				Total
		Hôpitaux	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie (données dont l'exactitude est à bonifier, ainsi que la comparabilité d'une période à l'autre)	En centre hospitalier de courte durée Source : MedÉcho, les personnes admises dans un lit réservé aux SPFV et celles admises hors lit réservé aux SPFV <ul style="list-style-type: none"> Alphonse-Desjardins : 602 Montmagny-L'Islet : 162 Beauce : 262 (hors lit réservé P1-P7 saisie non terminé) Région de Thetford : 270 	1296				1296
	En CHSLD Source : Gestred, Medipatient (Impromptu) <ul style="list-style-type: none"> Alphonse-Desjardins : 31 Montmagny : 47 Beauce : pas de lit dédié Région de Thetford : 44 Etchemins : 2 		124			124
	À domicile Source : I-CLSC <ul style="list-style-type: none"> Alphonse-Desjardins : 794 Montmagny-L'Islet : 234 Beauce : 340 Région de Thetford : 180 Etchemins : 103 			1651		1651
	En maison de soins palliatifs Source : maisons de soins de palliatifs <ul style="list-style-type: none"> Maison de soins palliatifs du Littoral : 121 Maison de soins palliatifs Catherine de Longpré : 156 Maison de soins palliatifs d'Hélène : 95 Maison de soins palliatifs Les couleurs du vents : 30 				402	402
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées		179			168

Activité	Nombre de personnes	Site ou installation				Total
		Hôpitaux	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
Aide médicale à mourir (AMM)	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	394				396
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	380				380
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs. Informations complémentaires : 6 personnes sont décédées avant l'administration de l'AMM, 2 personnes ont retiré leur demande/a changée, 1 personne a demandé la sédation palliative continue.	14				14

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

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	3473
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	179
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	394
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	380
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	14

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

Rapport de gestion 2023-2024 – DPJ-DP

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

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

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

Cette année, la DPJ-DP a traité 7706 signalements, ce qui correspond à une faible diminution de 1,7 % comparativement à l'année précédente. Le principal motif de signalements retenus cette année est celui de l'abus physique (672, soit 23,3 %), suivi par la négligence (510, soit 17,7 %). La négligence (239, soit 23,2 %) et l'abus physique (175, soit 17 %) sont les principaux motifs pour lesquels la sécurité et le développement de l'enfant sont considérés compromis et qu'il est pris en charge par la DPJ-DP, mais suivi de près par les mauvais traitements psychologiques (140, soit 13,6 %) et l'exposition à la violence conjugale (135, soit 13,1 %). On remarque une proportion importante d'enfants âgés de 0-12 an signalés à la protection de la jeunesse (71,1 % versus signalements traités). Des initiatives de concertation avec tous les acteurs du milieu ont cours de façon continue afin d'en comprendre les raisons et d'agir préventivement pour éviter que la situation des enfants se détériore en Chaudière-Appalaches. C'est sur le territoire de Beauce-Sartigan (18,2 %) que l'on retrouve le nombre le plus élevé des enfants âgés entre 0-5 an suivis par la DPJ-DP, suivi par Les Appalaches (11,9 %).

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

En ce qui concerne le service des jeunes contrevenants, nous avons donné en 2023-2024 des services à 404 usagers ayant commis des délits (59 filles et 345 garçons). Les garçons se retrouvent représentés en plus grand nombre (85,4 %), 159 jeunes ont été concernés par une mesure de sanctions extrajudiciaires et 171 jeunes par des sanctions judiciaires.

Cette année, nous avons procédé à 11 adoptions québécoises ce qui représente une augmentation de 83,3 % par rapport à l'année dernière qui peut s'expliquer par certains reports d'audiences à la Cour du Québec, Chambre de la jeunesse. En ce qui concerne l'adoption internationale, les délais sont toujours en augmentation considérant que la réalité de plusieurs pays a changé et que les enfants en attente d'adoption sont souvent en grands besoins spéciaux nécessitant des soins et une implication plus grande des parents adoptifs. En ce qui concerne la tutelle, nous avons eu six nouveaux jugements de tutelle au cours de la dernière année.

Au cours des dernières années, la Direction de la protection de la jeunesse s'est fait mieux connaître par l'ensemble des directions et cela a permis une meilleure communication facilitant ainsi les zones de collaboration. Les défis de la prochaine année sont nombreux. À titre de DPJ-DP, nous travaillons en collaboration avec les différents acteurs du monde judiciaire pour améliorer la pratique judiciaire au Québec, nous travaillons principalement à réduire les délais occasionnés par le processus judiciaire.

Nous participons aussi à la création d'un centre de services intégrés en abus et maltraitance avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale afin de faciliter le parcours de soins de l'enfant qui est victime d'abus ou de négligence grave. Nous sommes impliqués dans le programme d'intervention sociojudiciaire en conflits sévères de séparation avec deux autres CISSS et CIUSSS ainsi que la magistrature. Cette année, l'ensemble des services de la protection de la jeunesse a connu des hausses de volume exceptionnelles. Des défis de recrutement et de rétention de la main-d'œuvre font aussi partie des enjeux de la direction.

La protection des enfants est l'affaire de tous!

SIGNALEMENTS TRAITÉS

	2023-2024							2022-2023						
	0-5 an	6-12 ans	13-15 ans	16-17 ans	Inconnu	Total	%	0-5 an	6-12 ans	13-15 ans	16-17 ans	Inconnu	Total	%
Fille	1095	1455	862	380	0	3792	49,21 %	1061	1441	873	325	0	3700	47,19 %
Garçon	1240	1690	653	329	0	3912	50,77 %	1203	1871	741	324	0	4139	52,79 %
Inconnu	2	0	0	0	0	2	0,02 %	1	0	1	0	0	2	0,02 %
Total	2337	3145	1515	709	0	7706	100 %	2265	3312	1615	649	0	7841	100 %

SIGNALEMENTS RETENUS PAR MRC

MRC	2023-2024	2022-2023
Beauce-Sartigan	406	398
Bellechasse	187	229
Chutes-de-la-Chaudière	456	407
Desjardins	337	334
Appalaches	363	289
L'Islet	96	114
Nouvelle-Beauce	231	190
Etchemins	119	144
Lotbinière	276	234
Montmagny	164	119
Robert-Cliche	133	115
Hors territoire	114	77
Total	2882	2650

NOMBRE DE SIGNALEMENTS RETENUS

Problématiques	2023-2024	2022-2023
Abandon	0	5
Abus physique	672	592
Risque sérieux d'abus physiques	336	466
Abus sexuel	197	126
Risque sérieux d'abus sexuels	192	159
Mauvais traitements psychologiques	203	379
Exposition à la violence conjugale	345	s.o.
Négligence	510	443
Risque sérieux de négligence	289	318
Troubles de comportements sérieux	138	162
Total	2882	2650

PROVENANCE DES SIGNALEMENTS TRAITÉS

Provenance	2023-2024	2022-2023
Milieu familial	12,45 %	13,66 %
Employé d'un CJ	33,20 %	29,44 %
Famille d'accueil	0,13 %	0,15 %
Employé d'un CH ou médecin	2,08 %	2,49 %
Autres professionnels	0,61 %	1,12 %
Milieu scolaire	19,50 %	22,19 %
Milieu policier	16,26 %	17,18 %
Communauté	8,83 %	8,39 %
Milieu de garde	2,11 %	1,83 %
Employé d'un organisme	4,83 %	3,55 %
Total	100 %	100 %

ENFANTS DONT LA SITUATION EST PRISE EN CHARGE PAR LA DPJ

Problématiques	2023-2024		2022-2023	
	Total	%	Total	%
Abandon	19	0,82 %	18	0,88 %
Abus physique	254	10,96 %	191	9,31 %
Risque sérieux d'abus physique	133	5,74 %	115	5,60 %
Abus sexuel	71	3,06 %	64	3,12 %
Risque sérieux d'abus sexuel	55	2,37 %	55	2,68 %
Mauvais traitements psychologiques	363	15,66 %	391	19,06 %
Négligence	685	29,55 %	620	30,21 %
Exposition à la violence conjugale	116	5 %	s.o.	s.o.
Risque sérieux de négligence	480	20,71 %	456	22,22 %
Troubles de comportement sérieux	142	6,13 %	142	6,92 %
Total	2318	100 %	2052	100 %

MILIEU DE VIE DES ENFANTS À L'APPLICATION DES MESURES

Milieu de vie	31 mars 2024		31 mars 2023	
	Total	%	Total	%
Suivi dans le milieu familial	1002	49,36 %	899	51,14 %
Confié à un tiers significatif	229	11,28 %	165	9,38 %
Ressources de type familial	385	18,96 %	341	19,40 %
CR et RI	114	5,62 %	97	5,52 %
Indéterminé ¹	300	14,78 %	256	14,56 %
Total	2030	100 %	1758	100 %

¹ Milieu de vie indéterminé :

- Pas de mesures actives à l'application des mesures
- Sans mesure pendant l'instance
- Retard dans la saisie

8. Les ressources humaines

Les ressources humaines de l'établissement public et privé conventionné

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

9. Les ressources financières

Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

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

RÉPARTITION DES DÉPENSES PAR PROGRAMMES-SERVICES

(Fonds d'exploitation – activités principales)
(Informations non auditées)

Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variation des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Programmes-services						
Santé publique	52 759 123 \$	3 %	27 900 408 \$	2 %	(24 858 715) \$	-48 %
Services généraux – activités cliniques et d'aide	87 954 165 \$	6 %	107 867 421 \$	6 %	19 913 256 \$	23 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	292 349 950 \$	19 %	350 622 888 \$	21 %	58 272 938 \$	20 %
Déficience physique	53 370 945 \$	4 %	59 035 841 \$	4 %	5 664 896 \$	11 %
Déficience intellectuelle et TSA	81 839 226 \$	5 %	90 608 704 \$	5 %	8 769 478 \$	11 %
Jeunes en difficulté	94 409 906 \$	6 %	109 297 080 \$	7 %	14 887 174 \$	16 %
Dépendances	11 394 556 \$	1 %	13 048 648 \$	1 %	1 654 092 \$	15 %
Santé mentale	77 063 231 \$	5 %	85 127 149 \$	5 %	8 063 918 \$	10 %
Santé physique	478 117 507 \$	32 %	512 857 179 \$	30 %	34 739 672 \$	7 %
Programmes de soutien						
Administration	98 666 142 \$	7 %	119 197 702 \$	7 %	20 531 560 \$	21 %
Soutien aux services	100 037 189 \$	7 %	112 271 012 \$	7 %	12 233 823 \$	12 %
Gestion des bâtiments et des équipements	82 159 862 \$	5 %	84 176 141 \$	5 %	2 016 279 \$	2 %
Total	1 510 121 802 \$	100 %	1 672 010 173 \$	100 %	161 888 371 \$	11 %

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

L'équilibre budgétaire

L'établissement a clos l'exercice financier 2023-2024 avec un déficit de 34 402 955 \$ ventilé comme suit :

VENTILATION DU SURPLUS DE L'EXERCICE FINANCIER

Fonds d'exploitation	Déficit de l'exercice	(50 684 024) \$
Fonds d'immobilisations	Surplus de l'exercice	16 281 069 \$
Total	Déficit de l'exercice	(34 402 955) \$

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

Le déficit du fonds d'exploitation au 31 mars 2024 est principalement attribuable aux dépenses engagées au chapitre de la main-d'œuvre indépendante (MOI). Un plan d'action visant l'arrêt du recours à la MOI est présentement en déploiement dans l'établissement. À cet égard, les dispositions de la Loi no 10, Loi limitant le recours aux services d'une agence de placement de personnel et à de la main-d'œuvre indépendante dans le secteur de la santé et des services sociaux, donneront à l'organisation les leviers nécessaires au rétablissement d'une structure régulière de coûts salariaux.

Les résultats déficitaires des activités d'exploitation prennent également en compte le manque à gagner non financé découlant de l'augmentation de l'indice des prix à la consommation, des intérêts sur les emprunts autorisés de même que des investissements supplémentaires nécessaires à la prise en charge des besoins de certaines clientèles.

Le surplus du fonds d'immobilisations est exceptionnel et provient de la constatation du gain consécutif au transfert de propriété des immeubles de la Société québécoise des infrastructures (SQI) en faveur de l'établissement au 1er avril 2021.

Les contrats de service

Au cours de l'année financière 2023-2024, des contrats de service, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, ont été conclus tel que mentionné dans le tableau suivant :

CONTRATS DE SERVICES COMPORTANT UNE DÉPENSE DE 25 000 \$ ET PLUS

Type de contrat	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique ¹	12	19 392 139 \$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique ²	173	265 877 085 \$
Total des contrats de service	185	285 269 224 \$

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

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

10. Ressources informationnelles

Lors de l'exercice 2023-2024, les ressources informationnelles ont contribué à la performance de l'organisation par la réalisation des projets suivants :

- Révision des outils technologiques requis pour la pratique des psychologues/neuropsychologues au Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches : l'accessibilité à tous les professionnels visés aux outils d'évaluation selon leurs secteurs et leurs droits de pratique a permis d'améliorer le processus d'évaluation de la clientèle ainsi que d'accroître l'efficacité et la sécurité des services;
- Rehaussement et remplacement des cabinets automatisés décentralisés de médicaments : le rehaussement des cabinets décentralisés de médicaments dans les centres hospitaliers de Saint-Georges, Thetford, Lévis et Montmagny ainsi que le déploiement dans les Maisons des aînés et alternatives a permis d'assurer la sécurité et l'efficacité du circuit des médicaments aux patients;
- Transmission des électrocardiogrammes à l'aide des équipements de monitoring à partir des ambulances : l'acquisition des nouveaux équipements de monitoring permet maintenant aux ambulanciers de transmettre de façon sécuritaire les électrocardiogrammes par cellulaire tout en améliorant la qualité du diagnostic du patient;
- Déploiement des centres de coordination intrahospitaliers : la mise en place d'une salle de coordination physiquement et virtuellement aménagée améliore la fluidité hospitalière;
- Construction d'un pavillon d'enseignement de l'Université Laval à l'Hôtel-Dieu de Lévis – Projet Aventure médecine : la construction du pavillon favorise l'enseignement en simultané à plusieurs endroits afin d'attirer et de former des étudiants en médecine pour une pratique médicale adaptée aux régions. Il permettra d'augmenter rapidement et de manière importante les admissions à la Faculté de médecine de l'Université Laval, notamment celles de personnes provenant de différentes régions;
- Déploiement d'une plateforme de gestion des horaires et des communications en temps réel : cette plateforme permet d'améliorer et d'optimiser la planification et la gestion des horaires des médecins et des pharmaciens, autant pour les activités cliniques que pour les horaires de garde, permettant par le fait même l'accès à l'information en temps réel tout en assurant la sécurité de l'information;
- Paramédecine de régulation : ce projet a permis de développer le rôle des paramédicaux afin de contribuer aux évaluations de la clientèle vulnérable en collaboration avec une infirmière de l'Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence sous forme de co-évaluation, et ce, à même le milieu de vie de l'utilisateur tout en permettant d'orienter celui-ci vers le bon service. De plus, ce projet a contribué à diminuer les transports ambulanciers et les visites non pertinentes aux urgences tout en assurant ainsi les services requis et appropriés;
- Ajout de l'index patient dans le système d'information sur la sécurité des soins et des services : cet ajout améliore la qualité des données et facilite la complétion des rapports de déclaration d'incident ou d'accident;
- Îlot des Appalaches – Centre de réadaptation : la centralisation des activités scolaires des jeunes hébergés en centre de réadaptation et le regroupement de divers professionnels (intervenant, infirmier, éducateur, conseiller en orientation, psychologue) permettent un meilleur service aux jeunes comme dans les écoles en communauté;
- Solution à la prise de rendez-vous pour optimiser l'offre en vaccination de base : le déploiement de meilleures pratiques en matière de gestion des rendez-vous (prise, confirmation, rappel et relance) en utilisant un système de rendez-vous pour les citoyens sur tout le territoire de Chaudière-Appalaches permet d'augmenter la couverture vaccinale et l'immunisation des enfants dans les fenêtres vaccinales optimales.

De plus, ceci permettra d'accroître le degré de protection populationnelle à certaines maladies (rougeole, poliomyélite, etc.) et d'éviter l'éclosion ou la résurgence de maladies graves tout en améliorant l'accès aux services de vaccination;

- Maison des aînés et alternatives - Lévis, Saint-Martin et Black Lake : la mise en place de trois Maisons des aînés et alternatives, en cohérence avec la volonté ministérielle, a permis d'augmenter l'accessibilité et d'améliorer la qualité des services aux personnes en perte d'autonomie ou présentant des besoins d'accompagnement particuliers;
- Réaménagement de la pharmacie centrale à l'Hôtel-Dieu de Lévis : les processus de travail et la sécurité du circuit de médicament sont améliorés grâce à l'optimisation des espaces disponibles à la pharmacie centrale de l'hôpital de l'Hôtel-Dieu de Lévis;
- Remplacement des pompes ambulatoires : le remplacement des pompes ambulatoires et des pousse-seringues mécaniques par un modèle de pompe ambulatoire qui inclut un système de réduction des erreurs de dose améliore la qualité et la sécurité des soins;
- Réorganisation des index patients du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches : cette réorganisation simplifie les liens d'interfaces, améliore et uniformise les informations d'identification des usagers dans l'ensemble des systèmes d'information;
- Régionalisation du système de rendez-vous : la régionalisation améliore la qualité des processus d'attribution des rendez-vous et la performance globale par la mise en place d'un système unique permettant de faire la meilleure offre à l'usager en fonction du délai clinique et de la proximité de son lieu de résidence;
- Rehaussement majeur et migration au centre de traitement de nos systèmes d'archivage et d'échange des examens radiologiques : la mise à niveau de l'infrastructure technologique de l'imagerie médicale permet d'assurer une haute disponibilité de ce service tout en répondant aux normes de sécurité informatique;
- Poursuite du déploiement du gestionnaire de documents électroniques : ce déploiement améliore l'accessibilité de l'information clinique et l'organisation du travail en rendant disponible la rédaction électronique;
- Migration de la téléphonie IP : la migration a permis de centraliser la téléphonie dans un seul environnement pour l'ensemble de nos installations. Elle améliore l'organisation du travail et ainsi, la fluidité de nos services;
- Déploiement d'une solution de carte d'authentification : cette solution optimise le temps des utilisateurs en accédant rapidement aux applications cliniques les plus fréquentes grâce à l'automatisation de la saisie des données de connexion.

11. L'état du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant⁵

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2024		
				R : réglée	PR : partiellement réglée	NR : non réglée
1	2	3	4	5	6	7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers et autres informations financières						
R-5 - L'établissement a obtenu une subvention avec les charges et pertes de revenus, déduction faite des économies, engendrées par la pandémie de COVID-19 pour le réseau de la santé. L'auditeur n'a pas été en mesure d'obtenir des éléments probants suffisants et adéquats en ce qui concernant l'exactitude des charges engendrées par la pandémie de COVID-19 dû au volume de transactions et des économies prises en compte en raison des limites inhérentes aux procédures d'audit ayant pu être réalisé.	2020-2021	R	Les subventions relativement à la COVID-19 ont été confirmées et payées entièrement par le MSSS au 31 mars 2024.	X		
R-8 - 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 liées à la mise hors service d'immobilisations pour l'exercice terminé le 31 mars 2024.	2022-2023	R				X
Questionnaire à compléter par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Rapport à la gouvernance						

⁵ Depuis l'exercice terminé le 31 mars 2020, le MSSS n'exige plus de mandat d'audit portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées. Ainsi, il n'est plus requis de remplir la section « Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées » de la page 140-00 du formulaire AS-471.

12. La divulgation des actes répréhensibles

DIVULGATION D'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 ⁶	2	Sans objet	Sans objet
2. Le nombre de motifs allégués dans les divulgations reçues (point 1) ⁷	Sans objet	3	
3. Le nombre de motifs auxquels il a été mis fin en application du paragraphe 3 de l'article 22		1	
4. Motifs vérifiés par le responsable du suivi des divulgations : Parmi les motifs allégués dans les divulgations reçues (point 2), excluant ceux auxquels il a été mis fin (point 3), identifiez à quelle catégorie d'acte répréhensible ils se rapportent.			
<ul style="list-style-type: none"> • 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		
<ul style="list-style-type: none"> • Un manquement grave aux normes d'éthique et de déontologie 		1	
<ul style="list-style-type: none"> • Un usage abusif des fonds ou des biens d'un organisme public, y compris de ceux qu'il gère ou détient pour autrui 			
<ul style="list-style-type: none"> • Un cas grave de mauvaise gestion au sein d'un organisme public, y compris un abus d'autorité 			
<ul style="list-style-type: none"> • 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	
<ul style="list-style-type: none"> • Le fait d'ordonner ou de conseiller à une personne de commettre un acte répréhensible identifié précédemment 			
5. Le nombre total de motifs qui ont fait l'objet d'une vérification par le responsable du suivi des divulgations	Sans objet	2	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 ⁸	1		

⁶ Le nombre de divulgations correspond au nombre de divulgateurs.

⁷ 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.

⁸ Le transfert de renseignements au Commissaire à la lutte contre la corruption ou à tout organisme chargé de prévenir, de détecter ou de réprimer le crime ou les infractions aux lois, dont un corps de police et un ordre professionnel, entraînant ou non la fin de la prise en charge de la divulgation par le responsable du suivi est répertorié à ce point.

13. Les organismes communautaires

Le nombre d'organismes communautaires subventionnés par le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) est de 178 pour l'année 2023-2024, dont 155 en soutien à la mission globale, 22 subventionnés pour la réalisation d'activités spécifiques seulement et un organisme financé hors PSOC.

Un budget de développement de 2 millions de dollars octroyé par le ministère de la Santé et des Services sociaux a été réparti auprès des 155 organismes pour rehausser leur allocation au soutien à la mission globale. Dans le cadre de l'exercice de répartition, une partie du budget a servi à remettre à tous les organismes une indexation de 1 % de leur allocation de l'année précédente. L'autre partie a servi à remettre une allocation supplémentaire à 92 organismes, pour qu'ils puissent atteindre 89 % du budget de base requis selon leur typologie d'organismes.

TOTAL DES ALLOCATIONS REMISES À L'ENSEMBLE DES ORGANISMES POUR LES DIVERS VOILETS DE FINANCEMENT

Soutien à la mission globale	39 900 721 \$
Subventions pour la réalisation d'activités spécifiques récurrentes	6 689 639 \$
Subventions pour la réalisation d'activités spécifiques non récurrentes	1 120 177 \$
Subventions pour la réalisation de projets ponctuels non récurrents	388 375 \$
Subventions hors PSOC et Fonds dédiés récurrents et non récurrents	2 279 491 \$
Total	50 378 403 \$

Le Bureau du PSOC a réalisé les actions suivantes afin de respecter les exigences du PSOC reliées aux points suivants :

Information sur les normes

- Mise en ligne de la documentation reliée au PSOC, dont le Cadre normatif du PSOC du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Envoi d'un avis à tous les organismes communautaires subventionnés dans le cadre du PSOC rappelant les exigences de la reddition de comptes et l'échéancier balisé par le PSOC;

Financement

- Envoi aux 155 organismes financés en soutien à la mission globale des critères d'attribution du montant de rehaussement pour l'année 2023-2024;
- Transmission systématique aux organismes communautaires financés par les divers volets de financement des lettres et formulaires d'allocation exprimant les exigences de reddition de comptes à chacune des allocations ciblées par les modes de financement;

Suivi de la reddition de compte

- Signature de l'addenda 2023-2024 de la Convention de soutien financier 2015-2018, dans le cadre du soutien financier à la mission globale des organismes communautaires œuvrant en santé et services sociaux;
- Réception des plans d'affectation de l'excédent financier accumulé en 2022-2023 par les organismes en soutien à la mission globale. Cent cinquante et un (151) organismes ont déclaré en date du 31 mars 2023

un montant total de 17,4 millions de dollars, correspondant à l'excédent financier accumulé affecté ou non affecté supérieur à 25 % des dépenses annuelles;

- Suivi de plainte ou de gestion effectué auprès de 7 organismes concernant le respect des obligations de la Convention de soutien financier 2015-2018. Aucun organisme n'a été retiré du financement au PSOC, bien que certains ont subi une diminution non récurrente de leur financement.

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

SOUTIEN FINANCIER AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES PAR LE PSOC

Organisme	2022-2023	2023-2024
A.P.E.D.A.H. et Plus Beauce-Etchemins	40 163 \$	42 091 \$
Accueil-sérénité	223 100 \$	253 921 \$
Action Jeunesse Côte-Sud	215 719 \$	242 607 \$
Aide aux jeunes contrevenants de Beauce (A.J.C. Beauce)	217 545 \$	249 606 \$
Albatros Lévis (nouvel organisme admis en MG en 2022-2023)	8 392 \$	38 803 \$
Allaitement Québec	68 742 \$	71 285 \$
Alliance-Jeunesse Chutes-de-la-Chaudière	231 272 \$	335 171 \$
Amalgame MDJ Ouest	213 627 \$	238 801 \$
Association bénévole Beauce-Sartigan inc.	314 242 \$	375 308 \$
Association de la fibromyalgie région Chaudière-Appalaches	171 007 \$	187 334 \$
Association de l'action volontaire Appalaches	328 129 \$	385 839 \$
Association de loisirs pour personnes handicapées de L'Islet-Sud	237 890 \$	285 557 \$
Association d'entraide communautaire La Fontaine	287 609 \$	338 933 \$
Association des personnes handicapées de la Chaudière	265 886 \$	334 964 \$
Association des personnes handicapées de Lévis inc.	535 742 \$	608 114 \$
Association des personnes handicapées de Lotbinière	241 860 \$	342 956 \$
Association Horizon Soleil	220 404 \$	251 349 \$
Association pour l'intégration sociale (Région Beauce-Sartigan)	319 622 \$	406 599 \$
Association renaissance des Appalaches	393 461 \$	438 171 \$
Atelier occupationnel Rive-Sud inc.	247 243 \$	280 073 \$
Au Bercaill de St-Georges	998 344 \$	1 060 016 \$
Aube de la Paix (1993) inc.	230 211 \$	288 729 \$
Aux Quatre Vents, groupe d'entraide pour personnes en difficulté psychologique ou psychiatrique	330 739 \$	345 753 \$
CALACS de la Rive-Sud	499 516 \$	606 826 \$
Carrefour des personnes âgées de Lotbinière	183 301 \$	191 904 \$

Organisme	2022-2023	2023-2024
Centre aide et prévention jeunesse de Lévis	203 272 \$	228 623 \$
Centre Alter-Agir	460 294 \$	429 114 \$
Centre communautaire Normandie inc.	146 045 \$	157 334 \$
Centre d'action bénévole Beauce-Etchemin (CABBE)	281 825 \$	350 979 \$
Centre d'action bénévole Concert'Action	141 848 \$	174 497 \$
Centre d'action bénévole des MRC de Montmagny et de L'Islet (CECB)	503 321 \$	520 213 \$
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel Chaudière-Appalaches inc.	532 681 \$	641 289 \$
Centre de stimulation l'Intercom	177 836 \$	195 972 \$
Centre de Vie de Bellechasse inc.	203 272 \$	228 359 \$
Centre d'écoute et de prévention du suicide Beauce-Etchemins	176 731 \$	185 049 \$
Centre d'entraide de la région de Disraeli	125 936 \$	141 632 \$
Centre d'entraide familiale de la MRC de Montmagny	6 500 \$	18 696 \$
Centre d'Équithérapie La Remontée	76 488 \$	79 318 \$
Centre Domrémy des Appalaches inc.	401 168 \$	437 945 \$
Centre Ex-Equo	997 533 \$	1 069 901 \$
Centre Femmes La Rose des Vents inc.	233 097 \$	244 147 \$
Centre Femmes L'Ancrage	220 552 \$	235 608 \$
Centre la Barre du Jour	281 592 \$	294 418 \$
Centre Yvon-Mercier	526 315 \$	312 734 \$
Centre-Femmes « La Jardilec » inc.	231 325 \$	246 778 \$
Centre-Femmes de Beauce inc.	253 899 \$	276 953 \$
Centre-Femmes de Bellechasse	221 039 \$	231 648 \$
Centre-Femmes de Lotbinière	254 231 \$	265 545 \$
Club Parentaide Beauce-Centre	17 268 \$	15 314 \$
Comptoir Le Grenier	233 618 \$	244 832 \$
Conseil des aînés de la MRC des Appalaches	– \$	7 550 \$
Convergence action bénévole	576 147 \$	649 297 \$
Corporation de développement de la communauté d'expression anglaise de Mégantic (MCDC)	59 148 \$	61 336 \$
Coup de pouce nourrice	47 736 \$	49 922 \$
Entraide Solidarité Bellechasse	237 164 \$	294 850 \$
Entraide Ste-Croix	26 369 \$	27 635 \$
Espace Chaudière-Appalaches	403 849 \$	423 233 \$
Frigos Pleins	141 862 \$	148 297 \$
Grands Frères Grandes Sœurs des Appalaches	177 391 \$	228 609 \$

Organisme	2022-2023	2023-2024
GRIS Chaudière-Appalaches	182 418 \$	190 733 \$
Groupe d'accompagnement Jonathan inc.	148 701 \$	183 989 \$
Groupe d'entraide Cancer et Vie	131 862 \$	148 297 \$
Groupe espérance et cancer	161 494 \$	197 588 \$
Havre L'Éclaircie inc.	1 267 741 \$	1 295 474 \$
Intervalle	419 003 \$	439 115 \$
La Chaudronnée du Bel Âge	28 866 \$	77 002 \$
La Corporation de solidarité en sécurité alimentaire de Lotbinière	131 862 \$	148 297 \$
La Croisée - regroupement de parents, amis(es) de la personne atteinte de maladie mentale - MRC des Appalaches	218 323 \$	241 803 \$
La Croisée des Chemins	305 015 \$	153 427 \$
La Frontière	184 449 \$	186 208 \$
La Gîtée inc.	1 352 498 \$	1 399 466 \$
La Jonction pour elle inc.	1 505 698 \$	1 569 872 \$
La Maison des aînés de Lévis inc.	102 351 \$	107 033 \$
La Maison des jeunes de Charny inc.	197 051 \$	221 612 \$
La maison des jeunes de la MRC Robert-Cliche	203 272 \$	228 359 \$
La maison des jeunes de Montmagny inc.	197 051 \$	221 612 \$
La Maison des jeunes de Saint-Étienne-de-Lauzon inc.	197 051 \$	221 612 \$
La Maison des jeunes de St-Jean-Chrysostome inc.	197 051 \$	221 612 \$
La Maison des jeunes de Thetford Mines	228 779 \$	254 514 \$
La Maison des jeunes Isotope de St-Malachie	61 042 \$	64 533 \$
La Maison des jeunes L'Azymut Est * Ouest	197 051 \$	221 612 \$
La Maison du Tournant inc.	470 212 \$	648 315 \$
La Passerelle, groupe d'aide et d'entraide pour personnes vivant avec un problème de santé mentale	420 639 \$	439 918 \$
La Popote roulante des Aulnaies	16 565 \$	37 580 \$
La Rencontre, groupe d'entraide pour personnes atteintes de maladie mentale	253 782 \$	265 576 \$
La Ruche de Saint-Romuald inc.	197 051 \$	221 612 \$
La Société Alzheimer Chaudière-Appalaches	388 995 \$	419 889 \$
La Société Grand Village inc.	163 966 \$	200 033 \$
La Tournée des marmitons de Montmagny	12 394 \$	27 453 \$
L'Adoberge Chaudière-Appalaches	745 087 \$	779 677 \$
L'A-Droit de Chaudière-Appalaches	222 465 \$	233 143 \$
L'Alternative Appalaches inc.	219 063 \$	229 578 \$

Organisme	2022-2023	2023-2024
L'Ancre, regroupement des parents et amis des personnes atteintes de maladie mentale	218 305 \$	248 308 \$
L'Arc-en-Ciel, regroupement de parents et de personnes handicapées	611 479 \$	677 971 \$
L'Arche le Printemps inc.	670 022 \$	715 776 \$
L'Association des personnes handicapées de Bellechasse (L'A.P.H.B.)	201 338 \$	243 067 \$
L'Association des TCC des Deux Rives (Québec - Chaudière-Appalaches)	92 347 \$	176 884 \$
Laura Lémerveil	27 628 \$	28 650 \$
Le Carrefour Employabilité - Travail de rue	203 272 \$	228 359 \$
Le Centre de parrainage de la jeunesse de Beauce	221 943 \$	249 606 \$
Le Cercle de l'amitié de Cap St-Ignace	18 773 \$	21 181 \$
Le Comptoir d'aide Le Fouillis inc.	18 911 \$	22 911 \$
Le Contrevent, pour l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale	318 252 \$	359 008 \$
Le Filon	224 496 \$	235 608 \$
Le Havre des femmes	1 201 175 \$	1 227 328 \$
Le Havre, groupe d'aide et d'entraide pour la personne vivant avec un problème de santé mentale	297 159 \$	310 639 \$
Le Murmure, groupe d'entraide de personnes ayant ou ayant eu un problème de santé mentale	251 811 \$	258 346 \$
Le Patro de Lévis inc.	14 629 \$	23 620 \$
Le Rappel groupe d'entraide de personnes atteintes d'une maladie mentale	337 865 \$	353 276 \$
Le Re-Lait Montmagny-L'Islet	39 181 \$	41 062 \$
Le Service d'entraide de Charny inc.	130 102 \$	165 114 \$
Le Sillon regroupement des parents et amis de la personne atteinte d'une maladie mentale	288 747 \$	321 457 \$
Le Trait d'Union, groupe d'entraide pour personnes ayant des troubles de santé mentale	350 377 \$	365 813 \$
L'Entraide Pascal-Taché inc.	209 496 \$	235 608 \$
Les amies de Panet	23 796 \$	29 833 \$
Les nouveaux sentiers de la MRC de L'Islet	218 323 \$	228 803 \$
L'Essentiel des Etchemins	131 862 \$	148 297 \$
L'Éveil, groupe d'entraide pour personnes atteintes de maladie mentale	247 768 \$	259 337 \$
Lien-Partage inc.	269 118 \$	327 860 \$
L'Interface, organisme de justice alternative	255 052 \$	267 295 \$
L'Oasis de Lotbinière inc.	259 379 \$	271 378 \$
Maison de jeunes L'Olivier des Etchemins	228 138 \$	254 145 \$
Maison de la famille Beauce-Etchemins	162 638 \$	168 656 \$
Maison de la famille Chutes-Chaudière	2 193 \$	2 274 \$
Maison de la famille de Bellechasse	22 060 \$	22 876 \$
Maison de la famille de la MRC de L'Islet inc.	29 674 \$	30 772 \$


Organisme	2022-2023	2023-2024
Maison de la Famille de la Nouvelle-Beauce	21 709 \$	19 920 \$
Maison de la famille de Lotbinière	25 399 \$	26 339 \$
Maison de la famille R.E.V. Rive-Sud	129 297 \$	134 081 \$
Maison de la famille Rive-Sud	2 193 \$	2 274 \$
Maison des jeunes « St-Henri »	111 796 \$	117 162 \$
Maison des jeunes « L'Utopie »	202 041 \$	226 787 \$
Maison des jeunes de Beauce-Sartigan	287 968 \$	311 254 \$
Maison des jeunes de L'Islet-Nord	223 870 \$	249 423 \$
Maison des jeunes de Saint-Michel de Bellechasse	69 370 \$	115 937 \$
Maison des Jeunes d'East Broughton	157 010 \$	221 537 \$
Maison des jeunes Défi-Ados	197 051 \$	221 612 \$
Maison des jeunes des Frontières du Sud	197 051 \$	221 612 \$
Maison des jeunes du Lac Aylmer	164 878 \$	220 978 \$
Maison des jeunes Saint-Raphaël	197 051 \$	206 510 \$
Maison l'Éclaircie	21 369 \$	22 160 \$
Maison l'Odyssée Jeu Alcool Drogues	211 348 \$	323 002 \$
Moisson Beauce inc.	129 957 \$	134 765 \$
Nouvel essor	391 375 \$	471 854 \$
Ouvre ton cœur à l'espoir	149 637 \$	168 288 \$
Parentaïme - Maison de la famille des Etchemins	12 356 \$	12 813 \$
Parents d'Anges Beauce-Etchemins	128 787 \$	183 552 \$
Partage au masculin Beauce	338 632 \$	452 697 \$
Personnes handicapées en action de la Rive-Sud	240 470 \$	252 012 \$
Popote roulante L'Islet inc.	32 738 \$	55 949 \$
Présence Lotbinière	149 822 \$	166 922 \$
Projet M.D.J. Saint-Isidore inc.	55 026 \$	57 667 \$
Regroupement des jeunes de Lotbinière	207 362 \$	232 850 \$
Regroupement des Organismes de Personnes Handicapées Région Chaudière-Appalaches (ROPHRCA)	39 209 \$	165 392 \$
Regroupement des personnes aidantes de Lotbinière	243 362 \$	290 217 \$
Regroupement des personnes handicapées physiques de la région de Thetford (RPHPRT)	242 447 \$	282 730 \$
Regroupement des proches aidants de Bellechasse	244 076 \$	299 459 \$
Réhab	606 502 \$	686 604 \$
Réseau d'Entraide des Appalaches	245 303 \$	267 341 \$
Ressource Le Berceau inc.	242 098 \$	252 622 \$

Organisme	2022-2023	2023-2024
Ressources-Naissances	217 099 \$	243 492 \$
S.O.S. Onde Amitié	150 509 \$	157 734 \$
Santé mentale Québec - Chaudière-Appalaches	271 565 \$	291 595 \$
Service d'entraide Bernières-St-Nicolas inc.	84 292 \$	150 744 \$
Service d'entraide de Breakeyville	213 767 \$	305 520 \$
Service d'entraide de Pintendre	136 092 \$	156 708 \$
Service d'entraide de Saint-Lambert-de-Lauzon	129 292 \$	161 202 \$
Service d'entraide de Saint-Jean-Chrysostome	132 880 \$	158 658 \$
Service d'entraide de Saint-Rédempteur inc.	135 841 \$	162 063 \$
Service d'entraide de Saint-Romuald inc.	139 807 \$	202 766 \$
Service d'entraide Saint-Étienne	59 565 \$	64 388 \$
Service régional d'interprétariat de L'Est du Québec inc.	176 195 \$	182 714 \$
Société de réadaptation et d'intégration communautaire (S.R.I.C.)	992 864 \$	1 025 403 \$
Soupe au bouton	137 787 \$	154 960 \$
Stan-Jeunes	5 438 \$	3 965 \$
Table régionale des organismes communautaires actifs en santé mentale (Région - 12)	13 959 \$	14 629 \$
Table régionale des organismes communautaires Chaudière-Appalaches	185 198 \$	252 050 \$

ANNEXE

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

14. Annexe : Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

**Centre Intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches**
Québec 

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

NUMÉRO : REG-CA2016-007

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

Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration – Page 1

TABLE DES MATIÈRES

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

PRÉAMBULE

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

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

SECTION 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. Fondement légal

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

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

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Champ d'application

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

5. Disposition finale

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

6. Diffusion

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

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

SECTION 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

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

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 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 entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.

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

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique 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.

8.9 Biens et services de l'établissement

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

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

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

SECTION 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

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

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

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

SECTION 4 – APPLICATION

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

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

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

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

18. Comité d'examen *ad hoc*

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

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

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

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

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

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

19. Processus disciplinaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

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

ANNEXES

ANNEXE I – ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DU MEMBRE

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

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

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

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

_____	_____	_____
Signature	Date [aaaa-mm-jj]	Lieu
_____	_____	_____
Nom du commissaire à l'assermentation	Signature	

ANNEXE II – AVIS DE BRIS DU STATUT D'INDÉPENDANCE

AVIS SIGNÉ

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE III – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU MEMBRE

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

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre d'administrateur

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

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE IV – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

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

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre d'administrateur

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

3. Emploi

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ANNEXE V – DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

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

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

**cissca.
com**



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

Québec 