

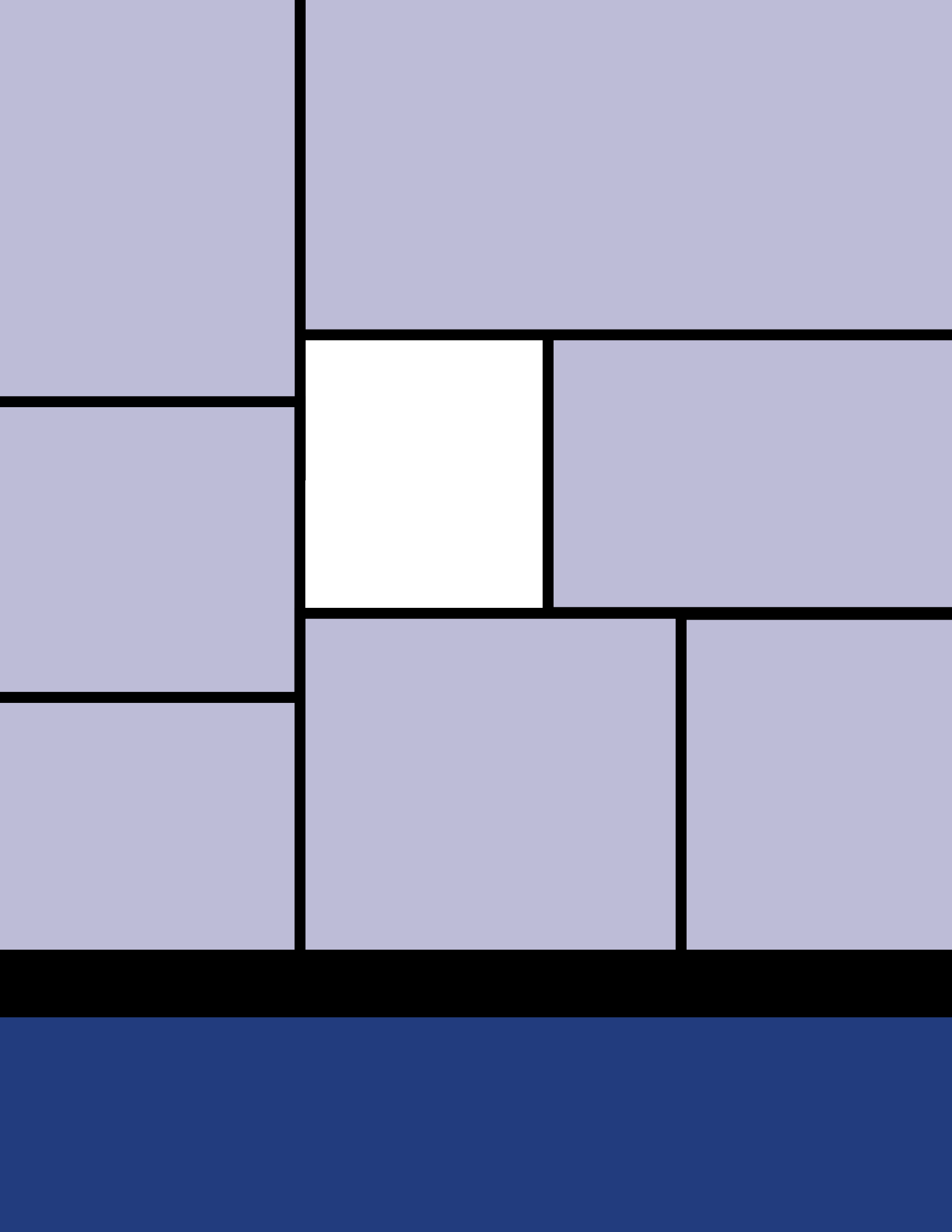


Rapport annuel de gestion

2021-2022



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



Rapport annuel de gestion

2021-2022

Recommandé
par le conseil
d'administration
au MSSS
le **9 juin 2022**

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

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

Québec 

Le Rapport annuel de gestion 2021-2022 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.cisssca.com

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

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022

ISBN : 978-2-550-92978-9

COM 2022-028

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2021-2022

CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE CHAUDIÈRE-APPALACHES

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 L'établissement	8
3.1.1 La mission	8
3.1.2 La vision	9
3.1.3 Les valeurs organisationnelles	9
3.1.4 Structure organisationnelle	10
3.2 Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives	12
3.2.1 Le conseil d'administration	12
3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives	13
3.3 Les faits saillants	29
4. Les résultats au regard du plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux	33
5. Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	41
5.1 L'agrément	41
5.2 La sécurité et la qualité des soins et des services	41
5.2.1 Les actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents	41
5.2.2 La nature des trois principaux types d'incidents (indices de gravité A et B) mis en évidence au moyen du système local de surveillance	42
5.2.3 La nature des trois principaux types d'accidents (indices de gravité C à I) mis en évidence au moyen du système local de surveillance	42
5.2.4 Les actions entreprises par le comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement en lien avec les principaux risques d'incidents/accidents	
5.2.5 La surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales	44
5.2.6 Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art 118.1 LSSSS)	43
5.2.7 Les mesures mises en place par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité aux recommandations formulées par les instances	47
5.3 Le nombre de mises sous garde dans une installation selon la mission	52
5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits	53
5.5 L'information et la consultation de la population	53

TABLE DES MATIÈRES (suite)

6. L'application de la Politique portant sur les soins de fin de vie	54
7. L'application de la Loi sur la protection de la jeunesse	55
8. Les ressources humaines	58
8.1 Les ressources humaines de l'établissement public et privé conventionné	58
8.2 La gestion et le contrôle des effectifs pour l'établissement public	58
9. Les ressources financières	61
9.1 L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme	61
9.2 L'équilibre budgétaire	62
9.3 Les contrats de service	62
10. La Direction des ressources informationnelles	62
11. L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant	63
12. La divulgation des actes répréhensibles	71
13. Les organismes communautaires	71
ANNEXE: Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration	77

1. Le message des autorités

C'est avec fierté que nous vous présentons le rapport annuel 2021-2022 du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches. L'année fut marquée certes par la poursuite du contexte pandémique, mais également par le développement de nombreux projets et par des réalisations visant toujours à offrir de meilleurs soins et services, et une plus grande accessibilité pour la population de Chaudière-Appalaches.

La gestion de la situation pandémique a été au cœur des activités de l'organisation tout au long de cette deuxième année d'urgence sanitaire liée à la COVID-19. La région de la Chaudière-Appalaches n'a pas été épargnée, bien au contraire. Les taux d'hospitalisations élevés liés à la COVID-19 ont mis une pression importante sur les soins et les ressources nécessitant du délestage de certains services. Mobilisées et engagées, les équipes ont fait preuve d'idées créatives et de résilience pour passer au travers de ces nombreuses vagues.

En lien avec la situation pandémique, la vaccination massive a généré une activité très importante qui a impliqué plusieurs directions et nécessité l'accueil et l'intégration de nombreuses nouvelles ressources qui sont venues prêter main-forte. Face au défi de la vaccination, notre organisation a fait le choix de la proximité et de l'accessibilité en déployant une multitude de stratégies pour rejoindre la population dont le projet « Jasons vaccination » de concert avec la Fondation Trottier et l'organisme communautaire Le Bercaill. Nous tenons à souligner la grande collaboration de nos partenaires des milieux de l'éducation, des affaires, municipaux, communautaires, des résidences pour personnes âgées et autres qui ont contribué au succès de cette vaste opération de vaccination.

La rareté de la main-d'œuvre est demeurée un enjeu indéniable tout au long de l'année qui s'est exacerbée par la situation épidémiologique. L'organisation a vécu des moments critiques alors que la pandémie a touché de plein fouet le personnel. Comme partout au Québec, la pénurie de main-d'œuvre demande d'être proactif et de se réinventer. Afin de faire face à ce défi, plusieurs actions d'attraction et de rétention ont été mises de l'avant. D'autres initiatives sont en lien avec l'organisation du travail et la gestion des horaires. Rien n'a été laissé au hasard pour permettre d'assurer une qualité des soins et des services tout en offrant un milieu de travail stimulant et sécuritaire pour le personnel et les médecins qui œuvrent au sein de l'Établissement.

Ce contexte difficile ne nous a toutefois pas empêchés de développer des services et d'aller de l'avant avec des projets d'infrastructure majeurs. De nouvelles constructions, rénovations et mises aux normes ont ainsi été entreprises au cours de l'année dont le projet estimé à 375 M\$ qui consiste en l'agrandissement et la modernisation du bloc opératoire et endoscopique de l'Hôtel-Dieu de Lévis. Le projet de rénovation et d'agrandissement de l'urgence de l'Hôpital de Thetford fait aussi partie de ces grands projets démarrés au cours de l'année. Ces travaux d'envergure permettront d'offrir des milieux de soins et des équipements à la fine pointe au bénéfice de la population de la région. D'autres projets de construction et de rénovation proposeront des milieux de vie mieux adaptés et plus stimulants pour les résidents. Pensons, entre autres, aux trois maisons des aînés et alternatives qui sont en construction actuellement sur notre territoire.

En conclusion, l'année 2021-2022 fut encore une fois une année intense et remplie de nombreux défis. Il est important de souligner la contribution et de remercier chacun des membres du personnel, des gestionnaires et des médecins dont le travail et le dévouement ont permis d'offrir des soins et des services de qualité malgré un contexte sanitaire difficile. Le CISSS de Chaudière-Appalaches est fier et reconnaissant de pouvoir compter sur du personnel et des médecins engagés qui ont à cœur la santé et le mieux-être de la population de la région.

Brigitte Busque

Brigitte Busque,
présidente du conseil d'administration



Patrick Simard

Patrick Simard,
président-directeur général par intérim



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

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

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

Le CISSS de Chaudière-Appalaches ne dispose pas de direction d'audit interne. Par contre, l'équipe de l'entente de gestion et imputabilité (EGI) procède à des validations et coordonne aussi des validations auprès de toutes les directions concernées, mais ne dispose pas de rapport ou de lettre à cet effet. La Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique a cependant des traces des travaux réalisés et un processus.

Pour les données financières, les contrôles et les processus internes font l'objet d'une opinion par l'auditeur externe. De plus, les processus internes sont éprouvés et permettent à tous égards importants de détecter les anomalies. La cohérence et la plausibilité de l'information financière sont sous la responsabilité de la cheffe de la comptabilité.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice financier 2021-2022 du CISSS de Chaudière-Appalaches :

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

Je déclare donc qu'à ma connaissance les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'ils correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2022.

Le président-directeur général par intérim,



Patrick Simard

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

3.1 L'Établissement

3.1.1 La 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.).

3.1.2 La 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 répond à leurs besoins.

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

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

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

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

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

3.1.3 Les valeurs organisationnelles

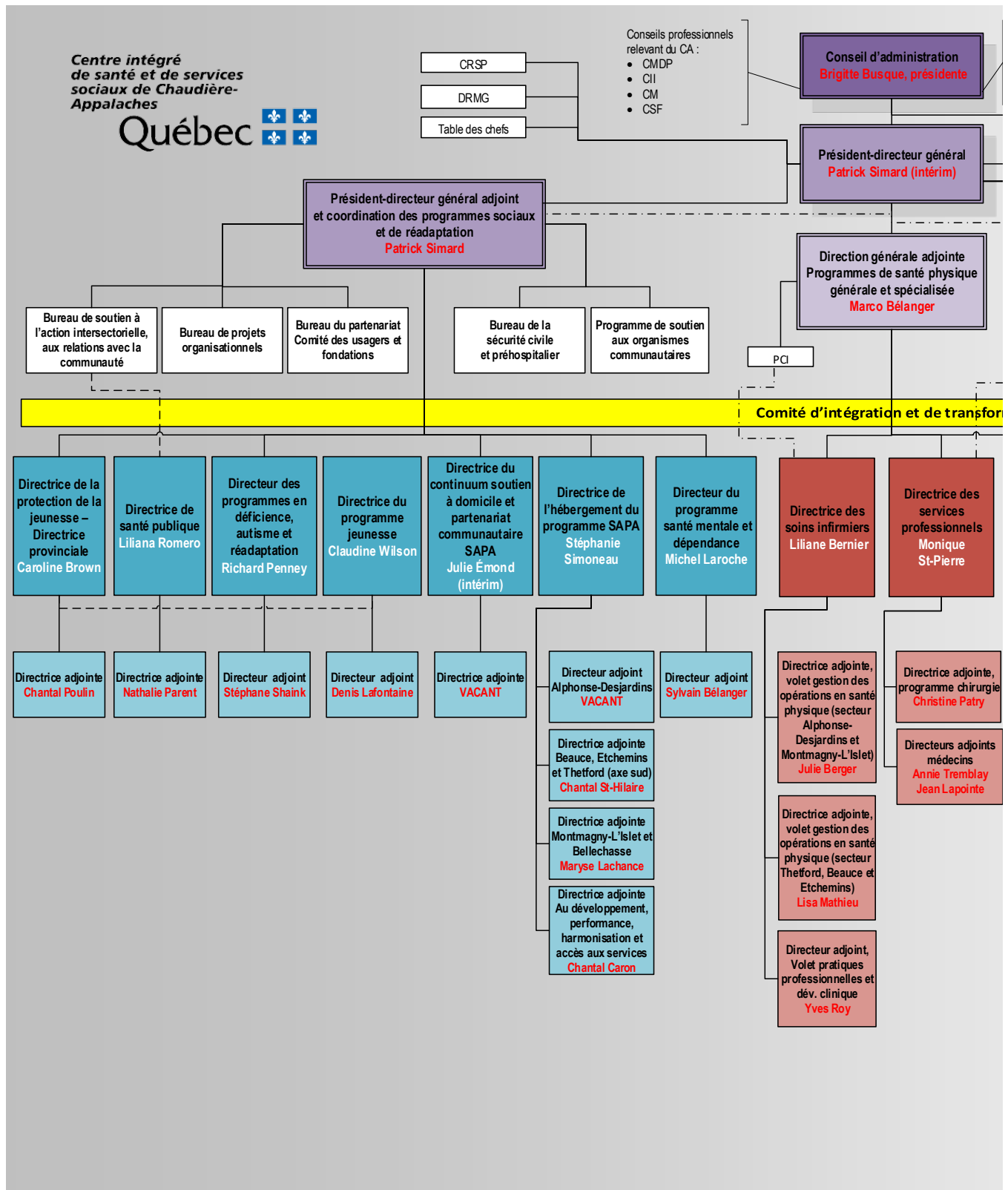
Humanisme : Au CISSS de Chaudière-Appalaches, nous énonçons clairement notre croyance en l'humain. Nous reconnaissons l'unicité de chaque personne, sa dignité et son intégrité. Pour cette raison, l'ouverture à l'autre et l'écoute représentent la base du comportement bienveillant, tout en favorisant l'autodétermination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

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

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



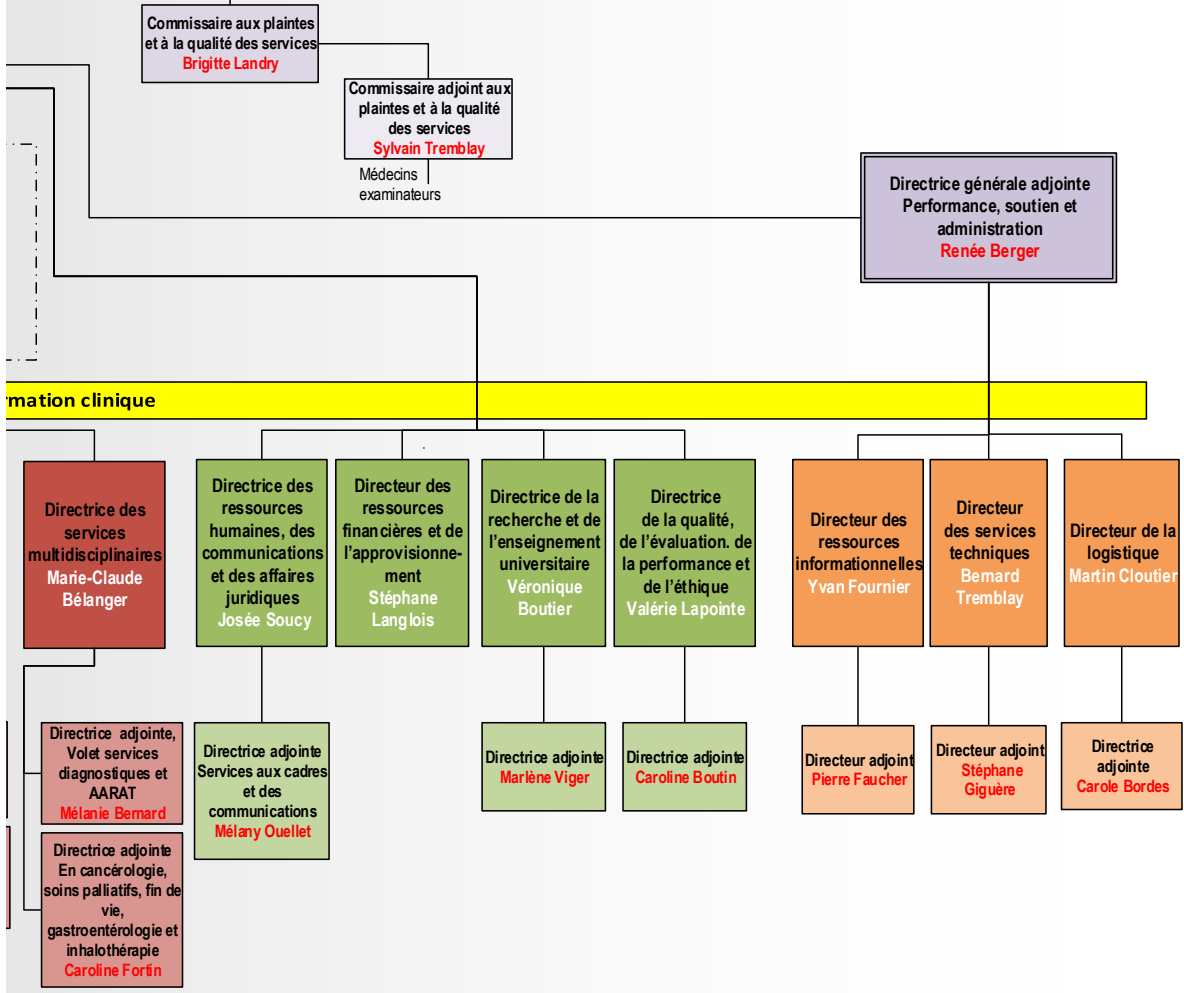
3.1.4 Structure organisationnelle



Organigramme organisationnel

- Comités du CA :
- 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

- Comités relevant du CA :
- Comité d'éthique clinique et organisationnelle
 - Comité d'éthique de la recherche
 - Comité des usagers
 - Comité des résidents



Mise à jour
Mélissa-Ann Poirier
2022-03-31

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

3.2.1 Le conseil d'administration

Le conseil d'administration est imputable, avec le président-directeur général, des responsabilités confiées au CISSS de Chaudière-Appalaches et de l'actualisation des orientations nationales. Le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Christian Dubé, a annoncé la nomination des membres désignés le 26 mars 2018 ainsi que des membres indépendants et des membres représentant les organismes du milieu de l'enseignement du conseil d'administration du CISSS de Chaudière-Appalaches le 30 septembre 2018, conformément à la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Tous les candidats ont été sélectionnés en tenant compte de différents critères, notamment la parité femmes/hommes, la représentativité des différentes parties du territoire couvert par chaque établissement, de même que la composition socioculturelle, ethno-culturelle, 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 compétence, 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 sont respectées.

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

Les officiers du conseil d'administration sont :

- M^{me} Brigitte Busque, présidente;
- M^{me} Josée Caron, vice-présidente;
- M. Patrick Simard, secrétaire.

Les membres du conseil d'administration sont :

- Dr Simon Bordeleau, conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP);
- D^{re} Catherine Boucher, département régional de médecine générale (DRMG), remplacée par Dr Marc-Yves Bergeron;
- M^{me} Brigitte Busque, présidente, compétences en ressources immobilières, informationnelles ou humaines;
- M^{me} Josée Caron, compétence en gouvernance ou éthique;
- Poste vacant, expertise en santé mentale;
- M^{me} Diane Fecteau, comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP);
- M. Mathieu Fontaine, expertise dans les organismes communautaires;
- M. Yves Genest, expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux;
- M^{me} Suzanne Jean, compétence en gestion des risques, finance et comptabilité;
- M^{me} Maryan Lacasse, conseil des infirmières et infirmiers (CII);
- M. Jérôme L'Heureux, expertise en protection de la jeunesse;
- M^{me} Cynthia Lemieux-Bussièrès, conseil multidisciplinaire (CM);
- Dr Jean-François Montreuil, milieu de l'enseignement;
- M. François Roberge, membre observateur – représentant des fondations;
- M. Patrick Simard, président-directeur général par intérim;
- M^{me} Lise M. Vachon, comité des usagers (CU);
- Poste vacant, compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité;
- Poste vacant, expertise en réadaptation.

Rapport de suivi du code d'éthique et de déontologie

Le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration, présenté en annexe, a été adopté le 1^{er} mars 2016. Pour l'année 2019-2020, aucune situation de manquement à ce code n'a été signalée, aucune décision ni sanction n'ont été imposées 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://cisssca.intranet.reg12.rtss.qc.ca/fileadmin/Intranet/CISSS/R%C3%A8glements_politiques_proc%C3%A9dures_protocoles/R%C3%A8glements/Code_ethique-deontologie.pdf

3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives

Comité de vigilance et de la qualité des services	
M. Jérôme L'Heureux	Président
M. Mathieu Fontaine	Membre
M ^{me} Lise M. Vachon	Membre
M ^{me} Brigitte Landry	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services (membre d'office)
M. Patrick Simard	Président-directeur général par intérim (membre d'office)

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1 ^{er} avril 2021 au 31 mars 2022
Le comité de vigilance et de la qualité des services s'est réuni à cinq reprises en 2021-2022. Lors de ces cinq séances, le comité a traité du suivi de l'agrément et des différents motifs de plaintes, du suivi de la qualité des résidences pour personnes âgées et des centres d'hébergement de soins et de longue durée et à assurer une vigie des enjeux particuliers reliés au Protecteur du citoyen, à la gestion des risques et à la prévention et le contrôle des infections.

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

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1 ^{er} avril 2021 au 31 mars 2022
Le comité de vérification s'est réuni à sept reprises en 2021-2022. Les principaux sujets traités ont porté sur : <ul style="list-style-type: none">• Le suivi des coûts supplémentaires liés à la pandémie de la COVID-19;• Le suivi de l'application des règles en gestion contractuelle;• Les suivis de gestion annuels : présentation des états financiers et du rapport de l'auditeur externe, adoption du budget initial et suivis financiers périodiques;• La présentation des priorités organisationnelles des plans de conservation des immobilisations et des équipements.

Comité du développement de la mission universitaire	
D ^r Jean-François Montreuil	Président
M ^{me} Véronique Boutier	Directrice de la recherche et de l'enseignement universitaire
M ^{me} Brigitte Busque	Présidente du conseil d'administration
M ^{me} Suzanne Jean	Représentante du conseil d'administration
M ^{me} Myriam Lacasse	Représentante du conseil d'administration
D ^r Gilles Lortie	Représentant de l'Université Laval, co-gestionnaire de l'enseignement médical
M ^{me} Dominique Marquis	Représentante de l'Université du Québec à Rimouski
M. Patrick Simard	Président-directeur général par intérim
M ^{me} Marlène Viger	Directrice adjointe de la recherche et de l'enseignement universitaire
Poste vacant	Représentante du conseil d'administration

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022

Gouvernance
 Malgré le délestage des activités lié à la 5^e vague, le développement d'une culture d'organisation apprenante s'est poursuivi au CISSS de Chaudière-Appalaches. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a mandaté la chercheuse Julie Lane afin qu'elle rencontre les différents CISSS et CIUSSS dans le but d'actualiser les critères de désignation universitaire. La rencontre avec le CISSS de Chaudière-Appalaches a eu lieu le 18 juin 2021. Le dévoilement des résultats de cette démarche, qui devait avoir lieu au début de l'année 2022, a été reporté à l'automne 2022. En parallèle, des travaux sur les ententes complémentaires aux contrats d'affiliation avec l'Université Laval et l'Université du Québec à Rimouski (UQAR) ont été réalisés, bien que ralentis. Notons également qu'une équipe du CISSS de Chaudière-Appalaches a obtenu une bourse du Programme FORCES – Excellence en santé Canada (ESC) pour la poursuite d'un projet ayant pour titre « Démocratiser l'apprentissage et l'innovation : un pilier pour l'excellence des soins et services ».

Recherche
 Le Centre de recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches a soutenu son essor avec, plusieurs activités scientifiques présentées en virtuel en plus du lancement officiel de la Chaire de recherche en médecine hyperbare et de plongée sous-marine. De plus, tout comme les années précédentes, différents concours offerts en partenariat avec la Fondation Hôtel-Dieu de Lévis ont permis d'octroyer des bourses et des subventions de recherche. D'autre part, les règlements et la politique du Centre de recherche ont fait l'objet d'une révision. Enfin, le CISSS de Chaudière-Appalaches a obtenu un financement du réseau CATALIS afin d'aider l'implantation d'outils communs en recherche clinique et la mise en œuvre d'un service d'évaluation accélérée. La plateforme méthodologique du CISSS de Chaudière-Appalaches a également été lancée.

Enseignement

Le projet Aventure médecine s'est déroulé selon l'échéancier prévu. Actuellement en construction, le nouveau Pavillon d'enseignement médical à l'Hôtel-Dieu de Lévis devrait être complété en novembre 2022. La première cohorte étudiante s'y installera en janvier 2023. Dès la session d'automne 2022, les étudiants entreprendront leurs cours et leurs activités pédagogiques à l'UQAR (campus Lévis) et à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Durant cette période de transition, des locaux seront aménagés pour les recevoir dans les deux sites. En lien avec Aventure médecine, un projet d'amélioration de la collaboration interprofessionnelle (CIP) est en déploiement. Grâce à ce projet pilote, des étudiants pourront vivre cette expérience en contexte réel de pratique où les intervenants eux-mêmes peaufineront leur démarche de CIP.

À Montmagny, deux étudiants à l'externat longitudinal intégré (ELI) ont poursuivi leur parcours académique au sein des équipes médicales et deux autres sont attendus pour septembre. À Thetford, les premiers étudiants du programme arriveront à l'automne. Les équipes médicales de Thetford s'affairent à finaliser l'horaire et l'accueil de ces nouveaux venus.

En ce qui concerne la gestion des stages, la COVID-19 a obligé la révision des processus de placement de manière à mieux les intégrer dans l'organisation. Toutes les directions ont fait front commun pour arriver à atteindre les objectifs en cette période où la pénurie de main-d'œuvre frappe fort et n'épargne personne. C'est donc plus de 6 000 stages réalisés, totalisant 88 000 jours/stage, qui constituent un exploit dans les circonstances. Afin d'assurer les tests d'étanchéité des masques de protection de 2 800 stagiaires en un temps record, la Direction de la recherche et de l'enseignement universitaire (DREU) a dû travailler étroitement avec les établissements d'enseignement pour répondre aux exigences ministérielles en matière de protection respiratoire. Par ailleurs, le Programme de soutien et de reconnaissance des superviseurs de stage a suscité beaucoup d'intérêt puisqu'il a été retenu comme finaliste au Gala d'excellence de l'Institut d'administration publique du Québec qui a eu lieu le 25 novembre dernier, l'une des plus hautes distinctions au Québec.

La DREU a aussi soutenu la remise en marche de la formation médicale continue et poursuit les démarches en vue d'une pérennité au sein de l'organisation.

Application des connaissances

Les rencontres du comité d'experts du chantier « application des connaissances » se sont poursuivies malgré la pandémie avec plusieurs projets discutés, dont l'élaboration d'un réseau de transfert d'expertise (RTE) et l'obtention de l'accréditation SOFEDUC.

Pour répondre aux développements de la mission universitaire, la bibliothèque du CISSS de Chaudière-Appalaches s'est transformée physiquement et virtuellement. Le réaménagement du local de la bibliothèque située à l'Hôtel-Dieu de Lévis est complété et il est maintenant possible d'y travailler en mode collaboratif par petits groupes. Des livres numériques sont disponibles pour emprunt et la base de données CINAHL est complète et est mise à disposition. Le Centre de documentation en oncologie, soins palliatifs et de fin de vie maintient son offre de services spécialisés pour les usagers et leurs proches. L'impact dans la communauté est accentué grâce au partenariat avec les bibliothèques municipales par l'entremise du programme Biblio-Santé.

Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISSS) et pratiques de pointe

La DREU continue d'agir en tant qu'ambassadrice au comité d'ETMISSS du RUISSS UL. Ce comité a conçu deux produits d'ETMISSS, dont celui, mandaté par le MSSS, de l'adaptation et de la contextualisation de guides de pratique clinique produits par le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) du Royaume-Uni. Les partenaires ont, quant à eux, diffusé quatre produits d'ETMISSS mis à la disposition du personnel concerné au CISSS de Chaudière-Appalaches.

Conseils professionnels relevant du conseil d'administration

Il est à noter qu'en raison de la situation sanitaire liée à la COVID-19, certaines rencontres ont été annulées ou reprises en webconférence.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)	
D ^r Martin Arata	Président
D ^{re} Mélissa LeBlanc	Vice-présidente
D ^r Samuel Béliveau	Secrétaire-trésorier
D ^r Vincent Barrette	Représentant - Secteur Alphonse-Desjardins
D ^r André Villeneuve	Représentant - Secteur Alphonse-Desjardins
D ^{re} Geneviève Gonthier	Représentante - Secteur Alphonse-Desjardins
D ^{re} Sandra Létourneau	Représentante - Secteur Beauce
D ^{re} Geneviève Bouffard	Représentante - Secteur Montmagny-L'Islet
D ^r Kherdine Laddada	Représentant - Secteur Montmagny-L'Islet
D ^r Nicolas Dorval	Représentant - Secteur Thetford
M ^{me} Dominique Rousseau	Pharmacienne

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022
Gestion de la crise COVID-19 en priorisant la qualité et l'accès aux services.
Reprise des comités d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique locaux et régionaux.
Colloque du CMDP – 13 mai 2022.

Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII)	
M ^{me} Marie-Anne Beauchamp	Présidente
M ^{me} Virginie Breton	Vice-présidente
M ^{me} Line-Janik Robichaud	Trésorière
M. Louis Tremblay	Secrétaire
M ^{me} Caroline Poulin	Conseillère
M ^{mes} Pascale Labrecque/Andréanne Richard	Conseillères
M ^{me} Catherine Pépin	Conseillère
M ^{mes} Anick Prévost/Annie Leblanc	Conseillères
M. Pierre-Paul Grondin	Conseiller
M ^{me} Saphyre Chamberland	Conseillère
M. Joas Quirion	Président du CIA
M. Pier-Luc Blanchet	Représentant du CIA
M ^{me} Liliane Bernier	Directrice des soins infirmiers
M. Yves Roy	Directeur adjoint des soins infirmiers, volet pratiques professionnelles et développement clinique
M. Patrick Simard	Président-directeur général par intérim

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022

À nouveau, l'année 2021-2022 en a été une d'adaptation et de chamboulements pour le conseil en raison des différentes vagues de la pandémie de la COVID-19. Les infirmières et les infirmières auxiliaires ont vécu beaucoup de bouleversements par le délestage d'activités, la pression causée par le manque de personnel et la charge de travail modifiée par l'acuité des soins engendrant des difficultés à soutenir dans la majorité des secteurs.

Le CECII a déposé officiellement, à la Direction générale et au conseil d'administration, son rapport sur les perceptions du personnel de la santé et des services sociaux sur les pratiques professionnelles en temps de pandémie. Ce travail colossal permet maintenant au comité exécutif du CII de se donner des orientations qui reflètent la réalité vécue par les équipes de soins infirmiers sur le terrain.

Le conseil a également déposé, au président-directeur général, un avis intitulé « Recommandation du conseil des infirmières et infirmiers en regard du caractère essentiel des rôles de soutien clinique ». Les différentes collectes de données sur les difficultés vécues pendant la pandémie ont révélé que le manque de soutien clinique ou de formation a eu un impact négatif majeur sur les équipes. Il apparaissait donc essentiel au CECII de se pencher sur ce problème.

Le comité exécutif a continué d'être pleinement actif dans le processus de consultation et d'approbation des différents outils cliniques de l'établissement. Nous avons vu et commenté sept ordonnances collectives, quatorze protocoles infirmiers, une procédure clinique, quatre protocoles interdisciplinaires, six protocoles médicaux et trois règles de soins infirmiers.

En novembre, la présidente du conseil, en collaboration avec la directrice des soins infirmiers, a participé comme panéliste à une table ronde au colloque de l'Association des CII du Québec (ACIQ) sous le thème de la sensibilisation culturelle dans les soins.

Le CECII a également eu des échanges avec la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) au sujet de l'attraction et de la rétention du personnel infirmier.

Le CECII a poursuivi sa participation aux recommandations du projet de recherche sur l'engagement professionnel avec la chercheuse Marianne Beaulieu de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Le CECII continue de recevoir et d'adresser les préoccupations de soins qui lui sont acheminées afin d'aider à assurer la qualité de l'acte infirmier et des soins dispensés.

Le comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) a travaillé en étroite collaboration avec la Direction des soins infirmiers (DSI) - volet pratiques professionnelles et développement clinique sur l'uniformisation de la tâche des infirmières auxiliaires dans les différents secteurs du CISSS de Chaudière-Appalaches. En octobre, le président a participé au congrès de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIAQ) où il a été invité à se prononcer, entre autres, sur la formation académique des infirmières auxiliaires. Il a également pris en note plusieurs projets intéressants d'autres établissements qui pourraient être implantés chez nous, surtout concernant l'intégration d'infirmières auxiliaires dans de nouveaux milieux de soins. Finalement, un membre du comité exécutif du CIIA siège dorénavant au conseil d'administration de l'OIIAQ.

Le comité relève infirmière (CRI) a connu quelques enjeux de recrutement, mais a été en mesure de se donner de nouveaux défis pour redéfinir son rôle et sa place dans l'Établissement. Le comité des préposés aux bénéficiaires, quant à lui, s'est dissout de lui-même, n'ayant eu aucune rencontre depuis deux ans. Il a donc été décidé qu'il deviendrait plutôt un comité ad hoc sollicité pour certains projets précis comme les maisons des aînés et alternatives (MDAA).

Conseil multidisciplinaire (CM)	
Les officiers	
M ^{me} Myrienne Rousseau	Présidente Membre d'office de tous les comités du CECM
M. Jude Martel	Vice-président Responsable du comité des avis
M ^{me} Audrey Lachance (jusqu'en janvier 2022)	Secrétaire-trésorière Membre du comité des avis du CECM
M ^{me} Julie Breton	Secrétaire-trésorière (depuis mars 2022) Membre du comité pour le maintien et le développement des compétences (CMPC)
Les membres du comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM)	
M ^{me} Andrée-Anne Côté	Membre du comité des avis
M ^{me} Anny Berthiaume	Membre du comité des communications Représentante du CM au comité des ordonnances Représentante du CM au comité gala excellence
M. Éric Morasse	Membre du comité de soutien aux comités de pairs Représentant du CM au comité développement stratégique du partenariat avec usagers
M ^{me} Lucie Lefebvre (depuis février 2022)	Membre du comité des avis
M ^{me} Marie-Michèle Émond	Membre du comité des communications du CECM
M ^{me} Marie-Pier Blais	Membre du comité pour le maintien et le développement des compétences (CMPC)
M. Matthieu Gilbert	Membre du comité des avis
M ^{me} Mélanie Jacques	Responsable du comité des communications du CECM
M ^{me} Patricia Bilodeau	Responsable du comité de soutien au comité de pairs Représentante du CM au comité de gestion des risques (à partir de septembre 2019)
M ^{me} Valérie Gosselin	Responsable du comité pour le maintien et la promotion de la compétence (CMPC)
Direction générale	
M ^{me} Marie-Claude Bélanger	Déléguée du président-directeur général
M ^{me} Marilène Gosselin	Membre invitée permanente
M. Patrick Simard	Président-directeur général par intérim
Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022	
<p>Dépôt à la Direction générale du rapport sur les perceptions du personnel de la santé et des services sociaux sur les pratiques professionnelles en temps de pandémie mené conjointement avec le conseil des infirmières et des infirmiers. En lien avec ce rapport, le CM s'est démarqué pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sa mise en candidature au Gala des Prix d'excellence du CISSS de Chaudière-Appalaches; - Le prix finaliste au Gala de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec. 	

Déploiement du répertoire des expertises en collaboration avec la DSM-SPPDC.
Dépôt des recommandations à la Direction générale sur les besoins de développement des compétences et l'utilisation des dispositifs d'encadrement professionnel des membres du CM.
Dépôt à la Direction générale et au ministère des Transports du Québec des recommandations pour contrer les impacts des problèmes de transport des usagers sur l'accès aux services et la qualité de la pratique.
Accompagnement de 24 comités de pairs durant le contexte de la pandémie.

Conseil des sages-femmes (CSF)	
M ^{me} Geneviève Morin	Présidente
M ^{me} Jessie Lapointe	Vice-présidente
M ^{me} Marie-Josée Larocque	Secrétaire
M ^{me} Julie Turgeon	Officière
M ^{me} Christine Rheault	Officière

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022

<p>Le règlement sur les médicaments qu'une sage-femme peut prescrire ou administrer a été révisé en mars 2021. Le comité qualité du service de sages-femmes a effectué une révision de sa règle de soins : Prévention de l'infection néonatale à streptocoque du groupe B d'apparition précoce. Il a aussi mis à jour certains de ses processus, de ses trajectoires et de sa documentation qui découlent de ce règlement. L'organisation de la pharmacie de la maison de naissance a également été optimisée.</p>
<p>Une démarche de bien-être au travail a été amorcée avec le soutien de la Direction du programme jeunesse. Il y a eu collecte de données sur les bons coups de l'équipe, sur les aspects qui étaient à améliorer et sur des pistes de solution. Des travaux ont débuté concernant les réunions d'équipe et l'organisation du travail (horaire de garde, équipe de soutien). Les travaux se poursuivront en 2022-2023.</p>
<p>En raison d'un contexte chronique de ressources humaines réduit accentué par la pandémie, le plan de contingence du service de sages-femmes a dû être appliqué à deux reprises, soit du 1^{er} juillet 2021 au 5 septembre 2021 et du 17 janvier 2022 au 31 mars 2022. Le service a été dans l'obligation de rediriger les accouchements prévus sur le territoire de la Beauce vers la Maison de naissance Mimosa. Les usagères ont pu choisir entre un accouchement à la Maison de naissance Mimosa à Lévis ou un transfert de responsabilité vers l'équipe d'omnipraticiens de Saint-Georges pour l'accouchement. Les suivis pré et postnataux ont été offerts par les sages-femmes en Beauce au cours de ces périodes. Toute la clientèle du service s'est vu offrir uniquement des accouchements à la Maison de naissance Mimosa si elles souhaitaient un accouchement avec une sage-femme. Ce contexte de pénurie de sages-femmes a ralenti les travaux du Conseil des sages-femmes.</p>
<p>Le service de sages-femmes a dû adapter certaines de ses pratiques en fonction des recommandations en vigueur selon les directives ministérielles et celles du service de la prévention et contrôle des infections (PCI) de l'établissement. Le contexte de la pandémie a entraîné plusieurs modifications rapides desquelles le Conseil des sages-femmes, la responsable du service de sages-femmes et l'équipe ont dû rester à l'affût et s'adapter rapidement.</p>

Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)	
M ^{me} Louise Binet	Pharmacienne-propriétaire - Secteur Beauce-Etchemins et présidente du CRSP
M ^{me} Catherine Bolduc (maternité à partir de juillet 2021) M ^{me} Sylvie Croteau (à partir de janvier 2022)	Pharmacienne en établissement de santé - Secteur Thetford et représentante des pharmaciens en GMF
M ^{me} Chantal Breton	Chef du département régional de pharmacie - CISSS de Chaudière-Appalaches
M ^{me} Caroline Buteau	Pharmacienne communautaire salariée - Secteur Alphonse-Desjardins
M ^{me} Andrée-Anne Caron	Pharmacienne-propriétaire - Secteur Beauce-Etchemins
M ^{me} Stéphanie Faucher M ^{me} Samuelle Gilbert-Faucher (d'octobre 2021 à octobre 2022)	Pharmaciennes communautaires salariées - Secteur Thetford
M ^{me} Diane Fecteau	Pharmacienne en établissement de santé - Secteur Beauce-Etchemins
M ^{me} Kathy Grenier	Pharmacienne communautaire salariée - Secteur Montmagny-L'Islet
M ^{me} Stéphanie Laforest	Pharmacienne communautaire salariée - Secteur Alphonse-Desjardins
M ^{me} Geneviève Larouche	Membre invité, représentante du CRSP de la Capitale-Nationale
M ^{me} Marie-Claude Lord	Pharmacienne en établissement de santé - Secteur Montmagny-L'Islet
M. Patrick Simard	Président-directeur général par intérim - CISSS de Chaudière-Appalaches
M ^{me} Marie-Claude Raymond	Pharmacienne-propriétaire - Secteur Alphonse-Desjardins
M ^{me} Camille Dupuis-Brousseau	Pharmacienne-propriétaire - Secteur Alphonse-Desjardins
D ^{re} Monique St-Pierre	Membre invité, directrice des services professionnels - CISSS de Chaudière-Appalaches
M ^{me} Dominique Rousseau	Pharmacienne en établissement de santé - Secteur Alphonse-Desjardins
M. Daniel Roux	Membre invité, représentant du Département régional de médecine générale (DRMG)

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022

Élaboration d'outils de collaboration professionnelle : différents outils ont été élaborés par le CRSP afin de favoriser la prise en charge de l'ajustement de la thérapie médicamenteuse et l'amorce de traitements par les pharmaciens communautaires. Un outil de communication au départ d'un épisode d'hospitalisation en soins palliatifs a été déployé pour améliorer les informations à transmettre au pharmacien communautaire pour la gestion sécuritaire de la médication à domicile. Un guide régional pour l'application de dates limites d'utilisation (DLU) standardisées a aussi été rendu disponible pour soutenir la gestion des médicaments injectables administrés par voie sous-cutanée aux usagers en soins palliatifs à domicile.

Trajectoire régionale pour l'antibiothérapie intraveineuse à domicile (ATIVAD) : les travaux d'harmonisation pour la mise en place d'une trajectoire optimale pour la clientèle inscrite au programme d'antibiothérapie intraveineuse à domicile (ATIVAD) ont été ralentis dans le contexte de la pandémie de la COVID-19. Il est souhaité de pouvoir finaliser la trajectoire régionale harmonisée dans la prochaine année.

Enjeux pharmaceutiques découlant de la COVID-19 : des rencontres spéciales ont été tenues pour discuter des enjeux et des arrimages à mettre en place, notamment concernant l'accès aux médicaments contre la COVID-19.

Mise en place du Guichet d'accès à la première ligne (GAP) : le CRSP a été consulté sur les modalités de déploiement du GAP dans la région de la Chaudière-Appalaches. Un sous-comité a été mis en place afin de déterminer les rôles et les responsabilités des pharmaciens des établissements et des pharmaciens communautaires dans les activités du GAP.

Table régionale des chefs de département

D ^{re} Martine Poulin	Chef du département d'anesthésiologie
D ^{re} Danièle Marceau	Chef du département de biologie médicale
D ^{re} Monique St-Pierre et D ^r Martin Arata	Cochefs intérimaires du département de chirurgie
D ^{re} Marie-Josée Godbout	Chef du département d'imagerie médicale
D ^{re} Cindy Bouchard	Chef du département de médecine générale
D ^r Pierre Grammond	Chef du département de médecine spécialisée
D ^{re} Monique St-Pierre et D ^r Martin Arata	Cochefs intérimaires du département de médecine d'urgence intérimaires
D ^r Jean-Pierre Gennaoui	Chef du département d'obstétrique et de gynécologie
D ^{re} Lise Bélanger	Chef du département de pédiatrie
D ^r Martin Doyon	Chef du département de psychiatrie
M ^{me} Chantal Breton	Chef du département de pharmacie
D ^r Pierre Deshaies	Chef du département de santé publique

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022

Implication des chefs de département dans divers dossiers :

- Promotion auprès des médecins spécialistes du projet « Conseil numérique » visant l'amélioration de l'accès en médecine spécialisée aux usagers vus par un médecin omnipraticien.
- Identification des besoins actuels de locaux et de ressources pour répondre aux besoins futurs de la population de la région pour la rédaction du Plan directeur clinique immobilier (PDCI).
- Contribution au projet de remplacement de « MédiVisit » par « eRendez-vous » ainsi que du projet de remplacement « MédiPatient » par « Clinibase-CI ».
- Identification des indicateurs de suivi du tableau de bord.
- Suivi de l'évolution du projet « DCI Purkinje ».
- Optimisation de l'utilisation des cliniques externes.

Contribution majeure des chefs de département et des chefs de service médicaux dans le suivi du dossier de la pandémie de la COVID-19:

- Participation active au comité local hospitalier COVID-19.
- Actualisation du plan de délestage des activités cliniques et reprise progressive des activités selon l'intensité des éclosions.
- Démarche visant la réaffectation des médecins en période de pandémie de la COVID-19.
- Application des trajectoires de transfert de la clientèle interhôpitaux en période de pandémie;
- Contribution des médecins concernant les Centres de dépistage et d'évaluation de la COVID-19.
- Contribution des médecins pour la prise en charge médicale des usagers séjournant dans les sites non traditionnels de soins (SNT) ouverts en période d'éclosion de la COVID-19.
- Participation au comité de priorisation aux soins intensifs en temps de pandémie.
- Prise en charge hospitalière et dans les cliniques médicales de première ligne des cas de COVID-19.

Comité d'éthique de la recherche (CER)

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

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022

27 nouveaux projets de recherche ont été évalués cette année par le CER (comparé à 30 l'an dernier).

Un total de 300 formulaires de suivi continu (amendements, information supplémentaire, déviation au protocole, renouvellement, fermeture, réponses aux conditions du CER) ont été traités (comparé à 228 l'an dernier).

La présidente, le vice-président et le coordonnateur du comité d'éthique de la recherche ont animé un atelier intitulé « L'éthique et la recherche intégrée : détecter et gérer des conflits d'intérêts et des conflits de rôles » à la 2^e journée scientifique du Centre de recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches le 25 mai 2021.

Départ d'un membre au sein du comité, madame Catherine Pépin, comme membre avec expertise scientifique (membre substitut). Par ailleurs, le poste de médecin désigné conjointement par le CMDP et la DSP est toujours vacant.

Comité de gestion des risques

M. Patrick Simard	Président-directeur général par intérim ou une personne identifiée par ce dernier pour agir comme responsable du comité et membre d'office
M ^{me} Caroline Boutin	Directrice adjointe de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
M ^{me} Dorothée Bilodeau	Chef de service par intérim à la gestion intégrée des risques et à la prestation sécuritaire des soins et services
M ^{me} Marielle Fortier	Représentante du comité des usagers Membre du comité des usagers
M ^{me} Catherine Roy	Chef de service en prévention et contrôle des infections Membre désigné par le comité de prévention des infections
M ^{me} Chantal Breton	Pharmacienne-chef Chef du département de la pharmacie
D ^r François Paquet	Urgentologue et médecin hyperbare Médecin issu du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
M ^{me} Patricia Bilodeau	Ergothérapeute Membre issu du conseil multidisciplinaire (social/réadaptation)
M ^{me} Caroline Poulin	Infirmière Membre issu du conseil des infirmiers et infirmières, dédié aux soins cliniques, représentant la mission hospitalière
M. Pierre-Luc Blanchet	Infirmier auxiliaire Membre issu du conseil des infirmiers et infirmières auxiliaires, dédié aux soins cliniques, représentant la mission hébergement
M. Jonathan Simard	Conseiller-cadre du programme chirurgie Répondant local au retraitement des dispositifs médicaux des établissements
M ^{me} Annick Payeur	Chef de service gynéco-pédiatrie-néonatalogie Membre des services du continuum enfance jeunesse

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022

Suivi de la mise en place d'un sous-comité multidisciplinaire pour aider à l'implantation et assurer le suivi des déclarations des réactions indésirables graves à un médicament (RIM) et des incidents liés aux instruments médicaux (IIM) (Loi de Vanessa).

Mise à jour et suivi du plan de sécurité des usagers du CISSS de Chaudière-Appalaches.

Recommandation transmise au comité directeur des projets organisationnels (CDPO) afin de prioriser à court terme les travaux de changement des fenêtres au deuxième étage du Pavillon Dominique-Bédard pour qu'elles soient sécuritaires pour la clientèle qui y est admise.

Approbation de la mise à jour, le 8 décembre 2021, du Règlement portant sur la divulgation de l'information nécessaire à un usager à la suite d'un accident et mesures de soutien (REG_DQEPE_2016-009.B).

Ajout du suivi des indicateurs relatifs au milieu de vie et poursuite de la vigie des événements indésirables, des indicateurs tableau de bord, des rapports de coroner et des alertes médicales.

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

M. Peter Whitcomb	Président
M ^{me} Lorna Campbell	Membre
M. Brian Gignac	Membre
M ^{me} Laurel Lowry	Membre
M ^{me} Michelle Mathieu	Membre
M ^{me} Ann Marie Powell	Membre
M ^{me} Maurren Small	Membre

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022

Suivi du plan d'action 2021-2022 visant l'accès aux services de santé et aux services sociaux du CISSS de Chaudière-Appalaches.

Collaboration à la mise en œuvre des actions visant l'adaptation des services de santé et des services sociaux pour les personnes d'expression anglaise en Chaudière-Appalaches.

Comité paritaire en santé et en sécurité au travail (CPSST)

M ^{me} Mélanie Lambert	Membre SST
M. Laurier Ouellet	Membre syndical
M. Martin Lemieux	Co-président syndical
M ^{me} Annie Dubois	Membre syndical
M. Bryan St-Laurent	Membre syndical
M. Richard Penney	Membre patronal
M ^{mes} Josée Chouinard / Stéphanie Simoneau	Membre patronal
M ^{me} Anne Tardif	Co-présidente patronale
M ^{me} Liliane Bernier	Membre patronal

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022

Les activités du CPSST ont cessé contextuellement avec la pandémie. Une rencontre a cependant eu lieu en septembre 2021 afin de relancer la structure des comités paritaires. Lors de cette rencontre, les mandats des sous-comités ont été mis à jour afin de permettre la reprise des activités des cinq sous-comités paritaires (prévention des chutes, prévention de la violence, prévention des troubles musculo-squelettiques, santé psychologique et tolérance zéro). Avec l'arrivée d'une nouvelle vague COVID en décembre, les activités ont été de nouveau suspendues temporairement. Une reprise est actuellement en cours. Les actions en matière de prévention ont cependant été maintenues au quotidien par l'équipe du Service de la prévention, santé et sécurité au travail :

- Soutien aux équipes en matière de SST;
- Réalisation des essais d'ajustement de la protection respiratoire;
- Formation d'agents multiplicateurs en matière d'ajustement de la protection respiratoire;
- Achat d'un PortaCount, équipement permettant de réaliser des essais d'ajustement quantitatif et ainsi assurer la réussite des essais d'ajustement à un nombre plus élevé de personnes;
- Tournée des gestionnaires en contexte pandémique (en collaboration avec le CEDO);
- Reprise de la prise d'inventaire des matières dangereuses;
- Mois de la prévention en décembre, incluant le concours «Améliore ton environnement de travail!»;
- Mise en place de thématique mensuelle en matière de prévention des accidents de travail;
- Analyses ergonomiques;
- Formation sur le port de certains équipements de protection individuelle;
- Développement d'outils;
- Etc.

Comité des résidents - Table hébergement régionale (THR) (regroupement régional des comités de résidents)

M ^{me} Marielle Fortier	Responsable de la Table hébergement régionale (THR) déléguée par le CUCI
M ^{me} Michelle Cliche	Adjointe à la responsable
M ^{me} Diane Anglehart	Membre
M ^{me} Claudette St-Gelais	Membre
M ^{me} Diane Lapointe	Membre
M ^{me} Suzanne Brisson	Membre
M. Jean-Luc Vachon	Membre
M. Simon Pépin	Membre

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022

Mise en place d'une trajectoire de collaboration entre les gestionnaires du CISSS de Chaudière-Appalaches et les comités de résidents, facilitant la communication à différents niveaux et l'harmonisation des pratiques au niveau régional.

Diffusion de 10 infolettres pour les proches et les familles des résidents en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) afin de les tenir informés sur les éléments liés à la pandémie ainsi que sur leurs droits. Participation des deux personnes responsables de la THR au comité de rédaction des infolettres.

Implantation d'une fiche d'information concernant chacun des CHSLD pour faciliter la cueillette de données et assurer un suivi au niveau du mandat de représentation régionale de la THR.

Consultations auprès de la THR concernant la garde infirmière mobile (GIM) ainsi que pour deux projets de consultation éthique en lien avec la pandémie et la clientèle hébergée en CHSLD.

Comité des usagers (CU)	
M. Bernard Poulin	Président
M. Roland Poulin	Vice-président
M ^{me} Claudette St-Gelais	Trésorière
M ^{me} Diane Anglehart	Secrétaire, représentante des MDAA
M ^{me} Lise M. Vachon	Membre, représentante au C. A. du CISSS de Chaudière-Appalaches, comité de vigilance
M ^{me} Marielle Fortier	Membre, responsable de la THR
M ^{me} Renée Hébert	Membre
M ^{me} Pierrette Gosselin	Membre
M. Claude Filteau	Membre
M ^{me} Karine Hamelin	Membre
M. Gérard Turcotte	Membre

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022

Soutien offert aux comités des usagers en continu pendant l'année à différents niveaux (remplacement lors d'absence de personnes-ressources, transfert d'information, rédaction d'outils de référence et d'information, soutien et formation des nouvelles personnes-ressources, etc.).

Assurance d'acheminer en continu, pendant l'année, les préoccupations des CU et des CR à la Direction générale afin que les sujets soient abordés lors des sept conférences-échanges organisées avec eux et afin d'assister aux rencontres et de produire des résumés qui ont pu être acheminés à tous les membres des CU et des CR.

Rencontre-échange entre les personnes-ressources qui travaillent pour les comités des usagers dans un but de les soutenir dans leurs tâches, d'échanger des informations pertinentes et de partager des bonnes pratiques et des outils. Consultation auprès de celles-ci et invitation à participer à certaines activités du CUCI dans un objectif de formation.

Conception, production et distribution d'outils promotionnels visant le recrutement de membres dans les comités des usagers et les comités de résidents.

Département régional de médecine générale (DRMG)

D ^r Marc Bergeron	Chef du DRMG - Montmagny-L'Islet (omnipratique)
D ^{re} Annie Lanthier	Membre élu - Alphonse-Desjardins (service de périnatalogie)
D ^r Sylvain Dion	Membre élu - Etchemins (omnipratique)
D ^r Luc Bédard	Membre coopté - Thetford (omnipratique)
D ^r Éric Legendre	Membre coopté - Alphonse-Desjardins (service de médecine d'urgence)
D ^{re} Michèle Robichaud (chef de service médecine générale Alphonse-Desjardins)	Membre coopté - Alphonse-Desjardins (service de réadaptation)
D ^{re} Suzanne Beauregard	Membre coopté - Lotbinière (omnipratique)
D ^{re} Anne Laliberté	Membre coopté - Bellechasse (omnipratique)
D ^{re} Geneviève Caron-Fauconnier	Membre coopté - Beauce (omnipratique)
D ^r Christophe Hamel	Membre coopté - Chutes-Chaudière (omnipratique)

D ^r Daniel Roux	Membre coopté - Nouvelle-Beauce (omnipratique)
D ^r Jérôme Patry (service de GMF-U)	Membre coopté - Alphonse-Desjardins (volet GMF-U)

Faits saillants majeurs couvrant la période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022

Pandémie COVID-19: implication du DRMG dans l'ensemble des missions dévolues à la première ligne

Maintien de la couverture médicale dans les quatre cliniques désignées d'évaluation (CDÉ) de notre région, avec ajustement au besoin en fonction des différentes volumétries de consultation. Les CDÉ furent fermées le 6 septembre 2021, étant donné que la clientèle « chaude » pouvait à nouveau être évaluée et soignée dans les différentes cliniques de médecine familiale. À cet effet, une « boîte à outils PCI » fut élaborée à l'intention de l'ensemble des cliniques, en collaboration avec l'équipe première ligne de la DSP, afin que ce nouveau mode de fonctionnement respecte les recommandations de la DSPu et de la Commission des normes de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST). Cette boîte à outils fut d'ailleurs partagée au niveau provincial afin que d'autres régions puissent s'en inspirer.

Participation active, par le biais du comité de réaffectation et en concertation avec les différentes directions, à l'organisation et au maintien de la couverture médicale dans les différents SNT de la région. Bien que les besoins furent moindres à ce niveau dans le courant du présent exercice, nous jugeons opportun de mentionner que des rencontres eurent lieu afin d'en assurer la couverture médicale et l'implication fut jugée excellente.

Maintien-consolidation de la couverture médicale en CHSLD-soin à domicile (SAD)-RPA, en partenariat avec la DSP et la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées. Cette collaboration majorée mérite encore d'être soulignée pour le présent exercice, car elle a permis de limiter de façon substantielle, les requis d'hospitalisation. Un travail avec les différents acteurs impliqués sera continué afin d'optimiser le service et la collaboration interprofessionnelle.

En partenariat étroit avec la DSP, représentations régulières maintenues auprès des chefs de GMF et autres cliniques depuis le début de la pandémie afin de les garder bien au fait de l'évolution de la situation et du caractère essentiel de leur implication soutenue sur tous les fronts. Nous considérons d'ailleurs que celle-ci s'est avérée déterminante, exemplaire et maintenue tout au long de ce nouvel exercice. Grâce au soutien important de la D^{re} Annie Tremblay, des Info-DRMG furent également publiées accordé avec info qui est information régulièrement au bénéfice de l'ensemble de nos membres afin de les informer et de leur partager nos marques de reconnaissance.

Suivi étroit des activités cliniques en cliniques froides. Lorsque requis par le délestage important, tant au niveau infirmier que médical, des allègements temporaires des heures d'ouverture furent octroyés dans plusieurs GMF, avec retour à la normale dès que la situation fut régularisée. Cela s'est poursuivi jusque dans le courant de l'été, mais ne fut plus nécessaire par la suite, et ce, malgré les effectifs professionnels souvent réduits en lien avec une pénurie vécue partout et un certain requis de délestage (moindre).

Instauration, encouragement d'une culture d'accès populationnel, renouvellement des contrats GMF

La mise sur pied des CDÉ ayant entraîné une diminution des consultations de nature infectieuse en cliniques froides, une obligation d'accès populationnel fut exigée de l'ensemble des GMF et des autres cliniques, qui y ont répondu favorablement et en très grande majorité (plus de 90 % des cliniques). Toutefois, nous assistons actuellement à une augmentation importante et préoccupante de la clientèle orpheline, surtout en lien avec une vague importante de départs à la retraite. Il sera donc primordial que cette nouvelle culture d'accès populationnel, nouvelle pour certains GMF, soit maintenue, encouragée et même bonifiée.

À cet effet et dans le cadre du renouvellement de leur contrat annuel, des discussions ont eu lieu entre le DRMG/DSP et l'ensemble des GMF, à l'occasion de plusieurs rencontres dans le courant de l'hiver, afin d'obtenir un engagement formel de leur part en termes d'offre populationnelle (mesure 4 du contrat GMF). Ces engagements, auxquels est assujettie une majoration proportionnelle du budget de fonctionnement, devraient permettre une offre de service à la clientèle orpheline avoisinant les 42 000 à 50 000 visites annuellement. Nous sommes heureux de mentionner que ces rencontres ont mené au renouvellement des contrats de l'ensemble des GMF de notre région.

Fort de ces engagements et suivant une commande ministérielle bien claire, le DRMG participe activement, en étroite collaboration avec la majorité des directions du CISSS de Chaudière-Appalaches, à l'élaboration du Guichet d'accès première ligne (GAP), qui vise à développer un nouveau paradigme permettant une optimisation de la trajectoire de soins dont le but sera essentiellement de faire en sorte que l'utilisateur soit vu par le bon professionnel, au bon moment, tout en favorisant la pertinence de la consultation. Ce projet en est à ses tout débuts et progressera de façon prudente par le biais d'un déploiement par territoire et sous-territoire jusqu'à sa complète mise en œuvre que nous espérons réalisable pour l'automne 2022.

Toujours en lien avec l'accès populationnel et en collaboration cette fois avec la DSP et la Direction du programme jeunesse (DPJeunesse), des rencontres furent effectuées auprès des chefs de GMF afin d'assurer leur collaboration pour la prise en charge de la clientèle orpheline 0-5 ans, dans le cadre d'une commande ministérielle à cet effet qui favorise un suivi alterné médical/Infirmier praticien spécialisé (IPS) et infirmières du programme 0-5 ans afin d'assurer un suivi efficace qui vise à optimiser les compétences de chacun.

Mise en place d'un orchestrateur de rendez-vous (Hub) dans nos GMF/Mise en place du conseil numérique

En association avec l'équipe de la DSP attirée à la première ligne (mention spéciale à M. Martin Lavoie, Agent d'amélioration continue de la qualité (AACQ) assigné au Groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) des Etchemins qui s'est énormément impliqué), de multiples rencontres furent effectuées avec les GMF afin de mettre en place cet outil informatique de répartition et de prise de rendez-vous en ligne. Malgré de nombreuses résistances, liées surtout au caractère imparfait de l'outil, l'ensemble des GMF ont accepté son branchement à leur dossier médical électronique (DMÉ) et la mise en application s'avère amorcée dans la majorité des GMF. Toutefois, étant donné que le déploiement complet et fluide du GAP sera tributaire du bon fonctionnement de cet outil, des retards d'actualisation du GAP y seront peut-être rattachés.

De plus, le DRMG a participé, toujours en collaboration avec la DSP, au déploiement du conseil numérique «E-consult» dans notre région, et ce, avec succès. La présence préalable d'adresse «Med» chez l'ensemble de nos médecins fut un facteur déterminant au succès de cette entreprise. Nous nous plaçons d'ailleurs bon deuxième au niveau provincial (derrière Montréal) dans l'utilisation de cet outil fort apprécié de tous.

Représentation afin de bonifier notre plan régional d'effectifs médicaux (PREM) en omnipratique

Nous avons bouclé notre exercice des PREM 2021 avec 24 avis de conformité (nouveaux postes) dans notre région. Des représentations ont été faites à nouveau cette année auprès du MSSS en lien avec l'iniquité dans la proportion insuffisante de nouveaux médecins versus médecins en retour de régions octroyées. À la suite des représentations effectuées, le nombre total de postes fut majoré à 27 postes au PREM 2022. Cela ne parviendra toutefois pas à contrer une vague importante de départs à la retraite qui s'intensifie depuis quatre ans. Un «déficit» de plus de 30 médecins (arrivées vs départs) est prévu dans ce laps de temps et aura un effet direct sur l'augmentation quasi exponentielle du nombre des usagers orphelins au Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) (plus de 65 000 usagers en avril 2022). Le MSSS nous a assuré que nos préoccupations avaient été entendues en lien avec la proportion inéquitablement élevée de postes de médecins en mobilité interrégionale dans notre région et nous espérons donc que cela se reflètera de façon favorable au PREM 2023.

Nous avons également participé, conjointement avec la DSP, à des rencontres avec le MSSS de façon à faire reconnaître la situation difficile vécue par l'urgence de l'Hôpital de Saint-Georges, notamment si des candidats étaient identifiés. Des postes supplémentaires en dérogation au profit de cette urgence pourraient être accordés dans les années 2022-2023.

Mot de la fin

Étant donné qu'il s'agit de mon dernier rapport annuel en tant que chef du DRMG, j'aimerais remercier chaleureusement l'ensemble de la DSP de la D^{re} Monique St-Pierre et en particulier la D^{re} Annie Tremblay ainsi que le personnel qui participent de façon proactive, dynamique et engagée à l'ensemble des actions concernant la première ligne. Sans eux, je vous assure que le DRMG serait bien incapable d'assumer ses mandats et ses responsabilités.

Je désire exprimer également ma reconnaissance envers la direction du CISSS de Chaudière-Appalaches, pour leur bienveillance bien ressentie à l'égard de la première ligne en général et la reconnaissance de son importance au maintien des services à notre population qui en a grand besoin. J'aurai grandement apprécié mes nombreuses interactions avec vous et je quitterai avec le sentiment d'avoir fait de mon mieux.

3.3 Les faits saillants

Des projets d'infrastructure majeurs

375 M\$ pour le projet d'agrandissement et de réaménagement du bloc opératoire et du bloc endoscopique de l'Hôtel-Dieu de Lévis

Le 17 septembre 2021 a eu lieu une annonce très attendue, soit celle du projet d'agrandissement et de réaménagement du bloc opératoire et du bloc endoscopique de l'Hôtel-Dieu de Lévis. Le CISSS de Chaudière-Appalaches a, pour l'occasion, accueilli le ministre de la Santé et des Services sociaux, Christian Dubé, ainsi que le ministre de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation et ministre responsable de la région de la Chaudière-Appalaches, André Lamontagne, afin de lancer la phase de planification de ce projet d'envergure. Ce projet majeur représente un investissement global évalué, à ce stade d'avancement du projet, à 375 M\$, principalement assumé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, et appuyé par la Fondation Hôtel-Dieu de Lévis. Le projet consiste à agrandir et à réaménager le bloc opératoire, principalement, mais aussi le bloc endoscopique, où sont réalisés les examens de gastroentérologie, de pneumologie et d'urologie, et différentes unités qui sont liées à ces secteurs, dont l'unité de retraitement des dispositifs médicaux, l'unité de retraitement des dispositifs endoscopiques et les services logistiques. L'objectif est de répondre au volume d'activités croissant en chirurgie et en endoscopie et de pallier les problèmes de fonctionnement liés à l'âge et à l'exiguïté des aménagements, qui répondent de moins en moins aux besoins des pratiques cliniques.



De gauche à droite : M^{me} Isabelle Lecours, députée Lotbinière-Frontenac, M. Patrick Simard, président-directeur général par intérim du CISSS de Chaudière-Appalaches, M. Christian Dubé, ministre de la Santé et des Services sociaux, M. André Lamontagne, ministre de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation et ministre responsable de la région de la Chaudière-Appalaches, M^{me} Julie-Suzanne Doyon, présidente du conseil d'administration de la Fondation Hôtel-Dieu de Lévis, M. Marc Picard, député Chutes-de-la-Chaudière.

Début des travaux de modernisation de l'urgence de l'Hôpital de Thetford

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a donné son aval pour amorcer le réaménagement et l'agrandissement de l'urgence dont l'entièreté du projet est désormais estimée à 34,44 M\$. Ces travaux visent à résoudre un problème de désuétude et de manque d'espace constaté dans les locaux actuels, qui crée notamment des enjeux de qualité des soins. La nouvelle urgence, entièrement mise aux normes, permettra l'adoption des pratiques cliniques les plus à jour. Quant au nombre de civières, il sera porté à 15, ce qui constitue un ajout de cinq civières.

De gauche à droite : M. Maxime Veilleux, représentant de l'entrepreneur Construction M. Grégoire, M. Henri Therrien, président de la Fondation de l'Hôpital de Thetford, M. Bernard Tremblay, directeur des services techniques, M^{me} Lisa Mathieu, directrice adjointe des soins infirmiers, M^{me} Isabelle Lecours, députée de Lotbinière-Frontenac, M. Jean Naud, représentant de la Société québécoise des infrastructures, et M^{me} Renée Berger, directrice générale adjointe performance, soutien et administration.



Construction du pavillon d'enseignement préclinique à l'Hôtel-Dieu de Lévis

Une première pelletée de terre a eu lieu en novembre 2021 afin de souligner le début de la construction du pavillon d'enseignement préclinique dans le cadre du projet Aventure médecine à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Le projet vise à développer l'intérêt des étudiantes et étudiants en médecine pour une pratique médicale adaptée aux régions. Il permettra d'augmenter les admissions à la Faculté de médecine de l'Université Laval.



M^{me} Geneviève Guilbault, vice-première ministre, ministre de la Sécurité publique et ministre responsable de la région de la Capitale-Nationale, M^{me} Danielle McCann, ministre de l'Enseignement supérieur, M. André Lamontagne, ministre de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation et ministre responsable de la région de la Chaudière-Appalaches, M^{me} Sophie D'Amours, rectrice de l'Université Laval, M. François Deschênes, recteur de l'Université du Québec à Rimouski, M. Patrick Simard, président-directeur général par intérim du CISSS de Chaudière-Appalaches, et D^r Jean-Christophe Carvalho, président-directeur général adjoint du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Des projets pour améliorer la qualité de vie des aînés de la région

Le CHSLD de Montmagny sera reconstruit en maison des aînés

Montmagny aura sa maison des aînés. L'annonce a été faite le 27 octobre dernier par la ministre responsable des Aînés et des Proches aidants, Marguerite Blais, et la députée de Côte-du-Sud, Marie-Ève Proulx. Située sur le terrain du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Montmagny, cette maison donnera accès à 96 places pour les aînés de la région, ce qui ajoutera 30 lits d'hébergement aux 66 lits existants du CHSLD de Montmagny. Ce dernier, devenu désuet et jugé non fonctionnel, sera remplacé par cette nouvelle construction beaucoup plus moderne et adaptée aux besoins de la population vieillissante de la région.



Début des travaux de construction de la Maison des aînés de Saint-Martin



Une pelletée de terre officielle a eu lieu le 19 août dernier annonçant le début de travaux de construction de la Maison des aînés de Saint-Martin. Ce projet de construction offrira à la population de la région 48 places en chambre individuelle avec toilette et douche adaptées, dans un milieu de vie à dimension humaine. Cette maison des aînés, située sur la 1^{re} Avenue Est, entre la 12^e et la 16^e Rue, sera constituée de quatre unités de vie de 12 places chacune. Les travaux devraient être terminés d'ici l'été 2022.

De gauche à droite : M. Patrick Simard, président-directeur général par intérim du CISSS de Chaudière-Appalaches, M. Éric Gagnon, directeur général de la gestion de projets Est de la SQI, M. Samuel Poulin, député de Beauce-Sud, M. Martin Binet, Constructions Binet, M. Éric Giguère, maire de Saint-Martin, et M. Normand Roy, préfet de la MRC de Beauce-Sartigan.

Une maison des aînés et alternative à Black Lake

Une autre maison des aînés et alternative verra le jour, Cette fois-ci à Black Lake. Ce projet offrira à la population 72 places en chambre individuelle avec toilette et douche adaptées, soit 36 places pour aînés et 36 autres pour les adultes ayant des besoins spécifiques, dans un milieu de vie à dimension humaine.

À l'avant : M. Paul Vachon, préfet de la MRC des Appalaches, M^{me} Isabelle Lecours, députée de Lotbinière-Frontenac, M^{me} Marguerite Blais, ministre des Aînés et des Proches aidants.
À l'arrière : M. Patrick Simard, président-directeur général par intérim du CISSS de Chaudière-Appalaches, M^{me} Caroline Bourgeois, vice-présidente à la gestion de projets Est du Québec de la SQI, et M. Marc-Alexandre Brousseau, maire de Thetford.



Rénovations majeures au CHSLD de Saint-Prosper

Des travaux de rénovation au CHSLD de Saint-Prosper, estimés à 650 000 \$, ont permis de rehausser la qualité de l'installation et de ses aménagements. Cette cure de jeunesse a également permis de mieux répondre aux besoins des résidents en soins de longue durée et de favoriser une vie collective plus stimulante. Afin de limiter l'exposition aux bruits, à la poussière et aux risques auprès des résidents et des employés, le CISSS de Chaudière-Appalaches a procédé à la relocalisation temporaire des 19 résidents du CHSLD et à l'ensemble de ses activités au CHSLD de Lac-Etchemin.



De gauche à droite : M. Richard Couet, maire de Saint-Prosper, M. Stéphane Marcoux, coordonnateur clinico-administratif au programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées du CISSS de Chaudière-Appalaches, M. Samuel Poulin, député de Beauce-Sud, M^{me} Véronique Lessard, gestionnaire responsable du CHSLD de Saint-Prosper, et M. Patrick Simard, président-directeur général par intérim du CISSS de Chaudière-Appalaches.

Amélioration des services et de leur accessibilité

Mise sur pied du Guichet d'accès à la première ligne

Le projet d'implantation du GAP a été amorcé et sera déployé progressivement dans les différents secteurs de la région au cours des prochains mois. À terme, c'est environ 63 000 personnes qui pourront se prévaloir de ce service dans la région.



Un nouveau service en radiochirurgie cérébrale au Centre régional intégré de cancérologie (CRIC)

Le service de radio-oncologie du CRIC offre un nouveau service en radiochirurgie cérébrale. La population de Chaudière-Appalaches devait se rendre, jusqu'à récemment, dans des hôpitaux de la ville de Québec pour recevoir ce traitement qui est maintenant offert dans la région. La radiochirurgie est une technique spécialisée de radiothérapie qui permet de traiter des métastases cérébrales sans chirurgie.

Des efforts collectifs pour la vaccination contre la COVID-19

Un Vaccibus pour rejoindre les communautés

Grâce à la collaboration de la Ville de Lévis et la Société de transport de Lévis, l'Établissement a bénéficié gratuitement d'un autobus pour se déplacer dans différentes municipalités de la région de la Chaudière-Appalaches et pour administrer le vaccin contre la COVID-19, et ce, sans rendez-vous. La Société de transport de Lévis a en effet prêté un véhicule hybride qui a été aménagé pour recevoir la population ainsi que le personnel et l'équipement associés à la vaccination. Ce fut un moyen efficace pour rejoindre certaines clientèles partout sur le grand territoire de la région et ainsi augmenter la couverture vaccinale des citoyennes et citoyens.



Initiative pour contrer l'hésitation vaccinale et les défis liés à la vaccination en Chaudière-Appalaches

Le CISSS de Chaudière-Appalaches s'est associé au projet de sensibilisation et de vaccination dans les milieux à défis plus grands. Grâce à l'appui de la Fondation familiale Trottier et de l'organisme fiduciaire le Bercaill à Saint-Georges, organisme oeuvrant dans le soutien direct aux personnes en situation de vulnérabilité, une partie de la population qui ne prend pas de rendez-vous pour se faire vacciner sans pour autant être nécessairement contre le vaccin a été rejointe. Différentes stratégies ont été mises de l'avant pour aller chercher les personnes qui sont hésitantes ou réticentes à la vaccination. Ce projet s'est déployé en deux grands axes : les personnes en situation de marginalité et en entreprises et les médias sociaux.

Une année sous le thème de la bienveillance

Le Réseau de Bienveilleurs



Dans le contexte où les employés du réseau de la santé et des services sociaux vivent de plus en plus d'épuisement, le Réseau de Bienveilleurs vise à renforcer le soutien social entre pairs et ainsi réduire la détresse psychologique vécue par ceux-ci. Leur rôle consiste à repérer les collègues dans le besoin, de les écouter et de les diriger vers les ressources appropriées. Ainsi, nous souhaitons favoriser la bienveillance et la résilience au sein des équipes de travail.

Le réseau d'Éclaireurs

Le réseau d'Éclaireur est un regroupement de citoyens engagés, de travailleurs communautaires, de partenaires intersectoriels et d'acteurs du CISSS de Chaudière-Appalaches qui assure une vigie psychosociale afin de comprendre et de répondre aux besoins de la communauté en réalisant des activités de résilience et en développant des outils aidant à rétablir le bien-être de la communauté dans un contexte postpandémique.



4. Les résultats au regard du plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux

Résultats au regard des engagements pour l'année 2021-2022

Orientation : Améliorer l'accès aux professionnels et aux services			
Objectif : Offrir un accès plus rapide aux services de première ligne			
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2021	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	86,95 %	81,89 %	85 %
1.09.27.01-PS Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	333 579	321 185	330 000

1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille

Légère diminution du taux d'inscription auprès d'un médecin de famille par rapport à l'année dernière, qui peut s'expliquer par l'implication des médecins dans les différentes activités liées à la pandémie. En parallèle, dans le cadre du soutien à la pratique (dont une des mesures du nouveau programme GMF apporte un financement aux GMF qui donne un accès populationnel à la clientèle orpheline), 19 GMF sur 21 ont rendu disponible un nombre total de 33 471 plages de rendez-vous et ont ainsi amélioré l'accès aux soins et services de première ligne pour la clientèle orpheline de la région de la Chaudière-Appalaches.

Régionalement, pour 2021-2022, il y a 354 566 usagers inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 432 977 usagers admissibles à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), ce qui donne un pourcentage de 81,89 %.

Au cours de la dernière année, il y a eu plusieurs départs de médecins dans notre région (retraite, changement de région, maladie, etc.), ce qui a engendré une augmentation importante du nombre de usagers orphelins inscrits au GAMF (+ 24 337 en date du 15 mars 2022). Malgré l'ajout des obligations médicales liées à la pandémie, il a tout de même été possible de poursuivre les inscriptions auprès d'un médecin de famille afin de maintenir un niveau acceptable. Voici les détails par RLS :

Etchemins : Il y a 14 935 usagers inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 16 909 usagers admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 88,33 %.

Alphonse-Desjardins : Il y a 204 046 usagers inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 260 744 usagers admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 78,26 %.

Beauce : Il y a 63 314 usagers inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 72 413 usagers admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 87,43 %.

Thetford : Il y a 37 204 usagers inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 42 838 usagers admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 86,85 %.

Montmagny-L'Islet : Il y a 35 067 usagers inscrits auprès d'un médecin de famille sur une population totale de 40 073 usagers admissibles à la RAMQ, ce qui donne un pourcentage de 87,51 %.

Légende :

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

Objectif : Diminuer le temps d'attente à l'urgence			
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2021	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement
1.09.16-PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	67	94	90 minutes
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	12,84	14,02	12 heures

Le nombre de visites dans les urgences a augmenté à la suite de l'évolution de la situation pandémique. Globalement, il est passé de 147 964 en 2020-2021 à 203 040 en 2021-2022, soit une augmentation de 55 076 usagers pour l'ensemble du CISSS de Chaudière-Appalaches. Malgré tous les efforts, la situation pandémique a amené une détérioration de l'ensemble des indicateurs liés à la durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence. Effectivement, l'accès aux lits d'hospitalisation a été restreint par l'intégration de la clientèle COVID dans les unités de soins, la baisse de lits disponibles dans l'établissement liée à une pénurie de personnel, les éclosions, le nombre d'usagers requérant un niveau de soin alternatif (NSA), les délais d'attente en lien avec le dépistage COVID afin de pouvoir hospitaliser l'utilisateur au bon endroit ainsi que l'observation de la clientèle COVID dans les urgences afin d'éviter des hospitalisations. Tous ces facteurs ont contribué à la détérioration de l'ensemble des indicateurs liés à la durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence.

Concernant le délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire, ce dernier est passé de 67 minutes en 2020-2021 à 94 minutes en 2021-2022. Cette augmentation s'explique en partie par la diminution du nombre d'usagers réorientés (le pourcentage de réorientation des cas de priorité 4 (moins urgent) et 5 (non urgent)* est passé de 14,7 % en 2020-2021 à 12,8 % en 2021-2022). Cette détérioration est aussi liée à l'augmentation de la volumétrie de visites dans les urgences ainsi que de la disponibilité des plages horaires en communauté pour la prise en charge de la réorientation. Ces deux facteurs ont donc eu un impact sur les délais de prise en charge pour la clientèle ambulatoire.

L'année 2022-2023 permettra assurément de reprendre l'ensemble des travaux qui contribueront à une meilleure fluidité dans la trajectoire de parcours de l'utilisateur dans les urgences de la région de la Chaudière-Appalaches. Un chantier d'optimisation en lien avec cet élément est prévu pour mai 2022.

Hôpital de Thetford

- Une augmentation de 7 962 visites a été constatée en 2021-2022;
- La durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence est passée de 11,4 heures (2020-2021) à 12,8 heures (2021-2022) avec une augmentation de 1,4 heures.

Hôpital de Saint-Georges

- Une augmentation de 7 193 visites a été constatée en 2021-2022;
- La durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence est passée de 11,5 heures (2020-2021) à 13,3 heures (2021-2022) avec une augmentation de 1,8 heures.

Hôtel-Dieu de Lévis

- Une augmentation de 13 360 visites a été constatée en 2021-2022;
- La durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence est passée de 14,9 heures (2020-2021) à 16,7 heures (2021-2022) avec une augmentation de 1,8 heures.

Centre Paul-Gilbert

- L'ouverture de l'urgence Paul-Gilbert a été faite le 12 septembre 2021 pour un nombre total de visites de 19 770;
- La durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence est de 3,4 heures. Il est à noter que les heures d'ouverture de l'urgence du Centre Paul-Gilbert sont de 7 h à 23 h, du lundi au vendredi, et de 7 h à 19 h, les fins de semaine.

Hôpital de Montmagny

- Une augmentation de 6 819 visites a été constatée en 2021-2022;
- La durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence est passée de 10 heures (2020-2021) à 10,1 heures (2021-2022) avec une légère augmentation de 0,1 heure.

* Niveau 4 – Moins urgent : La condition de l'utilisateur est liée à une maladie aiguë et non sévère qui ne présente aucun risque pour sa survie. Exemples : brûlure mineure ou phlébite. Niveau 5 – Non urgent : La condition de l'utilisateur s'apparente à une maladie mineure ou chronique qui ne présente aucun risque de détérioration. Exemples : rhume, fièvre, mal de dos, ongle incarné ou constipation.

Objectif : Améliorer l'accès aux services en santé mentale			
Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement
1.08.16-PS Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	600	688	565

La liste d'attente comprend l'addition des personnes adultes et jeunes, autant pour les services ambulatoires de CLSC que les services spécialisés de psychiatrie et de pédopsychiatrie. Le nombre de personnes en attente a augmenté malgré les investissements et les travaux sur le déploiement du Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM). Le contexte pandémique et la promotion de l'utilisation du service d'aide 811 ont fait en sorte que le nombre de demandes a augmenté. Les demandes de service sont priorisées selon le niveau d'urgence. Toutes les demandes urgentes sont prises en charge dans un délai maximal de 24 heures. Pour les services de psychiatrie, trois départs (retraite, pratique privée, etc.) ont eu un impact sur la capacité de prise en charge de la clientèle. Le défi de recrutement de psychiatres et de pédopsychiatres demeure un enjeu majeur.

Objectif : Améliorer l'accès aux services en dépendance			
Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement
1.07.07-PS Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	3 594	3 772	3 632

Atteinte de l'engagement annuel à 103,9 % et poursuite des efforts pour maintenir une bonne qualité de service.

Objectif : Améliorer l'accès aux services spécialisés			
Indicateurs	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement
1.09.49-PS Pourcentage des consultations auprès d'un médecin spécialiste, après référence par un médecin de famille, réalisé à l'intérieur des délais (Priorités A-B-C-D-E) A = 3 jours et moins / B = 10 jours et moins / C = 28 jours et moins / D = 3 mois et moins / E = 12 mois et moins	70,3 %	58,3 %	80 %
1.09.32.10-PS Nombre de demandes des chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	2 032	1 771	2 000
1.09.33.01-PS Pourcentage de usagers traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours	69,2 %	62,4 %	70 %

1.09.49-PS Pourcentage des consultations auprès d'un médecin spécialiste, après référence par un médecin de famille, réalisé à l'intérieur des délais

La détérioration observée est attribuable au fait que la région de la Chaudière-Appalaches a été touchée de façon majeure par les vagues de COVID 4, 5 et 6 de la pandémie. Plus particulièrement, la 5^e vague a conduit à un délestage important des infirmières en cliniques externes pour répondre aux services essentiels de l'établissement. Cela a eu un impact très significatif sur l'accès. Il est à noter que le délestage s'est réalisé en conformité aux directives ministérielles selon les niveaux d'alertes autorisées par le MSSS. Des travaux sur l'amélioration de l'accès se poursuivent, mais sont ralentis par les enjeux importants de main-d'œuvre (tant au niveau médical que clinique) dans certains secteurs.

1.09.32.10-PS Nombre de demandes des chirurgies en attente depuis plus de 6 mois

Nous constatons une diminution du nombre de chirurgies en attente depuis plus de six mois.

La très grande majorité des usagers hors délais sont en attente au Centre Paul-Gilbert et à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Il s'agit des blocs opératoires de la région (Paul-Gilbert et Hôtel-Dieu de Lévis) qui ont été les plus durement touchés depuis le début de la pandémie. Le Centre Paul-Gilbert a été fermé une première fois en mai pendant quelques semaines et de nouveau le 1^{er} octobre 2020. Malheureusement, la formation de nouvelles recrues dans les blocs opératoires a été grandement touchée dans tout l'établissement (pénurie de ressources dans toute l'organisation) et un retard important doit être repris, particulièrement à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Dans ce contexte, le taux de présence sur les postes à l'Hôtel-Dieu de Lévis oscille entre 42 % et 45 %, ce qui empêche une reprise des activités à 100 %.

Le niveau d'activités chirurgicales a pu reprendre à 100 % depuis l'automne dernier à l'Hôpital de Saint-Georges et à l'Hôpital de Thetford. L'Hôpital de Saint-Georges présente un niveau d'activités à 83 % depuis la fin de l'été et celui de l'Hôtel-Dieu de Lévis a pu augmenter progressivement son nombre de salles actives qui se situe actuellement à 80 %. Le Centre Paul-Gilbert, où se réalisent des chirurgies ambulatoires, a pu rouvrir à 50 % depuis janvier 2022 et fonctionne actuellement à 80 %. L'ouverture complète de ce centre hospitalier est prévue en juin 2022.

Malgré l'augmentation des niveaux d'activités qui correspondent à 103 % avec l'apport des centres médicaux spécialisés (CMS), il n'en demeure pas moins que le manque de ressources dans l'organisation oblige la fermeture de lits de courte durée. En comparaison avec la période pré-pandémique, l'accès à un lit postopératoire se voit imputé de près de la moitié de la capacité habituelle, et ce, depuis plusieurs mois. Plusieurs chirurgies ne peuvent être planifiées faute d'accès à un lit rendant la chirurgie de l'utilisateur hors délais, les usagers en attente pour une chirurgie oncologique devant être priorisés.

Parmi les mesures correctrices mises en place, notons :

1. Implantation d'une trajectoire en chirurgie d'un jour pour les usagers subissant une prothèse de genou ou de hanche dans les hôpitaux de Montmagny, Lévis et Thetford (l'Hôpital de Saint-Georges est à venir);
2. Reprise des travaux pour la trajectoire de récupération accélérée après une chirurgie (RAAC) pour les chirurgies colorectales (implantation prévue en juin-juillet 2022 à Lévis, Montmagny et Thetford);
3. Conversion de divers types de chirurgies hospitalisées en chirurgie d'un jour (ex. : bariatrique, hémithyroïdectomie, sagittale, hystérectomie, etc.);
4. Partenariat avec la CMS Lasik Md pour les chirurgies en ophtalmologie (huit priorités par semaine comparativement à trois ou quatre auparavant);
5. Partenariat avec la CMS Opéra Md qui cible la chirurgie générale, l'orthopédie, la plastie et l'oto-rhino-laryngologie (ORL) (deux priorités par semaine);
6. Deuxième offre proposée aux usagers les plus anciens sur les listes d'Alphonse-Desjardins vers les autres hôpitaux du CISSS de Chaudière-Appalaches;
7. Partage du plateau régional avec les chirurgiens de Lévis;
8. Ouverture officielle du nouveau plateau de chirurgie mineure à l'Hôtel-Dieu de Lévis à raison de deux priorités par semaine;
9. Optimisation du plateau de Paul-Gilbert grâce à un investissement financier important pour l'achat de fournitures, appareils, etc. visant la délocalisation de certaines chirurgies de l'Hôtel-Dieu de Lévis. Cet exercice est maintenant complété et permet une plus grande diversité de chirurgies sur ce plateau ambulatoire;
10. Mise en place du concept de « salle-école » à l'Hôtel-Dieu de Lévis, débuté depuis septembre 2021, et permettant un processus de formation écourtée;
11. Comité de travail mis en place pour la création de lits dédiés aux courts séjours chirurgicaux dans tous les hôpitaux de l'organisation.

1.09.33.01-PS Pourcentage de usagers traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours

La très grande majorité des usagers chirurgicaux hors délais sont en attente du bloc opératoire à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Il s'agit du bloc opératoire où il se réalise le plus de chirurgies oncologiques dans toute l'organisation. Or, depuis les deux dernières années, l'Hôtel-Dieu de Lévis n'a pu reprendre 100 % de ses activités chirurgicales, mais demeure en augmentation progressive depuis les derniers mois.

Malgré l'augmentation des niveaux d'activités chirurgicales du CISSS de Chaudière-Appalaches qui correspond à 103 % avec l'apport des CMS actuellement, il n'en demeure pas moins que le manque de ressources dans l'organisation oblige la fermeture de lits de courte durée. En comparaison avec la période pré-pandémique, l'accès à un lit postopératoire se voit imputé de près de la moitié de la capacité habituelle, et ce, depuis plusieurs mois. Les usagers en attente d'une chirurgie oncologique se doivent d'être planifiés par priorité médicale, en conjugaison avec la disponibilité des lits de courte durée, tout en considérant le fait de devoir garder un accès minimal aux spécialités non oncologiques. Se faisant, certains usagers ne peuvent bénéficier de leur chirurgie oncologique dans le délai prescrit. Comme cette clientèle requiert une hospitalisation dans la très grande majorité des cas, il demeure très difficile de donner accès au

service chirurgical attendu à notre population et nous devons demeurer très agiles dans la planification des programmes, dans le respect des priorités médicales émises et la disponibilité des lits à l'unité de soins et aux soins intensifs.

Voici les mesures apportées afin d'améliorer le taux d'occupation des lits :

1. Implantation d'une trajectoire en chirurgie d'un jour pour les usagers subissant une prothèse de genou ou de hanche dans les hôpitaux de Montmagny, Lévis et Thetford (l'Hôpital de Saint-Georges est à venir);
2. Reprise des travaux pour la trajectoire de récupération accélérée après une chirurgie (RAAC) pour les chirurgies colorectales (implantée en Beauce, implantation prévue en juin-juillet 2022 à Lévis, Montmagny et Thetford);
3. Conversion de divers types de chirurgies hospitalisées en chirurgie d'un jour (ex. : bariatrique, hémithyroïdectomie, sagittale, hystérectomie, etc.);
4. Partage du plateau régional avec les chirurgiens de Lévis;
5. Comité de travail mis en place pour la création de lits dédiés aux courts séjours chirurgicaux dans tous les hôpitaux de l'organisation.

Objectif : Améliorer l'accès aux services pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme			
Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement
1.47-PS Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme	1 149	1 123	1 149

Le nombre de places en ressources intermédiaires (RI) est demeuré sensiblement le même dans les deux dernières années. Au niveau des ressources de type familial (RTF), le programme a connu une diminution de 20 places, passant de 536 en 2020-2021 à 516 places en 2021-2022. Deux appels d'offres ont été effectués dans la dernière année afin d'ouvrir une nouvelle ressource intermédiaire (RI) de 18 places (équivalent à 30 places en RTF), répondant davantage aux besoins de la clientèle. Malheureusement, aucun promoteur ne s'est encore manifesté à cet effet.

Du côté des résidences à assistance continue (RAC), le nombre de places est demeuré le même.

Pour les places au niveau du logement social et communautaire, le programme est passé de 73 places en 2020-2021 à 57 places en 2021-2022. Cela fait suite à la fermeture de l'organisme l'Arc-en-ciel (16 places) dans le secteur de Thetford.

En centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), le nombre de places est passé de 227 à 199, soit une baisse de 28 places. Ce sont les mouvements habituels de l'année qui explique l'écart.

Objectif : Augmenter les services de soutien à domicile			
Indicateurs	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement
1.03.05.06-PS Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	22 025	22 129	21 150
1.03.05.05-PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile	1 192 174	1 314 123	1 200 000

1.03.05.06-PS Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile

Encore cette année, malgré le contexte de la pandémie COVID-19 qui a eu un impact important pour les équipes du soutien à domicile en lien avec la gestion des éclosions dans les milieux de vie dans la communauté, nous observons une légère hausse du nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile. Au total, nous dénombrons un total de 22 129 usagers différents pour l'année 2021-2022, soit 104 de plus que l'année précédente.

1.03.05.05-PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile

Malgré l'impact de la pandémie COVID-19 sur les équipes de soutien à domicile dans leur contribution dans la gestion des éclosions, l'intensité des services de soutien à domicile a augmenté en 2021-2022 par rapport à l'année précédente. Nous observons une hausse de 9 % de l'intensité des services à domicile, le nombre total d'heures passant de 1 192 174 heures en 2020-2021 à 1 314 123 heures en 2021-2022.

Objectif: Améliorer l'accès aux services destinés aux enfants, aux jeunes et à leurs familles			
Indicateurs	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement
1.06.20-PS Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété via la plateforme Agir tôt	NA	1 301	236
1.06.04-PS Délai moyen d'attente pour une évaluation à la Protection de la jeunesse	16,16	25,16	25
1.01.28-PS Proportion des enfants âgés d'un an au 31 mars qui ont reçu, dans les délais prescrits, leur dose de vaccin combiné RRO-Var contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle	81,5 %	80,8 %	90 %

1.06.20-PS Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété via la plateforme Agir tôt

Étant un site pilote, nous avons pu expérimenter la plateforme au cours des dernières années et en améliorer son processus.

Les responsables cliniques de la plateforme (RCD) sont toujours en appropriation des nouvelles composantes de la plateforme depuis les derniers changements. Des améliorations demeurent quant à l'orientation des demandes et la maîtrise du nouveau rapport, mais le processus est mieux connu et compris par ceux-ci. Des surcroits et des réaffectations de personnel ont été ajoutés permettant ainsi d'améliorer le volume de traitement de demandes arrivant de la plateforme.

La gestionnaire responsable du service concerné a pris le temps de revoir la pratique de ses intervenants, de faire l'analyse de leurs activités (à valeur ajoutée ou non) afin d'améliorer et d'optimiser le travail des responsables cliniques de la plateforme.

1.06.04-PS Délai moyen d'attente pour une évaluation à la Protection de la jeunesse

Il s'agit du délai entre la date de la décision de retenir un signalement et la date de premier contact à l'évaluation. Nous considérons l'objectif comme atteint même si nous dépassons l'engagement de 0,16 jour. Nous avons une augmentation comparativement à l'année 2020-2021 qui s'explique principalement par le fait qu'à la suite de la pandémie et de la fermeture des écoles en 2020, nous avons connu une baisse significative de signalements nous permettant d'atteindre le zéro dossier en attente et de repartir le compteur à zéro.

Toutefois, depuis l'automne 2020, nous avons connu une augmentation du volume d'activités dans tous nos secteurs liés à l'augmentation des signalements à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ). De par ce contexte, le nombre de dossiers en attente d'évaluation augmente et cela se reflète sur le délai d'attente moyen.

L'action en place pour éviter que ce délai se détériore, voire pour qu'il s'améliore, est d'assurer une gestion régionale de la liste d'attente en Chaudière-Appalaches afin que l'entraide inter sous-régions permette de prioriser les situations dont les délais sont les plus longs. Il est important de préciser que toutes les situations urgentes, qui peuvent porter atteinte à l'intégrité de l'enfant, sont priorisées et évaluées dans un délai de 24 h maximum. Les situations en attente sont considérées moins urgentes souvent parce qu'il y a un réseau entourant la famille ou qu'il s'agit d'un adolescent se rapprochant de la majorité, dont la vulnérabilité est moindre qu'un jeune enfant par exemple.

Aussi, plusieurs actions sont en place actuellement pour diminuer la liste d'attente partout sur le territoire et ces moyens portent fruit à ce jour (projet orientation, heures supplémentaires, soutien clinique et administratif aux intervenants).

1.01-28-PS Proportion des enfants âgés d'un an au 31 mars qui ont reçu, dans les délais prescrits, leur dose de vaccin combiné RRO-Var contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle

La performance à cet indicateur est globalement en amélioration depuis les dernières années. Il est à noter que la couverture vaccinale a été de moins de 70 % en 2020-2021 avec le contexte pandémique. En 2021-2022, l'organisation des services en périnatalité a été ajustée afin d'être moins impactée par les problématiques de main-d'œuvre, dont les difficultés de remplacement de personnel et le retrait immédiat des travailleuses enceintes; bien que le résultat est en deçà de la cible, il reste satisfaisant dans le contexte. La performance aurait toutefois été supérieure si d'autres ressources de santé publique (santé scolaire et santé préventive) avaient pu venir prêter main-forte pour avoir une offre de service maintenue lors d'absences liées à la COVID, remplacements d'absences et surtout lors des vacances annuelles. Pour l'année 2022-2023, afin d'améliorer nos couvertures vaccinales à 18 mois, nous avons déterminé des seuils de service plus substantiels à maintenir en période estivale. Par ailleurs, les processus de rendez-vous, de relance et de rappel seront bonifiés.

Orientation : Moderniser le réseau et ses approches			
Objectif : Favoriser la mise en place de services numériques de santé au sein du réseau			
Indicateurs	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement
1.09.51-PS Nombre de cliniques médicales branchées à une solution informatique (orchestrateur) favorisant une prise de rendez-vous en première ligne (Indicateur national – Données ensemble du Québec)	ND	28	43

Au réel, à la suite de l'autorisation du MSSS d'obtenir un délai supplémentaire en raison d'une problématique de synchronisation, 38 GMF sont maintenant connectés accordés à l'orchestrateur HUB*. Nous avons antérieurement 43 cliniques (sites), il y a eu des fermetures et des regroupements de cliniques. Nous avons donc maintenant 39 cliniques en Chaudière-Appalaches. En ce qui concerne la clinique non branchée au HUB, des démarches sont en cours quant à l'enjeu technique avec le DMÉ.

* Solution informatique permettant l'harmonisation et la gestion des rendez-vous avec un médecin en première ligne. Il permet d'améliorer l'accès à la prise de rendez-vous dans les cliniques médicales en présentant à la clientèle l'ensemble des plages disponibles selon le type de consultation, peu importe la plateforme de prise de rendez-vous utilisée par ces cliniques. Source : Infolettre RAMQ, 10 juin 2021, lettre 075.

Orientation : Prendre soin du personnel du réseau			
Objectif : Améliorer la disponibilité du personnel			
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2021	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	NA	1,11	0,66
3.05.03-PS Ratio de présence au travail	91,55	91,24	91,24

1. Mesures entreprises pour corriger la situation du recours aux heures supplémentaires et à la main-d'œuvre indépendante (MOI)

- Mise en place d'un plan d'action commun en collaboration avec la région de la Capitale-Nationale pour diminuer le recours à la MOI avec les mesures suivantes :
 - Le personnel de la MOI doit être affecté sur les quarts défavorables;
 - Du nouveau personnel d'agence ne peut pas intégrer notre organisation;
 - Délai à respecter à la suite du départ du réseau avant que l'agence puisse affecter l'employé dans nos établissements.
- Notre pourcentage de personnel infirmier ayant des postes à temps complet est au-delà des nouvelles attentes des conventions collectives puisque plus de 70 % de notre personnel infirmier est à temps complet;
- Le personnel infirmier travaillant dans des unités 24/7 peut faire rehausser son poste à temps complet à tout moment;
- Nous offrons des garanties d'emploi à l'embauche;
- Nous offrons des postes, dès l'embauche, dans la structure régulière de postes ou un poste sur mesure, selon les intérêts et les disponibilités de l'employé;
- Nous avons appliqué l'intégralité des arrêtés ministériels;

- Nous avons grandement publicisé les mesures gouvernementales, plusieurs centaines d’infirmières et d’infirmiers font des quarts de fin de semaine en plus de leur horaire chaque semaine et plusieurs centaines ont accepté de changer de quart de travail;
- D’ailleurs, les nouvelles conventions collectives ont été appliquées, permettant, entre autres, l’augmentation des heures de la semaine normale de travail.

2. Facteurs qui expliquent ou contraignent l’atteinte de l’engagement

Une hausse générale est effectivement survenue au niveau des heures supplémentaires, en raison du manque de ressources disponibles, en lien avec la rareté de la main-d’œuvre dans certains titres d’emploi, dans les secteurs plus éloignés du territoire et sur les quarts de soir et de nuit.

Orientation : Gérer l’évolution de la pandémie de la COVID-19			
Objectif : Contenir la transmission de la COVID-19 au sein de la population québécoise			
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2021	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l’établissement
1.01.34-PS Pourcentage des résultats de dépistage de la COVID-19 transmis en moins de 24 heures entre le prélèvement et l’émission du résultat par les laboratoires du réseau	NA	82,03 %	85 %
1.01.35-PS Délai entre la création d’un cycle de cas et d’un cycle de contact communautaire à risque modéré	NA	ND	48

1.01.34-PS Pourcentage des résultats de dépistage de la COVID-19 transmis en moins de 24 heures entre le prélèvement et l’émission du résultat par les laboratoires du réseau

Indicateur mis en place en février 2021. La non-atteinte de la cible s’explique principalement par deux éléments :

- Le fait que la région de la Chaudière-Appalaches a été impactée de façon majeure par les vagues COVID 4, 5 et 6 de la pandémie a suscité des pics importants de la demande de dépistage. Plus particulièrement durant la 5^e vague, le laboratoire a eu 37 % du temps une volumétrie dépassant sa capacité d’analyse (1 900 par jour) avec 4 jours à plus de 3 000 dépistages.
- Le pré enregistrement des requêtes de laboratoire, surtout en contexte d’éclosion, apporte un biais dans la mesure du délai. De nombreux rappels ont été faits à ce sujet afin de procéder à l’enregistrement le plus près possible du prélèvement.

1.01.35-PS Délai entre la création d’un cycle de cas et d’un cycle de contact communautaire à risque modéré

Étant donné que l’indicateur est retiré considérant que les activités de traçage n’ont plus lieu, aucun commentaire n’a été émis.

Objectif : Augmenter la couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes de 12 ans et plus, pour chaque groupe d’âge			
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2021	Résultats au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l’établissement
1.01.36-PS Taux cumulé de couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes de 12 ans et plus, pour chaque groupe d’âge	NA	87,88	80

Plusieurs facteurs peuvent expliquer le dépassement de la cible, notamment les nombreuses activités de promotion de la vaccination, la diversité des stratégies pour rejoindre la population (ex. : cliniques éphémères, VacciBus, vaccination dans les écoles, dans les entreprises), une offre de service qui répond aux besoins de la population (heures d’ouverture, localisation, délai pour accès aux rendez-vous) et des arrimages avec les partenaires de la communauté.

Le plan de déploiement d’une éventuelle campagne l’automne prochain tient compte des éléments gagnants expérimentés au cours de cette année pour maximiser les résultats.

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

5.1 L'agrément

Considérant la situation de la pandémie de la COVID-19, Agrément Canada a suspendu toutes ses visites pour l'année 2021. La prochaine visite pour le CISSS de Chaudière-Appalaches est prévue à la fin octobre 2022 pour la séquence 3 (santé physique, services généraux et télésanté).

5.2 La sécurité et la qualité des soins et des services

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

Malgré le contexte pandémique vécu depuis les deux dernières années, le Service de la gestion intégrée des risques et de la prestation sécuritaire des soins et services (GIRPSSS) a poursuivi ses activités et ses actions de promotion de la culture de sécurité, et ce, par différents moyens. À cet effet, la promotion de la déclaration des incidents, des accidents et de la divulgation se fait par le personnel du Service de la GIRPSSS, autant de manière formelle que de manière informelle. Celle-ci se reflète quotidiennement dans nos échanges téléphoniques, dans nos courriels, lors de rencontres et/ou de comités. D'ailleurs, toutes les actions, qu'elles soient grandes ou petites, peuvent sensibiliser et permettre aux intervenants et aux gestionnaires de faire des liens et d'intégrer ces notions dans leur pratique quotidienne et ainsi, contribuer à déclarer les incidents et accidents, à les communiquer aux usagers, à identifier des pistes de solutions et à promouvoir la culture d'amélioration continue dans l'établissement.

Voici quelques exemples de moyens mis en place pour promouvoir la déclaration et la divulgation :

- Formation Axe-1 « Gestion des risques pour les gestionnaires »;
- Communication aux équipes ainsi qu'aux responsables des ressources non institutionnelles portant sur les nouvelles lignes directrices du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sur la déclaration des événements indésirables et évitables;
- Formations offertes aux responsables des ressources de type familial, secteur jeunesse;
- Capsule vidéo présentée à l'accueil des nouveaux employés;
- Présentations lors des rencontres HEROS.*

Les nouvelles lignes directrices du MSSS mentionnent que lorsqu'un événement indésirable survient, qu'il a touché l'utilisateur et que des vérifications additionnelles ont dû être faites pour vérifier la présence ou l'apparition de conséquences, une divulgation doit obligatoirement être faite à l'utilisateur ou à son représentant légal (gravité D et plus). Au CISSS de Chaudière-Appalaches, le taux de divulgation des événements de gravité D et plus est de 100 %. Des nuances doivent être apportées à ce chiffre, car par défaut, l'application SISSS-PROV (Système d'information sur la sécurité des soins et des services) rend obligatoire la divulgation à partir d'une gravité D et n'accepte pas la validation du formulaire de déclaration si elle requiert une divulgation. Considérant les changements apportés au courant de la dernière année sur la déclaration obligatoire à partir de la gravité D, et afin de respecter les exigences légales, un suivi a été fait avec les gestionnaires des secteurs concernés pour s'assurer que la divulgation soit effectuée.

Au courant de la prochaine année, le Service de la GIRPSSS poursuivra le déploiement de la déclaration par l'application informatique SISSS-PROV pour les secteurs qui déclarent actuellement en mode papier. Ce grand chantier nous donne, entre autres, l'occasion de rencontrer un grand nombre de personnes et de promouvoir la déclaration ainsi que la divulgation en plus de répondre aux questions et de transmettre des notions portant sur la culture de sécurité.

* Humaine en tout temps, elle apprécie la communication. Équitable, dans la distribution des soins aux usagers et la délégation aux bonnes personnes, des bonnes tâches au bon moment et avec les bons résultats. Rigoureuse dans l'ensemble de son travail, reconnue comme experte clinique, elle a peu le droit à l'erreur. Organisation des soins et gestion des ressources humaines au centre de conciliations quotidiennes. Soucieuse tant pour les soins optimaux à offrir aux patients qu'à la qualité de vie optimale au travail du personnel.

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

Comme démontré dans le tableau suivant, les trois principaux types d'incidents d'indices de gravité A et B sont les tests de laboratoire, la médication et les événements de catégorie Autres.

Principaux types d'incidents	Nombre	% par rapport à l'ensemble des incidents	% par rapport à l'ensemble des événements
Traitement	159	11,41 %	0,89 %
Médication	390	27,98 %	2,17 %
Autres	360	25,82 %	2 %

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

Comme démontré dans le tableau suivant, les trois principaux types d'accidents d'indices de gravité C à I sont les chutes, la médication et les événements de catégorie Autres.

	Nombre	% par rapport à l'ensemble des accidents	% par rapport à l'ensemble des événements
Chutes	6 417	38,77 %	35,76 %
Médication	4 209	25,43 %	23,45 %
Autres	3 131	18,92 %	17,45 %

Échelle de gravités

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

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

Les réunions du comité de gestion des risques se sont poursuivies sur une base régulière tout au long de l'année 2021-2022, et ce, pour un total de quatre rencontres. Lors des réunions du comité, les sujets suivants sont systématiquement mis à l'ordre du jour :

- La présentation des événements sentinelles et des recommandations émises;
- Le suivi des indicateurs des tableaux de bord liés aux déclarations;
- La présentation des rapports de coroner avec ou sans recommandation;
- Le suivi des alertes médicales;
- Le suivi des indicateurs des milieux de vie (ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) et RPA);
- Le suivi du comité pharmaceutique;
- Le suivi des indicateurs de la PCI.

En plus des sujets énumérés ci-dessus, différents sujets ont été traités lors des réunions, dont :

- La révision et le suivi du plan de sécurité des usagers du CISSS de Chaudière-Appalaches;
- Le suivi du déploiement des travaux liés à la Loi de Vanessa;
- L'approbation de la mise à jour du règlement portant sur la divulgation des événements de l'information nécessaire à un usager à la suite d'un accident et mesures de soutien (REG_DQEPE_2016-009.B);
- La recommandation transmise au CDPO dans le dossier de la sécurité des fenêtres au Pavillon Dominique-Bédard;
- La présentation de la Direction des ressources informationnelles relativement aux tests de relève de l'infrastructure informatique en cours au CISSS de Chaudière-Appalaches;
- Le suivi du déploiement de la formation sur la ceinture « body point ».

Une vigie sur l'ensemble des déclarations d'incidents et d'accidents produits dans le CISSS de Chaudière-Appalaches est assurée quotidiennement. Cette dernière permet, entre autres, de cibler les événements nécessitant une analyse plus approfondie avec les équipes terrain dans le but d'identifier les causes fondamentales de l'événement et les pistes d'amélioration à mettre en place afin de diminuer les risques de récurrence.

Pour l'année 2021-2022, sur 107 pistes d'amélioration émises, 45 avaient été identifiées rapidement par les équipes avant même l'intervention du Service de la GIRPSSS, ce qui représente le double comparativement à l'an dernier. Cette augmentation démontre, entre autres, que les équipes sont proactives et qu'elles se mobilisent afin d'identifier des améliorations relativement à la sécurité des soins et des services offerts à nos usagers. Il est important de mentionner que tous les événements sentinelles sont analysés par un conseiller de la GIRPSSS. Par contre, ils ne se concluent pas tous par la tenue d'un comité retour sur l'expérience (CREX), par exemple lors d'événements pour lesquels il y a déjà un plan d'action en cours pour le même type d'événement. De plus, nous poursuivons la promotion auprès des gestionnaires afin qu'ils présentent à leur équipe les données statistiques propres à leur secteur ainsi que les pistes d'amélioration émises à la suite d'un événement.

En date du 31 mars 2022, 88 pistes d'amélioration ont été réalisées, sept sont réalisées de façon continue, onze sont en cours de réalisation et une qui ne pourra pas se réaliser à la suite de la validation effectuée par le service concerné. Nous pouvons donc dire que 89 % des pistes d'amélioration sont implantées.

Types d'événements sentinelles	Nombre de cas total en événements sentinelles	Nombre de cas avec recommandations	Nombre de recommandations totales pour ce type d'événement
Abus, agression, harcèlement	5	3	3
Autre	20	10	30
Bâtiment, matériel, équipement	5	2	5
Bris de confidentialité	1	0	0
Chute	90	20	31
Désorganisation comportementale	2	0	0
Diète	1	1	1
Fugue/disparition	2	1	4
Imagerie	2	2	2
Laboratoire	4	4	4
Médicament	14	7	10
Mesures de contrôle	1	0	0
Plaie de pression	1	1	1
Obstruction respiratoire	8	1	1
Tentative de suicide/suicide	15	6	9
Traitement	16	6	6
TOTAL	187	64	107

5.2.5 La surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales

Pour une deuxième année consécutive, l'année 2021-2022 a été marquée par la gestion de la pandémie de la COVID-19. La participation au comité de gestion des risques par un membre désigné par le comité de PCI afin de représenter le service concerné a été faible considérant la crise pandémique. Toujours sous la Direction générale adjointe aux programmes de santé physique générale et spécialisée, l'équipe de PCI a œuvré, malgré une sollicitation intense et maintenue, à assurer la prestation de soins et de services sécuritaires et de qualité dans l'organisation par l'implantation et le suivi des meilleures pratiques en lien avec la PCI. Pour ce faire, diverses activités et interventions ont été accomplies.

- Reprise des activités d'audits de l'hygiène des mains dans les milieux de courte durée et dans les secteurs présentant des éclosions de COVID-19.
- Maintien, évaluation, mises à jour et implantation de mesures de PCI liées à la COVID-19 (préparation de notes de service, formations, révision de protocoles, etc).

- Développement et diffusion d'une nouvelle affiche de précautions additionnelles incluant la consigne du port du N95 de la CNESST, soit « Gouttelettes/Contact + Protection oculaire et port du N95. »
- Collaboration et participation aux activités de gestion de cas et d'éclosion pour l'ajustement des mesures de PCI COVID-19 en courte durée et en milieu de vie, dans le contexte d'assouplissement des mesures demandées par le Ministère.
- Participation aux activités de gestion de la pandémie (développement des cliniques de dépistage ID Now dans les hôpitaux, réaménagement de certaines cliniques de dépistage, démantèlement des unités COVID-19 dans les hôpitaux, développement et suivi des procédures pour le maintien des cas positifs sur les unités de soins, etc.).
- Poursuite des activités en lien avec la surveillance et l'application des mesures de PCI pour l'ensemble des pathogènes infectieux en milieux de soins et maintien des surveillances obligatoires dans SI-SPIN.

5.2.6 Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art 118.1 LSSSS)

Volet organisationnel

La formation sur l'environnement numérique d'apprentissage (ENA) d'une durée de 2 h 30 portant sur la politique et le protocole sur les mesures de contrôle est actuellement en déploiement progressif auprès des équipes dans le but de l'application de ceux-ci. De plus, l'ensemble des procédures ont été adoptées au cours de l'année par le comité de direction. Un tronc commun est en écriture pour la formation des dites procédures et les modalités et les échéanciers ont été établis pour le déploiement de cette formation malgré le contexte actuel de pandémie.

Direction du programme jeunesse

Depuis maintenant plus de deux ans, le taux d'occupation des petits de 6 à 12 ans et des filles de 12 à 18 ans est en constante augmentation. Les deux dernières années ont également exacerbé une détresse importante chez ces clientèles jamais observée considérant le lot de stressés supplémentaires liés à la pandémie.

Nous observons, en 2021-2022, une hausse significative des isolements comparativement aux données de 2020-2021. Cette hausse est de l'ordre de 39,7 % (816 vs 584). Cette tendance s'observe également pour les contentions. En effet, nous notons une augmentation du recours aux contentions de 76,4 % en 2021-2022 (1157 vs 656). Des mesures d'isolement ont été appliquées auprès de 70 usagers différents, tandis que des mesures de contention ont été appliquées auprès de 87 usagers différents. Cependant, il faut considérer que des usagers ayant de multiples problématiques représentent à eux seuls une proportion importante des mesures qui sont prises. Pour les isolements, trois usagers représentent à eux seuls 23,9 % de l'ensemble des mesures qui ont été prises. Pour ce qui est des contentions, trois usagers représentent à eux seuls 22,5 % des mesures qui ont été prises.

Le déploiement de la nouvelle procédure en matière de recours aux mesures de contrôle au Programme jeunesse, la poursuite du déploiement du modèle approche sur les traumatismes (ARC) ainsi que l'intervention thérapeutique lors de conduite agressive (ITCA) dans les unités de réadaptation soutiennent cette volonté de l'ensemble des équipes à porter un regard sur la pratique et à diminuer au maximum le recours de l'application des mesures de contrôle des usagers.

Direction du programme santé mentale et dépendance (DPSMD)

Comme le dossier des mesures de contrôle est une priorité pour la DPSMD, la dernière année a été importante puisque la rédaction de la procédure portant sur l'utilisation des mesures de contrôle en communauté a été terminée (plus particulièrement dans nos ressources d'hébergement en santé mentale) et elle a pu être adoptée au comité de direction. Une analyse des écarts a été réalisée afin de déterminer les actions à mettre en place afin de se conformer à la procédure adoptée. Il est à noter que les mesures de contrôle ne sont pas autorisées pour les usagers en santé mentale dans nos ressources intermédiaires et nos ressources de type familial. Aussi, les travaux entourant la procédure pour le milieu hospitalier, en

collaboration avec la Direction des soins infirmiers et la Direction des services multidisciplinaires, ont été très actifs. La procédure a également été adoptée et son application se fera durant la prochaine année. Finalement, la DSPMD a repris le leadership clinique en ce qui a trait aux « codes blancs » lors d'usagers agressifs dans les hôpitaux. Des travaux de restructuration sont à venir afin de s'assurer de limiter le plus possible le recours à des mesures de contrôle lors de situations de crise.

Direction des programmes en déficience, autisme et réadaptation (DPDAR)

Le 1^{er} juin 2021, le CISSS de Chaudière-Appalaches a procédé au déploiement de la formation sur l'environnement numérique d'apprentissage pour une utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle. Cette formation s'inscrit dans une démarche d'intégration et d'harmonisation des pratiques cliniques en matière de mesures de contrôle. Elle s'appuie sur la Politique d'utilisation exceptionnelle de la contention, de l'isolement et des substances chimiques comme mesures de contrôle du CISSS de Chaudière-Appalaches et le protocole des applications des mesures de contrôle du CISSS de Chaudière-Appalaches. Elle vise à établir les normes de pratiques pour l'utilisation minimale et exceptionnelle des mesures de contrôle et une prestation sécuritaire des soins et services à l'endroit des usagers dans l'ensemble du CISSS de Chaudière-Appalaches. Elle met en évidence la nécessité de la collaboration interprofessionnelle et le partenariat avec l'usager dans l'ensemble des parcours de soins et de services.

Le déploiement de cette formation s'est fait en trois phases. Dans un premier temps, les gestionnaires, les coordonnateurs professionnels ainsi que les professionnels autorisés (ergothérapeutes, infirmières, psychoéducateurs, TRP, physiothérapeutes) ont été invités à suivre cette formation. Par la suite, c'est le personnel des résidences à assistance continue (technicien en éducation spécialisée) qui a été ciblé, pour finir avec l'ensemble du personnel. L'objectif étant de former le plus de professionnels avant le mois de décembre 2021.

De façon continue, les activités en lien avec le suivi des mises à jour des tableaux de bord des données sur l'usage de mesures de contrôle à la DPDAR se sont poursuivies tout au long de l'année.

En 2021-2022, 60 usagers différents sont révélés pour qui 102 mesures ont été planifiées, ce qui représente une moyenne de 1,7 mesure par usager. Comparativement à l'année dernière, Une légère baisse du nombre d'usagers ayant des mesures planifiées est observée. Nous pouvons croire que l'assouplissement des directives ministérielles en contexte de pandémie a permis de diminuer le nombre d'applications de mesures de contrôle. Ce n'est qu'en début d'année 2021 que la santé publique recommandait la mise en place de mesures sanitaires, dont l'isolement préventif pour la clientèle DPDAR. L'isolement (retrait à la chambre, cessation des activités extérieures) a dû être appliqué, mais retiré par la suite.

Il y a eu 2 104 applications de différentes mesures pour 85 usagers. Une baisse de 33 % d'usagers pour qui des mesures ont été appliquées par rapport à 2020-2021 est notée. En ce qui concerne les 60 usagers ayant des planifications de mesures de contrôle, 21 sont en RAC, 20 en RI-RTF et 19 dans un autre milieu de vie.

Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA)

À la DPSAPA, pour l'année financière 2021-2022, la procédure « Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle au Programme SAPA » a été finalisée et adoptée par le comité de direction. Un plan d'action visant l'implantation est actuellement en planification. Rappelons que la procédure « Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle au Programme SAPA » est en lien direct avec la Politique d'utilisation exceptionnelle de la contention, de l'isolement et des substances chimiques comme mesures de contrôle du CISSS de Chaudière-Appalaches et du protocole « Application des mesures de contrôle du CISSS de Chaudière-Appalaches. »

Comme par les années précédentes, un taux de contention inférieur à 10 % est visé pour le volet hébergement (CHSLD) et 0 % pour le volet soutien à domicile (SAD).

5.2.7 Les mesures mises en place par l'Établissement ou son comité de vigilance et de la qualité aux recommandations formulées par les 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 est déposé 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.

Le tableau suivant présente quelques mesures d'amélioration qui ont été réalisées au cours de l'année 2021-2022.

Motifs	Exemples de mesures d'amélioration
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> Utiliser et présenter aux usagers et à leurs proches le guide des programmes destinés aux personnes handicapées, à leur famille et à leurs proches, produit par l'Office des personnes handicapées du Québec. Analyser les besoins en matière d'hébergement temporaire, de répit et de convalescence complexe pour la clientèle en déficience physique, dont celle qui présente une obésité morbide.
Aspect financier	<ul style="list-style-type: none"> Réviser le document d'accueil de la RPA de façon à détailler les services inclus dans les frais administratifs inscrits au bail.
Droits particuliers	<ul style="list-style-type: none"> Rappeler aux membres de l'équipe les principes directeurs en matière de consentement, issus de la Politique sur le consentement aux soins, aux services et à la recherche. Informar les agents de sécurité de l'agence concernée de considérer les personnes qui agissent à titre d'interprètes au même titre que les personnes proches aidantes définies par les directives ministérielles relatives à la COVID-19. S'assurer d'impliquer en continu l'utilisateur et son représentant, notamment lors des rencontres inter-professionnelles.
Organisation du milieu et ressources matérielles	<ul style="list-style-type: none"> Faire un rappel auprès des entreprises ambulancières afin de porter une attention particulière au bon fonctionnement de leurs équipements à bord des véhicules ambulanciers. Procéder à un monitoring lors de chaleur excessive afin d'apporter des ajustements techniques et d'amélioration pour contrer la chaleur excessive dans les centres de réadaptation en centre jeunesse. S'assurer avec le personnel de la RAC que la fiche de désescalade utilisée lorsque le résident présente des troubles du comportement soit respectée par le personnel de tous les quarts de travail.
Relations interpersonnelles	<ul style="list-style-type: none"> S'assurer qu'un rappel et qu'une sensibilisation soient réalisés auprès de l'équipe des aides de services concernant l'attitude et les conduites attendues à l'égard des proches et des visiteurs en lien avec les mesures sanitaires. Faire un rappel à l'agent de sécurité sur les consignes en vigueur ainsi que sur les attentes en lien avec la politesse et les interactions avec les usagers.
Soins et services dispensés	<ul style="list-style-type: none"> Rehausser les connaissances du personnel de la RPA en matière de prévention et de gestion des chutes, et ce, en collaboration avec le SAD. S'assurer que le personnel de la RPA détient une formation à jour en lien avec les activités déléguées à des non-professionnels (loi 90). Réviser le Guide de gestion du programme SISAD en portant une attention particulière à l'annexe 5 : grille de détermination de services. Utiliser des outils normalisés pour évaluer les besoins des usagers, dont les fiches de modalités d'application de l'offre en aide à domicile.

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 son avis au dirigeant d'un organisme public, lui faire toute recommandation qu'il juge utile et requérir d'être informé des mesures qui auront été effectivement prises pour remédier à la situation préjudiciable.

Au cours de la dernière année, le Protecteur du citoyen a traité 27 plaintes qui visaient les installations du CISSS de Chaudière-Appalaches. De ces plaintes, 20 recommandations ont été formulées. Des mesures correctives ont été apportées à la satisfaction du Protecteur du citoyen pour 17 de ces recommandations émises, ce qui a contribué à l'amélioration de la qualité des soins et des services; cinq dossiers demeurent actifs ce jour incluant huit recommandations en cours. En outre, le Protecteur du citoyen est intervenu, de sa propre initiative, à cinq reprises auprès de l'établissement.

Tableau des recommandations

	Recommandations	Réalisé	En cours
1.	Offrir une formation aux employés de gestion d'activité accessoires établissements de santé (Gestac) sur les règles de base en matière de prévention et contrôle des infections.	X	
2.	Modifier le document Réorientation des usagers ambulatoires de l'urgence en période de pandémie COVID-19 afin qu'il reflète le droit des usagers et des usagères de refuser une réorientation et de demeurer à l'urgence.	X	
3.	Rappeler au personnel de l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Lévis l'importance de : - Respecter le droit des usagers et des usagères de refuser la réorientation en tout temps et de demeurer à l'urgence; - S'assurer que les usagers et les usagères qui acceptent d'être réorientés en clinique médicale externe quittent avec un rendez-vous confirmé.	X	
4.	Rappeler au personnel effectuant la liaison entre le Centre de réadaptation en dépendances d'inscrire une mention détaillée aux dossiers des usagers des différents services qui leur sont proposés.	X	
5.	Élaborer, en collaboration avec la DRHCAJ, un outil commun permettant l'inscription et la conservation d'informations sur les employés qui sera utilisé par les chefs de programme afin de prévenir la perte d'information en cas de déplacement du personnel (employés et gestionnaires).	X	
6.	S'assurer qu'un plan de transition soit réalisé lors de tout changement significatif dans le parcours de services d'un usager.	X	
7.	Prendre les mesures nécessaires afin de s'assurer qu'aucune personne ne soit gardée contre son gré à l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Lévis, plus particulièrement dans l'aire sécurisée, sans être mise sous garde préventive ou sans ordonnance du tribunal.	X	
8.	Rétablir la gratuité, pour l'usagère, des services pour les tâches domestiques, et ce, dès la réception des présentes conclusions.	X	
9.	Mettre immédiatement le nom de l'usagère à sa juste place sur la liste d'attente en considérant qu'elle aurait dû être orientée dès le moment de la détermination des services d'aide domestique auxquels elle avait droit en 2020.	X	
10.	Respecter la directive ministérielle pour assurer une présence infirmière à chaque quart de travail en CHSLD 19-13887.	X	
11.	Bonifier les critères d'exclusion du modèle de garde infirmière mobile afin d'assurer la santé et la sécurité des personnes hébergées dans toutes les circonstances.	X	
12.	Évaluer les effets de la mise en place des gardes infirmières mobiles sur la qualité ainsi que sur la sécurité des soins et des services fournis aux personnes hébergées en CHSLD.	X	
13.	Favoriser la rétention et l'attraction des ressources infirmières dans les CHSLD.	X	
14.	Réaliser un état de situation pour connaître les établissements qui ne respectent pas la directive ministérielle d'assurer une présence infirmière à chaque quart de travail en CHSLD.	X	
15.	Émettre des balises afin d'assurer la sécurité des personnes hébergées en CHSLD en contexte de pénurie importante de personnel infirmier.	X	
16.	S'assurer que la révision des modalités d'évaluation de la surcharge et de l'épuisement personnel des proches aidants en contexte de trouble du spectre de l'autisme (TSA) soit alignée sur les meilleures connaissances et les meilleures pratiques en cette matière.		X

17.	Offrir la possibilité d'utiliser les soldes résiduels des plans de soutien à la famille de l'année 2020 de chacun de leurs fils, conformément à la directive ministérielle du 3 mars 2021.		X
18.	Supprimer du dossier clinique de l'usager P2043318 les notes manuscrites de service social du 2019-12-10, 2019-12-18, 2020-01-13 et du 2020-01-30 faisant référence à des demandes du commissaire aux plaintes et à la qualité des services.	X	
19.	Afin de se conformer à la loi, collaborer activement avec le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan de services individualisé de l'usager concerné.	X	
20.	Poursuivre les démarches afin d'identifier une ressource ou un partenaire pour desservir la plage horaire requise et prioriser la prestation du soin d'assistance personnelle pour l'usagère.		X
Total		17 réalisé	3 en cours

Le Coroner

En 2021-2022, 82 rapports d'investigation du coroner, dont huit avec recommandations concernant des décès survenus dans la région de la Chaudière-Appalaches furent acheminés. À cet effet, des suivis sont assurés auprès des directions concernées pour la mise en place des mesures correctives. De plus, dans une vision de promotion et de prévention, le Service de la GIRPSSS reçoit les rapports avec et sans recommandations pour l'ensemble des Établissements de santé et de services sociaux de la province et voit à la diffusion de ceux qu'il juge pertinents après analyse. Aussi, le Service de la GIRPSSS assure une vigie pour que les événements sentinelles qui nécessitent un avis au coroner soient dirigés vers celui-ci.

La présentation des cas de coroner est un point statutaire à l'ordre du jour des réunions du comité de gestion des risques, aux différents comités prestataires de soins et de services (CPSSS) ainsi qu'au comité de vigilance et de la qualité des services (CVQS).

Recommandations adressées à l'établissement et résumé des mesures

Événements	Recommandations	Mesures mises en place
Intoxication au monoxyde de carbone. Décès par suicide.	Au CISSS de Chaudière-Appalaches, la mission de la Direction de la protection de la jeunesse est de s'assurer que tous les intervenants aient suivi une formation en lien avec le dépistage du risque suicidaire, soit « Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide des bonnes pratiques », de même que la formation « Estimation et gestion du risque d'homicide », les deux étant souvent liées. Que les intervenants utilisent la grille « Estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire » en présence d'un indicateur de risque, malgré la négation d'un parent quant à son intention de passer à l'acte afin de mieux évaluer sa situation et, le cas échéant, faire la référence auprès des ressources appropriées.	Les deux formations recommandées ont été données à l'ensemble du personnel. Développement de formateurs à l'interne de la direction pour être autonome et assurer la pérennité de la formation. Envoi d'une note de service aux intervenants spécifiant la nécessité de remplir la grille « Estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire » dès qu'ils sont formés pour le faire. Si ces derniers ne sont pas formés, un collègue qui a reçu la formation devra les accompagner pour remplir la grille.
Hypovolémie secondaire aux brûlures pancorporelles subies lorsqu'il a mis feu accidentellement à ses vêtements.	Mettre en place un plan d'intervention multidisciplinaire pour la réalisation sécuritaire de l'activité de fumer auprès de la clientèle ciblée.	Un document synthèse est élaboré par les trois directions concernées : <ul style="list-style-type: none"> • DPDAR, DPSMD et DPSAPA. Il indique aux intervenants impliqués au dossier ce qui est attendu lorsqu'un résident d'un milieu de vie (RI-RTF, RPA, RAC et CHSLD) fume; • Le document est présenté aux intervenants de leurs directions cliniques; • Les gestionnaires des directions concernées sont responsables de son application.

<p>Fracture compliquée du bassin et de l'humérus.</p> <p>Décès accidentel évitable.</p>	<p>Que le CISSS de Chaudière-Appalaches s'assure qu'il n'y ait pas de découverte de soins lors de la prise des repas/pauses des employés en CHSLD en déterminant ces heures à tour de rôle, et ce, afin d'assurer une surveillance visuelle de la clientèle en aire commune.</p>	<p>Il a été convenu que l'ensemble des 29 CHSLD de Chaudière-Appalaches s'assure de la présence de personnel lors des temps de repas et de pauses afin d'assurer la supervision des résidents dans les aires communes.</p> <p>Ceci a été possible en réaménageant les horaires du personnel en place dans les CHSLD où cela n'était pas le cas.</p>
<p>Décédé d'embolies pulmonaires massives.</p>	<p>Examiner les circonstances entourant le décès et prendre les mesures préventives appropriées.</p>	<p>Le dossier a été analysé par le comité exécutif du CMDP du CISSS de Chaudière-Appalaches. Ledit dossier, étant très peu étoffé, ne leur a pas permis de mesurer la détérioration de l'usager entre sa consultation initiale le 4 mars 2021 et son décès constaté le 9 mars 2021. Il est donc difficile pour le comité d'émettre des recommandations afin de modifier la trajectoire de l'usager.</p>
<p>Insuffisance hépatique d'origine médicamenteuse (amiodarome).</p>		<p>Un rappel a eu lieu, par la Direction des soins infirmiers, auprès des équipes de l'unité portant sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes de soins informatisées. Vérification de l'emplacement d'un tube nasogastrique et l'inspection et retrait d'un tube nasogastrique; • Les notes cliniques; • L'importance de prendre connaissance de l'historique de l'état de santé (antécédents) de l'usager; • L'évaluation de la condition clinique de l'usager. <p>Des capsules cliniques sont prévues en 2021-2022 sur les mêmes sujets.</p> <p>Le comité de l'évaluation de l'acte produira son rapport en mai 2022.</p>
<p>Acidocétose diabétique consécutivement à une pancréatite aiguë, elle-même consécutive à un diabète iatrogénique.</p>	<p>Au comité de l'évaluation de l'acte médical d'évaluer le présent dossier et de s'assurer que les plus hauts standards médicaux aient été atteints. Que le comité s'interroge sur la prise en charge du syndrome métabolique lors des épisodes de soins en santé mentale, que ce soit lors d'hospitalisation, suivi à la consultation externe ou à l'hôpital de jour psychiatrique.</p> <p>Au Département régional de médecine générale (DRMG) de mettre en place un mécanisme permettant une référence des usagers métaboliques sans médecin de famille pour qu'ils soient pris en charge de façon minimale, et ceci en collaboration avec le département de psychiatrie du CISSS de Chaudière-Appalaches.</p>	<p>Le dossier est présentement en évaluation.</p>
<p>Hémorragie externe consécutivement à de multiples lacérations auto-infligées.</p> <p>Décès par suicide.</p>	<p>Analyser et revoir le dossier, plus particulièrement l'évaluation du risque suicidaire chez cette personne hospitalisée, par les professionnels impliqués dans le dossier.</p> <p>Compléter les pistes d'amélioration du plan d'action SEN_ML-2021-0217325 en lien avec la supervision sécuritaire des sorties temporaires avec ou sans surveillance à l'hôpital et au Centre de réadaptation en déficience physique de Montmagny.</p>	<p>La Direction des soins infirmiers a analysé le dossier et a produit un rapport avec recommandations.</p> <p>Le plan d'action élaboré a été complété et les pistes furent réalisées par la Direction du programme santé mentale et dépendance.</p>

<p>Asphyxie consécutive à l'obstruction des voies respiratoires par de la nourriture.</p>	<p>De réviser le dossier de l'utilisateur en regard de la surveillance dont ce dernier devait bénéficier et de tirer des enseignements sur ce qui devrait être mis en place afin d'éviter qu'un événement semblable se reproduise.</p>	<p>L'équipe spécialisée qui effectue les instruments de détermination de la classification des ressources RI-RTF adultes du CISSS de Chaudière-Appalaches sera informée de la mesure à mettre en place. Il sera demandé aux intervenants que lorsque le descripteur « accompagnement » est requis pour un usager, l'intervenant à la classification devra expliquer à la ressource la signification de « l'accompagnement » à l'utilisateur et également sensibiliser la ressource sur l'organisation de service en termes de ressources humaines que « l'accompagnement » demande.</p> <p>Formaliser la procédure de visite d'évaluation de la qualité des services afin qu'il y ait, de façon systématique, une évaluation des services particuliers rendus par la ressource.</p> <p>Mise en place d'une nouvelle structure de gouverne transversale concernant la qualité et la sécurité dans les milieux de vie des RI-RTF et RPA.</p>
---	--	--

Le bureau de l'éthique clinique et organisationnelle

Le bureau de l'éthique clinique et organisationnelle (le Bureau) relève de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE). Il est la porte d'entrée pour toute demande de consultation et de formation en éthique clinique et organisationnelle. Afin de répondre aux demandes de consultation qui exigent une délibération éthique et une réflexion à larges spectres, trois comités d'éthique clinique et organisationnelle (CECO) et un comité d'éthique organisationnelle stratégique (CEOS) sont en place. Ceux-ci relèvent du conseil d'administration pour assurer leur indépendance. Le Bureau assure le soutien administratif de ces comités et collabore à différents travaux menés par ces derniers.

Thèmes des demandes traitées en 2021-2022 par le Bureau et les comités (CECO et CEOS)

Thème	Total de demandes traitées	Consultation au niveau du bureau de l'éthique	Formation par le bureau de l'éthique avec participation des comités d'éthique	Délibération en comité d'éthique
Éthique organisationnelle (notamment déclarations de conflits d'intérêts)	52	29	12	11
Prise de décision (notamment consentement)	16	3	2	11
Éthique professionnelle	3	1	1	1
Allocation de ressources	7	2	0	5
Fin de vie	2	0	1	1
Total	80	35	16	29

Autres activités du bureau de l'éthique clinique et organisationnelle

- Participation à des comités organisationnels :
 - Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS);
 - Comité stratégique amélioration des décisions de soin en respect des valeurs et préférence des usagers;
 - Comité régional de gestion de pénurie de sang (PRMUSS);
 - Comité d'éthique de la recherche (M^{me} Ana Marin le préside depuis décembre 2019);
 - Comité de révision de la structure (gestion intégrée des risques);
 - Comité de vigie en oncologie (accès aux chirurgies);
 - Comité restreint de surveillance chirurgicale HDL.
- En collaboration avec les comités (CECO et CEOS) :
 - En lien avec le projet ETH-O-SSS (**ETH**ique **O**rganisationnelle en **S**anté et **S**ervices **S**ociaux), débuté en 2019 à la suite du bilan des activités en éthique 2015-2019, il y a eu des activités en lien avec les deux volets : organisationnel (poursuite de la tournée des directions, initiation d'une collaboration avec le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration, préparation d'une démarche éthique de réflexion organisationnelle en temps de pandémie) et de recherche (réalisation d'une partie du projet ETH-O-SSS gestionnaires intermédiaires, obtention d'une subvention du MSSS);
 - Poursuite des activités de la *Cellule éthique de soutien en temps de pandémie* mise en place au début de la crise sanitaire pour ajuster le soutien éthique aux besoins particuliers de l'organisation et de ses membres dans cette période;
 - Élaboration de fiches éthiques : <https://www.ciassca.com/covid-19-personnel/ethique/>;
 - Deux sondages en lien avec les valeurs organisationnelles : à l'été 2020 auprès des personnes œuvrant dans l'établissement et en février – mars 2021 auprès des usagers.
- Collaboration provinciale :
 - Comité d'éthique COVID-19 du MSSS : M^{me} Ana Marin participe aux réunions de ce comité en tant qu'agente de liaison avec les éthiciens des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Dans ce même rôle, elle organise, en collaboration avec deux autres agents de liaison, des rencontres hebdomadaires avec ces éthiciens;
 - Participation aux rencontres de l'Observatoire éthique et santé de l'IDEA (Institut d'éthique appliquée de l'Université Laval).

5.3 Le nombre de mises sous garde dans une installation selon la mission

Du 1 ^{er} avril 2021 au 31 mars 2022	Mission hôpital	Mission CHSLD	Mission CLSC	Mission centres de réadaptation	Total établissements	Comparable année précédente
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	949	—	—	—	949	1 002
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	245	Sans objet	Sans objet	Sans objet	245	232
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	226	—	—	—	226	231
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	159	Sans objet	Sans objet	Sans objet	159	173
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)	155	—	—	—	155	168

Le nombre de mises sous garde a diminué comparativement à l'an passé. Plusieurs facteurs expliquent cette situation. Le contexte pandémique et la souffrance psychologique ne sont pas étrangers à ces résultats.

Nous poursuivons le déploiement de la formation sur la Loi sur la protection de la personne et les travaux pour s'assurer de la conformité dans la pratique clinique et administrative.

5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits

Pour assurer le respect des droits des usagers et l'amélioration de la qualité des soins et des services, le CISSS de Chaudière-Appalaches peut compter sur l'équipe du commissaire aux plaintes et à la qualité des services et des médecins examinateurs. En cas d'insatisfaction, un usager peut formuler une plainte relative aux services requis, reçus ou à recevoir du réseau de la santé et des services sociaux. De plus, toute personne qui a des raisons de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers ne sont pas respectés, qui suspecte de la maltraitance ou de la négligence, peut signaler la situation au bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Au cours de l'année 2021-2022, le commissariat et les médecins examinateurs ont traité 1 870 dossiers qui se répartissent ainsi : 530 plaintes générales, 118 plaintes médicales, 755 interventions, 399 assistances et 68 consultations.

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

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

Nous vous invitons à consulter le rapport annuel du commissaire aux plaintes et à la qualité des services 2021-2022 de l'établissement disponible sur le site Internet du CISSS de Chaudière-Appalaches à l'adresse suivante : www.cisssca.com.

5.5 L'information et la consultation de la population

En raison du contexte sanitaire qui s'est poursuivi en 2021-2022, il n'a pas été possible pour le CISSS de Chaudière-Appalaches de tenir ses « Dialogues citoyens », mécanisme de consultation de la population de la région dont une première édition s'est tenue en 2019-2020. Par ailleurs, des actions prévues au plan découlant des consultations 2019-2020, soit le déploiement de téléviseurs pour diffuser de l'information dans certaines salles d'attente de nos installations, a connu un ralentissement. Le tout se poursuivra dès que le contexte sanitaire le permettra.

Pendant cette seconde année de pandémie, une foule d'informations a été transmise à la population, notamment sur l'état de la situation épidémiologique dans la région, l'accès à la vaccination et les consignes sanitaires en vigueur, et ce, par le biais de divers moyens de communication organisationnels : platesformes Web, articles et entrevues dans les médias ou dans ses installations. Aussi, dans le cadre du projet *Jasons vaccination*, des citoyens plus vulnérables dans les communautés ont été rencontrés afin de les informer adéquatement et sans jugement sur la vaccination, les écouter parler de leurs préoccupations et les rassurer.

Nous vous invitons à consulter notre site Web à l'adresse suivante : www.cisssca.com. Celui-ci contient plusieurs informations pour les citoyens, entre autres, les soins et services, les installations, l'existence des comités d'usagers et tout ce qui entoure la pandémie et la vaccination.

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

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

du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022

Activité	Période du 1 ^{er} avril 2021 au 31 mars 2022 : Nombre de personnes	Site ou installation				Total
		Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV) (Données dont l'exactitude est à bonifier, ainsi que la comparabilité d'une période à l'autre)	En centre hospitalier de courte durée : Source : MedÉcho, les personnes admises dans un lit réservé aux SPFV et celles admises hors lit réservé aux SPFV. Alphonse-Desjardins : 347 Montmagny-L'Islet : 152 Beauce : nd (pas de lit réservé) Thetford : 235	734				734
	En centre d'hébergement et de soins de longue durée : Source : Gestred, medipatient (Impromptu) Alphonse-Desjardins : 45 Montmagny : 9 Beauce : pas de lit dédié Thetford : 93 Etchemins : 47		194			194
	À domicile : Source : I-CLSC Alphonse-Desjardins : 699 Montmagny-L'Islet : 212 Beauce : 286 Thetford : 214 Etchemins : 95			1 506		1 506
	En maison de soins palliatifs : Source : Maisons de soins palliatifs Maison de soins palliatifs du Littoral : 100 Maison de soins palliatifs Catherine de Longpré : 120 Maison de soins palliatifs d'Hélène : 88				308	308
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées		166			166
Aide médicale à mourir (AMM)	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées		220			220
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées		211			211
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs. Informations complémentaires : 6 personnes sont décédées avant l'administration de l'AMM, 2 personnes ont retiré leur demande/ont changé d'avis, 1 personne a demandé la sédation palliative continue		9			9

Rapport couvrant la période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	2 742
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	166
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	220
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	211
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs.	9

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 LPJ oblige tout citoyen ou professionnel à signaler la situation d'un enfant dont il considère qu'il n'a pas réponse à ses besoins essentiels.

Cette année, la DPJ-DP a traité 7 607 signalements, ce qui correspond à une augmentation de 14,1 % comparativement à l'année précédente. Le principal motif des signalements retenus cette année est celui de l'abus physique (517, soit 21,3 %), suivi par la négligence (447, soit 18,4 %). Les deux principaux motifs pour lesquels la sécurité et le développement de l'enfant sont considérés compromis sont la négligence (190, soit 25,5 %) et les mauvais traitements psychologiques (149, soit 20 %). Ensuite, ce sont les risques sérieux de négligence (113, soit 15,1 %) et les abus physiques (88, soit 11,8 %). Nous remarquons une proportion importante d'enfants âgés de 0 à 12 ans signalés à la protection de la jeunesse (72,2 %). Des initiatives de concertation avec tous les acteurs du milieu ont cours de façon continue afin d'en comprendre les raisons et d'agir préventivement pour éviter que la situation des enfants se détériore en Chaudière-Appalaches. C'est sur le territoire de Beauce-Sartigan (18,4 %) que nous retrouvons le nombre le plus élevé des enfants âgés entre 0 et 5 ans suivis par la DPJ-DP, suivi de près par Les Appalaches (13,9 %).

L'accessibilité, la qualité et l'efficacité de nos services sont des priorités pour la DPJ-DP. En ce sens, toutes les situations signalées requérant une intervention immédiate ou de 24 heures le sont dans les délais prévus. Cependant, faisant face à un manque de main-d'œuvre important, particulièrement depuis les deux dernières années, une liste d'attente dépasse de trois fois la capacité théorique de la DPJ-DP à l'étape évaluation-orientation. Plusieurs actions et moyens ont été mis en place pour assurer une saine gestion de cette liste d'attente. En voici quelques exemples : ajout d'aides sociales (composés d'étudiants au collégial ou universitaire dans les domaines sociaux qualifiés), rehaussement du plan de postes de base et ajout de postes d'autoreplacement, soutien du personnel scolaire, soutien clinique, révision du parcours d'accueil intégration, gestion régionale de la liste d'attente, etc. En ce qui concerne le service des jeunes contrevenants, en 2021-2022, des services ont été donnés à 307 usagers ayant commis des délits (45 filles et 262 garçons). Les garçons se retrouvent représentés en plus grand nombre (85,3 %), 142 jeunes ont été concernés par une mesure de sanctions extrajudiciaires et 123 jeunes par des sanctions judiciaires.

Cette année, la DPJ-DP a procédé à six adoptions québécoises, ce qui représente une diminution de 45,5 % par rapport à l'année dernière qui peut s'expliquer par des délais importants à la Cour du Québec, Chambre de la jeunesse. En ce qui concerne l'adoption internationale, les délais sont toujours en augmentation considérant que la réalité de plusieurs pays a changé et que les enfants en attente d'adoption sont souvent en grands besoins spéciaux nécessitant des soins et une implication plus grande des parents adoptifs. La pandémie a également contribué à cette diminution avec les fermetures des frontières de plusieurs pays. En ce qui concerne la tutelle, la DPJ-DP a eu deux nouveaux jugements de tutelle au cours de la dernière année.

La DPJ a de nombreux défis, et pour arriver à assurer une protection pour les enfants et éviter que leur situation se détériore, elle doit collectivement se mettre à l'œuvre pour contrer la maltraitance vécue par les enfants du territoire. Suite au dépôt du rapport de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse afin d'offrir aux enfants une société bienveillante, la DPJ-DP collabore étroitement au plan d'action du MSSS ainsi qu'avec les différents

acteurs du monde judiciaire à améliorer la pratique judiciaire au Québec, principalement à réduire les délais occasionnés par le processus judiciaire. Cette année, une équipe spécialisée en abus et maltraitance a été créée afin de rendre accessibles, à tous les enfants de la région, les services intégrés en abus et maltraitance (SIAM). La DPJ-DP est impliquée dans le programme d'intervention sociojudiciaire en conflits sévères de séparation avec deux autres CISSS et CIUSSS ainsi que la magistrature. Ce programme est novateur et fera l'objet d'une évaluation dans le but qu'il soit implanté dans toutes les régions du Québec. Cette année, l'ensemble des services de la protection de la jeunesse a connu des hausses de volume exceptionnelles. Avec la collaboration du programme jeunesse, le programme DUO a été mis en place afin d'agir en amont d'une rétention d'un signalement à la DPJ, l'approche concertée (agir ensemble auprès d'une famille déjà connue des services de première ligne). Une trajectoire de référencement dans un délai maximum de 30 jours pour tous les enfants et parents qui nécessitent des services des autres directions cliniques du CISSS de Chaudière-Appalaches a aussi été travaillée. Le beau défi collectif est celui de protéger les enfants.

Tous ensemble, offrons à nos enfants un monde exempt de maltraitance!

Signalements traités

	2021-2022						
	0-5 ans	6-12 ans	13-15 ans	16-17 ans	Inconnu	Total	%
Fille	1 098	1 478	767	334	34	3 711	48,78 %
Garçon	1 166	1 744	680	258	42	3 890	51,14 %
Inconnu	5	0	0	1	0	6	0,08 %
Total	2 269	3 222	1 447	593	76	7 607	100 %

	2020-2021						
	0-5 ans	6-12 ans	13-15 ans	16-17 ans	Inconnu	Total	%
Fille	925	1 357	570	254	38	3 144	47,17 %
Garçon	1 077	1 634	520	246	41	3 518	52,78 %
Inconnu	3	0	0	0	0	3	0,05 %
Total	2 005	2 991	1 090	500	79	6 665	100 %

Signalements retenus par MRC

MRC	2021-2022	2020-2021
Beauce-Sartigan	333	384
Bellechasse	216	231
Chutes-de-la-Chaudière	376	343
Desjardins	266	269
Appalaches	299	255
L'Islet	72	98
Nouvelle-Beauce	200	203
Etchemins	115	125
Lotbinière	209	278
Montmagny	128	144
Robert-Cliche	129	109
Hors territoire	88	88
Total	2 431	2 363

Nombre de signalements retenus par problématique

Problématiques	2021-2022	2020-2021
Abandon	3	3
Abus physique	517	633
Risque sérieux d'abus physique	391	286
Abus sexuel	133	139
Risque sérieux d'abus sexuel	156	139
Mauvais traitements psychologiques	339	317
Négligence	447	499
Risque sérieux de négligence	266	372
Troubles de comportements sérieux	179	133
Total	2 431	2 521

Provenance des signalements traités

	2021-2022	2020-2021
Milieu familial	15,10 %	13,90 %
Employé d'un CJ	31,47 %	31,83 %
Famille d'accueil	0,32 %	0,44 %
Employé d'un CH ou médecin	2,41 %	3,04 %
Autres professionnels	0,67 %	0,63 %
Milieu scolaire	20,60 %	18,11 %
Milieu policier	14,90 %	15,70 %
Communauté	9,36 %	11,13 %
Milieu de garde	1,60 %	1,55 %
Employé d'un organisme	3,57 %	3,67 %
Total	100 %	100 %

Enfants dont la situation est prise en charge par la DPJ

	2021-2022		2020-2021	
	Total	%	Total	%
Problématiques				
Abandon	16	0,78 %	18	0,90 %
Abus physique	181	8,80 %	167	8,36 %
Risque sérieux d'abus physique	89	4,33 %	73	3,66 %
Abus sexuel	66	3,21 %	55	2,75 %
Risque sérieux d'abus sexuel	62	3,01 %	43	2,15 %
Mauvais traitements psychologiques	381	18,52 %	393	19,68 %
Négligence	637	30,97 %	579	29 %
Risque sérieux de négligence	489	23,77 %	499	24,99 %
Troubles de comportement sérieux	136	6,61 %	170	8,51 %
Total	2 057	100 %	1 997	100 %

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

Milieu de vie	31 mars 2022		31 mars 2021	
	Total	%	Total	%
Suivi dans le milieu familial	817	49,73 %	868	53,35 %
Confié à un tiers significatif	149	9,07 %	128	7,87 %
Ressources de type familial	353	21,48 %	312	19,17 %
CR et RI	101	6,15 %	87	5,35 %
Autres ressources	223	13,57 %	232	14,26 %
Total	1 643	100 %	1 627	100 %

Milieu de vie indéterminé :

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

8. Les ressources humaines

8.1 Les ressources humaines de l'établissement public et privé conventionné

Nombre de personnes occupant un emploi dans l'établissement au 31 mars 2021 et nombre d'équivalents temps complet en 2020-2021

Catégorie de personnel	Nombre d'emploi au 31 mars 2021	Nombre d'ETC en 2020-2021
1 – Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	3 605	2 783
2 – Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	3 670	2 672
3 – Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 849	1 538
4 – Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	3 466	2 861
5 – Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales*	118	87
6 – Personnel d'encadrement	392	366
8 – Personnel embauché temporairement par arrêté ministériel	102	5
Total	13 202	10 313

* Soit les pharmaciens, les biochimistes cliniques, les physiciens médicaux, les sages-femmes et les étudiants.

Nombre d'emplois = Nombre d'emplois occupés dans le réseau au 31 mars de l'année concernée et ayant au moins une heure, rémunérée ou non, dans les trois mois suivant la fin de l'année financière. Les personnes qui, au 31 mars, occupent un emploi dans plus d'une installation sont comptabilisées pour chacun de ces emplois.

Nombre d'équivalents temps complet (ETC) = L'équivalent temps complet permet d'estimer le nombre de personnes qui aurait été nécessaires pour effectuer la même charge de travail, à l'exclusion des heures supplémentaires payées, si toutes les personnes avaient travaillé à temps complet. C'est le rapport entre le nombre d'heures rémunérées, ce qui inclut les jours de vacances, les jours fériés et autres congés rémunérés, ainsi que les heures supplémentaires prises en congé compensé, et le nombre d'heures du poste pour une année, lequel tient compte du nombre de jours ouvrables dans l'année.

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

Comparaison 2016-2017 à 2021-2022

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	2016-2017	641 420	1 861	643 281	353	419
	2017-2018	621 556	1 775	623 332	342	401
	2018-2019	612 082	543	612 625	337	397
	2019-2020	621 512	8 627	630 138	342	432
	2020-2021	649 732	84 655	734 386	358	428
	2021-2022	701 113	27 585	728 698	386	455
	Variation	7,9 %	(67,4 %)	(0,8 %)	7,9 %	6,3 %

2 – Personnel professionnel	2016-2017	2 318 930	9 173	2 328 103	1 284	1 663
	2017-2018	2 457 538	12 756	2 470 294	1 363	1 755
	2018-2019	2 636 884	16 238	2 653 122	1 462	1 877
	2019-2020	2 807 361	19 501	2 826 862	1 557	1 979
	2020-2021	3 001 787	46 827	3 048 614	1 665	2 184
	2021-2022	3 102 959	61 483	3 164 442	1 719	2 346
	Variation	3,4 %	31,3 %	3,8 %	3,2 %	7,4 %
3 – Personnel infirmier	2016-2017	4 703 351	142 496	4 845 846	2 520	3 368
	2017-2018	4 808 591	172 701	4 981 292	2 574	3 409
	2018-2019	4 945 434	212 396	5 157 830	2 646	3 485
	2019-2020	4 989 824	231 576	5 221 400	2 667	3 464
	2020-2021	5 092 432	281 995	5 374 427	2 717	3 705
	2021-2022	5 198 156	307 019	5 505 175	2 730	3 820
	Variation	2,1 %	8,9 %	2,4 %	0,5 %	3,1 %
4 – Personnel de bureau, technicien et assimilé	2016-2017	7 364 251	130 394	7 494 645	4 060	5 726
	2017-2018	7 508 116	170 702	7 678 818	4 140	5 989
	2018-2019	7 813 070	212 967	8 026 038	4 306	6 122
	2019-2020	8 126 651	254 375	8 381 025	4 479	6 330
	2020-2021	8 821 235	283 826	9 105 061	4 865	7 412
	2021-2022	8 940 544	349 653	9 290 198	4 923	7 615
	Variation	1,4 %	23,2 %	2 %	1,2 %	2,7 %
5 – Ouvriers, personnel d'entretien et service	2016-2017	1 657 211	19 333	1 676 544	845	1 320
	2017-2018	1 641 617	24 392	1 666 009	837	1 335
	2018-2019	1 656 430	27 324	1 683 754	845	1 363
	2019-2020	1 677 792	34 822	1 712 614	857	1 453
	2020-2021	1 965 678	46 850	2 012 529	1 011	1 819
	2021-2022	1 865 494	49 385	1 914 879	956	1 748
	Variation	(5,1 %)	5,4 %	(4,9 %)	(5,5 %)	(3,9 %)

6 – Étudiants et stagiaires	2016-2017	6 707	31	6 738	4	31
	2017-2018	9 982	110	10 092	6	37
	2018-2019	10 041	111	10 152	6	70
	2019-2020	12 003	124	12 127	7	48
	2020-2021	27 645	172	27 817	15	84
	2021-2022	43 235	520	43 754	24	118
	Variation	56,4 %	202,6 %	57,3 %	55,7 %	40,5 %
Total du personnel	2016-2017	16 691 870	303 287	16 995 157	9 066	11 954
	2017-2018	17 047 400	382 437	17 429 837	9 261	12 290
	2018-2019	17 673 942	469 579	18 143 521	9 602	12 647
	2019-2020	18 235 142	549 025	18 784 167	9 909	13 089
	2020-2021	19 558 510	744 324	20 302 834	10 631	14 885
	2021-2022	19 851 501	795 645	20 647 145	10 738	15 428
	Variation	1,5 %	6,9 %	1,7 %	1 %	3,6 %

La cible d'effectifs (20 647 145 heures) fixée par le ministère de la Santé et des Services sociaux a été respectée par le CISSS de Chaudière-Appalaches (nombre d'heures réelles : 20 647 145).

9. Les ressources financières

9.1 L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

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

Répartition des dépenses par programmes-services
(Fonds d'exploitation – activités principales)
(Informations non auditées)

Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variation des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
Programmes-services						
Santé publique	71 788 324 \$	5 %	97 699 420 \$	6 %	25 911 096 \$	36 %
Services généraux – activités cliniques et d'aide	59 083 395 \$	4 %	82 015 824 \$	5 %	22 932 429 \$	39 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	270 998 896 \$	20 %	328 637 486 \$	21 %	57 638 590 \$	21 %
Déficience physique	43 073 951 \$	3 %	48 962 845 \$	3 %	5 888 894 \$	14 %
Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme	74 352 781 \$	6 %	85 520 972 \$	5 %	11 168 191 \$	15 %
Jeunes en difficulté	78 706 883 \$	6 %	94 421 352 \$	6 %	15 714 469 \$	20 %
Dépendance	7 534 839 \$	1 %	8 617 692 \$	1 %	1 082 853 \$	14 %
Santé mentale	68 948 599 \$	5 %	79 146 458 \$	5 %	10 197 859 \$	15 %
Santé physique	402 293 595 \$	30 %	474 402 073 \$	30 %	72 108 478 \$	18 %
Programmes de soutien						
Administration	84 974 373 \$	6 %	93 478 048 \$	6 %	8 503 675 \$	10 %
Soutien aux services	90 947 748 \$	7 %	100 571 477 \$	6 %	9 623 729 \$	11 %
Gestion des bâtiments et des équipements	96 464 152 \$	7 %	101 409 154 \$	6 %	4 945 002 \$	5 %
Total	1 349 167 536 \$	100 %	1 594 882 801 \$	100 %	245 715 265 \$	18 %

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

9.2 L'équilibre budgétaire

L'Établissement a clos l'exercice financier 2021-2022 avec un surplus de 6 770 313 \$ ventilé comme suit :

Fonds d'exploitation	Surplus de l'exercice	3 415 067 \$
Fonds d'immobilisations	Surplus de l'exercice	3 355 246 \$
Total	Surplus de l'exercice	6 770 313 \$

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

9.3 Les contrats de services

Au cours de l'année financière 2021-2022, des contrats de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, ont été conclus tels que mentionné dans le tableau suivant :

Contrats de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril 2021 et le 31 mars 2022

Contrats	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	7	308 350 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	138	32 977 240 \$
Total des contrats de services	145	33 285 590 \$

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

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

10. La Direction des ressources informationnelles

Sommaire des réalisations annuelles en lien avec les enjeux et priorités des ressources informationnelles :

1. Mise en place de l'interface entre le système de contrôle des infections avec les laboratoires de la région;
2. Rehaussement des applications de dictée;
3. Régionalisation de la requête de laboratoire;
4. Rehaussement technologique des produits fonctionnant sous Oracle;
5. Amélioration de l'offre de service à l'unité de retraitement des dispositifs médicaux par l'implantation d'un système de traçabilité;
6. Implantation d'un dossier médical électronique au CLSC de La Guadeloupe;
7. Amélioration de la disponibilité de l'information clinique par le rehaussement des liens entre les centres de traitement régionaux;
8. Soutien au déploiement des centres de dépistage et de vaccination;
9. Rehaussement technologique des serveurs pour diminuer la désuétude du parc informatique du CISSS de Chaudière-Appalaches.

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

Description des réserves, commentaires et observations	An-née	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2022		
				R : réglée	PR : partiellement réglée	NR : non réglée
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers et autres informations financières						
R-1 Comptabilisation des contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société québécoise des infrastructures (SQI) comme des contrats de location-exploitation et non comme des contrats de location-acquisition, alors que cela devrait être le cas selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 « Immobilisations corporelles louées », du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public.	2011-2012	R	Aucun ajustement ou suivi n'était nécessaire puisque l'Établissement respectait les directives ministérielles à cet effet. La situation a été réglée en 2021-2022, voir le commentaire à la ligne R-7.	R		
R-3 L'Établissement 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 (SP3410 Normes comptables canadiennes pour le secteur public).	2013-2014	R	À partir du 1 ^{er} avril 2021, les paiements de transfert en capital pluriannuels pour des projets d'immobilisations sont autorisés sur la base des travaux admissibles réalisés, et non plus selon le rythme du remboursement des dettes à long terme les finançant. Cette modification de méthode comptable émanant d'une décision du gouvernement du Québec est appliquée rétroactivement avec retraitement des exercices antérieurs.	R		
R-4 L'Établissement n'a pas comptabilisé de provision salariale en lien avec l'indexation et les forfaitaires de l'exercice terminé le 31 mars 2021 de certains titres d'emploi, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2020-2021	R	Décision du MSSS indiquant aux établissements de ne pas comptabiliser cette charge puisque la subvention correspondante n'était pas approuvée en date du 31 mars 2021. Une réserve se trouve également au rapport de l'auditeur pour l'exercice se terminant au 31 mars 2022 puisque les charges sont plutôt comptabilisées à cette date.		PR	
R-5 L'Établissement a obtenu une subvention avec les charges et les pertes de revenus, déduction faite des économies, engendrées par la pandémie de COVID-19 pour le réseau de la santé et des services sociaux. L'auditeur n'a pas été en mesure d'obtenir des éléments probants suffisants et adéquats en ce qui concerne l'exactitude des charges engendrées par la pandémie de COVID-19 en raison du volume de transactions et des économies prises en compte en raison des limites inhérentes aux procédures d'audit ayant pu être réalisées.	2020-2021	R				NR

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2022		
				R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
R-6 Le MSSS a mis à jour la méthodologie et les paramètres de calcul concernant le passif en assurance salaire à comptabiliser au 31 mars 2021 sans tenir compte de l'effet de la pandémie de la COVID-19 sur la masse salariale. Par conséquent, le passif concernant l'assurance salaire au 31 mars et les salaires, avantages sociaux et charges sociales pour l'exercice terminé à cette date sont sous-évalués d'un montant que la direction n'a pas été en mesure d'établir au prix d'un effet raisonnable.	2020-2021	R	Les montants éventuels ne sont pas jugés significatifs en fonction des seuils déterminés.	R		
R-7 Comparabilité des chiffres de l'exercice considéré et des informations comparatives en lien avec les immobilisations corporelles et les obligations transférées de la SQL.	2021-2022	R	Les immobilisations corporelles et les obligations rattachées sont maintenant comptabilisées dans l'Établissement. La réserve porte donc uniquement sur les chiffres comparatifs qui n'ont pas été ajustés en raison des directives ministérielles passées.		PR	
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
En raison de la situation entourant la pandémie de la COVID-19, le ministère de la Santé et des Services sociaux a suspendu, pour les exercices 2019-2020, 2020-2021 et 2021-2022, les travaux de l'auditeur indépendant prévus à la section 3.3 « Mission d'audit portant sur l'information sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées », de l'annexe 6 des circulaires codifiées 03.01.61.03 (2020-001, 2021-001 et 2022-001).						
UM-1 CISSS de Chaudière-Appalaches : 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. Les sous-centres d'activités 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.	2013-2014	R	Applicable globalement pour le CISSS de Chaudière-Appalaches depuis 2016. Cette réserve ne pourra se régler tant et aussi longtemps que nous n'aurons pas un index patient unique pour tous les systèmes. 2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020, 31 mars 2021 et 31 mars 2022.			NR

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2022		
				R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
<p>UM-10 CISSS de Chaudière-Appalaches – 6565 : 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 : 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. Pour l'année 2018-2019, nous avons constaté que l'utilisateur avait été compté plus d'une fois. Nous avons constaté que la compilation périodique des unités ne correspondait pas au total de la période.</p>	2015-2016	R	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. 2018-2019 : nous avons travaillé avec quelques secteurs pour améliorer le fichier de saisie afin d'avoir l'utilisateur unique. Ceci semble porter fruit. 2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020, 31 mars 2021 et 31 mars 2022.		PR	
<p>UM-16 CISSS de Chaudière-Appalaches – 7163 : 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. En 2017-2018, des écarts entre la période testée et le total annuel n'ont pas pu être expliqués. En 2018-2019, nous avons remarqué l'absence de documents confirmant le prêt d'équipement et la compilation ne s'effectue pas adéquatement. En effet, nous n'avons pas été en mesure d'obtenir toute la documentation nécessaire pour valider les prêts d'équipements.</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). Il reste une partie du travail à effectuer avec les sites de Thetford et de Beauce. 2018-2019 : aucun travail n'a été fait durant l'année. 2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020, 31 mars 2021 et 31 mars 2022.		PR	
<p>UM-17 CSSS de Beauce – 7202 : 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. En 2018-2019, nous avons constaté qu'un stage avait été comptabilisé à deux reprises.</p>	2013-2014	R	Amélioration du processus en 2016-2017 avec la possibilité d'extraire la donnée. Les reports se font adéquatement, il reste à travailler le calcul du nombre de semaines. 2018-2019 : nous avons compilé la donnée de façon cumulative. De cette façon, il nous a été possible de reprendre les données modifiées durant les périodes antérieures. Le processus est bien défini et les contrôles aussi. 2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020, 31 mars 2021 et 31 mars 2022.		PR	

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2022		
				R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
<p>UM-18 CISSS de Chaudière-Appalaches – 7532 : Concernant l'unité de mesure « l'admission, la visite et l'usager » du sous-centre d'activité 7532 (Archives), nous avons constaté que la compilation n'est pas conforme à la définition et aux directives du MGF pour les raisons suivantes : pour certains sites, 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. Pour un secteur sélectionné, les demandes de renseignements téléphoniques sont compilées alors que le MGF indique de ne pas les compiler. Même situation en 2017-2018. En 2018-2019, nous avons constaté pour un secteur donné que la compilation des données comprenait aussi les unités appartenant à une clinique privée. La documentation qui sert à étayer les informations est manquante. La compilation des profils d'utilisateurs attribués qui donnent accès au dossier électronique est erronée. Le total compilé ne correspond pas à la liste des présences pour plusieurs périodes.</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. 2018-2019 : le dossier est en constante évolution. Il reste certains points à éclaircir pour s'assurer d'une standardisation de la donnée. 2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020, 31 mars 2021 et 31 mars 2022.			NR
<p>UM-21 Nous avons relevé dans plusieurs centres et sous-centres d'activités que les statistiques cumulatives à la période 13 reportées au tableau de compilation ne correspondent pas aux statistiques compilées dans les systèmes pour les unités de mesure suivantes : « le mètre cube » du sous-centre d'activités 7703 (Fonctionnement des installations – Autres). En 2018-2019, une donnée n'a pu être corroborée par des pièces justificatives. De plus, nous avons constaté que la mesure utilisée pour le calcul de l'unité de mesure était erronée depuis 2015. 6322 - Nous avons constaté que certaines données n'étaient pas compilées dans le bon type de retraitement pondéré ce qui a pour effet de fausser la compilation des unités de mesure.</p>	2016-2017	R	Création d'un fichier de compilation CISSS et suivi périodique des données avec validation de la part du personnel de la gestion de l'information. 2018-2019 : un effort supplémentaire a été fait pour s'assurer de la validation et de la conformité des statistiques dans les différents systèmes. 2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020, 31 mars 2021 et 31 mars 2022.			NR

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2022		
				R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée	R	PR
1	2	3	4	5	6	7
<p>UM-29 6322 Concernant l'unité de mesure « le retraitement pondéré » du sous-centre d'activités 6322 (Unité de retraitement des dispositifs médicaux – CLSC et CH), nous avons constaté que la compilation n'est pas conforme à la définition du MGF pour les raisons suivantes : les pièces justificatives ne concordent pas avec le rapport fait manuellement. Certaines données ne sont pas inscrites alors que d'autres sont erronées. En 2018-2019, la compilation de l'unité n'a pas été faite selon la bonne pondération. Le nombre de retraitements au niveau des endoscopies a été établi en fonction d'une moyenne pour les périodes 1 à 7 au lieu d'être établi en fonction du nombre réel. En 2017-2018 et 2018-2019, des erreurs de compilation dans la période testée ont été retracées. En 2018-2019, nous avons constaté que certaines données n'étaient pas compilées dans le bon type de retraitement pondéré ce qui a pour effet de fausser la compilation des unités de mesure.</p>	2016-2017	R	2018-2019 : retour aux équipes et rappel sur l'inscription de la donnée. 2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020, 31 mars 2021 et 31 mars 2022.			NR
<p>UM-30 6350 et 6352 Concernant l'unité de mesure « l'unité technique provinciale » du centre d'activités 6350 (Inhalothérapie) et du sous-centre d'activités 6352 (Inhalothérapie – Autres), nous avons constaté que des unités d'au moins un secteur sont manquantes.</p>	2016-2017	R	Le secteur travaille sur la meilleure façon de compiler la donnée. Elle demeure encore manquante dans certaines installations. 2018-2019 : des travaux ont été débutés, mais pas terminés. La donnée n'est pas totalement exacte. 2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020, 31 mars 2021 et 31 mars 2022.		PR	
<p>UM-31 6352 Concernant l'unité de mesure « l'usager » du sous-centre d'activités 6352 (Inhalothérapie – Autres), nous avons également constaté que la saisie des données a été effectuée en lot, sans inscrire les numéros de dossier. Il n'est donc pas possible de connaître les usagers reliés aux données. Cela a pour incidence de sous-évaluer le nombre d'usagers. En 2017-2018, des écarts entre la période testée et le total annuel de l'année ont été retracés. En 2018-2019, il y a un écart entre le fichier détaillé et le fichier de compilation transmis.</p>	2016-2017	R	L'information a été transmise auprès des utilisateurs. 2018-2019 : le tout a été discuté avec les secteurs concernés. 2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020, 31 mars 2021 et 31 mars 2022.			NR

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2022		
				R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
<p>UM-35 6831 et 6832 Concernant les unités de mesure « l'unité technique provinciale » et « la procédure » des sous-centres d'activités 6831 (Radiologie générale) et 6832 (Ultrasonographie), nous avons constaté que le nombre de procédures dans les fichiers détaillés que nous avons obtenus ne correspond pas aux nombres d'unités techniques provinciales et de procédures du rapport périodique testé. Même situation en 2017-2018.</p>	2016-2017	R	Le fichier détaillé contient des erreurs que le fournisseur n'est pas en mesure de nous expliquer pour le moment. Nous considérons que les données produites par le rapport sommaire est adéquat. 2018-2019 : aucun suivi reçu cette année sur cette information. 2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020, 31 mars 2021 et 31 mars 2022.		PR	
<p>UM-41 7553 Concernant l'unité de mesure « l'usager » du sous-centre d'activités 7553 (Nutrition clinique), nous avons constaté que des usagers sont comptés plus d'une fois. En 2017-2018, la fiche d'un usager sélectionné n'a pas pu être retracée. En 2018-2019, il y a un écart entre le fichier détaillé et le fichier de compilation transmis. Également, il y a eu suppression de données non archivées. En effet, nous avons constaté que la procédure suivie lorsqu'un patient décède ou est transféré provoque la suppression de données dans le système. Nous avons également constaté qu'une unité avait été omise dans le fichier cumulatif étant donné que le rapport fourni couvrait une seule journée plutôt que la période entière.</p>	2016-2017	R	2017-2018 : aucun suivi n'a été fait. 2018-2019 : nous avons travaillé avec plusieurs secteurs pour améliorer les fichiers « Excel maison ». Nous croyons que le personnel a bien intégré l'information. 2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020, 31 mars 2021 et 31 mars 2022.			NR
<p>UM-46 Nous avons relevé dans plusieurs centres et sous-centres d'activités que les statistiques cumulatives à la période 13 reportées au tableau de compilation ne correspondaient pas aux statistiques compilées dans les systèmes pour l'unité de mesure suivante : « la procédure pondérée » du sous-centre d'activités 6607 (Microbiologie). Même situation pour l'année 2018-2019.</p>	2017-2018	R	Idem à UM-21			NR
<p>UM-47 6785-6834-6835 Concernant l'unité de mesure « l'unité technique provinciale » des sous-centres d'activités 6785-6834-6835, un problème informatique d'un fournisseur a empêché la compilation adéquate des unités. En 2018-2019, il y a un écart entre le fichier détaillé et le fichier de compilation transmis.</p>	2017-2018	R	Idem à UM-35		PR	

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2022		
				R : réglée PR : partiellement réglée NR : non réglée		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
UM-48 7402 Concernant l'unité de mesure « le déplacement d'un usager » du sous-centre d'activités 7402 (Déplacement en ambulance vers une maison de soins palliatifs ou pour des usagers âgés de 65 ans et plus), certains déplacements auraient dû être compilés au sous-centre d'activités 7401 au lieu du 7402.	2017-2018	R	2018-2019 : le dossier des unités de mesure de ce sous-centre d'activités a été pris en charge par une seule personne d'où la recherche de la standardisation, de l'enseignement de l'information du MGF et reclassement des données s'il y a lieu. 2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020, 31 mars 2021 et 31 mars 2022.		PR	
UM-49 7801 Concernant l'unité de mesure « le mètre carré » du sous-centre d'activités 7801 (Entretien du parc immobilier et du parc d'équipement non-médical et mobilier propriété CHQ ou établissement public), il nous a été impossible de retracer la superficie de l'immeuble testé au plan détaillé.	2017-2018	R	2018-2019 : dossier en évolution constante. Il reste quelques éléments d'antériorité à valider. 2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020, 31 mars 2021 et 31 mars 2022.		PR	
UM-51 6352 Nous avons constaté une anomalie dans la compilation des données entre la liste d'une période et le total présenté pour cette même période dans la liste cumulative.	2018-2019	R	2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020, 31 mars 2021 et 31 mars 2022.			NR
UM-52 6785 Nous avons constaté une anomalie dans la compilation entre les listes détaillées et la liste cumulative. En effet, les UTP doivent être comptabilisées durant la période entamée, mais l'inscription ne se fait qu'à la fin de l'examen.	2018-2019	R	2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020, 31 mars 2021 et 31 mars 2022.			NR
UM-53 6607 (10) Nous avons constaté une anomalie dans la compilation et n'avons pas été en mesure de valider le total d'une catégorie de procédures à la fin de l'année avec la liste fournie.	2018-2019	R	2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020, 31 mars 2021 et 31 mars 2022.			NR
UM-54 6607 (20) Nous avons constaté une anomalie dans la compilation et n'avons pas été en mesure de valider le total d'une catégorie de procédures à la fin de l'année avec la liste fournie.	2018-2019	R	2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020, 31 mars 2021 et 31 mars 2022.			NR

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C) R : réserve O : observation C : commentaire	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2022		
				R : réglée	PR : partiellement réglée	NR : non réglée
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
UM-55 6870 La documentation fournie ne nous a pas permis de retracer un sondage effectué avec la liste cumulative.	2018-2019	R	2019-2020 et 2020-2021 : en raison de la pandémie de la COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pas eu à effectuer le suivi pour les exercices terminés le 31 mars 2020, 31 mars 2021 et 31 mars 2022.			NR
Questionnaire à compléter par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
QAI-3 Des cas de non-conformités aux directives administratives (y compris les circulaires) émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux, ayant une incidence directe sur la détermination de montants et sur l'information à fournir au rapport financier annuel.	2013-2014	C	Les non-conformités découlant de la compilation des unités de mesure et des heures travaillées ne sont pas prises en compte dans la réponse de l'auditeur, étant donné que le MSSS a suspendu les travaux sur la mission d'audit des unités de mesure et des heures travaillées. Nous n'avons donc pas mis en œuvre des procédures d'audit à cet effet.		PR	
Rapport à la gouvernance						
Les recommandations présentées dans l'annexe et qui touchent les exercices terminés les 31 mars 2016 et 31 mars 2017 ont été émises par le Vérificateur général du Québec (VGQ).						
C-7 Le VGQ a recommandé 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	Les éléments en lien avec la présente recommandation ont été mis en place, notamment la révision des codes inactifs et des profils d'accès.	R		

12. La divulgation des actes répréhensibles

Dans notre Établissement, il n'y a eu aucun acte répréhensible divulgué.

13. Les organismes communautaires

Le nombre d'organismes communautaires subventionnés par le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) est de 175 pour l'année 2021-2022.

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

- Suivi des obligations de la Convention de soutien financier 2015-2018 dans le cadre du soutien financier à la mission globale des organismes communautaires œuvrant en santé et services sociaux;
- 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 de demande de rehaussement financier PSOC, le CISSS de Chaudière-Appalaches s'assure que chacun des organismes communautaires demandeurs possède le Cadre de gestion ministériel du PSOC du ministère de la Santé et des Services sociaux qui précise les critères d'attribution d'un montant de rehaussement;
- Le CISSS de Chaudière-Appalaches rend disponible pour tous les organismes communautaires subventionnés le Cadre de gestion ministériel du PSOC du ministère de la Santé et des Services sociaux qui présente les exigences de reddition de comptes;
- 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 suivant.

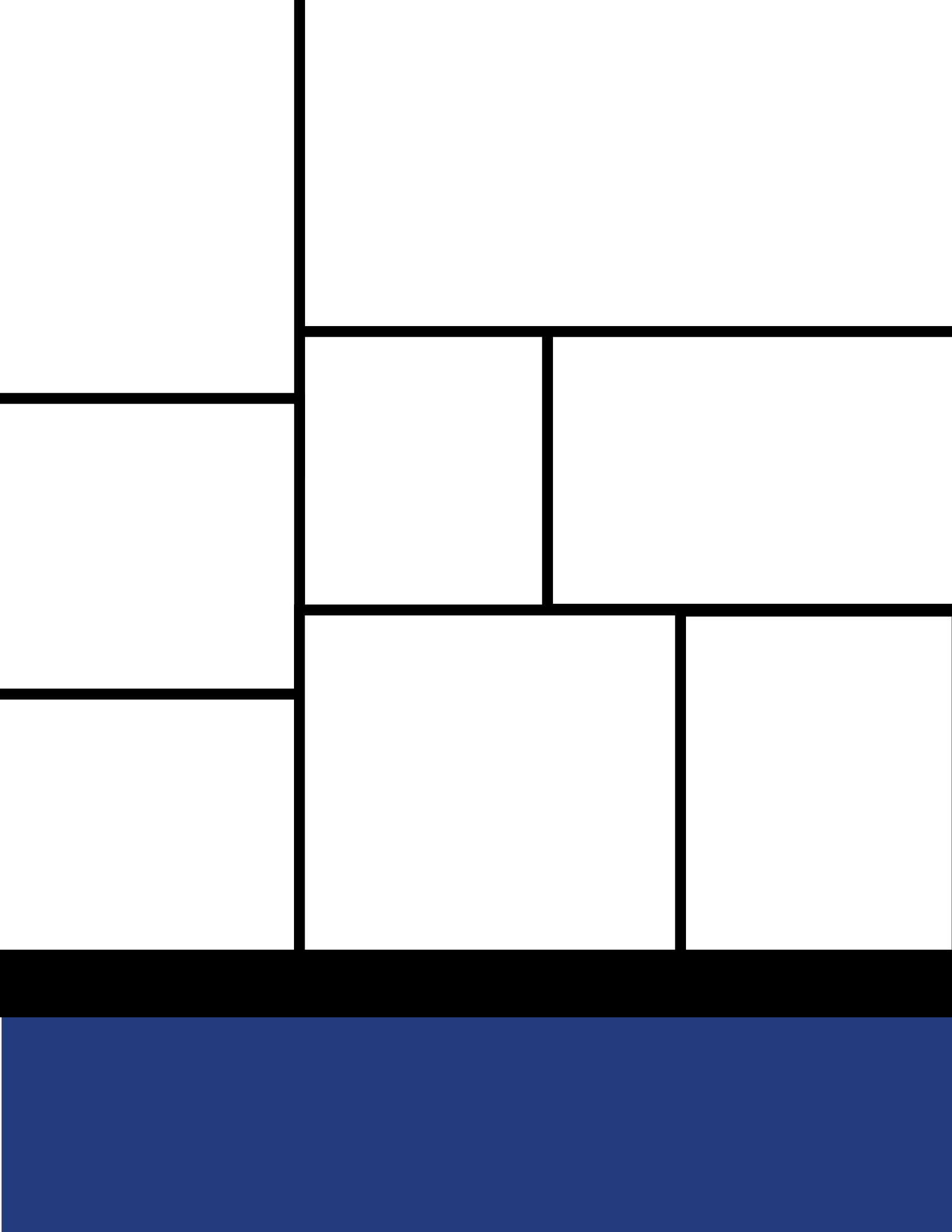
Soutien financier aux organismes communautaires par le programme de soutien financier (PSOC)		
Organismes	Total 2020-2021	Total 2021-2022
A.P.E.D.A.H. et Plus Beauce-Etchemins	28 713 \$	36 287 \$
Accueil-sérénité	166 395 \$	190 203 \$
Action Jeunesse Côte-Sud	173 653 \$	181 431 \$
Aide aux jeunes contrevenants de Beauce (A.J.C. Beauce)	208 085 \$	211 414 \$
Allaitement Québec	65 753 \$	66 805 \$
Alliance-jeunesse Chutes-de-la-Chaudière	191 634 \$	199 252 \$
Amalgame MDJ Ouest	190 847 \$	182 273 \$
Association bénévole Beauce-Sartigan inc.	295 794 \$	315 527 \$
Association de la fibromyalgie région Chaudière-Appalaches	149 084 \$	156 469 \$
Association de l'action volontaire Appalaches	314 033 \$	318 994 \$
Association de loisirs pour personnes handicapées de L'Islet-Sud	197 689 \$	205 852 \$
Association d'entraide communautaire La Fontaine	245 888 \$	259 823 \$

Association des personnes handicapées de la Chaudière	226 128 \$	234 746 \$
Association des personnes handicapées de Lévis inc.	480 547 \$	488 236 \$
Association des personnes handicapées de Lotbinière	226 421 \$	235 044 \$
Association Horizon Soleil	158 626 \$	166 164 \$
Association pour l'intégration sociale (Région Beauce-Sartigan)	274 924 \$	284 323 \$
Association renaissance des Appalaches	345 552 \$	356 081 \$
Atelier occupationnel Rive-Sud inc.	204 748 \$	213 024 \$
Au Bercaill de St-Georges	901 579 \$	926 054 \$
Aube de la Paix (1993) inc.	123 161 \$	175 132 \$
Aux Quatre Vents, groupe d'entraide pour personnes en difficulté psychologique ou psychiatrique	286 551 \$	318 596 \$
CALACS de la Rive-Sud	473 011 \$	480 579 \$
Carrefour des personnes âgées de Lotbinière	172 548 \$	181 832 \$
Centre aide et prévention jeunesse de Lévis	163 634 \$	171 252 \$
Centre communautaire Normandie inc.	123 536 \$	125 513 \$
Centre d'action bénévole Beauce-Etchemin (CABBE)	264 961 \$	275 136 \$
Centre d'action bénévole Concert'Action	115 700 \$	122 551 \$
Centre d'action bénévole des MRC de Montmagny et de L'Islet (CECB)	443 347 \$	456 916 \$
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel Chaudière-Appalaches inc.	509 516 \$	517 668 \$
Centre de stimulation l'Intercom	150 122 \$	165 024 \$
Centre de Vie de Bellechasse inc.	136 563 \$	170 934 \$
Centre d'écoute et de prévention du suicide Beauce-Etchemins	130 004 \$	152 238 \$
Centre d'entraide de la région de Disraeli	101 378 \$	110 500 \$
Centre d'entraide familiale de la MRC de Montmagny	6 218 \$	6 317 \$
Centre d'Équithérapie La Remontée	73 161 \$	74 332 \$
Centre Domrémy des Appalaches inc.	339 837 \$	351 630 \$
Centre Ex-Equo	740 038 \$	839 032 \$
Centre Femmes La Rose des Vents inc.	218 177 \$	221 668 \$
Centre Femmes L'Ancrage	206 178 \$	209 477 \$
Centre la Barre du Jour	236 444 \$	263 111 \$
Centre-Femmes « La Jardilec » inc.	216 482 \$	219 946 \$
Centre-Femmes de Beauce inc.	238 076 \$	241 885 \$
Centre-Femmes de Bellechasse	206 644 \$	209 950 \$
Centre-Femmes de Lotbinière	225 001 \$	228 601 \$
Club Parentaïde Beauce-Centre	14 126 \$	14 352 \$
Comptoir Le Grenier	218 676 \$	224 675 \$
Convergence action bénévole	517 644 \$	548 080 \$
Corporation de développement de la communauté d'expression anglaise de Mégantic (MCDC)	46 733 \$	57 481 \$
Coup de pouce nourrice	35 956 \$	41 531 \$
Entraide au masculin Côte-Sud	325 481 \$	387 489 \$
Entraide Solidarité Bellechasse	222 068 \$	225 621 \$
Entraide Ste-Croix	20 440 \$	21 567 \$
Espace Chaudière-Appalaches	381 504 \$	387 608 \$
Frigos Pleins	106 148 \$	115 346 \$

Grands Frères Grandes Soeurs des Appalaches	122 531 \$	134 491 \$
GRIS Chaudière-Appalaches	174 485 \$	177 277 \$
Groupe d'accompagnement Jonathan inc.	103 541 \$	127 247 \$
Groupe d'entraide Cancer et Vie	106 148 \$	112 846 \$
Groupe espérance et cancer	127 927 \$	134 974 \$
Havre L'Éclaircie inc.	925 991 \$	1 089 378 \$
Intervalle	366 660 \$	420 105 \$
La Chaudronnée du Bel Âge	27 610 \$	28 052 \$
La Corporation de solidarité en sécurité alimentaire de Lotbinière	106 148 \$	115 346 \$
La Croisée - regroupement de parents, amis(es) de la personne atteinte de maladie mentale - MRC des Appalaches	163 634 \$	192 628 \$
La Croisée des Chemins	246 012 \$	256 902 \$
La Frontière	153 141 \$	178 092 \$
La Gîtée inc.	914 578 \$	1 115 029 \$
La Jonction pour elle inc.	1 074 765 \$	1 297 734 \$
La Maison des aînés de Lévis inc.	90 200 \$	99 579 \$
La Maison des jeunes de Charny inc.	158 626 \$	166 164 \$
La maison des jeunes de la M.R.C. Robert-Cliche	163 634 \$	171 252 \$
La maison des jeunes de Montmagny inc.	158 626 \$	166 164 \$
La Maison des jeunes de St-Étienne-de-Lauzon inc.	158 626 \$	166 164 \$
La Maison des jeunes de St-Jean-Chrysostome inc.	158 626 \$	166 164 \$
La Maison des jeunes de Thetford Mines	188 974 \$	196 998 \$
La Maison des jeunes Isotope de St-Malachie	10 404 \$	25 308 \$
La Maison des jeunes L'Azymut Est * Ouest	158 626 \$	166 164 \$
La Maison du Tournant inc.	400 096 \$	414 047 \$
La Passerelle, groupe d'aide et d'entraide pour personnes vivant avec un problème de santé mentale	370 332 \$	414 016 \$
La Popote roulante des Aulnaies	15 844 \$	16 098 \$
La Rencontre, groupe d'entraide pour personnes atteintes de maladie mentale	205 467 \$	231 039 \$
La Ruche de St-Romuald inc.	158 626 \$	166 164 \$
La Société Alzheimer Chaudière-Appalaches	372 079 \$	383 032 \$
La Société Grand Village inc.	112 090 \$	133 883 \$
La Tournée des marmitons de Montmagny	15 806 \$	16 059 \$
L'Adoberge Chaudière-Appalaches	512 037 \$	531 960 \$
L'A-Droit de Chaudière-Appalaches	183 763 \$	210 546 \$
L'Ancre, regroupement des parents et amis des personnes atteintes de maladie mentale	161 923 \$	192 129 \$
L'Arc-en-Ciel, regroupement de parents et de personnes handicapées	539 149 \$	554 729 \$
L'Arche le Printemps inc.	636 102 \$	646 280 \$
L'Association des personnes handicapées de Bellechasse (L' A.P.H.B.)	176 910 \$	184 740 \$
L'Association des TCC des Deux Rives (Québec - Chaudière-Appalaches)	88 331 \$	89 744 \$
Laura Lémerville	26 426 \$	26 849 \$
Le Carrefour Employabilité - Travail de rue	163 634 \$	171 252 \$
Le Centre de parrainage de la jeunesse de Beauce	178 662 \$	186 633 \$

Le Cercle de l'amitié de Cap St-Ignace	17 957 \$	18 244 \$
Le Comptoir d'aide Le Fouillis inc.	13 167 \$	18 378 \$
Le Contrevent, pour l'entourage d'une personne ayant un trouble majeur de santé mentale	272 901 \$	312 679 \$
Le Filon	168 643 \$	178 841 \$
Le Havre des femmes	872 626 \$	1 032 038 \$
Le Havre, groupe d'aide et d'entraide pour la personne vivant avec un problème de santé mentale	255 119 \$	283 457 \$
Le Murmure, groupe d'entraide de personnes ayant ou ayant eu un problème de santé mentale	193 101 \$	222 873 \$
Le Patro de Lévis inc.	13 993 \$	14 217 \$
Le Rappel groupe d'entraide de personnes atteintes d'une maladie mentale	293 053 \$	326 668 \$
Le Re-lait Montmagny-L'Islet	27 774 \$	33 218 \$
Le Service d'entraide de Charny inc.	109 958 \$	116 717 \$
Le Sillon regroupement des parents et amis de la personne atteinte d'une maladie mentale	245 444 \$	281 219 \$
Le Trait d'Union, groupe d'entraide pour personnes ayant des troubles de santé mentale	302 328 \$	330 801 \$
L'Entraide Pascal-Taché inc.	168 643 \$	176 341 \$
Les amies de Panet	17 978 \$	18 266 \$
Les nouveaux sentiers de la MRC de L'Islet	163 634 \$	192 628 \$
L'Essentiel des Etchemins	106 148 \$	115 346 \$
L'Éveil, groupe d'entraide pour personnes atteintes de maladie mentale	191 798 \$	221 243 \$
Lien-Partage inc.	252 632 \$	263 674 \$
L'Interface, organisme de justice alternative	239 178 \$	243 005 \$
L'Oasis de Lotbinière inc.	208 657 \$	233 982 \$
Maison de jeunes L'Olivier des Etchemins	187 418 \$	195 417 \$
Maison de la famille Beauce-Etchemins	215 565 \$	158 054 \$
Maison de la famille Chutes-Chaudière	2 097 \$	2 131 \$
Maison de la famille de Bellechasse	21 101 \$	21 439 \$
Maison de la famille de la MRC de L'Islet inc.	28 384 \$	28 838 \$
Maison de la famille de Lotbinière	24 294 \$	24 683 \$
Maison de la famille Nouvelle-Beauce	18 374 \$	18 668 \$
Maison de la famille R.E.V. Rive-Sud	123 674 \$	125 653 \$
Maison de la famille Rive-Sud	2 097 \$	2 131 \$
Maison des jeunes « St-Henri »	106 934 \$	108 645 \$
Maison des jeunes « L'Utopie »	163 399 \$	171 013 \$
Maison des jeunes de Beauce-Sartigan	246 723 \$	250 671 \$
Maison des jeunes de L'Islet-Nord	184 279 \$	192 227 \$
Maison des jeunes de St-Michel de Bellechasse	66 353 \$	67 415 \$
Maison des Jeunes d'East Broughton	53 144 \$	103 994 \$
Maison des jeunes Défi-Ados	158 626 \$	166 164 \$
Maison des jeunes des Frontières du Sud	158 626 \$	166 164 \$
Maison des jeunes du Lac Aylmer	109 882 \$	111 640 \$
Maison des jeunes St-Raphaël	114 480 \$	165 703 \$
Maison l'Éclaircie	20 440 \$	20 767 \$
Maison l'Odyssée Jeu Alcool Drogues	242 589 \$	181 941 \$

Mesures alternatives jeunesse Frontenac inc.	204 754 \$	208 030 \$
Moisson Beauce inc.	124 305 \$	151 294 \$
Nouvel essor	373 398 \$	391 277 \$
Ouvre ton cœur à l'espoir	82 373 \$	113 691 \$
Parentaïme - Maison de la famille des Etchemins	11 819 \$	12 008 \$
Parents d'Anges Beauce-Etchemins	70 440 \$	76 567 \$
Partage au masculin Beauce	316 570 \$	321 635 \$
Personnes handicapées en action de la Rive-Sud	225 230 \$	228 834 \$
Popote roulante L'Islet inc.	31 314 \$	31 815 \$
Présence Lotbinière	123 327 \$	130 300 \$
Projet M.D.J. Saint-Isidore inc.	52 633 \$	53 475 \$
Regroupement des jeunes de Lotbinière	167 546 \$	175 227 \$
Regroupement des personnes aidantes de Lotbinière	201 980 \$	210 212 \$
Regroupement des personnes handicapées physiques de la région de Thetford (RPHPRT)	201 105 \$	209 323 \$
Regroupement des proches aidants de Bellechasse	202 664 \$	210 906 \$
Réhab	520 756 \$	540 818 \$
Réseau d'entraide des Appalaches	203 838 \$	212 099 \$
Ressource Le Berceau inc.	227 831 \$	229 444 \$
Ressources-Naissances	147 965 \$	183 556 \$
ROPHRCA	50 006 \$	50 806 \$
S.O.S. Onde Amitié	106 148 \$	126 763 \$
Santé Mentale Québec - Chaudière-Appalaches	208 718 \$	245 285 \$
Se parler... D'Hommes à Hommes inc.	262 489 \$	339 317 \$
Service d'entraide Bernières-St-Nicolas inc.	80 627 \$	81 917 \$
Service d'entraide de Breakeyville	194 767 \$	217 883 \$
Service d'entraide de Pintendre	108 720 \$	115 459 \$
Service d'entraide de Saint-Lambert-de-Lauzon	104 588 \$	111 261 \$
Service d'entraide de St-Jean-Chrysostome	108 020 \$	114 748 \$
Service d'entraide de St-Rédempteur inc.	110 852 \$	117 626 \$
Service d'entraide de St-Romuald inc.	114 646 \$	121 480 \$
Service d'entraide St-Étienne	56 976 \$	57 887 \$
Service régional d'interprétariat de L'Est du Québec inc.	168 532 \$	171 229 \$
Société de réadaptation et d'intégration communautaire (S.R.I.C.)	904 663 \$	976 030 \$
Soupe au bouton	70 440 \$	118 367 \$
Stan-Jeunes	5 202 \$	5 285 \$
Table régionale des organismes commun. actifs en santé mentale (Région - 12)	13 352 \$	13 566 \$
Table régionale des organismes communautaires Chaudière-Appalaches	169 581 \$	172 294 \$
Total général	35 723 333 \$	38 579 737 \$



ANNEXE

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

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

NUMÉRO : REG-CA2016-007

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

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 circonstances¹.

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

4. Champ d'application

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

5. Disposition finale

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

6. Diffusion

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

¹ BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). 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.
cissca.
com**



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

Québec 