

Date de la séance : 24 septembre 2026

Point à l'ordre du jour : 2026-06-03.

**COMPTE RENDU DE LA 5^E SÉANCE ORDINAIRE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
D'ÉTABLISSEMENT (CAE) TENUE LE 11 JUIN 2026 À 14 H, EN WEB DIFFUSION TEAMS**

PERSONNES PRÉSENTES

Mme Amie Deschamps	Mme Lise M. Vachon
Mme Catherine Pépin	M. Marco Bélanger
M. Frédéric Douville	M. Pascal Lalancette
Mme Guylaine Guay	Dr Simon Bordeleau
M. Hervé Bernier	Mme Suzanne Jean
Mme Huguette Charest	
M. Jean-Philippe Maranda	
M. Jérôme L'Heureux	

PERSONNES ABSENTES

M. Denis Forgues
M. Pascal Binet
Mme Marie-Pier Allen
M. Keven-Francis Perron
M. Yves Genest

ASSISTENT

Mme Renée Berger	Mme Binta Diallo
Mme Stéphanie Simoneau	Mme Caroline Brown
Mme Mélissa-Ann Poirier	Dre Monique St-Pierre
Mme Geneviève Dion	

2025-05-01. Ouverture de la 5^e séance ordinaire

M. L'Heureux déclare la séance ouverte à 14 h 04.

2025-05-02. Adoption de l'ordre du jour de la séance ordinaire

Les membres présents à l'ouverture de la séance formant quorum, l'assemblée est officiellement considérée comme étant ouverte à 14 h 04. L'ordre du jour est adopté sans modification.

Ordre du jour

- 2026-05-01. Ouverture de la 5^e séance ordinaire
- 2026-05-02. Adoption de l'ordre du jour de la séance ordinaire
- 2026-05-03. Adoption du compte rendu de la séance tenue le 12 mars 2026
- 2026-05-04. Bilan trimestriel de la Directrice de la protection de la jeunesse et dépôt des mesures d'encadrement
- 2026-05-05. Points d'information du président-directeur général
- 2026-05-06. Suivi des indicateurs de performance
 - 1. Rapport du président du comité de vigilance et de la qualité
 - 2. Suivi du tableau de bord organisationnel et des initiatives de Plan d'établissement
- 2026-05-07. Relations avec les communautés
 - 1. Présentation – Mécanisme de consultation et de mobilisation de la population
- 2026-05-06. Questions du public
- 2026-05-07. Date de la prochaine rencontre – le jeudi 24 septembre conditionnel à l'adoption du calendrier
- 2026-05-08. Clôture de la 5^e séance ordinaire

2026-05-03. Adoption du compte rendu de la séance tenue le 12 mars 2026

Le compte rendu est adopté tel que proposé.

2026-05-04. Bilan trimestriel de la Directrice de la protection de la jeunesse et dépôt des mesures d'encadrement

Mme Caroline Brown, directrice de la protection de la jeunesse, présente le bilan trimestriel des activités.

Au cours de la dernière année, 8 900 signalements ont été traités, dont 28 % ont été retenus, confirmant que près du tiers des situations requièrent une intervention. La région se distingue par une hausse significative des signalements (environ +13 à 14 %), comparativement à une croissance beaucoup plus faible à l'échelle provinciale.

Les principales problématiques observées demeurent l'abus physique (25 %) et l'exposition à la violence conjugale (16 %). Les signalements proviennent majoritairement des intervenants du réseau (40 %), avec une augmentation notable des contributions du milieu scolaire (23 %) et policier (16 %).

Madame Caroline Brown indique qu'environ 2 400 à 2 500 enfants sont actuellement suivis en protection de la jeunesse, dont près de 50 % pour des situations de négligence, souvent en lien avec des difficultés parentales, psychosociales et socioéconomiques. Elle précise que 73 % des enfants demeurent dans leur milieu familial ou leur réseau proche, ce qui témoigne des efforts visant à privilégier le maintien dans le milieu de vie.

Le bilan met en évidence une complexification des situations, dans un contexte marqué par la détresse des jeunes, l'épuisement des parents et les enjeux liés au coût de la vie. Mme Brown rappelle que la protection de la jeunesse constitue une mesure d'exception et souligne l'importance de renforcer les actions de prévention et de soutien en amont, en collaboration avec les partenaires du réseau et du milieu communautaire.

En matière d'accessibilité, au 3 juin, 230 dossiers étaient en attente d'évaluation et 220 en attente d'application des mesures. Une directive nationale récente vise à assurer la sécurité des enfants en attente de services, en réaffirmant la responsabilité collective des acteurs concernés. En réponse, des mécanismes de suivi renforcés ont été déployés, incluant une révision systématique des situations, des ententes de collaboration avec les partenaires et un suivi priorisé des cas les plus à risque.

La Directrice procède au dépôt des mesures d'encadrement, notamment les mesures d'encadrement intensif et les mesures particulières, utilisées auprès des jeunes présentant des risques importants afin d'assurer leur sécurité et d'adapter les interventions à leurs besoins.

Les échanges permettent aux membres de souligner :

- la nécessité de mieux comprendre les facteurs expliquant la hausse des signalements;
- l'importance de poursuivre l'analyse territoriale et intersectorielle;
- le rôle clé des interventions préventives et du soutien aux familles.

2026-05-05. Points d'information de président-directeur général

Le président-directeur général, M. Marco Bélanger, présente son premier rapport aux membres du conseil d'administration d'établissement à la suite de son entrée en fonction. Il y réitère sa volonté d'inscrire son mandat en continuité, en mettant au cœur des priorités l'accessibilité, la qualité, l'équité et la proximité des soins et services, ainsi qu'une écoute attentive des équipes et des partenaires.

Le processus de recrutement pour le poste de président-directeur général adjoint est en cours, avec une nomination anticipée prochainement.

Au chapitre de l'accès aux services, M. Bélanger souligne l'atteinte de la cible régionale en matière d'inscription des usagers orphelins à un médecin de famille. En date récente, 26 565 personnes de Chaudière-Appalaches ont désormais un médecin de famille, dont 10 482 personnes vulnérables, dépassant ainsi l'objectif fixé avant l'échéance du 30 juin. Le PDG tient à remercier l'ensemble des médecins de famille pour leur contribution à cet effort collectif.

Il fait également mention de la nouvelle politique gouvernementale en matière de soins et services de première ligne, lancée à la fin mars, qui vise à améliorer l'accès, la continuité et la qualité des services pour la population.

Parmi les projets majeurs, on note :

- l'implantation d'une clinique innovante de première ligne en milieu rural dans le secteur sud de Bellechasse, comprenant deux points de service, soit au CLSC de Saint-Lazare et à Saint-Damien. Cette clinique adoptant une approche interdisciplinaire élargie devrait ouvrir graduellement à compter de la fin juin ou du début juillet;
- le projet de modernisation de l'Hôtel-Dieu de Lévis progresse. Ce projet d'envergure prévoit la construction d'un nouveau pavillon clinique et l'augmentation de la capacité du bloc opératoire et des services d'endoscopie;
- le projet de construction d'une nouvelle maison des aînés à Montmagny demeure prioritaire, bien qu'il fasse actuellement l'objet d'une révision;
- la modernisation du CHSLD Saint-Joseph-de-Lévis selon le modèle des maisons des aînés. Le projet de construction permettra, d'avoir, à terme, une capacité de 180 lits, soit 23 de plus, répartis en 12 maisons de 15 lits, conformément au concept structurel de maison des aînés;
- l'inauguration récente de la phase 1 de l'agrandissement de l'urgence de l'Hôpital de Saint-Georges, visant à améliorer la fluidité et la qualité des soins. La nouvelle configuration de l'urgence comprend notamment l'ajout d'un espace de débordement afin d'améliorer l'accès aux services et les conditions pour les usagers et le personnel;
- la Maison Mimosa évolue conformément à la planification, notamment grâce à une collaboration avec la Corporation de l'Habitation du Littoral, et une mise en chantier est toujours prévue à l'automne.

M. Bélanger informe les membres que la visite d'Agrément Canada est en cours dans les secteurs de santé physique et des services généraux, et qu'un bilan préliminaire sera présenté sous peu.

Enfin, le président-directeur général souligne la reconnaissance de plusieurs projets de l'établissement lors de prix provinciaux au ministère de la Santé et des Services sociaux et à Santé Québec.

En conclusion, il remercie l'ensemble du personnel, des gestionnaires et des équipes médicales pour leur engagement au cours de la dernière année.

2026-05-06. Suivi des indicateurs de performance

2026-05-06.1 Rapport du président de comité de vigilance et de la qualité

Le président du conseil d'administration, M. L'Heureux, présente le rapport du comité de vigilance et de la qualité, à la suite de la rencontre tenue le 3 juin dernier, laquelle s'est déroulée sur une journée complète et a permis de rencontrer l'ensemble des comités d'établissement.

Il souligne positivement l'évolution observée dans l'approche du comité, qui se centre désormais davantage sur l'analyse des données afin de mieux comprendre leurs impacts concrets sur la population, plutôt que sur de simples présentations d'information. Cette évolution renforce la capacité du comité à exercer son rôle de vigilance.

Deux suivis particuliers issus du procès-verbal précédent sont abordés. Le premier concerne la stérilisation des instruments et ses impacts potentiels sur les activités chirurgicales. Les informations reçues indiquent que le dossier fait l'objet d'un suivi soutenu et que des mesures sont en place afin d'assurer la sécurité des soins. Le comité souhaite toutefois maintenir une vigie active afin d'évaluer les effets de ces mesures, notamment en ce qui a trait à la réduction des reports et des annulations de chirurgies. Le second suivi porte sur les indicateurs de performance. Le comité insiste sur l'importance de disposer de données permettant non seulement de suivre l'évolution des situations, mais également de mettre en lumière les améliorations concrètes pour les usagers. Cette approche permet de mieux relier les indicateurs aux effets réels sur l'accès, la qualité et la sécurité des services.

Le président indique que le comité a pris acte du rapport de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Le portrait annuel permet de mieux cerner les préoccupations des usagers et de leurs proches. La hausse des plaintes et le nombre de dossiers de maltraitance sont des éléments préoccupants, tout en témoignant de l'importance des mécanismes d'écoute et d'amélioration continue. Une attention particulière est portée au suivi des recommandations, afin qu'elles se traduisent par des changements durables dans les pratiques.

En matière de prévention et contrôle des infections, le comité a poursuivi le suivi des indicateurs en mettant l'accent sur la sécurité des usagers. L'importance de lier les plans d'action à des effets mesurables est réitérée, notamment en matière de réduction des risques d'infection, d'hygiène des mains, de formation et de gestion des éclosions.

Le suivi des recommandations d'instances externes, incluant celles du Protecteur du citoyen, a également été abordé. Une attention particulière est portée aux outils liés au triage à l'urgence, afin de s'assurer que les correctifs apportés améliorent concrètement la fluidité des trajectoires, les délais d'attente et l'expérience des usagers.

En gestion des risques, les discussions ont porté sur les accidents et incidents, les événements sentinelles, les rapports du coroner et le bilan annuel. Les chutes, les erreurs de médication et certains événements de gravité élevée demeurent des éléments de vigilance. Le comité met l'accent sur les apprentissages organisationnels et sur la capacité de l'établissement à ajuster ses pratiques et à prévenir la récurrence des situations.

Le suivi des milieux de vie, notamment en CHSLD, en RPA et en RI-RTF, a également fait l'objet d'une attention particulière. Le comité s'assure que les correctifs mis en place sont durables, coordonnés et perceptibles dans l'expérience des résidents et de leurs proches.

Le président souligne que l'ensemble de ces travaux témoigne d'une évolution positive, avec une attention accrue portée aux effets concrets des actions sur les usagers, en matière d'accès, de qualité et de sécurité.

Dans un second temps, le comité a rencontré les différents comités appelés à déposer leur rapport annuel. Le comité des usagers a présenté une année marquée par la transition vers le comité des usagers d'établissement, en mettant en lumière son rôle de représentation, de promotion des droits et de soutien aux usagers et aux résidents.

Le conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes a présenté ses travaux orientés vers la qualité et la sécurité des pratiques cliniques, notamment par le biais de recommandations et d'outils visant l'harmonisation des pratiques.

Le conseil des infirmiers et infirmières a rappelé son rôle dans l'amélioration continue des pratiques, le développement des compétences et l'organisation des trajectoires de soins, tout en soulevant certains enjeux liés à la communication et aux ressources.

Le conseil multidisciplinaire, divisé en deux instances depuis la réorganisation, a présenté ses premiers bilans. Le comité multidisciplinaire des services sociaux a mis en évidence sa contribution à l'accès et à la qualité des services auprès des clientèles vulnérables, tandis que le comité multidisciplinaire des services de santé a exposé son rôle dans l'amélioration de la qualité clinique et le développement des compétences professionnelles.

En conclusion, le président rappelle que les données et indicateurs doivent constamment être interprétés à la lumière de leurs impacts concrets sur les usagers. Il invite le comité à poursuivre ses travaux en se basant sur trois questions fondamentales :

- Est-ce que l'accès s'améliore?
- Est-ce que la qualité de l'expérience s'améliore?
- Est-ce que les soins services sont plus sécuritaires pour la population?

2026-05-06.2 Suivi du tableau de bord organisationnel et des initiatives du Plan d'établissement

Mme Binta Diallo, directrice intérimaire à la direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et de la gestion de l'information, accompagnée de la Dre Monique Saint-Pierre, directrice médicale et des services professionnels, présente le suivi du plan d'établissement en lien avec le plan stratégique de Santé Québec 2025-2028. Elle rappelle que ce plan stratégique s'articule autour de quatre orientations, soit :

- une santé plus accessible;
- un parcours plus fluide;
- une organisation plus humaine;
- des façons de faire plus performantes.

Chaque établissement doit mettre en œuvre des initiatives visant à contribuer aux objectifs stratégiques provinciaux, à travers son plan d'établissement. La présentation fait état du bilan de la première année complétée au 31 mars, au cours de laquelle 14 indicateurs ont été évalués, certains n'étant pas applicables ou non présents pour l'établissement. Le résultat global s'établit à 71 % (10 indicateurs sur 14 présentant une évolution positive).

Au regard de l'orientation 1 visant « une santé plus accessible », les trois indicateurs évalués présentent une performance positive, notamment en ce qui concerne l'accès à un professionnel ou à une équipe de première ligne, la diminution des visites à l'urgence pouvant être prises en charge ailleurs et l'augmentation des services en

soutien à domicile. Un membre du conseil soulève toutefois l'intérêt d'approfondir l'analyse de l'accès réel aux professionnels pour les usagers inscrits.

Concernant l'orientation 2 liée à un « parcours plus fluide », la majorité des indicateurs présente des résultats positifs, incluant l'accès aux services jeunesse et en santé mentale dans les délais prescrits, ainsi que la réduction du nombre de chirurgies en attente de plus d'un an. L'établissement se distingue également par l'avancement de l'offre de services en fonction des besoins populationnels, reconnu comme une bonne pratique. Un enjeu demeure toutefois pour la durée moyenne de séjour à l'urgence, situation qui s'inscrit dans une tendance observée à l'échelle provinciale.

En ce qui concerne l'orientation 3 relative à « une organisation plus humaine », les indicateurs portant sur le taux de rétention et le ratio d'invalidité présentent des résultats en deçà des cibles. Il est toutefois précisé que ces résultats doivent être interprétés à la lumière du contexte provincial et que l'établissement se situe toujours sous la moyenne provinciale en matière d'invalidité, malgré une évolution défavorable. Des plans d'action sont en cours, notamment dans le cadre de l'initiative Entreprise en santé.

Il est ensuite précisé qu'un système de pilotage structuré des indicateurs est en place au sein de l'établissement, permettant un suivi régulier en comité de direction et en arrimage avec les mécanismes de suivi de Santé Québec. Les données issues des tableaux de bord alimentent directement les actions organisationnelles. Des outils de suivi permettent également d'analyser l'évolution des indicateurs et de se comparer à l'échelle provinciale, avec des possibilités de forage dans certains secteurs.

Un éclairage particulier est apporté à l'indicateur 13 portant sur le développement d'indicateurs standardisés en matière de qualité, de sécurité et de pertinence. Des travaux sont en cours à l'échelle provinciale afin d'harmoniser les pratiques et de développer des indicateurs comparables entre les établissements, notamment :

- l'hygiène des mains;
- les chutes;
- les plaies de pressions;
- les réadmissions;
- les infections nosocomiales.

Un second accent est présenté concernant les chirurgies en attente de plus d'un an. Les résultats démontrent une amélioration notable, bien que la cible n'ait pas été entièrement atteinte. L'analyse met en évidence une concentration des délais dans certains sites et spécialités, ainsi que des contraintes liées à la capacité opératoire et à la disponibilité des ressources. Il est également mentionné que la pression demeure constante en raison du volume de nouvelles demandes. Plusieurs stratégies sont mises en œuvre afin d'améliorer la situation, incluant :

- l'optimisation du partage régional des plateaux techniques;
- la mise en place de mécanismes de deuxième offre;
- l'ajustement de l'allocation du temps opératoire;
- la mutualisation des listes d'attente;
- l'ajout de plages opératoires lorsque possible.

Ces mesures visent à réduire progressivement les délais et à tendre vers l'élimination des attentes de plus d'un an.

À la suite de la présentation, les membres échangent notamment sur l'utilisation concrète des données pour orienter les décisions et sur la pertinence de cibler certains indicateurs pour un suivi plus approfondi par le conseil.

Il est convenu de poursuivre le suivi du plan d'établissement et d'identifier, pour les prochaines rencontres, certains indicateurs prioritaires qui feront l'objet d'une analyse plus approfondie.

2026-05-07. Relations avec les communautés

2026-05-07.1 Présentation – Mécanisme de consultation et de mobilisation de la population

Mme Stéphanie Simoneau présente la démarche de bonification du modèle actuel de concertation territoriale visant la mise en place d'un mécanisme structuré de consultation et de mobilisation de la population, tel que détaillé dans la présentation.

Ce mécanisme a pour objectif de soutenir la responsabilité populationnelle de l'établissement par une meilleure captation et structuration des besoins et enjeux du territoire, en vue d'adapter l'offre de soins et services de première ligne.

La démarche s'inscrit dans les orientations gouvernementales et organisationnelles, notamment la LGSSSS, les politiques en première ligne et le plan stratégique de Santé Québec.

La proposition repose sur le renforcement des concertations territoriales existantes par l'implantation d'un niveau de coordination supplémentaire, permettant :

- de consolider l'information issue des différentes instances;
- d'en dégager une lecture transversale;
- de soutenir la planification des services en collaboration avec les partenaires, les citoyens et les élus.

Les instances de concertation contribueront notamment à :

- capter et analyser les besoins du territoire;
- favoriser la cohérence et la complémentarité des actions;
- soutenir la planification de l'offre de services;
- promouvoir une gouvernance de proximité.

Mme Simoneau souligne que l'établissement est déjà engagé dans une approche proactive auprès des communautés et que cette démarche s'inscrit dans le prolongement des efforts déployés, notamment dans le contexte de la politique gouvernementale sur les soins et services de première ligne, qui privilégie un ancrage territorial, en particulier à l'échelle des territoires de CLSC.

Elle précise que des travaux sont en cours afin de structurer le mécanisme, d'outiller les équipes et de développer des indicateurs pour en mesurer les retombées. Le mécanisme a également été transmis à Santé Québec, conformément aux exigences en vigueur.

Les échanges portent notamment sur le positionnement de l'établissement par rapport aux autres régions, l'adhésion des partenaires et l'importance de préserver les dynamiques locales. Il est convenu de poursuivre les travaux d'implantation et d'en assurer le suivi lors de prochaines séances.

2026-05-08. Questions du public

Question de M. Denis Thomassin, membre citoyen pour la sauvegarde de Centre Paul-Gilbert

M. Jérôme L'Heureux, Président,

À titre de membre du Mouvement citoyen pour la sauvegarde du Centre Paul-Gilbert, je vous fais parvenir cette question qui me semble très opportune.

Depuis le transfert de services vers l'Hôtel-Dieu de Lévis, le transport par ambulance des cas critiques de l'ouest vers l'est de la ville est devenu la norme.

Le CISSS possède-t-il des données comparatives sur l'augmentation du temps de transport ambulatoire pour les résidents des Chutes-de-la-Chaudière vers l'Hôtel-Dieu de Lévis, et comment la direction justifie-t-elle la centralisation de ces services alors que l'Hôpital Paul-Gilbert est situé au carrefour stratégique des autoroutes 20 et 73 ? » Si oui, nous serions intéressés de pouvoir la consulter.

Réponse de M. Marco Bélanger, président-directeur général

En réponse, le président-directeur général indique ne pas disposer, à ce jour, de données comparatives précises sur l'évolution des temps de transport ambulancier. Il est toutefois précisé qu'aucune diminution des services n'est envisagée au Centre Paul-Gilbert. Au contraire, une volonté de développement du site est réaffirmée, notamment par l'optimisation des plateaux techniques existants et l'augmentation progressive de certaines activités, telles que la chirurgie d'un jour et la présence de spécialistes en clinique externe.

L'organisation des services repose sur la complémentarité entre les installations, certaines interventions nécessitant des infrastructures spécialisées (imagerie avancée, soins intensifs) qui justifient leur centralisation. M. Bélanger mentionne également que des réflexions sont en cours afin de poursuivre le développement de services de proximité au bénéfice de la population.

Question de M. André Samson, membre citoyen pour la sauvegarde de Centre Paul-Gilbert

Un citoyen présent soulève ensuite plusieurs préoccupations. Il questionne d'abord la diminution perçue des capacités d'accueil (notamment les civières), la fermeture du laboratoire, l'impact des transferts ambulanciers vers Lévis et la localisation des investissements à court terme à Paul-Gilbert.

Réponse de M. Marco Bélanger, président-directeur général

M. Bélanger réitère que l'organisation des services repose sur une complémentarité entre les installations et souligne les contraintes liées aux ressources humaines, aux infrastructures et aux budgets disponibles.

Concernant la fermeture partielle du laboratoire, la direction explique que cette décision repose sur des considérations de volume d'activité et d'efficience, tout en assurant le maintien des services essentiels et des mécanismes permettant un accès rapide aux résultats lorsque requis.

Enfin, en réponse à la question sur la présence de sites de prélèvements en milieux externes, tels que des centres commerciaux, la direction indique que ce modèle vise à améliorer l'accessibilité pour la population. Elle mentionne par ailleurs que des réflexions sont en cours quant à l'organisation optimale de ces services, incluant la possibilité de les relocaliser en fonction des besoins et de l'utilisation des installations existantes.

2026-05-09. Date de la prochaine rencontre – le jeudi 24 septembre conditionnel à adoption du calendrier

L'adoption du calendrier des prochaines rencontres est prévue à l'ordre du jour de la séance de travail. Les dates seront par la suite diffusées sur le site Web du conseil d'administration d'établissement.

2026-05-10. Clôture de la 5e séance ordinaire

La séance est levée à 16 h 35.