

# RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2016 - 2017

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



# RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2016 - 2017

Adopté par le conseil  
d'administration  
le 14 juin 2017

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

Québec 

Le Rapport annuel de gestion 2016-2017 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 Internet du CISSS de Chaudière-Appalaches à l'adresse suivante : [www.cisss-ca.gouv.qc.ca](http://www.cisss-ca.gouv.qc.ca)

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, 2017  
ISBN : 978-2-550-78602-3

COM 2017-077 © Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2017

# TABLE DES MATIÈRES

1. Le message des autorités .....	7
2. La déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents .....	8
3. La présentation de l'établissement et les faits saillants .....	8
3.1 Mission .....	8
3.2 Vision .....	9
3.3 Valeurs organisationnelles .....	9
3.4 Structure organisationnelle .....	10
3.5 Conseil d'administration .....	12
3.6 Code d'éthique et de déontologie .....	13
3.7 Les comités, les conseils et les instances consultatives .....	13
3.8 Les faits saillants .....	14
4. Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité .....	17
4.1 Fiches de reddition de comptes des attentes spécifiques .....	17
4.2 Fiches de reddition de comptes des engagements annuels .....	21
5. Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité .....	45
5.1 L'agrément .....	45
5.2 La sécurité des soins et des services .....	47
5.2.1 Déclaration et divulgation des incidents et accidents .....	47
5.2.2 Principaux risques d'incidents/accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance .....	47
5.2.3 Recommandations du comité de gestion des risques et les suivis de l'établissement .....	48
5.2.4 Mesures de contrôle des usagers .....	48
5.2.5 Suivis apportés par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité des services aux recommandations formulées par différentes instances .....	48
5.3 Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement .....	50
5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits .....	51
5.4.1 Mandat de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services .....	51
5.4.2 Rapport de traitement des dossiers .....	51
5.4.3 Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services .....	52
5.5 L'information et la consultation de la population .....	53

# TABLE DES MATIÈRES (suite)

6. L'application de la Loi et de la politique concernant les soins de fin de vie .....	54
7. L'application de la Loi sur la protection de la jeunesse .....	57
8. Les ressources humaines .....	60
8.1 La gestion et contrôle des effectifs .....	60
9. Les ressources financières .....	62
9.1 Rapport de la direction .....	62
9.2 Rapport de l'auditeur indépendant .....	63
9.3 Résultats financiers .....	65
9.4 Notes aux états financiers .....	72
9.4.1 Présentation des états financiers résumés .....	72
9.4.2 Constitution et mission .....	72
9.4.3 Principales méthodes comptables .....	75
9.4.4 Maintien de l'équilibre budgétaire .....	82
9.4.5 Données budgétaires .....	62
9.4.6 Autres revenus .....	83
9.4.7 Autres charges .....	84
9.4.8 Placements temporaires .....	84
9.4.9 Autres débiteurs .....	85
9.4.10 Emprunts temporaires .....	85
9.4.11 Autres créditeurs .....	86
9.4.12 Dettes à long terme .....	86
9.4.13 Passif au titre des sites contaminés .....	90
9.4.14 Passif au titre des avantages sociaux futurs .....	90
9.4.15 Immobilisations corporelles .....	91
9.4.16 Gestion des risques associés aux instruments financiers .....	92
9.4.17 Obligations contractuelles .....	95
9.4.18 Éventualités .....	95
9.4.19 Opérations avec des parties apparentées .....	96
9.4.20 Périmètre comptable et méthodes de consolidation .....	96
9.5 L'équilibre budgétaire .....	96
9.6 Les contrats de services (non-audités) .....	97
10. L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant .....	97
11. Les organismes communautaires.....	111
Annexe .....	117

## 1. Le message des autorités

Quitter la transition pour vivre pleinement la transformation. Voilà qui résume bien l'évolution qui a teinté les actions du CISSS de Chaudière-Appalaches au cours de la dernière année.

La gestion du changement est au cœur de notre plan de transformation. Bien qu'encore jeune, notre établissement a su relever le défi de s'adapter aux nombreuses modifications qui ont été apportées dans les méthodes de travail, les nouvelles façons de faire et les besoins des usagers. Pour certains, cette adaptation consistait à regrouper des soins et services, pour d'autres, elle se traduisait dans la modification d'une pratique existante pour l'adapter à notre nouvelle réalité, toujours dans une perspective d'amélioration continue.

Au cours de la dernière année, notre établissement s'est doté de valeurs organisationnelles à la suite d'un processus important de consultation et de réflexion. L'équité, l'humanisme et la collaboration sont les valeurs que nous nous engageons à respecter entre nous et auprès des usagers.

Le CISSS de Chaudière-Appalaches s'appuie également sur une philosophie de gestion novatrice, en cohérence avec les valeurs organisationnelles. Elle définit, entre autres, un ensemble de valeurs, de principes et de croyances que nous nous engageons à mettre en œuvre dans nos pratiques de gestion et à appliquer vis-à-vis des personnes oeuvrant au sein de notre établissement. Englobante, humaine et concrète, elle décrit clairement notre façon de se distinguer des autres, de bien faire les choses, d'afficher notre couleur, de clamer haut et fort ce que nous sommes et ce que nous visons et d'affirmer de manière directe, pratique et actuelle la manière dont nous voulons faire les choses.

La dernière année a aussi été marquée par plusieurs dossiers et réalisations importantes. Sur le plan de l'accès aux soins et services, mentionnons, entre autres, la réduction du nombre de personnes en attente d'une place en CHSLD, une amélioration de l'accès aux chirurgies, une diminution importante de l'attente en médecine hyperbare et le meilleur taux d'accès à un médecin de famille de l'ensemble des régions du Québec (89 %). De plus, des investissements ont été annoncés par le gouvernement du Québec pour notre région afin d'améliorer davantage l'accès en soins de longue durée et aux services psychosociaux pour les jeunes et leurs familles. En plus du projet de construction du Centre régional intégré en cancérologie (CRIC) qui progresse à grands pas, d'autres projets importants de rénovations sont en cours, dont ceux de l'unité mère-enfant et de l'unité pédiatrique de l'Hôpital de Thetford Mines et de l'Hôpital de Saint-Georges ainsi que celui du CHSLD Richard-Busque. Dans un autre ordre d'idée, la main-d'œuvre étant une priorité pour notre organisation, nous avons réalisé une campagne majeure de recrutement externe au cours de la dernière année qui a porté ses fruits avec plus de 100 nouvelles embauches, particulièrement dans des titres d'emploi plus vulnérables (préposés aux bénéficiaires, infirmières, agentes administratives).

La réalisation de notre grande transformation ne serait pas possible sans l'apport précieux de toutes les personnes oeuvrant au CISSS de Chaudière-Appalaches : employés, médecins, stagiaires et bénévoles. Nous tenons d'ailleurs à remercier sincèrement ces gens de cœur unis pour le mieux-être des usagers!

C'est avec le vent dans les voiles que nous entamons notre troisième année d'existence. Nous sommes prêts à réaliser de nouveaux projets, à relever de nouveaux défis.

*Brigitte Busque*

Brigitte Busque,  
présidente du conseil d'administration



*Daniel Paré*

Daniel Paré,  
président-directeur général




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

L'information et les résultats 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 financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de soutenir la présente déclaration. Je me suis également assuré que des travaux soient réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats et plus spécifiquement au regard de l'Entente de gestion et d'imputabilité.

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2016-2017 du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches ainsi que les contrôles y afférant sont fiables et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2017.

Le président-directeur général,




---

Daniel Paré

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

### 3.1 Mission

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

- 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.).

### 3.2 Vision

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 réponde 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!

### 3.3 Valeurs organisationnelles

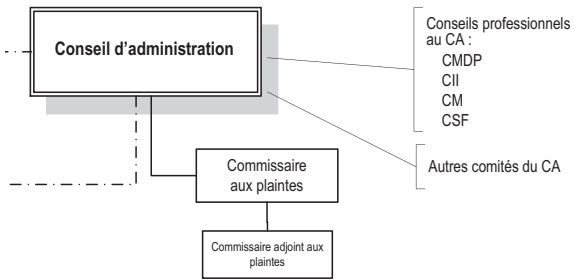
**Humanisme** : Au CISSS de Chaudière-Appalaches, nous énonçons clairement notre croyance en l'humain. Nous reconnaissons l'unicité de chaque personne, sa dignité et son intégrité. Pour cette raison, l'ouverture à l'autre et l'écoute représentent la base du comportement bienveillant, tout en favorisant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

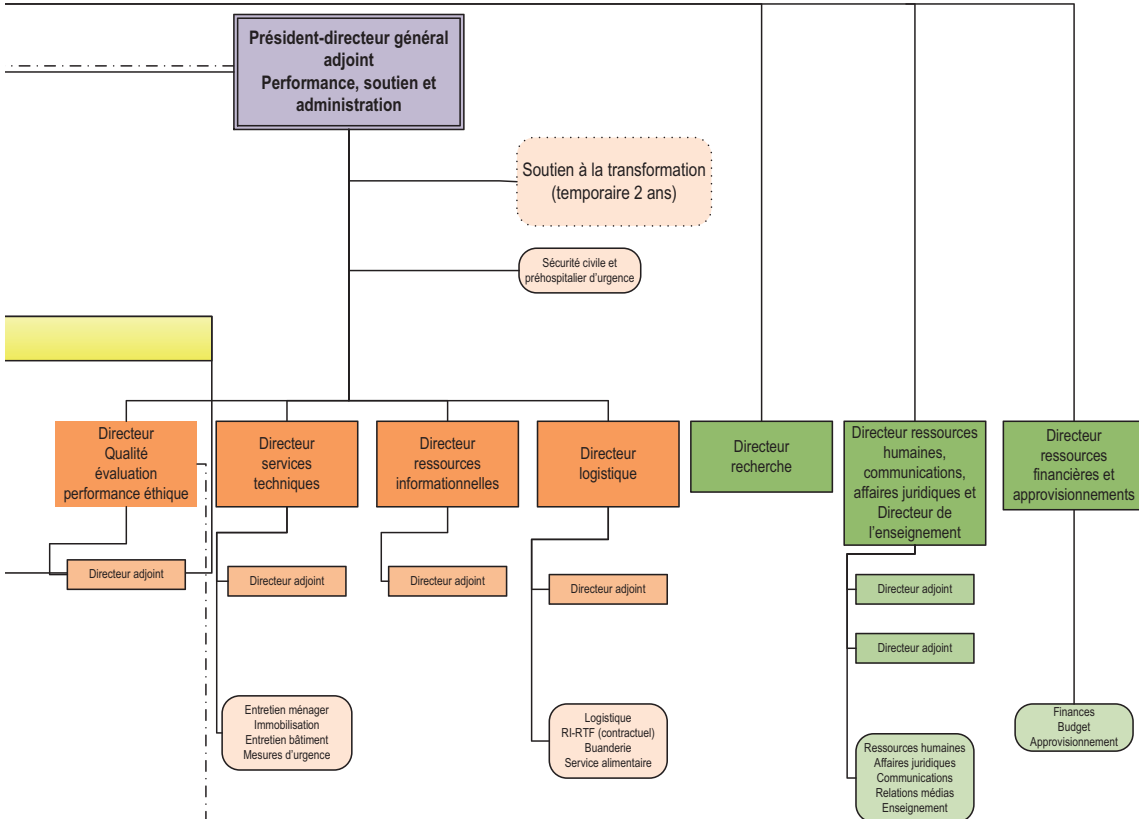
**Équité** : Comme réponse aux défis actuels d'accessibilité et d'harmonisation des soins et des services dans la région, l'établissement met de l'avant la valeur d'équité comprise comme étant l'adaptation et la distribution juste des ressources, avec souplesse et en cohérence avec les besoins individuels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







**Notes :**  
 Pour chaque site de l'établissement, il est à prévoir qu'un cadre dont le port d'attache est situé à la même adresse civique sera désigné comme responsable de site. Cette fonction est ajoutée aux responsabilités prévues pour ce cadre.  
 Deux des quatre postes de directeurs adjoint à la Direction des services professionnels sont à temps partiels (0,4 ETC et 0,6 ETC)



**Légende :**

- CII : Conseil des infirmières et infirmiers
- CM : commission multidisciplinaire
- CMDP : conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- CRSP : comité régional sur les services pharmaceutiques
- CSF : conseil des sages-femmes
- DI, TSA et DP : déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique
- DRMG : département régional de médecine générale
- RI-RTF : ressources intermédiaire-ressources de type familial
- URFI : unité de réadaptation fonctionnelle intensive

Poste de président-directeur général, président-directeur général adjoint et hors-cadres	Poste cadre supérieur	Poste cadre intermédiaire ou services inclus
déclinaison de la couleur selon le niveau hiérarchique	couleurs assorties selon directions générales	couleurs assorties selon directions générales

en jaune transversalité    
 \_\_\_\_\_ lien hiérarchique    
 - - - - - lien fonctionnel

### 3.5 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 1<sup>er</sup> octobre 2015, le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Gaétan Barrette, ainsi que la ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse et à la Santé publique, M<sup>me</sup> Lucie Charlebois, ont annoncé la nomination des membres indépendants et des membres représentant les organismes du milieu de l'enseignement du conseil d'administration du CISSS de Chaudière-Appalaches, 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 couvertes par chaque établissement, de même que la composition socioculturelle, ethnoculturelle, linguistique ou démographique de l'ensemble de ses usagers. En ce qui concerne plus spécifiquement les membres indépendants, les candidates et les candidats choisis devaient également satisfaire à certaines exigences quant à leur profil de compétences, d'expertise et d'expérience dans divers domaines, notamment en gouvernance, en gestion des risques, 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 soient respectées.

**Le conseil d'administration a tenu neuf (9) séances ordinaires, une (1) séance publique d'information annuelle, deux (2) séances extraordinaires et une (1) séance de formation au cours de l'année 2016-2017.**

Les officiers du conseil d'administration sont :

- M<sup>me</sup> Brigitte Busque, présidente;
- M<sup>me</sup> Josée Caron, vice-présidente;
- M. Daniel Paré, secrétaire.

Les membres du conseil d'administration sont :

- M. Normand Baker, compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité;
- M. Denis Beaumont, expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux;
- M. Denys Bertrand, conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP);
- M<sup>me</sup> Brigitte Busque, présidente, compétences en ressources immobilières, informationnelles ou humaines;
- M<sup>me</sup> Josée Caron, compétence en gouvernance ou éthique;
- M<sup>me</sup> Diane Fecteau, comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP);
- M<sup>me</sup> Suzanne Jean, compétence en gestion des risques, finance et comptabilité;
- M<sup>me</sup> Maryan Lacasse, conseil des infirmières et infirmiers (CII);
- M. Michel Langlais, comité des usagers (CU);
- M<sup>me</sup> Louise Lavergne, expertise en réadaptation
- Dr Ghislain Lepage, membre observateur – représentant des fondations;
- M. Jérôme L'Heureux, expertise en protection de la jeunesse;
- M. Jean-François Montreuil, milieu de l'enseignement;
- M. Pierre Naud, conseil multidisciplinaire (CM);
- M. Daniel Paré, président-directeur général;
- D<sup>re</sup> Anne-Marie Savoie, département régional de médecine générale (DRMG);
- M. Rosaire Simoneau, expertise dans les organismes communautaires;
- M. Yvan St-Hilaire, expertise en santé mentale.

### 3.6 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<sup>er</sup> mars 2016. Pour l'année 2016-2017, 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.

Vous pouvez consulter le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CISSS de Chaudière-Appalaches sur la page suivante de notre site Web :

<http://www.cisss-ca.gouv.qc.ca/le-cisss-de-chaudiere-appalaches/conseil-dadministration/>

### 3.7 Les comités, les conseils et les instances consultatives

Voici la liste des comités du conseil d'administration.

#### Comités du conseil d'administration

- Comité de gouvernance et d'éthique;
- Comité de vigilance et de la qualité des services;
- Comité de vérification;
- Comité du développement de la mission universitaire.

#### Conseils professionnels relevant du conseil d'administration

- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP);
- Conseil des infirmières et infirmiers (CII);
- Conseil multidisciplinaire (CM);
- Conseil des sages-femmes (CSF).

#### Autres comités

- Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP);
- Département régional de médecine générale (DRMG);
- Table régionale des chefs de département;
- Comité d'éthique de la recherche;
- Comité des usagers;
- Comité des résidents;
- Comité de gestion des risques;
- Comité d'accès aux services en langue anglaise.

### 3.8 Les faits saillants

#### Une politique d'approvisionnement qui favorise l'achat local

L'établissement a adopté, en janvier 2017, une politique d'approvisionnement qui encourage l'achat local et régional des biens et des services. Cette politique permettra d'accroître le volume des investissements effectués partout sur le territoire dans le respect des règles du Secrétariat du Conseil du trésor.

#### La construction du Centre régional intégré en oncologie progresse

Les travaux de construction du futur Centre régional intégré de cancérologie ont débuté en novembre 2016 et se poursuivront jusqu'en 2019. Ce projet évalué à plus de 157 M\$ permettra d'améliorer et de consolider l'offre de service en radio-oncologie pour la clientèle de l'Est du Québec. Ils auront également accès à une panoplie de services intégrés dans le traitement du cancer. Nous y retrouverons, notamment des salles de consultations médicales et professionnelles, de même que des services d'hémo-oncologie, de radio-oncologie et de pharmacie en oncologie. Le service de radio-oncologie disposera également d'un tomographe par émission de positrons (TEP-SCAN).

#### Agrément Canada

Le CISSS de Chaudière-Appalaches s'est conformé aux exigences requises et s'est vu agréé par le Conseil québécois d'agrément jusqu'en 2018. Ce sont principalement les services rattachés à la Direction de la santé physique générale et spécialisée qui ont été évalués ainsi que certains aspects du fonctionnement de l'organisme et sur la santé et le bien-être de la population. Ce maintien de certification vient reconnaître la qualité et la sécurité des soins et services offerts par le personnel.

#### Accès à un médecin de famille

Chaudière-Appalaches est la région du Québec qui affiche le meilleur taux de personnes inscrites à un médecin de famille avec 89%.

#### Réduction des listes d'attente pour obtenir une place en CHSLD

Chaudière-Appalaches affiche une amélioration significative du nombre de personnes en attente d'une place en CHSLD. Des efforts continus sont déployés au CISSS de Chaudière-Appalaches afin d'améliorer l'attente pour une place d'hébergement en CHSLD pour la clientèle âgée de notre territoire. Aussi, en Chaudière-Appalaches, nous nous engageons résolument dans une approche pour permettre aux personnes âgées de bien se rétablir et récupérer un bon état de santé avant toute prise de décision concernant un changement de milieu de vie. Davantage de services de soutien à domicile, d'hébergement temporaire et de convalescence sont disponibles pour permettre ce rétablissement, qui est souvent beaucoup plus long chez une personne âgée, que chez un adulte. Nous arrivons ainsi à maintenir davantage de personnes à domicile.

	Nombre de personnes en attente d'une admission en CHSLD	
	23 juillet 2016	29 avril 2017
Alphonse-Desjardins	94	33
Thetford	3	3
Etchemins	2	0
Beauce	2	2
Montmagny-L'Islet	5	7
Total	106	45

**Meilleur accès aux chirurgies**

Chaudière-Appalaches se situe au 2<sup>e</sup> rang des régions les plus performantes au Québec pour opérer ses patients qui sont en attente d'une chirurgie depuis plus de six mois. En effet, 504 patients étaient en attente au 1<sup>er</sup> avril 2016 comparativement à 157 au 31 mars 2017.

**Diminution importante de l'attente en médecine hyperbare**

Abritant le plus important centre de médecine hyperbare au pays, l'Hôtel-Dieu de Lévis démontre une performance remarquable. En deux ans, le service a accueilli deux fois plus de patients passant de 1 667 à 3 466 par année. Ce faisant, le temps d'attente est passé de 6 à 8 mois à 4 à 6 semaines, une performance exceptionnelle!

**2,4 M\$ en soins de longue durée**

Le gouvernement du Québec a annoncé un investissement de 2,4 M\$ pour libérer des lits en milieu hospitalier et créer 64 places en CHSLD réparties sur le territoire, six places en réadaptation et convalescence et sept en santé mentale. Deux appels d'offre sont en cours pour ouvrir des résidences intermédiaires (12 places dans Montmagny-L'Islet et 12 places dans le grand Lévis).

**Optilab : réorganisation des laboratoires**

La mise en œuvre des orientations ministérielles visant l'optimisation des analyses de laboratoire s'est poursuivie tout au long de l'année pour ce projet colossal et important. Le plan d'action consiste à mettre en place à l'Hôtel-Dieu de Lévis un laboratoire serveur hautement équipé. Les laboratoires associés de l'Hôpital de Saint-Georges, de Montmagny, de Thetford Mines ainsi que celui du Centre Paul-Gilbert auront à réaliser les analyses de biochimie, d'hématologie et de banque de sang.

**Harmonisation de l'offre alimentaire**

Le projet d'offre alimentaire harmonisée se déploie progressivement dans les différentes installations de l'organisation. Il vise à mieux répondre aux besoins nutritionnels des résidents, à favoriser la variété des mets et à améliorer la sécurité alimentaire. Pour y arriver, des cuisiniers, nutritionnistes, gestionnaires et membres du personnel de soins ont été mis à contribution pour analyser la composition des menus et proposer une révision où la saveur et les qualités nutritives sont au rendez-vous.

**427 000 \$ pour les services psychosociaux aux jeunes et aux familles**

Une somme de 427 000 \$ a été octroyée pour améliorer l'accès aux services psychosociaux aux jeunes et aux familles et les services en protection de la jeunesse pour la baisse des listes d'attente à l'évaluation-orientation.

**Prix Coup de cœur de l'IAPQ pour le projet de gestion du risque en sécurité incendie dans les résidences privées pour aînés**

Le CISSS de Chaudière-Appalaches assume un leadership provincial pour cette formation qu'il a réalisée afin de former les propriétaires, employés et résidents de résidences privées. Partagée à l'ensemble des résidences du Québec, cette formation propose des vidéos et différents outils pour assurer la sécurité des aînés du Québec. Ce projet s'est d'ailleurs mérité le prix Coup de cœur de la présidente lors du gala des prix d'excellence de l'Institut d'administration publique de Québec.

**Campagne de recrutement massive**

Le CISSS de Chaudière-Appalaches a déployé, en début d'année 2017, une campagne massive de recrutement qui lui a permis d'embaucher plus de 145 personnes pendant les huit semaines de la campagne. La présence accrue sur le Web et les médias sociaux jumelée à la participation à des salons de l'emploi a permis de combler des besoins partout en Chaudière-Appalaches. Une seconde phase s'est réalisée au printemps et une dernière sera réalisée à l'automne 2017.

**Dons d'Opération Enfant Soleil**

Les unités pédiatriques et mère-enfant des hôpitaux bénéficient des sommes suivantes pour l'achat d'équipements :

Hôpital de Thetford Mines : 21 138 \$

Hôpital de Saint-Georges : 21 409 \$

Hôpital de Montmagny : 4 989 \$

Hôtel-Dieu de Lévis : 10 188 \$

**Réalisation de congrès et d'événements**

Le CISSS de Chaudière-Appalaches a participé à la réalisation d'événements en cours d'année, tels :

- Congrès de réadaptation physique - Scott
- Congrès de l'Association québécoise de soins palliatifs – Lévis
- Grande journée des tout-petits - Sainte-Marie
- Salon de la 2<sup>e</sup> jeunesse – Cap-Saint-Ignace

**Partenariat avec l'Union des producteurs agricoles en prévention du suicide**

Les deux organisations considèrent le dossier de la santé psychologique des agriculteurs comme une priorité. À cet effet, un plan d'action 2016-2018 a été produit et compte notamment la formation d'une centaine de sentinelles agricoles réparties dans toute la région.

**Déploiement de la prescription infirmière**

Le CISSS de Chaudière-Appalaches est l'un des CISSS du Québec qui a le plus grand nombre d'infirmières titulaires d'une attestation pour prescrire. Les infirmières peuvent prescrire certains médicaments dans le domaine des soins de plaies, la santé publique et les problèmes de santé courants. En 2016, le déploiement a débuté avec les infirmières scolaires, dans les CHSLD, GMF, services courants, soutien à domicile et la première ligne en santé mentale. Le déploiement s'échelonne sur deux ans.

**Déploiement de l'approche de partenariat avec l'utilisateur ou usager-partenaire**

Réalisation de projets qui ont été faits en collaboration avec des usagers et qui font appel à leur expérience, leur participation. Cela permet de mieux adapter ses soins et services. Exemples de projet : élaboration du programme de prévention des chutes du CISSS de Chaudière-Appalaches et le programme Envol.

**Ouverture d'un Centre de pédiatrie sociale des Appalaches**

Un Centre de pédiatrie sociale, chapeauté par la Fondation du Dr Julien et auquel collabore le CISSS de Chaudière-Appalaches, a ouvert ses portes et offre des services médicaux et psychosociaux à partir de trois points de service.

**Nouveau service de sages-femmes dans Beauce Sud**

Un nouveau service de sages-femmes rattaché à l'Hôpital de Saint-Georges est maintenant accessible aux femmes du territoire qui peuvent obtenir un suivi personnalisé avant et après la grossesse.



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

### 4.1 Fiches de reddition de comptes des attentes spécifiques

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État: R = réalisée à 100 % NR = non réalisée à 100 % NA = non applicable
<b>SECTION I : SANTÉ PUBLIQUE (DGSP)</b>			
1.1	Bilan des activités réalisées	Un bilan faisant état des ressources humaines consenties pour la mise en œuvre des activités selon le centre d'activité (nombre de personnes travaillant à temps complet ou son équivalent temps complet) et des activités réalisées selon le milieu de vie ciblé (types d'activités, description des activités, objectifs généraux, état de la mise en œuvre des activités, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre des activités, etc.) est demandé.	R
1.2	Comité prévention et contrôle des infections nosocomiales	Compléter le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et la composition de ce comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales - Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec », Santé et Services sociaux Québec, 2006. La mise à jour de ce dernier est en cours et sa publication est prévue en décembre 2016.	R
<b>SECTION II : SERVICES SOCIAUX (DGSS)</b>			
2.1	Liste des installations et organismes au sein du rsss devant implanter les protocoles d'intervention en matière d'itinérance	L'établissement devra transmettre une liste des installations et organismes de sa région devant implanter le protocole. Un gabarit à compléter sera fourni, lequel comportera des indications permettant l'identification des installations et organismes pertinents. La liste des installations et organismes transmise permettra de déterminer la cible pour l'établissement, ainsi que la cible nationale, associée à l'indicateur.	NA
2.2	Programme d'intervention en négligence	Le formulaire GESTRED identifie les composantes devant être présentes dans un PIN pour qu'il soit efficace. Il prévoit également une section pour identifier le nombre d'utilisateurs ayant participé au programme.	R
2.3	Consolidation du service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social)	L'établissement doit produire un état de situation afin d'exposer les mesures prises pour respecter et atteindre les standards comme prescrit dans l'Offre de services sociaux généraux.	R
2.4	Évaluation et élaboration d'un plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en centre d'hébergement de soins de longue durée public	L'établissement doit viser à ce que toutes les personnes hébergées aient une évaluation à jour, à l'aide du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), et possèdent un plan d'intervention.  Les résultats des profils ISO-SMAF à jour et des plans d'intervention devront être transmis dans le formulaire gestred prévu à cette fin. Un état de situation sur les résultats obtenus devra également être produit.	R
2.5	Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité	L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC.	R

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État: R = réalisée à 100 % NR = non réalisée à 100 % NA = non applicable
2.6	Application du nouveau lexique des variables du relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalier	L'établissement doit produire un état de situation sur l'application du nouveau lexique RQSUCH. Celui-ci devra faire état des actions entreprises pour, d'une part, s'assurer de la validité des données dans le contexte d'un changement au niveau des variables, et d'autre part, actualiser les quatre principes directeurs visant à instaurer de meilleures pratiques dans l'organisation et la dispensation des soins et services.	R
2.7	Portrait des lits de soins et services POSTAIGUS	L'établissement doit produire un état de situation pour documenter l'offre de lits de soins et services post-aigus qui contiendra, notamment, son rôle et fonctionnement, les clientèles desservies ainsi que les ressources et les mécanismes de liaison avec les autres composantes du continuum.	R
<b>SECTION III : SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE (DGSSMU)</b>			
3.1	Suivi de l'accès aux services spécialisés et atteinte des cibles de l'entente entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec	Un plan de travail permettant d'atteindre les cibles de l'entente entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec lié à La loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (2015, chapitre 25) doit être déposé. Par la suite, un suivi régulier des résultats de ce plan de travail sera fait sous la forme d'états de situation.	NA
3.2	Maladie d'alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs : plan d'action triennal 2016-2019 et suivi des réalisations	Un plan d'action triennal 2016-2019 devra être élaboré en impliquant les entités concernées, dont en premier lieu les promoteurs des dix-neuf projets d'implantation ciblés. Un état de situation des réalisations de l'établissement devra également être produit.	R
3.3	Plan d'action par établissement réalisé sur la base du plan d'action national 2016-2018	L'établissement devra déposer un plan d'action et une autoévaluation à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux (AVC).	R
3.4	Déploiement des groupes de médecine de famille	L'établissement devra produire deux états de situation qui confirment la réalisation des actions suivantes : effectuer la migration d'au moins une unité de médecine familiale (UMF) vers le modèle GMF (nouveau GMF à partir d'une umf ou ajout d'une UMF à un GMF existant) et reconnaître un nouveau GMF ou ajouter un site clinique à un GMF existant à partir d'un site CLSC (services médicaux première ligne).	R
3.5	Addenda – mise en œuvre du fonctionnement de la biologie médicale sous le format des grappes OPTILAB	L'établissement serveur a l'obligation d'assurer, en collaboration avec les autres établissements de sa grappe, le cas échéant, la mise en œuvre du fonctionnement de la biologie médicale sous le format des grappes OPTILAB. Pour ce faire, il s'engage à réaliser certain(e)s actions, mesures ou livrables dans le temps, et ce, en fonction d'une reddition de comptes articulée essentiellement selon un mode de gestion de projet.	NA

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État: R = réalisée à 100 % NR = non réalisée à 100 % NA = non applicable
3.6	Poursuite du développement et du soutien de l'offre de service en soins palliatifs et de fin de vie	L'établissement doit produire un plan d'action qui prévoit : le rehaussement des SPFV à domicile, la mise en place d'un programme clinique de soins de fin de vie, la poursuite du développement des lits réservés en SPFV et la formation des professionnels du réseau en SPFV.	NR
<b>SECTION IV : FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET (DGFIB)</b>			
4.1	Listes des besoins (ou correctifs) devant être réalisés dans les cinq prochaines années par installation principale	Pour une seconde année, l'établissement a pour objectif de procéder à l'inspection technique de 30 % de la superficie de leur parc immobilier respectif en 2016-2017 afin d'atteindre un pourcentage cumulatif minimal de 60 %. À la suite de l'inspection technique des bâtiments, il doit élaborer les listes des correctifs par installation principale devant être réalisés dans les cinq prochaines années et télécharger les données dans le système Actifs + Réseau.	R
4.2	Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Par la complétion du formulaire GESTRED, l'établissement participe à la réalisation du plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.	R
<b>SECTION V : COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE (DGCRM)</b>			
5.1	Addenda – comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise	La formation des comités régionaux pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise est repoussée à une date ultérieure de l'année 2016-2017.	S.O.
5.2	Mandat ministériel de leadership régional en sécurité civile	Exercer et approfondir le rôle de leadership régional en sécurité civile auprès des établissements de sa région. À cet effet, le MSSS s'attend à ce que l'établissement mette en place une instance de coordination régionale en sécurité civile et se dote de mécanismes de concertation efficaces permettant son déploiement. De plus, advenant la visite de dignitaires en sol québécois, prévoir que des plans de santé pour les dignitaires jouissant d'une protection internationale soient préparés et applicables.	NA
5.3	Sécurité civile	S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure de jouer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au niveau de la mission santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile.	R

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État: R = réalisée à 100 % NR = non réalisée à 100 % NA = non applicable
5.4	Gestion des risques en sécurité civile - Santé et Services sociaux	<p>Procéder au lancement du processus de gestion des risques en sécurité civile. À cet effet, l'établissement doit identifier un responsable du processus. Il peut s'agir du coordonnateur en sécurité civile de l'établissement ou d'une ressource en lien avec celui-ci.</p> <p>Le responsable du processus de gestion des risques en sécurité civile devra compléter le programme de formation du MSSS, réaliser les préalables à la démarche et l'étape du contexte de réussite en amont.</p>	R
5.5	Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile	La responsabilité de la coordination du Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile a été confiée au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour l'année financière 2016-2017. Ainsi, afin de contribuer au transfert, à la mobilisation et à la valorisation des connaissances aux CISSS et CIUSSS désignés, le Centre d'expertise déposera un plan de travail au MSSS en début d'année financière et des rencontres de suivies auront lieu avec le MSSS à trois moments au cours de l'année.	NA

#### SECTION VI : PLANIFICATION, ÉVALUATION ET QUALITÉ (DGPEQ)

6.1	Plan d'action ministériel en réponse aux recommandations issues des rapports du groupe vigilance pour la sécurité des soins	L'établissement doit s'assurer que les installations favorisent la mise en œuvre du plan d'action ministériel en réponse aux recommandations du GVSS et intensifient le déploiement des meilleures pratiques susceptibles de réduire la gravité et l'incidence des chutes et des événements en lien avec la médication.	R
6.2	Diagnostic et plan d'action à l'égard des personnes handicapées	Le diagnostic sur l'intégration des personnes handicapées doit contenir des informations sur : la proportion de personnes handicapées à l'emploi, l'accessibilité aux installations, le respect de la politique d'accès aux documents et services, l'accessibilité Web, le processus d'approvisionnement lors de l'achat des biens et services, et les activités pour la semaine québécoise des personnes handicapées. Par la suite, le plan d'action doit être réalisé et porté sur les obstacles prioritaires identifiés.	R

#### SECTION VII : TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION (DGTI)

7.1	Orientation stratégique du ministre en technologie de l'information des systèmes d'information unifiés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parachever les travaux préparatoires à la mise en œuvre de l'orientation stratégique en technologie de l'information (TI);</li> <li>• Aligner les priorités en TI de l'établissement à celles du plan global du MSSS;</li> <li>• Préciser les stratégies et les plans de mise en œuvre en fonction de la capacité de l'établissement, de l'état des lieux et des cibles convenues;</li> <li>• Planifier et organiser les projets de déploiement des solutions unifiées qui auront été retenues;</li> <li>• Faire autoriser tous les projets en ressources informationnelles par le MSSS – en conformité avec la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (chapitre G-1.03).</li> </ul>	R
-----	--	--	---

## 4.2 Fiches de reddition de comptes des engagements annuels

### Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur du PS du MSSS 2015-2020

<b>Axe d'intervention :</b>	Prévention des infections
-----------------------------	---------------------------

<b>Objectif de résultats :</b>	3. Renforcer la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)
--------------------------------	--

Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Engagement 2017-2018
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans (anciennement 1.01.24)	2 481	2 391	2 371	2 484

#### Reddition de comptes

##### 2016-2017

##### 1.01.29-PS

	Etchemins	Thetford	Montmagny- L'Islet	Beauce	Alphonse- Desjardins	Chaudière- Appalaches
Résultats 14-15	21	268	67	309	1386	2051
Résultats 15-16	13	332	107	380	1652	2484
Engagements 16-17	21	318	102	363	1587	2391
Résultats 16-17 (réels)	11	305	131	378	1546	2371

Même si la cible n'est pas tout à fait atteinte, nous pouvons considérer que l'engagement a été respecté à la hauteur de 99%. Les résultats présentés dans le tableau ci-dessus démontrent que la cible 2016-2017 aurait été atteinte dans deux secteurs. Par ailleurs, le nombre de dépistages réalisés a augmenté dans un secteur de la région alors que moins de dépistages ont été réalisés dans les autres secteurs du territoire. Il est important de spécifier que plusieurs dépistages supplémentaires ont été réalisés auprès des jeunes 15-24 ans dans tous les secteurs de la région, mais ils ne font pas partie des données présentées ci-dessus considérant les manières de saisir l'information utilisée. Pour la prochaine année, les consignes de saisie seront modifiées afin que ces interventions puissent également être comptabilisées en fonction du cadre ministériel. De plus, une augmentation du nombre de dépistages réalisés aurait été effective dans le secteur des Etchemins, sans que cela ne se répercute sur les données ci-dessus en raison du fait que ces interventions n'ont pas été codifiées de façon appropriée dans le système d'information. Le cumul des éléments mentionnés ci-dessus fait en sorte que de façon réelle, un plus grand nombre de dépistages a été effectivement réalisé auprès des jeunes âgés de 15-24 ans que ce qui était prévu à l'engagement 2016-2017. Ainsi, il y a lieu de prévoir que la cible 2020 sera atteinte.

\* Résultats en date du : 20 mai 2016

\*\* Résultats en date du : 31 mai 2017

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

<b>Axe d'intervention :</b>	Première ligne et urgence			
<b>Objectif de résultats :</b>	4. Améliorer l'accès aux soins et aux services professionnels de première ligne			
Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Engagement 2017-2018
1.09.25-PS Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF)	18	21	20	21
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	86,54 %	85,0 %	89,31 %	90,0 %

**Reddition de comptes****2016-2017**

Engagement atteint.

**1.09.25-PS**

Régionalement, 22 GMF de la région de la Chaudière-Appalaches ont complété ou renouvelé le processus d'adhésion au nouveau programme de financement. Le ministre a confirmé l'accréditation des GMF. Le processus du transfert des ressources professionnelles en GMF est complété pour les GMF déjà en activité. Pour les deux nouveaux GMF accrédités en mars 2017, le processus est en cours.

**Alphonse-Desjardins :** Deux demandes d'adhésion au nouveau programme de financement ont été confirmées en mars 2017 (l'équipe médicale Saint-Jean-Chrysostome, le GMF Taniata et l'UMF de Lévis qui a été confirmée comme GMF). Deux processus sont en cours pour l'adhésion au nouveau programme de financement au GMF-R (superclinique), au programme de désignation réseau pour les groupes de médecine de famille.

**1.09.27-PS**

L'information fournie par le MSSS est la suivante (source : rapport no. 6 de la RAMQ) :

- Régionalement, pour 2016-2017, nous avons 368 185 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 412 265, ce qui donne un pourcentage de 89,31 %.

Voici les détails par RLS :

**Etchemins :** Il y a 14 754 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 16 220, ce qui donne un pourcentage de 90,96 %.

**Alphonse-Desjardins :** Il y a 214 478 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 244 643, ce qui donne un pourcentage de 87,67 %.

**Beauce :** Il y a 65 239 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 70 312, ce qui donne un pourcentage de 92,79 %. Par contre, nous avons environ 1 940 patients sans médecin de famille pour ce secteur donc, on peut conclure que certains médecins desservent une clientèle hors territoire.

**Thetford :** Il y a 38 831 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 41 371, ce qui donne un pourcentage de 93,86 %.

**Montmagny-L'Islet :** Il y a 34 883 patients inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 39 719, ce qui donne un pourcentage de 87,82 %.

NB : Nous avons actuellement une problématique au niveau de l'inscription de la clientèle auprès d'un médecin de famille dans nos sites GMF intra-muros. Nous sommes à revoir toute la chaîne au niveau administratif afin de rétablir la situation, car plusieurs patients ont un médecin de famille, mais ils ne sont pas inscrits auprès de la RAMQ donc, toujours inscrits dans notre GAMF. Selon le taux d'inscription de Chaudière-Appalaches, le taux provincial est de 89 %.

\* Résultats en date du : 20 mai 2016

\*\* Résultats en date du : 31 mai 2017

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

<b>Axe d'intervention :</b>	Première ligne et urgence
-----------------------------	---------------------------

<b>Objectif de résultats :</b>	5. Réduire le temps d'attente à l'urgence
--------------------------------	---

Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Engagement 2017-2018
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	11,35 h	10,50 h	11,3 h	10 h
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures	76,9%	77,0%	80,0%	90,0%
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	80,1%	80,0%	81,5%	90,0%

## Reddition de comptes

<b>2016-2017</b>			
<b>1.09.44-PS</b>			
Comparatif des délais du CISSS de Chaudière-Appalaches	2015-2016	2016-2017 (P13)	Cible
Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la DMS est moins de 4 heures	80,1%	81,5%	80,0%
Prise en charge médicale < 2 heures	76,9%	80,0%	77,0%
DMS sur civière	11,35	11,3	10,5
DMS sur civière à l'urgence clientèle 75 ans et +	14,41	14,4	
Délai moyen sur civière à l'urgence clientèle santé mentale	14,33	14,7	
<p>L'année 2016-2017 démontre une amélioration au sein du CISSS de Chaudière-Appalaches des indicateurs concernant la prise en charge médicale, la DMS ambulatoire &lt; 4 heures ainsi que la DMS globale sur civière. Par contre, on dénote une légère détérioration au niveau de la DMS chez la clientèle de 75 ans et plus et chez la clientèle de santé mentale.</p> <p>L'ajout de lits en communauté permettra sans doute de diminuer le nombre de clients ayant un statut de niveau de soins alternatifs (NSA) en milieu hospitalier. De plus, des travaux favorisant la concertation des directions sont présentement en cours en lien avec la gestion des séjours.</p> <p><b>Thetford :</b> Le séjour moyen sur civière est passé de 10,30 (2015-2016) à 10,24 (P12 2016-2017) et répond à l'engagement de 10,5 signifié par le MSSS.</p> <p>Pour la clientèle de 75 ans et plus, le délai moyen sur civière à l'urgence est passé de 12,0 (2015-2016) à 12,07 (P12 2016-2017).</p> <p>Pour la clientèle de santé mentale, le délai moyen sur civière est passé de 6,93 (2015-2016) à 6,52 (en P12 2016-2017). Nous notons une belle amélioration au niveau des cibles de prise en charge médicale &lt; 2 heures passant de 68,3% (2015-2016) à 77,1% (P12 2016-2017).</p> <p>De plus, nous constatons une amélioration quant au pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la DMS est moins de 4 heures, passant de 76,2% (2015-2016) à 77,1% (P12 2016-2017).</p>			

**Beauce :** Le séjour moyen sur civière est passé de 12,81 (2015-2016) à 12,51 (P12 2016-2017).

Pour la clientèle de 75 ans et plus, le délai moyen sur civière à l'urgence est passé de 14,34 (2015-2016) à 14,61 (P12 2016-2017).

Pour la clientèle de santé mentale, le délai moyen sur civière est passé de 14,52 (2015-2016) à 13,88 (P12 2016-2017).

Nous constatons une légère amélioration des cibles de prise en charge médicale < 2 heures, passant de 55,8% (2015-2016) à 57,9% (P12 2016-2017) et au niveau du pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la DMS est moins de 4 heures, passant de 52,9% (2015-2016) à 57,0% (P12 2016-2017).

Une analyse des processus à l'aire ambulatoire de l'urgence de Beauce a permis de mettre en évidence certaines causes contribuant à la non-atteinte des cibles de prise en charge médicale et de DMS < 4 heures. Une réorganisation du travail est en cours à l'aire ambulatoire de l'urgence de Beauce dans le but d'améliorer l'accessibilité.

**Hôtel-Dieu de Lévis :** Le séjour moyen sur civière est passé de 12,8 (2015-2016) à 13,0 (2016-2017).

Pour la clientèle de 75 ans et plus, le délai moyen sur civière à l'urgence est passé de 16,6 (2015-2016) à 16,7 (2016-2017).

Pour la clientèle de santé mentale, le délai moyen sur civière est passé de 17,0 (2015-2016) à 18,5 (2016-2017).

Une amélioration sur le plan de la prise en charge médicale < 2 heures est constatée, passant de 83% (2015-2016) à 84,7% (2016-2017). Nous avons le même constat en ce qui concerne le pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la DMS est de moins de 4 heures, soit de 74,4% à 76,3% (2016-2017).

**Centre Paul-Gilbert :** Le séjour moyen sur civière est demeuré le même, soit de 3,1.

Pour la clientèle de 75 ans et plus, le délai moyen sur civière à l'urgence est passé de 3,3 (2015-2016) à 3,5 (2016-2017).

Pour la clientèle de santé mentale, le délai moyen sur civière est passé de 2,6 (2015-2016) à 2,8 (2016-2017).

La prise en charge médicale < 2 heures est passée de 85,6% (2015-2016) à 85,7% (2016-2017). Nous avons le même constat en ce qui concerne le pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la DMS est de moins de 4 heures, soit de 95,6% à 95,3% (2016-2017).

**Hôpital de Montmagny :** Le séjour moyen sur civière est passé de 10,4 (2015-2016) à 10,1 (2016-2017).

Pour la clientèle de 75 ans et plus, le délai moyen sur civière à l'urgence est passé de 12,3 (2015-2016) à 11,5 (2016-2017).

Pour la clientèle de santé mentale, le délai moyen sur civière est passé de 11,2 (2015-2016) à 10 (2016-2017).

Une amélioration de la prise en charge médicale < 2 heures est constatée, passant de 79,4% (2015-2016) à 84,6% (2016-2017). Nous avons le même constat en ce qui concerne le pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la DMS est de moins de 4 heures, soit de 85,4% à 89,4% (2016-2017).

\* Résultats en date du : 20 mai 2016

\*\* Résultats en date du : 31 mai 2017



## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur du PS du MSSS 2015-2020

<b>Axe d'intervention :</b>	Services spécialisés
<b>Objectif de résultats :</b>	6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables

Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Engagement 2017-2018
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus de 1 an – Ensemble des chirurgies	74	0	8	0

**Reddition de comptes****2016-2017****1.09.32.00-PS**

Engagement pratiquement atteint dans le CISSS de Chaudière-Appalaches.

Le nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an s'est amélioré de 90 % par rapport à l'année précédente. Nous avons fait une deuxième offre autant à l'interne (entre chirurgiens) qu'à l'externe (entre les hôpitaux de la région). Toutes ces demandes ont été priorisées au cours de la présente année. Les priorités opératoires ont été ajustées en fonction des listes d'attente.

Les 8 dernières demandes sur la liste d'attente sont des cas particuliers (ex. : patient qui a refusé la 2<sup>e</sup> offre et veut attendre le retour de son chirurgien en septembre 2017, chirurgie conjointe avec un chirurgien de Québec plus difficile à planifier, etc.). Toutes ces demandes sont connues et ont été traitées.

\* Résultats en date du : 20 mai 2016

\*\* Résultats en date du : 31 mai 2017

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

<b>Axe d'intervention :</b>	Services spécialisés
<b>Objectif de résultats :</b>	6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables

Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Engagement 2017-2018
1.09.34.00-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois	N/A	90,0 %	59,6 %	90,0 %
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	42,8 %	90,0 %	41,3 %	90,0 %
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	83,1 %	90,0 %	85,0 %	100,0 %
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	98,8 %	90,0 %	99,7 %	100,0 %

1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	75,6%	90,0%	53,5%	100,0%
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	52,5%	90,0%	27,7%	90,0%
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	71,7%	90,0%	52,1%	90,0%
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	71,8%	90,0%	93,7%	100,0%
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	62,2%	90,0%	80,6%	90,0%
1.09.34.10-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomographies par émission de positrons	N/A	N/A	N/A	N/A

### Reddition de comptes

#### 2016-2017

##### 1.09.34.02-PS

Pourcentage des demandes de service en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies

- Engagement non atteint.  
Mesures : 1) Travail à faire avec les radiologistes pour trouver les pistes de solution. 2) Redirection de la clientèle vers les cliniques privées offrant les services.
- Facteurs qui contraignent l'atteinte de l'engagement : nombre élevé de clients en attente : P13 = 1 379
- Résultat similaire à l'an dernier.

##### 1.09.34.03-PS

Pourcentage des demandes de service en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques

- Engagement atteint.  
Mesures prises : augmentation de la productivité (6 382 procédures supplémentaires par rapport à l'an dernier) et venue de la roulotte Clara.

##### 1.09.34.04-PS

Pourcentage des demandes de service en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales

- Engagement atteint. Augmentation de la productivité de 2 544 procédures supplémentaires par rapport à l'an dernier.

##### 1.09.34.05-PS

Pourcentage des demandes de service en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques

- Engagement non atteint malgré une augmentation de la productivité de 1 120 procédures supplémentaires.  
Mesures : investissement de la part de l'établissement pour améliorer l'accessibilité en 2017-2018.
- Facteurs qui contraignent l'atteinte de l'engagement : nombre élevé de clients en attente : P13 = 1 344. Absence d'une cardiologue pour congé de maternité. Des changements de pratique importants en lien avec clinique de FA, dépistage ICT, suivis de chimiothérapie (pré-chimiothérapie et en post-chimiothérapie les patients à risque de développer des cardiomyopathies ou une cardiotoxicité).
- Détérioration de l'indicateur par rapport à l'an dernier.

**1.09.34.06-PS**

Pourcentage des demandes de service en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires

- Engagement non atteint malgré une augmentation de la productivité de 831 procédures supplémentaires.  
Mesures : Investissement de la part de l'établissement pour améliorer l'accessibilité en 2017-2018.  
Redirection de la clientèle vers les cliniques privées offrant les services. Mobilisation des équipes médicales pour augmenter la disponibilité pour cette technique.
- Facteurs qui contraignent l'atteinte de l'engagement : nombre élevé de clients en attente : P13 = 718.
- Détérioration de l'indicateur par rapport à l'an dernier.

**1.09.34.07-PS**

Pourcentage des demandes de service en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies

- Engagement non atteint malgré une augmentation de la productivité de 1 952 procédures supplémentaires.  
Mesures : investissement de la part de l'établissement pour améliorer l'accessibilité en 2017-2018. Redirection, à compter d'avril 2017, de la clientèle vers les cliniques privées offrant les services. Développement de la pratique autonome, ajout de RH les fins de semaines de jour. Épuration de liste d'attente qui aura un impact sur le nombre de clients en attente (diminution de 800 cas en P1).
- Facteurs qui contraignent l'atteinte de l'engagement : nombre très élevé de clients en attente : P13 = 6 008.
- Détérioration de l'indicateur par rapport à l'an dernier.

**1.09.34.08-PS**

Pourcentage des demandes de service en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries

- Engagement non atteint, mais résultat projeté près de la cible 84,9%. Augmentation de la productivité de 5 616 procédures supplémentaires grâce à la révision de l'organisation du travail et aux investissements du MSSS.  
Mesures : poursuivre la production supplémentaire grâce aux investissements du MSSS.
- Facteurs qui contraignent l'atteinte de l'engagement : nombre de clients en attente qui demeure élevé malgré tous les efforts : P13 = 962.
- Amélioration de l'indicateur par rapport à l'an dernier.

**1.09.34.09-PS**

Pourcentage des demandes de service en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques

- Engagement non atteint malgré une augmentation de la productivité de 3 653 procédures supplémentaires grâce à la révision de l'organisation du travail et aux investissements du MSSS. Mesures : poursuivre la production supplémentaire grâce aux investissements du MSSS.
- Facteurs qui contraignent l'atteinte de l'engagement : nombre de clients en attente qui demeure très élevé malgré tous les efforts : P13 = 2 257.
- Amélioration de l'indicateur par rapport à l'an dernier.

**Commentaires globaux :**

Au total, c'est tout près de 30 000 procédures supplémentaires qui ont été réalisées au CISSS de Chaudière-Appalaches, principalement par la révision de l'organisation du travail. Malgré cela, il demeure difficile d'atteindre les cibles. Le secteur de l'échographie est particulièrement préoccupant. La gratuité de l'échographie en privé n'a pas eu les effets escomptés sur nos listes d'attente. Le nombre d'utilisateurs en attente pour un IRM est également préoccupant, mais l'ajout à moyen terme d'un 4<sup>e</sup> IRM dans la région devrait régulariser la situation.

Il n'en demeure pas moins qu'il devient de plus en plus nécessaire d'adresser la question de la pertinence pour les examens diagnostiques en imagerie médicale dont la demande ne cesse de croître.

\* Résultats en date du : 20 mai 2016

\*\* Résultats en date du : 31 mai 2017

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur du PS du MSSS 2015-2020

<b>Axe d'intervention :</b>	Services spécialisés			
<b>Objectif de résultats :</b>	7. Améliorer la survie des patients atteints de cancer			
Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Engagement 2017-2018
1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier	74,9%	90,0%	70,3%	90,0%

**Reddition de comptes****2016-2017****1.09.33.01-PS**

L'engagement convenu n'est pas atteint. On constate une légère diminution (5 %) du pourcentage de patients opérés en moins de 28 jours pour une chirurgie oncologique par rapport à l'année dernière.

**Mesures prises pour atteindre l'objectif**

- Formation d'un groupe de travail des directions adjointes cancérologie - programme de chirurgie;
- Mise en place et suivi d'un plan d'action incluant l'amélioration du suivi de l'attente des cas d'oncologie, l'amélioration du codage et de l'inscription de ces cas, l'amélioration de la planification de certains cas, l'augmentation du temps opératoire disponible durant les vacances pour ces cas (Hôtel-Dieu de Lévis), le soutien pour augmenter l'utilisation de la télépathologie (Hôpital de Thetford Mines), l'amélioration de la planification des priorités opératoires et le plan de stabilisation de la main-d'œuvre (Hôtel-Dieu de Lévis).

**Contraintes à l'atteinte de l'engagement**

- Fermeture de 22 priorités opératoires à l'été 2016 à l'Hôtel-Dieu de Lévis en raison de travaux incontournables en lien avec le projet Optilab au-dessus du bloc opératoire. Nous avons eu des résultats de 59 %, 40 % et 53 % sur trois périodes, ce qui a affecté le résultat cumulatif de l'année;
- Tumeurs à évolution lente comme la thyroïde et la prostate qui, après évaluation clinique du chirurgien, sont placées à la suite des cas de cancers prioritaires dans chacune des spécialités concernées, particulièrement à l'Hôtel-Dieu de Lévis où il manque de priorités opératoires. Les cas de cancer de la prostate représentent 25 % des cas hors délai à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Selon les urologues, les indications pour ce type de chirurgie doivent se faire à l'intérieur de 3 mois, ce qui est toujours le cas;
- Insuffisance du plateau technique (Hôtel-Dieu de Lévis) pour l'urologie principalement (salle d'opération supplémentaire à venir) ;
- Faible disponibilité d'un pathologiste sur place à l'Hôpital de Thetford Mines;
- Fermeture d'une salle d'opération à l'Hôtel-Dieu de Lévis (hiver 2017) en raison de la pénurie de personnel.

**Problèmes liés à la méthodologie**

- Cet indicateur représente une donnée cumulative de l'année en cours et ne permet pas de mettre en évidence les améliorations à la suite des mesures prises en fin d'année.

**Amélioration marquée au cours des 5 dernières périodes**

- En effet, depuis les 5 dernières périodes financières, avec toutes les mesures prises et une gestion proactive des cas oncologiques en attente, notre pourcentage de cas réalisés à l'intérieur de 28 jours se situe autour de 80 % pour tout le CISSS de Chaudière-Appalaches, allant même autour de 85 % pour les trois plus petits hôpitaux de la région. Nous prévoyons donc de meilleurs résultats pour l'année à venir comparativement à cette année.

\* Résultats en date du : 20 mai 2016

\*\* Résultats en date du : 31 mai 2017

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

<b>Axe d'intervention :</b>	Sécurité et pertinence
-----------------------------	------------------------

<b>Objectif de résultats :</b>	8. Renforcer la prévention et le contrôle des infections reliées au séjour en milieu hospitalier
--------------------------------	--

Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Engagement 2017-2018
1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au clostridium difficile (DACD)	75,0%	100,0%	75,0%	100,0%
1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	75,0%	100,0%	100,0%	100,0%
1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse	100,0%	95,0%	100,0%	100,0%

**Reddition de comptes****2016-2017****1.01.19.01-PS**

Diarrhées associées au clostridium difficile (DACD) : les taux sont respectés dans 3 de nos 4 établissements (75 %)

- L'Hôpital de Saint-Georges est en dépassement avec un taux de 10,9 comparativement à un taux établi de 6,3;

Mesures prévues pour corriger ou améliorer la situation

- Le comité local de gestion de crise a mis en place différentes stratégies par un plan d'action évolutif ayant permis de diminuer la transmission du clostridium difficile. Le taux était de 12,5 l'an dernier et se situe actuellement à 10,9. La poursuite du comité d'antibiogouvernance ainsi que le projet de dépistage des porteurs asymptomatiques seront des leviers importants à l'Hôpital de Saint-Georges afin de poursuivre la diminution du taux d'infection. Un suivi continu des indicateurs permet d'assurer la pérennité des actions entreprises.

**1.01.19.02-PS**

Engagement atteint.

**1.01.19.04-PS**

Engagement atteint.

\* Résultats en date du : 20 mai 2016

\*\* Résultats en date du : 31 mai 2017

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

<b>Axe d'intervention :</b>	Personnes âgées
-----------------------------	-----------------

<b>Objectif de résultats :</b>	10. Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée
--------------------------------	--

Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Engagement 2017-2018
1.03.11-PS Nombre de personnes des servies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	6 900	7 794	7 453	7 794
1.03.12-PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	67,8%	90,0%	72,7%	90,0%

**Reddition de comptes****2016-2017****1.03.11-PS**

L'engagement pour 2016-2017 pour la région était de 7 794 usagers longue durée (SAPA, DP et DI-TSA). La P13 nous indique un total de 2 526 usagers en déficience et 4 927 usagers pour le SAPA pour un total de 7 453 usagers longue durée, soit 96 % de la cible. Par rapport à l'année 2015-2016, l'augmentation est significative du côté du programme SAPA particulièrement du côté d'Alphonse Desjardins. La cible de 2020 semble donc réalisable. Il faut cependant poursuivre les efforts de repérage de la clientèle 710. À cet égard, les actions suivantes doivent aller de l'avant :

- Poursuivre le repérage dans nos 5 urgences;
- Initier le repérage dans les RPA en lien avec la signature des ententes de collaboration;
- Mettre à profit les réseaux locaux de service ainsi que les travailleurs de milieux pour dépister nos « 710 » qui vivent en milieu rural et isolé;
- Uniformiser les critères du SAD pour la région pour assurer une inclusion maximale des personnes vivant dans les secteurs où les taux de pénétration sont plus faibles;
- S'assurer d'une qualité optimale dans la codification des profils par quelques audits.

**1.03.12-PS**

En 2016-2017, nous avons actualisé le plan d'action touchant la production des OEMC et des PSIAS en y incluant une démarche de qualité. Deux ressources à temps complet ont été consacrées à ce plan d'action et les résultats semblent être au rendez-vous (voir le tableau ci-dessous). La progression est importante et dans le contexte où la démarche de qualité se poursuit en 2017-2018, nous croyons que les cibles ministérielles sont en voie d'être atteintes. Voici les résultats de l'indicateur par secteur 2016-2017 et par programme (en %) :

		Total	DP-TSA-DI	SAPA
Etchemins	L04	66,8	60,5	71,3
	L22	59,4	53,7	63,4
Beauce	L04	79,0	76,5	80,1
	L22	69,9	62,6	73,2
Thetford	L04	65,8	54,3	72,7
	L22	48,4	43,6	51,3
Montmagny-L'Islet	L04	78,9	77,2	79,8
	L22	76,1	75,2	76,5
Alphonse-Desjardins	L04	87,1	84,0	88,7
	L22	79,6	76,1	81,3
SAPA	L04	82,3 %		
	L22	73,6 %		
DP-TSA-DP	L04	75,0 %		
	L22	66,4 %		

\* Résultats en date du : 20 mai 2016

\*\* Résultats en date du : 31 mai 2017

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

<b>Axe d'intervention :</b>	Personnes âgées
-----------------------------	-----------------

<b>Objectif de résultats :</b>	11. Consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées
--------------------------------	--

Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Engagement 2017-2018
1.03.07.01-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA)	0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
1.03.07.02-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	N/A	75,0 %	100,0 %	100,0 %
1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100,0 %	60,0 %	80,0 %	100,0 %

## Reddition de comptes

## 2016-2017

**1.03.07.01-PS****Engagement atteint à 100 %**

Les quatre installations ont implanté l'AAPA selon les deux conditions, soit 1, 2, 6 à 95 % et 3, 4, 5 à 65 %.

**1.03.07.02-PS****Engagement atteint à 100 %**

Les quatre installations ont implanté l'AAPA selon les deux conditions, soit 1, 2, 6 à 95 % et 3, 4, 5 à 65 %.

**Mesures qui seront entreprises par l'établissement pour corriger la situation****Composante 1 : Soutien à l'implantation**

- L'ensemble des comités et des syndicats ont été sensibilisés à l'approche.
- Un plan de communication s'actualise présentement (bulletin promotionnel, journal interne, affiches de sensibilisation pour travailleurs et pour la personne âgée et ses proches, feuillets explicatifs, message sur téléviseurs, etc.).

**Composante 2 : Gouvernance clinique**

- Une gouvernance clinique est en place. La prochaine année servira à ancrer davantage les modalités de participation de la personne âgée et de ses proches.

**Composante 3 : Formation, coaching**

- Plan de formation : 503 employés ont été formés en 2016-2017.
- 720 employés seront formés en 2017-2018. Le volet pérennité est en planification.

**Composante 4 : Algorithme soins (AINEES)**

- L'implantation progresse et se poursuit dans les unités de soins.
- Il restera à former les partenaires internes à l'approche et à dépister sur toutes les unités.

**Composante 5 : Interventions cliniques**

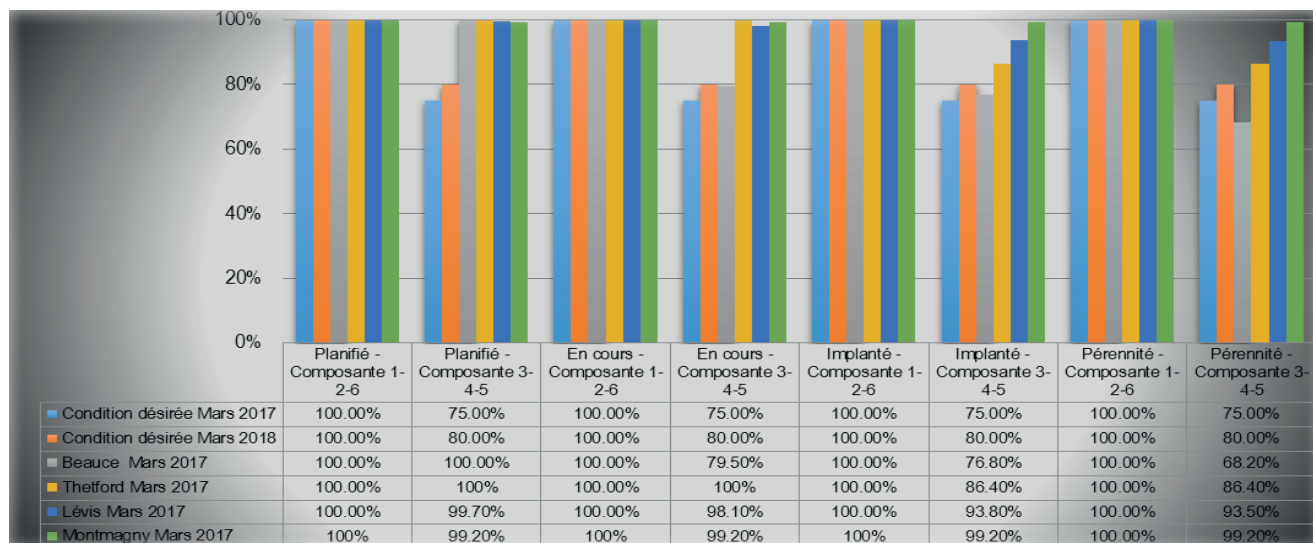
- Les comités opérationnels poursuivront leurs plans d'action dans les quatre centres hospitaliers. Les expertes cliniques soutiendront ces actions intensivement en assurant la pérennité.
- Des expertes cliniques dédiées exclusivement à l'AAPA seront en place prochainement. L'appel d'offres étant en affichage présentement.

**Composante 6 : Évaluation - Qualité**

- Des indicateurs cliniques et des indicateurs de projets sont présentement suivis. Des audits ont aussi été réalisés.

**Facteurs qui expliquent ou contraignent l'atteinte de l'engagement : Aucun****Évolution des résultats par rapport à l'année précédente :****Mars 2016 (P13) :**

2015-2016	1-2-6	3-4-5
Hôpital de Thetford-Mines	71,3 %	69,3 %
Hôpital de Montmagny	94,2 %	87,9 %
Hôpital de Saint-Georges	70 %	69,5 %
Hôtel-Dieu de Lévis	90 %	54,5 %

**Mars 2017 (P13) :****1.03.10-PS**

En raison des contraintes organisationnelles (capacité des ressources humaines), l'établissement n'a pu déployer les nouvelles orientations sur la gestion de cas. Quatre ou cinq RLS ont maintenu un petit nombre de gestionnaires de cas selon les anciens critères. Un RLS n'a plus de gestion de cas en place à cause du départ des ressources formées selon les anciens critères. C'est ce qui explique la non-atteinte.

La Direction SAPA souhaite prioriser ce chantier au cours de l'année à venir par le déploiement de la formation et la mise en place des nouveaux rôles.

\* Résultats en date du : 20 mai 2016

\*\* Résultats en date du : 31 mai 2017



## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

<b>Axe d'intervention :</b>	Personnes vulnérables
-----------------------------	-----------------------

<b>Objectif de résultats :</b>	12. Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant les choix des personnes
--------------------------------	--

Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Engagement 2017-2018
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 239	1 420	1 311	1 420
1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	42	43	50	50

<p><b>Reddition de comptes</b></p> <p><b>2016-2017</b></p> <p><b>1.09.05-PS</b> En 2015-2016: 1 239 usagers ont été suivis par l'équipe des soins palliatifs à domicile. Pour 2016-2017, l'engagement n'a pas été atteint par rapport à l'engagement de 1 420 usagers. À P13, 1 311 usagers ont été suivis, soit une atteinte à 92,3%.</p> <p>L'enjeu est toujours relié aux remplacements de porteurs de la saisie des données dans les systèmes qui nécessitent obligatoirement l'uniformisation dans le CISSS de Chaudière-Appalaches. Il existe encore différents systèmes de compilation des données et cela occasionne aussi une saisie manuelle avec risque d'erreurs (aucun standard).</p> <p>La prochaine année vise à améliorer l'exactitude et la fiabilité de la gestion des données dans GESTRED.</p> <p>L'offre de service de base en SPFV est en cours d'élaboration en partenariat avec la Direction SAPA. Cette offre inclura les services aux proches aidants.</p> <p><b>1.09.45-PS</b> Notre région répond à la cible ministérielle d'un lit par 10 000 personnes. Atteinte à 100% de l'engagement 2016-2017. De plus, un lit supplémentaire situé en Beauce, dans le département de chirurgie, n'est pas inscrit aux ententes de gestion.</p>
---

\* Résultats en date du : 20 mai 2016

\*\* Résultats en date du : 31 mai 2017

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

<b>Axe d'intervention :</b>	Personnes vulnérables			
<b>Objectif de résultats :</b>	13. Faciliter le développement optimal et la participation sociale des enfants et des jeunes adultes ayant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA)			
Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Engagement 2017-2018
1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	N/A	90,0 jours	111,69 jours	90,0 jours

**Reddition de comptes****2016-2017****1.05.15-PS**

L'engagement de 90 jours (cible 2020) n'est pas atteint (résultat de 111,69 jours / moyenne provinciale en P13 de 238,6 jours). La région a connu une augmentation significative de demandes pour les enfants présentant un TSA en 2016 (de 260 à 330 demandes) à la suite de l'amélioration des mécanismes de repérage et de la consolidation des services d'évaluation diagnostique.

Les mesures en place pour favoriser une prise en charge rapide seront maintenues en 2017-2018. Des formules de groupe s'adressant aux proches seront augmentées pour offrir un premier niveau de service et atteindre la cible. Les investissements à venir en TSA permettront de consolider les effectifs et diminuer les délais de prise en charge. La clarification à venir par le MSSS des lignes directrices pour les services en intervention comportementale intensive devrait également permettre de baliser au plan provincial le requis d'heures à accorder et le mode de comptabilisation, ce qui permettra de témoigner plus justement des résultats en lien avec cet indicateur. Sur la base des balises actuelles, l'établissement a desservi 46 enfants avec une moyenne d'heures hebdomadaire de 12,24 heures (cible provinciale de 20 h pour le ICI).

\* Résultats en date du : 20 mai 2016

\*\* Résultats en date du : 31 mai 2017

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

<b>Axe d'intervention :</b>	Personnes vulnérables			
<b>Objectif de résultats :</b>	14. Améliorer la réponse aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux graves			
Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Engagement 2017-2018
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	909	909	847,8	1 000
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnu par le Ministère	155	170	154,8	188

**Reddition de comptes**

2016-2017

**1.08.13-PS**

La réduction des places s'explique par une révision de certains postes de travail qui étaient dans le centre d'activités 5 942, mais qui réalisaient des activités du 5 939. Ce transfert suggéré par le CNESM fait en sorte que nous avons diminué le nombre de places dans la Beauce. Par ailleurs, dans la délocalisation des travailleurs sociaux en GMF, le secteur Alphonse-Desjardins a contribué à deux ETC en provenance des services SIV. Nous travaillons actuellement à récupérer des heures de travailleurs sociaux du volet hospitalier en psychiatrie pour récupérer des heures en SIV.

**1.08.14-PS**

Considérant que le nombre de places se calcule par le nombre d'ETC multiplié par neuf et qu'il n'y a eu aucun développement, le résultat est semblable à l'an dernier. Avec les investissements prévus pour 2017-2018, il y aura une variation significative.

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur du PS du MSSS 2015-2020

<b>Axe d'intervention :</b>	Personnes vulnérables			
<b>Objectif de résultats :</b>	15. Intensifier l'offre de service en dépendance et en itinérance dans le réseau			
Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Engagement 2017-2018
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	N/A	75,0 %	90,0 %	90,0 %

**Reddition de comptes**

2016-2017

**1.07.06-PS****Dépendance – services de détection et d'intervention précoce en dépendance**

Ces services sont déployés dans cinq secteurs du territoire. Le taux de détection et d'intervention précoce en dépendance est de 90 % (moyenne régionale). Nous comptons déployer une procédure, déjà existante dans deux secteurs, pour l'ensemble de la région.

\* Résultats en date du : 20 mai 2016

\*\* Résultats en date du : 31 mai 2017

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

<b>Axe d'intervention :</b>	Mobilisation du personnel
-----------------------------	---------------------------

<b>Objectif de résultats :</b>	18. Favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau
--------------------------------	---

Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Engagement 2017-2018
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	5,99 %	6,07 %	5,73 %	5,73 %
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	2,71 %	2,76 %	3,16 %	2,76 %
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	1,23 %	0,83 %	0,75 %	0,68 %

<p><b>Reddition de comptes</b></p> <p><b>2016-2017</b></p> <p><b>3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire</b> Engagement atteint à 105,6 %.</p> <p><b>3.05.02 – PS</b> <b>Taux d'heures supplémentaires</b></p> <p>Le résultat à P13 de 3,16 % par rapport à un engagement de 2,76 % représente une atteinte d'engagement de 85,5 %.</p> <p><b>Mesures entreprises pour corriger la situation du recours aux heures supplémentaires</b></p> <p>En suivi du dépôt de notre plan prévisionnel de la main-d'œuvre auprès du Ministère à l'automne 2016 à la suite d'une tournée des directions, plan dont nous suivons régulièrement l'évolution et apportons les ajustements requis le cas échéant en fonction de la situation évolutive sur le terrain, nous avons mis en branle un énorme chantier sur la main-d'œuvre en collaboration avec les principales directions.</p> <p>Nous travaillons principalement sur certains titres d'emploi vulnérables (priorité aux PAB, personnel infirmier, personnel administratif) et les moyens à mettre rapidement de l'avant afin de s'assurer d'avoir des ressources en quantité et en qualité suffisantes pour répondre aux besoins, et ce, dans une perspective de diminution de la précarité et de stabilisation des équipes de travail ainsi que de diminuer, le TS, la MOI, l'assurance salaire et le taux de roulement.</p> <p>Parallèlement à ce chantier, d'autres groupes de travail sont à pied d'œuvre afin d'intervenir sur différentes sphères (ex. : plan de marketing pour une campagne de recrutement externe, mise à jour du programme d'accueil du personnel, interventions sur la gestion de la présence au travail, interventions sur le climat de travail et le développement professionnel ainsi que les horaires de travail et le remplacement des absences); autant de sphères qui ont un impact sur l'attraction, la mobilisation, la rétention et la fidélisation du personnel.</p> <p>À noter que le travail de ces groupes est canalisé par le comité sur la main-d'œuvre qui est en mesure de s'assurer que les grandes orientations organisationnelles soient respectées.</p> <p>Par ailleurs, concernant les moyens mis de l'avant, mentionnons un exercice de rehaussement des postes de PAB de même que des contrats de garantie temporaire de travail pour le personnel infirmier et les PAB pour la période d'été 2017 ainsi que l'élaboration des horaires pour une période de 3 mois pour la période estivale 2017. À noter également qu'un exercice de surdotation est prévu pour l'automne 2017 pour les PAB.</p>
---

**Facteurs qui expliquent ou contraignent l'atteinte de l'engagement**

Il importe de préciser que c'est le titre d'emploi de PAB extrêmement vulnérable et précaire qui est principalement l'élément contributif à l'augmentation du TS. À cette situation, il faut ajouter différents éléments contextuels tels qu'une augmentation circonstancielle des absences, la période normale de vacances du personnel PAB ainsi que le retour aux études des étudiants qui constituent une partie significative de la composition de ce titre d'emploi. Ce retour aux études fait en sorte que les étudiants réduisent ou annulent leurs disponibilités, et ce, dans le contexte d'un titre d'emploi déjà vulnérable.

**Problèmes connus liés à la qualité des données et de la méthodologie de l'indicateur**

Nous avons déjà signifié aux représentants du Ministère qu'il serait approprié de réfléchir mutuellement sur les éléments constitutifs de la formule retenue aux fins de calculer le temps supplémentaire. À cet effet, nous avons notamment fait valoir que la variation de la banque de temps supplémentaire accumulé nous apparaîtrait plus représentative à titre d'indicateur dans la formule de calcul du TS.

**3.06.00 – PS****Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante**

Le résultat à P13 de 0,75 % par rapport à un engagement de 0,83 % représente une atteinte d'engagement de 109,6%.

**Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs EG2**

<b>Secteur d'activités :</b>		Santé publique			
<b>Indicateur</b>	<b>Résultat* 2015-2016</b>	<b>Engagement 2016-2017</b>	<b>Résultat** 2016-2017</b>	<b>Engagement 2017-2018</b>	
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles ayant mis en oeuvre des interventions globales et concertées en promotion et prévention de la santé selon l'approche École en santé	78,5 %	79,0 %	73,9 %	79,0 %	
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 <sup>re</sup> dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais (anciennement 1.01.14)	Aucun résultat parce que calculs modifiés	90,0 %	87,3 %	90,0 %	
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 <sup>re</sup> dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais (anciennement 1.01.15)	Aucun résultat parce que calculs modifiés	90,0 %	67,5 %	90,0 %	

\* Résultats en date du : 20 mai 2016

\*\* Résultats en date du : 31 mai 2017

**Reddition de comptes****2016-2017****1.01.13.01-EG2**

Les trois facteurs explicatifs contextuels de l'an passé sont encore valides cette année pour expliquer le fait que la cible n'est pas atteinte, soit :

- Que plusieurs intervenants ne colligent pas ces statistiques. Des démarches ont été faites auprès de responsables et d'intervenants terrain afin que les informations soient saisies, mais nous ne pourrions constater si cela a permis d'améliorer nos résultats que lorsque les données pour P13 seront disponibles dans GESTRED.
- Qu'il y a eu beaucoup de changements au cours des dernières années dans l'organisation du réseau de la santé et de l'éducation qui ont affecté les collaborations et la réalisation d'actions en milieu scolaire.
- Que des écoles ont limité les actions particulières en lien avec la promotion de la santé étant donné les négociations en cours.

À cela s'ajoutent d'autres facteurs comme le fait d'avoir colligé des statistiques dans le volet communautaire pour des activités réalisées dans le milieu scolaire avec les directions d'écoles, des services de garde et des enseignants. Pour certains intervenants, c'était la première fois qu'ils entraient des statistiques et les consignes semblent varier d'un secteur à l'autre. De plus, nous sommes dans une année de transition concernant l'indicateur. Un nouvel indicateur École en santé est présentement valide depuis le 1<sup>er</sup> avril 2017. Les répondants régionaux pour le dossier École en santé ont reçu l'information le 11 mai dernier du MSSS. Des défis sont toujours présents dans l'harmonisation des données de l'indicateur. À cet effet, des échanges sont planifiés avec la pilote régionale, M<sup>me</sup> Chantal Samson, pour que des consignes claires soient transmises aux intervenants qui déploient des services en promotion/prévention en milieu scolaire.

**1.01.27-EG2**

	Etchemins	Thetford	Montmagny-L'Islet	Beauce	Alphonse-Desjardins	Chaudière-Appalaches
Engagements 2016-2017	90,0%	90,0%	90,0%	90,0%	90,0%	90,0%
Résultats 2016-2017	89,8%	94,0%	89,0%	90,0%	84,0%	87,3%

Régionalement, la cible n'est pas atteinte, mais on pourrait considérer que c'est le cas dans quatre des cinq secteurs de la région. Des efforts particuliers doivent être déployés dans le secteur d'Alphonse-Desjardins alors qu'il y a un écart de 6 % par rapport à la cible. La mise en place d'un projet régional portant sur l'amélioration des services de vaccination 0-5 ans a été priorisée afin d'identifier les différentes stratégies à mettre en œuvre.

**1.01.28-EG2**

	Etchemins	Thetford	Montmagny-L'Islet	Beauce	Alphonse-Desjardins.	Chaudière-Appalaches
Engagements 2016-2017	90,0%	90,0%	90,0%	90,0%	90,0%	90,0%
Résultats 2016-2017	79,9%	80,3%	69,7%	76,8%	59,7%	67,5%

La cible à cet indicateur n'est pas atteinte dans la région et dans aucun de ses secteurs. Toutefois, régionalement, cette cible n'a jamais été approchée historiquement. Bien que des efforts doivent être déployés régionalement, la situation est particulièrement critique dans le secteur d'Alphonse-Desjardins où la croissance démographique est la plus grande et les ressources consenties à ce service n'ont pas été ajustées en conséquence de façon récurrente. Par ailleurs, de façon préliminaire, il appert que plusieurs autres paramètres de l'organisation et de l'offre de service en vaccination 0-5 ans ont besoin d'être optimisés pour être plus performants (processus de vaccination, système de prise de rendez-vous, de rappel, horaires de service, promotion de la vaccination, etc.). En conséquence, un projet régional d'amélioration des services de vaccination 0-5 ans a été mis en place sur 3 ans. L'année 2017-2018 sera consacrée à une analyse approfondie des facteurs liés à l'offre et l'organisation des services qui devrait mener à l'élaboration de plans d'action (projet pilote dans le secteur d'Alphonse-Desjardins avec régionalisation). Entretemps, des mesures temporaires sont mises en place afin d'améliorer l'accès au service, mais également compenser les impacts liés à l'abolition des frais accessoires, lesquels sont aussi les plus importants dans le secteur d'Alphonse-Desjardins.

\* Résultats en date du : 20 mai 2016

\*\* Résultats en date du : 31 mai 2017

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur EG2

<b>Secteur d'activités :</b>	Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales
------------------------------	---

Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Engagement 2017-2018
1.01.19.03-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

<b>Reddition de comptes</b>
<b>2016-2017</b>
<b>1.01.19.03-EG2</b> Engagement atteint.

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur EG2

<b>Secteur d'activités :</b>	Services généraux – Activités cliniques et d'aide
------------------------------	---

Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Engagement 2017-2018
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels nous avons répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	77,5%	90,0%	80,9%	90,0%
1.02.07-EG2 Pourcentage de réfugiés ayant bénéficié d'une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique	N/A	N/A	N/A	N/A

<b>Reddition de comptes</b>
<b>2016-2017</b>
<b>1.02.04-EG2</b> Nous avons fait le choix que la centrale Info-Social complète les demandes de service en plus des demandes d'information et qu'elle réponde également à la ligne d'intervention de crise et aux partenaires. Bien que cette pratique soit plus efficace pour l'utilisateur, elle a un impact sur le niveau de service d'information impactant alors le résultat global. Toutefois, le niveau de service pour la crise qui est considéré dans le calcul atteint un pourcentage de 95 %. Nous revoyons actuellement certaines modalités de fonctionnement qui auront, à notre avis, un impact favorable sur le résultat.

\* Résultats en date du : 20 mai 2016

\*\* Résultats en date du : 31 mai 2017

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs EG2

<b>Secteur d'activités :</b>	Services généraux – Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)			
Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Engagement 2017-2018
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	N/A	85,0%	80,5%	85,0%
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	N/A	404 664	454 712	454 712

**Reddition de comptes****2016-2017****1.03.13-EG2**

Le résultat pour l'année 2016-2017 est de 80,5 % (non atteint). Cependant, nous notons une amélioration pour presque l'ensemble des CHSLD du territoire, grâce à une évaluation multidisciplinaire de l'équipe en soutien à domicile en amont de toute demande d'hébergement en CHSLD. L'intensité des services à domicile permet également à plusieurs clients de bénéficier de services adaptés et répondant mieux à leurs besoins, ce qui retarde l'entrée en CHSLD. Les clientèles présentant les profils 9 (profils soins palliatifs avec pronostic réservé de moins de 6 mois et profils de clientèles santé physique) nécessitent une organisation de services 24/7 en soins infirmiers. Seuls les CHSLD sont en mesure d'offrir cette intensité sur notre territoire; ceci explique donc qu'une portion de ces clients est orientée en CHSLD. Pour les clientèles ayant des profils ISO-SMAF 7-8, l'établissement a lancé des appels d'offres pour la création de 24 nouvelles places dans la communauté. De plus, des places supplémentaires seront créées pour la clientèle adulte en déficience physique (profil ISO-SMAF 9).

**1.03.05.01-EG2**

Engagement atteint.

\* Résultats en date du : 20 mai 2016

\*\* Résultats en date du : 31 mai 2017



## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs EG2

<b>Secteur d'activités :</b>	Déficiences
------------------------------	-------------

Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Engagement 2017-2018
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de service traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	86,7 %	90,0 %	85,3 %	90,0 %
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de service traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	86,5 %	90,0 %	90,5 %	90,5 %
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de service traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	84,9 %	90,0 %	86,2 %	90,0 %
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de service traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	89,8 %	90,0 %	70,8 %	90,0 %

**Reddition de comptes****2016-2017****1.45.04.01- EG2**

L'engagement convenu dans l'EGI est considéré atteint.

**1.45.04.05- EG2**

L'engagement convenu dans l'EGI est atteint.

**1.45.05.01- EG2**

L'engagement convenu dans l'EGI est considéré atteint.

**1.45.05.05- EG2**

L'engagement convenu dans l'EGI n'est pas atteint particulièrement en raison du non-respect des délais pour les enfants de moins de 5 ans ayant un trouble du spectre de l'autisme (voir indicateur 1.05.15) et pour les enfants de moins de 5 ans ayant une déficience intellectuelle. Les résultats 2016 représentent une baisse significative comparativement à 2015 (89 % comparativement à 71 %). En complément des informations fournies pour l'indicateur 1.05.15, mentionnons que la région a connu une augmentation de 11 % de la clientèle enfant présentant une déficience intellectuelle, mais a choisi de maintenir l'offre de service recommandée par les guides de pratique, soit de trois à cinq heures par semaine en adaptation/réadaptation en attente de précisions à venir par le MSSS pour les standards d'intensité de service pour les enfants présentant un retard global de développement. Ce choix d'intensité de service à un niveau de services spécialisés a eu un effet sur les délais d'accès.

En 2017-2018, les mesures en place actuellement pour favoriser l'accès seront maintenues. Les formules de dispensation des services en groupe seront consolidées. Un redéploiement de ressources actuellement aux services aux adultes est en cours et devrait permettre de consolider quelques postes additionnels au secteur enfant en déficience intellectuelle pour aider à la prise en charge.

\* Résultats en date du : 20 mai 2016

\*\* Résultats en date du : 31 mai 2017

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur EG2

<b>Secteur d'activités :</b>	Dépendances			
Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Engagement 2017-2018
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	77,1 %	80,0 %	90,2 %	90,2 %
<b>Reddition de comptes</b>				
<b>2016-2017</b>				
<b>1.07.04- EG2</b>				
Considérant le profil de la clientèle, notre plan d'action a permis d'améliorer significativement notre résultat qui est au-delà de la cible attendue.				

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur EG2

<b>Secteur d'activités :</b>	Santé mentale			
Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Engagement 2017-2018
1.08.15-EG2 Nombre d'usagers en attente d'une consultation médicale en psychiatrie ou pédopsychiatrie en clinique externe pour lesquels le délai d'accès excède 30 jours	173	0	201	N/A
<b>Reddition de comptes</b>				
<b>2016-2017</b>				
<b>1.08.15-EG2</b>				
Les résultats ont varié en raison de congés non planifiés (maladie) et planifiés (congé de maternité) de psychiatres et de pédopsychiatres. La mise en place de nos CRDS avec nos guichets d'accès en santé mentale permettra d'obtenir de meilleurs résultats.				

\* Résultats en date du : 20 mai 2016

\*\* Résultats en date du : 31 mai 2017

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur EG2

<b>Secteur d'activités :</b>	Santé physique - Cancérologie
------------------------------	-------------------------------

Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Engagement 2017-2018
1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours de calendrier	97,2 %	100,0 %	95,0 %	100,0 %

**Reddition de comptes****2016-2017****1.09.33.02-EG2**

L'engagement pour cette cible est presque atteint avec une légère baisse de 2 % par rapport à l'année dernière causée en grande partie par la fermeture de 22 priorités opératoires à l'Hôtel-Dieu de Lévis à l'été 2016 en lien avec les travaux reliés au projet Optilab. Un urologue était en congé de maladie depuis quelques années. Il est en retour progressif depuis le 20 mars 2017, mais sans reprise d'activités chirurgicales pour le moment. Ces hors délais sont principalement des cas d'urologie (cancer de la prostate) et des cancers de la thyroïde.

**Mesures prises pour atteindre l'objectif**

- Formation d'un groupe de travail des directions adjointes cancérologie - programme de chirurgie.
- Mise en place et suivi d'un plan d'action incluant l'amélioration du suivi de l'attente des cas d'oncologie, l'amélioration du codage et de l'inscription de ces cas, l'amélioration de la planification de certains cas, l'augmentation du temps opératoire disponible durant les vacances pour ces cas (Hôtel-Dieu de Lévis), le soutien pour augmenter l'utilisation de la télépathologie (Hôpital de Thetford Mines), l'amélioration de la planification des priorités opératoires et le plan de stabilisation de la main-d'œuvre (Hôtel-Dieu de Lévis).

**Contraintes à l'atteinte de l'engagement**

- Fermeture de 22 priorités opératoires à l'été 2016 à l'Hôtel-Dieu de Lévis en raison de travaux incontournables en lien avec le projet Optilab au-dessus du bloc opératoire. Nous avons eu des résultats de 90 % et 85 % sur deux périodes à la fin de l'été, ce qui a affecté le résultat cumulatif de l'année.
- Tumeurs à évolution lente comme la thyroïde et la prostate qui, après évaluation clinique du chirurgien, sont placées à la suite des cas de cancers prioritaires dans chacune des spécialités concernées, particulièrement à l'Hôtel-Dieu de Lévis où il manque de priorités opératoires.
- Insuffisance du plateau technique (Hôtel-Dieu de Lévis) pour l'urologie principalement (salle d'opération supplémentaire à venir).

**Problèmes liés à la méthodologie**

- Cet indicateur représente une donnée cumulative de l'année en cours et ne permet pas de mettre en évidence les améliorations à la suite des mesures prises en fin d'année.

**Amélioration marquée au cours des cinq dernières périodes**

En effet, depuis les cinq dernières périodes financières, avec toutes les mesures prises et une gestion proactive des cas oncologiques en attente, notre pourcentage de cas réalisés à l'intérieur de 56 jours se situe à 97 %, ce qui équivaut aux résultats de l'an dernier et se rapproche grandement de la cible.

\* Résultats en date du : 20 mai 2016

\*\* Résultats en date du : 31 mai 2017

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur EG2

<b>Secteur d'activités :</b>	Ressources matérielles			
Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Engagement 2017-2018
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	75,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Reddition de comptes**

2016-2017

**2.02.02-EG2****Montmagny-L'Islet** : Engagement atteint à 100%**Beauce** : Engagement atteint à 100%**Alphonse-Desjardins** : Engagement atteint à 100%**Thetford** : Engagement atteint à 100%

Nous sommes actuellement, en collaboration avec la PCI, à l'harmonisation des registres pour l'ensemble des installations du CISSS de Chaudière-Appalaches. Le registre du suivi zones grises sera intégré au guide d'hygiène et salubrité mis en place pour septembre 2017.

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur EG2

<b>Secteur d'activités :</b>	Ressources technologiques			
Indicateur	Résultat* 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat** 2016-2017	Engagement 2017-2018
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	97,0%	95,0%	86,1%	95,0%

**Reddition de comptes**

2016-2017

**6.01.01-EG2**

Au cours de la dernière année, un changement dans la structure de pilotage du répertoire des ressources (RRSS) au CISSS de Chaudière-Appalaches a eu lieu à la suite du départ d'une ressource dans l'équipe de pilotage. Cela s'ajoute au changement de fonction professionnelle de quelques superutilisatrices qui effectuent les mises à jour du RRSS. Ces deux situations ont nécessité quelques ajustements dans l'organisation du travail (nouvelles personnes à former, prise de connaissance d'un nouveau dossier, etc.). Le CISSS de Chaudière-Appalaches travaille présentement à la réalisation d'un portrait de la mise à jour du RRSS afin de faire ressortir les possibilités d'amélioration de la mise à jour de l'outil (trajectoires, rôles et responsabilités, etc.).

\* Résultats en date du : 20 mai 2016

\*\* Résultats en date du : 31 mai 2017

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

### 5.1 L'agrément

Le processus d'agrément est une démarche rigoureuse d'évaluation de la qualité des soins et services et aussi d'amélioration continue à laquelle participent les usagers, le personnel et les administrateurs ainsi que des partenaires et des membres de la communauté. Il permet de déterminer ce qu'une organisation fait de bien et où elle doit concentrer ses efforts pour améliorer la qualité et la sécurité des soins et services. L'évaluation se fait à partir de normes pancanadiennes basées sur des données probantes et les meilleures pratiques.

Le cycle d'agrément est de quatre ans. À la suite d'une évaluation effectuée par Agrément Canada en mai 2016, le CISSS de Chaudière-Appalaches a conservé le type d'agrément qui lui a été décerné, soit Agréé, et ce, jusqu'en 2018 où un rapport final complètera le premier cycle d'évaluation. Lors de cette première étape de la démarche d'agrément de notre organisation, ce sont principalement les services rattachés à la santé physique générale et spécialisée qui ont été évalués ainsi que certains aspects du fonctionnement de l'organisme (gouvernance, leadership, prévention et contrôle des infections et gestion des médicaments) et le programme jeunesse (norme santé et mieux-être de la population). Ce maintien de certification vient reconnaître la qualité et la sécurité des soins et services offerts par le personnel.

Dans son rapport, Agrément Canada fait les observations générales suivantes au sujet des points forts de l'organisation :

- Une gouverne stratégique et cohérente du leadership;
- Une mobilisation et un engagement des équipes dans un contexte de réorganisation;
- Une mise en place d'une valise de garde pour le plan d'urgence;
- Le maintien des expertises en contexte de changement.

Agrément Canada énonce aussi les défis que doit relever l'établissement. En plus de ces observations, nous énonçons les mesures élaborées ou en voie d'être déployées pour répondre aux standards de qualité attendus :

- Augmenter la participation des médecins à la gestion des affaires cliniques et administratives de l'établissement et à une plus grande implication dans la révision des continuums de soins et aux activités d'amélioration continue;

Mesure d'amélioration : quatre tables locales de coordination clinico-administrative ont été mises en place et les chefs de département ont été nommés. Également, une Table des chefs de département a été implantée. Les médecins en situation de gestion sont actuellement en train d'être formés à cet égard.

- Implanter le bilan comparatif des médicaments et s'assurer de l'implication de tous les professionnels, incluant les médecins et les infirmières;

Mesures d'amélioration : un comité d'implantation du bilan comparatif des médicaments (BCM) a été mis en place afin de réaliser le plan d'action approuvé par le comité de direction de l'établissement. La politique organisationnelle est actuellement en cours d'élaboration afin d'y définir les rôles et les responsabilités de la direction, des gestionnaires et des intervenants cliniques concernés.

- Développer un outil standardisé permettant une transmission complète des informations d'un point de transition à un autre;

Mesures d'amélioration : un nouvel outil a été développé pour communiquer efficacement l'information importante lors des moments de transition de soins, entre autres, la transition interservices. Cet outil de communication est en cours d'harmonisation pour répondre aux besoins des différentes unités et services.

- Harmoniser les pratiques de soins et de cheminement des clients;

Mesures d'amélioration : deux structures ont été consolidées. Il s'agit du mécanisme de coordination de la gestion des lits et du mécanisme de coordination de la gestion des séjours et des départs. De plus, les processus idéaux ont été documentés pour les comparer aux processus déjà en place dans l'établissement. Cet exercice a permis de cibler les bonnes pratiques à préserver et d'identifier les pratiques à implanter ou améliorer.

- Assurer l'intégration des multiples projets et initiatives dans une perspective organisationnelle globale;

Mesures d'amélioration : un comité directeur des projets organisationnels a été créé. Il est composé de la Direction générale et de tous les directeurs de l'établissement. Ce comité permet d'assurer une vigie des projets en cours, de prioriser ceux-ci et de faire le maillage entre toutes les instances de l'établissement.

- Développer la pérennité des activités d'amélioration continue de la qualité et poursuivre le développement d'une culture d'amélioration de la qualité axée sur les résultats;

Mesures d'amélioration : en regard de l'engagement du CISSS de Chaudière-Appalaches d'implanter un système de mesure et de gestion de la performance organisationnelle, un projet de recherche-action impliquant la Chaire Interdisciplinaire de Recherche et d'Intervention dans les Services de Santé (IRISS) de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) est en cours dans l'établissement. Ce projet de recherche vise à expérimenter et observer l'évolution du déploiement de la salle de pilotage stratégique de l'organisation ainsi que de l'implantation de trois cellules tactiques modèles et de six salles de pilotage opérationnelles s'y associant. Les résultats du projet de recherche-action permettent d'améliorer les paramètres d'implantation de l'ensemble du modèle dans l'organisation. Les premières animations de la salle de pilotage stratégique du CISSS de Chaudière-Appalaches ont eu lieu au mois d'octobre 2016. Le comité de direction (CDD) de l'organisation utilise désormais la salle de pilotage stratégique dans le respect des dimensions du PDCA (Planifier, Développer/Déployer, Comparer/Contrôler, Ajuster/Agir). Les outils soutenant le modèle de performance (le Vrai Nord, la matrice de cohérence, les A3 objectifs, les fiches indicateurs, etc.) sont eux aussi utilisés par le CDD lors des rencontres animées dans la salle de pilotage stratégique.

Aux niveaux tactique et opérationnel, trois directions concernées par le projet de recherche-action mené en collaboration avec la Chaire IRISS (Direction de la logistique, Direction des services multidisciplinaires et Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées) ont entrepris au mois de décembre 2016, l'animation de leurs salles de pilotage tactiques respectives et déploient actuellement des salles opérationnelles.

Un plan de déploiement de l'ensemble des salles de pilotage tactiques et opérationnelles des directions et secteurs du CISSS de Chaudière-Appalaches est en cours de réalisation. À ce jour, quatre autres directions débutent l'implantation de ce système de gestion et de mesure de la performance (Direction du programme jeunesse, Direction du programme de santé mentale et dépendance, Direction des services techniques et Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique). L'objectif est que les directions, secteurs et services ayant implanté le modèle intégré de performance puissent ultimement intégrer dans leur gestion courante des outils et des méthodes qui s'appuient résolument sur une philosophie d'amélioration continue.

- Élaborer et actualiser le cadre de référence en éthique clinique pour structurer les orientations et les modalités de mise en œuvre de ses responsabilités en matière d'éthique clinique;

Mesures d'amélioration : le bureau de l'éthique clinique et organisationnelle a déployé une offre de service et une trajectoire pour permettre l'accueil et l'analyse des problématiques éthiques. De plus, les comités d'éthique clinique et organisationnelle ont débuté leurs activités.

## 5.2 La sécurité des soins et des services

### 5.2.1 Déclaration et divulgation des incidents et accidents

Tout au long de l'année, un suivi étroit a été effectué pour garantir une déclaration complète et continue des incidents/accidents. Ce suivi a notamment été fait par l'analyse en continue de toutes les déclarations effectuées, les corrections aux défauts de saisies dans les systèmes SSSS et Gesrisk, le suivi et la transmission du taux de déclaration périodique aux employés, aux gestionnaires, aux médecins, au comité de gestion des risques, au comité de vigilance et de la qualité et au conseil d'administration (tendance comparée avec les autres années) dans l'intranet. Un tableau de bord périodique détaillant les principaux risques observés dans l'établissement est aussi publié, de même que l'analyse s'y rattachant. Le suivi régulier des rapports de déclarations des incidents/accidents permet d'identifier rapidement les événements indésirables nécessitant une analyse approfondie avec les équipes terrain dans le but de mettre en place des moyens pour diminuer le risque et/ou la gravité du préjudice auprès de la clientèle.

De la formation continue et à l'embauche a été donnée sur la procédure de déclaration, le rapport de déclaration d'incident ou d'accident AH-223 et la procédure de divulgation. Des documents de référence ainsi que des présentations sur support informatique sont disponibles pour les employés et gestionnaires dans l'intranet. Des activités de sensibilisation ont été réalisées en octobre 2016 lors de la Semaine nationale de la sécurité des patients, activité initiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux à l'échelle nationale. Des capsules d'information en lien avec la gestion des risques ont aussi été publiées dans le journal interne du CISSS de Chaudière-Appalaches, L'interligne.

De plus, l'analyse des événements indésirables, selon la méthode CREX (comités de retour de l'expérience), réalisée en collaboration avec le gestionnaire et son équipe terrain, permet l'apprentissage de l'analyse de processus, de sensibilisation à la prévention et la recherche de solutions innovantes pour contrecarrer la réalisation du préjudice qui a ou aurait pu toucher l'utilisateur et ainsi éviter toute récurrence.

Les résultats de ces démarches démontrent qu'au Québec, le taux de divulgation est de 44 % alors qu'en Chaudière-Appalaches, le taux est supérieur de 24 %, soit 68 % de taux de divulgation.

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

Type d'événement	Incident		Accident		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Chute	14	0,07	6 636	31,55	6 650	31,62
Médication	631	3,00	4 945	23,51	5 576	26,51
Traitement	149	0,71	786	3,74	935	4,45
Diète	16	0,08	65	0,31	81	0,39
Test de laboratoire	592	2,81	744	3,54	1 336	6,35
Test d'imagerie	12	0,06	53	0,25	65	0,31
Rdm/mmuu	286	1,36	14	0,07	300	1,43
Lié au matériel	185	0,88	174	0,83	359	1,71
Lié à l'équipement	708	3,37	69	0,33	777	3,69
Lié au bâtiment	57	0,27	36	0,17	93	0,44
Lié aux effets personnels	101	0,48	345	1,64	446	2,12
Abus/agression/harcèlement/intimidation	10	0,05	676	3,21	686	3,26
Autres	502	2,39	3 226	15,34	3 728	17,73
<b>Total</b>	<b>3 263</b>	<b>15,51</b>	<b>17 769</b>	<b>84,49</b>	<b>21 032</b>	<b>100,00</b>

### 5.2.3 Recommandations du comité de gestion des risques et les suivis de l'établissement

Chacun des événements sentinelles est présenté au comité de gestion des risques ainsi que les plans d'action qui y sont rattachés et, au besoin, des ajustements peuvent y être apportés par le comité.

Notamment, le comité de gestion des risques porte une attention particulière à l'implantation du nouveau système de management de la gestion des risques et de la prestation sécuritaire des soins et services dont :

- Suivi du taux d'implantation et de participation aux huit comités de prestation sécuritaire de soins et services (CPSSS) mis en place;
- Suivi du taux d'adhésion des directions aux recommandations émises lors des comités sur le retour de l'expérience (CREX) à la suite d'un événement sentinelle;
- Suivi des taux d'infections nosocomiales et d'hygiène des mains.

Toutes ces actions permettent au comité de gestion des risques d'exercer une vigie constante sur la qualité et la sécurité des soins et services, autant pour la réponse aux événements que pour le développement de la culture juste de sécurité, soit la promotion et la prévention. De plus, le comité de gestion des risques recommande l'application du plan d'action organisationnel du comité de prévention des infections et il s'assure des suivis et des impacts reliés à ce plan d'action lors des séances du comité de gestion des risques.

### 5.2.4 Mesures de contrôle des usagers

Présentement, la surveillance et l'évaluation liées aux mesures de contrôle sont effectuées dans chacune des directions. Une politique harmonisée a été adoptée et les outils qui en découlent sont en cours d'élaboration en lien avec les exigences du MSSS.

### 5.2.5 Suivis apportés par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité des services aux recommandations formulées par différentes instances

- La commissaire aux plaintes et à la qualité des services

L'ensemble des recommandations adressées à l'organisation et aux résidences privées pour aînés sont déposées au comité de vigilance et de la qualité des services. Chacune des directions concernées a la responsabilité d'actualiser les recommandations émises par le commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Un outil de suivi organisationnel a été déployé ce printemps afin que le comité de direction assure une vigie à cet effet.

- Le Protecteur du citoyen

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 un 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 31 plaintes qui visaient les installations du CISSS de Chaudière-Appalaches. De ces plaintes, 25 recommandations ont été formulées. Des mesures correctives ont été apportées pour l'ensemble des recommandations émises, ce qui a contribué à l'amélioration de la qualité des services.



- Le coroner

Huit rapports d'investigation du coroner avec recommandations concernant des décès survenus dans la région nous ont été acheminés. Deux autres rapports concernant des décès en régions limitrophes nous ont interpellés relativement aux recommandations à mettre en place également dans notre région. La présentation des cas de coroner est un point statutaire à l'ordre du jour de rencontres du comité de gestion des risques et du comité de vigilance et de la qualité des services.

### **Les comités d'éthique clinique et organisationnelle et le comité d'éthique organisationnelle stratégique**

Le bureau de l'éthique clinique et organisationnelle relève de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE). Il est la porte d'entrée des demandes de consultation en éthique clinique et organisationnelle et assure le soutien administratif des quatre comités d'éthique – un comité d'éthique organisationnelle stratégique (CEOS) et trois comités d'éthique clinique et organisationnelle (CECO) thématiques qui relèvent du conseil d'administration de l'établissement.

Les CECO se sont réunis à 12 reprises. Ceux-ci ont traité des sujets suivants :

#### **CECO soutien à l'autonomie des personnes âgées :**

Présentation du cadre de fonctionnement;  
Dilemme sur le consentement;  
Dilemme sur le consentement substitué;  
Bilan de la démarche réflexive sur les valeurs organisationnelles.

#### **CECO santé physique :**

Présentation du cadre de fonctionnement;  
Traitement de maintien de vie;  
Dilemme sur le consentement;  
Aptitude;  
Bilan de la démarche réflexive sur les valeurs organisationnelles.

#### **CECO santé mentale/dépendance, jeunesse, déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique :**

Présentation du cadre de fonctionnement;  
Éthique professionnelle;  
Limites au choix de l'utilisateur;  
Aptitude/Prise de décisions;  
Bilan de la démarche réflexive sur les valeurs organisationnelles.

Une demande de consultation traitée par le CECO Soutien à l'autonomie des personnes âgées, a été transférée à la première rencontre du comité d'éthique organisationnelle stratégique (CEOS) au mois d'avril 2017 pour explorer la pertinence de formuler une recommandation à la DQEPE concernant l'application de mesures de contention en CHSLD.

Enfin, le CEOS ne s'est pas réuni au cours de l'année 2016-2017.

### 5.3 Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement

CISSS de Chaudière-Appalaches (12)	Installations				Total établissement
	Hôtel-Dieu de Lévis	Hôpital de St-Georges	Hôpital de Montmagny	Hôpital de Thetford Mines	
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	426	209	62	160	857
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	367	164	55	143	729
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 y exerce dans ses installations	3	2	3	11	19
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	3	2	3	11	19
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	3	2	3	11	19
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	63	63	16	20	162
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	60	59	15	19	153
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	47	50	14	17	128
Nombre d'usagers différents mis sous garde (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période du 1 <sup>er</sup> avril au 31 mars de l'année, peu importe le type ou le nombre de garde auxquels il a été soumis) <sup>1</sup>	318	113	40	122	593

1. À noter que le nombre d'usagers différents mis sous garde a été obtenu en soustrayant le nombre d'usagers différents mis sous garde préventive au nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée et au nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire ayant fait l'objet d'une garde préventive.

## 5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits

### 5.4.1 Mandat de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services exerce exclusivement les fonctions prévues à l'article 33 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Elle est responsable de l'application du présent règlement (Loi, a. 33, 1<sup>er</sup> alinéa) sauf en ce qui concerne les plaintes relatives à un médecin, un dentiste ou un pharmacien de même qu'un résident (Loi, a.42).

Dans l'exercice de ses fonctions, la commissaire est responsable, envers le conseil d'administration, du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes (Loi, a. 33, 1<sup>er</sup> paragraphe).

À cette fin, elle exerce notamment les fonctions suivantes :

- Assurer la promotion de l'indépendance de son rôle (Loi, a. 33, 2<sup>e</sup> alinéa);
- Diffuser l'information sur les droits et les obligations des usagers (Loi, a. 33, 2<sup>e</sup> alinéa);
- Assurer la promotion du régime d'examen des plaintes et la publication de la procédure d'examen des plaintes (Loi, a. 33, 2<sup>e</sup> alinéa).

De plus, elle peut intervenir, de sa propre initiative, lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'elle a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers ne sont pas respectés. La commissaire doit alors faire rapport au conseil d'administration ainsi qu'à toute direction ou à tout responsable concerné d'un service de l'établissement ou, selon le cas, à la plus haute autorité de tout organisme, ressource ou société ou encore à la personne détenant la plus haute autorité de qui relèvent les services concernés et peut leur recommander toute mesure visant la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits (Loi, a. 33, 7<sup>e</sup> alinéa).

### 5.4.2 Rapport de traitement des dossiers

En majorité, les motifs d'insatisfaction les plus fréquents portent sur les soins et services dispensés (488), ce qui constitue une augmentation de 40 % (488/349) par rapport à 2015-2016, suivis des relations interpersonnelles (252) et de l'accessibilité (246).

Pour l'année 2016-2017, le nombre total de mesures correctives à portée individuelle et systémique est de 457 comparativement à 550 pour l'année précédente. Le plus grand nombre de mesures recommandées, tant celles à portée individuelle que systémique, portent sur l'évaluation et le jugement professionnels, les interventions lors d'un traitement, l'accès et le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous, l'absence de service ou de ressource et l'amélioration de la communication et l'attitude professionnelles.

Voir le tableau du rapport de traitement des dossiers à la page suivante.

Bilan des dossiers				Année 2015-2016	Année 2016-2017			
5.4.2.1 Nombre de plaintes générales conclues				514	447			
5.4.2.2 Nombre de plaintes médicales conclues				131	127			
5.4.2.3 Nombre d'interventions				289	400			
5.4.2.4 Nombre de demandes d'assistance				371	507			
5.4.2.5 Nombre de plaintes qui ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du citoyen				32	47			
5.4.2.6 Nombre de plaintes médicales qui ont fait l'objet d'un recours auprès du comité de révision				7	16			
5.4.2.7 Délai moyen pour le traitement des plaintes générales (jours)				43	48			
5.4.2.8 Délai moyen pour le traitement des plaintes médicales (jours)				49	59			
5.4.2.9 Principaux motifs – dossiers de plaintes générales et médicales et dossiers d'intervention (par catégorie d'objets)								
		2015-2016			2016-2017			
Catégorie d'objets	Plaintes générales et médicales	Interventions	Total	% Total par motif	Plaintes	Interventions	Total	% Total par motif
Accessibilité	117	54	171	15	136	110	246	18
Aspect financier	67	22	89	8	45	38	83	6
Droits particuliers	69	55	124	11	72	36	108	8
Organisation du milieu et ressources matérielles	78	84	162	14	88	102	190	14
Relations interpersonnelles	151	76	227	20	172	80	252	18
Soins et services dispensés	253	96	349	31	350	138	488	36
Autres	0	1	1	–	1	3	4	–

### 5.4.3 Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services

Le rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services est disponible dans la section « Commissaire aux plaintes » du site Internet du CISSS de Chaudière-Appalaches :

<http://www.ciass-ca.gouv.qc.ca/droits-des-usagers/commissaires-aux-plaintes/>.

## 5.5 L'information et la consultation de la population

### L'information de la population

Le CISSS de Chaudière-Appalaches met en place plusieurs moyens pour informer la population. Le site Internet de l'établissement offre aux usagers une foule d'informations à propos des services offerts et sur la façon d'y avoir accès, en plus de présenter des actualités variées. Outre cet outil de communication, l'établissement diffuse de l'information régulièrement et assure une présence marquée sur différents médias sociaux : page Facebook, chaîne YouTube, Twitter, LinkedIn. Le CISSS de Chaudière-Appalaches diffuse aussi de l'information concernant ses activités dans les médias traditionnels (ex. : journaux locaux). D'ailleurs, en lien avec son plan de communication stratégique, l'établissement souhaite accroître sa présence dans les médias traditionnels au cours des prochaines années pour y faire la promotion de ses services et faire connaître ses bons coups à la population.

La première séance publique annuelle d'information du CISSS de Chaudière-Appalaches a eu lieu le 2 novembre 2016. La population était invitée à assister à cette rencontre dans laquelle le président-directeur général, M. Daniel Paré, a présenté le rapport 2015-2016 sur les activités de l'établissement. Les rapports des instances et des comités ainsi que les grandes orientations 2016-2017 ont également été présentés. Cette séance publique annuelle s'est terminée par une période de questions et d'échanges.

### La consultation de la population

Le CISSS de Chaudière-Appalaches met les usagers à contribution à l'égard de l'organisation des services en adoptant une approche de partenariat avec eux. Cette façon de faire est en pleine cohérence avec les valeurs organisationnelles que sont l'humanisme, la collaboration et l'équité. Ces dernières ont d'ailleurs été déterminées, entre autres, avec la participation des usagers, ce qui est un bel exemple de coconstruction.

Pourquoi adopter l'approche de partenariat avec les usagers?

- Parce que l'établissement veut améliorer et humaniser les soins et services aux usagers;
- Parce que les usagers sont les premiers concernés dans la prise en charge de leur condition;
- Parce qu'une participation réelle des usagers favorise l'autodétermination et l'obtention de meilleurs résultats de santé;
- Parce que les savoirs expérientiels des usagers sont riches, complémentaires aux savoirs cliniques et qu'ils transforment notre vision des soins et services;
- Parce que le fait de considérer la perspective des usagers nous permet de mieux répondre à leurs besoins, d'améliorer nos actions, non seulement « pour », mais d'abord « avec » eux;
- Parce que les usagers doivent avoir une place active et équitable dans leur système de santé.

Au CISSS de Chaudière-Appalaches, c'est la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique qui a le rôle de développement et de soutien aux autres directions en ce qui a trait à l'implication d'usagers ou de proches comme collaborateurs en amélioration des services. Cette accompagnement est déjà effectif auprès de plusieurs équipes-projets et il est appelé à s'étendre davantage dans les prochaines années.

Évidemment, l'approche de partenariat avec les usagers intègre implicitement la satisfaction de l'utilisateur. Cette dernière est aussi couverte par les sondages de satisfaction des usagers qui sont réalisés dans le cadre de la démarche d'Agrément, par le comité des usagers ainsi que par les différentes directions de l'établissement qui souhaitent ponctuellement évaluer la portée de leurs interventions.

## 6. L'application de la Loi et de la politique concernant les soins de fin de vie

En plus des tableaux suivants, il est à noter que des activités particulières ont permis de faire progresser l'offre de service en soins palliatifs et de fin de vie.

Voici quelques exemples :

- Une programmation clinique en soins palliatifs et de fin de vie;
- La création d'un regroupement de lits en soins palliatifs et de fin de vie à l'Hôtel-Dieu de Lévis;
- Une entente tripartite signée avec deux associations de bénévoles permettant un accompagnement par des bénévoles d'usagers et de proches aidants en soins palliatifs et de fin de vie;
- La tenue d'un congrès provincial en soins palliatifs dans le secteur Alphonse-Desjardins;
- Une première phase d'un projet de recherche avec l'UQAR concernant le soutien et mourir à domicile;
- Une implication dans un projet de recherche avec la région de la Capitale-Nationale sur le rôle de l'intervenant en soins spirituels lors d'une aide médicale à mourir;
- Une demande d'intervention intégrée en soins spirituels;
- Réalisation d'un projet Lean dans le secteur Alphonse-Desjardins concernant l'amélioration de la prise en charge et trajectoire de l'usager entre l'hôpital et le domicile;
- Formation dispensée à plus de 1 000 intervenants dans la région concernant l'approche interdisciplinaire en soins palliatifs et de fin de vie.

Direction générale des services de santé et médecine universitaire

### Application de la politique concernant les soins de fin de vie

Rapport du directeur général au conseil d'administration de l'établissement et à la Commission sur les soins de fin de vie  
(Loi 2, Chapitre III, art. 8)

du 10 déc 15 au 09 juin 16

Activité	Information demandée	Site ou installation				Total
		Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée pour la période du 10 décembre 2015 au 31 mai 2016.	300				300
	Informations complémentaires : 151 des personnes sont des secteurs Montmagny-L'Islet et Thetford-Mines. Secteur de Beauce : données non disponibles, 2 lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie. Secteur Alphonse-Desjardins : 4 lits SPFV, 1220 jours/présence, nombre de patients admis : 149 patients, taux d'occupation à 83 %, moyenne des journées d'admission : 8,19 jours.					
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour la période du 10 décembre 2015 au 31 mai 2016.		73			73
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile pour la période du 10 déc 2015 au 31 mai 2016.			756		756
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs pour la période du 10 décembre 2015 au 31 mai 2016.				147	147
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées		14			14
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées		6			6
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées		4			4
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs Informations complémentaires : avis du second médecin confirme l'inaptitude du patient.		2			2

Direction générale des services de santé et médecine universitaire

### Application de la politique concernant les soins de fin de vie

Rapport du directeur général au Conseil d'administration de l'établissement et à la Commission sur les soins de fin de vie  
(Loi 2, Chapitre III, art. 8)

du 10 juin 16 au 09 déc. 16

Activité	Information demandée	Site ou installation				Total
		Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée pour la période du 1 <sup>er</sup> juin 2016 au 30 novembre 2016 inclusivement. Information complémentaires : Montmagny : données fournies pour la période du 01/06 au 15/10, codification non terminée pour la période du 15/10 au 30/11. Alphonse-Desjardins : source MedEcho. Données fournies pour la période du 01/06 au 20/08, codification non terminée pour la période du 20/08 au 30/11. Etchemins : non inclus, pas d'hôpital. Beauce : données non disponibles pour la période du 01/04 au 30/04, codification non terminée pour la période du 01/06 au 30/11. Le portrait actuel ne nous permet pas de couvrir la période demandée pour le rapport du président-directeur général.	216				216
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour la période du 1 <sup>er</sup> juin 2016 au 30 novembre 2016. Informations complémentaires : Thetford : source MédiPatient (impromptu) Etchemins : source MédiPatient+ et la tenue d'un registre en excel. Les autres secteurs non pas émis de commentaires.		209			209
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile pour la période du 1 <sup>er</sup> juin 2016 au 30 novembre 2016. Informations complémentaires : Montmagny, Etchemins, Thetford, Beauce, Alphonse-Desjardins : source I-CLSC, variante possible dans la saisie de données.			763		763
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs pour la période du 1 <sup>er</sup> juin 2016 au 30 novembre 2016 inclusivement. Informations complémentaires : Maison de soins palliatifs du Littoral (Lévis) et Maison de soins palliatifs Catherine de Longpré (Saint-Georges de Beauce).				180	180
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées		26			26
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées		21			21
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées		14			14
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs Informations complémentaires	7 (1 patient n'est pas en fin de vie, 2 patients ne peut consentir à la demande d'aide médicale à mourir, 2 patients décédés avant, 2 patients devenus confus en d'hospitalisation).				7



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

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 sa 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 Loi sur la protection de la jeunesse 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 4 415 signalements, ce qui correspond à une augmentation de 3 % comparativement à l'année précédente. Le principal motif de signalement cette année est celui de l'abus physique, suivi de près par la négligence. Par contre, la négligence et le risque de négligence 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 Direction de la protection de la jeunesse. On remarque une proportion importante d'enfants âgés de 0 à 12 ans signalés à la protection de la jeunesse. 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 Montmagny-L'Islet que l'on retrouve le nombre le plus élevé des enfants âgés de 0 à 5 ans suivis par la DPJ-DP. La problématique de l'abus physique connaît depuis les trois dernières années une augmentation importante nécessitant une analyse en profondeur afin de mieux saisir les raisons de cette hausse qui demeure inquiétante pour la DPJ-DP, surtout qu'elle est devenue la principale cause des signalements retenus cette année.

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 sont traitées dans les délais prévus. En ce qui concerne le Service des jeunes contrevenants, nous avons donné en 2016-2017 des services à 517 jeunes âgés de 12 à 18 ans ayant commis des délits (95 filles et 422 garçons). Les garçons se trouvent représentés en plus grand nombre, 266 jeunes ont été concernés par une mesure de sanctions extrajudiciaires et 190 jeunes par des mesures judiciaires. La possession de stupéfiants, le trafic et les vols sont parmi les délits les plus commis.

Cette année, nous avons procédé à quatre adoptions québécoises, ce qui est stable comparativement à l'année dernière. Il y a eu onze recherches d'antécédents et quatre accompagnements pour des retrouvailles. Des changements au niveau du Code civil du Québec sont attendus cette année, ce qui permettra une ouverture à l'adoption. 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 qui nécessitent des soins et une implication plus grande des parents adoptifs.

À travers la transformation du réseau, 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. Nous travaillerons principalement à favoriser et à actualiser l'intégration des services de 1<sup>re</sup> et de 2<sup>e</sup> ligne afin d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la fluidité entre les différents programmes. 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.

La protection des enfants est l'affaire de tous!

## Signalements traités

	2015-2016						
	0-5 ans	6-12 ans	13-15 ans	16-17 ans	Inconnu	Total	%
Fille	589	801	395	176	20	1981	46,3 %
Garçon	684	964	405	225	22	2300	53,7 %
Inconnu	0	1	0	0	0	0	0,0 %
<b>Total</b>	<b>1 273</b>	<b>1 765</b>	<b>800</b>	<b>401</b>	<b>42</b>	<b>4 282</b>	<b>100 %</b>

	2016-2017						
	0-5 ans	6-12 ans	13-15 ans	16-17 ans	Inconnu	Total	%
Fille	617	839	400	157	9	2022	45,8 %
Garçon	731	1045	376	215	24	2391	54,2 %
Inconnu	2	0	0	0	0	2	0,0 %
<b>Total</b>	<b>1 350</b>	<b>1 884</b>	<b>776</b>	<b>372</b>	<b>33</b>	<b>4 415</b>	<b>100 %</b>

## Signalements retenus par MRC

MRC	2015-2016	2016-2017
Beauce-Sartigan	305	267
Bellechasse	128	155
Chutes-de-la-Chaudière	317	258
Desjardins	213	231
Appalaches	230	231
L'Islet	52	69
Nouvelle-Beauce	143	124
Étchemins	102	69
Lotbinière	160	156
Montmagny	126	119
Robert-Cliche	124	84
Hors-territoire	73	95
<b>Total</b>	<b>1 973</b>	<b>1 858</b>

## Provenance des signalements traités

	2015-2016	2016-2017
Milieu familial	18,4%	17,7%
Employé d'un CJ	12%	11,9%
Employé d'un CSSS	11,1%	13,5%
Employé d'un CH ou médecin	5,5%	5,1%
Autres professionnels	4,1%	1,0%
Milieu scolaire	20,8%	19,5%
Milieu policier	17,5%	17,2%
Communauté	9,4%	12,7%
Milieu de garde	1,1%	1,4%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

## Nombre de signalements retenus par problématique

Problématiques	2015-2016	2016-2017
Abandon	5	2
Abus physique	431	464
Risque sérieux d'abus physique	187	165
Abus sexuel	83	91
Risque sérieux d'abus sexuel	84	82
Mauvais traitements psychologiques	220	237
Négligence	483	412
Risque sérieux de négligence	288	242
Troubles de comportements sérieux	192	163
<b>Total</b>	<b>1 973</b>	<b>1 858</b>

## Enfants dont la situation est prise en charge par la DPJ

Problématiques	2015-2016		2016-2017	
	Total	%	Total	%
Abandon	25	1,6%	25	1,7%
Abus physique	117	7,6%	130	8,5%
Risque sérieux d'abus physique	53	3,4%	63	4,1%
Abus sexuel	45	2,9%	35	2,3%
Risque sérieux d'abus sexuel	27	1,8%	28	1,8%
Mauvais traitements psychologiques	231	15%	240	15,7%
Négligence	414	26,9%	403	26,4%
Risque sérieux de négligence	392	25,5%	401	26,3%
Troubles de comportement sérieux	236	15,3%	201	13,2%
<b>Total</b>	<b>1 540</b>	<b>100%</b>	<b>1 526</b>	<b>100%</b>

**Milieu de vie des enfants à l'application des mesures au 31 mars**

	2015-2016		2016-2017	
	Total	%	Total	%
Problématiques				
Suivi dans le milieu familial	536	53,5%	593	55,2%
Confié à un tiers significatif	81	8,1%	67	6,2%
Ressources de type familial	304	30,3%	345	32,1%
CR et RI	81	8,1%	70	6,5%
Autres ressources	0	0%	0	0%
<b>Total</b>	<b>1 002</b>	<b>100%</b>	<b>1 075</b>	<b>100%</b>

**8. Les ressources humaines****8.1 La gestion et contrôle des effectifs****Tableau du dénombrement des effectifs par catégorie d'emploi**

Au 31 mars 2017	Catégorie 1 Soins infirmiers et cardio-respiratoires	Catégorie 2 Para-techniques, services auxiliaires et de métiers	Catégorie 3 Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	Catégorie 4 Techniciens et professionnels	Personnel d'encadrement intermédiaire	Personnel d'encadrement supérieur	Nombre d'individus total
Nombre d'individus	3 333	2 970	1 515	3 079	299	47	<b>11 243</b>

Source : SIRH (P13). Les établissements privés conventionnés de la région sont exclus des données 2016-2017.

Personnel d'encadrement supérieur : Inclus les hors-cadres

## Tableau des heures rémunérées

La cible d'effectifs (réduction de 1 %) fixée par le ministère de la Santé et des Services sociaux a été respectée par le CISSS de Chaudière-Appalaches.

Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 – Personnel d'encadrement	2014-15	795 889	1 813	797 701	438	516
	2015-16	695 418	2 237	697 655	382	462
	2016-17	641 420	1 861	643 281	353	419
	Variation	(19,4 %)	2,7 %	(19,4 %)	(19,4 %)	(18,8 %)
2 – Personnel professionnel	2014-15	2 227 365	9 308	2 236 674	1 233	1 610
	2015-16	2 255 944	10 392	2 266 336	1 248	1 605
	2016-17	2 318 930	9 173	2 328 103	1 284	1 663
	Variation	4,1 %	(1,5 %)	4,1 %	4,2 %	3,3 %
3 – Personnel infirmier	2014-15	4 774 896	132 463	4 907 359	2 567	3 393
	2015-16	4 719 417	118 859	4 838 276	2 537	3 350
	2016-17	4 703 351	142 496	4 845 846	2 520	3 368
	Variation	(1,5 %)	7,6 %	(1,3 %)	(1,8 %)	(0,7 %)
4 – Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	7 446 935	114 332	7 561 267	4 102	5 720
	2015-16	7 362 120	110 726	7 472 847	4 057	5 639
	2016-17	7 364 251	130 394	7 494 645	4 060	5 726
	Variation	(1,1 %)	14,0 %	(0,9 %)	(1,0 %)	0,1 %
5 – Ouvriers, personnel d'entretien et service	2014-15	1 659 784	18 329	1 678 112	847	1 329
	2015-16	1 659 210	17 302	1 676 512	846	1 310
	2016-17	1 657 211	19 333	1 676 544	845	1 320
	Variation	(0,2 %)	5,5 %	(0,1 %)	(0,2 %)	(0,7 %)
6 – Étudiants et stagiaires	2014-15	20 028	178	20 206	11	68
	2015-16	16 482	80	16 562	9	73
	2016-17	6 707	31	6 738	4	31
	Variation	(66,5 %)	(87,7 %)	(66,7 %)	(66,3 %)	(54,4 %)
Total du personnel	2014-15	16 924 896	276 423	17 201 319	9 198	12 105
	2015-16	16 708 591	259 597	16 968 188	9 080	11 892
	2016-17	16 691 870	303 287	16 995 157	9 066	11 954
	Variation	(1,4 %)	9,7 %	(1,2 %)	(1,4 %)	(1,2 %)

## 9. Les ressources financières

### 9.1 Rapport de la direction

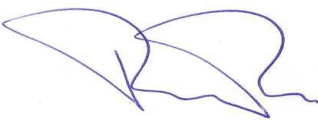
Les états financiers du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions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

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

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

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



---

Daniel Paré  
Président-directeur général



---

Stéphane Langlois  
Directeur des ressources financières et de l'approvisionnement

## 9.2 Rapport de l'auditeur indépendant



### RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

Aux membres du conseil d'administration du  
Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Les états financiers résumés ci-joints du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS Chaudière-Appalaches), qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2017 et les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés, de la variation des actifs financiers nets (dette nette) et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives inclus dans les notes aux états financiers, sont tirés des états financiers audités du CISSS Chaudière-Appalaches pour l'exercice terminé le 31 mars 2017. J'ai exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans mon rapport daté du 14 juin 2017 (voir ci-dessous).

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du CISSS Chaudière-Appalaches.

#### Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

#### Responsabilité de l'auditeur

Ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que j'ai mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, *Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés*.

#### Opinion

À mon avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du CISSS Chaudière-Appalaches pour l'exercice terminé le 31 mars 2017 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, sur la base des critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celles des états financiers audités du CISSS Chaudière-Appalaches pour l'exercice terminé le 31 mars 2017.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans mon opinion avec réserves formulée dans mon rapport daté du 14 juin 2017. Mon opinion avec réserves est fondée sur les faits suivants :

Le CISSS Chaudière-Appalaches n'a pas comptabilisé aux 31 mars 2017 et 2016, à l'état de la situation financière, des subventions à recevoir du gouvernement du Québec concernant des immobilisations financées ou devant être financées par emprunts pour lesquelles des travaux ont été réalisés. Cette situation constitue une dérogation à la norme comptable sur les paiements de transfert (Normes comptables canadiennes pour le secteur public) qui prévoit la comptabilisation des subventions lorsqu'elles sont autorisées par le gouvernement à la suite de l'exercice de son pouvoir habilitant et que le CISSS Chaudière-Appalaches a satisfait aux critères d'admissibilité. Cette dérogation a donné lieu à l'expression d'une opinion d'audit modifiée concernant les états financiers de l'exercice précédent. Par ailleurs, l'article 1.1 de la *Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics ou municipaux et certains autres transferts* (RLRQ, chapitre S-37.01) énonce que la seule partie d'une subvention qui doit être comptabilisée est celle qui est exigible dans l'exercice du CISSS Chaudière-Appalaches et autorisée par le Parlement dans l'année financière du gouvernement. Étant donné la non-inscription de ces subventions à recevoir du gouvernement du Québec, comme le prescrit la loi, les ajustements suivants, selon l'estimation établie, sont nécessaires afin que les états financiers du CISSS Chaudière-Appalaches respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public :

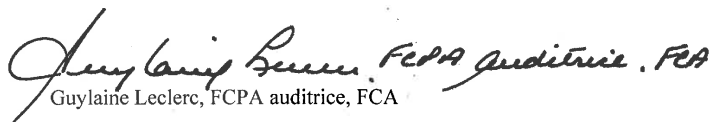
	Augmentation estimée En dollars	
	<u>2017</u>	<u>2016</u>
<b>État de la situation financière</b>		
Subvention à recevoir – réforme comptable	363 837 404	364 041 344
Revenus reportés	<u>363 837 404</u>	<u>364 041 344</u>
<b>Dettes nettes et surpluses cumulés</b>	-	-

De plus, comme l'explique la note 2 et l'exige le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les contrats de location d'immeubles conclus entre le CISSS Chaudière-Appalaches et la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, *Immobilisations corporelles louées*, du *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Cette dérogation a donné lieu à l'expression d'une opinion d'audit modifiée concernant les états financiers de l'exercice précédent. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers de l'exercice terminé le 31 mars 2017 n'ont pas été déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Par ailleurs, le CISSS Chaudière-Appalaches n'a pas pris les mesures nécessaires afin de s'assurer que les informations en regard de ses obligations contractuelles soient établies et présentées adéquatement au rapport financier annuel aux pages 635-00 à 635-03. Par conséquent, je n'ai pas été en mesure d'obtenir des éléments probants suffisants et appropriés pour déterminer si les pages 635-00 à 635-03 du rapport financier annuel auraient dû faire l'objet d'ajustements à cet égard.

Mon opinion avec réserves indique que, à l'exception des incidences des problèmes décrits précédemment, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du CISSS Chaudière-Appalaches au 31 mars 2017, ainsi que des résultats de ses activités, de ses gains et pertes de réévaluation, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

La vérificatrice générale du Québec,

  
Guylaine Leclerc, FCPA auditrice, FCA

Québec, le 14 juin 2017



## 9.3 Résultats financiers

### État des résultats

Préparé à partir du rapport financier annuel audité du CISSS de Chaudière-Appalaches  
pour l'exercice terminé le 31 mars 2017

	2016-2017				2015-2016
	Budget	Fonds d'exploitation	Fonds d'immobilisations	Total	Total
<b>REVENUS</b>					
Subventions MSSS	801 149 121 \$	808 175 981 \$	41 141 635 \$	849 317 616 \$	848 248 765 \$
Subventions Gouvernement du Canada	23 500 \$	189 190 \$	— \$	189 190 \$	189 190 \$
Contributions des usagers	57 501 396 \$	59 644 704 \$	— \$	59 644 704 \$	58 836 707 \$
Ventes de services et recouvrements	10 795 087 \$	11 227 676 \$	— \$	11 227 676 \$	12 533 064 \$
Donations	3 510 000 \$	3 197 \$	2 066 609 \$	2 069 806 \$	3 284 552 \$
Revenus de placement	192 549 \$	342 555 \$	22 174 \$	364 729 \$	455 773 \$
Revenus de type commercial	4 582 432 \$	6 971 308 \$	— \$	6 971 308 \$	5 615 129 \$
Gain sur disposition	— \$	— \$	9 078 \$	9 078 \$	1 217 079 \$
Autres revenus	14 636 741 \$	16 586 401 \$	3 884 509 \$	20 470 910 \$	18 698 894 \$
<b>TOTAL DES REVENUS</b>	<b>892 390 826 \$</b>	<b>903 141 012 \$</b>	<b>47 124 005 \$</b>	<b>950 265 017 \$</b>	<b>949 079 153 \$</b>
<b>CHARGES</b>					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	601 367 525 \$	615 154 996 \$	— \$	615 154 996 \$	606 745 158 \$
Médicaments	22 473 615 \$	22 431 505 \$	— \$	22 431 505 \$	22 473 520 \$
Produits sanguins	5 505 277 \$	11 212 206 \$	— \$	11 212 206 \$	9 501 816 \$
Fournitures médicales et chirurgicales	29 409 025 \$	33 729 759 \$	— \$	33 729 759 \$	32 757 199 \$
Denrées alimentaires	6 958 340 \$	7 835 318 \$	— \$	7 835 318 \$	8 294 271 \$
Rétributions versées aux ressources non-institutionnelles	66 700 303 \$	66 608 959 \$	— \$	66 608 959 \$	65 914 167 \$
Frais financiers	14 390 299 \$	6 303 \$	12 318 466 \$	12 324 769 \$	12 085 331 \$
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	13 674 394 \$	11 364 478 \$	2 303 599 \$	13 668 077 \$	15 401 075 \$
Créances douteuses	65 000 \$	356 408 \$	— \$	356 408 \$	193 399 \$
Loyers	9 697 320 \$	10 819 900 \$	— \$	10 819 900 \$	10 298 473 \$
Amortissement des immobilisations	33 740 000 \$	— \$	30 319 458 \$	30 319 458 \$	32 833 372 \$
Perte sur disposition d'immobilisations	— \$	— \$	828 900 \$	828 900 \$	6 077 386 \$
Dépenses de transfert	— \$	30 862 930 \$	— \$	30 862 930 \$	30 860 059 \$
Autres charges	88 409 728 \$	92 240 143 \$	560 678 \$	92 800 821 \$	86 066 735 \$
<b>TOTAL DES DÉPENSES</b>	<b>892 390 826 \$</b>	<b>902 622 905 \$</b>	<b>46 331 101 \$</b>	<b>948 954 006 \$</b>	<b>939 501 961 \$</b>
<b>SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE</b>	<b>— \$</b>	<b>518 107 \$</b>	<b>792 904 \$</b>	<b>1 311 011 \$</b>	<b>9 577 192 \$</b>

## ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

Préparé à partir du rapport financier annuel audité du CISSS de Chaudière-Appalaches  
pour l'exercice terminé le 31 mars 2017

	2016-2017			2015-2016
	Fonds d'exploitation	Fonds d'immobilisations	Total	Total
Surplus (déficits) cumulés au début	680 081 \$	22 839 533 \$	23 519 614 \$	13 942 457 \$
Surplus (déficit) de l'exercice	518 107 \$	792 904 \$	1 311 011 \$	9 577 192 \$
Surplus (déficits) cumulés à la fin	1 198 188 \$	23 632 437 \$	24 830 625 \$	23 519 649 \$
Constitués des éléments suivants :				
Affectations d'origine interne			10 266 189 \$	10 266 189 \$
Solde non affecté			14 564 436 \$	13 253 460 \$
<b>TOTAL</b>			<b>24 830 625 \$</b>	<b>23 519 649 \$</b>

## ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

Préparé à partir du rapport financier annuel audité du CISSS de Chaudière-Appalaches  
au 31 mars 2017

	2016-2017			2015-2016
	Fonds d'exploitation	Fonds d'immobilisations	Total	Total
<b>ACTIFS FINANCIERS</b>				
Encaisse (découvert bancaire)	49 979 779 \$	16 464 086 \$	66 443 865 \$	42 460 920 \$
Placements temporaires	648 835 \$	— \$	648 835 \$	642 703 \$
Débiteurs - MSSS	22 042 362 \$	2 521 269 \$	24 563 631 \$	35 172 573 \$
Autres débiteurs	14 022 971 \$	2 469 154 \$	16 492 125 \$	17 372 446 \$
Avances de fonds aux établissements publics	— \$	3 939 \$	3 939 \$	— \$
Créances interfonds (dettes interfonds)	(11 728 519) \$	11 728 519 \$	— \$	— \$
Subvention à recevoir - réforme comptable	62 324 574 \$	95 036 035 \$	157 360 609 \$	162 920 377 \$
Placements de portefeuille	— \$	— \$	— \$	2 600 \$
Frais reportés liés aux dettes	— \$	1 294 242 \$	1 294 242 \$	1 219 929 \$
Autres éléments	1 278 487 \$	— \$	1 278 487 \$	2 694 890 \$
<b>TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS</b>	<b>138 568 489 \$</b>	<b>129 517 244 \$</b>	<b>268 085 733 \$</b>	<b>262 486 438 \$</b>
<b>PASSIFS</b>				
Emprunts temporaires	— \$	70 283 152 \$	70 283 152 \$	72 697 640 \$
Autres créditeurs et autres charges à payer	64 819 364 \$	6 355 706 \$	71 175 070 \$	73 414 627 \$
Intérêts courus à payer	— \$	2 684 100 \$	2 684 100 \$	2 991 099 \$
Revenus reportés	8 286 891 \$	48 950 206 \$	57 237 097 \$	47 895 835 \$
Dettes à long terme	— \$	414 031 690 \$	414 031 690 \$	408 072 886 \$
Passif au titre des sites contaminés	— \$	477 750 \$	477 750 \$	477 750 \$
Passif au titre des avantages sociaux futurs	74 632 028 \$	— \$	74 632 028 \$	73 606 735 \$
Autres éléments	1 702 317 \$	— \$	1 702 317 \$	1 801 811 \$
<b>TOTAL DES PASSIFS</b>	<b>149 440 600 \$</b>	<b>542 782 604 \$</b>	<b>692 223 204 \$</b>	<b>680 958 383 \$</b>

	2016-2017			2015-2016
	Fonds d'exploitation	Fonds d'immobilisations	Total	Total
<b>ACTIFS NON FINANCIERS</b>				
Immobilisations	—\$	436 897 797\$	436 897 797\$	429 106 674\$
Stocks de fournitures	8 684 691\$	—\$	8 684 691\$	9 740 920\$
Frais payés d'avance	3 385 608\$	—\$	3 385 608\$	3 144 000\$
<b>TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS</b>	<b>12 070 299\$</b>	<b>436 897 797\$</b>	<b>448 968 096\$</b>	<b>441 991 594\$</b>
<b>SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS</b>	<b>1 198 188\$</b>	<b>23 632 437\$</b>	<b>24 830 625\$</b>	<b>23 519 649\$</b>

### ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

Préparé à partir du rapport financier annuel audité du CISSS de Chaudière-Appalaches pour l'exercice terminé le 31 mars 2017

	2016-2017				2015-2016
	Budget	Fonds d'exploitation	Fonds d'immobilisations	Total	Total
<b>ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT</b>	—\$	(12 204 839)\$	(406 267 141)\$	(418 471 980)\$	(414 305 843)\$
SURPLUS DE L'EXERCICE	—\$	518 107\$	792 904\$	1 311 011\$	9 577 192\$
<b>VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS</b>					
Acquisitions	—\$	—\$	(37 527 067)\$	(37 527 067)\$	(56 154 841)\$
Amortissement de l'exercice	33 740 000\$	—\$	30 319 458\$	30 319 458\$	32 833 372\$
(Gain) perte sur disposition	—\$	—\$	819 822\$	819 822\$	4 860 307\$
Produits sur dispositions	—\$	—\$	11 761\$	11 761\$	5 125 989\$
Ajustements des immobilisations	—\$	—\$	(1 415 097)\$	(1 415 097)\$	48 583\$
<b>TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS</b>	<b>33 740 000\$</b>	<b>—\$</b>	<b>(7 791 123)\$</b>	<b>(7 791 123)\$</b>	<b>(13 286 590)\$</b>
<b>VARIATION DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE</b>					
Acquisition de stocks de fournitures	—\$	(60 284 109)\$	—\$	(60 284 109)\$	(64 096 100)\$
Acquisition de frais payés d'avance	—\$	(16 953 967)\$	—\$	(16 953 967)\$	(11 989 672)\$
Utilisation de stocks de fournitures	—\$	61 340 337\$	—\$	61 340 337\$	63 268 607\$
Utilisation de frais payés d'avance	—\$	16 712 360\$	—\$	16 712 360\$	12 360 461\$
<b>TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE</b>	<b>—\$</b>	<b>814 621\$</b>	<b>—\$</b>	<b>814 621\$</b>	<b>(456 704)\$</b>
<b>AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS NETS (DETTE NETTE)</b>	<b>33 740 000\$</b>	<b>1 332 728\$</b>	<b>(6 998 219)\$</b>	<b>(5 665 491)\$</b>	<b>(4 166 102)\$</b>
<b>ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN</b>	<b>(33 740 000)\$</b>	<b>(10 872 111)\$</b>	<b>(413 265 360)\$</b>	<b>(424 137 471)\$</b>	<b>(418 471 945)\$</b>

## ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

Préparé à partir du rapport financier annuel audité du CISSS de Chaudière-Appalaches  
pour l'exercice terminé le 31 mars 2017

	2016-2017	2015-2016
	Total	Total
<b>ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT</b>		
Surplus (déficit) de l'exercice	1 311 011 \$	9 577 192 \$
<b>ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:</b>		
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	814 621 \$	(456 704) \$
Perte (gain) sur disposition immobilisations	819 822 \$	4 860 307 \$
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations	(2 552 239) \$	(3 264 088) \$
Amortissement des immobilisations	30 319 458 \$	32 833 372 \$
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	304 817 \$	287 337 \$
Subventions MSSS	15 105 558 \$	25 417 440 \$
Autres	(1 412 532) \$	48 580
<b>TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE :</b>	<b>43 399 505 \$</b>	<b>59 726 244 \$</b>
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	19 760 000 \$	(10 215 567) \$
<b>Flux de trésorerie liés aux activités de fonctionnement</b>	<b>64 470 516 \$</b>	<b>59 087 869 \$</b>
<b>ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS</b>		
Acquisitions	(34 169 164) \$	(53 830 295) \$
Produits de disposition	11 761 \$	5 125 989 \$
<b>Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement en immobilisations</b>	<b>(34 157 403) \$</b>	<b>(48 704 306) \$</b>
<b>ACTIVITÉS DE FINANCEMENT</b>		
Emprunts effectués - Dettes à long terme	6 906 365 \$	695 577 \$
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	(1 151 251) \$	(559 458) \$
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	— \$	(6 751 252) \$
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	11 911 452 \$	23 403 478 \$
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	(23 990 602) \$	(31 266 830) \$
<b>Flux de trésorerie liés aux activités de financement</b>	<b>(6 324 036) \$</b>	<b>(14 478 485) \$</b>
<b>AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE</b>	<b>23 989 077 \$</b>	<b>(4 094 922) \$</b>
<b>TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT</b>	<b>43 103 623 \$</b>	<b>47 198 545 \$</b>
<b>TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN</b>	<b>67 092 700 \$</b>	<b>43 103 623 \$</b>
<b>Composition de la trésorerie et équivalents de trésorerie</b>		
Encaisse	66 443 865 \$	42 460 920 \$
Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas 3 mois	648 835 \$	642 703 \$
<b>Total</b>	<b>67 092 700 \$</b>	<b>43 103 623 \$</b>

Débiteurs - MSSS	10 608 942 \$	(1 362 919) \$
Autres débiteurs	880 321 \$	595 955 \$
Avances de fonds aux établissements publics	(3 939) \$	— \$
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	322 562 \$	(297 407) \$
Frais reportés liés aux dettes	(379 130) \$	(341 251) \$
Autres éléments d'actifs	1 416 403 \$	(1 327 678) \$
Autres créditeurs et autres charges à payer	(5 597 460) \$	(15 907 850) \$
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	— \$	(24 407) \$
Intérêts courus à payer	(306 999) \$	(586 899) \$
Revenus reportés	11 893 501 \$	7 827 057 \$
Passif au titre des sites contaminés	— \$	— \$
Passif au titre des avantages sociaux futurs	1 025 293 \$	849 211 \$
Autres éléments de passifs	(99 494) \$	360 621 \$
<b>TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT</b>	<b>19 760 000 \$</b>	<b>(10 215 567) \$</b>
AUTRES RENSEIGNEMENTS:		
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	6 354 350 \$	2 996 447 \$
Produits disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	— \$	1 963 838 \$
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie	9 868 352 \$	26 514 398 \$
Intérêts créditeurs (revenus)	364 729 \$	455 773 \$
Intérêts encaissés (revenus)	363 467 \$	457 666 \$
Intérêts débiteurs (dépenses)	12 019 952 \$	11 886 498 \$
Intérêts déboursés (dépenses)	373 027 \$	1 043 011 \$

## ÉTAT DES RÉSULTATS

Préparé à partir du rapport financier annuel audité  
du CISSS de Chaudière-Appalaches pour l'exercice terminé le 31 mars 2017

	2016-2017				2015-2016
	Budget	Fonds d'exploitation	Fonds d'exploitation	Total	Total
		Activités principales	Activités accessoires		
<b>REVENUS</b>					
Subventions MSSS	753 149 121 \$	807 450 598 \$	725 383 \$	808 175 981 \$	803 277 328 \$
Subventions Gouvernement du Canada	23 500 \$	— \$	189 190 \$	189 190 \$	189 190 \$
Contributions des usagers	57 501 396 \$	59 644 704 \$	— \$	59 644 704 \$	58 836 707 \$
Ventes de services et recouvrements	10 795 087 \$	11 227 676 \$	— \$	11 227 676 \$	12 533 064 \$
Donations	10 000 \$	3 197 \$	— \$	3 197 \$	132 281 \$
Revenus de placement	152 549 \$	342 555 \$	— \$	342 555 \$	416 676 \$
Revenus de type commercial	4 582 432 \$	— \$	6 971 308 \$	6 971 308 \$	2 346 139 \$
Autres revenus	14 436 741 \$	1 609 021 \$	14 977 380 \$	16 586 401 \$	17 151 196 \$
<b>TOTAL DES REVENUS</b>	<b>840 650 826 \$</b>	<b>880 277 751 \$</b>	<b>22 863 261 \$</b>	<b>903 141 012 \$</b>	<b>894 882 581 \$</b>
<b>CHARGES</b>					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	601 367 525 \$	603 979 538 \$	11 175 458 \$	615 154 996 \$	606 745 158 \$
Médicaments	22 473 615 \$	22 431 505 \$	— \$	22 431 505 \$	22 473 520 \$
Produits sanguins	5 505 277 \$	11 212 206 \$	— \$	11 212 206 \$	9 501 816 \$
Fournitures médicales et chirurgicales	29 409 025 \$	33 729 759 \$	— \$	33 729 759 \$	32 757 199 \$
Denrées alimentaires	6 958 340 \$	7 835 318 \$	— \$	7 835 318 \$	8 294 271 \$
Rétributions versées aux ressources non-institutionnelles	66 700 303 \$	66 608 959 \$	— \$	66 608 959 \$	65 914 167 \$
Frais financiers	390 299 \$	6 303 \$	— \$	6 303 \$	44 865 \$
Entretien et réparations	9 674 394 \$	10 371 832 \$	992 646 \$	11 364 478 \$	13 403 791 \$
Créances douteuses	65 000 \$	356 408 \$	— \$	356 408 \$	193 399 \$
Loyers	9 697 320 \$	10 641 040 \$	178 860 \$	10 819 900 \$	10 298 473 \$
Dépenses de transfert	— \$	30 862 930 \$	— \$	30 862 930 \$	30 860 059 \$
Autres charges	88 409 728 \$	84 959 684 \$	7 280 459 \$	92 240 143 \$	86 066 705 \$
<b>TOTAL DES DÉPENSES</b>	<b>840 650 826 \$</b>	<b>882 995 482 \$</b>	<b>19 627 423 \$</b>	<b>902 622 905 \$</b>	<b>886 553 423 \$</b>
<b>SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE</b>	<b>— \$</b>	<b>(2 717 731) \$</b>	<b>3 235 838 \$</b>	<b>518 107 \$</b>	<b>8 329 158 \$</b>

Les charges des activités principales du fonds d'exploitation 2016-2017 ont permis de soutenir l'ensemble des programmes-services :

### Ventilation des charges encourues par programmes-services pour l'année 2016-2017

(Fonds d'exploitation – activités principales) (informations non-auditées)

	2016-2017	2015-2016
Santé publique	15 893 944 \$	15 735 540 \$
Services généraux - activités cliniques et d'aide	40 417 143 \$	38 254 474 \$
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	147 072 935 \$	145 336 059 \$
Déficience physique	27 697 489 \$	26 167 270 \$
Déficience intellectuelle et TSA	60 179 434 \$	61 235 756 \$
Jeunes en difficulté	53 002 887 \$	52 089 756 \$
Dépendances	3 638 981 \$	3 660 388 \$
Santé mentale	47 256 186 \$	45 988 203 \$
Santé physique	298 884 537 \$	294 071 663 \$
Administration	62 365 582 \$	62 633 544 \$
Soutien aux services	67 599 606 \$	66 207 920 \$
Gestion des bâtiments et des équipements	58 986 758 \$	57 621 392 \$
<b>Total par programmes - services</b>	<b>882 995 482 \$</b>	<b>869 001 965 \$</b>

Plusieurs fondations sur le territoire de Chaudière-Appalaches travaillent activement à recueillir des fonds afin de soutenir financièrement les activités du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. À titre de partenaires majeurs, voici leurs contributions pour l'année financière 2016-2017 :

### Opérations conclues avec des organismes de bienfaisance enregistrés

Pour l'année financière 2016-2017

Organismes	Montant 2016-2017	Montant 2015-2016	Nature des dépenses
Fondation de l'Hôpital de la région de Thetford	272 388 \$	544 087 \$	Acquisition d'équipements, travaux d'immobilisations et de dépenses non capitalisables
Fondation de l'Hôtel-Dieu de Lévis	4 380 348 \$	3 431 337 \$	Acquisition d'équipements, travaux d'immobilisations et de dépenses non capitalisables
Fondation de l'Hôtel-Dieu de Montmagny	124 188 \$	210 196 \$	Acquisition d'équipements
Fondation de santé et de services sociaux Lévis-Lotbinière	25 936 \$	42 984 \$	Acquisition d'équipements et de dépenses non capitalisables
Fondation du CLSC (Région de Thetford)	1 617 \$	— \$	Acquisition d'équipements
Fondation du Centre de réadaptation en déficience physique Chaudière-Appalaches	9 570 \$	113 341 \$	Acquisition d'équipements et de dépenses non capitalisables
Fondation des services de santé de la MRC de l'Islet	4 512 \$	30 033 \$	Acquisition d'équipements et de dépenses non capitalisables
Association des auxiliaires bénévoles de l'Hôtel-Dieu de Lévis	6 254 \$	— \$	Acquisition d'équipements
Fondation Marc-André Jacques	7 859 \$	19 637 \$	Travaux d'immobilisations
Fonds Centre d'hébergement Saint-Alexandre de Thetford	1 836 \$	— \$	Dépenses non capitalisables
Fondation Rayon d'espoir	2 232 \$	24 651 \$	Acquisition d'équipements et de dépenses non capitalisables
Fondation Résidence Denis-Marcotte	30 843 \$	15 843 \$	Acquisition d'équipements, travaux d'immobilisations et de dépenses non capitalisables
Fondation Santé Beauce-Etchemin	649 860 \$	985 216 \$	Acquisition d'équipements et de dépenses non capitalisables
Opération Enfant Soleil	224 730 \$	— \$	Travaux d'immobilisations
Fondation du club de hockey canadien pour l'enfance	— \$	30 000 \$	
Fondation du Sanatorium Bégin	— \$	7 478 \$	
<b>Total</b>	<b>5 742 173 \$</b>	<b>5 454 803 \$</b>	

## 9.4 Notes aux états financiers

### 9.4.1 Présentation des états financiers résumés

Les états financiers résumés présentent un aperçu de la situation financière du CISSS de Chaudière-Appalaches. Ils sont tirés des états financiers complets au 31 mars 2017 qui ont été audités et qui sont présentés dans le rapport financier annuel 2016-2017 du CISSS de Chaudière-Appalaches, lequel est disponible sur son site Internet.

### 9.4.2 Constitution et mission

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches (ci-après désigné par l'établissement), est un établissement public constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2) et 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) le 1<sup>er</sup> avril 2015.

Les responsabilités du CISSS de Chaudière-Appalaches définies par le ministère de la Santé et des Services sociaux (ci-après désigné par le MSSS) sont :

- 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 coeur 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.).



Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région de la façon suivante :

- Bureau de Saint-Georges (5123-1264)
- Bureau de Saint-Romuald (5123-5380)
- Bureau de Thetford Mines (5547-4951)
- Bureau du 25 Vincent-Chagnon (5122-7296)
- Campus de Lévis (5245-4998)
- Centre de réadaptation de Lévis (5245-4998)
- Centre d'activités de jour de Montmagny-du-Palais-de-Justice (5122-1067)
- Centre d'activités de jour de Saint-Georges - Lacroix (15430) (5123-1728)
- Centre d'activités de jour de Thetford Mines - Notre-Dame (5123-3898)
- Centre d'activités de jour et services externes de Sainte-Claire (5123-3856)
- Centre d'activités de jour et services externes de Sainte-Marie (5123-5232)
- Centre d'activités de jour et services externes de Sainte-Justine (5457-8471)
- Centre d'activités de jour et services externes de Saint-Flavien (5123-1645)
- Centre d'activités de jour et services externes de l'Islet-sur-Mer (5123-2098)
- Centre d'activités de jour et services externes Saint-Georges - 25<sup>e</sup> avenue (5122-3824)
- Centre d'activités de jour de Berthier-sur-mer (5121-6612)
- Centre d'activités de jour de Black Lake (5123-1652)
- Centre d'activités de jour de Lévis - Desjardins Est (5122-1042)
- Centre d'activités de jour de Montmagny - Taché Est (5123-5240)
- Centre d'activités de jour de Saint-Prosper (5123-1744)
- Centre d'activités de jour de Saint-Romuald (5122-1075)
- Centre d'activités de jour de Saint-Georges-Lacroix (9006) (5123-1710)
- Centre d'activités de jour Thetford Mines - Dumais Nord (5122-0465)
- Centre de services ambulatoires en pédopsychiatrie de Lévis (5123-0167)
- Centre de services ambulatoires en santé mentale de Lévis (5122-7544)
- Centre de services externes pour les aînés de Saint-Romuald (5122-6033)
- Centre de services ambulatoires de Lévis (5122-0457)
- CHSLD de Saint-Anselme (5121-8907)
- CHSLD de Sainte-Claire (5121-8915)
- CHSLD Richard-Busque (5121-7081)
- CHSLD du Séminaire (5121-7099)
- Centre multiservices de Beauceville (5122-8179)
- Centre Paul-Gilbert - Centre d'hébergement de Charny (5121-9673)
- CHSLD de Cap-Saint-Ignace (5414-6329)
- CHSLD de Saint-Apollinaire (5121-8808)
- CHSLD de Sainte-Croix (5487-3492)
- CHSLD de Sainte-Hénédiène (5561-7443)
- CHSLD de Sainte-Perpétue (5123-2601)
- CHSLD de Saint-Eugène (5123-2585)
- CHSLD de Saint-Fabien-de-Panet (5122-0036)
- CHSLD de Saint-Flavien (5487-3476)
- CHSLD de Saint-Gervais (5121-8873)
- CHSLD de Saint-Isidore (5561-7419)
- CHSLD de Saint-Raphaël (5121-8881)
- CHSLD de Saint-Sylvestre (5121-8816)
- CHSLD Denis-Marcotte (5121-9889)
- CHSLD Lac-Noir (5121-9905)
- CHSLD Marc-André-Jacques (5121-9897)
- CHSLD René-Lavoie (5121-9913)
- CHSLD Saint-Alexandre (5123-2049)
- Maison de naissance Mimosa (5122-8138)
- CLSC (Santé au travail) de Montmagny (5123-1546)
- CLSC (Santé au travail) de Saint-Georges (5123-1579)
- CLSC (Santé au travail) de Saint-Jean-Chrysostome (5123-2593)

- CLSC (Santé au travail) de Thetford Mines (5123-1561)
- CLSC d'Adstock (5290-9132)
- CLSC d'Armagh (5122-6918)
- CLSC de Disraeli (5236-0419)
- CLSC de la Guadeloupe (5122-8997)
- CLSC de Laurier-Station (5121-8790)
- CLSC de Saint-Antoine-de-l'Isle-aux-Grues (5296-7361)
- CLSC de Saint-Fabien-de-Panet (5122-0028)
- CLSC de Saint-Gédéon-de-Beauce (5300-0956)
- CLSC de Saint-Georges (5300-0923)
- CLSC de Saint-Joseph-de-Beauce (5122-8989)
- CLSC de Saint-Lazare-de-Bellechasse (5121-8865)
- CLSC de Saint-Pamphile (5121-8709)
- CLSC de Thetford Mines (5122-8955)
- CLSC d'East Broughton (5267-8562)
- CLSC et CHSLD de Beauceville (5121-9533)
- CLSC et CHSLD de Lac-Etchemin (5121-8634)
- CLSC et CHSLD de Montmagny (5122-0044)
- CLSC et CHSLD de Sainte-Marie (5123-2031)
- CLSC et CHSLD de Saint-Prosper (5121-8683)
- CLSC et CHSLD de Lévis (5123-5265)
- CLSC et CHSLD de Saint-Jean-Port-Joli (5121-8691)
- CLSC et Unité de médecine familiale de Saint-Romuald (5123-2288)
- Consultations externes La Maison du Jardinier (5122-7551)
- Centre de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Montmagny (5547-4977)
- Centre de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Saint-Joseph-de-Beauce (5547-5016)
- Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Beauceville (5123-0472)
- Centre de réadaptation en déficience physique de Charny (5123-2353)
- Centre de réadaptation en dépendance de Lévis (5123-3542)
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Chaudière-Appalaches (5122-3816)
- Foyer de groupe de Sainte-Marie (5122-7262)
- Foyer de groupe jeunes difficulté d'adaptation de Saint-Romuald (5245-5003)
- Foyer de groupe jeunes difficulté d'adaptation de Sainte-Marie (5122-6819)
- Foyer de groupe jeunes difficulté d'adaptation Vincent-Chagnon (5123-1256)
- Foyer de groupe Le Galion (5122-7270)
- Foyer de groupe l'Odyssée (5122-7288)
- Hôpital de Montmagny (5122-8963)
- Hôpital de Saint-Georges (5122-8971)
- Hôpital de Thetford Mines (5122-8948)
- Hôtel-Dieu de Lévis (5122-7569)
- Services externes en déficience auditive du Grand Littoral (5122-8146)
- Services externes de Laurier-Station (5561-2279)
- Services externes de Montmagny (5561-2352)
- Services externes de Montmagny (5122-8161)
- Services externes de Thetford Mines (5122-8187)
- Services externes de Thetford Mines - Notre-Dame (5123-3880)
- Siège social et bureau de Lévis (5121-8774)

Le siège social de l'établissement est situé au 363, route Cameron à Sainte-Marie.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujéti aux impôts sur le revenu au Québec ou au Canada.

### 9.4.3 Principales méthodes comptables

#### a. Référentiel comptable

Aux fins de la préparation du rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise prioritairement le *Manuel de gestion financière* établi par le MSSS, tel qu'il est prescrit par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ces directives sont conformes aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception de l'élément suivant :

- Les immeubles loués auprès de la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, à la demande du MSSS, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de la note d'orientation du secteur public NOSP-2 Immobilisations corporelles louées du *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*.

Pour toute situation pour laquelle le *Manuel de gestion financière* ne contient aucune directive, l'établissement se réfère au *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier. Par conséquent, les états financiers inclus dans le rapport financier annuel AS-471 sont conformes aux principes comptables généralement reconnus pour le secteur public à l'exception de l'élément mentionné ci-dessus.

#### b. Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel AS-471, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, requiert que la direction de l'établissement ait recours à des estimations et à des hypothèses qui ont des incidences sur la comptabilisation des actifs et des passifs, des revenus et des charges de l'exercice, ainsi que sur la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels à la date des états financiers.

Les principaux éléments pour lesquels l'établissement a utilisé des estimations et formulé des hypothèses sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir – réforme comptable, la provision relative à l'assurance salaire, les créances irrécouvrables, les coûts de réhabilitation et de gestion du passif au titre des sites contaminés, les réclamations et la provision en lien avec le régime rétrospectif de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST).

Au moment de la préparation du rapport financier annuel AS-471, la direction considère que les estimations et les hypothèses utilisées sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer de ces estimations.

#### c. État des gains et pertes de réévaluation

Les chapitres SP 1201 Présentation des états financiers et SP 3450 Instruments financiers du *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public* requiert la présentation d'un état des gains et pertes de réévaluation lorsque l'entité qui présente les états financiers détient des instruments financiers évalués à leur juste valeur ou libellés en devises étrangères.

Le MSSS n'inclut pas l'état des gains et pertes de réévaluation dans le format du rapport financier annuel AS-471 qu'il prescrit en vertu de l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, puisque la grande majorité des entités du réseau de la santé et des services sociaux ne détiennent pas d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par l'article 265 de cette même loi.

Néanmoins, l'établissement ne détient aucun élément devant être comptabilisé à la juste valeur ou libellé en devises étrangères. La présentation de cet état financier n'est donc pas requise.

#### **d. Comptabilité d'exercice**

L'établissement utilise la méthode de comptabilité d'exercice tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières. Ainsi, il comptabilise les opérations et les faits dans l'exercice au cours duquel ils se produisent, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

#### **e. Périmètre comptable et méthodes de consolidation**

Le périmètre comptable de l'établissement comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant les soldes et les opérations relatifs aux biens détenus en fiducie. Le contrôle est la capacité d'orienter les politiques financières et administratives d'une entité de manière à ce que ses activités lui procurent les avantages attendus ou l'exposent à un risque de perte.

Les états financiers comprennent tous les comptes de la Société de gestion du personnel de recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches qui est contrôlée par l'établissement laquelle est consolidée ligne par ligne. Les informations concernant cette entité sont mentionnées à la note 9.4.20.

La description des biens détenus en fiducie gérés par l'établissement ainsi que le sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du rapport financier annuel AS-471.

#### **f. Revenus de subventions**

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'établissement bénéficiaire a rencontré tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'établissement bénéficiaire qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif à la date des états financiers, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

#### **g. Revenus provenant des usagers**

Les revenus provenant des usagers comprennent notamment les sommes exigibles pour l'hébergement d'usagers dans une installation maintenue par un établissement public ou qui sont pris en charge par une ressource intermédiaire d'un établissement public ou par une ressource de type familial, selon les tarifs établis par règlement.

Ils incluent également les montants imposés à des usagers ayant un statut de résidents du Québec, à des non-résidents du Québec, à des non-résidents du Canada et à des tiers responsables pour des services rendus à des usagers en vertu de lois du Québec, du Canada ou de tout autre gouvernement, pour des soins ou des services qui ne sont pas de la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation (chapitre A-28) ou de la Loi sur les services de santé et des services sociaux (chapitre S-4.2), ainsi que les montants payables par un bénéficiaire résident recevant des soins de courte durée pour l'occupation d'une chambre privée ou semi-privée selon les tarifs exigibles en vertu de l'article 10 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation (chapitre A-28, r.1).

Ces revenus sont constatés au moment de la prestation de services et sont diminués des déductions, exonérations et exemptions accordées à certains de ceux-ci.

#### **h. Ventes de services et recouvrements**

Les ventes de services représentent des ventes effectuées à partir d'un centre d'activités, autres que la prestation de services aux usagers.

Les revenus de recouvrements sont constitués des récupérations, en tout ou en partie, d'une charge incluse dans le coût direct brut assumé par un centre d'activités.

Ces revenus sont comptabilisés dans l'exercice au cours duquel a lieu la vente de services ou le recouvrement de coûts.

#### **i. Donations**

Les sommes reçues de tiers par dons, legs ou contributions autres que des subventions gouvernementales sans condition rattachée ou sous condition expresse de doter l'établissement d'un capital à préserver pour une période indéterminée sont comptabilisées aux revenus de l'exercice.

Les sommes reçues de tiers par dons, legs ou contributions autres que des subventions gouvernementales à des fins de dotation de durée déterminée ou à des fins spécifiques sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

L'excédent de la somme reçue sur les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité prescrits à l'entente est inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde à d'autres fins, le cas échéant. Si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, un revenu reporté est comptabilisé si celle-ci prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

#### **j. Salaires, avantages sociaux et charges sociales**

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux charges de l'exercice.

#### **k. Dépenses de transfert**

Les dépenses de transfert octroyées, payées ou à payer, sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement cédant les a dûment autorisées et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Il est donc constaté à titre de charge de l'exercice de son émission.

#### **l. Instruments financiers**

L'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs (sauf les réclamations TPS, TVQ), avances de fonds aux établissements publics et les autres éléments d'actifs, sont classés dans la catégorie des actifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement selon la méthode du taux d'intérêt effectif.

Les emprunts temporaires, les autres créditeurs et autres charges à payer (sauf les déductions à la source et les charges sociales à payer), les intérêts courus à payer, les autres éléments du passif, les dettes à long terme et les passifs au

titre des avantages sociaux futurs (sauf la provision pour assurance-salaire) sont classés dans la catégorie des passifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement selon la méthode du taux d'intérêt effectif.

i. Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse et les placements temporaires de moins de trois mois suivants la date d'acquisition et les placements facilement convertibles à court terme en un montant connu de trésorerie et dont la valeur ne risque pas de changer de façon importante.

ii. Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses. La charge pour créances douteuses est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

iii. Crédoiteurs et autres charges à payer

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus est comptabilisé aux crédoiteurs et autres charges à payer.

iv. Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime pour atteindre le montant de capital à rembourser à l'échéance.

**m. Passif au titre des sites contaminés**

Les obligations découlant du passif au titre des sites contaminés sont comptabilisées lorsque toutes les conditions suivantes sont rencontrées :

- La contamination dépasse une norme environnementale en vigueur à la date des états financiers ou il est probable qu'elle la dépasse;
- L'établissement est responsable des coûts de réhabilitation ou il est probable qu'il le soit ou qu'il en accepte la responsabilité;
- Il est prévu que des avantages économiques futurs seront abandonnés;
- Les coûts de réhabilitation sont raisonnablement estimables.

Le passif au titre des sites contaminés comprend les coûts directement liés à la réhabilitation des sites contaminés, estimés à partir de la meilleure information disponible. Ces coûts sont révisés annuellement et la variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice.

Le passif au titre des sites contaminés est présenté au fonds d'immobilisations.

*Financement du coût de ces travaux de réhabilitation.*

Pour les terrains contaminés avant le 31 mars 2008 et répertoriés au 31 mars 2011, l'établissement comptabilise une subvention à recevoir du gouvernement du Québec (SCT), ainsi que pour les variations annuelles survenues au cours des exercices 2011-2012 à 2017-2018. La décision quant au financement de ces variations est prise annuellement.

Pour les terrains contaminés avant le 31 mars 2008 ou après cette date qui n'ont pas été inventoriés au 31 mars 2011, une subvention à recevoir du MSSS peut être comptabilisée après avoir préalablement obtenu l'autorisation de celui-ci.

## n. Passif au titre des avantages sociaux futurs

Les passifs au titre des avantages sociaux futurs comprennent principalement les obligations découlant de l'assurance salaire ainsi que des congés de maladie et de vacances cumulés. Les autres avantages sociaux comprennent les droits parentaux et les banques de temps accumulé conventionné.

### i. Provision pour assurance salaire

Les obligations découlant de l'assurance salaire sont évaluées annuellement par le MSSS, à l'aide de la moyenne des données de paie pour chacune des trois années financières de l'établissement. Elles sont estimées à l'aide de la méthode par période de paie qui tient compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le groupe d'emploi et la durée par dossier. Cette méthode requiert l'utilisation de l'hypothèse que l'assurance salaire évoluera au cours des trois années financières à venir selon les tendances passées. Ces obligations ne sont pas actualisées. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

### ii. Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2017 et des taux horaires prévus en 2017-2018. Elles ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

### iii. Provision pour congés de maladie

Les obligations découlant des congés de maladie-années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux. Ainsi, le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congés de maladie. Les journées de maladie non utilisées sont payables une fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars, selon les taux horaires prévus en 2017-2018. Ces obligations ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

### iv. Régime de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE) ou au Régime de retraite de l'administration supérieure (RRAS). Ces régimes interentreprises administrés par Retraite Québec sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Les cotisations de l'exercice de l'établissement envers ces régimes gouvernementaux de même que les prestations sont assumées par le gouvernement du Québec et ne sont pas présentées au rapport financier annuel AS-471.

### v. Droit parentaux

Les obligations découlant des droits parentaux sont évaluées sur la base du nombre d'employés en congé parental au 31 mars 2017 et la rémunération versée pour l'exercice 2017-2018, laquelle est répliquée pour le reste de la durée du congé ou au maximum jusqu'au 31 mars 2018. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

### vi. Autres avantages sociaux futurs

Les obligations découlant des autres charges salariales à payer concernent les banques de temps accumulé conventionné figurant aux dossiers des employés au 31 mars 2017. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

## o. Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers qui sont acquis, construits, développés ou améliorés, qui sont destinés à être utilisés de façon durable pour la production de biens ou la prestation de services sur leur durée de vie utile qui s'étend au-delà de l'exercice financier.

Elles sont comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Le coût des immobilisations détenues en vertu d'un contrat de location-acquisition est égal à la valeur actualisée des paiements minimums exigibles sans toutefois dépasser la juste valeur du bien loué.

Les immobilisations sont amorties selon une méthode logique et systématique correspondant à leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis. Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur sont amorties dès leur mise en service.

Les différentes catégories d'immobilisations et leur durée de vie utile sont :

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations majeures aux bâtiments	25 à 40 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériels et équipements	3 à 15 ans
Équipements spécialisés	12 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	10 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location-acquisition	Sur la durée du bail ou de l'entente

Les biens incorporels, tels que les brevets, les droits d'auteur, les oeuvres d'art autres que celles qui sont incorporées à un bâtiment ou à un aménagement en vertu de la Politique d'intégration des arts à l'architecture et à l'environnement des bâtiments et des sites gouvernementaux et publics, lesquels sont capitalisés au coût du bâtiment, ne sont pas constatés dans les présents états financiers puisque leurs avantages économiques futurs ne peuvent être quantifiés de façon raisonnable et vérifiable selon les méthodes existantes. Leurs coûts sont plutôt imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont encourus.

Lorsqu'une immobilisation corporelle ne contribue plus à la capacité de l'établissement de fournir des biens et des services, ou que la valeur des avantages économiques futurs qui se rattachent à l'immobilisation corporelle est inférieure à sa valeur comptable nette, le coût de l'immobilisation est réduit pour refléter sa baisse de valeur. Les moins-values nettes sur les immobilisations corporelles sont imputées aux charges de l'exercice. Aucune reprise sur réduction de valeur n'est considérée.

Les immobilisations et leurs opérations connexes sont présentées au fonds d'immobilisations.

## p. Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des débours effectués avant la fin de l'exercice financier pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers. Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.



## q. Stock de fourniture

Les stocks de fourniture sont des actifs non financiers composés de fournitures qui seront consommés dans le cours normal des opérations au cours du ou des prochains exercices. Ils comprennent notamment les médicaments, les produits sanguins et les fournitures médicales et chirurgicales. Ils sont évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen. Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

## r. Autres méthodes

### i. Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise un fonds d'exploitation regroupant les opérations courantes de fonctionnement réparties entre les activités principales et accessoires, ainsi qu'un fonds d'immobilisations, lequel inclut les opérations relatives aux immobilisations, au passif au titre des sites contaminés, aux dettes à long terme, à certaines subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans les états financiers du fonds concerné.

### ii. Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

### iii. Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

### iv. Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations.

### v. Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre de l'établissement ne peut être utilisé qu'aux fins de la réalisation de sa mission qu'il exploite selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation. L'utilisation de l'avoir propre à l'égard des montants non affectés ou de ceux grevés d'affectations ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces derniers déficitaires.

## vi. Classification des activités

La classification des activités tient compte des services que l'établissement peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

<b>Activités principales</b>	Elles comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le MSSS.
<b>Activités accessoires</b>	Elles comprennent les services que l'établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

<b>Activités accessoires complémentaires</b>	Elles n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.
<b>Activités accessoires de type commercial</b>	Elles regroupent toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

## vi. Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'établissement dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun des centres d'activités regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centre d'activités.

## viii. Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activité donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activité. Elle représente un coût unitaire relié aux coûts directs nets ajustés soit de production de produits ou de services, soit de consommation.

#### 9.4.4 Maintien de l'équilibre budgétaire

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

Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2017, l'établissement a respecté cette obligation légale.

#### 9.4.5 Données budgétaires

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) des pages 200 et 206 du RFA AS-471 respectivement, relativement aux fonds d'exploitation et d'immobilisations sont préparées selon les mêmes méthodes comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 25 mai 2016 à l'aide du formulaire Budget détaillé RR-446. Les éléments suivants ont eu pour effet de modifier le budget adopté initialement de façon importante au cours de l'exercice :

	Budget initial 2016-2017	Impacts monétaires des modifications	Budget final 2016-2017
Subventions MSSS			
Activités d'exploitation	753 149 121 \$	28 581 697 \$	781 730 818 \$
Activités immobilières	48 000 000 \$	— \$	48 000 000 \$
<b>Total</b>	<b>801 149 121 \$</b>	<b>28 581 697 \$</b>	<b>829 730 818 \$</b>
Dépenses de transfert	— \$	— \$	— \$
Activités d'exploitation	— \$	28 581 697 \$	28 581 697 \$
Activités immobilières	— \$	— \$	— \$
<b>Total</b>	<b>— \$</b>	<b>28 581 697 \$</b>	<b>28 581 697 \$</b>

#### 9.4.6 Autres revenus

Les autres revenus se détaillent comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Financement public - parapublic	12 855 140 \$	13 097 844 \$
Revenus des stages d'enseignement	353 431 \$	541 566 \$
Contributions des pourvoyeurs de fonds - Recherche	61 595 \$	192 571 \$
Escompte de caisse	376 448 \$	637 631 \$
Commissions	76 456 \$	59 949 \$
Ventes de place (services d'hébergement et de soins)	424 958 \$	407 800 \$
Facturation diverses - Agence	— \$	699 994 \$
Amortissement revenus reportés d'autres sources	105 299 \$	188 240 \$
Fondation Chagnon (Avenir enfants)	249 698 \$	217 460 \$
Fondation HDL	149 988 \$	186 655 \$
Mario Bélanger in trust	87 679 \$	96 739 \$
Université Laval	647 849 \$	646 166 \$
DD Cardio inc.	177 999 \$	— \$
Ass. Intervenants dépendance du Québec (PERCCA)	298 030 \$	— \$
CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal	48 587 \$	— \$
Bristol-Myers	146 014 \$	— \$
Revenus dons (non capitalisables)	129 092 \$	— \$
Gain sur radiation de compte à recevoir	240 277 \$	— \$
Revenus d'assurance	— \$	1 202 418 \$
Aquisitions non capitalisables	— \$	232 643 \$
Revenus divers du fonds immobilisations	3 451 886 \$	— \$
Autres	590 484 \$	291 218 \$
<b>Total</b>	<b>20 470 910 \$</b>	<b>18 698 894 \$</b>

### 9.4.7 Autres charges

Les autres charges se détaillent comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Honoraires professionnels	2 719 020 \$	3 711 419 \$
Publicité et communication	116 707 \$	2 781 026 \$
Frais de déplacement et de représentation	5 393 707 \$	5 308 661 \$
Services achetés	13 183 473 \$	13 950 811 \$
Allocations directes	2 183 371 \$	2 991 153 \$
Informatique	8 378 732 \$	5 764 229 \$
Transports (usagers et autres)	7 609 869 \$	5 565 665 \$
Fournitures de bureau	3 567 351 \$	4 081 430 \$
Autres fournitures	15 768 967 \$	17 296 605 \$
Autres locations	978 664 \$	1 031 709 \$
Buanderie	4 107 544 \$	3 904 642 \$
Fonctionnement des installations (autres que loyers)	11 053 354 \$	10 598 650 \$
Formation et perfectionnement	705 090 \$	888 391 \$
Cotisations et associations	937 209 \$	714 180 \$
Frais financiers	351 440 \$	32 692 \$
Charges non réparties	2 991 031 \$	712 665 \$
Mauvaises créances - usagers	— \$	193 399 \$
Assurances responsabilités	48 450 \$	— \$
Télécommunications	2 805 225 \$	— \$
Transfert de frais généraux	229 554 \$	192 258 \$
Frais de recherche	8 610 \$	119 521 \$
Perte sur radiation de comptes à recevoir	42 022 \$	— \$
Frais administratifs contingents	130 479 \$	— \$
Dépenses non capitalisables (Dons)	172 580 \$	— \$
Dépenses non capitalisables (Transfert budget)	215 679 \$	— \$
Autres	9 102 693 \$	6 227 629 \$
<b>Total</b>	<b>92 800 821 \$</b>	<b>86 066 735 \$</b>

### 9.4.8 Placements temporaires

L'établissement détient les placements temporaires suivants :

	Exercice courant	Exercice précédent
Compte avantage entreprise 1.05 %	127 016 \$	126 067 \$
Épargne rachetable avec échéance en septembre 2017, 0.5 %	519 219 \$	516 636 \$
Parts sociales	2 600 \$	— \$
<b>Total</b>	<b>648 835 \$</b>	<b>642 703 \$</b>

L'établissement ne détient aucun placement temporaire de parties apparentées.

### 9.4.9 Autres débiteurs

Les autres débiteurs se composent des éléments suivants :

	Exercice courant	Exercice précédent
Contributions des usagers	5 517 556 \$	4 031 514 \$
Avances aux employés	609 193 \$	374 103 \$
TPS et TVQ	1 743 611 \$	3 092 242 \$
Ventes de services et recouvrements	4 732 873 \$	1 110 563 \$
Stages	350 907 \$	1 050 223 \$
Gestac (stationnement HDL)	1 146 483 \$	1 429 305 \$
RAMQ	1 013 336 \$	1 256 890 \$
Autres	2 568 258 \$	6 311 158 \$
<b>Total</b>	<b>17 682 217 \$</b>	<b>18 655 998 \$</b>
Ms : Provisions pour créances douteuses	(1 190 092) \$	(1 283 552) \$
<b>Total des autres débiteurs</b>	<b>16 492 125 \$</b>	<b>17 372 446 \$</b>

### 9.4.10 Emprunts temporaires

L'établissement est autorisé par le gouvernement du Québec à effectuer des emprunts temporaires au fonds d'exploitation pour des montants variant de 0 \$ jusqu'à un maximum de 16,5 M\$ pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2016 au 31 mars 2017. Ce montant, disponible sous forme de marge de crédit échéant le 30 juin 2021 au taux préférentiel, n'est pas utilisé au 31 mars 2017 et 2016. Les emprunts temporaires tant pour le fonds d'exploitation que pour le fonds d'immobilisations sont garantis par le gouvernement du Québec.

	Exercice courant	Exercice précédent
<b>Fonds d'immobilisations</b>		
Acceptation bancaire échéant le 10 avril 2017 au taux de base + 0,30 % (2016 : échéant le 8 avril 2016, au taux de base + 0,30 %),	1 100 000 \$	1 100 000 \$
Marge de crédit échéant le 30 juin 2021, au taux préférentiel	46 208 \$	31 918 \$
Marge de crédit échéant le 30 juin 2021, au taux préférentiel	— \$	6 900 000 \$
Marge de crédit échéant le 31 mars 2017, au taux des acceptations bancaires + 0,30 %	11 295 222 \$	16 488 662 \$
Billets au pair auprès du Fonds de financement, au taux des acceptations bancaires d'un mois majoré de 0,05 %	55 807 738 \$	44 456 036 \$
Billets au pair auprès de la Société québécoise des infrastructures, au taux des acceptations bancaires d'un mois majoré de 0,05 %	2 033 984 \$	3 721 024 \$
<b>Total du fonds d'immobilisations</b>	<b>70 283 152 \$</b>	<b>72 697 640 \$</b>

### 9.4.11 Autres créditeurs

Les autres créditeurs se composent des éléments suivants :

	Exercice courant	Exercice précédent
Fournisseurs	28 386 464 \$	29 277 984 \$
Salaires courus à payer	23 709 815 \$	26 144 009 \$
Déductions à la source et charges sociales à payer	13 029 780 \$	10 670 603 \$
Impôt provincial à payer	2 010 202 \$	3 119 382 \$
Autres	4 038 809 \$	4 202 649 \$
<b>Total</b>	<b>71 175 070 \$</b>	<b>73 414 627 \$</b>

### 9.4.12 Dettes à long terme

Fonds de financement							
Date		Série	Taux	Versements		Exercice courant	Exercice précédent
Émis	Dû			Fréquence	Montant		
2014-11-19	2024-09-01	Billet B-25	2,9440 %	Annuel	19 681 \$	452 655 \$	472 336 \$
2014-12-10	2017-12-01	Billet B-26	1,4530 %	Annuel	201 506 \$	300 991 \$	502 497 \$
2016-03-24	2025-09-01	Billet B-27	2,3112 %	Annuel	34 000 \$	815 987 \$	849 987 \$
2014-03-03	2018-12-19	Billet B-22	1,9991 %	Annuel	29 227 \$	549 572 \$	578 799 \$
2014-03-03	2018-12-19	Billet B-23	1,9991 %	Annuel	1 031 120 \$	2 818 674 \$	3 849 794 \$
2014-06-19	2019-08-21	Billet B-24	2,1413 %	Annuel	448 834 \$	4 171 671 \$	4 620 505 \$
2016-04-22	2023-09-01	Billet B-28	1,9200 %	Annuel	209 645 \$	1 467 516 \$	— \$
2017-02-09	2020-03-01	Billet B-29	1,3310 %	Annuel	1 315 383 \$	4 204 686 \$	— \$
2016-03-10	2025-09-01	Billet B-14	2,2920 %	Annuel	1 156 098 \$	21 589 194 \$	22 745 292 \$
2014-12-12	2019-12-16	Billet B-13	1,9800 %	Annuel	158 101 \$	474 302 \$	632 403 \$
2014-12-12	2024-09-01	Billet B-12	2,9040 %	Annuel	566 941 \$	12 154 185 \$	12 721 126 \$
2014-06-19	2019-08-21	Billet B-11	2,1413 %	Annuel	386 006 \$	5 854 887 \$	6 240 893 \$
2014-03-21	2021-03-01	Billet B-10	2,6820 %	Annuel	161 093 \$	644 374 \$	805 467 \$
2013-12-20	2018-12-19	Billet B-8	2,3000 %	Annuel	1 874 316 \$	40 327 149 \$	42 201 465 \$
2014-03-21	2018-12-19	Billet B-9	2,1372 %	Annuel	81 992 \$	1 229 879 \$	1 311 871 \$
2016-05-05	2021-09-01	Billet B-15	1,5540 %	Annuel	200 000 \$	1 000 000 \$	— \$
2016-06-22	2026-09-01	Billet B-16	2,1640 %	Annuel	612 905 \$	12 000 606 \$	— \$
2016-04-22	2023-09-01	Billet B-20	1,9200 %	Annuel	94 023 \$	658 160 \$	— \$
2016-12-01	2026-09-01	Billet B-21	2,0110 %	Annuel	815 233 \$	18 348 762 \$	— \$
2017-02-09	2021-03-01	Billet B-22	1,5620 %	Annuel	398 680 \$	1 594 720 \$	— \$
2016-03-10	2026-09-01	Billet B-19	2,4780 %	Annuel	429 936 \$	10 318 456 \$	10 748 392 \$
2014-10-21	2021-03-01	Billet B-16	2,2730 %	Annuel	53 220 \$	212 879 \$	266 099 \$
2014-12-10	2024-09-01	Billet B-17	2,9040 %	Annuel	218 906 \$	3 450 819 \$	3 669 725 \$
2015-03-18	2029-06-01	Billet B-18	2,6400 %	Annuel	94 490 \$	1 228 366 \$	1 322 856 \$

2014-01-23	2018-12-19	Billet B-13	2,2169 %	Annuel	450 656 \$	8 550 170 \$	9 000 826 \$
2014-03-06	2018-12-19	Billet B-14	2,1268 %	Annuel	58 916 \$	883 737 \$	942 653 \$
2014-10-21	2024-09-01	Billet B-15	3,0580 %	Annuel	231 145 \$	5 316 334 \$	5 547 479 \$
2016-12-01	2026-09-01	Billet B-20	2,0110 %	Annuel	195 061 \$	4 876 519 \$	— \$
2014-03-18	2020-03-01		2,4560 %	Mensuel	Variable	1 078 758 \$	1 172 783 \$
2013-04-25	2018-04-01		1,8250 %	Mensuel	Variable	2 450 751 \$	2 580 686 \$
2015-11-30	2024-09-01		2,4500 %	Mensuel	Variable	2 216 573 \$	2 482 552 \$
2014-03-21	2018-12-19	Billet B-10	2,0817 %	Annuel	60 702 \$	1 335 442 \$	1 396 144 \$
2014-11-19	2024-09-01	Billet B-11	2,9440 %	Annuel	112 228 \$	897 825 \$	1 010 053 \$
2014-11-19	2021-09-01	Billet B-12	2,4530 %	Annuel	85 907 \$	429 536 \$	515 443 \$
2014-12-12	2024-09-01	Billet B-13	2,9040 %	Annuel	70 567 \$	1 317 554 \$	1 388 121 \$
2016-03-24	2025-09-01	Billet B-14	2,3112 %	Annuel	129 307 \$	3 103 363 \$	3 232 670 \$
2016-12-01	2026-09-01	Billet B-15	2,0110 %	Annuel	29 773 \$	744 331 \$	— \$
2014-03-21	2018-12-19	Billet B-3	2,1372 %	Annuel	51 169 \$	1 125 720 \$	1 176 889 \$
2014-11-04	2024-09-01	Billet B-6	2,9960 %	Annuel	33 324 \$	766 456 \$	799 780 \$
2014-11-04	2021-03-01	Billet B-7	2,3350 %	Annuel	186 004 \$	744 018 \$	930 022 \$
2016-03-24	2025-09-01	Billet B-8	2,3112 %	Annuel	52 726 \$	1 265 426 \$	1 318 152 \$
2016-12-01	2026-09-01	Billet B-9	2,0110 %	Annuel	24 334 \$	608 344 \$	— \$
2014-03-21	2018-12-19	Billet B-10	2,1372 %	Annuel	40 732 \$	896 103 \$	936 835 \$
2014-12-12	2024-09-01	Billet B-11	2,9040 %	Annuel	259 784 \$	4 227 943 \$	4 487 727 \$
2016-03-24	2025-09-01	Billet B-12	2,3112 %	Annuel	54 018 \$	1 296 440 \$	1 350 458 \$
2016-12-01	2026-09-01	Billet B-13	2,0110 %	Annuel	16 677 \$	416 918 \$	— \$
2014-02-06	2018-12-19	Billet B-15	2,0789 %	Annuel	348 132 \$	5 305 176 \$	5 653 308 \$
2014-03-06	2018-12-19	Billet B-16	2,1268 %	Annuel	58 290 \$	874 351 \$	932 641 \$
2014-10-21	2024-09-01	Billet B-17	3,0580 %	Annuel	216 203 \$	4 972 667 \$	5 188 870 \$
2014-10-21	2021-09-01	Billet B-18	2,3940 %	Annuel	65 968 \$	329 841 \$	395 809 \$
2015-06-17	2018-04-01	Billet B-19	1,0930 %	Annuel	363 386 \$	2 692 560 \$	3 055 946 \$
2016-03-10	2026-09-01	Billet B-20	2,4780 %	Annuel	272 042 \$	6 529 004 \$	6 801 046 \$
2016-06-22	2026-09-01	Billet B-21	2,1640 %	Annuel	217 547 \$	4 133 389 \$	— \$
2016-12-01	2026-09-01	Billet B-22	2,0110 %	Annuel	127 285 \$	3 182 118 \$	— \$
2014-01-21	2018-12-19	Billet B-12	2,2296 %	Annuel	553 300 \$	10 281 203 \$	10 834 503 \$
2014-03-27	2021-03-01	Billet B-13	2,7820 %	Annuel	104 261 \$	417 046 \$	521 307 \$
2014-11-21	2024-09-01	Billet B-14	2,9440 %	Annuel	149 513 \$	3 438 809 \$	3 588 322 \$
2014-11-21	2022-03-01	Billet B-15	2,5230 %	Annuel	32 256 \$	161 283 \$	193 539 \$
2016-03-24	2025-09-01	Billet B-16	2,3112 %	Annuel	218 419 \$	5 242 058 \$	5 460 476 \$
2016-06-22	2026-09-01	Billet B-17	2,1640 %	Annuel	53 746 \$	752 439 \$	— \$
2016-12-01	2026-09-01	Billet B-18	2,0110 %	Annuel	345 870 \$	7 328 470 \$	— \$
<b>Total - Fonds de financement</b>					<b>15 860 584 \$</b>	<b>246 057 165 \$</b>	<b>196 434 547 \$</b>

Financement québec							
Date		Série	Taux	Versements		Exercice courant	Exercice précédent
Émis	Dû			Fréquence	Montant		
2010-11-12	2023-03-31	Billet C-1	Variable	Annuel	231 701 \$	1 648 480 \$	1 880 181 \$
2009-07-16	2016-06-01	Billet B-14	3,8470 %	Annuel	274 260 \$	— \$	274 260 \$
2010-02-26	2016-12-01	Billet B-15	3,5440 %	Annuel	6 201 758 \$	— \$	6 201 758 \$
2010-02-26	2016-12-01	Billet B-16	3,5440 %	Annuel	1 191 027 \$	— \$	4 197 403 \$
2010-11-12	2016-12-01	Billet B-17	2,9420 %	Annuel	149 788 \$	— \$	1 348 098 \$
2011-11-04	2017-12-01	Billet B-18	2,4720 %	Annuel	33 896 \$	677 919 \$	711 815 \$
2012-12-19	2019-12-01	Billet B-19	2,4890 %	Annuel	17 641 \$	370 455 \$	388 096 \$
2012-12-19	2019-12-01	Billet B-20	2,4890 %	Annuel	74 211 \$	222 632 \$	296 843 \$
2012-12-19	2019-12-01	Billet B-21	2,4890 %	Annuel	482 527 \$	1 360 784 \$	1 843 311 \$
2012-12-19	2019-12-01	Billet B-5	2,4890 %	Annuel	755 018 \$	13 241 953 \$	13 996 971 \$
2013-03-05	2018-06-01	Billet B-7	2,1230 %	Annuel	1 045 226 \$	21 949 749 \$	22 994 975 \$
2012-12-19	2019-12-01	Billet B-6	2,4890 %	Annuel	80 507 \$	241 520 \$	322 027 \$
2010-12-09	2016-06-02	Billet B-10	2,8881 %	Annuel	232 734 \$	— \$	4 654 677 \$
2010-05-06	2034-06-01	Billet B-19	5,0900 %	Annuel	294 029 \$	5 586 540 \$	5 880 569 \$
2010-11-23	2016-06-02	Billet B-20	2,7670 %	Annuel	418 935 \$	— \$	6 516 709 \$
2011-11-11	2017-12-01	Billet B-1	2,4720 %	Annuel	389 563 \$	7 791 258 \$	8 180 821 \$
2011-11-10	2036-12-01	Billet B-2	4,0600 %	Annuel	505 828 \$	10 116 560 \$	10 622 388 \$
2011-12-01	2017-12-01	Billet B-3	2,4720 %	Annuel	402 943 \$	4 665 683 \$	5 068 626 \$
2011-12-14	2018-12-01	Billet B-4	2,6140 %	Annuel	131 089 \$	262 179 \$	393 268 \$
2010-03-11	2016-12-01	Billet B-18	3,5440 %	Annuel	747 804 \$	— \$	6 830 569 \$
1997-01-24	2022-01-16	Billet B-1	7,7500 %	Annuel	63 712 \$	318 560 \$	382 272 \$
2008-05-30	2033-06-01	Billet B-6	4,8770 %	Annuel	75 167 \$	1 277 839 \$	1 353 006 \$
2010-05-07	2034-06-01	Billet B-8	5,0900 %	Annuel	259 979 \$	4 939 611 \$	5 199 590 \$
2011-06-01	2017-12-01	Billet B-9	3,4180 %	Annuel	195 024 \$	3 900 478 \$	4 095 502 \$
2012-03-16	2017-04-25	Billet B-10	2,0540 %	Annuel	142 568 \$	2 993 944 \$	3 136 512 \$
2012-12-21	2018-06-01	Billet B-11	2,1215 %	Annuel	305 261 \$	6 410 478 \$	6 715 739 \$
2012-12-21	2019-12-01	Billet B-12	2,4890 %	Annuel	73 604 \$	220 810 \$	294 414 \$
2011-06-01	2017-12-01	Billet B-6	3,4180 %	Annuel	73 570 \$	1 471 386 \$	1 544 956 \$
2012-03-23	2017-06-01	Billet B-7	2,1040 %	Annuel	24 736 \$	346 303 \$	371 039 \$
2012-12-21	2018-06-01	Billet B-8	2,1421 %	Annuel	142 352 \$	1 702 127 \$	1 844 479 \$
2013-05-31	2018-06-01	Billet B-9	2,1230 %	Annuel	81 204 \$	730 836 \$	812 040 \$
2010-04-29	2017-06-01	Billet B-1	4,0250 %	Annuel	84 605 \$	84 605 \$	169 210 \$
2011-01-28	2017-12-01	Billet B-2	3,5940 %	Annuel	66 015 \$	1 254 294 \$	1 320 309 \$
2012-03-07	2033-06-01	Billet B-4	3,6560 %	Annuel	98 049 \$	1 960 975 \$	2 059 024 \$



2013-03-05	2018-06-01	Billet B-5	2,1230 %	Annuel	125 755 \$	1 383 308 \$	1 509 063 \$
2010-03-19	2034-06-01	Billet B-5	4,9400 %	Annuel	37 679 \$	678 220 \$	715 899 \$
2011-01-28	2017-12-01	Billet B-6	3,5940 %	Annuel	132 017 \$	2 508 325 \$	2 640 342 \$
2012-02-22	2018-12-01	Billet B-7	2,4280 %	Annuel	43 336 \$	866 711 \$	910 047 \$
2012-06-13	2023-01-16	Billet B-8	3,1040 %	Annuel	49 766 \$	746 490 \$	796 256 \$
2013-03-05	2018-06-01	Billet B-9	2,1220 %	Annuel	188 936 \$	3 967 654 \$	4 156 590 \$
2009-12-18	2034-06-01	Billet B-8	4,9910 %	Annuel	1 295 170 \$	23 313 057 \$	24 608 227 \$
1993-03-31	2018-01-16	Billet B-2	9,3750 %	Annuel	47 900 \$	47 900 \$	95 800 \$
2010-11-16	2016-06-02	Billet B-10	2,6270 %	Annuel	217 547 \$	— \$	4 350 935 \$
2011-11-04	2017-12-01	Billet B-11	2,4720 %	Annuel	149 597 \$	2 991 941 \$	3 141 538 \$
2012-01-26	2017-04-25	Billet B-12	1,8972 %	Annuel	201 976 \$	3 251 922 \$	3 453 898 \$
2012-07-23	2019-12-01	Billet B-13	2,4630 %	Annuel	71 153 \$	894 498 \$	965 651 \$
2012-12-21	2018-06-01	Billet B-14	2,1215 %	Annuel	296 733 \$	5 237 507 \$	5 534 240 \$
2010-05-07	2034-06-01	Billet B-7	5,0900 %	Annuel	120 921 \$	2 297 511 \$	2 418 432 \$
2010-11-04	2016-12-01	Billet B-8	2,8170 %	Annuel	219 714 \$	— \$	4 394 278 \$
2010-12-01	2016-06-02	Billet B-9	2,8200 %	Annuel	53 746 \$	— \$	806 184 \$
2002-06-21	2022-01-17	Billet B-1	6,2860 %	Annuel	125 728 \$	732 100 \$	857 828 \$
2011-12-01	2017-12-01	Billet B-10	2,4720 %	Annuel	592 403 \$	8 733 386 \$	9 325 789 \$
2013-03-05	2018-06-01	Billet B-11	2,1220 %	Annuel	657 056 \$	7 651 915 \$	8 308 973 \$
<b>Total - Financement Québec</b>					<b>19 973 464 \$</b>	<b>161 050 403 \$</b>	<b>210 891 427 \$</b>

Hypothèque - SCHL						
Date		Taux	Versements		Exercice courant	Exercice précédent
Émis	Dû		Fréquence	Montant		
1966-07-XX	2016-07-XX	5,38 %	Annuel	5 484 \$	— \$	5 484 \$
1968-08-XX	2018-08-XX	6,25 %	Annuel	14 812 \$	22 620 \$	37 432 \$
ND	2019-01-XX	6,38 %	Annuel	11 197 \$	22 450 \$	33 647 \$
ND	2018-05-XX	6,13 %	Annuel	25 619 \$	31 918 \$	57 537 \$
ND	2017-08-XX	5,88 %	Annuel	10 730 \$	4 651 \$	15 381 \$
<b>Total - SCHL</b>				<b>67 842 \$</b>	<b>81 639 \$</b>	<b>149 481 \$</b>

Autres dettes à long terme						
Date		Taux	Versements		Exercice courant	Exercice précédent
Émis	Dû		Fréquence	Montant		
2015-07-20	2020-07-20	3,13 %	Mensuel	Variable	466 666 \$	597 431 \$
2016-07-19	2026-05-19	2,56 %	Mensuel	65 295 \$	6 375 817 \$	— \$
<b>Total - Autres dettes à long terme</b>					<b>6 842 483 \$</b>	<b>597 431 \$</b>
<b>TOTAL DES DETTES À LONG TERME</b>					<b>414 031 690 \$</b>	<b>408 072 886 \$</b>

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2017, l'échéancier des versements en capital et en intérêts à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

Année	Capital	Intérêts
2017-2018	65 730 249 \$	11 031 230 \$
2018-2019	137 873 622 \$	8 692 469 \$
2019-2020	37 026 069 \$	6 062 872 \$
2020-2021	12 491 291 \$	5 083 125 \$
2021-2022	11 656 033 \$	4 692 327 \$
2022-2023 et subséquentes	149 254 426 \$	20 595 174 \$
<b>Total</b>	<b>414 031 690 \$</b>	<b>56 157 197 \$</b>

#### 9.4.13 Passif au titre des sites contaminés

L'établissement est responsable de décontaminer un terrain faisant l'objet d'un usage productif et nécessitant des travaux de réhabilitation à la suite de la découverte de présence de résidus de construction dans le sol.

À cet égard, un montant de 477 750 \$ est comptabilisé à titre de passif au titre de sites contaminés dans les états financiers au 31 mars 2017 (477 750 \$ au 31 mars 2016). Ce montant est basé sur un plan de réhabilitation avec estimation pré-budgétaire.

L'établissement a également constaté une subvention à recevoir du MSSS du même montant pour le financement du coût des travaux.

#### 9.4.14 Passifs au titre des avantages sociaux futurs

La provision relative aux congés de maladie-années courantes et de vacances est évaluée en fonction des hypothèses suivantes :

Pour les provisions relatives aux congés de maladie-années courantes et de vacances :	Exercice courant	Exercice précédent
Taux moyen de croissance de la rémunération	—	—
Inflation	1,75 %	1,50 %
Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors-cadres	8,65 %	8,65 %

En ce qui concerne la provision relative à l'assurance salaire, elle est établie selon la méthodologie et les paramètres du calcul du MSSS. Les données utilisées comme base de projection pour un établissement sont celles des trois années financières les plus récentes, qui précèdent celle où est inscrit le passif. Nous considérons que la tendance en assurance salaire observée pour ces années est représentative. La moyenne de ces trois années sert de base de projection pour le passif à inscrire aux états financiers de l'année financière en cours.

Le tableau suivant détaille les composantes de la variation annuelle des provisions incluses dans le passif au titre des avantages sociaux futurs avant charges sociales :

	Exercice courant				Exercice précédent
	Solde au début	Charge de l'exercice	Montants versés	Solde à la fin	Solde à la fin
Droits parentaux	453 305 \$	2 314 925 \$	2 383 297 \$	384 933 \$	453 305 \$
Assurance salaire	8 703 950 \$	17 071 762 \$	17 322 296 \$	8 453 416 \$	8 703 950 \$
Provision pour vacances	61 796 023 \$	68 449 708 \$	67 057 418 \$	63 188 313 \$	61 796 023 \$
Provision pour banque maladie gelée	55 251 \$	12 596 \$	33 268 \$	34 579 \$	55 251 \$
Provision pour banque maladie courante	2 598 206 \$	17 151 711 \$	17 179 130 \$	2 570 787 \$	2 598 206 \$
<b>Total</b>	<b>73 606 735 \$</b>	<b>105 000 702 \$</b>	<b>103 975 409 \$</b>	<b>74 632 028 \$</b>	<b>73 606 735 \$</b>

#### 9.4.15 Immobilisations corporelles

Les informations détaillées sur le coût et l'amortissement cumulé, les constructions et développements en cours et la valeur comptable nette par catégorie sont présentées dans le tableau suivant :

	Exercice courant			Exercice précédent
	Coûts	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
	1	2	3	4
Terrains	4 490 843 \$	— \$	4 490 843 \$	4 490 843 \$
Aménagement des terrains	18 065 699 \$	6 878 095 \$	11 187 604 \$	11 803 294 \$
Améliorations locatives	24 726 116 \$	10 665 587 \$	14 060 529 \$	14 956 680 \$
Bâtiments	285 475 970 \$	109 206 158 \$	176 269 812 \$	187 312 531 \$
Améliorations majeures aux bâtiments	118 958 494 \$	14 683 927 \$	104 274 567 \$	77 937 649 \$
Construction et développement en cours	34 809 669 \$	— \$	34 809 669 \$	32 048 127 \$
Matériel et équipement	42 239 686 \$	23 994 078 \$	18 245 608 \$	20 205 632 \$
Équipements spécialisés	138 446 690 \$	68 504 619 \$	69 942 071 \$	75 755 011 \$
Matériel roulant	1 534 860 \$	1 133 651 \$	401 209 \$	604 646 \$
Développement informatique	6 802 556 \$	4 728 926 \$	2 073 630 \$	2 553 340 \$
Réseau de télécommunication	2 148 863 \$	1 146 803 \$	1 002 060 \$	1 217 322 \$
Location-acquisition	814 043 \$	673 848 \$	140 195 \$	221 599 \$
<b>TOTAL</b>	<b>678 513 489 \$</b>	<b>241 615 692 \$</b>	<b>436 897 797 \$</b>	<b>429 106 674 \$</b>

Note : Les travaux en cours ne sont pas amortis, car ils ne sont pas en service.

## 9.4.16 Gestion des risques associés aux instruments financiers

Dans le cadre de ses activités, l'établissement est exposé à divers risques financiers tels que le risque de crédit, le risque de liquidité et le risque de marché. La direction a mis en place des politiques et des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels sur les résultats.

### a. Risque de crédit

Le risque de crédit est le risque qu'une partie à un instrument financier manque à l'une de ses obligations et amène, de ce fait, l'autre partie à subir une perte financière.

Les instruments financiers qui exposent l'établissement au risque de crédit sont l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs (sauf les réclamations à recevoir de TPS et de TVQ), les avances de fonds aux établissements publics et les autres éléments de l'actif. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentés à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière :

	Exercice courant	Exercice précédent
Encaisse	66 443 865 \$	42 460 920 \$
Placements temporaires	648 835 \$	642 703 \$
Débiteurs MSSS	24 563 631 \$	35 172 573 \$
Autres débiteurs (sauf réclamations TPS et TVQ)	15 107 100 \$	14 649 450 \$
Avances de fonds aux établissements publics	3 939 \$	— \$
Placement de portefeuille	— \$	2 600 \$
Autres éléments	1 278 487 \$	2 694 890 \$
<b>Total</b>	<b>108 045 857 \$</b>	<b>95 623 136 \$</b>

Le risque de crédit associé à l'encaisse et aux placements temporaires est réduit au minimum. En effet, l'établissement s'assure que les excédents de trésorerie sont investis dans des placements liquides de façon sécuritaire auprès d'institutions financières jouissant d'une cote de solvabilité élevée attribuée par des agences de notation nationales, afin d'en retirer un revenu d'intérêt raisonnable selon les taux d'intérêt en vigueur.

Au 31 mars 2017 et au 31 mars 2016, les placements temporaires étaient investis dans un placement temporaire rachetable et un dépôt à terme. La direction juge ainsi que le risque de perte est négligeable.

Le risque de crédit associé aux débiteurs MSSS est faible puisque ce poste est constitué de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec qui jouit d'une excellente réputation sur les marchés financiers. Ces sommes sont principalement reçues dans les 180 jours suivant la fin d'exercice.

Le risque de crédit relié aux autres débiteurs est faible, car il comprend des sommes à recevoir de d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de diverses compagnies d'assurances, de la RAMQ et de la CNESST, du gouvernement du Canada et des différentes fondations de l'établissement qui jouissent d'une bonne qualité de crédit, ainsi que des usagers eux-mêmes, y compris ceux en provenance de pays étrangers ayant reçu des soins.

Les autres éléments d'actifs concernent les congés à traitement différé sur une période de deux à cinq ans de même que des avances sur acquisitions d'immobilisations qui seront récupérées au prochain exercice financier.

Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et achemine les comptes en souffrance à une agence de collection. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, l'historique de paiement, la situation financière du débiteur et l'âge de la créance. Au 31 mars 2017, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 6 512 260 \$ (43 %) du montant total recouvrable comparativement à 3 412 292 \$ (23 %) au 31 mars 2016.

La chronologique des autres débiteurs, déduction faite de la provision pour créances douteuses au 31 mars se détaille comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Autres débiteurs non en souffrance :	10 783 551 \$	7 240 087 \$
Autres débiteurs en souffrance :		
- Moins de 30 jours	3 417 401 \$	4 251 505 \$
- De 30 à 59 jours	516 428 \$	1 249 890 \$
- De 60 à 89 jours	184 070 \$	348 860 \$
- De 90 jours et plus	1 395 742 \$	2 842 660 \$
Sous-total	5 513 641 \$	8 692 915 \$
Sous-total	16 297 192 \$	15 933 002 \$
Provision pour créances douteuses	(1 190 092 \$)	(1 283 552 \$)
<b>Total des autres débiteurs</b>	<b>15 107 100 \$</b>	<b>14 649 450 \$</b>

La variation de l'exercice de la provision pour créances douteuses s'explique comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Solde au début de la provision pour créances douteuses :	1 283 552 \$	1 524 466 \$
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	236 126 \$	39 709 \$
Radiation	(309 963 \$)	(261 842 \$)
Montants recouverts	(19 623 \$)	(18 781 \$)
Solde à la fin de la provision pour créances douteuses :	<b>1 190 092 \$</b>	<b>1 283 552 \$</b>

L'établissement est d'avis que la provision pour créances douteuses est suffisante pour couvrir le risque de non-paiement.

De plus, l'article 269 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2) stipule que les sommes reçues par dons, legs, subventions ou autres formes de contributions que celles octroyées par le gouvernement du Québec, incluant les ministères ou organismes visés par l'article 268, faites à des fins particulières doivent être déposées ou placées conformément aux dispositions du Code civil relativement aux placements présumés sûrs, jusqu'à ce qu'elles soient utilisées aux fins prévues.

Au cours des exercices terminés les 31 mars 2016 et 31 mars 2017, l'établissement s'est conformé à l'article 269 de cette loi.

## b. Risque de liquidité

Le risque de liquidité est le risque que l'établissement ne soit pas en mesure de remplir ses obligations financières à leur échéance. Le risque de liquidité englobe également le risque qu'il ne soit pas en mesure de liquider ses actifs financiers au moment opportun et à un prix raisonnable.

L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les autres créditeurs et autres charges à payer (sauf les déductions à la source et les charges sociales à payer), les intérêts courus à payer, les autres éléments de passif, les dettes à long terme et les passifs au titre des avantages sociaux futurs sauf la provision pour assurance-salaire.

L'établissement gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

Les conditions relatives aux emprunts temporaires sont présentées à la note 9.4.10. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme et à ses intérêts courus est minime considérant que ces dernières sont assumées par le MSSS. La provision pour avantages sociaux sera payée au cours du prochain exercice selon l'utilisation par l'employé. Les autres créditeurs et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 à 60 jours suivant la fin d'exercice.

Les flux de trésorerie contractuels relativement aux autres créditeurs sont les suivants :

	Exercice courant	Exercice précédent
De moins de 6 mois	53 935 107 \$	54 982 677 \$
De 6 mois à 1 an	558 963 \$	815 363 \$
De 1 à 3 ans	— \$	984 080 \$
De 3 à 5 ans	— \$	— \$
De plus de 5 ans	— \$	— \$
<b>Total des autres créditeurs</b>	<b>54 494 070 \$</b>	<b>56 782 120 \$</b>

## c. Risque de marché

Le risque de marché est le risque que le cours du marché ou que les flux de trésorerie futurs d'un instrument financier fluctuent en raison de variations du prix du marché. Il se compose de trois types de risque : le risque de change, le risque de taux d'intérêt et l'autre risque de prix. L'établissement est exposé seulement au risque de taux d'intérêt.

### i. Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de trésorerie futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêt du marché.

L'établissement est exposé au risque de taux d'intérêt par ses emprunts temporaires et ses dettes à long terme. Selon l'état de la situation financière, le solde de ces postes représente :

	Exercice courant	Exercice précédent
Emprunts temporaires	70 283 152 \$	72 697 640 \$
Dettes à long terme	414 031 690 \$	408 072 886 \$
<b>Total</b>	<b>484 314 842 \$</b>	<b>480 770 526 \$</b>

Les conditions des emprunts temporaires totalisant 70 283 152 \$ sont présentés à la note 9.4.10. Les intérêts sur des emprunts temporaires totalisant 57 841 722 \$ sont pris en charge par le MSSS, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Un montant de 12 441 430 \$ représente des emprunts dont les intérêts sont assumés par l'établissement. Par conséquent, ces emprunts sont exposés au risque de taux d'intérêt et l'établissement ne gère pas activement ce risque.

Du montant de la dette à long terme totalisant 414 031 690 \$, la quasi-totalité représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont à taux fixes. Les intérêts à taux fixes sur un montant de 390 648 345 \$ sont pris en charge par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Un montant de 23 383 345 \$ représente des emprunts portant intérêt à des taux fixes pour lesquels les intérêts sont assumés par l'établissement. Le risque de taux d'intérêt sur ces emprunts est minime.

L'établissement limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisse et des placements temporaires en fonction des besoins de trésorerie et de façon à optimiser les revenus d'intérêts. Il prévoit le remboursement des dettes à long terme selon l'échéancier prévu.

#### 9.4.17 Obligations contractuelles

Échéances	Location exploitation	Contrats approvisionnement biens et services	Contrats RI-RTF-RNI	Contrats acquisition immobilisations	Contrats relatifs aux autres transferts	Autres contrats	Total
2017-2018	9 133 395 \$	11 435 177 \$	58 056 843 \$	12 479 003 \$	26 443 344 \$	968 932 \$	118 516 694 \$
2018-2019	7 055 567 \$	5 189 807 \$	22 587 387 \$	16 832 590 \$	26 730 903 \$	2 318 \$	78 398 572 \$
2019-2020	5 743 069 \$	3 811 071 \$	8 990 555 \$	355 224 \$	27 020 580 \$	— \$	45 920 499 \$
2020-2021	2 586 307 \$	4 009 352 \$	3 261 482 \$	283 228 \$	— \$	— \$	10 140 369 \$
2021-2022	3 238 976 \$	3 781 232 \$	1 642 083 \$	225 342 \$	— \$	— \$	8 887 633 \$
2022-2027	2 889 639 \$	9 035 224 \$	522 655 \$	479 460 \$	— \$	— \$	12 926 978 \$
2027-2032	— \$	3 193 135 \$	223 422 \$	— \$	— \$	— \$	3 416 557 \$
2032-2037	— \$	— \$	30 930 \$	— \$	— \$	— \$	30 930 \$
<b>Total</b>	<b>30 646 953 \$</b>	<b>40 454 998 \$</b>	<b>95 315 357 \$</b>	<b>30 654 847 \$</b>	<b>80 194 827 \$</b>	<b>971 250 \$</b>	<b>278 238 232 \$</b>

#### 9.4.18 Éventualités

L'établissement fait l'objet d'une poursuite d'environ 3 945 350 \$ en lien avec les travaux réalisés à l'urgence du secteur Alphonse-Desjardins. C'est un dossier complexe où plusieurs intervenants sont impliqués et qui devrait s'échelonner sur plusieurs années. La SQI a géré le budget pour ce projet et elle gère aussi le recours judiciaire. L'issue de la poursuite est à ce stade-ci indéterminable.

### 9.4.19 Opérations avec des parties apparentées

L'établissement est apparenté à toutes les autres entités du réseau de la santé et des services sociaux, tous les ministères et organismes budgétaires, tous les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, toutes les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Les parties apparentées sont énumérées au début de la section 600 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces parties apparentées autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange.

### 9.4.20 Périmètre comptable et méthodes de consolidation

La Société de gestion du personnel de recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches est incluse au périmètre comptable de l'établissement qui la contrôle. Elle est consolidée ligne par ligne dans les présents états financiers :

Renseignements financiers sur la Société de gestion du personnel de recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches consolidée ligne par ligne :

	Exercice courant
Actifs financiers	426 012 \$
Passifs	10 \$
Actifs financiers nets (dette nette)	462 002 \$
Actifs non financiers	— \$
Surplus (déficits) cumulés	426 002 \$
Revenus	30 961 \$
Charges	14 472 \$
Surplus (déficits) de l'exercice	16 489 \$

## 9.5 L'équilibre budgétaire

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches termine l'année financière 2016-2017 avec un surplus de l'exercice de 1 311 011 \$ en provenance du fonds d'exploitation pour un montant de 518 107 \$ et du fonds d'immobilisations pour une somme de 792 904 \$. Le CISSS de Chaudière-Appalaches a donc respecté son obligation légale de maintenir l'équilibre budgétaire entre ses charges et ses revenus globalement de même que pour chacun des fonds (exploitation et immobilisations).



## 9.6 Les contrats de services (non-audités)

Au cours de l'année financière 2016-2017, 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, conclus entre le 1<sup>er</sup> avril et le 31 mars

	Nombre	Coût avant taxes	Coûts avec taxes
Contrats de services avec une personne physique <sup>1</sup>	0	0 \$	0 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique <sup>2</sup>	112	33 710 247 \$	38 758 357 \$
<b>Total des contrats de services</b>	<b>112</b>	<b>33 710 247 \$</b>	<b>38 758 357 \$</b>

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

Lors de la réalisation de ses différents mandats, l'auditeur indépendant peut émettre des réserves, commentaires et observations aux établissements. Lorsqu'il y a lieu, ces derniers prennent des mesures pour régler ou améliorer la problématique identifiée.

Le tableau ci-après doit être complété par les établissements publics et intégré à la page 140 du rapport financier annuel. Il vise à informer sur les différentes mesures appliquées pour régler ou améliorer les problématiques soulevées par le biais des réserves, observations et commentaires formulés par l'auditeur indépendant dans l'un des documents suivants :

- Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers et autres informations financières;
- Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées;
- Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres;
- Questionnaire à compléter par l'auditeur indépendant;
- Rapport à la gouvernance.

Pour compléter l'information requise, les établissements publics décrivent d'abord chaque réserve, observation et commentaire en précisant leur nature de la façon suivante :

- R: pour réserve
- O: pour observation
- C: pour commentaire

Ils ajoutent également l'année où la réserve, l'observation ou le commentaire a été formulé pour une première fois.

Puis, ils indiquent la ou les mesures appliquées ou inscrivent « aucune » si aucune disposition n'a été prise. Certaines réserves peuvent émaner du respect de directives spécifiques du ministère, par exemple la comptabilisation des contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures (SQI) (anciennement la Société immobilière du Québec (SIQ)) à titre de contrats de location-exploitation au lieu de contrats de location-acquisition

tel que préconisé par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Dans une telle situation, les établissements publics inscrivent : « aucune, car directive du MSSS ».

Finalement, les établissements mentionnent l'état au 31 mars de l'exercice de la problématique soulevée, ceci à l'aide d'un X dans la case appropriée :

- R: pour réglée
- PR: pour partiellement réglée
- NR: pour non réglée

Les établissements publics doivent reporter les réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant en 2012-2013 en plus d'indiquer les nouvelles réserves, commentaires et observations émises pour l'exercice en cours. De plus, il doit indiquer les mesures prises au cours de l'exercice 2013-2014. Ce tableau est également présenté dans le rapport annuel de gestion.

S'ils le jugent approprié, les établissements publics peuvent ajouter leurs commentaires au tableau pour assurer une meilleure compréhension de la situation.

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS Formulés par l'auditeur indépendant						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-20XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2016		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
<b>Signification des codes</b>						
Colonne 3 :			Colonnes 5, 6 et 7 :			
R: pour réserve			R: pour réglée			
O: pour observation			PR: pour partiellement réglée			
C: pour commentaire			NR: pour non réglée			
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers et autres informations financières</b>						
<b>R-1</b>  Les contrats de location d'immeubles conclus entre le CISSS de Chaudière-Appalaches et la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition.	2011-2012	R	Applicable globalement pour le CISSS de Chaudière-Appalaches depuis 2016.  Aucune, car directive du MSSS.			NR
<b>R-2</b>  Par ailleurs, le CISSS de Chaudière-Appalaches n'a pas pris les mesures nécessaires afin de s'assurer que toutes les informations en regard de ses obligations contractuelles soient établies et présentées adéquatement au rapport financier annuel aux pages 635-00 à 635-03. Étant donné l'impossibilité d'obtenir des éléments probants suffisants et appropriés concernant l'exhaustivité, la réalité et l'exactitude de ces informations, nous n'avons pu déterminer si les pages 635-00 à 635-03 du rapport financier annuel auraient dû faire l'objet d'ajustements à cet égard.	2012-2013	R	Applicable globalement pour le CISSS de Chaudière-Appalaches depuis 2016.  <b>Exercice 2016-2017</b>  (voir réponse au point C-10)		PR	

<p><b>R-3</b></p> <p>Le CISSS de Chaudière-Appalaches n'a pas comptabilisé, au 31 mars 2016, à l'état de la situation financière, des subventions à recevoir du gouvernement du Québec concernant des immobilisations financées ou devant être financées par emprunts pour lesquelles des travaux ont été réalisés. Cette situation constitue une dérogation à la norme comptable sur les paiements de transfert (Normes comptables canadiennes pour le secteur public) qui prévoit la comptabilisation des subventions lorsqu'elles sont autorisées par le gouvernement à la suite de l'exercice de son pouvoir habilitant et que le CISSS de Chaudière-Appalaches a satisfait aux critères d'admissibilité. Par ailleurs, l'article 1.1 de la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics ou municipaux et certains autres transferts (RLRQ, chapitre S-37.01) énonce que la seule partie d'une subvention qui doit être comptabilisée est celle qui est exigible dans l'exercice du CISSS de Chaudière-Appalaches et autorisée par le Parlement dans l'année financière du gouvernement du Québec, comme le prescrit la loi, les ajustements suivants, selon l'estimation établie, sont nécessaires afin que les états financiers du CISSS de Chaudière-Appalaches respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public.</p>	2013-2014	R	<p>Applicable globalement pour le CISSS de Chaudière-Appalaches depuis 2016.</p> <p>Aucune, car directive du MSSS.</p>			NR
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</b>						
<p><b>UM-0</b></p> <p><b>CISSS-CA</b></p> <p>Concernant les procédures analytiques sur les unités de mesure non couvertes dans le plan de rotation de l'année courante, je n'ai pas été en mesure d'obtenir les éléments probants et suffisants me permettant de conclure que les unités de mesure avaient été adéquatement compilées.</p>	2015-2016	R	<p>En 2016-2017, nous avons produit une analyse de variation des unités de mesure et de leur coût et avons expliqué les écarts importants.</p>	R		
<p><b>UM-1</b></p> <p><b>CISSS-CA</b></p> <p>Selon le MGF, l'utilisateur doit être compilé une seule fois durant l'exercice pour l'établissement en entier. Étant donné que les numéros de dossier des usagers diffèrent pour chacune des installations de l'établissement, il est difficile pour la direction d'identifier qu'un même usager s'est présenté dans plusieurs installations durant l'exercice financier. Ainsi, il y a un risque d'une surévaluation potentielle, mais cet écart ne peut être quantifié.</p> <p>Les sous-centres d'activité visés sont ceux qui sont présents dans plus d'une installation ou pour lesquels le processus de compilation ne permet pas de repérer un même usager qui a utilisé les services dans plus d'une installation.</p>	2013-2014	R	<p>Applicable globalement pour le CISSS de Chaudière-Appalaches depuis 2016.</p> <p>Cette réserve ne pourra se régler tant et aussi longtemps que nous n'aurons pas un index patient unique pour tous les systèmes.</p>			NR

<p><b>UM-2</b></p> <p><b>CISSS-CA</b>  Certains statistiques des périodes 8 et 9 n'ont pas été compilées en raison de moyens de pression de la part d'employés. L'importance de ces anomalies n'a pas été quantifiée, mais cela a néanmoins pour effet de sous-évaluer les statistiques. Cette situation a été relevée lors de nos tests sur les unités de mesure suivantes :  4131 : Maladies infectieuses à déclaration obligatoire, les signalements et les éclosions  5960 : Autres services téléphoniques régionaux  6351 : Inhalothérapie à domicile  6352 : Inhalothérapie – autres</p>	2015-2016	R	Aucun moyen de pression en 2016-2017.	R		
<p><b>UM-3</b></p> <p><b>CISSS-CA</b>  Nous avons relevé dans plusieurs sous-centres d'activité, qui sont composés de l'addition de plusieurs autres sous-centres d'activité, que les statistiques cumulatives n'étaient pas bien compilées. Cette anomalie a été retracée dans les sous-centres suivants :  6000 : Administration des soins : sous-évaluation de 1 898 jours-présence, cette anomalie a été corrigée.  6804 : Pharmacie usagers hospitalisés : sous-évaluation de 949 jours-présence, cette anomalie a été corrigée.  7606 : Cueillette, distribution et autres charges : sous-évaluation de 9 276 jours-présence.</p>	2015-2016	R	Rencontres faites en cours d'année dans différents secteurs, mais celles-ci ne sont pas terminées.			NR
<p><b>UM-4</b></p> <p><b>CSSS Alphonse-Desjardins – 4131</b>  Concernant l'unité de mesure « l'utilisateur » du sous-centre d'activité 4131 (Maladies infectieuses à déclaration obligatoire, les signalements et les éclosions), nous avons constaté que des interventions avaient été saisies avec le mauvais code de sous-programme et incluses dans ce sous-centre d'activité, alors qu'elles auraient dû être incluses au sous-centre 4133 (Prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang). L'importance de cette anomalie n'a pas été quantifiée, mais cela a néanmoins pour effet de surévaluer le nombre d'utilisateurs.</p>	2014-2015	R	Des rencontres ont été faites avec les intervenants. Compte tenu des résultats, des précisions seront apporter auprès des intervenants.			NR
<p><b>UM-5</b></p> <p><b>CISSS-CA – 5602</b>  Concernant les unités de mesure « la présence » et « l'utilisateur » du sous-centre d'activité 5602 (service d'apprentissage aux habitudes de travail), malgré que des coûts soient comptabilisés, aucune unité de mesure n'est compilée. Ces coûts correspondent à des salaires et charges sociales du personnel qui aide à la réadaptation sociale des jeunes. Cela a pour effet de sous-évaluer le nombre de présences et le nombre d'utilisateurs.</p>	2015-2016	R	Les unités de mesure ont été compilées en 2016-2017.	R		

<p><b>UM-6</b></p> <p><b>CISSS-CA – 5970-6090</b>          Concernant l'unité de mesure « les appels traités » du centre d'activité 5970 (Info-Social) et de l'unité de mesure « les appels répondus » du centre d'activité 6090 (Info-Santé 8-1-1), nous avons constaté que la compilation n'est pas conforme au MGF. Les appels concernant le 5970 sont répondus par des travailleurs sociaux et ceux du 6090 sont répondus par des infirmières. Le salaire de ces employés est imputé dans leur centre d'activité respectif. Cependant, les statistiques relatives aux unités de mesure sur les appels traités ou répondus étaient toutes compilées dans le 6090. Depuis le 25 novembre 2015, celles-ci sont compilées dans leur centre d'activité respectif. Ainsi, les statistiques du 1<sup>er</sup> avril 2015 au 24 novembre 2015 sont surévaluées dans le 6090 et sont sous-évaluées dans le 5970.</p>	2015-2016	R	Corrections apportées.	R		
<p><b>UM-7</b></p> <p><b>CSSS Alphonse-Desjardins – 6174</b>          Pour le sous-centre d'activité 6174 (soins infirmiers à domicile), bien que des coûts soient comptabilisés, aucune unité de mesure n'est compilée. Ces coûts correspondent à des soins infirmiers prodigués à des usagers en CHSLD qui auraient dû être comptabilisés dans le sous-centre d'activité 6060 (soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie). Cette anomalie n'a pas été quantifiée, mais cela a pour effet de surévaluer les coûts du sous-centre d'activité 6174 et de sous-évaluer le coût unitaire du sous-centre d'activité 6060.</p>	2014-2015	R	Une analyse sera réalisée par la direction concernée (DRFA) afin d'identifier la source de l'écart (imputation des coûts).			NR
<p><b>UM-8</b></p> <p><b>CSSS Alphonse-Desjardins – 6322</b>          Concernant l'unité de mesure « le retraitement » du sous-centre d'activité 6322 (Unité de retraitement des dispositifs médicaux – CLSC et CH), nous avons constaté, pour la période testée, que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes :</p> <p>A : Certaines données n'étaient pas inscrites alors que d'autres étaient compilées en double, ou ne devaient être compilées (ex. : oxyde non compilé ou endoscope et ozone en double ou stérilisation rapide en trop).          B : Les données concernant le secteur maxillo-facial ne sont pas compilées conformément MGF (ex. : période non compilée ou données non pondérées).          C : Le MGF spécifie que les retraitements de tous les CLSC doivent être compilés. Toutefois, nous avons constaté qu'aucune donnée n'a été compilée pour certains CLSC.</p>	2014-2015	R	<p>A. Rencontre faite et correction demandée, compte tenu des résultats, des précisions seront apporter auprès des intervenants.</p> <p>B. Rencontre faite et correction demandée.</p> <p>C. La stérilisation ne se fait plus en CLSC depuis juin 2015.</p>	R	R	NR

<p><b>UM-9</b></p> <p><b>CISSS-CA – 6564</b></p> <p>Concernant l'unité de mesure, « l'intervention » du sous-centre d'activité 6564 (Psychologie), nous avons constaté pour la période testée, que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes :</p> <p>A: Il y a un risque que des usagers soient comptés en double. La compilation des statistiques est partagée entre deux départements qui ne communiquent pas entre eux pour s'assurer que les usagers sont comptés une seule fois. Ainsi, il y a un risque de surévaluation potentielle, mais cette anomalie ne peut être quantifiée.</p> <p>B: La direction nous a informés que les interventions de concertation clinique multidisciplinaires n'ont pas été compilées dans les 10 premières périodes, ce qui ne respecte pas le MGF. Ces interventions ont été compilées à partir de la période 11, mais pas de façon rétroactive. Cette anomalie n'a pas été quantifiée, mais cela a néanmoins pour effet de sous-évaluer le nombre d'interventions.</p>	2015-2016	R	<p>A: Rencontres réalisées avec tous les gestionnaires. Explications données.</p> <p>B: Correction faite, appliquée et transmise aux autres gestionnaires du CISSS de Chaudière-Appalaches.</p>	R	R	
<p><b>UM-10</b></p> <p><b>CISSS-CA – 6565</b></p> <p>Concernant l'unité de mesure « l'utilisateur » du sous-centre d'activité 6565 (Services sociaux), nous avons constaté, pour la période testée, que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes :</p> <p>A: L'unité de mesure « l'utilisateur » est erronée puisque nous avons constaté une divergence entre le nombre d'utilisateurs selon le rapport détaillé cumulatif et le rapport global cumulatif à la période 10.</p> <p>B: L'unité de mesure « l'utilisateur » est erronée puisque la compilation s'effectue avant que l'intervention de service ait lieu. Les interventions psychosociales qui sont annulées sont donc compilées malgré le fait qu'il n'y a pas eu de service. La situation a été corrigée en février 2016. Cette anomalie a pour effet de surevaluer le nombre d'utilisateurs.</p>	2015-2016	R	<p>A: Rencontres avec tous les gestionnaires concernés du CISSS de Chaudière-Appalaches. Explications données et comprises. Toutefois, des améliorations devront être faites au niveau de la production des rapports.</p> <p>B: Rencontre avec tous les gestionnaires concernés du CISSS de Chaudière-Appalaches. Compte tenu des résultats, des précisions seront à apporter auprès des intervenants.</p>			NR
<p><b>UM-11</b></p> <p><b>CISSS-CA – 6710</b></p> <p>Concernant les unités de mesure « l'unité technique provinciale » et « l'utilisateur » du centre d'activité 6710 (Électrophysiologie), nous avons constaté, pour la période testée, que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes :</p> <p>L'unité de mesure « l'unité technique » est erronée en raison des éléments suivants :</p> <p>A: Nous avons trouvé pour un certain nombre d'utilisateurs dont le code modificateur saisi n'était pas le bon code. Comme la valeur unitaire varie d'un code modificateur à l'autre, la compilation de l'unité de mesure n'est pas adéquate.</p> <p>B: Des codes modificateurs non prévus à la circulaire ont été saisis, ce qui n'est pas permis selon le MGF.</p> <p>C: Il y a des anomalies dans l'utilisation des codes administratifs et une utilisation de codes modificateurs incompatibles à des codes administratifs.</p> <p>D: Les unités de mesure « l'unité technique » et « l'utilisateur » sont erronées, car nous avons trouvé pour un usager que le code modificateur n'avait pas lieu d'être saisi, parce qu'il ne s'agissait pas d'électrophysiologie.</p>	2015-2016	R	<p>Pour les points A-B-D, les modifications ont été apportées et le suivi a été fait avec les autres secteurs.</p> <p>Pour le point C, malgré les modifications apportées et le suivi fait avec les autres secteurs, les résultats ne se sont pas adéquats, des précisions seront apportées.</p>	R		NR

<p><b>UM-12</b></p> <p><b>CSSS Alphonse-Desjardins – 6890</b>          Concernant les unités de mesure « la participation » et « le temps vécu-loisirs » du centre d'activité 6890 (Animation – loisirs), nous avons constaté, pour la période testée, que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes :</p> <p>A: Les unités de mesure « le temps vécu-loisirs » et « la participation » sont erronées, dues à des erreurs de saisie ou d'addition.</p> <p>B: Les unités de mesure « le temps vécu-loisirs » et « la participation » sont erronées, car on a inclus des activités qui n'étaient pas sous la supervision du service d'animation-loisirs (ex. : écoute de la télévision, activités supervisées par le personnel soignant). Cette anomalie a pour effet de surévaluer le temps vécu-loisirs et la participation.</p> <p>C: L'établissement n'a conservé aucune copie des pièces justificatives du nombre de participations et du temps vécu-loisirs pour une partie d'une période. Nous ne sommes pas en mesure de nous assurer que le nombre d'unités de mesure compilé est justifié.</p>	<p>A: 2014-2015</p> <p>B: 2014-2015</p> <p>C: 2015-2016</p>	<p>R</p>	<p>Ajustements apportés au CISSS de Chaudière-Appalaches pour l'année 2016-2017 ce qui a eu pour effet une diminution significative du nombre d'unités de mesure : la suppression de certaines activités non admissibles; la validation de certains fichiers de compilation (calculs).</p> <p>A: Seulement quelques installations ont été vérifiées, mais pas à la grandeur du CISSS de Chaudière-Appalaches.</p> <p>B: Les ajustements ont été faits pour l'ensemble du CISSS de Chaudière-Appalaches.</p> <p>C: La validation va se poursuivre au cours du prochain exercice afin de s'assurer de la conservation des pièces justificatives.</p>	<p>PR</p> <p>R</p> <p>R</p>		
<p><b>UM-14</b></p> <p><b>CISSS-CA – 7062</b>          Concernant les unités de mesure « les nouveaux cas » et « l'utilisateur » du sous-centre d'activité 7062 (Accompagnement des usagers atteints de cancer par l'IPO), nous avons constaté, pour la période testée, que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes :</p> <p>A: L'unité de mesure « les nouveaux cas » est erronée, puisqu'une unité de mesure a été compilée, alors qu'aucune évaluation initiale n'a été effectuée pour cet usager.</p> <p>B: L'unité de mesure « l'utilisateur » est erronée, car nous avons constaté qu'une statistique a été compilée pour une intervention qui n'entre pas dans la définition du MGF.</p>	<p>2015-2016</p>		<p>A: Rencontre avec le gestionnaire du CISSS de Chaudière-Appalaches et explications données. Suivi avec tous les IPO du CISSS de Chaudière-Appalaches.</p> <p>B: Rencontre avec le gestionnaire du CISSS de Chaudière-Appalaches et explications données. Suivi avec tous les IPO du CISSS de Chaudière-Appalaches.</p>	<p>R</p> <p>R</p>		
<p><b>UM-15</b></p> <p><b>CISSS-CA – 7064</b>          Concernant l'unité de mesure « l'utilisateur » du sous-centre d'activité 7064 (Procédures d'aphérèse), aucune statistique n'a été compilée et aucun coût n'a été associé à ce sous-centre d'activité. Les statistiques sont actuellement compilées dans le sous-centre d'activité 7061 (Services externes d'oncologie et d'hématologie).</p> <p>L'établissement n'a pas été en mesure d'isoler les procédures d'aphérèse des autres procédures et d'effectuer la compilation selon le MGF.</p> <p>L'importance de cette anomalie n'a pas été quantifiée, mais cela a néanmoins pour effet de sous-évaluer le nombre d'utilisateurs du sous-centre 7064 et surévaluer le nombre d'utilisateurs du sous-centre 7061.</p>	<p>2015-2016</p>	<p>R</p>	<p>Correction apportée en 2016-2017, la compilation a été effectuée, mais la page 650 pour ce c/a n'a pas été présentée, car les coûts n'étaient pas disponibles au prix d'un effort raisonnable.</p>	<p>PR</p>		

<p><b>UM-16</b></p> <p><b>CISSS_CA – 7163</b>          Concernant l'unité de mesure « l'utilisateur » du sous-centre d'activité 7163 (Prêt d'équipement aux usagers des services à domicile), nous avons constaté, que la liste détaillée fournie par le fournisseur externe ayant servi à l'inscription des unités de mesure n'est pas fiable. Celle-ci incluait des usagers en double ainsi que des usagers non admissibles selon le MGF.</p>	2015-2016	R	Il y a concentration de l'information dans un secteur (compilation). Par contre, le tout n'est pas complété. Il reste à valider les petits équipements en CLSC (Beauce).	PR	
<p><b>UM-17</b></p> <p><b>CSSS de Beauce- 7202</b>          Les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives relatives à l'unité de mesure « La semaine-étudiant » du centre d'activité 7202 (coordination et soutien) ne sont pas valables. En effet, nous avons noté une divergence entre les données inscrites à la statistique versus le décompte réel physique. L'effet de ce qui précède sur l'unité de mesure et le coût unitaire de l'unité de mesure du centre d'activité 7202 (coordination et soutien) présenté à la page 650 du rapport financier annuel n'a pas été déterminé.</p> <p>NOTE: Cette problématique a été libellée ainsi au rapport 2015-2016 dans le CISSS de Chaudière-Appalaches (mais même problématique): « Nous ne pouvons déterminer si le nombre d'unités de semaine-étudiant est conforme ou non, puisque les pièces justificatives, le rapport détaillé cumulatif et le rapport sommaire cumulatif ne correspondent pas».</p>	2013-2014	R	Amélioration du processus en 2016-2017 avec la possibilité d'extraire la donnée, ce qui était impossible en 2015-2016. Les reports se font adéquatement, il reste à travailler le calcul du nombre de semaine.	PR	
<p><b>UM-18</b></p> <p><b>CISSS- CA - 7532</b>          Concernant l'unité de mesure « l'admission, la visite et l'utilisateur » du sous-centre d'activité 7532 (Archives), nous avons constaté, que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes :</p> <p>A : Pour certains sites (Etchemins), l'établissement avait enlevé les cas en double pour les usagers utilisant plus d'un service, alors que le MGF ne spécifie pas cette demande.</p> <p>B : Nous avons relevé diverses pratiques de compilations qui ne répondaient pas aux directives du MGF (ex. : compilation de manipulation selon le nombre de demandes alors que certaines ne nécessitaient qu'une seule manipulation).</p> <p>C : Pour un secteur sélectionné (Beauce), les demandes de renseignements téléphoniques sont compilées alors que le MGF indique de ne pas les compiler.</p>	2015-2016	R	Pour tous les points, nous avons travaillé un peu le dossier, mais nous devons prendre plus de temps pour analyser chaque élément constituant l'unité de mesure.		NR



<p><b>UM-19</b></p> <p><b>CSSS des Etchemins – 7604</b></p> <p>A: Les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives relatives à l'unité de mesure « kilogramme de linge propre » et « kilogramme de linge souillé » du centre d'activité 7604 (buanderie) présentent certaines irrégularités. En effet, nous avons noté une divergence entre les données inscrites à la statistique versus le décompte réel physique causé, entre autres, par es erreurs de retranscription ou de formules informatiques ou d'addition.</p> <p>B: Pour un CLSC-CHSLD (Lac-Etchemin), nous n'avons pas été en mesure d'obtenir plusieurs pièces justificatives pour la validation des unités de mesure « le kilogramme de linge souillé » et « le kilogramme de linge propre ». Les pièces justificatives de 21 semaines étaient absentes. Nous ne sommes donc pas en mesure de nous assurer que le nombre de kilogramme est adéquat.</p>	<p>A: 2014-2015</p> <p>B: 2015-2016</p>	<p>R</p>	<p>A: Rencontre faite par la gestionnaire. La donnée devient régionale, donc plus facile à standardiser. Les outils sont révisés. Amélioration de la qualité.</p> <p>B: En 2016-2017, tous les documents ont été consignés au même endroit.</p>	<p>R</p> <p>R</p>		
<p><b>UM-20</b></p> <p><b>CSSS Alphonse-Desjardins - 6890</b></p> <p>Pour le centre d'activité 6890 (Animation - Loisirs), l'examen analytique révèle une baisse importante pour l'unité de mesure « participation ». Selon le CSSS Alphonse-Desjardins, il y a effectivement un problème de sous-évaluation de l'unité de mesure, mais aucune explication ne nous a été fournie.</p>	<p>2013-2014</p>	<p>R</p>	<p>Caduc, voir nouveau point <b>UM-12</b> ajouté en 2016 pour le CISSS de Chaudière-Appalaches à ce sujet.</p>			
<b>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</b>						
<p><b>QAI-1</b></p> <p>L'absence d'un registre comptable permanent des immobilisations ne permet pas le respect des principes directeurs sur les immobilisations.</p>	<p>2013-2014</p>	<p>C</p>	<p>Applicable globalement pour le CISSS de Chaudière-Appalaches depuis 2016.</p>			<p>NR</p>
<p><b>QAI-2</b></p> <p>Les activités de recherche sous la responsabilité de l'établissement sont présentées dans une entité distincte (Le Centre de recherche de l'Hôtel-Dieu de Lévis) et ne sont pas consolidées aux états financiers de l'établissement.</p>	<p>2013-2014</p>	<p>C</p>	<p>Au 31 mars 2017, toutes les opérations de « Société de gestion du personnel de recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches » qui n'étaient pas déjà aux livres du CISSS de Chaudière-Appalaches ont été intégrées aux états financiers ainsi que les divers éléments de bilan. Ainsi, toutes les activités de recherche sont maintenant consolidées aux états financiers de l'établissement.</p>	<p>R</p>		
<p><b>QAI-3</b></p> <p>Pour les non-conformités au MGF concernant les unités de mesure, voir l'annexe au rapport de l'auditeur – Unités de mesure et heures travaillées et rémunérées.</p>	<p>2013-2014</p>	<p>C</p>	<p>Applicable globalement pour le CISSS de Chaudière-Appalaches depuis 2016. Voir les réponses au suivi des commentaires UM ci-haut.</p>	<p>PR</p>		

<b>QAI-4</b> Non-conformité à la circulaire 2007-003 concernant les activités accessoires commerciales de Gestac – autorisation de l'agence non obtenue pour l'octroi du contrat.	2013-2014	C	L'établissement est présentement en révision du mode de gouvernance de ses activités commerciales, notamment de ses activités de stationnement. Ce nouveau mode de gouvernance permettra de respecter les dispositions prévues à la circulaire 03.01.10.12.  L'établissement a annoncé à Gestac que l'impartition des stationnements, telle que présentement configurée, ne sera pas renouvelée au terme de l'année financière 2017-2018.		PR	
<b>QAI-5</b> Aucun suivi n'est fait par le CSSS pour s'assurer que les intérêts sur les sommes détenues en fiducie sont attribués à leur propriétaire.	2013-2014	C	Les intérêts ont été répartis au prorata des sommes détenues en fiducie au 31 mars 2017.	R		
<b>QAI-6</b> L'absence de politique de capitalisation des immobilisations propre au CISSS de Chaudière-Appalaches. Il n'y a pas de seuil de capitalisation appliqué uniformément d'un secteur à l'autre et d'une année financière à l'autre, ce qui est non conforme à l'annexe F des principes directeurs.	2015-2016	C	Politique de capitalisation adoptée par le conseil d'administration le 25 janvier 2017. (Résolution: 2017-12-12) (Politique: POL_DRFA_2017-115)	R		
<b>QAI-7</b> Les catégories d'immobilisations ne sont pas utilisées conformément à l'annexe F des principes directeurs : • La catégorie d'immobilisations « Bâtiments » pour un secteur était amortie sur une période de 40 ans alors qu'elle aurait dû être amortie sur 50 ans puisque ses bâtiments ne sont pas en bois. • La catégorie d'immobilisations « Améliorations majeures » n'était pas utilisée pour un secteur, les immobilisations de cette nature étaient inscrites à la catégorie « Bâtiments ».	2015-2016	C	Écriture de correction effectuée.  Redressement inscrit à la page 421-00, lignes 4 et 5.	R  R		
<b>QAI-8</b> Aucun couru n'est comptabilisé en fin d'exercice principalement pour le paiement mensuel des rétributions versées aux ressources non institutionnelles d'un secteur. La comptabilisation sur base de caisse est utilisée, ce qui est non conforme aux principes directeurs du MGF.	2015-2016	C	L'établissement a mis en place un processus de démarcation afin de s'assurer d'une comptabilisation sur une base d'exercice des rétributions versées aux ressources non institutionnelles de tous ces secteurs.	R		
<b>QAI-9</b> Un contrat de location pour un immeuble auprès d'une entreprise privée a été comptabilisé comme un contrat de location-exploitation alors qu'il aurait dû être comptabilisé comme un contrat de location-acquisition.	2015-2016	C	Après discussions et analyses complètes, il est convenu que la comptabilisation comme un contrat de location-exploitation est conforme.	R		

<p><b>QAI-10</b></p> <p>Pour plusieurs ententes conclues avec des ressources intermédiaires et des ressources de type familial (RI/RTF), des renouvellements ont été inscrits dans les obligations contractuelles présentées à la page 635-00 alors que les ententes ne venaient pas à échéance dans un avenir suffisamment rapproché afin que l'établissement soit en mesure de n'avoir aucune incertitude quant à son renouvellement. De plus, les valeurs utilisées pour établir les coûts n'ont pas été indexées annuellement. Cela contrevient à la circulaire 2016-001 (annexe 3).</p>	2015-2016	C	<p>Pour l'année 2016-2017, les engagements pour les RI et RTF ont été établis en fonction de chaque contrat RI et RTF. Tous les contrats ont été déposés sur un répertoire commun afin que toutes les personnes impliquées dans la détermination de l'engagement puissent y avoir accès. Des efforts ont été faits afin que les dates de début et de fin initiales du contrat versus les dates de début et fin des périodes de renouvellement soient adéquatement considérées lors de l'évaluation de l'engagement. Les engagements ont été indexés selon ce qui a été requis par le MGF.</p>	PR	
<b>Rapport à la gouvernance</b>					
<p><b>C-1</b></p> <p>Les administrateurs du réseau effectuent des fonctions incompatibles.</p>	2011-2012	C	<p>Ex. : CISS de Montmagny</p> <p>Caduc, voir nouveau point <b>C-11</b> ajouté en 2016 pour le CISS de Chaudière-Appalaches à ce sujet.</p>		
<p><b>C-2</b></p> <p>Contrôle interne au département de la paie : À la suite de notre travail d'audit, nous avons constaté qu'aucune description des processus et contrôles internes liée à la paie n'était disponible à l'interne. Nous jugeons qu'il serait important qu'un travail soit amorcé à ce niveau, et ce, pour deux raisons principales : 1 – S'assurer que les autorisations soient obtenues par les personnes appropriées; 2 – Instaurer des contrôles informatiques dans la mesure du possible afin de limiter l'intervention humaine.</p>	2013-2014	C	<p>Ex. : CISS de Thetford</p> <p>Caduc, voir nouveau point <b>C-18</b> ajouté en 2016 pour le CISS de Chaudière-Appalaches à ce sujet.</p>		
<p><b>C-3</b></p> <p>Nous recommandons à l'établissement de mettre en place des procédures d'encadrement et d'approbation suffisantes pour la préparation des informations requises à la production du rapport financier annuel.</p>	2013-2014	C	<p>Applicable globalement pour le CISS de Chaudière-Appalaches depuis 2016.</p> <p>Les mesures suivantes ont été mises en place afin d'améliorer les procédures relatives à la préparation du rapport financier annuel : déploiement d'un outil parapluie pour le volet exploitation, centralisation des transactions dans une base de données unique pour le fonds d'immobilisations, amélioration de l'uniformité des pratiques comptables et financières entre les anciens secteurs, etc. Au cours de l'année 2017-2018, l'établissement souhaite étendre ses pratiques à l'ensemble des informations complémentaires de nature financière.</p>	PR	

<b>C-4</b> Nous recommandons au CSSS-AD de revoir le fonctionnement du processus de compilation des obligations contractuelles afin de s'assurer de la qualité de l'information ainsi que de l'intégralité des obligations contractuelles présentées au rapport financier annuel.	2013-2014	C	Ex. : CSSS Alphonse-Desjardins  Caduc, voir nouveau point <b>C-10</b> ajouté en 2016 pour le CISSS de Chaudière-Appalaches à ce sujet.			
<b>C-5</b> Nous recommandons à l'établissement d'effectuer une analyse des contrats de location et comptabiliser ceux-ci dans le respect des exigences des NCCSP.	2013-2014	C	En cours. Démarche complétée pour le contrat au point QAI-9.  Travaux d'analyse de tous les contrats de location à faire.		PR	
<b>C-6</b> Nous recommandons au CSSS-AD de revoir les divers processus et leurs accès informatiques afin de s'assurer d'une séparation adéquate des tâches incompatibles.	2013-2014	C	Ex. : CSSS Alphonse-Desjardins  Caduc, voir nouveau point <b>C-11</b> ajouté en 2016 pour le CISSS de Chaudière-Appalaches à ce sujet.			
<b>C-7</b> Nous recommandons à l'établissement de mettre en place une procédure formelle, documentée et périodique de révision des codes inactifs et de droits d'accès, en fonction des responsabilités du personnel utilisateur pour le réseau et les applications.	2013-2014	C	Applicable globalement pour le CISSS de Chaudière-Appalaches depuis 2016.  Ces recommandations seront prises en compte lors de l'implantation des futurs systèmes uniques (Paie-RH et SIG-FA).			NR
<b>C-8</b> Nous recommandons à l'établissement d'analyser et documenter la nature des sommes composant le solde interfonds.	2013-2014	C	Applicable globalement pour le CISSS de Chaudière-Appalaches depuis 2016.  Analyse effectuée pour 2016-2017.		PR	
<b>C-9</b> Nous recommandons à l'établissement de mettre en place un processus d'évaluation des passifs éventuels et des actifs découlant de litige afin d'assurer une comptabilisation et une présentation adéquate au rapport financier annuel.	2013-2014	C	Applicable globalement pour le CISSS de Chaudière-Appalaches depuis 2016.  Un processus d'évaluation des éventualités a été mis en place en vue de s'assurer de l'exhaustivité et de la bonne estimation des éventualités.	R		

<p><b>C-10</b></p> <p>Nous recommandons au CISSS de Chaudière-Appalaches de revoir son processus de compilation des obligations contractuelles afin de s'assurer de la qualité de l'information ainsi que de la réalité et de l'exhaustivité des obligations contractuelles présentées au rapport financier annuel.</p>	2015-2016	C	<p><b>Exercice 2016-2017</b></p> <p>Au 31 mars 2017, un exercice a été fait en vue de recenser tous les contrats en cours selon :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les bases de données GRM de l'établissement.</li> <li>- Les contrats de construction et les baux pris en charge uniquement par les services techniques ne passant pas par nos GRM.</li> <li>- Les baux de la SQL.</li> <li>- Les engagements par rapport aux services préhospitaliers d'urgence (SPU).</li> <li>- Les ententes RI, RTF.</li> </ul> <p>Nous avons aussi considéré tous les contrats répertoriés provenant de secteurs autres que les approvisionnements.</p> <p>Les engagements pour les RI, RTF ont été déterminés adéquatement en fonction de chaque entente. Une formation a été donnée aux responsables sur la manière d'établir ces engagements. De plus, sur base de sondages, les calculs ont été revalidés.</p> <p>Des améliorations restent encore à faire afin de s'assurer d'une bonne compréhension par les intervenants dans ce processus et renforcer l'exercice du contrôle de la qualité.</p>	PR	
<p><b>C-11</b></p> <p>Nous recommandons au CISSS de Chaudière-Appalaches de revoir les divers processus financiers et leurs accès informatiques afin de s'assurer d'une séparation adéquate des tâches incompatibles.</p>	2015-2016	C	<p>En évolution au fur et à mesure des ajustements à l'organisation du travail. La séparation des tâches sera optimale après l'implantation des futurs systèmes uniques (Paie RH et SIG-FA).</p>	PR	
<p><b>C-12</b></p> <p>Nous recommandons au CISSS de Chaudière-Appalaches d'établir une politique de capitalisation des immobilisations incluant notamment les seuils de capitalisation applicables aux différentes catégories d'immobilisations.</p>	2015-2016	C	<p>Politique de capitalisation adoptée par le conseil d'administration le 25 janvier 2017. (Résolution : 2017-12-12) (Politique : POL_DRFA_2017-115)</p>	R	
<p><b>C-13</b></p> <p>Nous recommandons au CISSS de Chaudière-Appalaches d'uniformiser ses pratiques comptables à l'égard de la catégorisation des immobilisations, et ce conformément au MGF.</p>	2015-2016	C	Voir QAI-7.	R	

<b>C-14</b> Nous recommandons au CISSS de Chaudière-Appalaches de s'assurer que les revenus reportés inscrits au fonds d'immobilisations sont conformes aux normes comptables du secteur public.	2015-2016	C	Corrections effectuées en conformité avec les normes comptables du secteur public.	R		
<b>C-15</b> Nous recommandons au CISSS de Chaudière-Appalaches de s'assurer que le suivi de contributions reportées est effectué par catégorie d'immobilisations afin d'établir adéquatement l'amortissement de ces revenus reportés.	2015-2016	C	Corrections nécessaires apportées et pratiques conformes quant au respect de l'amortissement selon la catégorie d'immobilisations.	R		
<b>C-16</b> Nous recommandons au CISSS de Chaudière-Appalaches de prendre les mesures requises afin de respecter les exigences de présentation des NCCSP concernant le budget approuvé par le conseil d'administration.	2015-2016	C	Pour 2016-2017, certaines corrections ont été apportées. Le budget 2017-2018 a été élaboré en considérant l'ensemble des informations exigées – celui-ci sera présenté intégralement au AS-471 2017-2018 dans le respect des exigences de présentation des NCCSP.		PR	
<b>C-17</b> Nous recommandons au CISSS de Chaudière-Appalaches de planifier et documenter adéquatement les prochaines conversions de systèmes.	2015-2016	C	La base de données du programme dépendance et le fonds d'immobilisations ont fait l'objet d'une conversion au 1 <sup>er</sup> avril 2016 à la satisfaction des auditeurs. Les prochaines conversions sont prévues en 2017-2018 et seront documentées adéquatement.		PR	
<b>C-18</b> Nous recommandons au CISSS de Chaudière-Appalaches de prendre les mesures requises afin de préparer des descriptions uniformes de tous ses processus significatifs.	2015-2016	C	La majorité des descriptions des processus significatifs ont été rédigées.		PR	
<b>C-19</b> Nous recommandons au CISSS de Chaudière-Appalaches de rehausser la configuration des mots de passe selon ces standards minimaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>• longueur minimale de huit caractères;</li> <li>• complexité obligatoire (lettres, chiffres, caractères spéciaux, etc.);</li> <li>• modification périodique obligatoire : (60 jours) 90 jours dans le Cadre global;</li> <li>• fermeture après trois tentatives d'accès infructueuses (cinq dans le Cadre global);</li> <li>• historique d'utilisation de mot de passe (10).</li> </ul>	2015-2016	C	Ces recommandations seront prises en compte lors de l'implantation des futurs systèmes uniques (Paie-RH et SIG-FA).			NR
<b>C-20</b> Nous recommandons au CISSS de Chaudière-Appalaches d'améliorer la gestion des accès en s'assurant de la documentation des autorisations.	2015-2016	C	Ces recommandations seront prises en compte lors de l'implantation des futurs systèmes uniques (Paie-RH et SIG-FA).			NR

<b>C-21</b> Nous recommandons au CISSS de Chaudière-Appalaches de corriger les lacunes concernant la gestion des modifications de systèmes en procédant au renforcement des procédures suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>● mise en place d'une méthodologie de maintenance;</li> <li>● documentation des tests;</li> <li>● autorisation des modifications aux systèmes et aux données;</li> <li>● séparation des tâches entre le personnel de développement et celui responsable des migrations;</li> <li>● documentation des modifications.</li> </ul>	2015-2016	C	Ces recommandations seront prises en compte lors de l'implantation des futurs systèmes uniques (Paie-RH et SIG-FA).			NR
---	-----------	---	---	--	--	----

## 11. Les organismes communautaires

Le nombre d'organismes communautaires subventionnés par le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) est de 169 pour l'année 2016-2017.

Voici quelques actions réalisées par notre établissement afin d'obtenir le rapport financier et le rapport d'activités des organismes communautaires :

- Signature, pour tous les organismes, de la Convention de soutien financier 2015-2018 – dans le cadre du soutien financier à la mission globale des organismes communautaires oeuvrant en santé et services sociaux;
- Pour les organismes communautaires financés par entente spécifique ou projet ponctuel, une lettre d'allocation exprimant les exigences de reddition de comptes est transmise systématiquement à chacune des allocations ciblées par ces modes de financement;
- Lors de la demande annuelle d'aide financière par le formulaire d'admissibilité et de demande de soutien financier PSOC, le CISSS de Chaudière-Appalaches s'assure que chacun des organismes communautaires demandeurs possède la brochure PSOC du ministère de la Santé et des Services sociaux qui précise les exigences de reddition de comptes;
- Le CISSS de Chaudière-Appalaches rend disponible pour tous les organismes communautaires subventionnés la publication du ministère de la Santé et des Services sociaux en lien avec la reddition de comptes : La reddition de comptes dans le cadre du soutien à la mission globale – Programme de soutien aux organismes communautaires;
- Avis pour tous les organismes communautaires subventionnés dans le cadre du PSOC rappelant les documents exigés pour la reddition de comptes et l'échéancier balisé par le PSOC;
- Mécanisme de suivi à la reddition de comptes auprès de tous les organismes communautaires subventionnés.

La subvention accordée à chacun des organismes communautaires subventionnés par le PSOC se trouve dans le tableau ci-dessous.

Soutien financier aux organismes communautaires par le programme de soutien financier (PSOC)		
Organismes	Total 2015-2016	Total 2016-2017
À Tire-d'Aile, centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel	269 931 \$	273 170 \$
A. P.E. D. A. H. et Plus Beauce-Etchemins	–	–
Accueil Sérénité	54 371 \$	55 023 \$
Action Jeunesse Côte-Sud	145 217 \$	146 960 \$
Actions bénévoles communautaires diverses de Saint-Adalbert	15 512 \$	15 701 \$
Aide aux jeunes contrevenants de Beauce	193 170 \$	195 488 \$
Allaitement Québec	33 429 \$	33 830 \$
Alliance-Jeunesse Chutes-de-la-Chaudière	88 976 \$	90 044 \$
Amalgame MDJ Ouest	139 161 \$	140 831 \$
AQETA, section Chaudière-Appalaches	–	–
Association bénévole Beauce-Sartigan inc.	243 799 \$	246 758 \$
Association d'entraide communautaire La Fontaine	204 285 \$	206 736 \$
Association de l'action volontaire Appalaches	252 337 \$	255 409 \$
Association de la fibromyalgie région Chaudière-Appalaches	66 237 \$	67 032 \$
Association de loisirs pour personnes handicapées de L'Islet-Sud	93 635 \$	94 759 \$
Association des maisons de jeunes Chaudière-Appalaches	–	–
Association des personnes handicapées de la Chaudière	173 873 \$	175 959 \$
Association des personnes handicapées de Lévis inc.	419 627 \$	441 591 \$
Association des personnes handicapées de Lotbinière	194 323 \$	196 655 \$
Association Horizon Soleil	101 697 \$	102 917 \$
Association pour l'intégration sociale (Région Beauce-Sartigan)	179 195 \$	212 628 \$
Association renaissance de la région de L'Amiante	242 867 \$	245 522 \$
Association TCC des deux Rives – Québec – Chaudière-Appalaches	66 327 \$	67 133 \$
Atelier occupationnel Rive-Sud inc	64 669 \$	92 259 \$
Au Bercaill de Saint-Georges	653 789 \$	658 434 \$
Aube de la Paix (1993) inc.	–	–
Aux Quatre Vents, groupe d'entraide pour personnes en difficulté psychologique ou psychiatrique	266 012 \$	269 204 \$
Cancer du sein	3 827 \$	3 873 \$
Carrefour des personnes âgées de Lotbinière	145 699 \$	147 470 \$
Centre aide et prévention jeunesse de Lévis	75 359 \$	76 263 \$
Centre communautaire Normandie inc.	105 295 \$	106 559 \$
Centre d'action bénévole Concert'Action - mad	45 101 \$	45 655 \$
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel Chaudière-Appalaches inc.	280 101 \$	283 462 \$
Centre d'écoute et de prévention du suicide Beauce-Etchemins	96 629 \$	97 789 \$
Centre d'entraide communautaire bénévole de Montmagny - mad	234 492 \$	237 343 \$
Centre d'action bénévole Beauce-Etchemins	216 970 \$	207 273 \$
Centre d'action bénévole Beauce-Etchemins - cab	–	12 325 \$
Centre d'action bénévole Bellechasse-Lévis-Lotbinière	161 975 \$	–
Centre d'action bénévole Concert'action	36 767 \$	37 208 \$
Centre d'action - mad	213 061 \$	159 550 \$
Centre d'action - seri		163 919 \$



Centre d'action - cab	85 659 \$	142 792 \$
Centre de Vie de Bellechasse inc.	45 311 \$	45 862 \$
Centre d'entraide communautaire bénévole de Montmagny	–	–
Centre d'entraide communautaire bénévole de Montmagny - cab	56 819 \$	57 501 \$
Centre d'entraide communautaire bénévole de Montmagny fiducie cancer	32 353 \$	32 741 \$
Centre d'entraide de la région de Disraëli	50 398 \$	51 003 \$
Centre d'entraide familiale de la MRC de Montmagny	3 826 \$	3 872 \$
Centre d'Équithérapie La Remontée	–	–
Centre Domrémy des Appalaches	264 992 \$	268 172 \$
Centre Ex-Equo	441 284 \$	446 579 \$
Centre Femmes La Rose des Vents inc.	202 538 \$	204 968 \$
Centre la Barre du Jour	219 497 \$	222 131 \$
Centre-Femmes « La Jardilec » inc.	200 964 \$	203 376 \$
Centre-Femmes de Beauce inc.	221 011 \$	223 663 \$
Centre-Femmes de Bellechasse	197 680 \$	200 052 \$
Centre-Femmes de Lotbinière	208 873 \$	211 379 \$
Centre-Femmes L'Ancrage	191 399 \$	193 696 \$
Club parentaïde Beauce-Centre	11 167 \$	11 301 \$
Comptoir le Grenier	210 186 \$	210 186 \$
Corporation de développement de la communauté d'expression anglaise de Mégantic	–	–
Coup de pouce nourrice	8 467 \$	8 569 \$
Crédits de développement à répartir	80 789 \$	81 758 \$
D'Hommes à Hommes inc.	146 020 \$	147 772 \$
Diabète Beauce-Etchemins inc.	9 440 \$	9 553 \$
DI-DP-TED	51 770 \$	52 391 \$
Entraide au masculin Côte-Sud	137 869 \$	139 523 \$
Entraide Solidarité Bellechasse - mad	173 059 \$	175 169 \$
Espace Chaudière-Appalaches	158 433 \$	160 334 \$
Frigos Pleins	63 917 \$	64 684 \$
G.R.I.S. Chaudière-Appalaches inc.	74 217 \$	75 108 \$
Goupe bénévole « Les Coeurs Ouverts » de Ste-Lucie de Beaugard	14 633 \$	14 811 \$
Grands Frères Grandes Sœurs des Appalaches	52 837 \$	53 471 \$
Groupe d'accompagnement Jonathan inc.	59 732 \$	60 449 \$
Groupe d'entraide cancer et vie	56 516 \$	57 194 \$
Groupe espérance et cancer	90 176 \$	91 258 \$
Havre L'Éclaircie inc.	751 671 \$	760 691 \$
Intervalle	340 377 \$	344 462 \$
Joueurs pathologiques	286 746 \$	299 978 \$
L'Ancre, regroupement des parents et amis des personnes atteintes de maladie mentale	140 931 \$	142 622 \$
L'Arc-en-Ciel, regroupement de parents et de personnes handicapées	256 987 \$	260 071 \$
L'Arc-en-Ciel, regroupement de parents et de personnes handicapées (mandat autisme régional)	47 181 \$	47 747 \$
L'Arche le Printemps inc.	587 773 \$	594 826 \$
L'Assiettée Beauceronne	74 787 \$	75 684 \$
L'Association des personnes handicapées de Bellechasse (L'A.P.H.B.)	149 930 \$	151 729 \$
L'Entraide Pascal-Taché inc.	80 256 \$	81 219 \$

L'Éveil, groupe d'entraide pour personnes atteintes de maladie mentale	165 108 \$	167 089 \$
L'Oasis de Lotbinière inc.	193 701 \$	196 025 \$
La Chaudronnée des cuisines collectives	59 629 \$	60 345 \$
La Chaudronnée du Bel-Âge	25 627 \$	25 938 \$
La Corporation de solidarité en sécurité alimentaire de Lotbinière	–	–
La Croisée - regroupement de parents, amis(es) de la personne atteinte de maladie mentale - MRC des Appalaches	144 251 \$	145 982 \$
La Croisée des Chemins	229 820 \$	232 578 \$
La Frontière	7 447 \$	7 536 \$
La Frontière	121 976 \$	123 440 \$
La Frontière (supervision des droits d'accès)	–	–
La Gîtée inc.	741 687 \$	750 587 \$
La Jonction pour elle inc.	842 754 \$	852 867 \$
La maison de la famille de Lotbinière	6 904 \$	6 987 \$
La Maison des aînés de Lévis inc.	78 583 \$	79 539 \$
La Maison des Jeunes de Black Lake (DISSOLUTION)	–	–
La Maison des jeunes de Charny inc.	106 304 \$	107 580 \$
La maison des jeunes de la M.R.C. Robert-Cliche	75 995 \$	76 907 \$
La Maison des jeunes de Montmagny inc.	65 994 \$	66 786 \$
La Maison des jeunes de St-Étienne-de-Lauzon inc.	74 262 \$	75 153 \$
La Maison des jeunes de St-Jean Chrysostome inc.	51 586 \$	52 205 \$
La Maison des jeunes de Thetford Mines	83 355 \$	112 866 \$
La Maison des jeunes Isotope de St-Malachie	–	–
La Maison des jeunes L'Azymut Est Ouest	64 901 \$	65 680 \$
La Maison du Tournant inc.	279 854 \$	283 212 \$
La Passerelle groupe d'aide et d'entraide pour personnes vivant avec un problème de santé mentale	343 786 \$	347 911 \$
La Popote roulante des Aulnaies	14 694 \$	14 873 \$
La Rencontre, groupe d'entraide pour personnes atteintes de maladie mentale	190 739 \$	193 028 \$
La Ruche de St-Romuald inc.	71 557 \$	72 416 \$
La Société Alzheimer Chaudière-Appalaches	344 992 \$	349 208 \$
La Société Grand Village inc.	65 587 \$	66 374 \$
La Tournée de Marmitons de Montmagny	14 672 \$	14 850 \$
L'Adoberge Chaudière-Appalaches	324 785 \$	328 682 \$
L'A-Droit de Chaudière-Appalaches	170 591 \$	172 638 \$
L'Association canadienne pour la santé mentale, Chaudière-Appalaches inc.	92 556 \$	93 667 \$
Le Centre de parrainage de la Jeunesse de Beauce	65 944 \$	66 735 \$
Le Cercle de l'Amitié de Cap St-Ignace	16 934 \$	17 140 \$
Le Comptoir d'aide Le Fouillis inc.	12 223 \$	12 370 \$
Le Contrevent, pour l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale	253 339 \$	256 379 \$
Le Havre des femmes	704 972 \$	713 432 \$
Le Havre, groupe d'aide et d'entraide pour la personne vivant avec un problème de santé mentale	236 833 \$	239 675 \$
Le Havre, groupe d'aide et d'entraide pour la personne vivant avec un problème de santé mentale (cancer)	–	–
Le Havre, groupe d'aide et d'entraide pour la personne vivant avec un problème de santé mentale (supervision des droits d'accès)	–	–

Le Murmure, groupe d'entraide de personnes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants	179 260 \$	181 411 \$
Le Rappel groupe d'entraide de personnes atteintes d'une maladie mentale	272 046 \$	275 311 \$
Le Re-lait Montmagny-L'Islet	8 585 \$	8 688 \$
Le Service d'entraide de Charny inc.	71 177 \$	72 041 \$
Le Sillon regroupement des parents et amis de la personne atteinte d'une maladie mentale	227 851 \$	230 585 \$
Le Trait d'Union, groupe d'entraide pour personnes ayant des troubles de santé mentale	280 658 \$	284 026 \$
Les Amies de l'entraide de St-Just inc.	14 681 \$	14 859 \$
Les amies de Panet	16 988 \$	17 194 \$
Les Compagnes de l'Entraide du Lac-Frontière	14 170 \$	14 342 \$
Les nouveaux sentiers de la MRC de L'Islet	138 836 \$	140 502 \$
L'Essentiel des Etchemins	69 334 \$	70 166 \$
Lien-Partage inc.	210 841 \$	213 396 \$
L'Interface, organisme de justice alternative	222 034 \$	224 698 \$
Lits multifonctionnels Montmagny-L'Islet	28 259 \$	28 598 \$
Maison de jeunes L'Olivier des Etchemins	88 610 \$	89 673 \$
Maison de la famille Beauce-Etchemins	29 306 \$	29 658 \$
Maison de la famille Chutes-Chaudière	–	1 970 \$
Maison de la famille de Bellechasse	7 393 \$	7 482 \$
Maison de la famille de la MRC de L'Islet (Papa)	24 330 \$	22 658 \$
Maison de la famille de la MRC de L'Islet (Y'app)	–	1 970 \$
Maison de la famille Nouvelle-Beauce	15 110 \$	15 291 \$
Maison de la famille R.E.V. Rive-Sud	98 591 \$	99 774 \$
Maison de la famille Rive-Sud	–	1 970 \$
Maison des jeunes « L'Utopie »	69 123 \$	69 952 \$
Maison des jeunes « St-Henri »	70 379 \$	71 224 \$
Maison des jeunes de Beauce-Sartigan	229 038 \$	231 786 \$
Maison des Jeunes de Black Lake	28 173 \$	–
Maison des jeunes de l'Islet Nord	77 318 \$	78 246 \$
Maison des jeunes de Saint-Michel de Bellechasse	50 000 \$	50 600 \$
Maison des jeunes d'East Broughton	32 268 \$	32 655 \$
Maison des jeunes Défi-Ados	80 919 \$	81 890 \$
Maison des jeunes des Frontières du Sud	74 736 \$	75 633 \$
Maison des jeunes du Lac Aylmer	29 919 \$	30 278 \$
Maison des jeunes, Saint-Raphaël	47 819 \$	48 393 \$
Maison l'Odyssée	16 844 \$	17 046 \$
Maison l'Odyssée Jeu Alcool Drogues	83 056 \$	84 053 \$
Mesures alternatives jeunesse Frontenac inc.	190 077 \$	192 358 \$
Moisson Beauce inc.	115 394 \$	116 779 \$
Nouvel Essor	–	–
Nouvel Essor - déficiences multiples	138 232 \$	139 891 \$
Nouvel Essor - mad	156 176 \$	158 076 \$
Nouvel Essor (mandat autisme régional)	–	–
Ouvre ton cœur à l'espoir	28 293 \$	28 633 \$
Parentaime Maison de la famille des Etchemins	–	–
Partage au masculin Beauce	199 003 \$	201 391 \$
Personnes handicapées en action de la Rive-Sud	209 086 \$	211 595 \$

Personnes handicapées physiques région de Thetford	18 380 \$	–
Politique de santé et de bien-être	161 192 \$	163 126 \$
Popote roulante L'Islet inc.	29 051 \$	29 405 \$
Présence Lotbinière	51 686 \$	52 310 \$
Projet M.D.J. Saint-Isidore inc.	37 314 \$	37 762 \$
RAPHRCA	–	39 729 \$
Regroupement des jeunes de Lotbinière	86 968 \$	88 012 \$
Regroupement des personnes aidantes de Lotbinière	102 036 \$	103 272 \$
Regroupement des personnes handicapées physiques de la région de Thetford (RPHPRT)	80 775 \$	100 357 \$
Regroupement des proches aidants de Bellechasse	102 978 \$	104 226 \$
Réhabilitation de Beauce inc.	376 697 \$	381 217 \$
Réseaux d'entraide des Appalaches	76 763 \$	77 684 \$
Ressource alternative des jeunes de Bellechasse	70 977 \$	71 829 \$
Ressource le Berceau inc.	205 747 \$	208 216 \$
Ressources-Naissances	96 734 \$	97 895 \$
Ressources-Naissances (02-03-03-00-H7)	153 458 \$	155 299 \$
S.O.S. Onde Amitié	83 341 \$	84 341 \$
Service d'entraide Bernières-Saint-Nicolas inc.	50 718 \$	51 334 \$
Service d'entraide de Breakeyville (fiducie proches-aidants)	95 082 \$	96 231 \$
Service d'entraide de Breakeyville - mad	19 641 \$	19 877 \$
Service d'entraide de Pintendre	60 155 \$	60 888 \$
Service d'entraide de Saint-Jean-Chrysostome	74 221 \$	75 122 \$
Service d'entraide de Saint-Lambert-de-Lauzon	50 050 \$	50 658 \$
Service d'entraide de Saint-Rédempteur inc.	52 795 \$	53 436 \$
Service d'entraide de Saint-Romuald inc.	53 298 \$	53 945 \$
Service d'entraide de Saint-Romuald inc. (en fiducie)	–	–
Service d'entraide Saint-Étienne	52 006 \$	52 637 \$
Service régional d'interprétariat de L'Est du Québec inc.	156 452 \$	158 329 \$
Société de réadaptation et d'intégration communautaire (S.R.I.C.)	839 816 \$	849 894 \$
Sommes dédiées aux personnes sourdes et malentendantes	51 445 \$	12 333 \$
Sommes non allouées	64 842 \$	74 647 \$
Stan-Jeunes	4 500 \$	4 554 \$
Stratégie d'action jeunesse	413 \$	418 \$
Supervision des droits d'accès	28 598 \$	28 941 \$
Surplus transfert santé mentale	170 \$	172 \$
Table régionale des organismes communautaires Chaudière-Appalaches	157 426 \$	159 315 \$
TROCASM	12 395 \$	12 544 \$
Vie-Amitié-Partage	13 950 \$	14 120 \$

OPÉRER  
DÉVELOPPER  
SERVER  
DIAGNOSTIQUER  
FORMER  
HÉBERGER  
SOUTENIR  
COMPAGNER  
COLLABORER  
RÉFÉRER  
CHERCHER  
RÉADAPTER  
ÉVALUER  
ENSEIGNER  
DESSERVIR  
SOUTENIR  
RASSURER  
PRÉVENIR



# ANNEXE

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

CONSEILLER  
PROTÉGER  
INTERVENIR  
AIDER  
OPÉRER  
DÉFENDRE  
SURVEILLER  
DEVELOPPER  
TRAITER  
ÉCOUTER  
OBSERVER  
DIAGNOSTIQUER  
ACCUEILLIR  
GUÉRIR  
INFORMER  
PROMOUVOIR  
SENSIBILISER  
SOUTENIR  
ACCOMPAGNER  
INTÉGRER  
CHERCHER  
READAPTER  
ÉVALUER  
RASSURER  
PRÉVENIR  
CONSEILLER  
PROTÉGER  
INTERVENIR  
AIDER  
OPÉRER  
DÉFENDRE  
SURVEILLER  
TRAITER  
ÉCOUTER  
OBSERVER  
D  
ACCUEILLIR  
GUÉRIR  
INFORMER  
PROMOUVOIR  
SENSIBILISER  
S  
ACCOMPAGNER  
INTÉGRER  
RÉFÉRER  
ÉVALUER  
RA

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

NUMÉRO : REG-CA2016-007

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

## 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 prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur.

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

### 2. Fondement légal

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

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).
- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).
- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbysme* (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 circonstances<sup>1</sup>.

*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.

---

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

## 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'actionariat 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**





[www.cisss-ca.gouv.qc.ca](http://www.cisss-ca.gouv.qc.ca)

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

