

Rapport annuel de gestion

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

2017-2018



Coordination

Direction générale

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

Rédaction

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

ISBN 978-2-550-81550-1 (PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

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

MESSAGE

DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

UNE ANNEE DE GRANDS DEFIS RELEVES PAR LE CIUSSS DE L'ESTRIE –CHUS!

Grâce à l'engagement soutenu et aux efforts dignes de mention mis de l'avant par les membres du personnel, les gestionnaires et les médecins, nous avons réussi **ENSEMBLE** à passer à travers une année financière pour le moins difficile et à contenir le déficit, tout en :

- poursuivant la **progression des volumes d'activités cliniques**;
- mettant en place des **mesures exceptionnelles dans cinq de nos hôpitaux**, en raison notamment d'une activité grippale hors du commun;
- améliorant la disponibilité des ressources humaines en procédant à **2 161 nouvelles embauches soit près de 600 de plus que l'an dernier** – un tour de force dans le contexte national actuel de rareté de main-d'œuvre.

Nos défis étaient de taille considérant la stabilisation de l'assurance salaire (absences maladies de longue durée) autour de 8 % des heures travaillées, l'augmentation du recours aux heures supplémentaires, jumelées à la fin des allocations de transition non récurrentes octroyées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), depuis les deux dernières années. En dépit de cette situation, nous sommes parvenus à réduire le déficit à 1 %, ce qui représente 14,3 millions de dollars sur le budget 2017-2018 de 1,4 milliard de dollars. Nous avons même réussi à maintenir l'accès aux soins et services pour les usagers et la population, voire, pour certains services, à l'améliorer!

DES SERVICES CLINIQUES MAINTENUS ET AMÉLIORÉS, POUR ET AVEC LES USAGERS

Au nom de toute la population et du conseil d'administration, nous tenons à remercier sincèrement et chaleureusement la grande communauté du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, sans qui notre organisation n'aurait pu relever chacun des défis auxquels nous avons été confrontés.

Au cours de l'année, nous avons aussi poursuivi notre engagement à travailler **POUR et AVEC les usagers, les proches et la communauté**. Nous souhaitons les voir de plus en plus impliqués dans les soins et services qu'ils reçoivent de même qu'à divers paliers au sein de l'établissement dans l'organisation des soins et services. Les comités des usagers sont des partenaires privilégiés pour notre établissement. D'ailleurs, nous avons travaillé à mieux établir nos collaborations réciproques et nous avons répondu aux préoccupations que le comité des usagers du centre intégré (CUCI) a soumises au conseil d'administration. Une partie importante de notre population fait partie de la communauté anglophone, c'est pourquoi des efforts spécifiques sont consentis pour améliorer l'accès aux soins et services de cette communauté. Nous travaillons aussi de façon transitoire avec un groupe représentatif pour identifier les actions prioritaires à mettre en place.

Nous souhaitons également souligner la précieuse contribution des usagers à l'amélioration de l'accessibilité aux soins et aux services. Ils ont été 1 400 à souscrire à une deuxième offre dans un autre réseau local de services pour un accès plus rapide aux soins et services et une utilisation optimale des ressources et des infrastructures sur l'ensemble de notre territoire. On constate aussi une utilisation judicieuse des services

d'urgence. Ainsi, en 2017-2018, 6 500 visites de moins d'usagers aux urgences ayant un profil ambulatoire ont été enregistrées par rapport à 2014-2015.

Près de 86 % des Estriens ont maintenant un médecin de famille, comparativement à 75 % avant la création du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, ce qui représente plus de 30 000 personnes. Au cours des deux dernières années, le nombre de visites en services externes d'oncologie et d'hématologie s'est accru de 32 %. D'autres secteurs de notre organisation ont aussi connu une hausse des services, notamment du côté du soutien à l'autonomie des personnes âgées avec l'ajout de 150 lits en CHSLD, 100 places en ressources non institutionnelles et 15 lits de convalescence.

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a mis en place six trajectoires de services dans lesquelles les principaux acteurs sont impliqués afin de les améliorer au bénéfice des usagers. Nous avons aussi poursuivi au cours de l'année l'intégration des volets santé et social de notre mission universitaire au sein de celles-ci. Notamment, notre leadership provincial a été confirmé lorsque le MSSS nous a confié le mandat pour le Québec de mener le projet de réduction des antipsychotiques chez les personnes âgées en collaboration avec des experts des quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS).

UN PLAN D'ACTION POUR RETROUVER LA SANTÉ HUMAINE ET FINANCIÈRE DE NOTRE ORGANISATION

La santé humaine et financière de l'organisation et sa capacité à remplir sa mission passe par la mobilisation et la qualité de vie au travail de son personnel. C'est pourquoi plusieurs projets qui figuraient dans nos priorités de l'année ont dû être reportés à plus tard. C'est également ce qui explique l'adoption par le conseil d'administration d'un plan d'action de dix priorités organisationnelles avec la gestion des ressources humaines en tête de liste.

Notre plan projette un retour à l'équilibre budgétaire d'ici la fin 2018-2019. Mais il prévoit d'abord et avant tout de prendre davantage soin de la santé organisationnelle. En effet, nos employés et nos médecins constituent la force vive de notre établissement.

Depuis les dernières années, l'établissement fait face à des enjeux importants de rareté de main-d'œuvre. Nos besoins étant en constante évolution, ce phénomène nous a obligés à revoir notre planification et à identifier de nouveaux moyens pour mieux gérer nos ressources humaines.

Les équipes de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, de la Direction des services multidisciplinaires et de la Direction des soins infirmiers ont ainsi travaillé, de concert avec l'ensemble des directions de l'établissement, à déployer de nouvelles stratégies d'attraction, de rétention, de pratiques de gestion, de santé au travail, de développement des compétences et d'organisation des soins et services ainsi que de renforcement de nos liens avec l'ensemble des maisons d'enseignement de notre territoire.

Force est de constater que la mise en place de ces différentes stratégies pour répondre aux enjeux de main-d'œuvre a donné d'excellents résultats. Et ce n'est pas terminé, les équipes continuent à déployer leurs efforts et leurs énergies afin que l'organisation ait les ressources nécessaires pour continuer à prodiguer des soins et services de qualité à la population, partout sur le territoire.

NOS DÉFIS DE LA PROCHAINE ANNÉE

La population estrienne étant en croissance et la proportion des personnes âgées de 75 ans et plus en augmentation, l'organisation et la planification de l'offre de service doivent être conséquentes.

Avec près de 85 % du budget total 2018-2019 qui sera dédié aux soins et aux services directs à la population, dont 53 % des dépenses des programmes cliniques seront consacrées à la santé physique et 47 % aux services sociaux, nous demeurons centrés sur les besoins des usagers et de la population de notre vaste territoire.

Nous poursuivrons les grands chantiers entrepris en 2017-2018 pour améliorer la santé humaine et financière de notre organisation (baisse des absences maladies de longue durée, des heures supplémentaires, des accidents de travail et du recours à la main-d'œuvre indépendante).

Les départs à la retraite prévus chez les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux auront des répercussions sur l'ensemble du réseau et notre établissement n'y échappera pas. C'est pourquoi le CIUSSS de l'Estrie – CHUS continuera à déployer ses efforts afin de pouvoir disposer d'un bassin de candidats prêts à assumer, au moment opportun, leurs nouvelles fonctions de gestion.

Il y aura aussi des départs du côté de notre conseil d'administration; le mandat de trois ans de la majorité des membres tirant bientôt à sa fin. Ainsi, dès 2019, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS accueillera un conseil d'administration comprenant quelques nouveaux membres.

L'an prochain sera aussi consacré à poursuivre les mesures d'optimisation transversales et les mesures d'amélioration continue spécifiques dans les directions, en fonction des coûts unitaires par rapport aux établissements comparables, dans le contexte du déploiement en cours du financement axé sur les usagers.

Nous vous invitons maintenant à apprécier l'ensemble des réalisations mises en lumière dans le troisième Rapport annuel de gestion du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Vous pourrez constater tout le travail accompli par nos équipes, ces 18 000 personnes dévouées et engagées au quotidien envers les usagers et les quelque 500 000 personnes formant la population de notre vaste territoire!

Bonne lecture!



Original signé par

M. Jacques Fortier
Président du conseil d'administration

Original signé par

M^{me} Patricia Gauthier
Présidente-directrice générale

DÉCLARATION

SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES

À titre de présidente-directrice générale, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2017-2018 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2018.

Original signé par

M^{me} Patricia Gauthier
Présidente-directrice générale

TABLE DES MATIÈRES

Lexique et acronymes	8
PARTIE 1	
RÔLE ET FONCTIONNEMENT DU CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS	
1.1 Territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.....	15
1.2 Description de l'établissement	24
1.3 Gouvernance.....	30
PARTIE 2	
PLAN D'ACTION ORGANISATIONNEL DE L'ÉTABLISSEMENT	
2.1 Agir pour et avec l'utilisateur, ses proches et la population	87
2.2 Garantir l'accessibilité aux soins et services	94
2.3 Assurer la qualité des soins et des services.....	109
2.4 Utiliser judicieusement les ressources	119
2.5 Bâtir pour et avec le personnel, les médecins, gestionnaires, partenaires, bénévoles et communautés	128
2.6 Intégrer la mission universitaire	132
PARTIE 3	
REDDITION DE COMPTE DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ	
3.1 Attentes spécifiques.....	135
3.2 Fiches de reddition de comptes - Chapitre IV de l'entente de gestion.....	139
PARTIE 4	
DONNÉES FINANCIÈRES	
4.1 États financiers.....	151
4.2 Gestion et contrôle des effectifs et contrats de service.....	154
4.3 Organismes communautaires.....	155
ANNEXE	
A Code d'éthique et de déontologie	183

LEXIQUE

ET ACRONYMES

AAPA	Approche adaptée à la personne âgée
ACIIQ	Association des conseils des infirmières et infirmiers du Québec
ACMQ	Association des conseils multidisciplinaires du Québec
AGESSS	Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux
AMP	Activités médicales particulières
BPP	Bureau des pratiques pertinentes
C. A.	C. A.
CABE	Cahier d'analyse des besoins de l'enfant
CASAD	Comité d'allocation de service en soutien à domicile
CCMUP	Comité coordination de la mission universitaire et de la pertinence
CD	Comité directeur
CDA	Comité des directeurs adjoints
CDRS	Centrale de rendez-vous santé
CdRV	Centre de recherche sur le vieillissement
CECM	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire
CECO	Comité d'éthique clinique et organisationnelle
CER	Comité d'éthique à la recherche
CGOC	Comité gestion des outils cliniques
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CIIA	Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires
CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
COMMUNAUTÉ	Le personnel, les médecins, les chercheurs et les bénévoles œuvrant au sein du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

CP	Comité de pairs
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CPQS	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
CPSSSU	Comité de prestation sécuritaire des soins et des services aux usagers
CQSS	Comité de la qualité des soins et des services
CR	Centre de recherche
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRE	Centre de réadaptation Estrie
CRCHUS	Centre de recherche du CHUS
CRDE	Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CSF	Conseil des sages-femmes
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CUC	Comité des usagers continué
CUCI	Comité des usagers du centre intégré
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
CvPAC	Communauté virtuelle de pratique en amélioration continue
CVQ	Comité de vigilance et de la qualité
DA	Déficience auditive
DES	Diplôme d'études secondaires
DGA-PSPGS	Direction générale/directeur général adjoint au programme santé physique générale et spécialisée
DGA-PSR	Direction générale/directeur général adjoint aux programmes sociaux et de réadaptation
DGTI	Direction générale des technologies de l'information
DI-TSA	Déficience intellectuelle – trouble du spectre de l'autisme
DOCC	Diabète, obésité et complications cardiovasculaires
DP	Déficience physique
DPDI-TSA-DP	Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DPJe	Direction du programme jeunesse
DPSAPA	Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées
DPSMD	Direction des programmes santé mentale et dépendance

DQEPE	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
DRFL	Direction des ressources financières et de la logistique
DRHCAJ	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
DRIT	Direction des ressources informationnelles et technologiques
DRMG	Département régional de médecine générale
DSG	Direction des services généraux
DSI	Direction des soins infirmiers
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DSP	Direction des services professionnels
DSPublique	Direction de santé publique
DST	Direction des services techniques
DV	Déficiences visuelle
ETMISSS	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux
FCASS	Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
FMSS	Faculté de médecine et des sciences de la santé
FRQS	Fonds de recherche du Québec – Santé
GASMA	Guichet d'accès en santé mentale adulte
GASMAD	Guichet d'accès en santé mentale adulte et dépendance
GBM	Génie bio-médical
GIMO	Gestion intégrée de la main-d'oeuvre
GIR	Gestion intégrée des risques
GIS	Groupe interdisciplinaire de soutien
GMF	Groupe de médecine de famille
GED	Grille d'évaluation du développement
GVSS	Groupe vigilance pour la sécurité des soins
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IPSP	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
ISDC	Initiative sherbrookoise en développement des communautés
IUGS	Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
IUPLSSS	Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux
LIM	Laboratoire d'imagerie médicale
LMRSSS	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 (RLRQ, chapitre S-4.2)
ME	Médecin examinateur
MRC	Municipalité régionale de comté
MRSI	Maladie respiratoire sévère infectieuse d'étiologie indéterminée
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NSA	Niveaux de soins alternatifs
OCCI	Outil de cheminement clinique informatisé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
OIIQ	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
ORIIIE	Ordre régional des infirmières et infirmiers de l'Estrie
ORIIIM	Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Montérégie
PAI	Plan d'action interministériel
PCEM	Plan de conservation de l'équipement et du mobilier
PCI	Prévention et contrôle des infections
PDG	Présidente-directrice générale
PDGA	Présidente-directrice générale adjointe
PDRH	Plan de développement des ressources humaines
PGPS	Politique gouvernementale de prévention en santé
PIN	Programme d'intervention en négligence
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PRES	Programme régional d'évaluation spécialisée
PSI	Plan de services individualisés
PSIAS	Plan de services individualisés et d'allocation de services à jour
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PSSU	Prestation sécuritaire des soins et des services aux usagers
PTAAC	Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité
RLS	Réseau local de services de santé et de services sociaux
RNIASSS	Rapport national sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et des services de santé
RQSUCH	Relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalier
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAD	Soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SGIP	Système de gestion intégrée de la performance

SIGDU	Système d'information de gestion des départements d'urgence
SISSS	Système d'information sur la sécurité des soins et des services
SIU	Système d'information unifié
SIV	Soutien d'intensité variable
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
SPFV	Soins palliatifs et de fin de vie
SRAP	Stratégie de recherche axée sur le patient
STCC	Service de triage et de consultation clinique
TDAA	Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité
TED	Trouble envahissant du développement
TEP	Tomographie par émission de positons
TMSI	Trouble musculosquelettique indemnisé
UdeS	Université de Sherbrooke
UMF	Unité de médecine familiale
URCE	Unité de recherche clinique et épidémiologique



1

Rôle et fonctionnement du CIUSSS de l'Estrie - CHUS

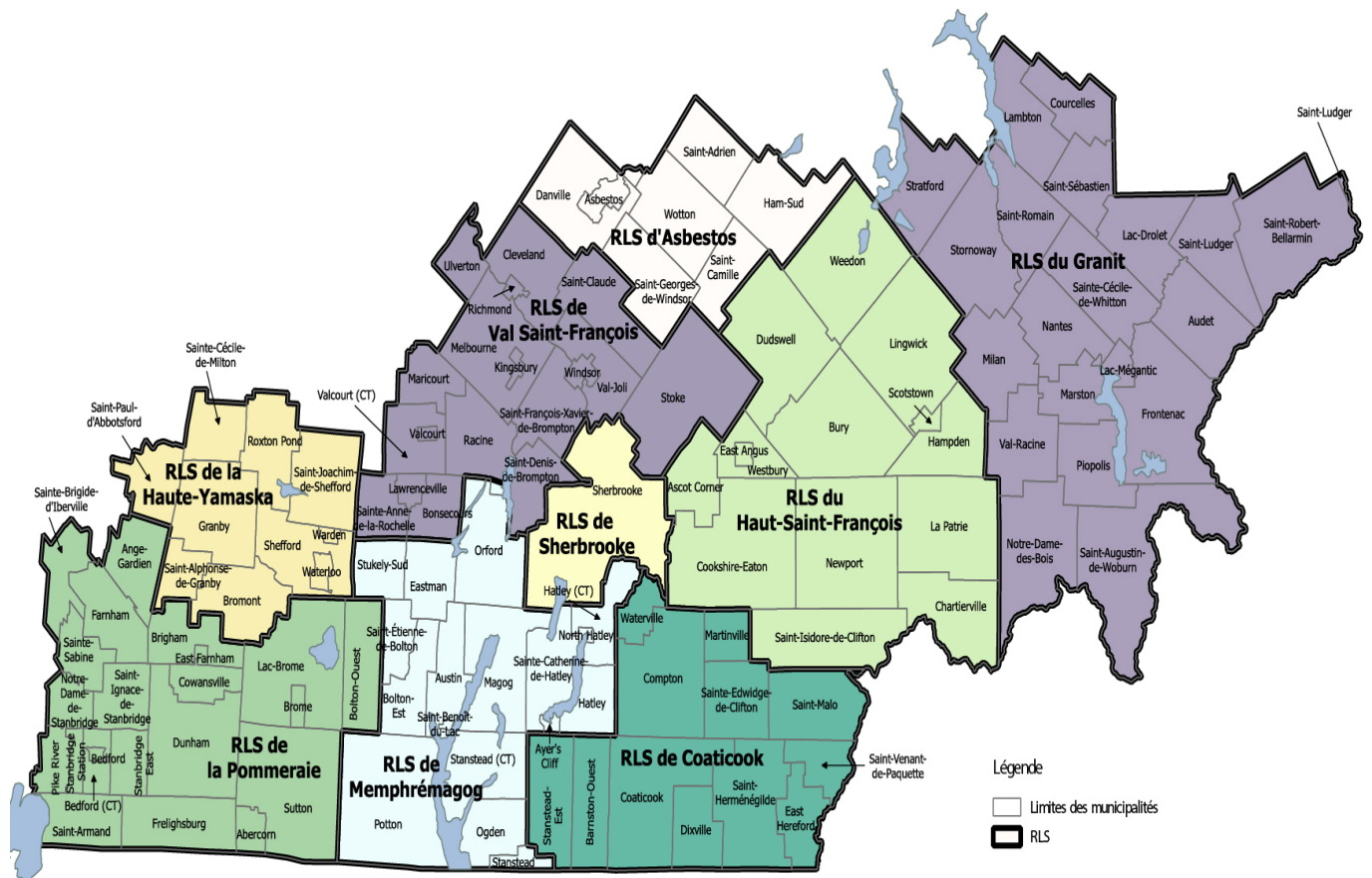
MISSION ET VALEURS

1.1 TERRITOIRE DU CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS

Le territoire de desserte du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS) couvre près de 13 000 km² et s'étend de Lac-Mégantic à Ange-Gardien. L'Estrie compte neuf réseaux locaux de services (RLS) (Figure 1).

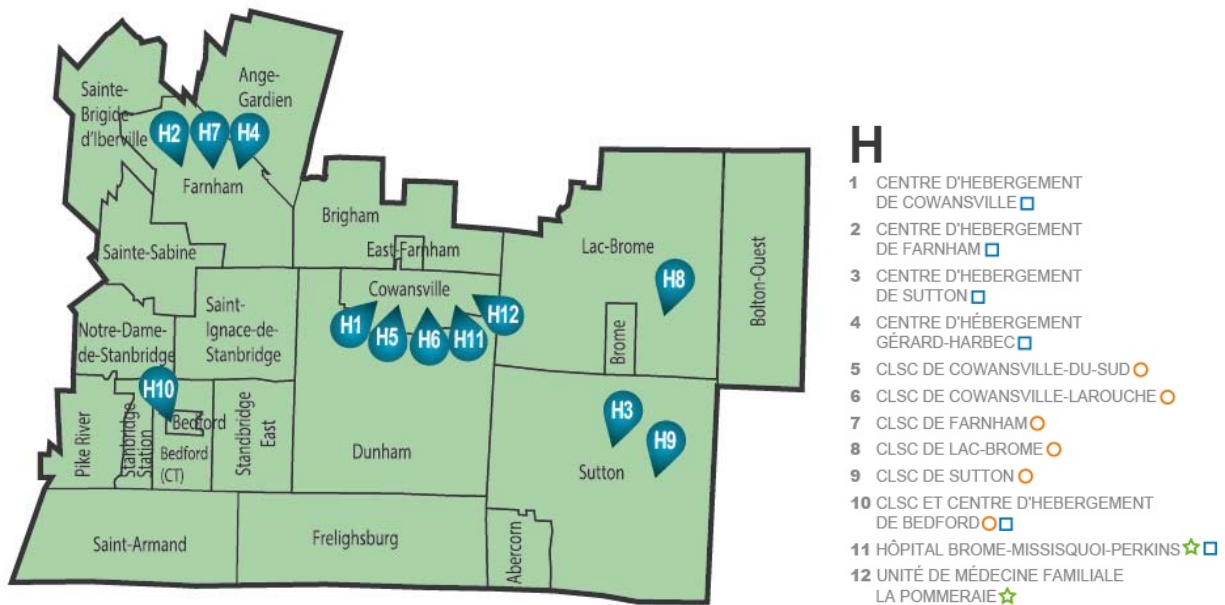
FIGURE 1

LES 121 MUNICIPALITÉS ET LES 9 TERRITOIRES DES RLS DU CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS

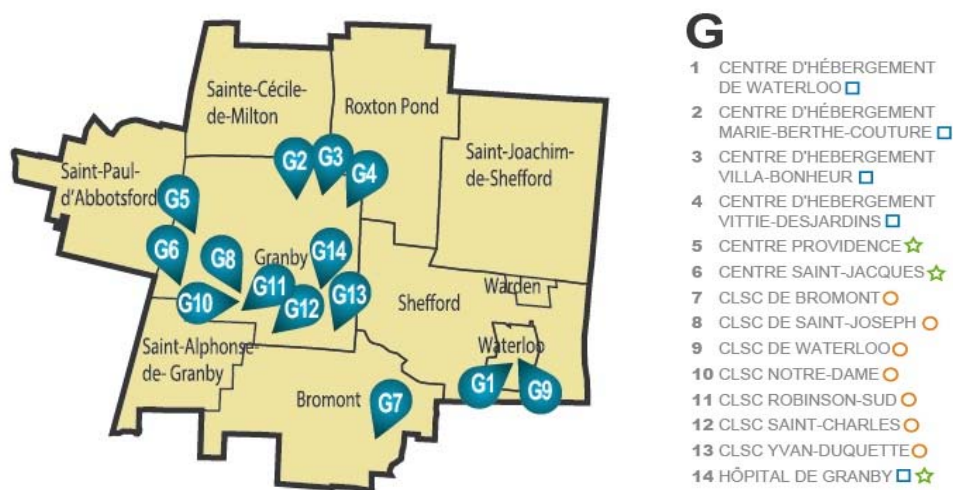


1.1.1 Réseaux locaux de services et installations

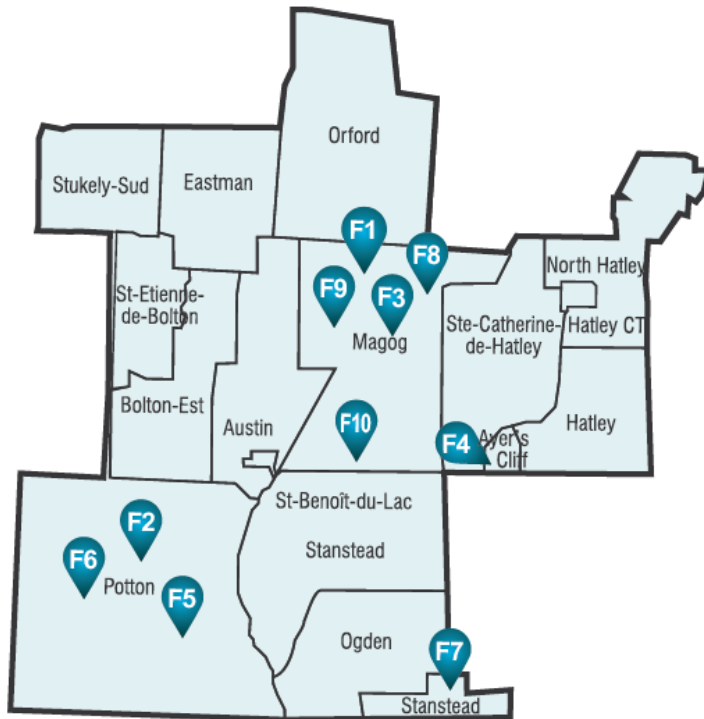
— RLS DE LA POMMERAIE —



— RLS DE LA HAUTE-YAMASKA —



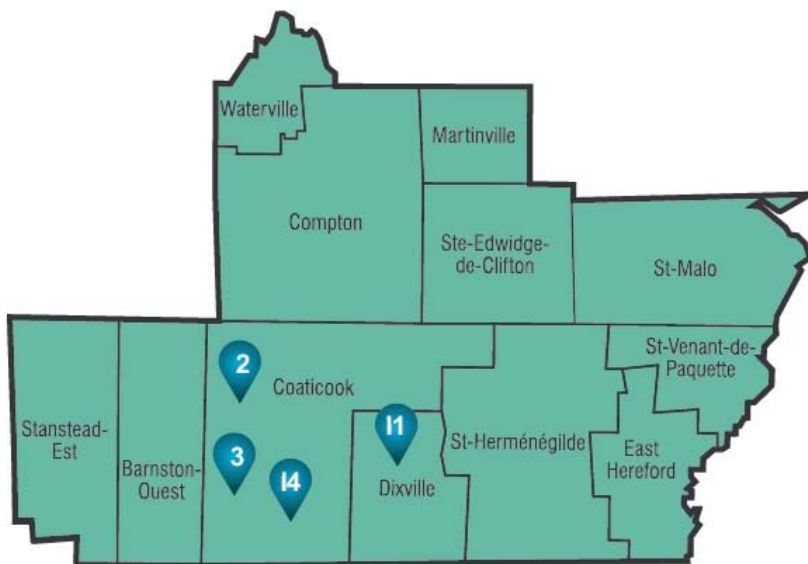
— RLS DE MEMPHRÉMAGOG —



F

- 1 CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DE MAGOG *
- 2 CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DE MANSONVILLE *
- 3 CSSS DE MEMPHRÉMAGOG ☆□○
- 4 CSSS DE MEMPHRÉMAGOG - CENTRE DE JOUR D'AYER'S CLIFF □
- 5 CSSS DE MEMPHRÉMAGOG - CENTRE DE JOUR DE POTTON □
- 6 CSSS DE MEMPHRÉMAGOG - POINT DE SERVICE DE POTTON ○
- 7 CSSS DE MEMPHRÉMAGOG - POINT DE SERVICE DE STANSTEAD ○
- 8 POINT DE SERVICE DE MAGOG △
- 9 POINT DE SERVICE MEMPHRÉMAGOG-COATICOOK ★▲
- 10 SERVICES EXTERNES ET D'AIDES TECHNIQUES DE MEMPHRÉMAGOG ■

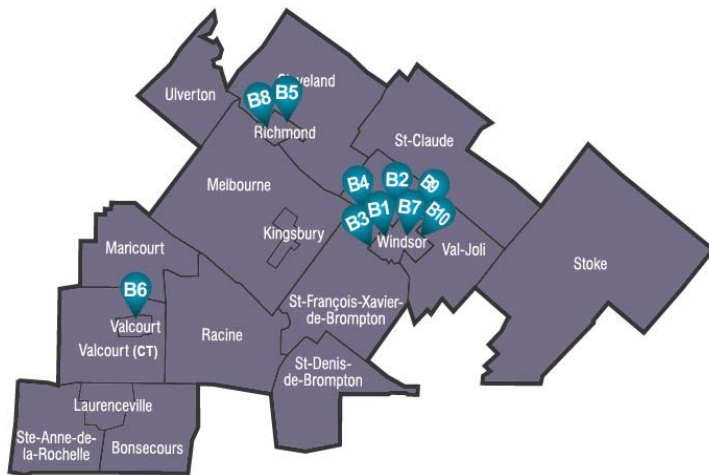
— RLS DE COATICOOK —



I

- 1 CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DE DIXVILLE *
- 2 CSSS DE LA MRC-DE-COATICOOK ☆□○
- 3 POINT DE SERVICE DE COATICOOK △
- 4 SERVICES EXTERNES ET D'AIDES TECHNIQUES DE COATICOOK ■

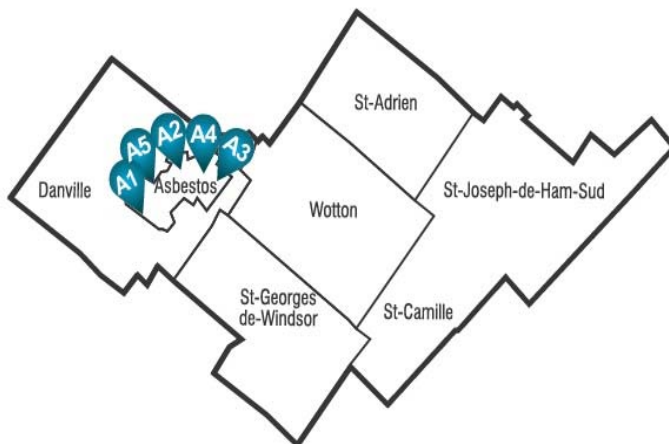
— RLS DE VAL SAINT-FRANÇOIS —



B

- 1 ATELIER DU VAL-SAINT-FRANÇOIS *
- 2 ATELIER DU VAL-SAINT-FRANÇOIS ■
- 3 CENTRE DE JOUR LE BEL ÂGE □
- 4 CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DU VAL-SAINT-FRANÇOIS *
- 5 CENTRE D'HÉBERGEMENT DE RICHMOND □
- 6 CLSC - CENTRE D'HÉBERGEMENT DE VALCOURT □○
- 7 CLSC – URGENCE MINEURE - CENTRE D'HÉBERGEMENT DE WINDSOR □○☆
- 8 CLSC DE RICHMOND ○
- 9 POINT DE SERVICE DE WINDSOR △
- 10 POINT DE SERVICE VAL-SAINT-FRANÇOIS ☆△

— RLS D'ASBESTOS —



A

- 1 ATELIER ET CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR D'ASBESTOS *
- 2 ATELIER L'ÉTINCELLE ■
- 3 HÔPITAL, CLSC ET CENTRE D'HÉBERGEMENT D'ASBESTOS □○☆
- 4 POINT DE SERVICE ASBESTOS ☆△
- 5 POINT DE SERVICE D'ASBESTOS △

— RLS DU HAUT-SAINT-FRANÇOIS —



C

- 1 ATELIER DU HAUT-SAINT-FRANÇOIS *
- 2 CENTRE D'ACTIVITÉ DE JOUR DU HAUT-SAINT-FRANÇOIS *
- 3 CENTRE D'HÉBERGEMENT DE WEEDON □
- 4 CENTRE MULTISERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX D'EAST ANGUS □
- 5 CLSC DE COOKSHIRE ○
- 6 CLSC DE LA PATRIE ○
- 7 CLSC DE WEEDON ○
- 8 CLSC D'EAST ANGUS ○
- 9 POINT DE SERVICE D'EAST ANGUS ▲
- 10 POINT DE SERVICE HAUT-SAINT-FRANÇOIS ★ ▲
- 11 SERVICES EXTERNES D'EAST ANGUS ■

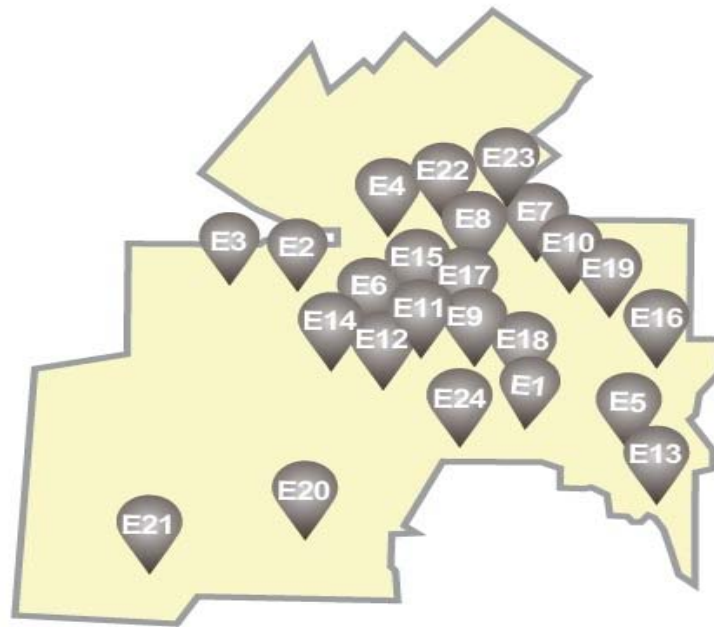
— RLS DU GRANIT —



D

- 1 ATELIER ET CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DU GRANIT *
- 2 ATELIER LE SEPT DE TRÈFLE ■
- 3 CSSS DU GRANIT ★ □ ○
- 4 CSSS DU GRANIT - POINT DE SERVICE DE LAC-MÉGANTIC □
- 5 CSSS DU GRANIT - POINT DE SERVICE DE LAMBTON ○ □
- 6 CSSS DU GRANIT - POINT DE SERVICE DE SAINT-LUDGER ○
- 7 POINT DE SERVICE DE LAC-MÉGANTIC ▲
- 8 POINT DE SERVICE GRANIT ★ ▲

— RLS DE SHERBROOKE —



E

- | | |
|---|---|
| 1 ATELIER ET CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR SHERBROOKE - PROSPECT * | 12 CLSC MURRAY ○ |
| 2 CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DE SHERBROOKE - FAIRMOUNT * | 13 CLSC SPEID ○ |
| 3 CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DE SHERBROOKE - QUEEN * | 14 FOYER DE GROUPE KELLY ▲ |
| 4 MAISON DE NAISSANCE DE L'ESTRIE ○ | 15 HÔPITAL ET CENTRE D'HÉBERGEMENT ARGYLL ☆ □ |
| 5 CENTRE DE RÉADAPTATION ESTRIE ■ + ◆ | 16 HÔPITAL ET CENTRE D'HÉBERGEMENT D'YOUVILLE ☆ □ |
| 6 CENTRE D'HÉBERGEMENT SAINT-JOSEPH □ | 17 HÔPITAL FLEURIMONT ☆ |
| 7 CENTRE D'HÉBERGEMENT SAINT-VINCENT □ | 18 HÔTEL-DIEU DE SHERBROOKE ☆ |
| 8 CENTRE LE TOURET ■ | 19 LE CENTRE JEAN-PATRICE-CHIASSON ▲ |
| 9 CLSC CAMIRAND ○ | 20 POINT DE SERVICE SHERBROOKE ★ ▲ |
| 10 CLSC KING EST ○ | 21 POINT DE SERVICE VAL-DU-LAC ▲ |
| 11 CLSC KING OUEST ○ | 22 RESSOURCE L'ENVOLÉE ■ |
| | 23 SERVICE D'AIDES TECHNIQUES BELVÉDÈRE ■ |
| | 24 VILLA MARIE-CLAIRE ✕ |

-  CRDI : centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle
-  CRDPM : centre de réadaptation pour personnes ayant des déficiences physiques – motrices
-  CPEJ : centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
-  CRJDA : centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation
-  CRDPA : centre de réadaptation pour personnes ayant des déficiences physiques – auditives
-  CHSLD : centre d'hébergement et de soins de longue durée
-  CLSC : centre local de services communautaires
-  CHSGS : centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
-  CRPAT : centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et les autres personnes toxicomanes
-  CRDPV : centre de réadaptation pour personnes ayant des déficiences physiques – visuelles
-  CRMDA : centre de réadaptation pour jeunes mères en difficulté d'adaptation

NOTE : LES POINTS DE REPÈRE SONT POSITIONNÉS À TITRE INDICATIF.

1.1.2 État de santé de la population

Pour améliorer la santé de la population, il est impératif de travailler sur un ensemble de déterminants de la santé. Une partie de ces déterminants est de nature socioéconomique. À cet égard, les données recueillies dans le cadre du recensement de Statistiques Canada sont très utiles et la Direction de santé publique vient de terminer le traitement des données du recensement de 2016.

Le tableau suivant présente les principales caractéristiques démographiques, sociales et économiques de la population estrienne ainsi que celles de la population québécoise. On observe deux écarts plus importants lorsqu'on compare ces deux populations :

- La population estrienne est plus vieille que celle du Québec. L'âge médian des Estriens est de 45 ans, celui des Québécois, de 43 ans. Les aînés représentent 20,5 % de la population dans notre région contre 18,8 % à l'échelle provinciale.
- Les adultes estriens ont une plus faible scolarité que les adultes québécois. En Estrie, 36,1 % des personnes âgées de 25 à 64 ans ont un diplôme d'études secondaires ou moins. Cette proportion est de 31,8 % au Québec.

	Estrie	Québec
DÉMOGRAPHIE		
Population totale	479 593	8 321 888
Écart de population 2006-2016	8,9 %	9,0 %
Population âgée de 65 ans ou +	20,5 %	18,1 %
Âge médian	45 ans	43 ans
SCOLARITÉ		
Proportion des adultes (25-64 ans) qui possèdent un niveau de scolarité équivalent à un diplôme d'études secondaires ou moins	36,1 %	31,8 %
EMPLOI		
Proportion des adultes (25-64 ans) qui n'occupent pas un emploi	24,8 %	24,5 %
REVENU		
Proportion des adultes (18-64 ans) à faible revenu dans les ménages privés	14,7 %	13,6 %
AÎNÉS (65 ANS OU +)		
Proportion d'aînés vivant seuls dans un ménage privé	29,3 %	29,5 %
Proportion d'aînés à faible revenu dans les ménages privés	19,5 %	18,8 %

Source : Statistique Canada, recensement 2016.

Les caractéristiques socioéconomiques de la population varient également au sein des RLS de notre région. À titre d'exemple, le tableau suivant démontre que, dans le RLS du Granit, près de la moitié des adultes a un niveau de scolarité équivalent à un diplôme d'études secondaires ou moins alors que cette proportion est de 3 sur 10 à Sherbrooke. La proportion d'aînés varie aussi d'un RLS à l'autre, passant de 18,4 % à Sherbrooke à 26,9 % dans le RLS d'Asbestos.

RLS	Proportion des adultes (25-64 ans) qui possèdent un niveau de scolarité équivalent à un diplôme d'études secondaires ou moins	Population âgée de 65 ans ou +
RLS de la Pommeraie	43,1 %	22,1 %
RLS de la Haute-Yamaska	40 %	19,4 %
RLS de Memphrémagog	35,7 %	25,8 %
RLS de Coaticook	40,7 %	20,3 %
RLS de Sherbrooke	28,5 %	18,4 %
RLS de Val Saint-François	35,8 %	19,4 %
RLS d'Asbestos	39,2 %	26,9 %
RLS du Haut- Saint-François	42,5 %	20,1 %
RLS du Granit	46,5 %	23,4 %

Source : Statistique Canada, recensement 2016.

Les données plus complètes du recensement 2016 pour les RLS et communautés de l'Estrie sont publiées dans le tableau de bord des communautés de l'Estrie et déposées sur le site web www.santeestrie.qc.ca.

1.2 DESCRIPTION DE L'ÉTABLISSEMENT

UN ÉTABLISSEMENT UNIQUE!

Avec près de 100 % des soins de santé et de services sociaux offerts, de la prévention aux services surspécialisés, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS représente l'établissement le plus complet au Québec.

À l'exception de Montréal et de Québec, la population du nouveau territoire de l'Estrie, devient ainsi la seule à recevoir, à proximité, des soins et services de qualité, de la première à la quatrième ligne, et ce, au sein d'un établissement universitaire et en partenariat avec l'Université de Sherbrooke (UdeS).

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS c'est...



1.2.1 Installations et services offerts

NOTRE MISSION

Une même mission portée par le CIUSSS de l'Estrie – CHUS et l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux :

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

NOTRE VISION

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

NOTRE STRATÉGIE

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

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

NOS VALEURS

Les valeurs organisationnelles, fondements ancrés solidement au cœur de l'établissement et de sa communauté, guident les attitudes et les comportements attendus et balisent également notre savoir-faire. Elles représentent ainsi notre manière d'être au sein du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, notre manière d'agir avec les personnes, les familles et les proches. Elles veillent également à circonscrire le rapport préconisé entre les membres de notre organisation et auprès des partenaires, de même que notre manière de faire.

HUMANISME : Chaque personne considère que l'autre a droit au respect, à la compassion, à la bienveillance, à la considération, à la confiance et à l'authenticité.

ENGAGEMENT : Chacun s'engage en respect des autres, de façon positive et s'investit pleinement avec passion et rigueur dans sa propre mission, qu'elle soit liée à sa profession, sa guérison, son cheminement.

ADAPTABILITÉ : Chacun fait preuve d'ouverture, de souplesse, d'écoute et de la réactivité nécessaires pour s'adapter aux besoins actuels et évolutifs des personnes.

1.2.2 Centres de recherche et missions universitaires

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS constitue le seul CIUSSS à intégrer la mission d'un centre hospitalier universitaire (CHU). Il compte également trois infrastructures dédiées à la recherche dont deux centres de recherche reconnus par le FRQS (Fonds de recherche du Québec – Santé), soit le Centre de recherche du CHUS (CRCHUS) et le Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV) ainsi que l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS).



On attribue à la mission universitaire un rôle clé pour l'amélioration de la performance globale de l'établissement ainsi que des soins et services qui y sont dispensés. Ce rôle s'actualise par l'intégration des six volets de la mission universitaire (enseignement, recherche, transfert des connaissances, évaluation des technologies et des modes d'intervention (ETMI), pratiques de pointe et rayonnement) tant au niveau des activités cliniques qu'administratives. Par ailleurs, cette contribution repose sur de solides collaborations avec différents partenaires, dont l'UdeS.

Par le développement d'une culture de la recherche et de l'enseignement, dans une perspective d'évolution des savoirs, d'amélioration des pratiques et de soutien à la prise de décision, la mission universitaire se veut un vecteur de soutien au déploiement et à la progression des activités de l'ensemble des trajectoires de soins et services de notre CIUSSS.

1.2.3 RUIS

En 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) modifiait la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et créait les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS). Un territoire de responsabilité a été dévolu à chaque RUIS dont l'objectif est d'assurer, à l'intérieur de ce territoire, une desserte en soins de troisième et de quatrième lignes, tout en facilitant l'accès à l'enseignement et à la recherche de haut niveau.

Le RUIS, formé à la base de la Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) de l'UdeS et du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, dessert plus d'un million de personnes. Son territoire clinique couvre la région touristique de l'Estrie, une partie de la Montérégie et le Centre-du-Québec. Le RUIS de l'UdeS déploie ses missions de formation et de recherche à travers l'Estrie, la Montérégie, le Centre-du-Québec, et ce, jusqu'au Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Dans le cadre de la révision de la mission, du rôle et du mandat des RUIS, la présidence du réseau de Sherbrooke est dévolue à la présidente-directrice générale (PDG) du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Afin de soutenir adéquatement le RUIS dans ses mandats, trois vice-présidents ont été désignés; le doyen de la FMSS et la doyenne intérimaire de la faculté des sciences humaines pour le volet académique et le PDG du CIUSSS de la Mauricie–Centre-du-Québec pour le volet clinique. Le comité de direction du RUIS de l'UdeS regroupe les PDG de tous les établissements de son territoire. De nouveaux mandats seront proposés au RUIS, dont l'intégration du volet social et le transfert des connaissances. Les dossiers déjà en cours sont la télésanté, douleur chronique, mère-enfant, vieillissement, troubles anxieux chez les jeunes, soins spirituels ainsi que l'utilisation appropriée des antipsychotiques en CHSLD pour lequel il y a un mandat provincial qui a été confié au CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

1.3 GOUVERNANCE

1.3.1 Conseil d'administration

Le conseil d'administration (C. A.) du CIUSSS de l'Estrie – CHUS compte 19 membres.

- La PDG (membre d'office du C. A.);
- Six membres issus des groupes suivants, soit : les usagers et les usagères (comité des usagers du CIUSSS de l'Estrie – CHUS), le conseil multidisciplinaire (CM), le conseil des infirmières et infirmiers (CII), un médecin spécialiste membre du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), un pharmacien d'établissement membre du comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) et enfin un médecin omnipraticien membre du Département régional de médecine générale (DRMG) du territoire;
- Dix membres indépendants ayant l'un des profils de compétence suivants : gouvernance et éthique, vérification et performance, gestion des risques et de la qualité, ressources humaines, ressources immobilières et informationnelles, expertise dans les organismes communautaires, protection de la jeunesse, réadaptation (2), santé mentale et expérience vécue à titre d'usagers des services sociaux. Un des membres indépendants nommés à partir d'une liste fournie par le comité régional institué en fonction de l'article 510 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), soit le comité régional d'accès à la langue anglaise;
- Deux membres représentant le milieu universitaire;
- Un membre observateur, désigné par les fondations du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, s'ajoute aux 19 membres précédents.
- Deux postes vacants :
 - Indépendant – Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité
 - Nommée – Université – Présidente du comité de la mission universitaire

Les membres du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

	Nom	Profil/Collège
1	 Jacques Fortier	Président du conseil d'administration Indépendant - Compétence en gouvernance ou éthique Président du comité de vérification
2	 Diane Gingras	Vice-présidente du conseil d'administration Indépendante - Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux Présidente du comité des ressources humaines et des communications Présidente du comité des mesures disciplinaires
3	 Gérald R. Cutting	Indépendant - Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité
4	 André Forest	Indépendant - Expertise en santé mentale Président du comité soins et services
5	 Rachel Hunting	Indépendante - Expertise dans les organismes communautaires Présidente du comité de gouvernance et d'éthique
6	 Michel Kinumbe Elungu	Indépendant - Expertise en réadaptation
7	 Pauline Lefebvre	Indépendante - Expertise en protection de la jeunesse Présidente du comité de révision

8		Micheline Richer	Indépendante - Expertise en réadaptation Présidente du comité de vigilance et de la qualité
9		Serge Therrien	Indépendant - Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines
10		Poste vacant	Indépendant - Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité
11		Marie-Claude Rodrigue	Désignée - Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
12		Patrice Lamarre	Désigné - Conseil régional des services pharmaceutiques (CRSP)
13		Denis Marceau	Désigné - Comité des usagers du centre intégré (CUCI)
14		Alain Thivierge	Désigné - Conseil multidisciplinaire (CM)

15

D^{re} Caroline Germain

Désignée – Conseil des médecins,
dentistes et pharmaciens (CMDP)

16

D^{re} Raymonde
Vaillancourt

Désignée – Département régional de
médecine générale (DRMG)

17



Dr Pierre Cossette

Nommé – Université
Recteur de l'Université de Sherbrooke
Président du comité de la mission
universitaire

18

Poste vacant

Nommé – Université

19



Patricia Gauthier

Nommée – Présidente-directrice
générale

20



Pierrette Grenier

Observatrice – Fondations



Pr Dominique Dorion

Invité – Doyen de la Faculté de
médecine et des sciences de la
santé de l'Université de Sherbrooke

Au cours de l'année 2017-2018, cinq séances régulières se sont tenues et quatre séances spéciales ont été ajoutées. Les lieux où se tiennent les rencontres du conseil d'administration varient afin de permettre à la population des neuf RLS de pouvoir assister aux séances publiques. Durant l'année, des séances du conseil d'administration se sont déroulées dans six de nos neuf RLS. La participation à la période de questions publique a varié d'une rencontre à l'autre, mais de manière générale, les 30 minutes accordées à cette portion des séances sont utilisées pleinement par les gens du public.

À ces séances s'ajoute une séance d'information publique qui a eu lieu le 8 novembre 2017. Cette séance a été précédée d'une conférence de Dr Frédérick D'Aragon, directeur de recherche en soins intensifs, anesthésiologiste et chercheur au CRCHUS qui portait sur le don d'organes en soulignant l'importance de ce geste tout en discutant des volets légaux, éthiques et économiques qui y sont liés. La conférence a été diffusée sur quatre sites, dont trois étaient à distance en visioconférence. Les faits saillants du Rapport annuel de gestion 2016-2017 et du Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services ont été présentés. Enfin, toutes les questions du public ont été répondues.

Le Code d'éthique et de déontologie à l'intention des administrateurs

Au cours de l'année 2017-2018, deux nouveaux membres se sont joints au conseil d'administration à la suite d'une désignation. Ces nouveaux membres ont rempli leur déclaration d'intérêt. Aucun cas disciplinaire ou manquement n'a été constaté par les instances durant l'année de référence.

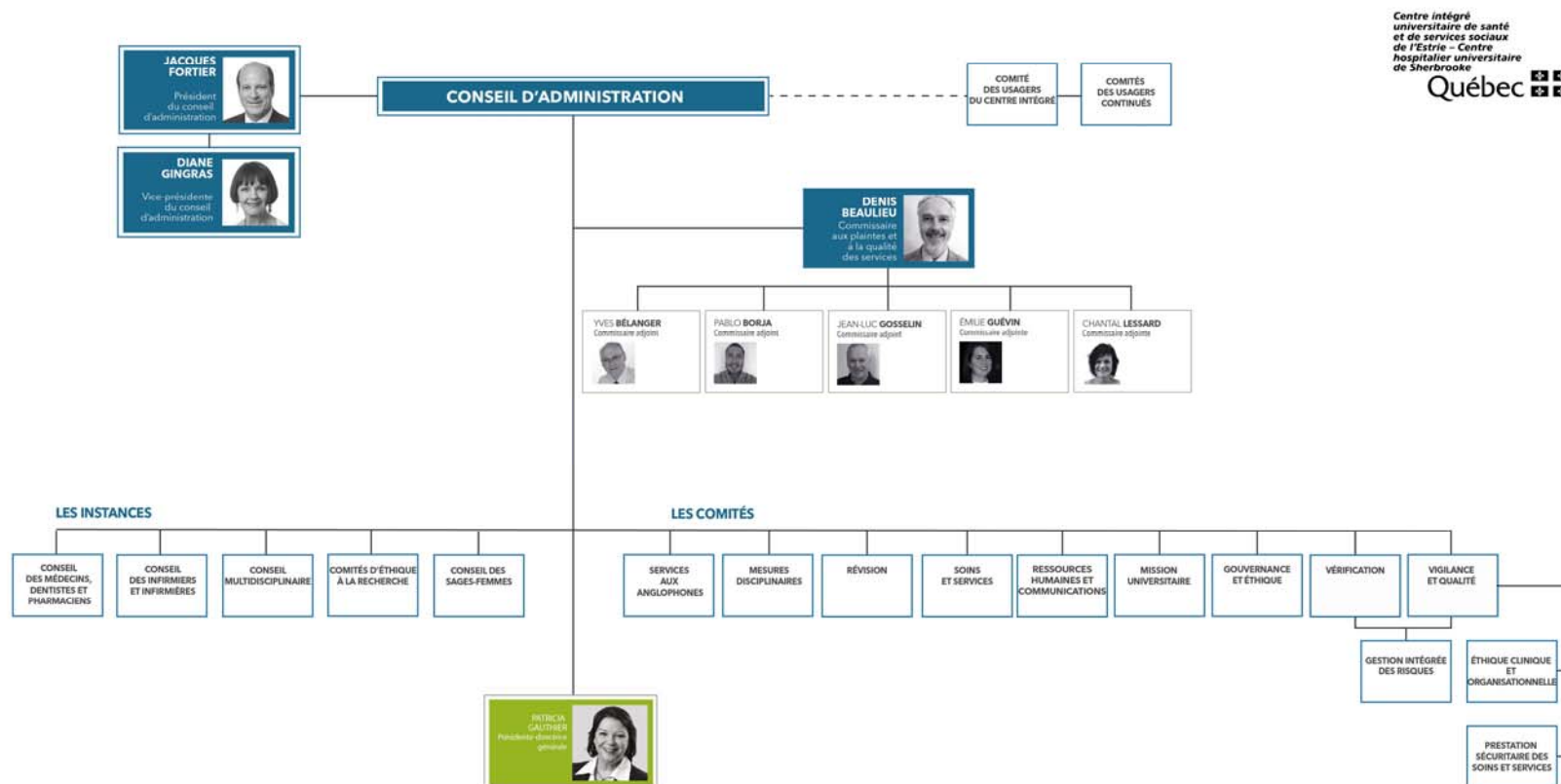
La gouverne du conseil d'administration est balisée par un code d'éthique et de déontologie élaboré à l'intention des administrateurs. L'intégralité du document, intitulé Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie – CHUS se trouve annexé au présent rapport. La version électronique du Code peut aussi être consultée sur le site Internet de l'établissement à santeestrie.qc.ca.

1.3.2 Comités et instances du conseil d'administration

Pour exercer ses fonctions, le C. A. est soutenu par un ensemble de comités et d'instances.

Possédant des expertises spécifiques, les membres constituent un C. A. diversifié et complet où chacun veille ainsi à mettre ses forces à profit en s'impliquant dans au moins deux des comités consultatifs mis en place.

ORGANIGRAMME - COMITÉS ET INSTANCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION



— COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ —

MANDAT

Le comité de vigilance et de la qualité (CVQ) veille à ce que le conseil d'administration (C. A.) s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services, notamment en ce qui concerne la pertinence, la qualité, la sécurité et l'efficacité des services dispensés et le respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

À cette fin, le comité de vigilance et de la qualité doit notamment :

- Assurer auprès du C. A. le suivi des recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité des services (CPQS) ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées;
- Veiller à ce que le C. A. s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services, notamment :
 - Recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au C. A. et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes;
 - Établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler des recommandations au C. A.;
 - Faire des recommandations au C. A. sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers;
 - Assurer le suivi auprès du C. A. de l'application, par ce dernier, des recommandations du comité;
 - Favoriser la collaboration et la concertation des instances concernées;
 - Veiller à ce que le CPQS dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente;
- Assurer une vigie sur les enjeux éthiques cliniques et organisationnels propres à l'organisation, suivre le plan d'appropriation du code d'éthique et faire des recommandations au C. A., le cas échéant.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Micheline Richer	Présidente	Membre n'étant pas employée par l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
André Forest	Membre régulier	Membre n'étant pas employé par l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
Denis Marceau	Membre régulier	Membre désigné par le comité des usagers
Patricia Gauthier	Membre d'office	PDG
Denis Beaulieu	Membre d'office	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

RÉALISATIONS

Le comité a tenu six rencontres entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018. Voici ses principales réalisations pour 2017-2018 :

- Suivis administratifs :
 - A adopté le Rapport annuel 2016-2017 du comité de vigilance et de la qualité;
 - A révisé les priorités du comité pour l'année 2017-2018;

- A évalué et amélioré le fonctionnement du comité;
- A effectué le suivi des indicateurs du tableau de bord trimestriel du comité, en le faisant évoluer;
- A effectué le suivi des recommandations faites au C. A.
- Qualité :
- A suivi l'état d'avancement des travaux du cycle 2018 de la démarche d'agrément et les résultats de remise de preuves découlant de la visite 2016;
- A recommandé au C. A. l'adoption du cadre de référence sur la qualité des soins et des services et a effectué le suivi des travaux.
- Commissaire aux plaintes et à la qualité des services :
- A pris acte et a discuté des résultats du Rapport annuel 2016-2017 du CPQS et du Rapport annuel 2016-2017 des médecins examinateurs et a recommandé au C. A. leur adoption;
- A pris acte et a discuté des résultats des rapports trimestriels du CPQS et a fait le suivi des recommandations;
- A pris acte et a discuté des résultats de l'enquête systémique du commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services (CAPQS) concernant la qualité des services du site Val-du-Lac et a fait le suivi des recommandations;
- Dans une perspective de soutenir le CPQS, a recommandé l'élaboration d'un plan d'action donnant suite aux trois recommandations du CAPQS concernant la qualité des services du site Val-du-Lac et a effectué le suivi;
- A pris acte du projet de rénovation fonctionnelle des unités d'hébergement au site Val-du-Lac et a recommandé une résolution du C. A. pour mettre en œuvre le plan triennal du projet;
- Dans une perspective de soutenir le CPQS, a effectué le suivi du déroulement de la formation portant sur l'approche sur la compassion visant l'amélioration des relations interpersonnelles ainsi que les activités sur l'approche préventive et de règlement des différends;
- A pris acte et a discuté du plan d'action annuel 2017-2018 du bureau du CPQS;
- A pris acte et a discuté de la vision et du rôle du nouveau coordonnateur des médecins examinateurs;
- A recommandé au C. A. la nomination d'un médecin examinateur;
- A recommandé de constituer un comité visant à redéfinir le mandat des médecins examinateurs;
- A participé à l'évaluation annuelle du commissaire aux plaintes et à la qualité des services.
- Éthique :
 - A pris acte de la mise à jour du code d'éthique et a recommandé au C. A. son adoption.
- Sécurité des usagers, prestation sécuritaire des soins et des services, gestion intégrée des risques (GIR) :
 - A pris acte du bilan du plan de sécurité des usagers 2016-2017 et du plan de sécurité des usagers 2017-2018;
 - A pris acte des résultats du rapport annuel 2016-2017 du service de prévention et contrôle des infections (PCI) et a discuté des défis;
 - A recommandé au C. A. la nomination des officiers qui ont été choisis pour siéger au comité de la prestation sécuritaire des soins et des services aux usagers (CPSSSU);
 - A pris acte des résultats et du suivi des rapports 2015-2016 et 2016-2017 sur les incidents et accidents;
 - A pris acte des résultats des faits saillants du Rapport national 2016-2017 et 2017-2018 sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et des services de santé (RNIASSS) et a recommandé au CPSSSU de formuler des recommandations à l'égard des moyens à mettre en place pour favoriser la déclaration;
 - A participé et a suivi l'avancement des travaux du projet sur la gestion intégrée des risques;
 - A pris acte de l'avis du conseil des infirmières et infirmiers (CII) concernant la pratique infirmière en CHSLD;
 - A pris acte et a discuté des enjeux entourant le projet de loi 115 : Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité;

- A pris acte des résultats de l'étude sur l'utilisation de l'isolement et de la contention au sein des missions de réadaptation jeunesse des CISSS et CIUSSS du Québec de la commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse et a assuré le suivi des recommandations;
- A recommandé au C. A. l'adoption du règlement relatif à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle dans les unités de réadaptation en Centre jeunesse;
- A pris acte et a discuté des résultats des rapports trimestriels sur la prestation sécuritaire des soins et des services aux usagers (PSSSU);
- A exercé une vigie concernant les événements sentinelles et a pris acte du suivi des travaux à mettre en place;
- A pris acte des résultats du rapport annuel 2016-2017 du CPSSSU et a recommandé au C. A. son adoption;
- A pris acte d'initiatives sur la sensibilisation à la culture de sécurité des usagers;
- A pris acte et a discuté des sujets et enjeux traités aux rencontres du CPSSSU;
- A pris acte du plan de contingence pour répondre à la hausse d'achalandage dans les urgences;
- A recommandé la mise sur pied d'un comité portant sur les situations d'abus et d'agression envers les résidents en CHSLD.
- Agir pour et avec l'utilisateur, ses proches et la population :
 - A recommandé au C. A. le renouvellement de la désignation Planetree pour le Centre de réadaptation de l'Estrie et a suivi l'avancement des travaux;
 - A pris acte du cadre de référence d'une culture de soins et de services centrés sur l'utilisateur, ses proches et la population et a recommandé au C. A. son adoption;
 - A pris acte des résultats du rapport du projet de formation sur la compassion et a suivi le plan de déploiement pour intégrer la formation dans le plan de développement des compétences du personnel.

— COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE ET ORGANISATIONNELLE —

MANDAT

Dans un objectif de contribuer au développement d'une culture de l'éthique dans le CIUSSS de l'Estrie – CHUS, le comité d'éthique clinique et organisationnelle (CECO) exerce les fonctions suivantes :

- Formation en éthique : il suscite et stimule chez le plus grand nombre de personnes un questionnement et des attitudes éthiques;
- Aide à la décision sur un enjeu d'éthique : dans une situation particulière, il offre un soutien dans une prise de décision clinique ou organisationnelle qui soulève un dilemme ou une préoccupation d'ordre éthique lorsqu'une demande de consultation lui est adressée;
- Élaboration de repères en éthique : il émet, même de sa propre initiative, des documents de réflexion ou des outils qui offrent des repères éthiques et qui pourront éventuellement guider une prise de décision clinique ou organisationnelle qui soulèverait des enjeux éthiques.

Finalement, le comité d'éthique est responsable de faire connaître son offre de services afin qu'elle puisse être déployée dans l'ensemble de l'établissement.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Annabelle Cumyn	Présidente	Membre du comité d'éthique à la recherche (CER)
Marie-Noëlle Charbonneau	Vice-présidente	Recommandation du CM
Brigitte Pinsonneault	Membre	Recommandation du CII
Anne-Marie Boire-Lavigne	Membre	Recommandation du CMDP

Membre	Statut	Condition de désignation
Isabelle Bourdeau	Membre	Recommandation du CM
Sophie Brisson	Membre	Conseillère cadre en éthique
André Godin	Membre	Usager
Nathalie Guesneau	Membre	Employée
Marc-André Hébert	Membre	Recommandation du CM
Céline Jodar	Membre	Cadre intermédiaire
Chantal Lessard	Membre	Commissaire adjointe
Claude Moreau	Membre	Membre du CUCI
Lyne Morissette	Membre	Recommandation du CII
Gaétan Nadeau	Membre	Intervenant en soins spirituels
Jessika Roy-Desruisseaux	Membre	Recommandation du CMDP
Caroline Van Rossum	Membre	Cadre intermédiaire

RÉALISATIONS

- Entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018, il y a eu un total de :
 - 2 rencontres plénières;
 - 12 rencontres en sous-comité d'éthique clinique;
 - 7 rencontres en sous-comité d'éthique organisationnelle;
 - 6 rencontres en comité exécutif.
- Le CECO a traité 77 demandes d'aide à la décision relativement aux sujets suivants :
 - Prise de décision – autre : 1 demande;
 - Prise de décision – consentement substitué : 5 demandes;
 - Prise de décision – consentement : 9 demandes;
 - Prise de décision – limites au choix de l'usager : 6 demandes;
 - Prise de décision – directives anticipées/volontés de l'usager : 6 demandes;
 - Début de vie – périnatal : 1 demande;
 - Fin de vie – autre : 1 demande;
 - Professionnalisme – relation interpersonnelle : 11 demandes;
 - Professionnalisme – relation avec l'usager : 1 demande;
 - Professionnalisme – conflits d'intérêts : 1 demande;
 - Professionnalisme – communication avec l'usager : 2 demandes;
 - Professionnalisme – respect des valeurs culturelles/religieuses : 1 demande;
 - Professionnalisme – autre : 5 demandes;
 - Vie privée et confidentialité : 2 demandes;
 - Éthique organisationnelle – conflit d'intérêts : 5 demandes;
 - Éthique organisationnelle – allocation de ressources : 1 demande;
 - Éthique organisationnelle – gestion : 5 demandes;
 - Éthique organisationnelle – gouvernance : 1 demande;
 - Éthique organisationnelle – autre : 13 demandes.
- Le CECO a reçu 1 demande d'élaboration de repères éthiques portant sur le sujet suivant :
 - Le transfert d'un usager sain (non porteur) sur une unité en isolement (en cours de préparation).
- Le CECO a diffusé 3 avis portant sur les sujets suivants :
 - Le port du voile religieux par une usagère hébergée en psychiatrie;
 - La prestation de soins ou services à l'usager présentant un trouble lié à l'utilisation d'une substance;
 - L'utilisation de caméras ou autres technologies dans le cadre de la prestation de soins et services.

- Le CECO révisé actuellement 4 avis qui ont été produits par l'ancien comité d'éthique du Centre de santé et services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) portant sur les sujets suivants :
 - L'activité sexuelle des personnes hébergées;
 - L'alimentation et l'hydratation des personnes hébergées;
 - Le traitement de la douleur des personnes hébergées;
 - Le guide de réflexion en contexte de maladie grave et de fin de vie.
- Le CECO a reçu 4 demandes de formation. Les demandes ont porté sur les sujets suivants :
 - Formation en éthique aux membres du C. A. (8 novembre 2017);
 - Activité de sensibilisation concernant l'utilisation de caméras ou autres technologies dans le cadre de la prestation de soins et services (22 février 2018);
 - Les mécanismes de surveillance en CHSLD (à venir);
 - Activité sur la sensibilité éthique (demande en cours d'évaluation).
- Le CECO a réalisé 10 activités liées à la communication de son offre de services (rencontre avec du personnel, articles dans le journal interne, etc.).

— COMITÉ DE GESTION DES RISQUES —

MANDAT

Le comité a pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à :

- Identifier et à analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;
- S'assurer qu'un soutien est apporté à la victime et à ses proches;
- S'assurer de la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents aux fins d'analyse des causes des incidents et accidents et recommander au C. A. de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir leur récurrence ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu (article 183.2. de la Loi).

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Émilie Kahr	Présidente	Employée
Chantale Tardif	Vice-présidente	Employée
Christian Allard	Membre régulier	Employés
Armelle Apter		
Josée Desaulniers		
Miguel Esmeral		
Gabrielle Gagnon		
Marie-Andrée Houle		
Martine Brodeur		
Édith Lauzier		
Marie-Claude Rodrique	Membre régulier	Personnes qui exercent leur profession (deux médecins)
Serge Maltais		
Sylvie Godbout		
Peter Moliner		

Membre	Statut	Condition de désignation
Claude Moreau Jean-Pierre Prévost	Membre régulier	Usagers (deux)
Josée Patry Vacant	Membre régulier	Personnes qui, en vertu d'un contrat de service, dispensent pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier (deux personnes en provenance d'une ressource non institutionnelle)
Patricia Gauthier	Membre d'office	PDG
Nathalie Léonard	Membre d'office	Personne désignée par la PDG
Catherine Barbeau Nancy Fournier Véronique Leblanc Stéphane Mathieu Geneviève Pinard	Membre d'office	Gestionnaires de risques

RÉALISATIONS

- Au cours de l'année 2017-2018, le comité de prestation sécuritaire des soins et des services aux usagers (CPSSSU) a tenu quatre rencontres. Ces rencontres ont permis de consolider le mode de fonctionnement du comité;
- Le rapport annuel 2016-2017 du service de prévention et contrôle des infections de la Direction des soins infirmiers (DSI) a été présenté et les membres ont pu se familiariser avec les composantes du service;
- Le bilan 2016-2017 du Plan de sécurité des usagers a été déposé et commenté par les membres;
- Les membres ont contribué au projet de vidéo sur la sensibilisation à la culture de sécurité des usagers tout au cours de son déploiement et de sa diffusion;
- Les rapports trimestriels sur la PSSSU ont été présentés et commentés par les membres;
- Les travaux liés à l'optimisation de la PSSSU au sein de l'organisation tels que la procédure sur la gestion des événements sentinelles et le Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) ont été présentés et les enjeux ont été discutés;
- Le projet de politique sur la GIR a été présenté et le rôle du CPSSSU dans la structure de coordination a été illustré à l'aide d'un risque spécifique;
- Le RNIASSS 2016-2017, les résultats du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et le portrait des événements sentinelles de l'établissement ont été présentés et discutés;
- Le processus d'alerte et de coordination organisationnelle a été présenté et commenté par les membres;
- Les travaux du comité sur la radioprotection ont été présentés et discutés avec les membres;
- Les travaux sur le circuit du médicament ont été présentés et discutés avec les membres;
- Les membres ont réalisé une autoévaluation des modalités de fonctionnement du comité et ont amorcé l'identification de pistes d'amélioration.

RECOMMANDATION

- Les membres ont été exposés à la problématique liée aux agressions envers les résidents en CHSLD. Ils ont recommandé la priorisation de ce risque dans le prochain cycle de gestion des risques et la mise en place d'une instance à ce sujet.

— COMITÉ DE VÉRIFICATION —

MANDAT

- S'assurer du déploiement et du suivi d'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement;
- Veiller à la réalisation, à l'implantation et à l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement;
- Analyser et voir au suivi budgétaire périodique;
- Assurer le contrôle des transactions immobilières majeures de l'établissement, et de la gestion des parcs d'immeubles et d'équipements du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Réviser toutes activités susceptibles de nuire à la bonne situation financière de l'établissement.

COMPOSITION

Membre	Statut
Jacques Fortier	Président et membre d'office
Serge Therrien	Membre
Gérald R. Cutting	Membre
Micheline Richer	Membre
Patricia Gauthier	Invitée
À nommer par le ministre	Membre indépendant ayant compétence en gestion de risques, finances et comptabilité

RÉALISATIONS

- Assurer le suivi de la réalisation du plan d'optimisation financière sans nuire aux soins et services essentiels aux usagers;
- Examiner et valider les résultats financiers et les projections pour l'année financière 2017-2018;
- Effectuer le suivi du niveau de réalisation des mesures prévues au plan d'optimisation budgétaire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Effectuer des recommandations à partir de la performance financière comparable des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, dans la perspective du déploiement progressif du financement axé sur les coûts par parcours de soins et services des usagers (financement à l'activité);
- Assurer le suivi du déploiement de la GIR et de l'audit interne dans l'établissement;
- Assurer le suivi des travaux entrepris pour permettre le financement transitoire des activités de l'établissement à la hauteur de leur performance financière;
- Échanger avec les vérificateurs externes du CIUSSS de l'Estrie – CHUS sur le plan de travail pour la vérification de la fin d'année financière 2017-2018;
- Proposer des stratégies pour soutenir l'approvisionnement local, dans un esprit de renforcement du rôle de catalyseur du développement économique du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Déployer une stratégie de soutien aux entreprises d'économie sociale de l'Estrie, dans le cadre de l'initiative « L'économie sociale, j'achète – Estrie », dans laquelle le CIUSSS de l'Estrie – CHUS est partenaire fondateur;
- Mettre en place une approche novatrice pour assurer la budgétisation des directions de l'établissement en considérant les performances financières comparables, dans un esprit de « budget base zéro »;

- Convenir de stratégies permettant au CIUSSS de l'Estrie – CHUS de soutenir l'ensemble du réseau pour offrir aux usagers de l'ensemble du Québec des radio-isotopes en quantité suffisante et au meilleur coût, notamment dans la perspective de la fermeture de la centrale nucléaire de Chalk River en 2018;
- Déployer une stratégie de financement récurrent du déploiement de ressources additionnelles en appui à la communauté de Lac-Mégantic;
- Déterminer et valider les dispositions de la Politique de gestion et de tarification des stationnements;
- Octroyer au CM, au CII ainsi qu'au conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) les moyens budgétaires requis pour leur permettre de jouer pleinement leurs rôles;
- Convenir des stratégies de financement associé aux travaux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS visant à développer les activités cliniques, notamment en soutien à domicile de longue durée, pour la résorption du nombre d'usagers en attente de niveaux de soins alternatifs (NSA) ou encore pour l'ajout de personnel et la réorganisation du travail dans les CHSLD;
- Assurer le suivi du Projet mère-enfant-urgence de l'Hôpital Fleurimont;
- Assurer le suivi de l'ensemble des projets immobiliers;
- Assurer le suivi du Projet de rénovation des bâtiments d'hébergement du site de Val-du-Lac.

Entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018, neuf rencontres ont été tenues.

— COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE —

MANDAT

Conformément à la LSSSS et au règlement de régie interne du C. A., ce comité :

- Élabore et établit les mécanismes de suivi des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
- Élabore un code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du C. A.;
- Élabore et établit les mécanismes de suivi, procède à l'évaluation des critères pour l'évaluation du fonctionnement du C. A. et procède à l'évaluation;
- Élabore et établit les mécanismes de suivi d'un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du C. A.;
- Agit à titre d'équipe de gouvernance durable dans le cadre du processus d'agrément;
- Recommande au C. A. des orientations en lien avec la désignation toponymique;
- Tient un registre des personnes intéressées à devenir membre indépendant du C. A. et identifie leur profil de compétences et émet des recommandations sur la composition du C. A.;
- Révise les modifications corporatives importantes (ex. : cession partielle d'activités);
- Évalue annuellement la structure de l'organisation;
- Assure une vigie pour le C. A. au niveau de l'éthique organisationnelle et clinique;
- Assure la préparation de la relève pour les postes de président-directeur général et de président-directeur général adjoint;
- Assure la mise en œuvre de la politique sur la désignation nominative des biens du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et de sa procédure;
- Assure la mise en œuvre d'une procédure pour faciliter la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Rachel Hunting	Présidente	Membre indépendante
Dr Pierre Cossette	Membre	Universités
Jacques Fortier	Membre	Membre indépendant
Pierrette Grenier	Observatrice	Fondations
Pauline Lefebvre	Membre	Membre indépendante
Denis Marceau	Membre	Comité des usagers
Patricia Gauthier	Invitée	PDG

RÉALISATIONS

Huit rencontres ont été tenues au cours de l'année 2017-2018. Les principales réalisations sont les suivantes :

- L'élaboration et la mise en application de la Politique de désignation nominative des biens;
- La mise en place et l'application de la formation sur la réflexion éthique des membres du C. A.;
- L'analyse et l'application de la Procédure d'autoévaluation du fonctionnement du C. A., de ses comités et de ses membres;
- La mise à jour et l'application du Plan d'amélioration de la qualité pour les normes de gouvernance;
- L'élaboration et la mise en application de la Procédure de divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics;
- L'analyse des modifications proposées au permis de l'établissement;
- La révision du plan d'organisation de la Présidence-direction générale adjointe;
- Le plan de relève de la Direction générale;
- La mise à jour du Code d'éthique concernant les modalités d'utilisation des renseignements personnels;
- L'élaboration et le suivi du plan de formation des membres du C. A.;
- L'analyse de la Politique pour un environnement sans fumée;
- L'analyse des candidatures pour les Prix d'excellence du MSSS 2018;
- La révision du fonctionnement des séances plénières du C. A.;
- La révision du mandat et de la composition du comité des mesures disciplinaires.

— COMITÉ SUR LA MISSION UNIVERSITAIRE —

MANDAT

Le mandat du comité sur la mission universitaire est principalement de voir à l'actualisation des 6 volets de la mission universitaire : l'enseignement, la recherche, l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISSS), au transfert des connaissances et pratiques de pointe et au rayonnement. Il soutient également la direction dans le développement de la mission universitaire de l'établissement notamment pour sa désignation d'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS), pour sa désignation de Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV) et pour sa désignation de Centre de recherche du CHUS (CRCHUS). Il examine les rapports annuels relatifs à la mission universitaire, des comités d'éthique de la recherche et en recommande l'adoption au conseil d'administration. Il s'assure également du respect des obligations de

l'établissement en matière d'éthique de la recherche notamment du suivi aux plaintes relatives à la recherche.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Dr Pierre Cossette	Président	Membre provenant de l'Université de Sherbrooke
Dominique Dorion	Membre	Membre provenant de l'Université de Sherbrooke
Sylvain Bernier	Membre	DAR - Membre représentant l'établissement
Gilles Michaud	Membre	DRHCAJ – Membre représentant l'établissement
Patrice Lamarre	Membre	Membre représentant le C. A.
Micheline Richer	Membre	Membre représentant le C. A.
Mathieu Touchette	Membre	Membre représentant le C. A.
Dr William Fraser	Membre	Membre représentant les directions scientifiques
Jacques Fortier	Membre d'office	Président du conseil d'administration
Patricia Gauthier	Membre d'office	Présidente-directrice générale

RÉALISATIONS

Le comité sur la mission universitaire, sous-comité du C. A., a tenu quatre rencontres pour la période du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018. Cependant, la rencontre du 6 décembre 2017 a été annulée puisqu'il n'y avait pas quorum.

Compte tenu du nombre de rencontres couvrant la période, le comité sur la mission universitaire a tout de même pu traiter les dossiers suivants :

- Examiner et recommander au C. A. l'adoption du rapport annuel 2016-2017 du CÉR du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Examiner et recommander au C. A. l'adoption et la reconduction du CÉR du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Examiner et recommander au C. A. l'adoption des modifications au règlement du CÉR;
- Prendre connaissance des MON du CRCHUS révisés transitoirement aux MON adaptés au CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Recommander au C. A. la nomination de onze (11) chercheurs des centres de recherche et institut;
- Recommander au C. A. d'entériner le changement de statut de trois (3) membres du CÉR, le renouvellement de mandat de huit (8) membres du CÉR, la nomination d'un (1) membre du CÉR et la démission d'un (1) membre au CÉR;
- Réviser la charte du comité, sa composition et procéder à la nomination de son président;
- Établir ses priorités pour l'année 2017-2018;
- Recommander au C. A. la nomination du directeur scientifique de l'IUPLSSS;
- Prendre connaissance des ententes CHU Montpellier et CHU Rennes;
- Recommander au C. A. l'adoption de la réorganisation du CÉR;
- Examiner le contrat type affiliation et mise sur pied d'un groupe de travail;
- Prendre connaissance du bilan de suivi : politique enseignement;
- Examiner et recommander au C. A. l'adoption du cadre de référence de la mission universitaire et pertinence.

— COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES ET DES COMMUNICATIONS —

MANDAT

À partir des grands enjeux de ressources humaines et de communication, ce comité :

- Participe à la définition des orientations et des priorités stratégiques de ce secteur d'activités et voit à leur suivi;
- Agit également comme intermédiaire auprès du C. A. de manière à ce qu'il soit bien informé des enjeux et que celui-ci obtienne l'ensemble de l'information nécessaire lui permettant de prendre des décisions éclairées dans le domaine des ressources humaines et des communications;
- Élabore et actualise un plan d'action annuel visant à répondre aux besoins du C. A. en matière de ressources humaines et de communication.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Diane Gingras	Membre	Membre n'étant pas employée par l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
Rachel Hunting	Membre	Membre n'étant pas employée par l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
Michel Kinumbe Elungu	Membre	Membre n'étant pas employé par l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
Serge Therrien	Membre (président)	Membre n'étant pas employé par l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
Jacques Fortier	Membre d'office	Président du C. A.
Patricia Gauthier	Membre d'office	PDG

RÉALISATIONS

Entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018, le comité a tenu cinq rencontres et, au cours de l'année, a travaillé sur les dossiers suivants :

- Présenter la planification au niveau de la main-d'œuvre des cadres ainsi que le repérage de la relève;
- Présenter l'état des travaux en cours pour les politiques locales du personnel d'encadrement et les prochaines étapes;
- Adopter, pour recommandation au C. A., les actions et outils de communication à mettre en place afin de soutenir le Plan de communication externe;
- Tenir informer de la situation de la main-d'œuvre en présentant le bilan des travaux depuis janvier 2017 ainsi que les orientations à venir;
- Présenter l'état de situation et les impacts sur les coûts et la main-d'œuvre relativement à la pratique clinique des surveillances constantes;
- Présenter la planification et le déroulement du Gala d'excellence pour octobre 2017 et les contours financiers;
- Convenir des suites pour se conformer aux normes de gouvernance d'Agrément Canada;
- Présenter les orientations et principes directeurs guidant l'amorce des négociations locales, expliquer la structure de gouvernance recommandée ainsi que le plan de communication et de suivi proposé;
- Présenter le bilan des 2 activités reconnaissance s'étant tenues au printemps 2017 et convenir des orientations pour la deuxième édition en mai 2018;
- Présenter la stratégie ainsi que le concept publicitaire retenu en lien avec la pénurie de main-d'œuvre;
- Présenter le bilan de la mise en place des services juridiques ainsi que les perspectives pour en poursuivre l'implantation en 2017-2018;

- Prendre acte des principales observations en lien avec la mise en place de la Politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail;
- Présenter le bilan des démarches dans la dernière année pour la mise en place de la programmation reconnaissance, santé, bien-être ainsi que les orientations pour l'élaboration éventuelle d'un cadre de référence en matière de reconnaissance;
- Présenter le jugement en faveur de l'Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux (AGESSS) concernant la réduction de l'indemnité et du congé de préretraite à 1 an pour le personnel cadre;
- Présenter les orientations concernant l'utilisation des revenus de stages pour l'année 2017-2018;
- Suivre l'évolution de la santé humaine et financière de notre organisation;
- Adopter pour recommandation au C. A. la politique de gestion intégrée de la prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail et en présenter les principaux axes et réalisations;
- Adopter pour recommandation au C. A. le Répertoire des conditions de travail des employés syndiqués non syndiqués et des employés non syndiqués du réseau de la santé et des services sociaux;
- Adopter pour recommandation au C. A. le choix limite par lésion à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST) pour l'année 2018;
- Présenter le bilan des réalisations des actions prévues au Plan de communication externe 2016-2018;
- Présenter les principaux constats et interventions des partenaires ressources humaines;
- Présenter la vision RH : Bâtir pour la santé organisationnelle et le développement des personnes et de l'organisation et convenir des prochaines étapes pour favoriser son appropriation et son actualisation.

— COMITÉ SUR LES SOINS ET SERVICES —

MANDAT

Le rôle du comité consiste à :

- Assurer une cohérence dans les orientations cliniques à privilégier dans le déploiement de l'offre de service du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Établir les orientations stratégiques quant à la coordination de haut niveau des trajectoires de soins et services, des RLS et du continuum des services à la population;
- Veiller à la corrélation entre les besoins de la population et l'utilisation économique et efficiente des ressources allouées par programme-service;
- Convenir des orientations permettant une animation des effectifs médicaux;
- S'assurer que l'offre de service permet le développement des communautés;
- Voir au suivi des projets cliniques prioritaires et de tous les mandats confiés par le C. A.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
André Forest	Président	Membre du C. A.
Diane Gingras	Membre	Membre du C. A.
Frédéric Grondin	Membre	Membre du C. A.
Michel Kinumbe Elungu	Membre	Membre du C. A.
Patrice Lamarre	Membre	Membre du C. A.
Alain Thivierge	Membre	Membre du C. A.

Membre	Statut	Condition de désignation
Dr Mathieu Touchette	Membre	Membre du C. A.
D ^{re} Raymonde Vaillancourt	Membre	Membre du C. A.
Jacques Fortier	Membre d'office	Président du C. A.
Patricia Gauthier	Membre d'office	PDG
Pierrette Grenier	Observatrice	Observatrice

RÉALISATIONS

Le comité s'est réuni à quatre reprises entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018.

Ces rencontres ont permis aux membres de :

- Contribuer à l'élaboration des grandes orientations cliniques et au soutien des objectifs prioritaires annuels;
- Suivre le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) et ses orientations;
- Obtenir différents états de situation :
 - Imagerie médicale;
 - Blocs opératoires;
 - Services professionnels SAPA (offre de service en loisirs);
- Prendre connaissance et répondre aux différents avis des conseils;
 - CM;
 - CII;
- Maintenir et rendre équitable l'offre de service à la population;
- Partager les enjeux de l'environnement clinique interne et externe;
- Déployer un suivi systématique (SGIP) des indicateurs de soins et services en santé physique et en services sociaux et réadaptation.

— COMITÉ DE RÉVISION —

MANDAT

Le comité révisé le traitement accordé à l'examen de la plainte de l'utilisateur par le ME (révision des plaintes médicales) :

De façon plus spécifique, le comité :

- Prend connaissance de l'ensemble du dossier de plainte de l'utilisateur;
- S'assure que l'examen de la plainte a été effectué de façon appropriée, diligemment et avec équité, et que les motifs des conclusions du ME se fondent sur le respect des droits et des normes professionnelles;
- Communique par écrit un avis motivé à l'utilisateur, au professionnel concerné, au ME et au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement concerné;
- Dans son rapport annuel, peut formuler des recommandations ayant notamment pour objet l'amélioration de la qualité des soins ou des services médicaux, dentaires ou pharmaceutiques.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Pauline Lefebvre	Présidente	Membre n'étant pas employée par l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
D ^r Guy Waddel	Membre	Membre désigné par le CMDP
D ^{re} Josée Robitaille	Membre	Membre désignée par le CMDP
D ^r Charles St-Arnaud	Substitut	Désigné par le CMDP
Personne indépendante, compétence en gestion des risques, finances et comptabilité	Substitut	Membre n'étant pas employée par l'établissement et n'y exerçant pas sa profession

RÉALISATIONS

Il est important de rappeler que le comité de révision a amorcé ses travaux seulement à compter du mois d'avril 2016, ce qui a donné lieu à une année chargée pour l'analyse des nouveaux dossiers ainsi que ceux accumulés au cours de l'année 2015-2016, pendant laquelle aucun dossier n'a été analysé. C'est ainsi que le comité de révision a analysé un total de 37 dossiers en 2016-2017 alors que 24 nouveaux dossiers avaient été soumis cette année. Pour cette raison, il est difficile de comparer les résultats avec ceux de l'année 2016-2017. En 2017-2018, neuf dossiers ont été traités.

TRAITEMENT DES DOSSIERS 2017-2018 PÉRIODE DU 2017-04-01 AU 2018-03-31

DELAIS D'EXAMEN	Moyenne de jours	Nombre dossier traités	%
Moins de 60 jours	39,66	3	33,33
61 à 90 jours	63,83	6	66,66
TOTAL		9	100.00

L'analyse des dossiers réalisée par les membres du comité de révision a donné lieu aux décisions suivantes :

- Conclusions du ME endossées : 6 dossiers;
- Demande de complément d'examen : 2 dossiers;
- Demande rejetée sur examen sommaire : 1 dossier (le professionnel a quitté l'établissement pendant le traitement du dossier).

— COMITÉ DES MESURES DISCIPLINAIRES —

MANDAT

Le comité s'est vu confier par le conseil d'administration le mandat d'actualiser, de façon autonome et indépendante, l'analyse des dossiers de mesures disciplinaires pour un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un résident dans l'objectif de convenir ou non de l'imposition d'une mesure disciplinaire.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Gérald R. Cutting	Membre	Membre n'étant pas à l'emploi de l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
Diane Gingras	Présidente	Membre n'étant pas à l'emploi de l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
Personne indépendante, avec compétence en gestion de risques, finances et comptabilités	Substitut	Membre n'étant pas à l'emploi de l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
Dre Raymonde Vaillancourt	Membre	Membre désigné par et parmi le DRMG
Membre médecin du C. A.	Substitut	Membre du C. A. faisant partie du CMDP
Membre désigné par le CMDP	Substitut	Désignation d'un membre par le CMDP ne faisant pas partie du C. A.

RÉALISATIONS

- Entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018 trois rencontres ont eu lieu;
- Trois dossiers de plaintes ont été transférés de l'exécutif du CMDP pour imposition d'une mesure disciplinaire à un médecin, dentiste ou pharmacien au cours de l'exercice 2017-2018.
- De ces trois dossiers :
 - Un dossier a été annulé, car le médecin a pris sa retraite au cours de l'année;
 - Un dossier a été traité et le comité a produit un rapport complet et a conclu de ne pas imposer une sanction disciplinaire au professionnel;
 - Un dossier demeure en suspens et sera traité au cours de la prochaine année.

De plus, en cours d'année il y eu révision du mandat du comité des mesures disciplinaires afin que les règles de justices naturelles et d'équité procédurale soient respectées dans le traitement des dossiers. Ainsi, au 1^{er} mars 2018, les membres du C. A. ont adopté une modification à la composition du comité et un ajustement au règlement de régie interne du C. A..

— COMITÉ RÉGIONAL DES SERVICES AUX ANGLOPHONES —

MANDAT

- Donner un avis à l'établissement sur les programmes d'accès aux services en langue anglaise et voir à leur évaluation;
- Assurer la participation de la communauté d'expression anglaise en regard de la coordination de l'ensemble des services ou du respect des droits des personnes d'expression anglaise quant à ces services.

COMPOSITION

Membre
Association des Townshippers
Comité des usagers de Memphrémagog
Représentant du C. A. du CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Wales Home
Mental Health Estrie
Literacy in action
Avante Women's center
Lennoxville and District community aid
Agentes de liaison – CIUSSS de l'Estrie – CHUS/CHSSN

RÉALISATIONS

Tout comme l'an dernier, les règlements de fonctionnement du comité régional sont en révision par le MSSS. Par conséquent, aucune rencontre du comité régional reconnu n'a eu lieu.

Nous avons néanmoins maintenu les canaux de communication et de partenariat avec la communauté en nous réunissant quatre fois.

- Faire un état de situation sur les travaux entourant le renouvellement du comité régional d'accès;
- Informer les représentants sur les écarts à faire participer les femmes d'expression anglaise au Programme québécois de dépistage du cancer du sein;
- Informer des modalités de dépistage et les services disponibles pour les jeunes (TSA) anglophones ayant un trouble du spectre de l'autisme sur les territoires de la Haute-Yamaska et de la Pommeraie;
- Échanger sur la mise sur pied par le MSSS du secrétariat dédié aux anglophones;
- Présenter l'entente de partenariat avec le Wales Home;
- Présenter l'entente de partenariat entre le service de recrutement et les maisons d'enseignement anglophones pour des titres d'emploi en pénurie (infirmières et préposés aux bénéficiaires).

En moyenne, 12 personnes étaient présentes à chacune des rencontres.

— CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS —

MANDAT

Le CMDP du CIUSSS de l'Estrie – CHUS est responsable notamment du contrôle et de l'appréciation de la qualité des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans l'établissement. Dans l'exercice de ses fonctions, il tient compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces aux usagers, de l'organisation de l'établissement et des ressources disponibles. Il se penche sur différents dossiers et fait des recommandations.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Dr Yanick Larivée	Président	Représentant RLS de la Haute-Yamaska
Dre Valérie Bédard	Vice-présidente	Représentante CHUS
Dre Marie-Pierre Dion	Secrétaire	Représentante RLS de la Pommeraie
Mme Brigitte Bolduc	Trésorière	Représentante Pharmacie
Dr Yves Arcand	Conseiller	Représentant RLS de Memphrémagog / RLS de Coaticook
Dre Marie-Josée Hotte	Conseillère	Représentante CSSS-IUGS / RLS du Val-St-François / RLS du Haut-St-François / CRE / CRDITED / CJE / CRDE
Dre Martine Robinson	Conseillère	Représentante RLS d'Asbestos
Dr Bernard Gélinas	Conseiller	Représentant RLS Granit
Mme Patricia Gauthier	PDG	Membre d'office
Dre Colette Bellavance	DSP	Membre d'office
Dr Patrice Perron	Invité	FMSSS

RÉALISATIONS

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens s'est réuni onze fois au cours de l'année 2017-2018. La plupart des rencontres se sont déroulées à Sherbrooke, mais le comité du CMDP central s'est également déplacé au RLS de Memphrémagog, au RLS de la Haute-Yamaska, au RLS de la Pommeraie, au RLS du Granit et au RLS d'Asbestos. Des assemblées générales ont été établies au calendrier, soit une assemblée générale ordinaire (28 novembre 2017) et une assemblée générale annuelle (15 mai 2018).

Les objectifs spécifiques du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, fixés pour l'année 2017-2018, étaient principalement de :

- Contrôler et apprécier la qualité des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques;
- Évaluer et maintenir la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens;
- Faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et dentaires et les règles d'utilisation des médicaments, élaborées par chaque chef de département clinique;
- Donner son avis sur les aspects professionnels quant à l'organisation technique et scientifique de l'établissement;
- Faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'un médecin ou d'un dentiste qui adresse une demande de nomination ou de renouvellement de nomination ainsi que sur les privilèges et le statut à lui accorder;
- Faire des recommandations sur les obligations qui peuvent être rattachées à la jouissance des privilèges accordés à un médecin ou à un dentiste;
- Participer aux activités cliniques du centre, y compris la garde;
- Participer à des activités d'enseignement et de recherche, le cas échéant;

- Participer à titre de médecin ou de dentiste à des comités professionnels, scientifiques, médicaux ou administratifs;
- Donner son avis sur les mesures disciplinaires que le C. A. devrait imposer à un médecin, un dentiste ou un pharmacien;
- Assumer toute autre fonction que lui confie le C. A.;
- Assurer, ou déléguer, tous les rôles du CMDP;
- Faire le lien avec la Directrice des services professionnels, Table des chefs;
- Faire le lien avec la PDG;
- Faire le lien avec le C. A. et le CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Faire le lien avec l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec CMQ, fédérations, Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec.

Dr Matthieu Touchette a agi à titre de membre médecin spécialiste désigné pour siéger au C. A. du CIUSSS de l'Estrie – CHUS jusqu'au 26 mars 2018. Par la suite, Dre Caroline Germain a été élue pour assurer ce mandat.

Parmi ses comités obligatoires :

Le comité de pharmacologie s'est réuni six fois au cours de l'année. Les objectifs spécifiques du comité de pharmacologie fixés pour l'année 2017-2018 étaient principalement de réviser une quantité importante de classes de médicaments pour l'uniformisation du formulaire thérapeutique du CIUSSS de l'Estrie – CHUS; d'évaluer la valeur pharmacothérapeutique de nouvelles molécules ou de nouvelles indications en accord avec les orientations de l'INESSS et de valider différents outils cliniques tels que protocoles, ordonnances collectives, ordonnances préimprimées comportant des médicaments. Nous prévoyons aussi faciliter la prescription des médecins travaillant aux urgences, aussi bien urgentologues que spécialistes.

Le comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique s'est réuni six fois au cours de l'année.

Le comité central s'est donné comme mandat de coordonner l'activité d'évaluation de la qualité de l'acte dans l'ensemble du CIUSSS de l'Estrie – CHUS en tenant compte des productions provenant de chacune des instances locales qui sont dotées d'un comité local d'évaluation de la qualité de l'acte. Le comité central reçoit et consigne les recommandations provenant de chacun des comités locaux et il surveille les correspondances entre les différentes instances pour s'assurer d'un suivi approprié des problématiques identifiées. Un mécanisme a aussi été mis en place pour évaluer les cas sentinelles transmis par le comité de gestion des risques ou l'acte médical pourrait être en jeu et nécessiter une évaluation.

Le comité d'examen des titres s'est réuni six fois au cours de l'année. Le comité a établi un mode de fonctionnement pour la réception et la transmission des procès-verbaux des comités locaux. Une révision des libellés de privilèges a été demandée à tous les chefs de département et un groupe de travail a été mis en place pour en faire la compilation et la révision. Le formulaire de renouvellement des privilèges des médecins a été révisé et uniformisé. Nous proposerons au comité exécutif du CMDP une liste de nouveaux libellés de privilèges pour les médecins du CMDP du CIUSSS de l'Estrie – CHUS qui bénéficiera d'une cure de minceur. Nous continuerons à étudier les demandes de nomination des médecins, des dentistes et des pharmaciens, notamment par l'évaluation de leurs qualifications, de leur compétence scientifique et de leur comportement et à faire rapport au comité exécutif.

— CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS —

MANDAT

Le CII représente près de 5 000 infirmières et infirmières auxiliaires réparties dans les neuf RLS de notre établissement.

LSSSS, art. 220 :

Le CII est, pour chaque centre exploité par son établissement, responsable envers le conseil d'administration :

- D'apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés dans le centre et, le cas échéant, en collaboration avec le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (chapitre I-8) et exercées dans le centre;
- De faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments applicables à leurs membres dans le centre;
- De faire des recommandations sur les règles de soins infirmiers applicables à leurs membres dans le centre;
- De faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins dispensés par leurs membres dans le centre;
- De donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers sur le territoire et sur la planification de la main-d'œuvre infirmière (LSSSS, article 370.3 et Loi 10, article 87);
- De donner son avis sur certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région et qui impliquent les soins infirmiers (LSSSS, article 370.3 et Loi 10, article 87);
- De donner son avis sur les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population (LSSSS, article 370.3 et Loi 10, article 87);
- De présenter un rapport annuel au conseil d'administration concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent (LSSSS, article 220);
- D'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Le CII est, pour chaque centre exploité par son établissement, responsable envers le président-directeur général de donner son avis sur les questions suivantes :

- L'organisation scientifique et technique du centre;
- Les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des infirmières et infirmiers;
- Toute autre question que le président-directeur général porte à son attention (LSSSS, article 221).

COMPOSITION

Membres	Statut	Conditions de désignation
Véronic Poulin	Présidente	Infirmière clinicienne, membre cooptée et membre d'office du CIIA Direction du programme SAPA
Sabrina Gravel (congé de maternité) remplacée par Gabrielle Gagnon	Vice-présidente (depuis septembre 2017)	Infirmière clinicienne, membre cooptée Direction des services professionnels
Renée Lafrenière	Secrétaire	Infirmière clinicienne, membre cooptée Direction des soins infirmiers
Anne-Marie Grégoire	Agente de communication	Infirmière clinicienne Direction du programme DI-TSA-DP
Émilie Gervais	Trésorière	Infirmière, responsable du Comité de la relève Direction des soins infirmiers
Émilie Adams	Conseillère	Infirmière clinicienne Direction des services généraux
Annie Bessette	Conseillère	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) Direction des soins infirmiers

Membres	Statut	Conditions de désignation
Julie Chicoine	Conseillère	Infirmière clinicienne Direction du programme jeunesse
Manon Goudreau	Conseillère	Infirmière clinicienne Direction des services professionnels
Martine St-Germain	Conseillère	Infirmière clinicienne Direction du programme SAPA
Isabelle Roy	Présidente du CIIA	Infirmière auxiliaire, membre d'office Direction du programme SAPA
Danielle Chouinard	Vice-présidente du CIIA	Infirmière auxiliaire Direction du programme SAPA
Robin-Marie Coleman	Membre d'office	Directrice adjointe des soins infirmiers – Volet qualité et évolution de la pratique professionnelle
Lise Montagne	Membre d'office	Directrice des soins infirmiers
Patricia Gauthier	Membre d'office	Présidente-directrice générale
Stéphan Lavoie	Invité permanent	Infirmier, Ph.D., représentant l'Université de Sherbrooke
Patricia Tremblay	Invitée permanente	Infirmière clinicienne, représentant les collègues d'enseignement général et professionnel
Sonia Roy	Invitée permanente (depuis octobre 2017)	Infirmière désignée, représentant les centres de formation professionnelle

RÉALISATIONS

- Huit rencontres du CII ont eu lieu entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018;
- Émission d'un avis au C. A. concernant l'implantation des bonnes pratiques en CHSLD;
- Participation à l'élaboration du plan d'amélioration suite à l'inspection professionnelle l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) à l'Hôpital et centre d'hébergement Argyll, ainsi qu'une implication financière de 30 000 \$ pour soutenir l'avancement du plan d'amélioration;
- Participation au comité d'hygiène des mains et implication financière de 5 000 \$ pour soutenir la réalisation du plan d'action ainsi qu'à l'augmentation du taux d'hygiène des mains dans le CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Communication avec les membres du CII, par l'entremise d'une assemblée générale annuelle, incluant deux publications dans la VIETrine et la création d'une page Facebook;
- Élaboration du règlement de régie interne du comité exécutif du CII et adoption lors de l'assemblée générale annuelle;
- Élaboration et suivi d'une planification budgétaire 2017-2018;
- Adoption des règlements de régie interne du CIIA et CRI;
- Nomination de postes vacants, dont la trésorière, un membre coopté et un invité permanent;
- Réalisation d'une conférence en collaboration avec le CM. Présentation et échanges avec le CM concernant nos plans d'action respectifs, enjeux communs et entente de partenariat;
- Présentation et discussion sur les enjeux avec les présentateurs concernant l'effectif infirmier, le préceptorat, le parcours de soins, la réorganisation des CHSLD et du plan d'amélioration du triage dans les urgences, suite à l'audit national;
- Présentation de la présidente-directrice générale concernant les priorités organisationnelles de l'établissement;
- Présentation du processus et du rôle du CII à propos du Plan de développement des ressources humaines (PDRH) : collaboration à l'identification de la priorité organisationnelle ;

- Rôle de consultant pour des cadres de référence de l'établissement, telle la qualité des soins et des services et agir pour et avec les usagers;
- Rôle de consultant pour les politiques de l'établissement, soit pour la GIR, un environnement sans fumée et la gestion intégrée de la présence et qualité de vie au travail
- Participation à différents comités de l'organisation, tels le forum des cadres supérieurs, le conseil d'administration, le comité tactique de soins infirmiers et d'assistance, etc.;
- Appui pour deux projets novateurs en soins infirmiers ainsi que les vidéos sur la confidentialité (La b'lette);
- Collaboration avec différents partenaires externes : OIIQ, Association des conseils des infirmières et infirmiers du Québec (ACIIQ) ainsi que les ordres régionaux des infirmières et infirmiers de l'Estrie et de la Montérégie (ORIIE, ORIIM).

— CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE —

MANDAT

Sous réserve de ce qui est prévu aux articles 214 et 220, le CM est responsable envers le C. A. de :

LSSSS art. 227

1. Constituer, chaque fois qu'il est requis, des comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle;
2. De faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par ses membres, eu égard aux conditions locales d'exercices requises pour assurer des services de qualité dans tous les programmes dispensés par l'établissement;
3. D'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration;
4. De faire un rapport annuel au conseil administration concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent. Ce rapport doit être déposé à l'assemblée générale annuelle des membres.

Conformément aux règlements de l'établissement, le CM est, pour chaque centre exploité par l'établissement, responsable envers la PDG de donner son avis sur les questions suivantes :

LSSSS art. 228

1. L'organisation scientifique et technique du centre;
2. Les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres;
3. Toute autre question que la PDG porte à son attention.

Par ailleurs, depuis la venue de la Loi 10, les agences régionales ont été abolies, de même que les commissions multidisciplinaires régionales (CMuR) et les rôles auparavant assumés par celles-ci dans la LSSSS sont dorénavant dévolus au CM de l'établissement fusionné, soit :

LSSSS art 370.7

1. De donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des services sur le territoire et sur la planification de la main-d'œuvre;
2. De donner son avis sur certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région;
3. De donner son avis sur les approches novatrices de services et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population.

COMPOSITION

Membre/statut	Titre d'emploi	Installation	Direction – programme	Siège occupé à l'exécutif
Marie-Andrée Périgny Présidente	Travailleuse sociale	CSSS de Memphrémagog	DPSMD	DPSMD
Mélissa Hamel Vice-présidente	Physiothérapeute	Hôpital et centre d'hébergement Youville	DPSAPA	DPDI-TSA-DP
Anik Dubaere Secrétaire	Éducatrice spécialisée	CLSC King Ouest	DPJe	DPJe et DPJ
Diane Chagnon Trésorière	Diététiste-Nutritionniste	CSSS de Memphrémagog	DPSAPA	Membre coopté
Marie-Josée Goyette Responsable des communications	Thérapeute en réadaptation physique	CLSC de Cowansville-Larouche	DPSAPA	DPSAPA
Christian Alexandre Castellano Membre	Agent de recherche	Hôpital et centre d'hébergement Youville	DAR	DSPublique/DAR/DSM : imagerie médicale
Christian Allard Représentant territorial	Psychoéducateur	CJE, point de service du Granit	DPJe	Représentation territoriale
Éliane Desjardins Membre	Diététiste-Nutritionniste	CHUS – Hôtel-Dieu	DSM	DSG/DRHCAJ/DST/DRIT
Geneviève Beaudoin Membre	Thérapeute en réadaptation physique	CHUS – Fleurimont	DSM	DSM : Professionnels
Guylaine Chabot Membre	Assistante-chef en microbiologie	Hôpital de Granby	DSM	DSM : Biologie médicale
Michaël Bissonnette Membre	Travailleur social	1200, King Est	DPSAPA	Membre coopté (depuis octobre 2017)
Roxana Cledon Membre	Organisatrice communautaire	CSSS de la Haute Yamaska	DSPublique	Membre coopté (départ du CECM septembre 2017)
Shella-Ann Schinck Membre	Ergothérapeute	Hôpital et centre d'hébergement Youville	DPSAPA	Membre coopté (depuis octobre 2017)
Patricia Gauthier Membre d'office	Présidente-directrice générale	Hôpital et centre d'hébergement Argyll	DG	PDG
Rémi Brassard Membre d'office	Directeur des services multidisciplinaires	CSSS de de la Haute Yamaska	DSM	Désigné par la Direction générale (Départ du CECM novembre 2017)
Jean Delisle Personne en soutien au CECM (jusqu'en novembre 2017)	Directeur adjoint des services multidisciplinaires	Édifice Murray	DSM	Désigné par la Direction générale (Depuis novembre 2017)
Personne en soutien à l'exécutif				
Sonia Grondin Soutien administratif	Agente administrative	CSSS de Memphrémagog	DSM	---

RÉALISATIONS

Entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018, le comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM) a tenu ou a participé à :

NOS OPÉRATIONS :

- Huit séances statutaires et une rencontre de travail avec l'exécutif;
- Plusieurs rencontres de travail (en personne ou par conférence téléphonique) qui ont été réalisées en lien avec les différents comités du CECM (comité avis, recommandations et consultations, comité de coordination des comités de pairs (CP), comité communication, comité trésorerie, comité de l'assemblée générale annuelle (AGA) et comité reconnaissance);
- L'assemblée générale annuelle en mai 2017, avec un taux de participation à 7 % sur un quorum de 3 %;
- Aux journées de planification annuelle stratégique 2018-2020 de l'établissement avec l'équipe de la Direction générale et des cadres supérieurs en février et mars 2018;
- L'élaboration des orientations annuelles du CM;
- La planification des prévisions budgétaires 2018-2019.

NOS CONTRIBUTIONS :

- Dépôt de deux recommandations au C. A. : sur la dénutrition et sur le transfert de professionnels en groupe de médecine de famille (GMF) (avril 2017);
- Dépôt d'un avis favorable à la PDG sur le Cadre de gestion pour le soutien au développement et au fonctionnement des réseaux locaux de services (RLS) (décembre 2017);
- Dépôt d'une recommandation à la Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DPDI-TSA-DP) en lien avec le comité d'allocation de service en soutien à domicile (CASAD) et les enjeux émergeant de la centralisation du CASAD pour tous les RLS (octobre 2017);
- Dépôt d'une recommandation au C. A. en décembre 2017, en lien avec la demande du report des élections du CECM prévues en septembre 2018, pour le printemps 2019 (résolution adoptée par les membres du CM lors de l'AGA 2017);
- Le CM a répondu à 4 demandes de consultation sur des politiques ou cadres de référence de l'établissement;
- Le CM est impliqué dans différents comités : PDRH, comité gestion des outils cliniques (CGOC), comité tactique-enseignement (en continu 2017-2018).

Cette année, le CM a dû décliner une demande de consultation sur la Politique sur le tabagisme en tenant compte des ressources limitées confiées au CECM et pour lesquelles une priorisation est requise. Également, au cours des réunions statutaires, le CECM a reçu des présentations de :

- Myrienne Lareau, chef de service et Anne-Marie Lalonde, agente de gestion du personnel au soutien à la transformation et au développement des personnes et de l'organisation (DRHCAJ), pour le déploiement de la Politique de l'enseignement du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (avril 2017);
- Alain Thivierge, conseiller-cadre clinique à la DSM et personne désignée au sein de collège électoral du CM au C. A., pour discuter de son rôle et de sa position au C. A. (avril 2017);
- Mélanie Normandin, chef de service, soutien à la transformation et au développement des personnes et de l'organisation, gestion et développement des compétences (DRHCAJ) pour une présentation sur le PDRH;
- Marie-Josée Bolduc, conseillère à la Direction des ressources financières et de la logistique, pour une présentation de la Politique de GIR (janvier 2018);
- Alain Thivierge, conseiller-cadre clinique à la DSM pour la présentation du projet pilote sur l'utilisation des surveillances constantes (février 2018).

Également, le CM a reçu d'autres demandes en provenance des membres du CM, lesquelles ont été traitées jusqu'à présent par des rencontres de travail avec les directions concernées :

- Problématique de stationnement pour le personnel avec voiture requise;
- Rôle distinct du psychoéducateur et actes réservés à respecter;
- Faciliter l'accès à la formation SCPD (symptômes comportementaux et psychologiques de la démence) à l'équipe de professionnels de l'URFI-UTRF pour leur permettre d'assurer une réadaptation optimale de cette clientèle;
- Participation d'un membre du CECM au comité de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ) en lien avec le projet Optilab (biologie médicale);
- Participation d'un membre du CECM au comité de sélection du Gala d'excellence du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Participation du CECM aux processus d'élection du 21 mars 2018, pour la désignation d'un membre du CM au C. A.;
- Deux autres demandes ont été analysées puis dirigées et traitées par d'autres instances.

AUTRES CONTRIBUTIONS :

- Comités de pairs (CP)
Le comité de coordination des comités de pairs a traité, étudié et accepté 16 demandes de CP en lien avec la qualité de la pratique professionnelle, l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins et services, la distribution des services et l'organisation du travail. Quinze de ces seize comités ont été mis sur pied avec, au besoin, le soutien de la DSM dans l'orientation des travaux. La majorité de ces CP ont complété leurs travaux.
- Participations de la présidente :
 - À 2 rencontres pour le PDRH (juin et octobre 2017);
 - À la présentation du rapport annuel au C. A. (juin 2017);
 - À une rencontre d'exécutif du CII (novembre 2017);
 - Au Congrès de l'ACMQ : Les CM engagés, une richesse pour tous! (novembre 2017);
 - À 2 rencontres de la Table des présidents des CM de l'ACMQ (juin et novembre 2017);
 - À une rencontre des CM des CHUs (novembre 2017);
 - À la collaboration avec la Direction générale et le conseil des sages-femmes (CSF) au processus d'élection pour la désignation d'un membre du CM/CSF au C. A. (février-mars 2018);
 - À la présentation du bilan des activités 2016-2017 et des orientations 2017-2018 au C. A. (juin 2017) ainsi que de l'avancement des travaux (mars 2018);
 - Aux journées de planification annuelle stratégique 2018-2020 de l'établissement avec l'équipe de la Direction générale et cadres supérieurs (février – mars 2018).
- Participations de la vice-présidente :
 - Au comité tactique d'enseignement (mai 2017);
 - Au CGOC (juin 2017);
 - À deux rencontres pour le PDRH (juin et octobre 2017);
 - À la présentation du rapport annuel au C. A. (juin 2017);
 - À une rencontre avec Myrienne Lareau et Jean Delisle sur l'utilisation des revenus de stage (juillet 2017).

NOS COLLABORATIONS :

- Collaborations avec le CII :
 - Rencontre avec l'exécutif du CII (novembre 2017);
 - Conférence offerte conjointement entre les membres du CM et du CII (février 2018);
 - Communication continue entre les présidentes CM et CII.
- Liens avec les activités de l'ACMQ :
 - Table des présidents (juin 2017);
 - Congrès (novembre 2017);

- o Prix reconnaissance pour 2 équipes du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Utilisation et intégration du matériel et des outils développés par l'ACMQ;
- Suivi des collaborations avec le MSSS et la Table des DSM.

— COMITE D'ÉTHIQUE À LA RECHERCHE —

Le comité d'éthique à la recherche (CÉR) du CIUSSS de l'Estrie – CHUS existe depuis septembre 2016 suite à la fusion de deux CÉR, le CÉR en santé chez l'humain du CHUS et le CÉR du CSSS-IUGS. Pour faciliter la fusion et préserver toutes les expertises dont celle en vieillissement et sciences sociales, il a été décidé d'avoir recours à un modèle de coprésidence. Me Sophie Brisson a été nommée comme coprésidente en février 2017.

MANDAT

Le Plan d'action ministériel confie au CÉR le mandat de s'assurer de la protection des sujets de recherche. Dans cette perspective, il doit évaluer l'acceptabilité sur le plan éthique des projets de recherche et assurer un suivi continu après leur approbation.

Dans l'esprit du Plan d'action ministériel, l'établissement confère également au CÉR un rôle de soutien auprès du chercheur. Il exerce ce rôle en offrant des conseils et de la formation en éthique de la recherche.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Marie-Josée April	Membre suppléant	Expertise en éthique
Daniel Audet	Membre suppléant	Expertise scientifique biomédicale (fin 2018/01/27)
Audrée-Jeanne Beaudoin	Membre régulier	Représentante des étudiants (fin 2017/12/01)
Louise Bernier	Membre régulier	Expertise juridique
Jean-Christian Boileau	Membre suppléant	Expertise scientifique biomédicale (fin 2018/01/16)
Audrey Brassard	Membre régulier	Expertise scientifique sociale
Sophie Brisson	Membre régulier	Coprésidente, expertise juridique
Martin Brochu	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale
Louise Brodeur	Membre régulier	Représentante de la collectivité (fin 2018/03/23)
Michelle Busseau	Membre régulier	Représentante de la collectivité
Jean-Daniel Carrier	Membre suppléant	Expertise scientifique biomédicale
Vanessa Chenel	Membre régulier	Expertise en éthique
Aboubacar Cisse	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale
Sylvie Cloutier	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale (fin 2018/03/21)
Yvan Cloutier	Membre régulier	Expertise en éthique
Robert Corriveau	Membre régulier	Représentant de la collectivité (fin 2017/10/31)
Anne-Marie Côté	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale
Annabelle Cumyn	Membre régulier	Présidente, expertise scientifique biomédicale

Membre	Statut	Condition de désignation
Claude Cyr	Membre suppléant	Expertise scientifique biomédicale (fin 2018/03/21)
Jean Descoteaux	Membre régulier	Expertise scientifique sociale
Kim Désilets	Membre suppléant	Expertise juridique
Sylvie Desrosiers	Membre régulier	Expertise en éthique
Pablo Echave	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale (fin 2018/03/21)
Sylvain Giroux	Membre régulier	Expertise en informatique
Nathalie Grégoire	Membre régulier	Expertise juridique
Guy Lacombe	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale
Myriam Langlois	Membre suppléant	Expertise scientifique biomédicale (fin 2018/02/26)
Denise Lauzière	Membre régulier	Expertise juridique
Julie Leblond	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale
Louise Lemay	Membre régulier	Expertise scientifique sociale (fin 2017/09/30)
Frédéric Mallette	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale
Julie Ménard	Membre suppléant	Expertise scientifique biomédicale
Marcelle Monette	Membre régulier	Expertise en éthique (fin 2017/10/22)
Marie-George Naud	Membre régulier	Représentante de la collectivité
Amélie Ouellet	Membre régulier	Représentante des étudiants (fin 2017/12/01)
Monelle Parent	Membre régulier	Expertise en éthique
Julie Quenneville	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale
Marie-Pierre Rousseau	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale
Arzemia Spahic Blazevic	Membre régulier	Expertise scientifique sociale

RÉALISATIONS

Au cours de la dernière année (2017-2018), le CÉR du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a évalué 187 nouveaux projets lors de 30 réunions plénières. De plus, le CÉR a agi à titre de CÉR évaluateur pour 35 projets multicentriques. Finalement, un suivi annuel a été réalisé pour 2 017 demandes.

Sur le plan procédural et réglementaire :

- Effectuer un suivi de la satisfaction des chercheurs, 18 mois post-fusion (sondage en ligne, mars 2018);
- Réviser le nombre et la composition des groupes (l'entrée en vigueur est toutefois prévue pour septembre 2018);
- Réviser le processus d'évaluation scientifique pour les projets financés par l'industrie dans le but d'améliorer les délais de mise en œuvre;
- Mettre à jour les règles de fonctionnement;
- Mettre à jour la Politique sur les banques de recherche (en cours).

Le CÉR a plusieurs autres réalisations qui le distinguent parmi les CÉR du Québec :

PLAN DE FORMATION :

- Élaborer, organiser et animer la 3^e Table ronde en éthique de la recherche portant sur le séquençage complet du génome, en collaboration avec le CHUQ et CHU Sainte-Justine;
- Élaborer, organiser et animer une Table Ronde sur la sollicitation et le recrutement pour les chercheurs du CdRV et de l'IUPLSSS;
- Prendre part à diverses activités de formation en recherche dans les programmes de résidence;
- Rencontrer des chercheurs et professionnels de recherche du CdRV dans le but d'adapter le processus de suivi actif systématique pour les projets qualitatifs et psychosociaux (projet temporairement suspendu pour permettre la conception de capsules de formation vidéo destinées aux équipes de recherche).

PROJETS DE RECHERCHE

Sujet : Analyse de discours du rôle du chercheur en éthique de la recherche

Article en révision

Sujet : Le consentement dans un système de santé apprenant

Nous avons reçu une étudiante du programme de Droit avec maîtrise en Sciences de la santé, Rosalie Jalbert. Mme Jalbert a effectué la recension des écrits pour une revue de portée.

Deux articles rédigés et seront soumis en 2018 pour publication.

PARTENARIAT ET RAYONNEMENT :

PARTICIPATION À DES COMITÉS EXTERNES

Annabelle Cumyn a participé aux comités suivants :

- Journée de réflexion sur le développement d'un observatoire mondial sur les enjeux sociétaux de l'intelligence artificielle (IA) (Montréal, 27 mars 2018);
- Groupe de travail des FRQS mené par Mylène Deschênes sur l'évaluation éthique des projets en IA (première rencontre 27 mars 2018);
- Comité scientifique du 7^e colloque en éthique et en intégrité scientifique.

PARTICIPATION À DES CONFÉRENCES

Annabelle Cumyn a été invitée comme conférencière ou panéliste à :

- JÉCÉR 2017;
- Panéliste sur la Table ronde médecine de données, Journées des Sciences humaines de l'Université de Sherbrooke, le 20 mars 2018.

— CONSEIL DES SAGES—FEMMES —

MANDAT

Le CSF est responsable envers le C. A. de :

- Contrôler et apprécier de manière générale, la qualité et la pertinence des actes posés par les sages-femmes pour l'établissement;
- Faire des recommandations concernant :
 - Les règles de soins applicables à ses membres et la distribution appropriée des services qu'ils dispensent;
 - Les qualifications et la compétence d'une sage-femme qui adresse une demande au C. A. en vue de conclure avec l'établissement un contrat en vertu de l'article 259.2;
 - Les obligations rattachées à l'exercice de la profession de sage-femme conformément à un contrat conclu en vertu de l'article 259.2.

COMPOSITION

Membre	Rôle
Véronique Couture	Présidente
Manon Bourgouin	Vice-présidente
Johanne Royer	Secrétaire
Sandra Choquet	Membre
Christelle Jacques	Membre
Amaili Jetté	Membre
Sonya Tétreault	Membre
Annie Pilon	Membre
Karine Langlois	Membre
Julie Pelletier	Membre
Michèle Ouellet	Membre
Mélanie Rodrigue	Membre
Julie Ouellet	Membre

RÉALISATIONS

Le conseil des sages-femmes s'est réuni 2 fois cette année, entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018;

- Participer à la Table d'obstétrique avec le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), 6 rencontres ont eu lieu;
- Poursuivre le développement des services pour la clientèle de la Haute-Yamaska et de la Pommeraie;
- Participer à l'équipe de base, aux réunions de coprésidentes et aux ateliers pour le programme Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO);
- Rédiger des ententes de transfert, qui en sont à l'étape de la signature, avec les 4 centres hospitaliers ayant une unité d'obstétrique;
- Participer aux évaluations dans la cadre de l'obtention de l'accréditation Initiative des amis des bébés (IAB);
- Rédiger et adopter un choix éclairé sur l'accouchement à domicile, à la suite d'une solide revue de littérature;
- Rédiger un consensus et un positionnement d'équipe sur la prise de signes vitaux intrapartum;

— COMITÉ DES USAGERS DU CENTRE INTÉGRÉ —

MANDAT

Le comité des usagers du centre intégré (CUCI) regroupe et représente les comités d'usagers et de résidents des quatorze régions de l'Estrie. Le mandat propre au CUCI en est un de gouvernance, de représentation, de coordination et d'harmonisation.

Il appuie les comités dans leurs fonctions :

- RENSEIGNER les usagers et les résidents sur leurs droits et leurs obligations;
- PROMOUVOIR l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et des résidents;
- ÉVALUER le degré de satisfaction des usagers et des résidents à l'égard des services obtenus;

- DÉFENDRE les droits et les intérêts collectifs ou individuels des usagers et des résidents;
- ACCOMPAGNER ET ASSISTER un usager ou un résident dans toute démarche qu'il entreprend y compris lorsqu'il désire porter plainte;
- S'ASSURER du bon fonctionnement de chacun des comités de résidents et veiller à ce qu'ils disposent des ressources nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

L'occupation première du CUCI, ainsi que celle de tous les comités qu'il représente, est d'être la voix des usagers. Les membres du CUCI s'acquittent de ce mandat en transmettant les préoccupations et les insatisfactions des usagers et en effectuant des recommandations au C. A. de l'établissement, à la Direction générale et aux gestionnaires des différents services.

Le CUCI initie et coordonne des projets bénéficiant à l'ensemble des comités afin de soutenir la réalisation de projets spéciaux relatifs à leurs fonctions.

Le CUCI voit à faciliter la tâche administrative des différents comités en les renseignant et en organisant des rencontres de formation.

COMPOSITION

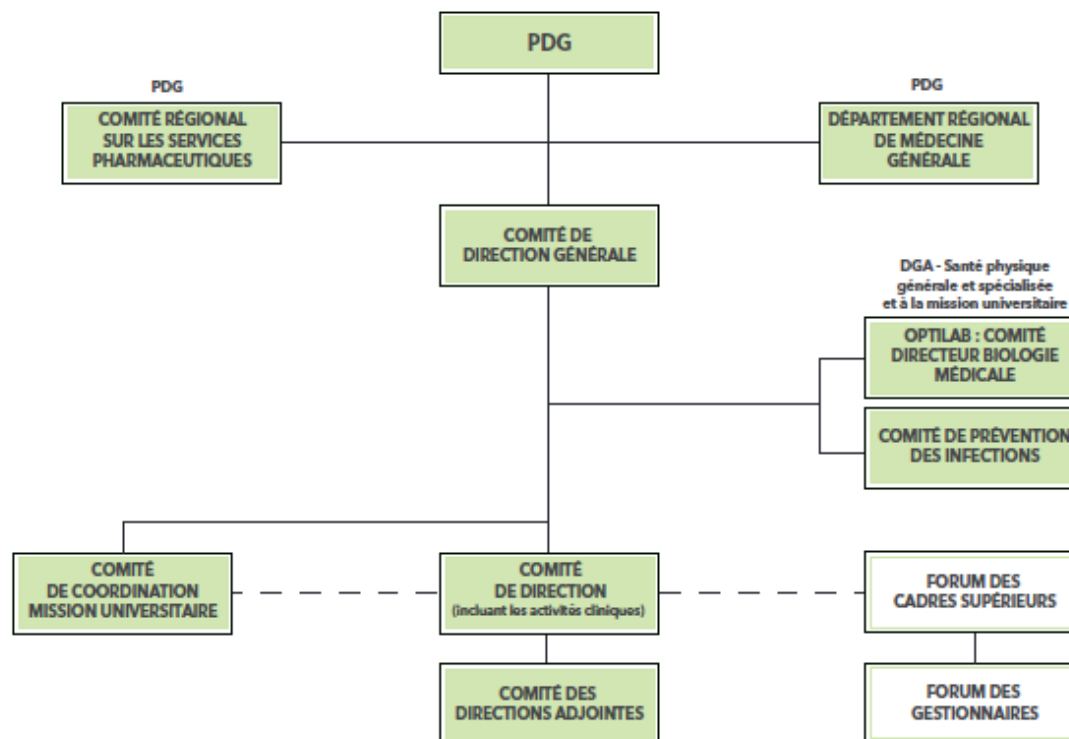
Membre	Statut	Condition de désignation
Normand Bernier	Président	CUC Memphrémagog
Carolle Ferland	Vice-présidente	CUC Haute-Yamaska
Louyse Philibert	Trésorière	CUC du CSSS de la MRC-de-Coaticook
Jean-Pierre Prévost	Secrétaire	CUC du CSSS du Haut-Saint-François
Denis Marceau	Rep. au CA	CUC du CHUS
Nicole Chiasson	Membre	CUC des CLSC et CHSLD Sherbrooke et de l'IUGS
Guy Désilets	Membre	CUC du CRDITED
Sylvain Roy	Membre	CUC du CRE
Michel Lafrance	Membre	CUC du CSSS La Pommeraie
Nicole Therrien	Membre	CUC du Val Saint-François
Hugues Desrochers	Membre	CUC du CSSS des Sources
Mariette Bédard	Membre	CUC du Granit
Françoise Berger *	Membre	CUC du Centre jeunesse de l'Estrie
Claude Moreau	Membre	CUC du CRDE
Juliette Dupuis	Membre	CR Haute-Yamaska

RÉALISATIONS

- Les membres du CUCI se sont rencontrés à trois reprises;
- Le comité exécutif du CUCI s'est réuni huit fois;
- Vaste tournée d'un spectacle humoristique par Dominique St-Laurent ayant pour but d'informer les usagers et les résidents sur leurs droits ainsi que de faire connaître les CUC et les comités de résidents. Cette présentation a été faite en partenariat avec l'Association des retraitées et retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec (AREQ);
- Vingt représentations de ce spectacle ont été faites en français et cinq en langue anglaise sur le territoire de l'Estrie;
- Représentation au C. A., au comité de vigilance, au groupe de travail pour l'appropriation du code d'éthique, au comité qualité soins et services, au comité évaluation soins et services, au CPSSSU;
- Membre de l'exécutif du Regroupement provincial des comités des usagers ;

- Membre de l'exécutif du Conseil pour la protection des malades;
- Membre de la Table des présidents de CISSS et de CIUSSS;
- Transmission au C. A. des recommandations sur des enjeux importants concernant l'amélioration continue des services aux usagers et l'amélioration des conditions de vie des résidents dans une démarche de partenariat avec l'établissement;
- Bilan des enjeux par les usagers, les CUC et les comités des résidents pour formuler des recommandations au C. A.

1.3 STRUCTURE DE GOUVERNANCE DE LA DIRECTION GÉNÉRALE



— COMITE DE DIRECTION GENERALE —

MANDAT

Le comité de direction générale a pour fonctions d'assurer la cohérence et l'alignement des décisions liées aux opérations et à la transformation organisationnelle. Il intègre les préoccupations stratégiques interprogrammes et interdirections. Il vise également à permettre une agilité organisationnelle lors de la prise de décisions urgentes.

- Assure le pilotage stratégique des six axes de la performance organisationnelle, incluant le suivi des projets majeurs de transformation;
- Autorise et alloue les ressources aux projets de transformation et d'amélioration des trajectoires de soins et services, s'assure d'une gestion intégrée des capacités;
- Assure la gestion intégrée des risques;
- S'assure de l'analyse de l'environnement interne et externe et recommande ou met en œuvre les décisions conséquentes;
- Prépare les dossiers stratégiques à soumettre pour discussion ou autorisation;
- Autorise les politiques et procédures qui ne requièrent pas l'autorisation du C. A.;
- Autorise la création des instances interdirections, interétablissements et intersectorielles;
- Agit comme groupe consultatif à la PDG pour les suivis du comité de gestion du réseau du MSSS et les décisions d'urgence.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Patricia Gauthier	Animatrice	PDG
Johanne Turgeon	Participante	PDGA
Stéphane Tremblay	Participant	Directeur général adjoint au programme de santé physique générale et spécialisée
Rémi Brassard	Participant	Directeur général adjoint aux programmes sociaux et de réadaptation
Colette Bellavance	Participante	Directrice des services professionnels

RÉALISATIONS

- Il y a eu 39 rencontres entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018;
- La collaboration interdirections, la révision du plan d'organisation, la planification de la main-d'œuvre et la situation financière ont été des sujets prioritaires en 2017-2018. Comme il s'agit d'une instance stratégique, l'ensemble des dossiers de l'établissement touchant la veille stratégique et les partenariats avec les neuf RLS y ont été discutés.

— COMITE DE DIRECTION —

Le comité de direction a pour fonction d'assurer la cohérence et l'alignement des décisions liées aux opérations et à la transformation organisationnelle. Il intègre les préoccupations stratégiques interprogrammes et interdirections. Il vise également à permettre une agilité organisationnelle lors de prise de décisions urgentes.

MANDAT

- Déléguer de façon concertée une direction ou un groupe en fonction de son expertise pour coordonner le processus menant à l'atteinte du but commun;
- Faire des choix stratégiques de façon concertée selon la vision de la Direction générale et des enjeux respectifs des directions;
- Assurer une vigie (analyse de l'environnement interne et externe et enjeux stratégiques sur lesquels il faut agir);
- Assurer le pilotage stratégique de la performance organisationnelle, incluant le suivi des projets majeurs de transformation;
- Voir à l'évaluation des risques de l'organisation et à sa mitigation;
- Prendre connaissance, entériner et suivre les projets stratégiques et transversaux dans une perspective CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- S'assurer de la cohérence et de l'alignement des décisions en lien avec les opérations et à la transformation organisationnelle;
- Informer le comité de direction générale des orientations à clarifier et des alignements à prendre sur des dossiers plus litigieux;
- Identifier les messages communs à porter dans toute l'organisation;
- Recommander l'adoption par le comité de direction générale des règlements et directives;
- Recommander au comité de direction générale la création des instances interdirections, interétablissements et intersectorielles;
- Autoriser et allouer les ressources aux projets de transformation et d'amélioration des trajectoires de soins et services, s'assurer d'une gestion intégrée des capacités;
- Assurer la GIR;
- S'assurer de l'analyse de l'environnement interne et externe et recommande ou met en œuvre les décisions conséquentes;
- Autoriser les règlements et directives qui ne requièrent pas l'autorisation du C. A.;
- Lever les enjeux de la mise en œuvre des projets prioritaires organisationnels et de transformation et recommander des solutions.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Bernier Sylvain	Membre	DAR
Brassard Rémi	Membre responsable	DGA-PSR
Cardinal Lyne	Membre	DSG
Coleman Robin-Marie	Membre	DSI
Coubat Pierre-Albert	Membre	DRFL
Duchaineau Karine	Membre	DSM
Ferland Jean	Membre	DST
Gariépy Chantal	Membre	DPJe
Gauthier Christian	Membre	DI-TSA-DP
Généreux Mélissa	Membre	DSPublique
Lortie André, interim	Membre	DSP
McDonald Murray	Membre	DSMD
Michaud Gilles	Membre	DRHCAJ
Moreault Sylvie	Membre	DPSAPA

Membre	Statut	Condition de désignation
Petrucci Bruno	Membre	DQEPE
Tremblay Stéphane	Membre responsable	DGA – PSPG-S
Turgeon Johanne	Membre	PDGA (interim DRIT)
Trudel Alain	Membre	DPJ

RÉALISATIONS

Le comité de direction s'est réuni à 24 reprises entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018. Il s'agit d'une instance décisionnelle et ses principales réalisations ont été d'équilibrer le budget et la gestion du rétablissement de la santé humaine et financière, d'entériner et de suivre les projets organisationnels dans une perspective de transversalité entre les directions. Contribuer à l'élaboration des priorités organisationnelles, en assurer le suivi et la reddition de compte. Comme il s'agit d'une instance stratégique, l'ensemble des dossiers de l'établissement y a été discuté.

— COMITE DES DIRECTIONS ADJOINTES —

MANDAT

- Coordonner et planifier :
 - Assurer les liens avec les instances stratégiques en partageant les réflexions, les préoccupations et les enjeux afin d'influencer les décisions qui seront prises en disposant de l'information pertinente;
 - Assurer les liens avec les cadres de leur direction afin que chaque gestionnaire puisse jouer pleinement son rôle et prendre les décisions selon son niveau de gestion, qu'il soit stratégique, tactique ou opérationnel;
- Proposer et soutenir des orientations :
 - Soulever les enjeux tactiques et stratégiques vers les instances pertinentes;
 - Synchroniser les dossiers reliés aux objectifs du plan annuel avec les projets, les opérations et les cycles de gestion, et ce, en tenant compte des capacités (ex. : reporter ou ne pas actualiser certains dossiers);
 - Soutenir le comité de direction quant au déroulement des activités des cycles de gestion et proposer des actions en regard des impacts anticipés.

COMPOSITION

Membres	Statut	Condition de désignation
Manon Allard	Participante	Directrice adjointe DPJe
Normand Bilodeau	Participant	Directeur adjoint, DRIT
Michel Camirand	Participant	Directeur adjoint, DSP
Sasha Cardinal	Participante	Directrice adjointe, DRHCAJ
Robin-Marie Coleman	Participante	Directrice adjointe, DSI
Amélie Corbeil	Co-animatrice, Participante	Directrice adjointe, DQEPE
Daniel Cyr	Participant	Directeur adjoint, DRFL
Jean Delisle	Animateur, Participant	Directeur adjoint, DSM
Andrée Duquette	Co-animatrice, Participante	Directrice adjointe, DPSMD

Membres	Statut	Condition de désignation
Johanne Fleurant	Participante	Directrice adjointe, DPJe
Chantal Gariépy	Participante	Directrice adjointe, DSG (jusqu'au 13 février 2018)
Carine Fortin	Participante intérimaire	Adjoint à la directrice, DSG (du 27 février au 20 mars 2018)
Alain Gagnon	Participant	Directeur adjoint, DITSADP
Linda Gagnon	Participante	Directrice adjointe, DSP
Sylvain Gautreau	Participant	Directeur adjoint, DST
Steve Goulet	Participant	Directeur adjoint, DST
Suzanne Gosselin	Participante	Directrice adjointe, DSP
Édith Grégoire	Participante	Directrice adjointe, DSP
Karine Duchaineau	Participante	Directrice adjointe, DSM (jusqu'au 12 décembre 2017)
Maryse Lachance	Participante intérimaire	Directrice adjointe intérimaire – DSM
Manon Larivière	Participante	Directrice adjointe, DSI
Jean-Philippe Legault	Participant	Directeur adjoint, DSPublique
Nathalie Léonard	Participante	Directrice adjointe, DQEPE
André Lortie	Participant	Directeur adjoint, DSP
Stéphanie McMahon	Participante	Directrice adjointe, DAR
Josée Paquette	Participante	Directrice adjointe, DRHCAJ
Danik Préfontaine	Participante	Directrice adjointe, DPJ
Sylvie Quenneville	Participante	Directrice adjointe, DPSAPA
Julie Tremblay	Participante	Directrice adjointe, DRFL
Maryse Trudeau	Participante	Directrice adjointe, DPSAPA
Émilie Picarou	Invitée	Prof. de recherche

RÉALISATIONS

Nombre de rencontres entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018 : 12 (création de l'instance en septembre 2017).

- A créé des outils de communication pour le comité des directeurs adjoints (CDA) : un tableau de suivi, un outil de planification des présentations des dossiers aux différentes instances et une fiche de présentation des dossiers;
- A débuté la planification des présentations par l'outil de planification des présentations des dossiers aux différentes instances (voir annexe);
- A discuté des dossiers et des orientations du CDA;
- A discuté des orientations en élaboration pour le comité de direction;
- A rédigé et transmis un mandat par écrit au comité de direction relativement aux orientations du comité de direction;
- A clarifié au niveau du comité SMART comment les dossiers doivent « cascader » entre les instances de direction;
- A coordonné d'un point de vue tactique le cycle annuel de la planification de la main-d'œuvre;
- A été informé et a coordonné l'avancement des travaux de la gestion intégrée de la main-d'œuvre (GIMO);
- A été informé et a coordonné les contributions des plans de travail de la situation financière de l'établissement;

- A appuyé et coordonné le déploiement de la démarche budgétaire 2018-2019;
- A approuvé la proposition de balises transitoires pour l'année 2018-2019 pour la formation en réanimation cardio-respiratoire au CIUSSS de l'Estrie – CHUS aux fins d'approbation par le comité de direction;
- A approuvé le PDRH aux fins d'approbation par le comité de direction;
- A coordonné le Chantier sur la surveillance constante, particulièrement à Granby;
- A coordonné les contributions pour soutenir le transfert d'activités des blocs opératoires de l'Hôpital Fleurimont et de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke vers le Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog ;
- A Coordonné les contributions pour un groupe de travail ad hoc relativement à l'interprétariat;
- A coordonné les contributions pour un groupe de travail pour l'approbation de la liste des salles à usage restreint et des salles dédiées;
- A coordonné les contributions pour un comité de fournitures de soins et petits équipements;
- A commenté et soutenu les travaux concernant les dossiers suivants :
 - Soutien des travaux :
 - Orientations en lien avec le fonctionnement des instances organisationnelles (CECO, CPSSU);
 - Stratégies pour assurer l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins et des services aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir;
 - Planification des travaux DRFL;
 - Accès aux chiens guides et aux chiens d'assistance dans les installations;
 - Directive vérification ordre professionnel;
 - Dossier des pompes volumétriques;
 - Déploiement des outils de cheminement clinique et informatisé en soutien à domicile(SAD);
 - Outils de travail pour le personnel;
 - Dossier sur la légalisation du cannabis;
 - Revenus de stage (bilan année transitoire et perspective);
 - Unité de retraitement;
 - Outil pour les gestionnaires « Guide octroi des congés »;
 - Procédure de gestion des événements sentinelles;
 - Appréciation de la contribution des salariés et probation (politique et processus);
- A informé :
 - Du calendrier des congés fériés 2018-2019;
 - De la Politique de gestion intégrée prévention, présence et qualité de vie au travail;
 - De la Politique de gestion des salles et visioconférence – salle à usage restreint;
 - De la Politique de gestion des risques de corruption et de collusion en gestion contractuelle;
 - De la Politique de GIR;
 - Du déploiement progressif de la prescription infirmière;
 - De la démarche qualité – identification des priorités de travail pour les prochains mois;
 - Des coordonnateurs d'activités et des mesures exceptionnelles;
 - Du Chantier surveillance constante Haute-Yamaska et optimisation dans les unités;
 - Du bilan et perspectives; relève des cadres.

— DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE —

MANDAT

Faire des recommandations concernant :

- La partie du Plan régional des effectifs médicaux (PREM) relative aux médecins omnipraticiens;
- La nature des services médicaux généraux découlant des programmes prioritaires et assurer la mise en place de la décision de l'établissement relative à cette matière;
- La liste des activités médicales particulières (AMP) et en assurer la mise en place;
- Valider les besoins prioritaires de recrutement sur tout le territoire;
- Définir et proposer le Plan régional d'organisation des services médicaux généraux;
- Définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux;
- Évaluer l'atteinte des objectifs relativement au Plan régional d'organisation des services médicaux généraux et à la partie du PREM relative aux médecins omnipraticiens.

Donner son avis sur :

- Tout projet concernant la dispensation des services médicaux généraux;
- Certains projets relatifs à l'utilisation de médicaments;
- L'instauration des corridors de services proposée par le RUIS;
- S'assurer de l'atteinte des objectifs identifiés (ex. : taux d'inscription, taux d'assiduité, respect du nouveau programme de financement des GMF, diminution des priorités 4 et 5 aux urgences);

Réaliser toute autre fonction que lui confie la PDG du CIUSSS de l'Estrie – CHUS relativement aux services médicaux généraux.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
D ^{re} Raymonde Vaillancourt	Chef du DRMG, représentante des médecins de cabinet	Membre élu
D ^{re} Stéphanie Blais-Boilard	Représentante des MRC hors Sherbrooke	Membre élu
D ^{re} Suzanne Turcotte	Représentante des médecins de CLSC	Membre élu
D ^r Michel Camirand	Membre désigné par la PDG, DSPA	Membre
D ^r Bernard Gélinas	Représentant de la MRC du Granit	Membre
D ^{re} Josée Beaulieu	Représentante de la MRC de Coaticook	Membre
D ^{re} Nathalie Roy	Représentante de la MRC des Sources	Membre
D ^r Yvan Lussier	Représentant de la MRC Val-Saint-François	Membre
D ^{re} Marie-Christine Anctil	Représentante de la MRC Memphrémagog	Membre
D ^{re} Caroline Tanguay	Représentante de la MRC Haute-Yamaska	Membre
D ^{re} Émilie Boucher-Gagné	Représentante de la MRC Brome-Missisquoi	Membre
Vacant	Représentante des CHSLD	Membre
D ^{re} Suzanne Gosselin	DSPA première ligne	Membre
D ^{re} Mélissa Généreux	Directrice de santé publique de l'Estrie	Membre
D ^r Éric Lachance	Département universitaire médecine familiale	Membre

Membre	Statut	Condition de désignation
D ^{re} Marie-Laure Collinge	Chef Département d'urgence	Membre
Vacant	Chef Département de médecine générale	Membre

RÉALISATIONS

Au cours de l'année, le DRMG a tenu cinq assemblées ordinaires durant lesquelles il a traité les dossiers suivants :

- Proposer une mise à jour des règlements du DRMG et du mandat du comité de direction du DRMG;
- Élaborer un organigramme des mandats et des dossiers du DRMG;
- Concevoir un plan régional d'organisation des services médicaux généraux;
- Organiser les services médicaux de première ligne;
- Soutenir les tables locales du DRMG dans les 9 RLS;
- Compiler l'offre de service médicale des médecins dans les installations du CIUSSS de l'Estrie – CHUS par RLS et évaluer les besoins à combler en calculant les écarts entre les effectifs en place et les besoins de couverture selon les paramètres du MSSS;
- Poursuivre le projet d'accessibilité à un médecin de famille avec l'atteinte de la cible en Estrie de 85 % de population inscrite auprès d'un médecin (82,1 % le 1^{er} avril 2017 versus 85,5 % le 31 mars 2018 : 19 375 personnes de plus ont un médecin de famille). Sur les 9 RLS, 5 atteignent le 85 %. Maintenir le taux d'assiduité des médecins de famille envers leur clientèle au-dessus de 80 % (88,6 % le 1^{er} avril 2017 versus 89,4 % le 31 mars 2018). Encourager la prise en charge de la clientèle orpheline sur les guichets d'accès aux médecins de famille en collaboration avec les coordonnateurs médicaux et les gestionnaires des guichets et les responsables des GMF qui se sont fixé une cible selon leur capacité (33 217 personnes en attente le 1^{er} avril 2017 versus 26 445 le 31 mars 2018). Inciter la prise en charge des patients de médecins de GMF qui prennent leur retraite (10 000 patients ont été repris en charge). Tenir des conférences téléphoniques avec tous les partenaires du DRMG et produire et diffuser des tableaux de bord mensuels pour l'Estrie et les 9 RLS;
- Présenter un webinaire à la Communauté virtuelle de pratique en amélioration continue (CvPAC) sur le projet d'accessibilité aux médecins de famille;
- Participer à 2 salons de recrutement des résidents et à la Journée carrières;
- Recruter 19 médecins de famille dont 9 nouveaux facturants et 10 en mobilité interrégionale au PREM 2018;
- Postuler pour les forfaits d'installation des médecins selon la LE # 298 (2 en 2017-2018);
- Sonder les GMF sur les départs à la retraite des médecins entre 2018-2020;
- Diffuser l'information de la lettre d'entente # 321 sur la prise en charge de bloc de patients;
- Gérer les demandes d'adhésion et de modification des activités médicales particulières (AMP) considérant la décroissance de l'implication des omnipraticiens en deuxième ligne suite à la reconnaissance de la prise en charge en première ligne;
- Analyser des dossiers de renouvellement ou d'accréditation du programme de financement et soutien professionnel dans les 25 GMF dont trois GMF-U et un GMF-R.

— COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES —

MANDAT

- Émettre des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre;
- Exprimer des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments;
- Donner son avis sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques;
- Exécuter tout autre mandat que lui confie la PDG;

COMPOSITION

Membre	Fonction
Éric Gamache	Élu (pharmacien communautaire)
Patrice Lamarre	Membre d'office (chef du département de pharmacie)
Valérie Paquet	Nommée (pharmacienne en établissement)
Sylvie Lussier	Nommée (pharmacienne propriétaire)
Julie Coderre	Nommée (pharmacienne propriétaire)
Jacinthe Lamoureux	Nommée (pharmacienne communautaire)
D ^{re} Édith Grégoire	Directrice adjointe des services professionnels
Sara Letendre	Responsable de la continuité des soins
Jean-Luc Trottier	Nommé (pharmacien propriétaire)
D ^{re} Raymonde Vaillancourt	Chef du DRMG

RÉALISATIONS

- Participer au projet d'ordonnance collective initiant un traitement antibiotique prophylactique chez un patient asymptomatique suite à une piqûre de tique dans une zone à risque;
- Promouvoir les bénéfices pour les patients d'un rôle élargi du pharmacien par le biais de potentielles nouvelles ordonnances collectives en pharmacie communautaire;
 - Au près de la santé publique (vaccins per os [diarrhée du voyageur, choléra et fièvre typhoïde], cessation tabagique [bupropion et varénicline], oxyures [ajout du mébendazole]);
 - Service de pneumologie (chambre d'espacement);
 - Clinique d'anticoagulothérapie (Héparine de faible poids moléculaire et vitamine K);
- Rédiger le nouveau règlement de régie interne du CRSP (en attente d'approbation par le MSSS);
- Participer au développement et à la recherche de financement d'un projet de recherche de Benoit Cossette Ph. D., professeur adjoint à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke;
- Collaborer avec diverses instances concernant les services pharmaceutiques;
 - Santé publique : Naloxone;
 - Clinique des réfugiés : enjeux particuliers de cette clientèle;
- Diffuser de l'information aux pharmaciens de la région par le biais de l'infolettre transmise par courriel;
- Participer aux tables rondes des présidents de CRSP organisées par l'Ordre des pharmaciens du Québec;

— COMITÉ DIRECTEUR MÉDECINE DE LABORATOIRE — OPTILAB —

MANDAT

La mise en œuvre d'OPTILAB est un projet ministériel d'envergure qui présente plusieurs enjeux au niveau des ressources humaines, financières, matérielles, technologiques, techniques et logistiques. Une coordination interdirection est nécessaire afin de bien identifier les enjeux.

La directrice clinico-administrative et le directeur médical sont mandataires du projet OPTILAB au CIUSSS de l'Estrie – CHUS (grappe Estrie). Avec le soutien du comité directeur, ils doivent assurer la réalisation du projet Optilab, gérer le contexte, les risques et les enjeux en plus de collaborer à la gestion de résolution de problèmes.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Stéphane Tremblay Directeur général adjoint – programme santé physique, générale et spécialisée Au nom de Patricia Gauthier PDG	Régulier	Dénouer les enjeux liés à l'avancement des travaux. S'assurer du bon déroulement global de la démarche OPTILAB dans l'ensemble du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Assurer le suivi au comité de direction de la Direction générale.
Du 1^{er} avril au 19 novembre 2017		
Rémi Brassard Du 20 novembre 2017 à ce jour Karine Duchaineau	Régulier	Assurer le lien avec les orientations du MSSS. Appuyer et promouvoir la vision et la gestion du changement en tant que porteur du besoin. Orienter et soutenir le chef de projet. Participer à titre de cogestionnaire clinico-administratif à la nomination des chargés de livraison de la grappe.
Directeur clinico- administratif Optilab Directeur des services		
Dr Jean Dubé Directeur médical Optilab Chef du Département de la biologie médicale	Régulier	Assurer le lien avec les orientations du MSSS. Appuyer et promouvoir la vision et la gestion du changement en tant que porteur du besoin. Orienter et soutenir le chef de projet. Participer à titre de cogestionnaire clinico-administratif à la nomination des chargés de livraison de la grappe. Assumer le rôle d'expert du contenu médical de la grappe.
D ^{re} Colette Bellavance Directrice des services professionnels	Régulier	Participer à titre de directrice des services professionnels.
D ^{re} Raymonde Vaillancourt Représentante du DRMG	Régulier	Identifier les besoins des prescripteurs.
Guylaine Dubois Coordonnatrice de la médecine de laboratoire	Régulier	Gérer le contexte, les risques et les enjeux opérationnels des services de biologie médicale.
Diane Girard Chargée de projet Optilab	Régulier	Assurer le bon déroulement du projet de la grappe et coordonner le groupe tactique. Planifier et coordonner l'ensemble des activités du projet de la grappe pour développer le modèle Optilab.

Membre	Statut	Condition de désignation
Julie Tremblay Directrice adjointe des ressources financières et gestion budgétaire – DRFL	Régulier	Élaborer et soutenir le modèle financier en regard de l'autofinancement du projet.
Annie Mercier Soutien à la transformation et au développement des personnes et de l'organisation, DRHCAJ	Régulier	Expertise RH en lien avec la gestion du changement, du développement des personnes et de l'organisation.
Micheline Savoie Directrice des ressources informationnelles et technologiques	Régulier	Soutenir l'identification des besoins de technologies informatiques (TI).
Dr Patrice Beauregard Responsable du laboratoire d'hématologie	Régulier	Assurer son apport à titre d'expert pour le secteur de l'hématologie.
Michel Bouthillier Biochimiste clinique RLS Haute-Yamaska	Régulier	Assurer son apport à titre d'expert en biochimie et identifier les besoins pour le RLS de la Haute-Yamaska et de la Pommeraie.
Dr François Corbin Chef du service de biochimie	Régulier	Assurer son apport à titre d'expert pour le secteur de la biochimie médicale.
Dr Sébastien Chénier Chef du service de génétique médicale	Régulier	Assurer son apport à titre d'expert pour le secteur de la génétique médicale.
Dr Louis Valiquette Chef du service de microbiologie	Régulier	Assurer son apport à titre d'expert pour le secteur de la microbiologie.
Dr Edmond Rizcallah Chef du service d'anatomopathologie	Régulier	Assurer son apport à titre d'expert pour le secteur de l'anatomopathologie.
Dr Rosaire Giroux Omnipraticien RLS La Pommeraie et représentant le CMDP	Régulier	Assurer un suivi au CMDP du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
Dr Alain Piché Médecin spécialiste en microbiologie et infectiologie	Ad hoc	Assurer son apport à titre d'expert pour le secteur de la microbiologie et d'infectiologie.
Dre Sophie Michaud Microbiologiste RLS La Pommeraie	Ad hoc	Assurer son apport à titre d'expert pour le secteur de la biologie médicale.

RÉALISATIONS

5 rencontres ont eu lieu entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018 soit les 12 avril, 14 juin, 11 octobre et 6 décembre 2017 ainsi que le 21 février 2018 :

- Élaborer et réviser le plan d'autofinancement sur 10 ans (accepté par le MSSS);
- Identifier la stratégie immobilière pour le laboratoire serveur, et les espaces transitoires à mettre en place pour permettre les transports. Les travaux préparatoires sont amorcés;
- Adopter les stratégies transitoires à déployer pour permettre le transfert d'analyses (intergiciel,

- ordonnance électronique);
- Assurer la réalisation d'activités de déploiement du projet : centrifugation aux points de collecte, déploiement de postes Ariane, négociation de contrats de transport, etc.;
- Assurer la réalisation et la participation aux appels d'offres d'équipements nécessaires aux transferts de volumes (exemple: chaîne analytique robotisée en hématologie, SIL, etc.);
- Assurer le suivi de la réalisation d'activités en soutien à la gestion du changement auprès du personnel;
- Approuver un plan triennal de remplacement et d'ajout d'équipements médicaux (approvisionnements et GBM).

— COMITÉ STRATÉGIQUE EN PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS —

MANDAT

- Assurer un lien hiérarchique entre les différents niveaux de la gouvernance des instances de PCI et recevoir les recommandations émises par les comités tactique et opérationnel PCI, les entériner et les reconduire;
- Échanger sur des enjeux stratégiques en PCI;
- Analyser la performance : suivi des indicateurs et du tableau de bord, lien avec les comités de vigilance et le C. A.;
- Soumettre des recommandations à la Direction générale.

COMPOSITION

Membres	Statut	Rôle
Robin-Marie Coleman	Directrice des soins infirmiers	Animatrice et responsable du comité
Dr Stéphane Tremblay	Directeur général adjoint aux programmes de santé physique générale et spécialisée	Représente la Direction générale et assure le lien avec cette dernière
Brigitte Langlois	Coordonnatrice qualité et sécurité des soins, DASI-VQEPP	Assure le lien avec le comité tactique
Dre Isabelle Alarie	Microbiologiste-infectiologue, chef infectiologie et chef microbiologie	Assurent le suivi du plan d'action (interviennent au besoin) Sont responsables de la communication du plan d'action et des orientations du comité stratégique au sein de leur direction
Steve Goulet	Représentant DST, volet activités hôtelières	
Dre Linda Pinsonneault	Représentante DSPublique	
Nathalie Léonard	Représentante DQEPE	
Dre Édith Grégoire	Représentante DSP	
Jean Delisle	Représentant DSM	

Membres	Statut	Rôle
Maryse Trudeau	Représentante DPSAPA	
Marie-Ève Langlais	Représentante DPDI-TSA-DP	
Andrée Duquette	Représentante DPSMD	
Johanne Fleurant	Représentante DPJe	
Lyne Cardinal	Représentante DSG	
Sylvain Gautreau	Représentant ad hoc DST, volet infrastructures	
Josée Paquette	Représentante DRHCAJ	
Normand Bilodeau	Représentant DRIT	
Membres ad hoc	Au besoin	

RÉALISATIONS

- Suivi des travaux des comités opérationnels et tactiques :
 - Suivi de l'implantation de l'harmonisation des produits et des procédures en hygiène et salubrité.
- Réception, adoption et reconduite des recommandations émises par le comité tactique PCI :
 - Adoption du Rapport d'activités annuelles 2016-2017 du service de prévention et contrôle des infections du CIUSSS de l'Estrie-CHUS. ;
 - Mise à jour de l'algorithme CIUSSS de l'Estrie – CHUS pour les maladies respiratoires sévères infectieuses d'étiologie indéterminée (MRSI) en centre hospitalier;
 - Adoption de l'algorithme CIUSSS de l'Estrie – CHUS pour les maladies respiratoires sévères infectieuses d'étiologie indéterminée (MRSI) pour le volet communautaire;
 - Approbation des activités pour la semaine d'hygiène des mains;
 - Consultation sur la mise à niveau des chambres à pression négative;
 - Consultation sur l'amélioration de la gestion des bassines CIUSSS dans une optique de diminuer la transmission des pathogènes liés aux excréta, en lien avec le plan d'action « Contrôle des éclosions liées aux excréta (ERV-DACD-GE);
 - Travaux sur un outil synthèse des lignes directrices pour les grandes désinfections lors d'éclosions en milieux de courte et de longue durée;
 - Déploiement de l'intranet du CIUSSS PCI.
- Suivi des plans d'action :
 - Suivi du Plan d'action du MSSS 2015-2020;
 - Suivi du Plan d'amélioration continue en lien avec les normes et pratiques organisationnelles requises d'Agrément Canada 2016 (identification et partage des enjeux);
 - Adoption du Plan d'action en hygiène des mains;
 - Adoption de l'outil synthèse sur le Plan d'action en hygiène des mains;
 - Suivi du Plan d'action ERV à l'Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu de Sherbrooke.
- Visite d'Agrément Canada :
 - Amorce de la préparation pour la visite d'Agrément de 2019, selon le nouveau cahier de normes V12.

- Suivi des dossiers d'envergure :
 - Suivi du Plan d'action de l'implantation des « zones grises » en milieu aigu et en CHSLD;
 - Suivi des travaux en lien avec le dossier de contamination des générateurs thermiques utilisés pour la CEC – M. Chimarea et fermeture du dossier;
 - Suivi du Plan d'implantation du dépistage BGN-PC dans l'ensemble des milieux aigus;
 - Approbation du Plan de gestion de l'accès aux soins et services en période d'éclosion d'influenza et de gastroentérite 2017-2018 (déposé au MSSS – novembre 2017);
 - Suivi de la campagne de vaccination antigrippale;
 - Suivi des travaux du projet Optilab ayant un impact sur le service de PCI.
 - Suivi de l'état de situation des effectifs en PCI (en conformité avec les ententes de gestion).
- Consultation – échange concernant les enjeux stratégiques en PCI :
 - Couverture PCI pour les installations et secteurs non prévus dans les ressources octroyées en fonction des ententes de gestion (milieux autres que CH et CHSLD);
 - Déploiement et accès à la nouvelle plateforme de formation en ligne PCI;
 - Arrimage entre la PCI et la DST, dans les dossiers d'infrastructures (constructions, rénovations, entretiens);
 - Arrimage entre la PCI et la DST, volet hygiène et salubrité (manque de ressources).
- Analyse de la performance : suivi des indicateurs et du tableau de bord, lien avec les comités de vigilance et le C. A. :
 - Suivi de l'évolution des travaux pour la mise à jour du tableau de bord PCI – CIUSSS de l'Estrie - CHUS;
 - Suivi de l'évolution du tableau de bord des éclosions du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
 - Suivi des résultats des ententes de gestion.

Nombre de rencontres entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018 : quatre rencontres, dont les dates sont les suivantes :

- 5 avril 2017;
- 21 juin 2017;
- 28 septembre 2017;
- 11 janvier 2018.

Les comités tactiques et opérationnels ont eu chacun 5 et 6 rencontres entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018.

— COMITÉ DE COORDINATION DE LA MISSION UNIVERSITAIRE ET DE LA PERTINENCE —

MANDAT

L'intégration de la mission universitaire dans les trajectoires de soins et services du CIUSSS de l'Estrie – CHUS nécessite la coordination de plusieurs parties prenantes. Ce comité vise à assurer la coordination des parties prenantes dans leurs efforts pour intégrer les dimensions universitaires, de la prévention à la quatrième ligne, autant en santé qu'en services sociaux.

De façon plus spécifique, le comité veille à :

- Assurer une coordination au niveau stratégique entre les diverses parties prenantes de la mission universitaire ainsi qu'entre ses composantes;
- Traiter, lorsque requis, d'enjeux d'arrimage interinstitutionnel en lien avec la mission universitaire;

- Soutenir la mise en œuvre d'un plan d'action pluriannuel qui vise à assurer l'intégration de la mission universitaire tout au long des trajectoires de soins et services;
- Initier des projets structurants en soutien à la mission universitaire.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Dr Stéphane Tremblay	Directeur général adjoint au programme de santé physique générale et spécialisée	Coprésident du comité
D ^{re} Véronique Déry	Directrice scientifique de la DAR	Coprésidente du comité
Johanne Turgeon	Présidente-directrice générale adjointe (PDGA)	Représentant – Volet administratif
Dr Dominique Dorion	Doyen de la FMSS de l'UdeS	Représentant UdeS – FMSS
Thérèse Audet	Doyenne de la FLSH de l'UdeS	Représentante UdeS – FLSH
Sylvain Bernier	Directeur administratif de la recherche	Co-responsable – volet recherche
Gilles Michaud	Directeur des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques	Co-responsable – volet enseignement
Nicole Dubuc	Directrice scientifique du centre de recherche sur le vieillissement	Représentante - Centre de recherche
D ^{re} Colette Bellavance	Directrice des services professionnels	Représentante – Volet santé
D ^{re} Linda Pinsonneault ou D ^{re} MéliSSa Généreux	Directrice de la santé publique	Représentante – Volet prévention
Lise Montagne	Directrice des soins infirmiers	Représentante – Volet santé
Rémi Brassard	Directeur des services multidisciplinaires	Représentant – Volet santé
Bruno Petrucci	Directeur de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique	Représentant – Volet qualité

RÉALISATIONS

Le comité de coordination de la mission universitaire et de la pertinence s'est réuni à trois reprises pour la période du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018.

Le comité de coordination de la mission universitaire et de la pertinence a pu traiter des dossiers suivants :

- La révision de sa composition et de son mandat en lien avec la création de la Direction de la coordination de la mission universitaire et de ses objectifs;
- L'élaboration et la présentation pour approbation au C. A. du Cadre de référence de la mission universitaire et de la pertinence;
- La mise en place de la structure de la Direction de la coordination de la mission universitaire;
- Dépôt d'un avis sur un futur mandat au décanat de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke;
- L'élaboration et le déploiement du cycle de gestion de la coordination de la mission universitaire et de la pertinence;
- Revue des avis et guides de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) de l'année précédente et des propositions pour le comité de direction du RUIS.

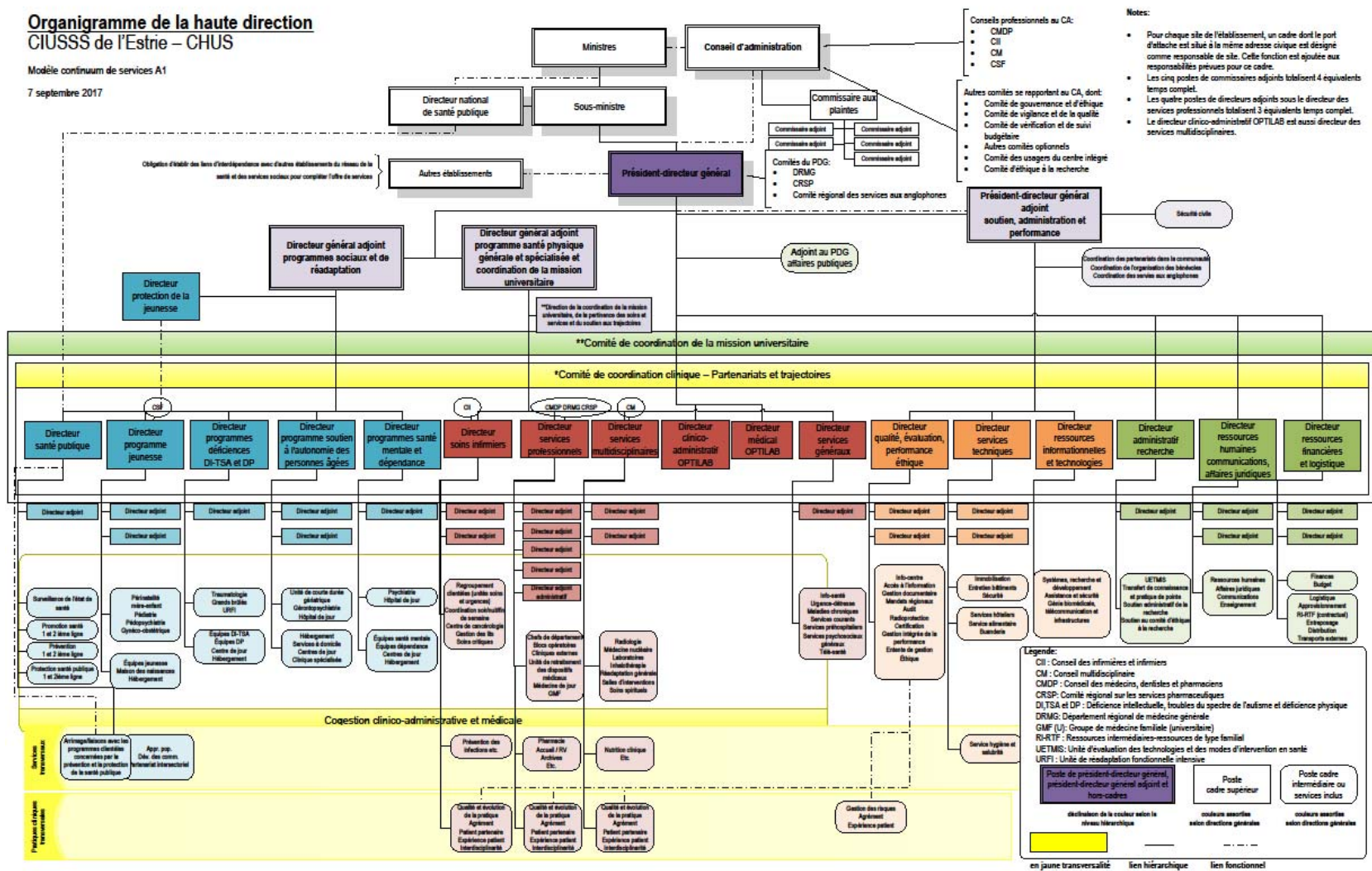
1.3.3

ORGANIGRAMME DE LA DIRECTION GENERALE ET SES FONCTIONS

Organigramme de la haute direction
CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Modèle continuum de services A1

7 septembre 2017





2

**Plan d'action ou réalisations
2017-2018**

LA QUALITÉ ET LA PERFORMANCE, NOTRE SIGNATURE

QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Depuis sa création et à l'instar de l'ensemble du réseau, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS aspire à rendre des soins de santé et des services sociaux de qualité accessibles et efficaces qui s'adaptent aux besoins de sa communauté. Pour ce faire, nous nous sommes engagés à nous inspirer des meilleures pratiques reconnues, à s'appuyer sur nos acquis et nos forces et à ne pas perdre de vue que la personne, l'utilisateur des services ou le patient est au cœur de nos décisions.

Par le biais de son plan d'action annuelle 2018-2019, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS poursuit cet objectif. Le plan annuel permet aux décideurs d'identifier et de suivre les dimensions qui nécessitent plus d'attention ou qui doivent être priorisées à celles qui se révèlent être des atouts pour notre communauté. Cet outil se veut aussi un moyen d'ajuster nos actions en fonction de constats et de résultats. Le plan s'appuie sur notre modèle de performance et guide les actions de l'ensemble de l'équipe du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Le plan annuel et son suivi rigoureux permettront au CIUSSS de l'Estrie – CHUS de rendre compte à la population de son territoire et au Ministère de ses activités et résultats et ainsi produire son rapport annuel.

LE MODELE DE PERFORMANCE

Le modèle de performance mis de l'avant au CIUSSS de l'Estrie – CHUS repose sur notre énoncé stratégique « En Estrie, ensemble, innovons pour la vie » et vise à soutenir les multiples axes d'action pour gérer la performance et à appuyer un processus décisionnel cohérent.

Au centre du modèle, notre finalité ***AGIR pour et avec l'utilisateur, ses proches et la population**. L'axe ***BÂTIR pour et avec le personnel, les médecins, gestionnaires, partenaires, bénévoles et communauté** met en valeur notre principale richesse organisationnelle en s'appuyant aussi sur les acquis des installations qui composent notre CIUSSS.

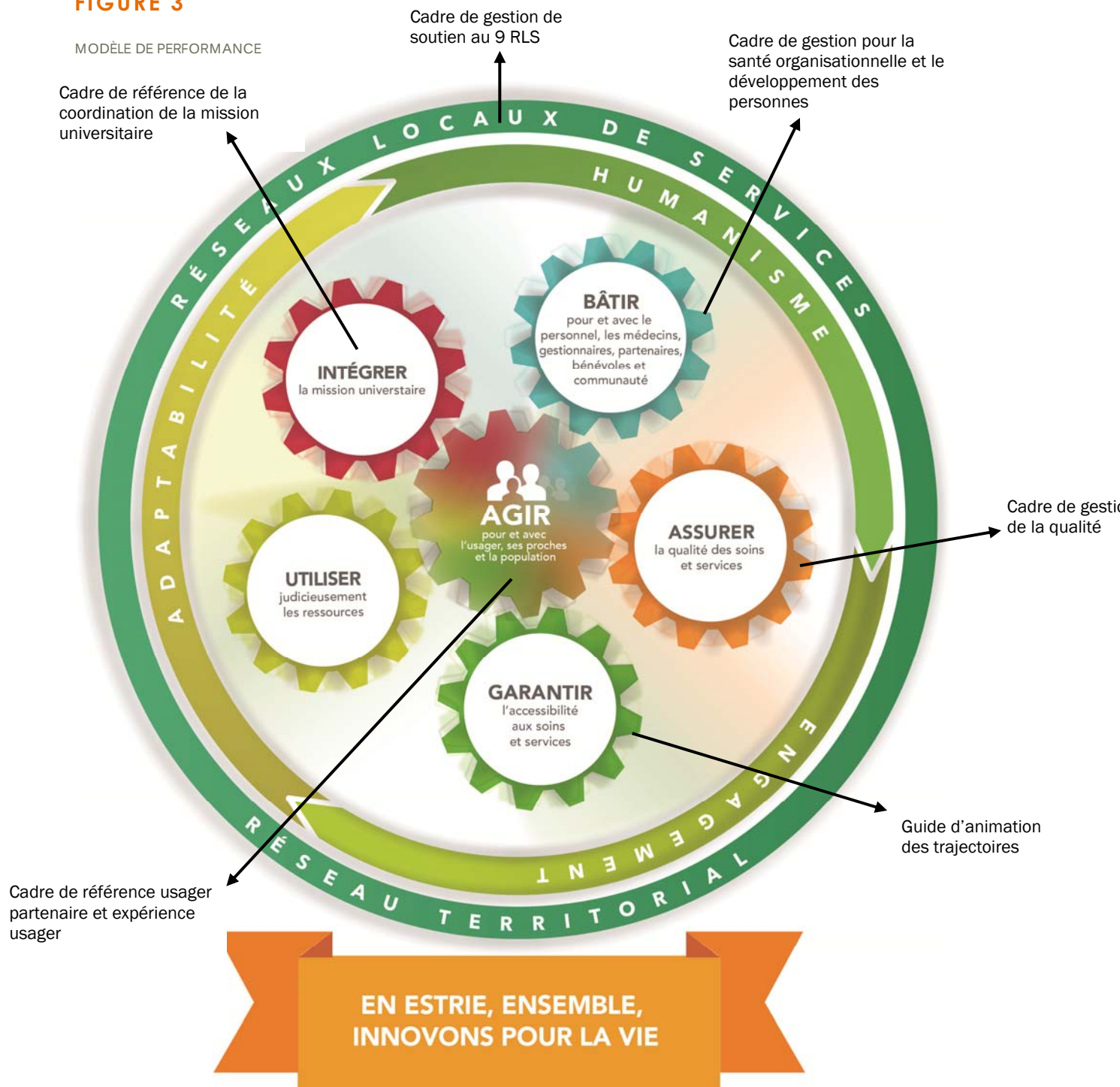
***ASSURER la qualité des soins et services**, *** GARANTIR l'accessibilité** tout en *** UTILISANT judicieusement nos ressources** constituent les trois autres axes et où la culture de la mesure est présente dans toute l'organisation. Enfin, l'axe ***INTÉGRER la mission universitaire** en fait un atout distinctif.

Le visuel des engrenages met en évidence l'interdépendance des axes alors que les verbes d'action soutiennent la notion de « contribution de tous » dans l'amélioration de la performance.

Les valeurs d'humanisme, d'engagement et d'adaptabilité guident les attitudes et les comportements attendus et balisent notre savoir-faire. Finalement, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS s'inscrit globalement dans un réseau territorial et des réseaux locaux qui contribuent aussi à notre performance.

FIGURE 3

MODÈLE DE PERFORMANCE



UN PLAN ORGANISATIONNEL EN ACTION

2.1 AGIR POUR ET AVEC L'USAGER, SES PROCHES ET LA POPULATION — AXE 3



Le fondement de nos actions ainsi que la motivation de l'ensemble des acteurs du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, nous en avons fait un objectif stratégique. L'année 2017-2018 nous a permis d'avoir un regard sur notre situation actuelle, nos assises et nos bons coups afin de nous projeter vers une situation désirée d'ici quelques années. De plus un cadre de référence a été adopté.

Soit d'être UNE ORGANISATION qui :

- Reconnaît l'importance de considérer l'expérience des usagers, de ses proches et de la population pour mieux adapter sa réponse à leurs besoins de santé et de services sociaux;
- Encourage la participation au quotidien des usagers et de leurs proches dans la prestation de leurs soins et services, selon leur capacité, dans tous leurs processus et au sein de toutes les équipes de travail;
- Prend ses décisions en valorisant un continuum de participation des usagers, de leurs proches et de la population;
- Vise l'excellence qui valorise la participation des usagers, de leurs proches et de la population dans les efforts d'amélioration continue;
- Travaille en partenariat pour assumer sa responsabilité au point de vue de développement des communautés;
- Investit dans sa mission universitaire et ses partenariats avec les établissements d'enseignement, en vue d'offrir les meilleures pratiques en matière de soins et services centrés sur l'utilisateur et ses proches;
- Promeut, soutient et valorise une approche cohérente et intégrée avec ouverture et transparence;
- Œuvre selon un processus d'amélioration continue tenant compte de la qualité perçue par les usagers et les proches quant aux services reçus;
- Assure le rayonnement de ses acquis au Québec et hors Québec.

Pour devenir cet établissement, l'équipe veille à identifier l'ensemble des actions à poser et à définir les indicateurs lui permettant de mesurer la progression en regard de l'objectif « Agir pour et avec l'utilisateur, ses proches et la population ».

2.1.1 Communauté et RLS

2.1.1.1 100 % DES 9 RLS ONT UN GESTIONNAIRE DESIGNÉ QUI PARTICIPE AUX RENCONTRES DE CONCERTATION DETERMINÉES PAR RLS ET S'ENGAGE DANS LA COLLABORATION AVEC LES MILIEUX COMMUNAUTAIRES (MODALITÉS D'APPLICATION, STRUCTURE, ÉCHÉANCIER, STRATÉGIES DE DÉPLOIEMENT À PRÉCISER)

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
100 % des 9 RLS ayant un gestionnaire désigné qui participe aux rencontres de concertation déterminées par RLS et s'engageant dans la collaboration avec les milieux communautaires (modalités d'application, structure, échéancier, stratégies de déploiement à préciser)	100 %	100 %

Les principales actions réalisées

- Élaboration, adoption et diffusion du Cadre de gestion en soutien au développement et au fonctionnement des RLS au sein du réseau territorial de services du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Identification des membres des équipes RLS;
- Communication officielle aux maires, préfets, Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie et Corporations de développement communautaires du territoire.

Principaux facteurs expliquant le résultat

- Élaboration d'un cadre de gestion en soutien au développement et au fonctionnement des RLS au sein du réseau territorial de services du CIUSSS de l'Estrie – CHUS concerté (comité de travail interne);
- Adhésion des cadres supérieurs au cadre de gestion;
- Identification et adoption du mandat des équipes RLS (développement des communautés et responsabilité populationnelle);
- Identification du mandat du comité de soutien et de coordination pour l'animation des RLS;
- Identification et partage de la vision de l'établissement : agir sur l'amélioration de la santé et du bien-être des populations;
- Adhésion des représentants de l'établissement à la vision qui découle du cadre de gestion.

Appréciation de l'évolution des résultats

- Pour 2017-2018, 100 % des 9 RLS ont un gestionnaire désigné identifié, ainsi qu'une équipe RLS assignée composée d'un hors cadre, d'un agent de communication et d'un organisateur communautaire (par rapport à 0 % pour 2016-2017);
- Un plan de déploiement a été mis en place afin de planifier l'implication des gestionnaires désignés dans les différents lieux de concertation;
- Les gestionnaires désignés participeront activement aux rencontres de concertation dès 2018-2019.

2.1.2 Comité des usagers

2.1.2.1 ATTEINDRE 70 % DE TAUX DE SATISFACTION DES MEMBRES DU CUCI, DES CUC ET DES COMITÉS DES RÉSIDENTS QUANT AU PARTENARIAT ET AUX MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT AVEC L'ÉTABLISSEMENT (CES DEUX ASPECTS SERONT À COCONSTRUIRE AVEC LES MEMBRES DES COMITÉS)

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
Atteindre 70 % de taux de satisfaction des membres du CUCI, des CUC et des comités des résidents quant au partenariat et aux modalités de fonctionnement avec l'établissement (ces deux aspects seront à coconstruire avec les membres des comités)	70 %	ND 1 ^{re} lecture en juillet 2017 : 45 %

Nous sondons présentement les comités des usagers sur leur satisfaction quant au partenariat et aux modalités de fonctionnement avec l'établissement (jusqu'au 30 juin 2018).

En 2016-2017, le taux de satisfaction était de 45 % en moyenne.

Les résultats 2017-2018 seront disponibles en juillet 2018.

Principales actions réalisées en 2017-2018 :

- Adoption du Cadre de référence Agir pour et avec l'utilisateur, ses proches et la population;
- Procédure établie de remboursement des frais de déplacement des usagers lors de leur participation à des instances du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Proposition de soutien pour le recrutement de bénévoles des CUC;
- Identification de personnes de soutien administratif aux CUC;
- Soutien des CUC dans la migration d'Outlook.

Explications :

Nous avons obtenu les résultats au questionnaire auprès de tous les CUC quant à leur satisfaction du partenariat perçu et des modalités de fonctionnement en juillet 2017. Cela nous a permis d'établir la perception des répondants à ce moment. Le même questionnaire a été acheminé au printemps 2018 pour en mesurer l'évolution.

2.1.3 Implication des usagers

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.1.3.1. Réaliser des portraits intégrés de l'expérience des usagers et des proches (sondages, plaintes, données cuc)	s. o.	3
Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.1.3.2 Augmenter le taux des usagers qui déclarent avoir été impliqués dans leurs soins	s. o.	s. o.
Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.1.3.3 Nos instances, projets ou priorités qui font participer l'utilisateur (critères à définir)	s. o.	s. o.
Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.1.3.4 Impliquer les usagers dans la réalisation de l'ensemble de nos priorités	s. o.	27 initiatives

Aucune cible quantitative n'a été exprimée pour ces quatre indicateurs en 2016-2017.

Pour les indicateurs 2.1.3.1 et 2.1.3.2, les processus et outils permettant d'obtenir ces données ont été conçus et pilotés dans 3 secteurs. Le déploiement à travers l'organisation est prévu en 2018-2019.

Pour l'indicateur 2.1.3.4, un recensement préliminaire a permis d'identifier 27 initiatives (focus group, groupes de travail et comités permanents).

Pour plus de détails, voir la fiche 2.1.6

2.1.4 Prévention

2.1.4.1 SE Doter d'un plan de mise en œuvre de la Politique gouvernementale de prévention en santé dans laquelle des actions seront précisées pour toutes les directions cliniques

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
Se doter d'un plan de mise en œuvre de la Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS) dans laquelle des actions seront précisées pour toutes les directions cliniques	Se doter d'un plan de mise en œuvre de la PGPS	Aucun

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS ne possède pas de plan de mise en œuvre formel du PGPS à ce jour. L'établissement était en attente du Plan d'action interministériel (PAI) pour la PGPS, qui a été déposé en avril 2018, afin d'élaborer un plan de mise en œuvre en cohérence avec les actions provinciales.

À la suite de la lecture des orientations proposées dans le PAI nous pouvons confirmer qu'ils sont en majorité adressées dans les actions de notre plan d'action régional (PAR) en santé publique, qui lui, fait l'objet d'un plan de mise en œuvre formel. Un appariement plus précis des cibles sera fait au courant de l'année 2018-2019 et un plan de mise en œuvre suivra par la suite.

2.1.5 Communication

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.1.5.1. Répondre aux besoins de communication interne à travers différents médias	S. O.	S. O.
Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.1.5.2 Développer une stratégie de communication grand public	S. O.	S. O.
Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.1.5.3 Développer une stratégie de communication local (RL)	S. O.	S. O.

Ces priorités ont été établies sans identifier de cible précise.

Le Service des communications a cependant pérennisé l'ensemble des outils de communication interne et en a développés de nouveaux comme l'instabinaire et la boîte vocale de la PDG à l'intention des gestionnaires.

De plus, le C. A. a adopté un plan de communication externe dont 75 % des actions sont en cours de réalisation ou réalisés, dont le développement d'une stratégie de communication locale qui est en cours de bonification avec la mise en place du comité de coordination des RLS en mai 2018.

2.1.6 Information et consultation de la population

MÉCANISMES POUR METTRE À CONTRIBUTION LA POPULATION DANS L'ORGANISATION DES SERVICES

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS s'est doté d'un service expérience-usager qui soutient la participation des usagers et de leurs proches dans la prestation et dans l'organisation des soins et services. En collaboration avec le CUCI, différents processus et outils sont disponibles dans l'intranet afin de recruter des usagers, de les préparer et de les soutenir au fil de leur participation. Parmi ceux-ci, on retrouve l'outil de planification permettant d'évaluer la valeur ajoutée et les conditions de succès avant de choisir une méthodologie en fonction des objectifs et contraintes. Plusieurs autres outils sont disponibles tels que des lettres de recrutement, un canevas de débriefage auprès des usagers, etc. En plus de ce matériel, un service d'accompagnement est offert pour soutenir les gestionnaires et les intervenants à mieux « Agir pour et avec les usagers, leurs proches et la population ».

En 2017-2018, ces efforts ont permis d'assurer la participation à valeur ajoutée d'usagers dans 27 initiatives (focus group, groupes de travail et comités permanents). D'ailleurs, la Planification

annuelle 2018-2019 contient un indicateur à cet égard qu'il sera possible d'alimenter par une démarche d'appropriation par l'ensemble des gestionnaires (stratégie planifiée en 2018-2019).

MÉCANISMES POUR CONNAITRE L'EXPERIENCE ET LA SATISFACTION DE LA POPULATION AU REGARD DES RÉSULTATS OBTENUS

Un système de mesure et d'utilisation de la qualité perçue a été conçu et piloté au sein de trois directions en 2017-2018. La formule a reçu un accueil favorable et un déploiement à travers l'organisation est prévu pour 2018-2019. Ce faisant, les résultats provenant de différentes sources d'information (sondages, plaintes, comités des usagers) seront intégrés dans le système de gestion de la performance. On retrouve également dans la Planification annuelle 2018-2019 un indicateur sur le taux de satisfaction des usagers.

Par ailleurs, les CUC ont poursuivi leurs travaux et ont recueilli les commentaires des usagers sur les soins et services. Ils ont été inscrits dans le Rapport annuel du CUCI déposé au C. A. Le Cadre de référence sur la qualité des soins et des services au CIUSSS de l'Estrie – CHUS, adopté par le C. A. en avril 2017, positionne l'importance de considérer la qualité perçue pour renforcer et améliorer la qualité des services.

MÉCANISMES DE CONSULTATION UTILISÉS

Depuis l'abolition de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, dans la foulée de la transformation, le Forum à la population n'a pas été réactivé.

Faisant suite à l'adoption lors de l'exercice 2016-2017 de la Politique de responsabilité populationnelle et développement des communautés, Au cours de l'année 2017-2018, le Cadre de gestion en soutien au développement et au fonctionnement des RLS au sein du réseau territoriale de services du CIUSSS de l'Estrie - CHUS a été adopté. Le modèle définit dans ce cadre de gestion permettra, par l'entremise des élus des différents RLS, de nous rapprocher des communautés et de jeter les bases d'un partenariat pour définir des actions communes pour agir sur les déterminants de la santé. Ce sera un moyen pour notre établissement de connaître la satisfaction de la population. Chaque RLS se verra attribuer un gestionnaire désigné, un organisateur communautaire et un agent de communication, en plus du hors cadre qui y était déjà assigné. Le modèle d'animation des RLS sera déployé au cours de l'année 2018-2019.

Les hors cadres de l'établissement ont été très actifs en cours d'année. Ils ont participé aux principales instances stratégiques avec les partenaires des RLS.

Malgré la faible participation de la population, la séance d'information annuelle du C. A. est un moyen de permettre aux citoyens de s'exprimer, car une période de questions est prévue. Cette dernière s'est tenue le 8 novembre 2017 en présence à Sherbrooke et par visioconférence sur trois sites, Granby, Asbestos et Lac-Mégantic. La période de questions des séances du C. A. est aussi un moment privilégié pour que la population puisse poser ses questions et obtenir des réponses.

2.1.7 L'examen des plaintes et la promotion des droits

Pour assurer le respect des droits des usagers et l'amélioration de la qualité des services, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS, qui dessert près de 500 000 personnes, peut compter sur le commissaire aux plaintes et à la qualité des services, ses cinq commissaires adjoints et ses quatre agentes administratives.

Ce personnel, reçoit et traite, en toute confidentialité, les plaintes concernant les soins et services offerts dans les installations de santé et de services sociaux sur le territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Ce mandat inclut les plaintes visant les ressources en toxicomanie ou en jeu pathologique, les résidences privées pour aînés, les organismes communautaires et les services préhospitaliers d'urgence, auparavant traités par l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

Pour joindre le commissaire aux plaintes et à la qualité des services, il existe un numéro de téléphone unique soit, le 1 866 917-7903. Ce service sans frais est accessible à l'ensemble de la population du territoire de l'Estrie.

Des dépliants, expliquant le régime d'examen des plaintes et précisant les droits des usagers, sont disponibles dans toutes les installations de l'établissement et sont intégrés aux documents d'accueil remis aux usagers. De plus, le site internet de l'établissement contient toutes les informations nécessaires sur les droits des usagers et le régime d'examen des plaintes.

Le Rapport annuel portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes peut être consulté sur le site internet au santeestrie.qc.ca.

Les commissaires exercent diverses autres activités, dans le cadre de leur mandat, outre le traitement des dossiers. Le tableau suivant présente un sommaire des autres types d'activités réalisées au cours de l'exercice 2017-2018.

Promotion/Information	Nombre
Droits et obligations des usagers	12
Code d'éthique (employés, professionnels, stagiaires)	3
Régime et procédure d'examen des plaintes	22
Autre (rencontres avec des groupes ou comités)	10
Sous-total	47
Communication au conseil d'administration (en séance)	
Bilan des dossiers des plaintes et des interventions	1
Attente du conseil d'administration	0
Autre (séance publique)	1
Sous-total	2
Comité de vigilance et de la qualité	
Participation au comité de vigilance et de la qualité	7
Sous-total	7
Collaboration au fonctionnement du régime	
Collaboration à l'évolution du régime d'examen des plaintes	9
Collaboration avec les comités des usagers/résidents	22
Soutien aux commissaires locaux	9
Autre (préciser)	8
Sous-total	48
Total	104

2.2 GARANTIR L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS ET SERVICES — AXE 1



2.2.1 Soutien à domicile adultes

2.2.1.1 AUGMENTER A 10 835 PERSONNES DESSERVIES EN SOUTIEN A DOMICILE DE LONGUE DUREE (EGI 1.03.11)

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.2.1.1 Augmenter à 10 835 personnes desservies en soutien à domicile de longue durée	10 835	9 034

Depuis janvier 2018, une nouvelle structure de gouvernance a été mise en place pour assurer un suivi optimal du projet de soutien à domicile. Dans cette nouvelle structure, des rencontres de suivi du comité tactique sont réalisées aux deux semaines et le comité directeur se réunit mensuellement. Ceci permet de soutenir les équipes et de dénouer rapidement les obstacles qui entravent le déploiement du projet.

De plus, dans cette nouvelle structure, un lot de travail est dédié à la performance. Les acteurs de ce lot ont revu les outils afin de faciliter le suivi des cibles du projet; l'indicateur 1.03.11-PS fait partie des cibles suivies et pour lesquelles des actions ont été faites pour assurer un meilleur suivi.

Les deux facteurs les plus contraignants à l'atteinte de l'engagement ont été l'absentéisme des ressources humaines et la pénurie de main-d'œuvre (travailleurs sociaux). Une augmentation de 2 % du nombre d'utilisateurs desservis a été réalisée. L'incapacité d'augmenter de façon plus significative est liée à l'absentéisme du personnel.

2.2.1.2 AUGMENTER A 100 % LE TAUX DE PERSONNES DESSERVIES EN SOUTIEN A DOMICILE DE LONGUE DUREE AYANT UNE EVALUATION COMPLETE A LEUR DOSSIER (EGI 1.03.12)

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.2.1.2 Augmenter à 100 % le taux de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation complétée à leur dossier	90	72,2

Depuis janvier 2018, une nouvelle structure de gouvernance a été mise en place pour assurer un suivi optimal du projet de soutien à domicile. Dans cette nouvelle structure, des rencontres de suivi du comité tactique sont réalisées aux deux semaines et le comité directeur se réunit mensuellement. Ceci permet de soutenir les équipes et de dénouer rapidement les obstacles qui entravent le déploiement du projet.

De plus, dans cette nouvelle structure, un lot de travail est dédié à la performance. Les acteurs de ce lot ont revu les outils afin de faciliter le suivi des cibles du projet; l'indicateur 2.2.1.3 fait partie des cibles surveillées et pour lesquelles des actions ont été faites.

Aussi, un arrimage a été fait avec le Ministère pour le « comptoir de données » afin que les chefs et les intervenants aient accès aux informations qu'il contient. Cet accès au « comptoir de données » sera opérationnel d'ici septembre 2018. Il permettra d'effectuer plus facilement la planification des évaluations à effectuer et de prévoir les réévaluations. Un meilleur taux d'utilisation de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) et du plan de services individualisés et d'allocation de services à jour (PSIAS) est attendu en 2018-2019.

Ensuite, le déploiement de l'Outil de cheminement clinique informatisé (OCCI), qui sera complété d'ici décembre 2018 dans tous les RLS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, facilitera la complétion de l'outil par les intervenants. Ceci devrait aussi nous permettre d'obtenir un meilleur résultat en 2018-2019. Notre établissement a connu une pénurie de travailleurs sociaux, un type d'intervenant qui, au niveau clinique, complète régulièrement l'OEMC et le PSIAS.

Finalement, le délai avant la mise en place de la nouvelle structure fait en sorte qu'il est difficile d'observer rapidement ses effets. Les impacts devraient davantage se refléter en 2018-2019. Les résultats sont semblables à ceux notés l'an dernier. Pas de changement significatif noté. Les éléments qui expliquent ce résultat sont énumérés dans les questions précédentes.

Pas d'enjeu soulevé au niveau de la qualité de la donnée.

2.2.1.3 AUGMENTER A 70 % LE TAUX DE PERSONNES DESSERVIES EN SOUTIEN À DOMICILE DE LONGUE DUREE AYANT UNE EVALUATION OEMC A JOUR ET UN PSIAS

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.2.1.3 Augmenter à 70 % le taux de personnes desservies en soutien À domicile de longue durée ayant une évaluation OEMC à jour et un PSIAS	90 %	72,2 %

Depuis janvier 2018, une nouvelle structure de gouverne a été mise en place pour assurer un suivi plus optimal du projet SAD. Dans cette nouvelle structure, des rencontres de suivi du comité tactique sont réalisées aux deux semaines et le comité directeur se réunit mensuellement. Ceci permet de soutenir les équipes et de dénouer rapidement les obstacles qui entravent le déploiement du projet.

De plus, dans cette nouvelle structure, un lot de travail est dédié à la performance. Les acteurs de ce lot ont revu les outils afin de faciliter le suivi des cibles du projet; l'indicateur 2.2.1.3. fait partie des cibles qui sont suivies et pour lesquelles des actions ont été faites pour assurer un meilleur suivi.

Aussi, un arrimage a été fait avec le MSSS pour le « comptoir de données » afin que les chefs et les intervenants aient accès aux informations qu'il contient. Cet accès au « comptoir de données » sera opérationnel d'ici septembre 2018. Il permettra d'effectuer plus facilement la planification des évaluations à effectuer et de prévoir les réévaluations. Un meilleur taux d'OEMC et de PSIAS à jour est attendu en 2018-2019.

Finalement, le déploiement de l'OCCI, qui sera complété d'ici décembre 2018 dans tous les RLS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS facilitera la complétion de l'outil par les intervenants. Ceci devrait aussi nous permettre d'obtenir un meilleur résultat en 2018-2019.

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a connu une pénurie de personnel au niveau des travailleurs sociaux, un type d'intervenant qui, au niveau clinique, complète régulièrement les OEMC et les PSIAS.

De plus, le délai avant la mise en place de la nouvelle structure fait en sorte qu'il est difficile d'observer rapidement ses effets. Les effets devraient davantage se refléter en 2018-2019.

Les résultats sont semblables à ceux notés l'an dernier. Pas de changement significatif noté. Les éléments qui expliquent ce résultat sont énumérés dans les questions précédentes.

2.2.1.4 AUGMENTER DE 20 % LE NOMBRE TOTAL D'HEURES DE SERVICES DIRECT DESSERVI AU USAGERS EN SOUTIEN A DOMICILE DE LONGUE DUREE QUI PRESENTENT UN PROFIL ISO-SMAF DE 10 A 14 (EGI 1.03.14)

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.2.1.4 Augmenter de 20 % le nombre total d'heures de services directs desservis aux usagers en soutien à domicile de longue durée qui présentent un profil ISO-SMAF de 10 à 14	667 822	56 6433

2.2.1.5 NOMBRE DE PERSONNES DESSERVIES EN SOUTIEN A DOMICILE DE LONGUE DUREE (ADULTES DES PROGRAMMES-SERVICES SAPA, DP ET DI-TSA) AYANT UN PROFIL ISO-SMAF DE 4 À 14 (EGI 1.03.15)

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.2.1.5 Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) ayant un profil ISO-SMAF 4 À 14	6 717	4 960

Depuis janvier 2018, une nouvelle structure de gouverne a été mise en place pour assurer un suivi optimal du projet SAD. Dans cette nouvelle structure, des rencontres de suivi du comité tactique sont réalisées aux deux semaines et le comité directeur se réunit mensuellement. Ceci permet de soutenir les équipes et de dénouer rapidement les obstacles qui entravent le déploiement du projet.

De plus, dans cette nouvelle structure, un lot de travail est dédié à la performance. Les acteurs de ce lot ont revu les outils afin de faciliter le suivi des cibles du projet. Le processus en lien avec les achats de services effectués auprès des différents partenaires de la communauté fait partie des éléments qui sont révisés. Ceci nous permettra de colliger l'ensemble des heures de services effectuées par nos ententes de partenariats (achats de services).

Les deux facteurs les plus contraignants à l'atteinte de l'engagement ont été l'absentéisme pour les ressources humaines et la pénurie de main-d'œuvre en travail social. Compte tenu que les travailleurs sociaux ont un impact important sur la complétion de l'OEMC qui permet de déterminer le profil Iso-SMAF (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle), le profil de plusieurs usagers demeure non déterminé. Les heures de services sont donc données en lien avec l'évaluation faite, mais le profil de l'utilisateur n'est pas déterminé. Un meilleur accès au comptoir de données et l'implantation de l'OCCI pourront soutenir la complétion de l'OEMC.

Malgré l'engagement non atteint, pour un même nombre d'heures travaillées, on observe une légère augmentation des heures de service de soutien à domicile. Les investissements futurs devraient nous permettre d'atteindre les cibles du projet.

Des travaux sont réalisés afin d'améliorer la saisie des données dans I-CLSC par les intervenants. Des liens sont établis avec nos pilotes du système pour que l'application du cadre de référence soit standardisée et uniforme sur tout le territoire. Une formation de mise à niveau est en déploiement auprès des coordonnateurs, des chefs de service et du personnel aux fonctions de coordination. Les intervenants auront également cette mise à niveau.

2.2.2 Perte d'autonomie

2.2.2.1 AUGMENTER A 95 % LE TAUX D'IMPLANTATION DES COMPOSANTES 1, 2 ET 6 DE L'APPROCHE ADAPTEE A LA PERSONNE AGE

(SOUTIEN A L'IMPLANTATION, GOUVERNANCE CLINIQUE, EVALUATION DE LA QUALITE) DANS NOS 8 MILIEUX DE COURTES DUREE) (EGI 1.07.01)

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.2.2.1 Augmenter à 95 % le taux d'implantation des composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	62,5	0

Certaines mesures ont été prises afin d'améliorer nos résultats dont, en autres, la nomination en cours d'année d'une chargée de projet dédiée à l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA). Aussi, des plans de formation développés seront actualisés en cours d'année.

La difficulté en termes de capacité humaine à prioriser le projet de l'AAPA versus tous les autres projets de la direction a été la principale contrainte à l'atteinte de l'engagement. Toutefois, l'arrivée de la chargée de projet donne un élan à la prise en charge des activités à réaliser.

Même si le résultat des indicateurs est le même que la dernière année, on constate une augmentation importante dans plusieurs installations de l'implantation des composantes. Pour les composantes 1, 2 et 6, cinq installations sont à moins de 10 % d'écart de l'engagement de 95 % implanté. Pour les composantes 3, 4 et 5, déjà six installations sur huit ont largement dépassé la composante 4 de l'engagement de 65 % implanté, et cinq installations sur huit ont aussi dépassé l'engagement.

Il n'y a pas d'enjeu quant à la qualité des données.

2.2.2.2 AUGMENTER A 30 % LE TAUX D'IMPLANTATION DES COMPOSANTES 3, 4 ET 5 DE L'APPROCHE ADAPTEE A LA PERSONNE AGEE (FORMATION ET COACHING, ALGORITHME DE SOINS, INTERVENTIONS CLINIQUES) DANS 4 MILIEUX DE COURTE DUREE, ET A 65 % DANS 4 AUTRES MILIEUX DE COURTE DUREE (EGI 1.07.02)

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.2.2.2 Augmenter à 30 % le taux d'implantation des composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée (formation et coaching, algorithme de soins, interventions cliniques) dans 4 milieux de courte durée, et à 65 % dans 4 autres milieux de courte durée	50	12,5

Certaines mesures ont été prises afin d'améliorer nos résultats dont, en autres, la nomination en cours d'année d'une chargée de projet dédiée à l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA). Aussi, des plans de formation développés seront actualisés en cours d'année.

La difficulté en termes de capacité humaine à prioriser le projet de l'AAPA versus tous les autres projets de la direction a été la principale contrainte à l'atteinte de l'engagement. Toutefois, l'arrivée de la chargée de projet donne un élan à la prise en charge des activités à réaliser.

Même si le résultat des indicateurs est le même que la dernière année, on constate une augmentation importante dans plusieurs installations de l'implantation des composantes. Pour les composantes 1, 2 et 6, cinq installations sont à moins de 10 % d'écart de l'engagement de 95 % implanté. Pour les composantes 3, 4 et 5, déjà six installations sur huit ont largement dépassé la composante 4 de l'engagement de 65 % implanté, et cinq installations sur huit ont aussi dépassé l'engagement.

Il n'y a pas d'enjeu quant à la qualité des données.

2.2.3 Accès en première ligne 2

2.2.3.1 AUGMENTER A 85 % LA POPULATION INSCRITE AUPRES D'UN MEDECIN DE FAMILLE (INCLUANT LA CLIENTELE PRIORISEE AU GUICHET D'ACCES DE LA CLIENTELE ORPHELINE) (EGI 1.09.25)

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.2.3.1 Augmenter à 85 % la population inscrite auprès d'un médecin de famille (incluant la clientèle priorisée au guichet d'accès de la clientèle orpheline)	85	85,65

Engagement atteint.

2.2.3.2 D'ICI LE 30 SEPTEMBRE 2017, 100 % DES RESSOURCES PROFESSIONNELLES CONVENUES AVEC LES GMF AURONT ÉTÉ TRANSFÉRÉES (EGI 1.09.27)

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.2.3.2 D'ici le 30 septembre 2017, 100 % des ressources professionnelles convenues avec les GMF auront été transférées	100	80

Au cours de la dernière année, nous avons effectués des travaux en collaboration avec les instances syndicales et l'équipe des ressources humaines en vue de consolider les ressources en GMF. Pour ce faire, différents processus de dotations, de recrutement ont eu cours et certains transferts de professionnels ont été actualisés via l'application de l'article 14. Les outils de sélections des professionnels qui feront partie de l'équipe des services sociaux généraux ont été adaptés en vue de tenir compte du contexte de pratique en GMF.

Les facteurs ayant contribué à se rapprocher de l'atteinte de l'objectif ont été de faire d'une priorité organisationnelle la dotation des ressources en GMF. La collaboration de l'ensemble des directions de soutien, dont particulièrement l'équipe de la DRHCAJ (relation de travail et dotation) et les directions cliniques ont fait en sorte de réussir à doter un maximum de professionnels en GMF tout en maintenant un climat de travail harmonieux avec notre personnel.

Les facteurs ayant limités l'atteinte de l'objectif sont essentiellement la pénurie de ressources professionnelles (travailleurs sociaux et psychologues) et ce, majoritairement sur le territoire de haute-Yamaska et La Pommeraiie. Ces territoires étaient moins pourvus de ce type de professionnel à la base et le recrutement a été d'autant plus un défi. Par ailleurs, le désir de certains GMF de ne pas combler le manque temporaire de ressources professionnelles pour une courte durée (0-3 mois) a aussi été observé, cette décision de leur part découlant entre autre des frais supplémentaires découlant des accès au DME qu'ils doivent défrayer.

2.2.3.3 100 % DES DIRECTIONS CONCERNÉES AURONT REAJUSTÉ LEUR OFFRE DE SERVICE DE SOINS DE PREMIÈRE LIGNE EN COMPLÉMENTARITÉ AU GMF (EGI 1.09.48)

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.2.3.2 100 % des directions concernées auront réajusté leur offre de service de soins de première ligne en complémentarité au GMF	100	90

En collaboration avec la Direction des services multidisciplinaires, nous avons réalisé au cours de la dernière année des travaux avec l'ensemble des directions clinique afin de mettre à jour une nouvelle version de l'offre de service en GMF qui se veut complémentaires avec les différentes directions cliniques. Ainsi, des travaux avec la direction jeunesse et la direction santé mentale et dépendance ont permis d'établir un cadre de partage de l'offre de service entre les GMF et les directions cliniques. De plus, les compétences à développer chez les professionnels en GMF ont été identifiées de même que les modalités qui nous permettront de les développer. Par ailleurs, des travaux avec l'équipe de prévention et gestions des maladies chroniques nous ont permis de mieux préciser l'offre des services

des inhalothérapeutes, nutritionnistes et kinésiologie en complémentarité avec le programme Agir sur sa santé.

Le principal défi rencontré au cours de la dernière année a été le fait que l'ensemble des directions cliniques étaient à revoir et harmoniser, à l'intérieur même de leur programme, leur offre de service. Nous étions donc parfois dans l'attente du résultat de ces travaux pour ensuite établir l'offre de service en GMF qui se voulait complémentaire. De plus, les services généraux étant dans l'attente des orientations du chantier ministériel sur l'accessibilité, certains travaux ont été suspendus (ex : volet de l'AAOR en GMF) afin de s'assurer que les changements qui seraient mis en place seront en cohérence avec les orientations ministérielles.

2.2.3.4 65 % DES PREMIERS SERVICES DE NATURE PSYCHOSOCIALE DISPENSES DANS UN DELAI DE 30 JOURS (MISSION CLSC) (EGI 7.01.00)

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.2.3.2 65 % des premiers services de nature psychosociale dispensés dans un délai de 30 jours (mission clsc)	65	54,1

Nous avons de la difficulté à suivre cette cible puisqu'elle n'est extraite que deux fois par année ce qui ne nous permet pas de nous ajuster en cours d'année. Le résultat à la P6 (63,4 %) indiquait une cible bien en voie d'être atteinte.

Nous sommes en attente des orientations ministérielles concernant le Chantier d'accessibilité qui nous permettra d'harmoniser nos processus d'accueil vers les services spécifiques mission CLSC et d'avoir un meilleur suivi des cibles à atteindre et de la façon dont nous les surveillerons.

Nous avons de la difficulté à cibler le programme dans lequel les cibles ne sont pas atteintes puisque les données ponctionnées dans l-CLSC ne sont pas ventilées par centres d'activités ou par programmes spécifiques.

Nous travaillons actuellement à concevoir des tableaux de bord sur les délais d'attente pour la mission CLSC pour chacun des programmes spécifiques mission CLSC afin de suivre en parallèle le délai d'attente en GMF.

2.2.4 Attente à l'urgence

2.2.4.1 AUGMENTER A 60 % LE POURCENTAGE DE LA CLIENTELE AMBULATOIRE SANTE PHYSIQUE ET SANTE MENTALE DONT LE DELAI DE PRISE EN CHARGE MEDICALE A L'URGENCE EST DE ≤ 2 H (EGI 1.09.43)

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.2.3.2 Augmenter à 60 % le pourcentage de la clientèle ambulatoire santé physique et santé mentale dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de ≤ 2 h	75	53,9

Une amélioration est remarquée en 2017-2018. Pour l'ensemble des urgences, le pourcentage de patients vus en moins de deux heures est passé de 51,6 % à 53,9 %. Les améliorations les plus

notables sont observées pour l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, l'Hôpital Fleurimont et le CSSS du Granit. Les usagers des installations CHUS Hôtel-Dieu et CHUS hôpital Fleurimont continuent d'être réorientés vers une « clinique réseau-CMU ». Une procédure de réorientation existe également pour les RLS de la Haute-Yamaska et de Coaticook.

Les urgences primaires et éloignées reçoivent une forte proportion de clientèle moins urgente alors qu'il n'y a qu'un seul médecin en service. Il répond bien souvent aux urgences de toute l'installation également. Il sera difficile d'améliorer ces délais en se basant uniquement sur des améliorations de fluidité interne et des revues de processus aux urgences. Également, toutes les urgences, ouvertes 24/7 avec du personnel qualifié, reçoivent des clientèles qui ne répondent pas à sa mission de stabiliser les épisodes aigus. Des alternatives au recours à l'urgence seront travaillées en 2018-2019, telles que la référence des patients attendus en spécialité et qui ont congé de l'urgence vers les cliniques externes. De plus, les règles d'utilisation des urgences seront adoptées par la table des chefs et le CMDP en 2018-2019. Enfin, un logiciel de réorientation de la clientèle moins urgente vers les GMF sera évalué ainsi que la possibilité d'améliorer les ententes existantes et d'en développer de nouvelles.

Les tandems médico-nursing, actifs dans chacune des urgences de l'Estrie, demeurent grandement mobilisés afin d'améliorer la fluidité des secteurs ambulatoires des urgences.

2.2.4.2 AUGMENTER A 65 % LE POURCENTAGE DE LA CLIENTELE AMBULATOIRE SANTE PHYSIQUE ET SANTE MENTALE DONT LA DUREE DE SEJOUR A L'URGENCE EST DE ≤ 4 H (EGI 1.09.44)

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.2.4.2 Augmenter à 65 % le pourcentage de la clientèle ambulatoire santé physique et santé mentale dont la durée de séjour à l'urgence est de ≤ 4 h	75	54,1

On note une légère amélioration de la moyenne par rapport à l'an dernier, qui est passée de 54 % à 54,1 %. Les urgences de l'Hôpital Fleurimont, du CSSS du Granit et de l'Hôpital de Granby se sont améliorées.

Les urgences primaires et éloignées reçoivent une forte proportion de clientèle moins urgente alors qu'il n'y a qu'un seul médecin en service. Il répond bien souvent aux urgences de toute l'installation également. Il sera difficile d'améliorer ces délais en se basant uniquement sur des améliorations de fluidité interne et des revues de processus aux urgences. Également, toutes les urgences, ouvertes 24/7 avec du personnel qualifié, reçoivent des clientèles qui ne répondent pas à sa mission de stabiliser les épisodes aigus. Des alternatives au recours à l'urgence seront travaillées en 2018-2019, telles que la référence des patients attendus en spécialité et qui ont congé de l'urgence vers les cliniques externes. De plus, les règles d'utilisation des urgences seront adoptées par la table des chefs et le CMDP en 2018-2019. Enfin, un logiciel de réorientation de la clientèle moins urgente vers les GMF sera évalué ainsi que la possibilité d'améliorer les ententes existantes et d'en développer de nouvelles.

Les tandems médico-nursing, actifs dans chacune des urgences de l'Estrie, demeurent grandement mobilisés afin d'améliorer la fluidité des secteurs ambulatoires des urgences.

2.2.4.3 NIVEAU DE SOINS ALTERNATIFS (NSA) – ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITE (EGI) (CLIENTELE SANTE PHYSIQUE ET SANTE MENTALE) REDUIRE LE NOMBRE DE NSA (attentes spécifiques)

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.2.4.3 Niveau de soins alternatifs (NSA) – Entente de gestion et d'imputabilité (EGI) (clientèle santé physique et santé mentale) Réduire le nombre de NSA		50 %

La production des états des résultats (fichiers Excel) en lien avec le respect des délais d'attente n'a pas été réalisée dans le délai demandé (P9 et +), car il a fallu développer un nouveau système de saisie pour documenter les délais et archiver les statistiques des patients NSA ayant quitté.

Un nouvel outil de saisie de données a été déployé dans l'ensemble des installations concernées par les NSA permettant de documenter les dates des principales étapes des statuts et NSA et permettant d'archiver les statistiques des patients NSA ayant quitté. Les coordonnateurs ont été habilités à l'utilisation de l'outil et à l'importance de la qualité des données.

L'outil a été déployé le 7 mai 2018. Les statistiques seront donc disponibles à partir de cette date.

2.2.5.2 NOMBRE DE DEMANDES DE CHIRURGIES EN ATTENTE DEPUIS PLUS DE 1 AN – ENSEMBLE DES CHIRURGIES (EGI 1.09.32.)

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.2.5.2 Nombre de demande de chirurgies en attente depuis plus de 1 an – Ensemble des chirurgies	0	131

La Direction des services professionnels a mandaté un expert Lean pour soutenir les équipes médicales et administratives dans l'atteinte des cibles d'accès en chirurgie. Nous appliquons la méthode rigoureuse du DMAIC (Définir, Mesurer, Analyser, Améliorer (Improve), Contrôler) de l'approche Six Sigma. Les mesures et l'analyse nous démontre un potentiel d'amélioration du mode de planification des chirurgies pour améliorer l'équité d'accès et l'optimisation du temps opératoire afin d'augmenter les volumes. Deux chantiers majeurs ont déjà débuté en ce sens et nous nous attendons à des résultats probants et durables au début de l'automne prochain.

Le principal facteur à la non-atteinte de l'engagement est le manque de personnel, surtout infirmier, qui nous a parfois contraint à diminuer la cadence dans les blocs opératoires ou à diminuer le nombre de cas avec hospitalisation. Présentement, nous avons trois chirurgiens absents en urologie. Nous avons aussi une saturation importante des plateaux techniques avancés à l'Hôpital Fleurimont. Nous avons tout de même réalisé près de 120 chirurgies de plus que l'an passé.

Malgré tout, nous nous sommes améliorés de 41 % par rapport à l'an passé principalement à cause de la relocalisation de certaines chirurgies dans des blocs opératoires moins achalandés ou hors bloc afin de libérer de l'espace pour les chirurgies hors délais.

Nous n'avons pas de problème de qualité de données ou d'indicateur à signaler.

2.2.5.3 90 % DES PATIENTS REFERES DANS LES SPECIALITES CIBLEES SONT VUS DANS LES DELAIS PRESCRITS (SPECIALITES DE L'ACCES PRIORISE AUX SERVICES SPECIALISES) (EGI 1.09.34)

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	66	54,1

Les examens barytés sont hors délai. Peu de radiologues réalisent ces examens. L'ETMIS a réalisé une étude sur les indications reconnues pour les examens barytés. Une revue et une épuration de la liste d'attente sont à venir selon ces critères.

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	95	85

Une plus grande présence de radiologistes (recrutement dans la spécialité) permet un équilibrage périodique entre la mammographie dépistage et diagnostique.

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	100	100

Engagement atteint

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	66	50,4

Un plan d'action a été mis en place en 2017-2018 avec l'ajout de ressources pour améliorer l'accès et se poursuivra pour 2018-2019.

Pour augmenter l'accès en 2018-2019, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS devra obtenir l'autorisation et le financement du MSSS pour l'ajout d'équipements et de personnel (Blitz ministériel).

La donnée fournie est partiellement erronée et le pourcentage des demandes dans les délais devrait être plus élevé. Ceci s'explique par l'inclusion des patients non disponibles dans le décompte des patients en attente. Une demande de correctif informatique est adressée pour corriger la situation.

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	85	93,6

Engagement atteint

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	75	58,8

Il y a un manque d'effectif médical et technique pour assurer la production des examens demandés. Augmentation significative des demandes et ordonnances en échographie.

Considérant l'utilisation maximale des salles au CSSS de Memphrémagog, il y a eu le transfert des examens électifs de dopplers du membre inférieur vers l'Hôpital Fleurimont.

Deux-cent soixante-dix-sept patients ont été redirigés vers les laboratoires d'imagerie médicale (LIM) de la région. Des démarches seront réalisées en 2018-2019 pour assurer plus de référence vers les LIM de la région.

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	100	79,7

La baisse est essentiellement causée par l'augmentation des demandes d'examens, car dans les faits il y a eu 2566 examens de plus de réalisés.

Une liste d'attente régionale partagée a été mise en place pour favoriser l'utilisation optimale des plateaux techniques sur le territoire.

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	90	80,6

La baisse est essentiellement causée par une pénurie de technologues spécialisés. Du recrutement est en cours. Un retour à la normale est prévu pour l'automne.

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
------------	-------------------------	-----------------------

Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomographies par émission de positrons (TEP)	70	82,5
--	----	------

Un plan majeur d'optimisation a été mis en place pour étendre les heures d'ouverture, épurer la liste d'attente et améliorer la codification des demandes d'examens afin de respecter les normes cliniques.

2.2.6 Trajectoire

2.2.6.1 SIX TRAJECTOIRES DEMARREES D'ICI LE 31 DÉCEMBRE 2017 (AYANT ANIMÉ À 1 OCCASION SON NOYAU)

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.2.6.1 Six trajectoires démarrées d'ici le 31 décembre 2017 (ayant animé à 1 occasion son noyau)	6	6

Au cours de l'année 2017-2018, six sous-trajectoires ont été déployées dans l'organisation :

- Maladies chroniques :
 - Sous-trajectoire maladies musculo-squelettiques;
 - Sous-trajectoire maladies rénales;
- DI-TSA-DP :
 - Sous-trajectoire DI-TSA
- Cancérologie
 - Sous-trajectoire poumons
- Santé mentale :
 - Trouble de la personnalité limite
- Jeunesse :
 - Personne vivant en contexte de négligence

Les grandes réalisations du comité de coordination de l'animation des trajectoires sont :

- Production d'un guide de pratique sur l'animation de trajectoire de soins et services;
- Livrables des groupes de travail : guide, partenaires, indicateurs;
- Bilan des deux trajectoires pilotes;
- Soutien au rayonnement : MSSS, Montpellier, Centre universitaire de santé McGill (CUSM);
- Présentations au CVPAC, CUSM, Congrès québécois de la réadaptation déficience physique, Journée des membres Planetree francophones, DRMG;
- Atelier de travail avec Alain Rondeau le 6 décembre 2017;
- Ateliers de réflexion avec l'équipe de la recherche IUPLSSS;
- Activité de reconnaissance en juin 2017;
- Mise en place de l'exécutif du Comité de coordination de l'animation des trajectoires (CCAT), s'occuper de la logistique et lien avec le directeur responsable;
- Collaboration au cadre de référence pour une culture de soins et de services centrés sur l'usager, ses proches et la population;
- Élaboration d'un plan de travail pour l'année 2018-2019.

2.2.7 ASSURER DES SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE RESPECTANT LES CHOIX DES PERSONNES EGI

Indicateur	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
A) Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 729	1 745	1 620
B) Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie	45	55	55

Commentaire indicateur A – Engagement non atteint

Après analyse, il appert que la diminution globale du nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile provient d'une baisse significative (-24%) des usagers dans une de nos installations : dans le RLS de Sherbrooke et spécifiquement dans le sous-centre d'activités des soins infirmiers à domicile (6173).

Bien que des travaux et des formations au personnel ont été menés afin d'harmoniser la compréhension du cadre normatif du I-CLSC, incluant le profil d'intervention « 121 », les consignes données sont les mêmes qui prévalaient antérieurement dans les installations. Donc, il y a peu de probabilité que cette diminution soit associée à un changement de pratique dans la codification. Tout usager ayant besoin de soins palliatifs à domicile est pris en charge rapidement (lors d'une nouvelle demande) et il n'existe aucune liste d'attente pour cette clientèle.

Les causes exactes de cette diminution n'ont pu être identifiées clairement. Cependant, les critères cliniques sur lesquelles les intervenants se basent pour prendre leur décision de modifier le profil d'intervention d'un usager en 121 n'ont pas encore été harmonisés et formalisés dans l'ensemble de l'établissement. Des travaux à cet égard sont prévus au début du mois de juillet 2018 pour une diffusion au personnel dès que possible.

Commentaire indicateur B – Engagement atteint

Résumé des rapports sur l'application de la politique portant sur les soins de fin de vie

Périodes visées : du 10 décembre 2016 au 9 juin 2017 et du 10 juin 2017 au 9 décembre 2017

Activités	Informations demandées	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs ¹	4075
Sédations palliatives continues	Nombre de sédations palliatives continues ayant été administrées	111
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	79
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	54
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	25 Décès avant le soin : 15 Ne répond pas aux critères : 4 Ne répond plus aux critères : 4 Changement d'avis : 2

Activités du groupe interdisciplinaire de soutien (GIS)

Mandat :

Dans le cadre de l'application de la Loi concernant les soins de fin de vie, et comme mandaté par la PDG, le GIS offre un soutien clinique, administratif et éthique de proximité aux professionnels de la santé impliqués dans l'offre de service de l'aide-médicale à mourir. L'établissement a intégré le GIS au sein de sa structure organisationnelle et a nommé un coordonnateur.

Composition :

Titre d'emploi	Nom
Directrice des services professionnels adjointe	D ^{re} Linda Gagnon, coordonnatrice
Adjointe à directrice des soins infirmiers	Nathalie Schoos, coordonnatrice
Conseillère en soins infirmiers	Annie Grégoire
Conseillère cadre en soins infirmiers	Régiane Pereira Lima Martins
Neurologue	D ^{re} Émilie Lareau-Trudel
Médecin	Dr Marcel Arcand
Médecin	Dr Carl Bromwich
Géronto-psychiatre	D ^{re} Jessica Roy-Desruisseaux
Travailleuse sociale	Naomi Dufour
Travailleuse sociale	Emmanuelle Beaudin

¹ Inclus les milieux de soins suivants où des personnes ont reçu des soins palliatifs : à domicile, en courte durée ou en maison de soins palliatifs. Exclut l'hébergement où cette donnée n'est pas disponible.

Titre d'emploi	Nom
Intervenant en soins spirituels	Stéphane Rivest
Pharmacien	René Thibault
Représentante du comité d'éthique clinique	Sophie Brisson

Réunions :

Fréquence et durée des rencontres : aux 4 semaines d'une durée de 2 h.

Nombre de réunions réalisées durant l'année : 8

2.3 ASSURER LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES — AXE 4



2.3.1 Pertinence examens et traitements

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.3.1.1 D'ici juin 2017, adopter et mettre en place selon un mode concerté la démarche institutionnelle relative au Chantier Pertinence	1	1
Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.3.1.2 Amorcer 2 projets majeurs structurants (indicateurs de résultats à déterminer)	2	3

2.3.1.1 D'ICI JUIN 2017, ADOPTER ET METTRE EN PLACE SELON UN MODE CONCERTÉ LA DÉMARCHE INSTITUTIONNELLE RELATIVE AU CHANTIER PERTINENCE

Le cycle de gestion ainsi qu'une version préliminaire du cadre de référence ont été adoptés le 18 avril 2017 par les membres du Comité de coordination de la mission universitaire et de la pertinence (CCMUP) afin d'amorcer de premiers travaux. Par la suite, une version améliorée du Cadre a été adoptée par les membres du CCMUP le 7 novembre 2017 pour soumission au C. A.. L'adoption par le C. A. du cadre et du cycle de gestion a eu lieu le 1^{er} mars 2018.

Facteurs qui expliquent l'atteinte de ce résultat :

- Vision et engagement des membres du CCMUP;
- Discussions autour de la vision avec certains groupes d'acteurs clés;
- Leadership du DGA porteur de la Mission universitaire et pertinence;
- Soutien par l'équipe du bureau de DGA et de la DAR;
- Adoption par le Comité de direction générale et le C. A., etc.

2.3.1.2 AMORCER 2 PROJETS MAJEURS STRUCTURANTS (INDICATEURS DE RESULTATS A DETERMINER)

Trois projets majeurs structurants ont été amorcés :

1. **Bureau des pratiques pertinentes (BPP) :** Conceptualisation du BPP et amorce de sa mise en place (amorce de la cartographie de gestion de projets, recrutement d'une coordonnatrice, amorce de l'élaboration des instruments du guichet unique de réception des demandes et du portefeuille de projets, etc.).

Facteurs qui expliquent l'atteinte de ce résultat :

- Vision claire;
- Tenue de consultations ciblées;
- Engagement des membres du CCMUP;
- Leadership du DGA porteur de la MU-P et amorce de travaux de cartographie par son bureau en lien avec la responsable du BPP;
- Adoption à tous les niveaux;
- Approbation du poste d'adjointe au directeur DAR et coordonnatrice du BPP par le CDG;
- Recrutement de l'adjointe/coordonnatrice et travaux accélérés de celle-ci;
- Partenariat avec la DQEPE; etc.

2. **Projet OPUS-AP en CHSLD :** Élaboration du projet, mise en place et amorce de la mesure des résultats pour le compte du RUIS de l'UdeS et du CGR (subvention totale obtenue : 2,4 M \$).

Facteurs qui expliquent l'atteinte de ce résultat :

- Existence d'un projet précurseur (Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé – FCASS);
- Création d'une cellule stratégique réunissant les grands partenaires concernés, dont les quatre établissements détenant un IU ou un centre d'excellence en vieillissement et engagement fort de ses deux coprésidents et des membres;
- Engagement du comité directeur (CD) du RUIS de l'UdeS et des membres du CGR;
- Soutien financier de la FCASS et du MSSS et facilitation des processus;
- Soutien de l'INESSS pour la production de revues de données probantes et d'outils cliniques;
- Expertise locale en mesure/données clinico-administratives;
- Équipe d'implantation dédiée et experte;
- Mobilisation d'experts;
- Soutien important des communications, etc.

3. **Dialogues sur la pertinence clinique au RUIS de l'UdeS :** Développement de la méthodologie, planification et réalisation de groupes de discussion pour le compte du RUIS, dans trois des cinq établissements en février 2018 (les deux autres ont eu lieu en avril 2018) dont un groupe au CIUSSS de l'Estrie – CHUS, le premier à se mobiliser à cet effet.

Facteurs qui expliquent l'atteinte de ce résultat :

- Mobilisation rapide des DSP, DSP-A et PDG;
- Engagement des membres du CD du RUIS de l'UdeS;
- Soutien financier du CD du RUIS pour l'engagement d'une firme de sondage et de recherche, etc.

2.3.2 Gestion intégrée des risques (GIR)

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.3.2.1 Identifier les 10 principaux risques organisationnels et les documenter par une fiche (consiste en un portrait détaillé de la situation actuelle (avec ou sans audit))	10	10
Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.3.2.2 Évaluer la criticité des 10 principaux risques organisationnels	10	10
Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.3.2.3 Mettre en œuvre un plan de réduction et de contrôle pour 3 des 10 principaux risques organisationnels (se référer à l'exercice de criticité)	3	0

La définition et le déploiement de la GIR et de la fonction d'audit interne se sont poursuivis au cours de l'année 2017-2018, et ont bien progressé. L'inventaire des principaux risques de l'organisation a été élaboré et comprend 46 risques. Ils ont tous été documentés dans une fiche leur étant propre. La criticité de chacun de ces risques a été évaluée, ce qui a permis une priorisation en fonction de leur criticité.

Les membres du forum des cadres supérieurs et les directions ont identifié les 10 principaux risques organisationnels qui nécessitent des travaux d'amélioration, dans le but d'assurer l'atteinte des objectifs de l'organisation, notamment au regard de la qualité et de l'accessibilité des soins et services centrés sur les besoins des usagers, de leurs proches et de la population. Des travaux afin de mettre en œuvre le plan de réduction de quatre risques prioritaires ont débuté. Le processus de reddition de comptes est en implantation. Par ailleurs, la politique sur la GIR a été adoptée le 4 avril dernier par le C. A.

Par conséquent, les engagements 2017-2018 concernant la GIR ont été atteints, sauf en ce qui concerne la mise en œuvre des plans de réduction de 3 des 10 principaux risques. Cependant, les travaux sont en cours et l'arrimage de la GIR avec le système de gestion intégrée de la performance (SGIP) faciliteront le travail des directions et les redditions de comptes. De plus, les liens de concertation que nous bâtissons avec les instances partenaires de la GIR, tels le conseil des infirmières et des infirmiers, le CM, le comité sur la gestion intégrée de la main d'œuvre, soutiendront les directions dans la recherche de solutions pour réduire les risques.

Concernant l'audit interne, un mandat de conseil a débuté au cours de 2017-2018 et se poursuivra en 2018-2019. Les recommandations qui découleront de ces travaux soutiendront les gestionnaires concernés afin de mettre en œuvre les améliorations requises concernant les stratégies de contrôle et l'efficacité du processus.

Enfin, soulignons que le projet sur le déploiement de la GIR et de la fonction de l'audit interne a été sélectionné afin d'être présenté au *Rendez-vous de l'amélioration continue 2018* qui a eu lieu en mai 2018 ainsi qu'au *Salon sur les meilleures pratiques d'affaires (MPA)* du *Mouvement québécois de la qualité* qui se tiendra en novembre 2018.

Les prochaines étapes sont :

- Poursuivre l'arrimage de la GIR avec le cycle de gestion de la planification annuelle et du SGIP;
- Établir la coordination de la GIR en continu, et débiter les suivis réguliers auprès des instances concernées;
- Mettre en œuvre et suivre les plans d'action qui réduiront les principaux risques sélectionnés;
- Poursuivre le déploiement de la fonction d'audit interne, s'inscrivant dans la continuité de la GIR.

2.3.3 Bonnes pratiques en CHSLD

2.3.3.1 AUGMENTER DE 50 % LE TAUX DE CONFORMITÉ (PAR RAPPORT À L'ÉTAT DE SITUATION DE NOVEMBRE 2016) CONCERNANT LES 20 MEILLEURES PRATIQUES CIBLÉES PAR LE MSSS QUI SONT À DÉPLOYER DANS NOS 26 CHSLD (INCLUANT UN MINIMUM D'AMÉLIORATION PAR CHSLD)

ENGAGEMENT ET RÉSULTAT

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
Augmenter de 50 % le taux de conformité (par rapport à l'état de situation de novembre 2016) concernant les 20 meilleures pratiques ciblées par le MSSS qui sont à déployer dans nos 26 CHSLD (incluant un minimum d'amélioration par CHSLD)	50 %	50,8 %

La dernière année fut une année où beaucoup de travaux ont pris leur envol. Des comités de travail se sont mis en place (lots de travail) pour permettre d'actualiser les bonnes pratiques. Un calendrier de déploiement a été élaboré par la chargée de projet qui nous accompagne.

Nous sommes présentement sur la bonne voie pour la complétion de l'ensemble des bonnes pratiques. Plus de 50 % des engagements sont réalisés et 40 % des engagements sont en cours d'actualisation.

Principales actions réalisées en 2017-2018 :

- Procéder à la dotation des requis autorisés par le MSSS en conformité avec la dotation attendue en CHSLD;
- Stabilité des équipes en éliminant la rotation du personnel (30/32);
- Gestion de proximité dans tous les milieux et développement des compétences en lien avec la gestion de proximité;
- Réalisation d'un guide concernant l'activité alimentaire;
- Déploiement de la formation concernant les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD);
- Recueil des préférences et besoins du résident.

Le fait de travailler en comité chacune des bonnes pratiques permet de faire cheminer graduellement ce dossier. Certains dossiers d'envergures sont présentement en cours d'avancement tels que le préposé accompagnateur et l'accueil des résidents ainsi que l'adoption d'un modèle sur les spécificités des rôles et contribution attendu du personnel de soins.

Comme mentionné beaucoup de bonnes pratiques sont en cours et seront complétées dans les prochains mois.

2.3.4 Actualiser le processus d'agrément 2016

En 2016, Agrément Canada nous décernait un taux de conformité de près de 90 % et maintenait notre type d'agrément, soit agréé.

En 2017-2018, aucune visite d'agrément n'a eu lieu.

Suivis de la visite d'évaluation de 2016. En suivi des résultats de la visite d'agrément en octobre 2016, une reddition de comptes auprès d'Agrément Canada a été produite comme requis le 21 septembre 2017, sur des exigences entourant 40 critères normatifs. De ces 40 suivis, 33 ont été acceptés et sept font l'objet de travaux d'amélioration continue.

À la suite des démarches réalisées par le MSSS pour déterminer l'organisme responsable de l'agrément des CISSS et des CIUSSS du Québec, celui-ci a annoncé, en février 2018, la signature d'un contrat de dix ans (2018-2027) avec Agrément Canada. Selon les nouvelles modalités d'agrément, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS recevra 3 ou 4 visites d'agrément sur 5 ans (2018-2023). Dans ce nouveau cycle d'agrément, les visites seront regroupées en programmes-services. Le MSSS ayant la volonté de comparer les établissements entre eux, les programmes-services seront évalués par Agrément Canada, selon une même séquence, dans tous les établissements du Québec. Agrément Canada doit préciser les modalités des sept suivis découlant de la visite de 2016.

Gouvernance de la qualité au sein du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Un cadre de référence sur la qualité des soins et des services a été adopté par le C. A. le 20 avril 2017. Une nouvelle structure de gouvernance qualité a été mise en place, incluant la mise sur pied du comité de la qualité des soins et des services (CQSS). Son mandat principal est d'assurer le développement de la vision intégrée de la qualité des soins et des services et de l'actualisation d'une culture organisationnelle favorisant l'amélioration continue en s'appuyant sur le Cadre de référence sur la qualité des soins et des services. Pour soutenir son mandat, le CQSS a eu l'initiative de créer des instances partenaires afin d'orienter des travaux d'amélioration continue de la qualité sur les pratiques professionnelles suivantes : prévention du suicide, prévention des chutes, transfert des informations aux points de transition, mesures de contrôle des usagers et identification des usagers. Quatre des cinq comités ont démarré leurs activités en 2017-2018.

2.3.5 Sécurité des soins et services

ACTIONS REALISEES POUR PROMOUVOIR DE FAÇON CONTINUE LA DECLARATION ET LA DIVULGATION DES INCIDENTS ET DES ACCIDENTS

La Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) est responsable de la prestation sécuritaire des soins et des services aux usagers de l'Estrie. Dans le cadre de la transformation en cours, la DQEPE a poursuivi les travaux d'optimisation et d'harmonisation des différents documents et processus en gestion des risques afin que le CIUSSS de l'Estrie – CHUS réponde aux exigences légales en matière de gestion des risques.

Dans ce contexte et pour travailler de façon intégrée et coordonnée, nous avons poursuivi les travaux relatifs à la prise en charge des événements sentinelles. La procédure de gestion des événements sentinelles a été adoptée au mois de mars 2018 et un plan de communication est en élaboration afin d'assurer sa diffusion et celle du schéma de prise en charge d'un événement sentinelle.

Par ailleurs, le MSSS ayant retenu le système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) comme outil unique de gestion des incidents et accidents pour l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, nous avons remplacé les systèmes Gesrisk et Lotus Notes pour la gestion des incidents et accidents survenus aux usagers en procédant à la migration vers le SISSS, un outil 100 % Web, au sein des installations concernées. Dans le cadre de cette migration, les employés concernés ont été formés à l'utilisation de cette solution informatique. Au 31 mars 2018, toutes les installations du CIUSSS de l'Estrie – CHUS avaient migrées vers le SISSS.

Enfin, la DQEPE a offert un accompagnement personnalisé aux directions le nécessitant pour que le maintien des opérations liées à la déclaration et à la divulgation des incidents et des accidents ait lieu à travers la transformation qui se poursuit. Des mesures visant à s'assurer que la saisie des incidents et des accidents soit effectuée dans toutes les installations sont appliquées en continu.

PRINCIPAUX RISQUES D'INCIDENTS ET D'ACCIDENTS MIS EN EVIDENCE AU MOYEN DU SYSTEME LOCAL DE SURVEILLANCE

En Estrie, 32034 événements ont été déclarés entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018. La moyenne de déclarations se situe à 2 464 événements par période. La majorité des événements déclarés se sont produits dans les CHSLD (45,0 %) et dans les centres hospitaliers (39,5 %).

Les principaux types d'événements déclarés sont reliés à la médication (35,4 %), suivis des chutes (30,5 %) et des événements autres (14,3 %), par exemple des blessures d'origine inconnue ou les plaies de pression.

Les trois principaux types d'incidents (indices de gravité A et B) mis en évidence au moyen du système local de surveillance sont :

- Médication : 1 276 (4,0 %);
- Problème de matériel, d'équipement, de bâtiment ou d'effet personnel : 659 (2,1 %);
- Autres : 649 (2,0 %). Parmi ceux-ci, les 5 premiers sous-types d'événements sont :
 - o Autre : 229 (0,71 %);
 - o Erreur liée au dossier : 159 (0,50 %);
 - o Lié aux mesures de contrôle (isolement et contentions): 125 (0,39 %);
 - o Lié à l'identification : 33 (0,10 %);
 - o Accès non autorisé (lieux, équipements, etc.) : 15 (0,05 %).

Les trois principaux types d'accidents (indices de gravité C à I) mis en évidence au moyen du système local de surveillance sont :

- Médication : 10 046 (31,4 %);
- Chute : 9 653 (30,1 %);
- Autres : 3 951 (12,3 %). Parmi ceux-ci, les 5 premiers sous-types d'événements sont :
 - o Blessure d'origine inconnue : 1248 (3,90 %);
 - o Blessure d'origine connue : 891 (2,78 %);
 - o Autre : 465 (1,45 %);
 - o Plaie de pression : 390 (1,22 %);
 - o Lié aux mesures de contrôle (isolement et contentions) : 221 (0,69 %).

Il est à noter que ces données sont celles disponibles en date du 15 juin 2018.

LES RECOMMANDATIONS DU COMITE DE GESTION DES RISQUES ET LES SUIVIS DE L'ETABLISSEMENT EN LIEN AVEC LES PRIORITES EN MATIERE DE :

- Gestion des risques d'incidents et d'accidents ;
- Surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales.

Le comité de gestion des risques n'a pas émis de recommandations à cet effet.

Le comité de gestion des risques a recommandé la priorisation du risque d'agression envers les résidents en CHSLD dans le nouveau cycle de gestion et la mise en place d'une instance à ce sujet.

LES PRINCIPAUX CONSTATS TIRES DE L'EVALUATION ANNUELLE DE L'APPLICATION DES MESURES DE CONTROLE DES USAGERS (ARTICLE 118.1 LSSSS)

Au cours de l'année 2017-2018, une instance organisationnelle à l'égard des mesures de contrôle a vu le jour. Animé par des représentants de la direction des soins infirmiers (DSI), de la direction des services multidisciplinaire (DSM) et de la direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE), ce comité regroupe des représentants des différentes directions et a pour mandat de :

- Réaliser un état de situation des pratiques en cours dans l'ensemble des installations du CIUSSS de l'Estrie – CHUS ;
- Recenser les documents et outils internes disponibles (politiques, procédures, formulaires, etc.) ;
- Définir des indicateurs utiles, en faire l'analyse et le suivi périodique ;
- Recevoir et analyser les recommandations émises par les ordres professionnels et autres instances, notamment Agrément Canada, le groupe vigilance sur la sécurité des soins et services, etc. ;
- Élaborer un plan d'action transversal triennal dans le respect des priorités organisationnelles et la capacité des équipes, en assurer le suivi et le réviser régulièrement ;
- Alimenter le plan de sécurité des usagers ;
- Proposer, au besoin, la création de groupes de travail en lien avec les livrables (ex. : pour l'élaboration d'un programme ou politique) ;
- Proposer un cadre de formation pour le volet transversal de la pratique professionnelle.

En ce qui a trait aux réalisations du comité sur les mesures de contrôle, mentionnons que les co-animateurs ont tenu plusieurs rencontres de travail pour assurer le démarrage du comité. Une recension des documents internes ainsi qu'un balisage externe des pratiques ont été réalisés. Par ailleurs, une analyse de la situation actuelle de l'application de mesures de contrôle au CIUSSS de l'Estrie – CHUS a été amorcée auprès des différentes directions.

Au cours de l'année, un soutien a été apporté au projet sur les mesures de surveillance constante, au suivi du plan d'amélioration découlant d'une visite de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ), aux différents suivis découlant de la visite d'agrément ainsi qu'à l'élaboration d'un protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle dans les unités de réadaptation en Centre Jeunesse. Un cadre de référence sur les mesures de contrôle est présentement en rédaction. Finalement, il est à noter qu'un plan d'action 2018-2019 a été élaboré et discuté au sein du comité.

L'année 2018-2019 permettra d'établir un regard plus détaillé quant à l'évaluation du processus d'application des mesures de contrôle.

LES SUIVIS APPORTÉS PAR L'ETABLISSEMENT OU SON COMITE DE VIGILANCE ET DE LA QUALITE AUX RECOMMANDATIONS FORMULEES PAR LES INSTANCES SUIVANTES

Des travaux ont été réalisés afin de concevoir un tableau de bord pour le suivi des indicateurs associés à la qualité et à la prestation sécuritaire des soins et des services. Le tableau de bord a fait l'objet de présentations et de discussions lors des différentes rencontres du CVQ.

Le Protecteur du citoyen

Au cours de l'année 2017-2018, nous avons reçu 16 rapports du Protecteur du citoyen, comparativement à 13 en 2016-2017 et 31 en 2015-2016. Parmi les 16 rapports reçus cette année, aucune recommandation n'a été émise pour 5 rapports, 2 dossiers sont en cours de suivi et 9 dossiers ont été fermés (voir Liste des recommandations en annexe).

Les objets des recommandations concernaient le savoir-être du personnel infirmier, les pratiques professionnelles des technologues du service de médecine nucléaire, la qualité des soins et des services dans une RPA, les communications lors d'un transfert interétablissement, les mesures de prévention et contrôle des infections, les pratiques infirmières au triage (urgence), les délais de réponse aux cloches d'appel, la facturation d'un transport ambulancier, les pratiques infirmières sur l'unité de chirurgie, les règles d'administration d'un vaccin, le rôle et la désignation d'un intervenant-pivot et d'un intervenant-réseau (DPDI-TSA-DP).

Par ailleurs, pour l'ensemble des 60 rapports reçus du Protecteur du citoyen depuis le 1er avril 2015, 107 recommandations ont été émises et 95 % des recommandations ont été actualisées.

Le coroner

Au cours de l'année 2017-2018, nous avons reçu 7 rapports du Bureau du coroner s'adressant à des installations différentes comparativement à 6 rapports en 2016-2017 et à 8 en 2015-2016. Parmi les 7 rapports reçus cette année, aucune recommandation n'a été émise pour 3 rapports et 4 dossiers sont en cours de suivi (voir Liste des recommandations en annexe). Ces rapports concernaient la qualité de la prise en charge et des soins dispensés en obstétrique, les services de garde de sécurité, la qualité des soins et la sécurité des usagers en CH, la surveillance des usagers commentant des agressions régulièrement, la documentation de ces situations au dossier de l'utilisateur et la communication avec l'équipe médicale et l'orientation des usagers au sein d'unités adaptées à leur condition.

Une révision du cheminement des rapports du Bureau du coroner a été réalisée afin d'optimiser le processus de suivi au sein des directions de l'établissement.

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

Au cours de l'année 2017-2018, l'établissement a reçu 9 visites d'inspections professionnelles par les ordres professionnels suivants :

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
- Ordre des pharmaciens du Québec
- Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec
- Collège des médecins du Québec
- Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec

De plus, une visite a été faite par Santé Canada pour le Programme de greffe rénale.

Les suivis des rapports de visite sont sous la responsabilité des directions concernées.

Par ailleurs, deux rencontres ont été réalisées entre la DQEPE, la DSI, la DSM et la DSP afin de faire un état de situation actuelle concernant le dossier des inspections professionnelles. Un registre de suivi a été constitué. La cartographie du processus est en cours d'élaboration afin d'établir les rôles et les responsabilités des directions concernées. Une analyse globale des recommandations faites par les ordres professionnels est à faire ainsi que la validation du registre des inspections.

Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Au cours de l'année 2017-2018, le comité de vigilance et de la qualité a examiné les rapports trimestriels d'activités des commissaires aux plaintes et à qualité des services, des médecins examinateurs et du comité de révision. Ces rapports présentent, entre autres, les informations concernant le délai de traitement des plaintes, les dossiers reçus, conclus et les mesures d'amélioration adressées à l'établissement. À cet effet, un total de 849 mesures ont été réalisées ou sont en voie de réalisation par les directions ou personnes concernées. Les mesures sont réparties selon les catégories de motifs d'insatisfaction de la façon suivante :

- 121 mesures visant à améliorer l'accessibilité ;
- 46 mesures visant à améliorer les aspects financiers ;
- 57 mesures visant à améliorer les droits des usagers ;
- 173 mesures visant à améliorer l'organisation du milieu et les ressources matérielles ;
- 242 mesures visant à améliorer les relations interpersonnelles ;
- 210 mesures visant à améliorer les soins et les services dispensés.

Par ailleurs, le comité de vigilance et de la qualité a porté une attention à certains secteurs d'activités qui ont généré plusieurs plaintes de la part des usagers. Plus spécifiquement, le comité de vigilance et de la qualité a demandé de suivre l'évolution des plaintes et des mesures d'amélioration dans les secteurs d'activités suivant : la centrale de rendez-vous, le nouveau fonctionnement des stationnements et les services de réadaptation aux jeunes. Enfin, le comité de vigilance et de la qualité a assuré la vigie et le soutien nécessaire pour favoriser la diffusion de la formation sur la compassion auprès des directions ciblées.

Divulgence d'actes répréhensibles

La Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard d'organismes publics (ci-après la Loi) est entrée en vigueur le 1er mai 2017. Elle instaure de nouveaux mécanismes permettant de faciliter la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard d'organismes publics et établit un régime de protection contre les représailles. La Loi prévoit que la personne ayant la plus haute autorité administrative d'un établissement assujéti doit établir une procédure facilitant la divulgation par les employés d'actes répréhensibles et désigner une personne chargée de recevoir les divulgations, de vérifier si un acte répréhensible a été commis ou est sur le point de l'être et, le cas échéant, de lui en faire rapport.

Activités de diffusion du processus de divulgation

Plusieurs communications en lien avec la divulgation d'actes répréhensibles ont été faites en collaboration avec le Service des communications :

- Parution d'un article dans la VIETrine express le 23 mai 2017 suite à la nomination de la personne responsable du suivi;
- Envoi d'un courriel aux directeurs le 22 novembre 2017 (consultation sur le projet de procédure);
- Envoi d'une note aux gestionnaires le 15 décembre 2017 pour informer de l'existence de la procédure;
- Enregistrement d'un message vocal le 15 décembre 2017 par la présidente directrice générale concernant la séance du conseil d'administration du 13 décembre 2017;
- Documenter l'onglet Plaintes | Divulgence interne dans l'intranet;
- Parution d'un article dans la VIETrine express le 15 janvier 2018 pour informer de l'adoption de la procédure;
- Ajout du bandeau « Témoin d'un acte répréhensible? » dans l'intranet le 16 janvier 2018.

2.3.6 Personnes mises sous garde

	Installations RLS de la Haute- Yamaska	Installations RLS de la Pommerai	Installations RLS de Memphrémagog	Installations RLS de Sherbrooke	Installations RLS du Granit
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	231	41	*Inclus dans RLS de Sherbrooke ⁱ	437	*Inclus dans RLS de Sherbrooke ⁱ
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	187	39	*Inclus dans RLS de Sherbrooke ⁱ	352	*Inclus dans RLS de Sherbrooke ⁱ
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 ces installations	9	Aucun cas	Aucun cas	24	Aucun cas
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	9	Aucun cas	Aucun cas	23	Aucun cas
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	9	Aucun cas	Aucun cas	25	Aucun cas
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	66	Aucun cas	Aucun cas	100	Aucun cas
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	58	Aucun cas	Aucun cas	76	Aucun cas
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	43	Aucun cas	Aucun cas	74	Aucun cas
Nombre d'usagers différents mis sous garde (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période du 1 ^{er} avril au 31 mars de l'année, peu importe le type ou le nombre de garde auxquels il a été soumis)	187	39	*Inclus dans RLS de Sherbrooke ⁱ	352	*Inclus dans RLS de Sherbrooke ⁱ

Étant donné que la prise en charge se fait par Sherbrooke, l'installation n'a pas été distinguée lors de la saisie de données. Toutefois, les nombres sont petits (< 5 patients) et ne changent pas significativement le portrait statistique. Pour avoir l'information à posteriori nous devons faire une recherche aux archives. Notez que la prise de statistiques sera distinguée par installation l'an prochain.

2.4 UTILISER JUDICIEUSEMENT LES RESSOURCES — AXE 2



ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.4.1.1 D'ici le 30 juin 2017, soutenir les 16 directions dans l'élaboration de leur plan annuel découlant du plan organisationnel	16	14
Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.4.1.2 Augmenter à 60 le nombre de gestionnaires qui maîtrisent les gestes clés du SGIP (gestionnaires à préciser)	60	52
Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.4.1.3 Offrir à l'ensemble des cadres 3 modules de formation en lien avec le SGIP	3	0

Les principaux livrables :

- Cadre de référence pour et avec l'utilisateur;
- Caucus opérationnels (DI-TSA-DP, DQEPE, DSI);
- Approche et outils de développement des compétences de gestion;
- Formation *Lean management* de l'Université du Québec à Trois-Rivières ;
- Formation sur les trajectoires de HEC;
- Cadre de référence sur les trajectoires;
- Premières étapes du processus de planification annuelle.

Facteurs qui expliquent la non-atteinte des objectifs :

- Peu d'arrimage entre les composantes développées comme les trajectoires, le leadership transformationnel, le « pour et avec l'utilisateur » et l'amélioration continue :
- Absence d'une instance stratégique et peu d'assiduité du comité tactique :
- Faible taux de couverture qui occasionne un impact minime des actions dans les opérations :
- Peu d'impact sur le changement des compétences de gestion qui est la clé pour un changement de culture.

2.4.2 Plan d'organisation

2.4.2.1 D'ICI LE 30 JUIN 2017, LES 4 INSTANCES STRATÉGIQUES (CDG, CD, CDA, FORUM DES CADRES SUPÉRIEURS) ONT DÉBUTÉ LEUR NOUVEAU FONCTIONNEMENT (ORIENTATIONS COMMUNIQUÉES, MANDAT CONNU, CALENDRIER RENCONTRES, MODE D'ANIMATION)

Ainsi comme convenu lors d'un forum des cadres supérieurs, les instances ont entrepris leur nouveau mode de fonctionnement. Les deux instances ayant subi les plus grands ajustements furent le comité de direction (CD) et le CDA.

Le CD a siégé à 24 reprises alors que le CDA a siégé à 12 reprises.

Le principal défi qui persiste reste l'arrimage entre les 2 instances. À cet effet, une rencontre est prévue le 22 juin 2018 afin de statuer sur le mode privilégié.

Soutenu par une équipe de recherche de l'Université de Sherbrooke, nous avons fait une révision des instances stratégiques de l'organisation afin d'établir une cohérence entre elles.

2.4.2.2 D'ICI LE 30 DÉCEMBRE 2017, LES 4 INSTANCES STRATÉGIQUES ONT ÉVALUÉ LEUR MODE DE FONCTIONNEMENT ET APPORTÉ DES AJUSTEMENTS

Dans le contexte de la recherche-action, un rapport a été rédigé afin d'évaluer le fonctionnement du CDG-CD et CDA avec une analyse sur la collaboration. Plus spécifiquement le CD et le CDA ont, avec le soutien de l'équipe de recherche de l'Université de Sherbrooke, eu accès à des évaluations après chaque rencontre afin de pouvoir apporter des ajustements d'une rencontre à l'autre. Seul le CD a poursuivi les évaluations à la suite de la recherche. Le CDA est à revoir cette modalité.

2.4.2.3 D'ICI LE 31 DÉCEMBRE 2017, DES INSTANCES TACTIQUES SONT DÉFINIES ET ON DÉBUTÉ LEUR NOUVEAU FONCTIONNEMENT (ORIENTATIONS COMMUNIQUÉES, MANDAT CONNU, CALENDRIER DE RENCONTRES, MODE D'ANIMATION)

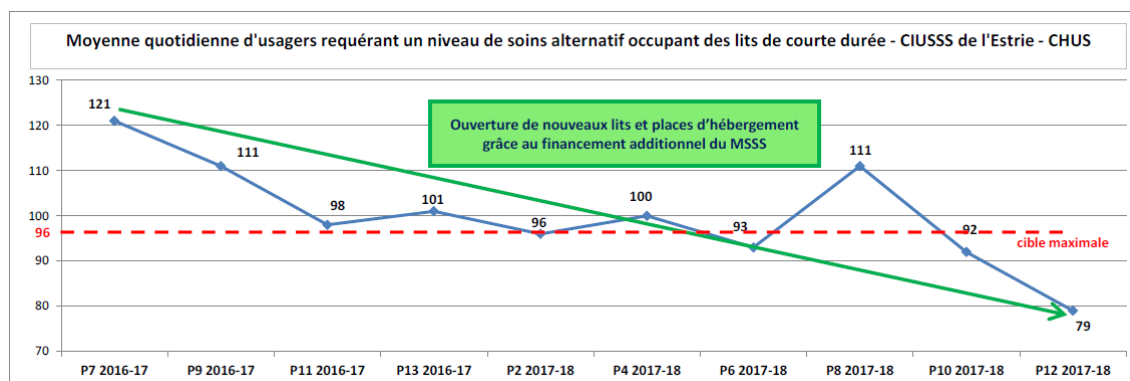
Les instances tactiques restent à être précisées.

2.4.3 Projets majeurs d'optimisation

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.4.3.1 Générer 20 M\$ d'économies (par rapport aux dépenses réelles 2016-17) à partir des mesures inscrites au plan d'optimisation 2017-18. - à partir des 8 grands chantiers d'optimisation organisationnels - à partir des autres projets suivis au COSB - à partir des autres projets menés par l'ensemble des directions	20 M\$	10 M\$
Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.4.3.2 Tout au long de l'année 2017-2018, maintenir un écart positif ou nul entre les dépenses et le budget* de l'ensemble des directions * Budget avant mesures d'optimisation : « Maitrise de notre base budgétaire »	0 M\$	Environ -10 M\$

- Déficit d'exploitation préliminaire au 31 mars 2018 d'environ (10 M\$), soit moins de (1 %) du budget de 1,4 G\$ du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Principales causes : absences maladies de longue durée et hausse du temps supplémentaire;
- Reconnaissance non récurrente par le MSSS de volumes d'activités additionnels de soins et services;
- L'évolution de la courbe du nombre d'utilisateurs en attente de NSA illustre notre gestion optimisée selon le principe « les bons soins et services, pour le bon utilisateur, au bon endroit et au bon moment »



2.4.4 Financement axé sur l'utilisateur

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.4.4.1 Avoir mesuré les coûts CIUSSS par activité pour 5 activités de 4 grands domaines ciblés (radio-oncologie, biologie médicale, imagerie, chirurgie)	5	6
Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.4.4.2 Atteindre 4 activités ciblées pour les secteurs les plus vulnérables* du CIUSSS pour lesquelles les coûts sont inférieurs au coût de référence établi par le MSSS (entre les établissements comparables) Note : Les activités ciblées seront celles représentant 80 % du volume financier concerné par le financement à l'activité en 2018-2019	4	2

- Travaux préparatoires au financement axé sur les usagers, avec la mise sur pied d'un comité sur le financement axé sur les patients, et tenue d'une activité de lancement avec l'ensemble des cadres supérieurs, chefs de départements médicaux et des représentants du MSSS;
- En collaboration avec l'ensemble des directions, travaux sur la performance financière des directions et services de l'établissement;
- Rôle moteur dans la définition de la nouvelle Charte comptable de la santé et des services sociaux du Québec : commune à l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, et permettant des comparaisons de performance financière pancanadiennes, il s'agira d'un outil exceptionnel pour le déploiement du financement axé sur les usagers dans l'ensemble du Québec et pour toutes les activités.

Dans la logique du financement à l'activité :

- Instauration, dans le cadre du plan d'équilibre budgétaire préliminaire de l'établissement, de cibles d'optimisation dévolues à chaque direction en fonction des coûts unitaires comparables (3^e tiers → médiane, 2^e tiers → 1^{er} tiers) - Identification de mesures d'amélioration continue associées à ce volet;
- Mobilisation des équipes autour de cinq grands chantiers d'optimisation de la performance en santé physique (1. imagerie, 2. utilisation de fournitures dans les blocs opératoires, 3. meilleure utilisation des urgences, 4. renforcement de la performance dans les unités de soins infirmiers et 5. organisation du travail et des ressources humaines pour certains secteurs connexes : centrale de prise de rendez-vous, transcription, archives, etc.).

2.4.5 Remplacement des équipements médicaux

2.4.5.1 DIMINUER À 85% LE NOMBRE DE DOSSIERS DE REMPLACEMENT D'ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX ÉCHUS

ENGAGEMENT ET RÉSULTAT

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
Diminuer à 85% le nombre de dossiers de remplacement d'équipements médicaux échus	85 %	83 %

Au début de l'exercice 2016-2017, on comptabilisait 189 dossiers de remplacement à actualiser à partir des enveloppes du Plan de conservation de l'équipement et du mobilier (PCEM) 2015-2016 et exercices précédents. De ces 189 dossiers, 157 ont été actualisés durant l'année 2016-17. Le résultat atteint pour 2017-18 est de 83 % sur une cible de 85 %. En date du 26 mars 2018, il restait 32 dossiers de ces enveloppes à actualiser.

2.4.5.2 ACTUALISER 42%X DOSSIERS DE REMPLACEMENT D'ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX PARMI CEUX QUI SONT INSCRITS DANS L'AN 1 DU PCEM 2016-2019

NOTE : LES 2 CIBLES POURRONT ÊTRE DÉTERMINÉES AU COMITÉ DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ

ENGAGEMENT ET RÉSULTAT

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
Actualiser 42% dossiers de remplacement d'équipements médicaux parmi ceux qui sont inscrits dans l'an 1 du PCEM 2016-2019 (Note : les 2 cibles pourront être déterminées au comité des technologies de la santé)	42 %	30 %

Au cours de l'exercice 2017-2018, l'enveloppe PCEM 2016-2017 est devenue disponible et allait permettre de financer l'actualisation de 246 dossiers de remplacement. À la fin de l'exercice 2016-2017, 74 dossiers avaient été actualisés ce qui représente 30 % d'atteinte de la cible. En date du 26 mars 2018, il restait 172 dossiers à actualiser à partir du PCEM 2016-17.

Par ailleurs, le focus de l'équipe de professionnels du génie bio-médical (GBM) (trois postes permanents et trois en surcroît) a été de s'assurer d'actualiser les dossiers les plus critiques en collaboration (validation) avec les agents de liaison des différentes directions cliniques. Par la suite, l'équipe s'est assurée de finaliser les plus anciens dossiers avant de débiter les dossiers des nouvelles enveloppes budgétaires.

À la fin de l'exercice 2017-2018, on remarque que le nombre de dossiers restant à actualiser était de 204 (32 associés à l'indicateur 2.4.5.1 plus 172 dossiers à l'indicateur 2.4.5.2) comparativement à 189 à l'exercice précédent. Donc, malgré les efforts soutenus des équipes, nous n'avons pas été en

mesure de rattraper tout le retard accumulé pour ces dossiers. De plus, à ces 204 dossiers non actualisés s'ajouteront les 294 dossiers de remplacement du PCEM 2017-2018.

Étant soucieux de l'état de son parc d'équipements médicaux et de l'impact clinique potentiel d'un bris de service occasionné par le retard d'actualisation des dossiers de remplacement, l'organisation a autorisé, en mai 2018, l'ajout de trois ressources professionnelles GBM en plus d'avoir titularisé, en janvier 2018, les trois ressources qui étaient en surcroît.

2.4.6 Unification et fusion des systèmes d'information

2.4.6.1 RELIER 55 DES 77 POINTS DE SERVICE AU CTIC (CENTRE DE TRAITEMENT INFORMATIQUE CENTRALISÉ)

ENGAGEMENT ET RÉSULTAT

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
Relier 55 des 77 points de services au CTIC (centre de traitement informatique centralisé)	71 %	5 %

La faible capacité des équipes techniques combinée à l'incapacité de les libérer des urgences opérationnelles et autres projets urgents du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et du MSSS ont entraîné le report de l'ensemble des travaux du projet « Relier les points de service au CTIC ». Néanmoins, une équipe dédiée a été mise en place depuis janvier 2018 ayant pour objectif de mettre en place les services transitoires de la dorsale qui permettront à la fois de simplifier l'installation de systèmes d'information tels que la gestion alimentaire (nutrition) tout en simplifiant l'accès des utilisateurs à ces outils. Les travaux sur les liens reprendront à compter de juillet 2018.

2.4.6.2 COMPLÉTER LA FUSION ET LE DÉPLOIEMENT DES 4 SYSTÈMES CIBLÉS (INSTANCES PAYE (GRH – LOGIBEC)/PLAN DE TRANSITION OPTILAB/ALIMENTATION DU DOMAINES IMAGERIE (RID – DSQ)/APSS – MISE EN PLACE DE LA CENTRALE DE RENDEZ-VOUS SANTÉ (CDRS) (PHASE 2) ET DÉPLOIEMENT DE SAFIR)

ENGAGEMENT ET RÉSULTAT

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
Compléter la fusion et le déploiement des 4 systèmes ciblés (Instances paye (GRH – Logibec)/Plan de transition Optilab/Alimentation du domaine imagerie (RID – DSQ)/APSS – Mise en place du CRDS (phase 2) et déploiement de SAFIR)	100 %	71 %

La fusion des instances de systèmes Paie-GRH, l'alimentation du RID et la mise en place du CRDS, phase 1 ont été complétés. La phase 2 du déploiement des CRDS a été reportée à la suite d'un changement demandé par le MSSS (maintenant septembre 2018). La portée du plan de transition Optilab a aussi changé. La réalisation a été replanifiée pour 2018-2019.

2.4.7 Gestionnaires – conditions de travail

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.4.7.1. D'ici le 30 juin 2017, les chefs de service qui couvrent des équipes dans plus d'un RLS et qui vivent des problèmes d'accès à l'information et de communication avec leurs équipes sont identifiés	100 %	100%
Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.4.7.2 D'ici le 30 juin 2017, identifier les besoins aigus des chefs de service identifiés	100 %	100%
Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.4.7.3 100 % des besoins aigus identifiés sont solutionnés	100 %	100%

Les besoins aigus des chefs de services ont été identifiés comme étant : l'accès aux courriels, l'accès au lecteur réseau B: ainsi que l'accès à l'intranet du CIUSSS.

Tous les gestionnaires ayant un profil d'utilisation « mobile » ont été équipés avec un ordinateur portable et un jeton de télé-accès afin de pouvoir travailler lorsqu'ils sont en déplacement. Les services maintenant offerts lorsqu'ils sont en déplacement sont : l'accès aux courriels, l'accès au lecteur réseau B: ainsi que l'accès à l'intranet du CIUSSS.

D'autres services sont offerts, de façon variable, en fonction de l'environnement technologique dans lequel l'ordinateur a été configuré. L'uniformisation de ces services suivra la mise en place graduelle de l'environnement technologique unique pour le CIUSSS.

2.4.8 Travaux d'infrastructure

2.4.8.1 D'ICI LE 30 JUIN 2017, AVOIR LANCÉ L'APPEL D'OFFRES POUR LA CONSTRUCTION DU CHSLD DE GRANBY

ENGAGEMENT ET RÉSULTAT

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.4.8.1 D'ici le 30 juin 2017, avoir lancé l'appel d'offres pour la construction du CHSLD de Granby	30 juin 2017	Date de parution de l'A/O : 16 mai 2018

La date prévue pour l'appel d'offres était le 30 juin 2017, la date de parution réelle est le 16 mai 2018.

Explications :

- Préparation d'un devis de performance pour la location d'un CHSLD de 176 lits dans le RLS de la Haute Yamaska;
- Il faut se rappeler qu'il s'agit d'un appel d'offres pour la location d'un bâtiment de type CHSLD pouvant héberger 176 lits. Il s'agit d'une nouvelle forme de projet pour nous puisque nous avons à préparer un devis de performance. Le devis type du MSSS était sommaire et amenait des enjeux appréciables, notamment au niveau de la sécurité et le confort de la clientèle. De concert avec la Direction de l'expertise et de la normalisation du MSSS, le devis a entièrement été revu, complété et corrigé par la direction clinique et les services techniques du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Le travail a été réalisé avec rigueur et professionnalisme afin d'assurer l'obtention d'un bâtiment conforme aux normes et guide en vigueur. La parution de l'appel a été lancée quelques semaines après l'obtention de l'autorisation du MSSS.

2.4.8.2 AVOIR LANCÉ L'APPEL D'OFFRES POUR LA CONSTRUCTION DU CENTRE MÈRE-ENFANT ET URGENCE DE L'HÔPITAL FLEURIMONT

ENGAGEMENT ET RÉSULTAT

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.4.8.2 Avoir lancé l'appel d'offres pour la construction du Centre mère-enfant et urgence de l'Hôpital Fleurimont		Date de parution de l'A/O : 20 février 2018

Travaux préparatoires du Centre mère-enfant et de l'urgence de l'Hôpital Fleurimont

- Le 20 février 2018 l'appel d'offres a été publié;
- Le 26 mars 2018 : ouverture des soumissions.

Travaux de construction CMEU

- Le 9 août 2017 l'appel d'offres a été lancé et trois candidats sont retenus;
- Le 8 novembre 2017 la constitution des candidats a été publiée dans un communiqué de presse;
- Le 3 mars 2018 l'appel de proposition a été lancé.

2.4.8.3 DÉVELOPPER UNE PROGRAMMATION CLINIQUE A L'HOPITAL DE GRANBY POUR UN DÉPÔT AU MINISTÈRE LE 30 JUIN 2017

ENGAGEMENT ET RÉSULTAT

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.4.8.3 Développer une programmation clinique à l'Hôpital de Granby pour un dépôt au Ministère le 30 juin 2017		0

L'engagement 2017-2018 était la mise en place d'une démarche de programme clinique pour l'Hôpital de Granby.

Considérant les autres travaux réalisés pour le RLS de la Haute-Yamaska, la programmation clinique n'a pas été commencée.

- Au cours de l'année 2017-2018, les équipes cliniques et techniques ont travaillé à définir les projets suivants :
 - Mise à niveau des soins intensifs de l'Hôpital de Granby;
 - Mise à niveau du secteur mère-enfant de l'Hôpital de Granby;
 - Construction du CHSLD de Granby.
- La programmation clinique englobe l'ensemble des besoins d'infrastructure clinique sur une perspective à long terme, en prenant en compte les besoins futurs de la population du RLS de la Haute-Yamaska. Elle devra commencer au printemps 2018.
- Les comités directeurs pour ces projets se sont rencontrés à fréquence variable durant la période.

2.5 BÂTIR POUR ET AVEC LE PERSONNEL, LES MÉDECINS, LES GESTIONNAIRES, LES PARTENAIRES, LES BÉNÉVOLES ET LES COMMUNAUTÉS — AXE 5



2.5.1 Leadership transformationnel

2.5.1.1 30 % DES GESTIONNAIRES DÉVELOPPENT LEURS COMPÉTENCES EN ALIGNEMENT AVEC LE LEADERSHIP TRANSFORMATIONNEL

ENGAGEMENT ET RÉSULTAT

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
30 % des gestionnaires développent leurs compétences en alignement avec le leadership transformationnel	30 %	50 %

Principales actions réalisées en 2017-2018 :

Les activités de formation « Appropriation du rôle de gestionnaire » et « Gestion intégrée de la présence au travail » ont été mises en place au bénéfice des gestionnaires de l'organisation. Pour ces deux activités, des gestes clés précis alignés sur le leadership transformationnel ont été identifiés. Lors de leur participation aux activités de formation mentionnées, les gestionnaires ont développé leurs compétences en lien avec ces gestes clés précis.

De façon générale, pour chaque activité de formation à mettre en place, une réflexion préalable est faite afin d'identifier les gestes clés associés à celle-ci. Les gestes clés identifiés sont toujours alignés sur le leadership transformationnel.

Facteurs qui expliquent l'atteinte de l'objectif :

Pour le module « Gestion intégrée de la présence au travail », cette activité s'est inscrite en lien avec l'une des priorités organisationnelles 2017-2018, à savoir l'amélioration de la santé humaine. L'appui de la haute direction a donc favorisé la participation à cette activité pour les gestionnaires. Également, il était attendu des gestionnaires qu'ils agissent sur l'assurance-salaire de leur service, alors la formation se voulait un outil d'intérêt pour l'atteinte de cet objectif.

Pour l'appropriation du nouveau rôle, chaque nouveau gestionnaire a été inscrit; il s'agissait donc d'une participation obligatoire à l'entrée en fonction.

Évolution des résultats par rapport à l'année précédente :

262 sur 523 gestionnaires, soit 50 % des gestionnaires ont développé leurs compétences en alignement avec le leadership transformationnel pour l'année 2017-2018

2.5.2 Main-d'œuvre (disponibilité et utilisation optimale des ressources humaines)

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.5.2.1 Diminuer à 7,64 % le ratio d'assurance salaire et à 1,09 % le ratio d'accidents de travail pour tous les titres d'emplois confondus	Ratio d'assurance salaire : 7,64 % Ratio d'accidents de travail : 1,09 %	Ratio d'assurance salaire : 7,9 % Ratio d'accidents de travail : 0,94 %
Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.5.2.2 Augmenter le bassin de personnel des infirmières, infirmières auxiliaires, préposées aux bénéficiaires, personnel administratif et intervenants sociaux	+ 46 infirmières + 69 infirmières auxiliaires + 170 PAB + 15 (AA1, 2 & 3)	+ 48 infirmières + 44 infirmières auxiliaires + 129 PAB + 117 (AA1, 2 & 3) + 70 (TS/ARH/Éduc)
Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.5.2.3 Augmenter le taux de titularisation à temps complet. Des titres d'emploi suivants : infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeute et tous les TE de la catégorie 2	CIUSSS : 65 %	CIUSSS : 63 %
Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.5.2.4 Augmenter le nombre d'heures de poste de 8,5 % pour la catégorie 3 et de 9,3 % pour la catégorie 4.	Catégorie 3 : + 8,5 % Catégorie 4 : + 9,3 %	N/D : activités non réalisées
Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.5.2.5 Maintenir à 0,60 % la main d'œuvre indépendante (MOI) et diminuer à 2,90 % le temps supplémentaire pour tous les titres d'emploi confondus.	MOI : 0,60 % Temps supplémentaire : 2,9 %	MOI : 0,63 % Temps supplémentaire : 3,2 %

2.5.2.1 :

- Principales actions réalisées en 2017-2018 :
 - Mise en place d'un plan d'action en gestion de la présence au travail par direction;
 - Formation « Gérer la présence au travail – Mon rôle au quotidien », en cours de déploiement depuis septembre 2017. L'ensemble des gestionnaires de l'établissement devrait être formé d'ici la mi-juin 2018;
 - Déploiement d'un guide pratique à l'intention des gestionnaires pour les soutenir dans la gestion de la présence au travail et le soutien à la réintégration au travail des employés;

- Mise en place d'indicateurs de gestion et des outils d'analyse reliés au ratio assurance-salaire et taux d'accidents de travail, et ce, par direction;
 - Adoption et déploiement de la Politique en prévention, présence et qualité de vie au travail. Le plan de déploiement est en cours de réalisation;
 - Mise en place du comité de vigie pour soutenir et accompagner les directions ayant un haut taux d'absentéisme;
 - Déploiement d'un programme ergo-bureau;
 - Élaboration d'un projet (démarche de prévention des risques psychosociaux du travail et des troubles musculo-squelettiques) plus spécifiquement pour les titres d'emploi d'infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires;
- Facteurs qui expliquent l'atteinte ou non de l'objectif et apprécier l'évolution des résultats par rapport à l'année précédente :

Malgré une hausse du taux d'assurance salaire comparativement au taux de l'année 2016-2017, nous observons que le ratio périodique demeure relativement stable durant l'année. Les titres d'emploi les plus touchés par la hausse sont les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires.

2.5.2.2, 2.5.2.3 et 2.6.2.6 :

Principales actions réalisées en 2017-2018

La mise en place de mesures dans les secteurs d'activités et les titres d'emploi les plus vulnérables sont :

- La poursuite et la bonification de l'offre de garantie d'heures;
- Plan de recrutement externe (visibilité) intégré (rencontres des étudiants, salons, facebook, publicité, etc.);
- La poursuite de l'uniformisation du processus d'embauche massive et des mouvements internes;
- La mise en place du parcours de soins infirmiers pour les infirmières et infirmières auxiliaires;
- Ouverture de nouveaux milieux d'accueil pour les candidate à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) et externes;
- La mise en place de passerelles stage/emploi pour les agentes administratives;
- L'analyse et le rehaussement des structures de poste;
- L'harmonisation des calendriers d'affichage de postes à l'interne;
- L'optimisation de la planification des horaires;
- Révision du processus d'accueil organisationnel et les outils de probation;
- La mise en place de pratiques de gestion permettant une gestion plus optimale de la main-d'œuvre (ex. : quotas de vacances, octroi de congé).

Facteurs qui expliquent l'atteinte ou non de l'objectif :

- Collaboration entre les différents acteurs de l'ensemble des directions;
- Mode de concertation intégré (GIMO);
- La réorganisation de la structure de l'établissement depuis la fusion;
- L'ouverture de plusieurs lits de débordement sur le territoire en CHSLD et en milieu hospitalier, pour répondre aux besoins de la population;
- Le bassin restreint de candidats potentiels dans certains titres d'emploi;
- La complexité de gestion reliée à l'application de 57 dispositions locales en attendant la fin des négociations locales;
- L'harmonisation des pratiques de gestion à poursuivre des quatorze anciens établissements;
- Le taux d'absentéisme élevé.

Apprécier l'évolution des résultats par rapport à l'année précédente :

- Malgré la non-atteinte des cibles, le nombre d'employés (dans les activités principales) a augmenté au net de 750 personnes depuis l'an passé (+4.6 %), le taux de rétention de la première année augmente, le taux de roulement demeure bas, tous des indicateurs positifs qui permettent de voir des avancés;
- Les augmentations des pourcentages de travailleuses sociales et de MOI sont les plus notables pour les infirmières auxiliaires, PAB et infirmières

2.6 INTÉGRER LA MISSION UNIVERSITAIRE — AXE 6



ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.6.1.1 D'ici septembre 2017, un cadre de référence de la mission universitaire sera adopté (structure, processus, offre de services, etc.)	1	1
Indicateur	Engagement 2017-2018	Résultat 2017-2018
2.6.1.2 Déployer les stratégies du cadre de référence pour que l'intégration de la mission universitaire tout au long du continuum de services se traduise par de nouvelles capacités d'innovation, un courtage et un transfert de connaissances renforcés et un arrimage consolidé de la gouvernance clinique et administrative	1	1

Considérant l'ampleur des travaux à réaliser pour la production et l'adoption du cadre de référence de la coordination de la mission universitaire et de la pertinence, les stratégies du cadre de référence n'ont pas toutes été déployées.

Pour les explications :

- Au cours de l'année 2017-2018, la Direction de la coordination de la mission universitaire a travaillé intensément pour écrire et faire adopter un cadre de référence qui permettrait à l'ensemble de la communauté hospitalière de bien comprendre les objectifs, les dimensions, le cycle de gestion et la création du Bureau des pratiques pertinentes. De plus, l'équipe a commencé l'élaboration d'une cartographie du processus d'accès au guichet du Bureau des pratiques pertinentes;
- Puisque le cadre de référence de la coordination de la mission universitaire et de la pertinence a été approuvé au C.A. du mois de mars 2018, le déploiement des stratégies a été commencé, mais demeure à être complété.



3

**Reddition de comptes
de l'entente de gestion
et d'imputabilité**

3.1 ATTENTES SPÉCIFIQUES

Attente spécifique	Description de l'attente Spécifique	État de réalisation	Commentaires
Santé publique (DGSP)			
1.1 Bilan des activités réalisées	Un bilan faisant état des activités réalisées selon le milieu de vie ciblé (types d'activités, description des activités, objectifs généraux, état de la mise en œuvre des activités, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre des activités, etc.) est demandé.	Réalisé	
1.2 Comité stratégique de prévention et contrôle des infections nosocomiales (PCIN)	Compléter le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et le comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales – Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec, Santé et Services sociaux, Québec 2006 ».	Réalisé	
Services sociaux (DGSS)			
2.1 Implanter les protocoles d'intervention en matière d'itinérance et plan de travail	L'établissement devra transmettre au MSSS une liste des installations de son territoire devant implanter le protocole, un plan de travail détaillant les activités prévues ainsi que l'échéancier de l'implantation du protocole. Un gabarit permettant l'identification des installations pertinentes sera fourni. Ces livrables permettront de déterminer la cible associée à l'indicateur « pourcentage des protocoles d'intervention implantés en matière d'itinérance », par établissement et nationalement. (Considérant que le plan de travail est demandé pour le 30 juin 2018, veuillez compléter la fiche en fonction de la liste qui était demandée au 30 septembre 2017)	Réalisé	
2.2 Poursuivre la mise en œuvre des composantes des programmes d'intervention en négligence (PIN)	Assurer la mise en œuvre de toutes les composantes obligatoires des PIN avant le 31 mars 2018. Un formulaire GESTRED identifie les composantes devant être présentes dans un PIN pour qu'il soit efficace. Il prévoit également une section pour identifier le nombre d'usagers ayant participé au programme.	Réalisé	
2.3 Évaluation et élaboration d'un plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en CHSLD public	L'établissement doit viser à ce que toutes les personnes hébergées aient une évaluation à jour, à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), et possèdent un plan d'intervention. Les résultats des profils ISO-SMAF à jour et des plans d'intervention devront être transmis dans le formulaire GESTRED prévu à cette fin. Un état de situation sur les résultats obtenus devra également être produit.	Réalisé	
2.4 Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC)	L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC.	Réalisé	

Attente spécifique	Description de l'attente Spécifique	État de réalisation	Commentaires
Services sociaux (DGSS) -suite			
2.5 ADDENDA – Résultat, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA	Les établissements, qui ont une responsabilité populationnelle, ont des obligations dans la prévention et réduction des NSA. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques en amont, en intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA. Les établissements doivent également faire état des résultats pour le respect des délais d'attente, incluant les résultats des usagers en attente ou en provenance des établissements non fusionnés. Exceptionnellement, le gabarit Excel faisant état des résultats pour le respect des délais d'attente doit être transmis par courriel à madame Améline Bourque à l'adresse de courriel suivante : «ameline.bourque@msss.gouv.qc.ca » en ajoutant l'adresse : « ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca » en copie conforme.	Non réalisé	La production des états des résultats (fichiers Excel) en lien avec le respect des délais d'attente n'a pas été réalisée dans le délai demandé (P9 et +), car nous avons dû développer un nouveau système de saisie pour documenter les délais et archiver les statistiques des patients NSA ayant quitté. Déploiement d'un nouvel outil de saisie de données dans l'ensemble des installations concernées par les NSA permettant de documenter les dates des principales étapes des statuts et NSA et permettant d'archiver les statistiques des patients NSA ayant quitté. Habilitation des coordonnateurs à l'utilisation de l'outil et à l'importance de la qualité des données. L'outil a été déployé le 7 mai 2018. Les statistiques seront donc disponibles à partir de cette date.
2.6 ADDENDA – Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD	L'évaluation à jour, le plan d'intervention et le travail en interdisciplinarité permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs (habitudes, sécurité, niveau de collaboration et d'autonomie, portrait clinique). Un état de situation portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène sera demandé aux établissements. De plus, il est aussi prévu que des audits aléatoires soient menés par le MSSS dans les établissements.	Réalisé	
Services de santé et de médecine universitaire (DGSSMU)			
3.1 État d'avancement de l'implantation du plan d'action par établissement déposé le 31 mars 2016 et réalisé sur la base des orientations ministérielles 2006	Autoévaluation sur l'état d'implantation du plan d'action déposé au 31 mars 2016. Le plan doit préciser : Action – Objectif – Stratégie/Moyens – Responsable – Résultats/Livrables – Échéancier – Indicateur – Cible atteinte. De plus, les obstacles liés à la non-réalisation du plan devront être notés.	Réalisé	

Attente spécifique	Description de l'attente Spécifique	État de réalisation	Commentaires
Services sociaux (DGSS) -suite			
3.2 État d'avancement du Plan d'action triennal 2016-2019 – Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs	Autoévaluation sur l'état d'implantation des actions au plan d'action déposé au 1 ^{er} juin 2016. Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CISSS-CIUSSS devra être produit.	Réalisé	
Services de santé et de médecine universitaire (DGSSMU) – suite			
3.3 État d'avancement sur le plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018	Autoévaluation sur le plan d'action déposé le 31 octobre 2016 composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national 2016-2018, incluant l'état d'avancement des travaux. Les causes de la non-atteinte des objectifs du plan d'action doivent être notées.	Réalisé	
3.4 État d'avancement de l'implantation du plan d'action déposé le 31 mars 2016 par établissement réalisé sur la base des orientations ministérielles 2015	Autoévaluation sur l'état d'implantation du plan d'action déposé au 31 mars 2016 composé à partir des actions et des objectifs, incluant l'état d'avancement des travaux au 31 mars 2018. Les causes de la non-atteinte des objectifs du plan d'action doivent être notées.	Réalisé	
3.5 Investissements en santé mentale dans l'établissement – Accompagnement par le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) pour le déploiement des services de suivi intensif dans le milieu (SIM), de soutien d'intensité variable (SIV) et de premier épisode psychotique (PEP)	Prendre part à un processus d'accompagnement avec le CNESM dans le cadre du déploiement des nouvelles équipes et des nouveaux services prévus dans les investissements annoncés le 28 avril 2017 par le ministre.	Réalisé	
3.6 Effectifs dans les équipes de soutien dans la communauté	Fournir les informations requises quant aux effectifs en services dans la communauté : suivi intensif dans le milieu (SIM), soutien d'intensité variable (SIV), Flexible Assertive Community Treatment (FACT) et premier épisode psychotique (PEP). Contrairement au suivi des EGI associés aux SIM et SIV, ce suivi comprend également les services qui ne sont pas homologués.	Réalisé	
Financement, infrastructures et budget (DGFIB)			
4.1 Listes des besoins (ou correctifs) devant être réalisés dans les cinq prochaines années	L'établissement a pour objectif de finaliser l'inspection technique de son parc immobilier. À la suite de l'inspection des bâtiments, il doit élaborer la liste des correctifs devant être réalisés dans les cinq prochaines années pour chacune des installations concernées et télécharger les données dans le système Actifs+ Réseau.	Réalisé	

Attente spécifique	Description de l'attente Spécifique	État de réalisation	Commentaires
Services sociaux (DGSS) -suite			
4.2 Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	L'établissement participe à la réalisation du Plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.	Réalisé	
Coordination réseau et ministérielle (DGRM)			
5.1 Sécurité civile	S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure d'assumer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer : De veiller à l'élaboration ou à la révision d'un plan de sécurité civile; Du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au sujet de la mission santé et de son arrimage avec le Plan national de sécurité civile, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile; De raffermir les liens de partenariats en sécurité civile.	Réalisé	
5.2 Gestion des risques en sécurité civile – Santé et services sociaux	Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en arrimage avec la GIR de l'établissement. À cet effet, l'établissement doit : Maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation; Compléter la phase d'établissement du contexte du processus; Compléter la phase d'appréciation des risques du processus.	Réalisé	
5.3 État de situation sur le degré de maturité d'une salle de pilotage stratégique	Un bilan faisant état du déploiement de la salle de pilotage stratégique de l'établissement est demandé. Ce bilan vise à documenter la maturité de la salle de pilotage déployée selon les différentes dimensions abordées, soit la planification, le déploiement, le contrôle et suivi et la réponse-action. Aussi, des questions d'ordre général sont prévues.	Réalisé	

3.2 FICHES DE REDDITION DE COMPTE – CHAPITRE IV DE L'ENTENTE DE GESTION

3.2.1 Les engagements du CIUSSS

Le présent document, le chapitre IV de l'entente de gestion et d'imputabilité, livre le résultat des échanges entre le MSSS et le CIUSSS concernant des objectifs à atteindre en mars 2018, dont ceux du Plan stratégique 2015-2020 du MSSS. Les orientations du Plan stratégique du MSSS sont les suivantes :

- Favoriser les saines habitudes de vie et la prévention des problèmes de santé;
- Offrir des services et des soins accessibles, fluides et de qualité au bénéfice des usagers;
- Implanter une culture d'organisation innovante et efficiente dans un contexte de changement.

Le tableau qui suit présente pour chaque secteur d'activité, les indicateurs pour lesquels le CIUSSS s'est engagé à améliorer sa performance. Le tableau présente l'engagement que le CIUSSS avait convenu d'atteindre pour le 31 mars 2018 ainsi que le résultat finalement obtenu. Dans le cas où l'indicateur fait partie d'un objectif du Plan stratégique, ce dernier est alors spécifié ainsi que la cible à atteindre pour 2020.

3.2.2 Résultats au regard des engagements 2017-2018

NOM DE L'INDICATEUR	ENGAGEMENT 2017-2018	RÉSULTAT 2017-2018	ENGAGEMENT 2018-2019	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Santé publique				
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec qui le CISSS/CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire	70	67,6	70	Nous avons amélioré notre taux en 2017-2018 en posant des actions afin de s'assurer de la conformité des statistiques et de l'entrée des données. Pour l'année 2018-2019, nous favoriserons la compréhension commune du nouvel indicateur et collaborerons avec les écoles dans le déploiement des activités d'éducation à la sexualité.
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre DCaT-HBVPI-Hib dans les délais	90	82,9	90	La non-atteinte des engagements réside en grande partie dans notre incapacité, en termes d'organisation de services et de disponibilité du personnel, de respecter les délais prescrits. La vaccination est sous la responsabilité d'autres directions. Devant la situation, des rencontres se sont déroulées pour trouver des pistes de solution afin d'améliorer l'atteinte de nos engagements. Des activités de coordination interdirections ont été ralenties une grande partie de l'année dû au fait que le poste de directeur adjoint à la santé publique est demeuré vacant. En 2018-2019, des actions sont prévues au Plan d'action régional de santé publique et des rencontres sont prévues avec les directions concernées afin de mettre à jour l'état de situation et de mettre en place des pistes de solution. Une charte de projet sera actualisée au courant de l'année 2018-2019. Le déploiement des fonctions allégées du Système d'information pour la protection en maladies infectieuses (SI-PMI) doit se dérouler d'ici le 31 décembre 2018 et viendra soutenir le processus de vaccination. La proportion d'enfants ayant reçu leur première dose dans les délais a diminué entre l'année 2016-2017 (86,6 %) et l'année 2017-2018 (82,9 %). En revanche la couverture vaccinale à 3 mois (première dose de vaccin donnée dans un délai de 2 mois + 30 jours, qui était l'ancien indicateur) est de 91,8 %; l'objectif du Programme national de santé publique (PNSP) est de 95 %.
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais	85	65,8	85	La non-atteinte des engagements réside en grande partie dans notre incapacité, en termes d'organisation de services et de disponibilité du personnel, de respecter les délais prescrits. La vaccination est sous la responsabilité d'autres directions. Devant la situation, des rencontres se sont déroulées pour trouver des pistes de solution afin d'améliorer l'atteinte de nos engagements. Des activités de coordination interdirections ont été ralenties une grande partie de l'année considérant que le poste de directeur adjoint à la santé publique est demeuré vacant. En 2018-2019, des actions sont prévues au Plan d'action régional de santé publique et des rencontres sont prévues avec les directions concernées afin de mettre à jour l'état de situation et de mettre en place des pistes de solution. Une charte de projet sera actualisée au courant de l'année 2018-2019. Le déploiement des fonctions allégées du Système d'information pour la protection en maladies infectieuses (SI-PMI) doit se dérouler d'ici le 31 décembre 2018 et viendra soutenir le processus de vaccination. La proportion d'enfants ayant reçu leur première dose dans les délais est stable en 2017-2018 (65,8 %) comparativement à 2016-2017 (65,6 %). La couverture vaccinale à 15 mois (première dose de vaccin donnée dans un délai de 15 mois + 3 mois) est de 84,4 %, ce qui est également loin de l'objectif de 95 % du PNSP. Une partie de la non-atteinte de l'engagement réside donc dans un retard de la vaccination, mais pas exclusivement.
Santé publique				
1.01.30-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1 ^{re} dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais	75	49,8	75	La non-atteinte des engagements réside en grande partie dans notre incapacité, en termes d'organisation de services et de disponibilité du personnel, de respecter les délais prescrits. La vaccination est sous la responsabilité d'autres directions. Devant la situation, des rencontres se sont déroulées pour trouver des pistes de solution afin d'améliorer l'atteinte de nos engagements. Des activités de coordination interdirections ont été ralenties une grande partie de l'année considérant que le poste de directeur adjoint à la santé publique est demeuré vacant. En 2018-2019, des actions sont prévues au plan d'action régional de santé publique et des rencontres sont prévues avec les directions concernées afin de mettre à jour l'état de situation et de mettre en place des pistes de solution. Une charte de projet sera actualisée au courant de l'année 2018-2019. Le déploiement des fonctions allégées du Système d'information pour la protection en maladies infectieuses (SI-PMI) doit se dérouler d'ici le 31 décembre 2018 et viendra soutenir le processus de vaccination. La proportion d'enfants ayant reçu leur dose de RRO-Var prévue à l'âge de 18 mois dans les délais est inférieure à 50 % (49,8 % plus exactement). La couverture vaccinale contre la varicelle à 24 mois est de 78,6 %. Étant donné que la vaccination contre la varicelle ne requiert qu'une dose à l'âge de 18 mois (dans le vaccin combiné avec RRO), on peut comprendre qu'un certain retard est rattrapé entre l'âge de 18 mois et l'âge de 24 mois. Cependant, une grande partie de la non-atteinte de l'engagement n'est pas expliquée par un simple retard. Il faut noter également que la couverture vaccinale à 24 mois contre la rougeole, qui nécessite 2 doses, est seulement de 78,8 % (alors que plus de 90 % des enfants ont reçu une dose à cet âge).
1.01.29-Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	950	1 115	950	Engagement atteint

NOM DE L'INDICATEUR	ENGAGEMENT 2017-2018	RÉSULTAT 2017-2018	ENGAGEMENT 2018-2019	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Santé publique – Infections nosocomiales				
1.01.26-Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	70	57,9	80	Malgré une amélioration significative du taux de conformité, l'établissement a dû faire face à certains défis en cours d'année qui ont contribué à la non-atteinte de l'engagement 2017-2018. L'équipe de prévention et contrôle des infections a fonctionné avec un personnel réduit, allant jusqu'à la moitié de ses effectifs réguliers, pour des raisons variées (congé maternité, absence maladie, postes devenus vacants). Ce manque de personnel a eu un impact négatif sur le soutien à l'intégration des pratiques d'hygiène des mains dans plusieurs installations. Un groupe de travail interdirections a été mis sur pied en cours d'année afin d'identifier et de soutenir la mise en application de stratégies visant à améliorer le taux de conformité, notamment par la responsabilisation et l'implication plus soutenue des gestionnaires. Une révision des outils d'audit interne ainsi que du processus de compilation a été amorcée.
1.01.19.01-Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	95	100	100	Engagement atteint
Santé publique – Infections nosocomiales				
1.01.19.02-Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	95	100	100	Engagement atteint
1.01.19.04-Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	95	100	100	Engagement atteint
1.01.19.03-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	Abandonné pour 2018-2019	Engagement atteint
Services généraux				
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	95,7	95,8	95,7	Engagement atteint
Soutien à l'autonomie des personnes âgées				
1.03.10-Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	66,7	33,33	66,7	Trois des neuf RLS présentent un niveau de déploiement optimal. Pour corriger la situation, une cible d'amélioration par RLS et par composante sera identifiée, et ce, en lien avec les différents lots de travail identifiés dans l'engagement du soutien à domicile (SAD) prioritaire. La multiplicité des travaux en soutien à domicile, la mise en place d'une nouvelle gouvernance du projet SAD prioritaire ont contribué à la non-atteinte de l'engagement. La reconnaissance du Ministère des actions déployées par l'établissement en gestion de cas antérieures aux nouvelles orientations et en concordance avec les préalables à l'implantation mobilisent davantage à atteindre un autre palier de déploiement pour 2018-2019. Ainsi, trois autres RLS présentent chacun un niveau de déploiement presque optimal. Il n'y a pas d'enjeu quant à la qualité des données.

NOM DE L'INDICATEUR	ENGAGEMENT 2017-2018	RÉSULTAT 2017-2018	ENGAGEMENT 2018-2019	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Soutien à l'autonomie des personnes âgées (suite)				
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	83,5	83	83,5	Pour corriger la situation et pour connaître et mieux suivre la tendance, inclure un suivi périodique au tableau de bord des indicateurs de la Direction des programmes de soutien aux personnes âgées (DPSAPA). Les milieux où l'on observe un petit nombre d'admissions et une moins grande offre d'hébergement alternatif de proximité sont plus à risque de présenter une proportion plus grande d'admissions de personnes avec un profil inférieur à 10. La présence de services spécialisés d'hébergement pour les personnes avec des troubles graves de comportement influence le résultat d'une installation à Sherbrooke. 24 des 29 installations atteignent la cible à plus de 90 %, comparativement à 21 en 2016-2017. Il n'y a pas d'enjeu quant à la qualité des données.
Soutien à domicile de longue durée				
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	69 8473	64 1381	69 8473	Depuis janvier 2018, une nouvelle structure de gouvernance a été mise en place pour assurer un suivi optimal du projet soutien à domicile (SAD). Dans cette nouvelle structure, des rencontres de suivi du comité tactique sont réalisées aux deux semaines et le comité directeur se réunit mensuellement. Ceci permet de soutenir les équipes et de dénouer rapidement les obstacles qui entravent le déploiement du projet. De plus, dans cette nouvelle structure, un lot de travail est dédié à la performance. Les acteurs de ce lot ont revu les outils afin de faciliter le suivi des cibles du projet. Le processus en lien avec les achats de services effectués auprès des différents partenaires de la communauté fait partie des éléments qui sont révisés. Ceci nous permettra de colliger l'ensemble des heures de services effectuées par nos ententes de partenariats (achats de services). Les deux facteurs les plus contraignants à l'atteinte de l'engagement ont été l'absentéisme pour les ressources humaines et la pénurie de main-d'œuvre en travail social. Compte tenu que les travailleurs sociaux ont un impact important sur la complétion de l'OEMC qui permet de déterminer le profil Iso-SMAF, le profil de plusieurs usagers demeure non déterminé. Les heures de services sont donc données en lien avec l'évaluation faite, mais le profil de l'utilisateur n'est pas déterminé. Un meilleur accès au comptoir de données et l'implantation de l'Outil de cheminement clinique informatisé (OCCI) pourront soutenir la complétion de l'OEMC. Malgré l'engagement non atteint, pour un même nombre d'heures travaillées, on observe une légère augmentation des heures de service de soutien à domicile. Les investissements futurs devraient nous permettre d'atteindre les cibles du projet. Des travaux sont réalisés afin d'améliorer la saisie des données dans l-CLSC par les intervenants. Des liens sont établis avec nos pilotes du système pour que l'application du cadre de référence soit standardisée et uniforme sur tout le territoire. Une formation de mise à niveau est en déploiement auprès des coordonnateurs, des chefs de services et du personnel aux fonctions de coordination. Les intervenants auront également cette mise à niveau.
Déficiences				
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique – TOUTS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90	81,5	90	Les indicateurs 1.45.04.01-EG2 et 1.45.05.01-EG2 sont étroitement liés à l'indicateur 1.03.11-PS du soutien à domicile (SAD). Depuis janvier 2018, une nouvelle structure de gouvernance a été mise en place pour assurer un suivi optimal du projet SAD et assurer une meilleure prise en charge dans les services spécifiques en DI-TSA DP. Dans cette nouvelle structure, des rencontres de suivi du comité tactique sont réalisées aux deux semaines et le comité directeur se réunit mensuellement. Ceci permet de soutenir les équipes et de dénouer rapidement les obstacles qui entravent le déploiement du projet. De plus, dans cette nouvelle structure, un lot de travail est dédié à la performance. Les acteurs de ce lot ont revu les outils afin de faciliter le suivi des cibles du projet. Les indicateurs 1.45.04.01-EG2 et 1.45.05.01-EG2 font partie des cibles qui sont suivies et pour lesquelles des actions ont été faites pour assurer un meilleur suivi. Les deux facteurs les plus contraignants à l'atteinte de l'engagement ont été l'absentéisme pour les ressources humaines et la pénurie de main-d'œuvre (travailleurs sociaux). Des travaux sont réalisés afin d'améliorer les données saisies dans l-CLSC par les intervenants. Des liens sont établis avec nos pilotes du système afin que l'application du cadre de référence soit standardisée et uniforme sur tout le territoire. Une formation de mise à niveau est en déploiement auprès des coordonnateurs, des chefs de services et des personnes en fonction de coordination clinique. Les intervenants auront également cette mise à niveau d'ici l'automne 2018.

NOM DE L'INDICATEUR	ENGAGEMENT 2017-2018	RÉSULTAT 2017-2018	ENGAGEMENT 2018-2019	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Déficiences (suite)				
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90	89,6	90,9	Engagement atteint
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90	72,8	90	Les indicateurs 1.45.04.01-EG2 et 1.45.05.01-EG2 sont étroitement liés à l'indicateur 1.03.11-PS du soutien à domicile (SAD). Depuis janvier 2018, une nouvelle structure de gouvernance a été mise en place pour assurer un suivi optimal du projet SAD et assurer une meilleure prise en charge dans les services spécifiques en DI-TSA DP. Dans cette nouvelle structure, des rencontres de suivi du comité tactique sont réalisées aux deux semaines et le comité directeur se réunit mensuellement. Ceci permet de soutenir les équipes et de dénouer rapidement les obstacles qui entravent le déploiement du projet. De plus, dans cette nouvelle structure, un lot de travail est dédié à la performance. Les acteurs de ce lot ont revu les outils afin de faciliter le suivi des cibles du projet. Les indicateurs 1.45.04.01-EG2 et 1.45.05.01-EG2 font partie des cibles qui sont suivies et pour lesquelles des actions ont été faites pour assurer un meilleur suivi. Les deux facteurs les plus contraignants à l'atteinte de l'engagement ont été l'absentéisme pour les ressources humaines et la pénurie de main-d'œuvre (travailleurs sociaux). Des travaux sont réalisés afin d'améliorer les données saisies dans I-CLSC par les intervenants. Des liens sont établis avec nos pilotes du système afin que l'application du cadre de référence soit standardisé et uniforme sur tout le territoire. Une formation de mise à niveau est en déploiement auprès des coordonnateurs, des chefs de services et des personnes en fonction de coordination clinique. Les intervenants auront également cette mise à niveau d'ici l'automne 2018.
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90,6	96,6	96,4	Engagement atteint
1.46-Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail	63	48,6	65	Actuellement, le processus de référence vers les centres d'activités de jour et d'ateliers de travail est révisé afin de permettre une prise en charge rapide dès la fin de la fréquentation du milieu scolaire. Les délais d'accès sont suivis en continu et un arrimage entre les partenaires de la communauté se poursuit également pour permettre une transition plus fluide. Les arrimages avec le milieu scolaire demeurent à optimiser pour que le signalement des jeunes qui terminent leur scolarité soit plus fluide. Le mode de référence actuel entraîne des délais avant la prise en charge lorsque la fréquentation scolaire est terminée. Nous observons une légère diminution par rapport à l'année dernière, mais compte tenu du petit volume d'utilisateurs, il est difficile d'en dégager une tendance significative. De plus, l'engagement, tel que mesuré, n'inclut pas l'ensemble du volume des utilisateurs qui ont quitté le milieu scolaire et qui ont transité vers le milieu du travail ou dans des milieux permettant de maintenir leur intégration sociale (utilisateurs entre 16 et 20 ans exclus du calcul). Aussi, l'engagement, comme calculé, n'inclut pas les utilisateurs pour lesquels une transition vers un milieu d'hébergement est requis. Ces types de prises en charge surviennent parfois à la fin de la scolarisation; l'utilisateur est alors pris en charge, mais cette action ne se reflète pas sur les résultats observés.
1.05.15-Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	48	45,96	45,5	Engagement atteint

NOM DE L'INDICATEUR	ENGAGEMENT 2017-2018	RÉSULTAT 2017-2018	ENGAGEMENT 2018-2019	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Jeunes en difficulté				
1.06.17-Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	12,78	13,33	12,48	Les activités 2017-2018 se sont inscrites afin de poursuivre et de compléter l'implantation du programme d'intervention en négligence au sein du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. De plus, des actions supplémentaires sont prises afin de s'assurer que les activités cliniques réalisées dans le programme aient un impact direct sur les enfants vivant en contexte de négligence. - Compléter le déploiement du programme d'intervention en négligence (les 5 composantes) - Assurer une dotation optimale du programme PIN et plus précisément au niveau des équipes du service de proximité - Déployer la formation portant sur le PIN à l'interne et auprès de nos principaux partenaires concernés par la problématique - Développer et consolider les partenariats avec les milieux communautaires, scolaires et centres de la petite enfance - Harmoniser et consolider les programmes SIPPE et PIN dans nos RLS - Mesurer l'efficacité et l'efficience de l'application du programme et des pratiques en négligence dans le but d'éviter la récurrence ou la détérioration de la problématique de négligence - Augmenter les actions directes aux enfants en fonction des besoins spécifiques de chaque jeune Les enjeux suivants expliquent en partie la non-atteinte de l'engagement : - Augmentation significative des signalements retenus - Difficulté au niveau de la dotation des postes (accès à la main-d'œuvre de qualité) - Non-harmonisation des pratiques - Difficulté au niveau de l'attraction et la rétention au niveau des programmes SIPPE et négligence - Implication de nos partenaires dans l'accompagnement des usagers à l'accès aux services de proximité - Les liens entre les services RTS et la protection de la jeunesse doivent être consolidés (transferts personnalisés...) Tous ces éléments et enjeux sont inclus dans notre planification annuelle 2018-2019 et seront suivis dans notre salle de pilotage. Par ailleurs nos objectifs viennent s'aligner avec le A3 ministériel suivi par le CGR. La Direction du programme jeunesse a également amorcé l'analyse de la sous-trajectoire des personnes vivant en contexte de négligence. Ces travaux visent à identifier les zones critiques dans le parcours de l'utilisateur afin de déployer des actions concertées pour améliorer l'accès et la continuité des soins et services ainsi que pour assurer une meilleure réponse à leurs besoins.
Dépendance				
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées	80	90,6	90,5	Engagement atteint
1.07.06-Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	80	86,6	83	Engagement atteint
Santé mentale				
1.08.13-Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	936	711	936	Pour corriger la situation, des postes seront affichés en mai 2018 afin d'augmenter le nombre de places et nous poursuivrons la mise en œuvre du plan d'action du suivi intensif dans le milieu-soutien d'intensité variable (SIM-SIV). L'engagement 2018-2019 proposé par le Ministère, calculé sur l'engagement 2017-2018 (594) plutôt que sur le résultat de P13 (556) de 2017-2018, a affecté l'atteinte de l'objectif. De plus, une partie des budgets d'investissement est réservée pour le soutien administratif du personnel (ordinateur, bureau, etc.) diminuant ainsi le nombre réel de places pouvant être consolidées. Aussi, il y a eu des difficultés de recrutement causées par une pénurie de main-d'œuvre qualifiée. Par rapport à l'an passé, nous disposons de 145 places supplémentaires, ce qui correspond à une augmentation de 25 %.
1.08.14-Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	185	248,4	272	Engagement atteint

NOM DE L'INDICATEUR	ENGAGEMENT 2017-2018	RÉSULTAT 2017-2018	ENGAGEMENT 2018-2019	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Santé physique – Urgence				
1.09.01-Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	12	13,2	12	La durée moyenne de séjour (DMS) sur civière est de 13,2 h, ce qui se situe en deçà de la moyenne provinciale qui est de 13,7 h. Trois urgences sur huit dépassent la cible de 12 h de DMS sur civière soit celle de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, de l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins et de l'Hôpital de Granby. Pour l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, ceci s'explique par une augmentation de la DMS en santé mentale (19,2 h) et du délai après la demande d'hospitalisation qui est passé de 7,5 h en 2015-2016 à 18,3 h en 2017-2018. Également, l'augmentation du nombre de NSA sur les unités de courte durée a entraîné une diminution marquée de l'accès aux lits d'hospitalisation pour les patients sur civière de cette urgence. Pour l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins, la DMS est passée de 16,9 h à 18,2 h, conséquence de l'augmentation de la DMS des patients hospitalisés (28,9 h), du délai après la demande d'admission (21,2 h), de la DMS des patients avec demande d'admission non hospitalisés (40,5 h) et de la DMS des patients de santé mentale (15,6 h). Le délai avant la demande d'admission s'est amélioré de 1,1 h pour cette installation. Pour l'Hôpital de Granby, la DMS s'est améliorée de 1,6 h cette année pour se situer à 19,3 h. Les DMS des patients hospitalisés (26,6 h), des patients avec demande d'admission non hospitalisés (37,2 h) et le délai après la demande d'admission (16,9 h) se sont améliorés. Les urgences de l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins et de l'Hôpital de Granby se démarquent avec des DMS particulièrement élevées ce qui a un effet important sur les résultats compte tenu que l'on fait une moyenne d'urgences très différentes. Toutes les autres se sont maintenues ou améliorées. Cinq d'entre elles sur huit sont en deçà de la cible. Nous notons une augmentation du nombre de visites-civières, des visites totales et du total d'ambulances pour la région, ce qui démontre l'alourdissement de la clientèle qui se présente dans les urgences. Le pourcentage des visites-civières par rapport aux visites est de 35 %, ce qui se compare à la moyenne des établissements du Québec. Nous observons également cette année une augmentation du nombre d'ambulances pour la région. Les délais avant la demande d'admission sont excellents à 9,7 h en moyenne, alors que les délais après la demande d'admission sont importants à 10,4 h en moyenne. Enfin, si l'on ne considère que la DMS des patients hospitalisés, on voit bien la problématique de l'accès aux lits de courte durée puisqu'on prend en moyenne 19,3 h pour admettre un patient après son arrivée à l'urgence en Estrie. Les plans de contingence en fonction du taux d'occupation ont été produits et sont appliqués aux urgences. Des conférences téléphoniques deux fois par jour ont eu lieu de février à avril entre le DGA et les directeurs concernés afin de désengorger les urgences. Cinq chantiers prioritaires sont suivis en pilotage mensuel par la DGA santé physique. Dans tous les établissements, un suivi rigoureux de la gestion des lits est en place avec un caucus quotidien impliquant tous les partenaires pour trouver des solutions adaptées pour améliorer la fluidité des épisodes de soins et dénouer les enjeux de manière proactive, dont le recours aux unités de débordement et aux sites non traditionnels (SNT) le cas échéant. Des unités d'hospitalisation brèves pourraient améliorer sensiblement la DMS sur civière à l'urgence pour les conditions cliniques exigeant une observation et une investigation ne dépassant pas 48 à 72 h. Ceci pourrait également diminuer le recours aux unités de débordement.
Santé physique – Soins palliatifs et de fin de vie				
1.09.05-Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 745	1 620	1 793	Après analyse, il appert que la diminution globale du nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile provient d'une baisse significative (-24 %) des usagers dans une de nos installations : le RLS de Sherbrooke et spécifiquement dans le sous-centre d'activités des soins infirmiers à domicile (6173). Bien que des travaux et des formations au personnel ont été menés afin d'harmoniser la compréhension du cadre normatif du I-CLSC, incluant le profil d'intervention « 121 », les consignes données sont les mêmes qui prévalaient antérieurement dans les installations. Donc, il y a peu de probabilité que cette diminution soit associée à un changement de pratique dans la codification. Tout usager ayant besoin de soins palliatifs à domicile est pris en charge rapidement (lors d'une nouvelle demande) et il n'existe aucune liste d'attente pour cette clientèle. Les causes exactes de cette diminution n'ont pu être identifiées clairement. Cependant, les critères cliniques sur lesquelles les intervenants se basent pour prendre leur décision de modifier le profil d'intervention d'un usager en 121 n'ont pas encore été harmonisés et formalisés dans l'ensemble de l'établissement. Des travaux à cet égard sont prévus au début du mois de juillet 2018 pour une diffusion au personnel dès que possible.
1.09.45-Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	55	55	55	Engagement atteint
1.09.46-Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	7	7	8	Engagement atteint

NOM DE L'INDICATEUR	ENGAGEMENT 2017-2018	RÉSULTAT 2017-2018	ENGAGEMENT 2018-2019	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Santé physique – Services de première ligne				
1.09.25-Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF)	25	25	26	Engagement atteint
1.09.48 Nombre total de groupes de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique)	2	1	1	Le GMF qui était ciblé pour devenir le deuxième GMF-R manque d'effectif médical pour accomplir la mission réseau et le premier GMF-R manque d'effectif médical pour atteindre un niveau 2.
Santé physique – Chirurgie				
1.09.33.01-Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	90	64,1	90	La Direction des services professionnels a mandaté un expert Lean pour soutenir les équipes médicales et administratives dans l'atteinte des cibles d'accès en chirurgie. Nous appliquons la méthode rigoureuse du DMAIC (Définir, Mesurer, Analyser, Améliorer (Improve), Contrôler) de l'approche Six Sigma. Les mesures et l'analyse nous démontrent un potentiel d'amélioration du mode de planification des chirurgies pour améliorer l'équité d'accès et l'optimisation du temps opératoire afin d'augmenter les volumes. Deux chantiers majeurs ont déjà débuté en ce sens et nous nous attendons à des résultats probants et durables au début de l'automne prochain. Le principal facteur à la non-atteinte de l'engagement est le manque de personnel, surtout infirmier, qui nous a parfois contraints à diminuer la cadence dans les blocs opératoires ou à diminuer le nombre de cas avec hospitalisation. Présentement, nous avons trois chirurgiens absents en urologie. Nous avons aussi une saturation importante des plateaux techniques avancés de l'Hôpital Fleurimont. Nous n'avons pas de problème de qualité de données ou d'indicateur à signaler.
Santé physique – Chirurgie				
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	100	86,9	100	La Direction des services professionnels a mandaté un expert Lean pour soutenir les équipes médicales et administratives dans l'atteinte des cibles d'accès en chirurgie. Nous appliquons la méthode rigoureuse du DMAIC (Définir, Mesurer, Analyser, Améliorer (Improve), Contrôler) de l'approche Six Sigma. Les mesures et l'analyse nous démontrent un potentiel d'amélioration au niveau du mode de planification des chirurgies pour améliorer l'équité d'accès et l'optimisation du temps opératoire pour augmenter les volumes. Deux chantiers majeurs ont déjà débuté en ce sens et nous nous attendons à des résultats probants et durables au début de l'automne prochain. Le principal facteur à la non-atteinte des cibles est le manque de personnel, surtout infirmier qui nous a parfois contraints à diminuer la cadence dans les blocs opératoires ou à diminuer le nombre de cas avec hospitalisation. Présentement, nous avons trois chirurgiens absents en urologie. Nous avons aussi une saturation importante des plateaux techniques avancés de l'Hôpital Fleurimont. Nous n'avons pas de problèmes de qualité de données ou d'indicateurs à signaler.
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	96,7	100	Dans la plupart des installations, les principaux requis sont en place en ce qui a trait à la réalisation des étapes requises pour l'élimination des zones grises en courte durée et soins critiques. Toutefois, nous constatons qu'il devient de plus en plus difficile de désigner, sur les unités de soins, des responsabilités au personnel affecté à la dispensation des soins à l'usager (ex. : préposé aux bénéficiaires, infirmière auxiliaire, infirmière). Il manque d'effectif pour combler adéquatement les besoins des départements, ce qui rend difficile l'actualisation de la gestion des zones grises. Principaux risques : - le fardeau de tâches des préposés aux bénéficiaires; - le manque de main-d'œuvre; - la capacité de remplacement. Actuellement, nous vivons une telle situation aux soins intensifs à l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins. Des démarches sont en évaluation entre la Direction des soins infirmiers, la Direction des services techniques et les autres secteurs cliniques pour identifier un préposé aux bénéficiaires ou une aide de service à qui nous pourrions désigner des responsabilités de l'intégrité sanitaire de certaines surfaces et équipements. Nous espérons pouvoir corriger la situation au cours de l'exercice 2018-2019.

NOM DE L'INDICATEUR	ENGAGEMENT 2017-2018	RÉSULTAT 2017-2018	ENGAGEMENT 2018-2019	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Ressources humaines				
3.01-Ratio d'heures en assurance-salaire	6,5	7,82	6,5	Malgré une hausse du taux d'assurance-salaire comparativement au taux de l'année 2016-2017, nous observons que le ratio périodique demeure relativement stable durant l'année. Les titres d'emploi les plus touchés par la hausse sont les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires. Au cours de la dernière année, plusieurs mesures ont été mises en place pour corriger la situation : - Mise en place d'un plan d'action en gestion de la présence au travail par direction; - Formation « Gérer la présence au travail – Mon rôle au quotidien » en cours de déploiement depuis septembre 2017. L'ensemble des gestionnaires de l'établissement devrait être formé d'ici la mi-juin 2018; - Déploiement d'un guide pratique à l'intention des gestionnaires pour les soutenir dans la gestion de la présence au travail et le soutien à la réintégration au travail des employés; - Mise en place d'indicateurs de gestion et des outils d'analyse reliés au ratio assurance-salaire et taux d'accidents de travail, et ce, par direction; - Adoption et déploiement de la Politique en prévention, présence et qualité de vie au travail. Le plan de déploiement est en cours de réalisation; - Mise en place du comité de vigilance pour soutenir et accompagner les directions ayant un haut taux d'absentéisme; - Déploiement d'un programme ergo-bureau; - Élaboration d'un projet (Démarche de prévention des risques psychosociaux du travail et des troubles musculo-squelettiques) plus spécifiquement pour les titres d'emploi d'infirmières auxiliaires et de préposés aux bénéficiaires (en attente d'une réponse du Ministère).
3.05.02-Taux d'heures supplémentaires	2,8	3,74	2,8	A. Certaines mesures ont été mises en place pour corriger la situation. La poursuite du comité stratégique sur la gestion intégrée de la main-d'œuvre qui implique toutes les directions de l'organisation. Les objectifs visés sont : - Mieux coordonner et prioriser les différents projets;
3.06.00-Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,43	0,63	0,43	A. Certaines mesures ont été mises en place pour corriger la situation. La poursuite du comité stratégique sur la gestion intégrée de la main-d'œuvre qui implique toutes les directions de l'organisation. Les objectifs visés sont : - Mieux coordonner et prioriser les différents projets; - Créer des leviers qui favorisent une coordination des projets organisationnels et des projets d'optimisation impliquant la main-d'œuvre; - Créer une gestion proactive de la main-d'œuvre (analyse des causes souches et agir sur les bons leviers); - Agir rapidement sur les situations critiques. B. La mise en place de mesures dans les secteurs d'activités et les titres d'emploi les plus vulnérables sont : - La poursuite et la bonification de l'offre de garantie d'heures; - La poursuite d'un processus d'embauche massive; - La mise en place du parcours soins infirmiers pour les infirmières et infirmières auxiliaires; - La mise en place de passerelle stage-emploi; - L'analyse et le rehaussement des structures de poste; - L'harmonisation des calendriers d'affichage de postes à l'interne; - L'optimisation de la planification des horaires; - La mise en place de pratiques de gestion permettant une gestion optimale de la main-d'œuvre (ex. : quotas de vacances, octroi de congé). C. Les facteurs qui influencent ces résultats sont multifactoriels. Parmi eux, il y a : - La réorganisation de la structure de l'établissement depuis la fusion; - L'ouverture de plusieurs lits de débordement sur le territoire en CHSLD et en milieu hospitalier pour répondre aux besoins de la population; - Le bassin restreint de candidats potentiels dans certains titres d'emploi; - La complexité de gestion reliée à l'application de 57 dispositions locales en attendant la fin des négociations locales; - L'harmonisation des pratiques de gestion à poursuivre des quatorze anciens établissements; - Le taux d'absentéisme élevé. D. Appréciation des résultats : - Malgré la non-atteinte des engagements, le nombre d'employés a augmenté au net de 600 personnes depuis l'an passé (+3.7 %). Ce qui a aidé à contenir la hausse des taux; - Les augmentations des pourcentages de temps supplémentaire et de main-d'œuvre indépendante sont les plus notables pour les infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires et infirmières.

NOM DE L'INDICATEUR	ENGAGEMENT 2017-2018	RÉSULTAT 2017-2018	ENGAGEMENT 2018-2019	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
Ressources technologiques				
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	95	97,7	Transféré en suivi de programme	Engagement atteint

Légende

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



4

Chapitre 4 **Données financières**

4.1 ÉTATS FINANCIERS

4.1.1 Charges brutes par programmes-services (AS471 P.700)

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent	
	Dépenses	%	Dépenses	%
Programmes-services				
Santé publique	20 520 494 \$	1.5 %	20 177 035 \$	1.6 %
Services généraux – activités cliniques et d’aide	62 742 611 \$	4.7 %	58 412 754 \$	4.6 %
Soutien à l’autonomie des personnes âgées	228 052 814 \$	17.0 %	209 897 690 \$	16.6 %
Déficiences physique	36 279 645 \$	2.7 %	34 852 215 \$	2.8 %
Déficiences intellectuelle et TSA	39 739 605 \$	3.0 %	38 445 479 \$	3.0 %
Jeunes en difficulté	79 791 854 \$	6.0 %	76 153 810 \$	6.0 %
Dépendances	6 073 020 \$	0.5 %	5 861 553 \$	0.5 %
Santé mentale	60 021 370 \$	4.5 %	56 877 039 \$	4.5 %
Santé physique	528 519 958 \$	39.4 %	502 652 958 \$	39.7 %
Programmes soutien				
Administration	82 939 196 \$	6.2 %	75 557 544 \$	6.0 %
Soutien aux services	100 981 491 \$	7.5 %	97 294 509 \$	7.7 %
Gestion des bâtiments et des équipements	94 922 987 \$	7.1 %	90 682 228 \$	7.2 %
Total	1 340 585 045 \$	100.0 %	1 266 864 814 \$	100.0 %

Pour avoir accès aux états financiers complets, consultez notre site internet à l’adresse : [https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Publications/Rapports/Rapports annuels/2017-2018/AS-471_2017-2018.pdf](https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Publications/Rapports/Rapports_annuels/2017-2018/AS-471_2017-2018.pdf).

4.1.2 Équilibre budgétaire

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001), l'établissement doit maintenir l'équilibre entre ses dépenses et ses revenus en cours d'année financière, et aucun établissement public ne doit encourir de déficit à la fin d'une année financière.

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS présente à la page 200 du rapport financier annuel au 31 mars 2018, un déficit de 14 311 504 \$ au fonds d'exploitation, et un surplus de 555 009 \$ au fonds d'immobilisations, pour un déficit net de 13 756 495 \$. Ce déficit s'explique par une augmentation des absences de longue durée en assurance salaire, ainsi que la hausse du temps supplémentaire et de la main d'œuvre indépendante. Ces différents éléments de la masse salariale représentent une augmentation des dépenses de plus de 20 millions de dollars depuis l'exercice 2015-2016.

La direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ), en collaboration avec les directions cliniques, techniques et administratives de l'établissement, met en place et coordonne des stratégies de gestion intégrée de la main-d'œuvre (GIMO) visant à contrer cette hausse des absences de maladie de longue durée et du travail effectué en temps supplémentaire et en temps supplémentaire obligatoire. D'ores et déjà, au cours des six dernières périodes financières de l'exercice 2017-2018, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS est parvenu à stabiliser les absences de maladie de longue durée.

4.1.3 Contrats de services

En qui concerne les renseignements relatifs aux contrats de services, le rapport annuel de gestion d'un établissement public ou privé conventionné doit inclure le tableau suivant :

CONTRATS DE SERVICES, COMPORTANT UNE DÉPENSE DE 25 000 \$ ET PLUS, CONCLUS ENTRE LE 1^{ER} AVRIL 2017 ET LE 31 MARS 2018

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	8	411 108.00 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	94	153 907 786.71 \$
Total des contrats de services ³	102	154 318 894.71 \$

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

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

4.2 GESTION ET CONTROLES DES EFFECTIFS ET CONTRATS DE SERVICE

4.2.1 Gestion et contrôle des effectifs

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

11045150 - CIUSSS de l'Estrie - CHUS		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04		2017-04-02 au 2018-03-31		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	1 068 993	3 446	1 072 439	589	683
	2015-16	959 919	2 519	962 438	528	654
	2016-17	954 018	2 661	956 679	525	623
	2017-18	951 324	2 236	953 560	524	614
	Variation	(11,0 %)	(35,1 %)	(11,1 %)	(11,1 %)	(10,1 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	3 162 242	16 926	3 179 168	1 753	2 277
	2015-16	3 116 390	14 610	3 131 000	1 726	2 256
	2016-17	3 173 838	14 673	3 188 511	1 760	2 274
	2017-18	3 279 705	14 219	3 293 924	1 820	2 316
	Variation	3,7 %	(16,0 %)	3,6 %	3,8 %	1,7 %
3 - Personnel infirmier	2014-15	6 799 012	263 510	7 062 522	3 645	4 938
	2015-16	6 918 092	214 922	7 133 014	3 706	5 055
	2016-17	6 896 052	229 596	7 125 648	3 684	4 960
	2017-18	6 971 192	290 091	7 261 283	3 722	5 036
	Variation	2,5 %	10,1 %	2,8 %	2,1 %	2,0 %
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	10 861 105	217 607	11 078 711	5 987	7 970
	2015-16	10 740 986	210 878	10 951 864	5 917	7 895
	2016-17	10 797 887	249 126	11 047 012	5 949	7 908
	2017-18	11 007 647	292 245	11 299 892	6 064	8 276
	Variation	1,3 %	34,3 %	2,0 %	1,3 %	3,8 %
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	2 542 491	28 215	2 570 706	1 293	1 752
	2015-16	2 502 929	19 923	2 522 851	1 273	1 721
	2016-17	2 477 781	30 685	2 508 467	1 261	1 753
	2017-18	2 541 696	39 799	2 581 495	1 292	1 864
	Variation	0,0 %	41,1 %	0,4 %	(0,1 %)	6,4 %
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	59 636	226	59 862	33	199
	2015-16	40 647	256	40 903	22	135
	2016-17	41 728	115	41 843	23	147
	2017-18	37 684	169	37 853	21	124
	Variation	(36,8 %)	(25,2 %)	(36,8 %)	(36,7 %)	(37,7 %)
Total du personnel	2014-15	24 493 479	529 929	25 023 408	13 299	17 236
	2015-16	24 278 963	463 108	24 742 071	13 173	17 163
	2016-17	24 341 304	526 856	24 868 160	13 202	17 102
	2017-18	24 789 247	638 759	25 428 006	13 443	17 581
	Variation	1,2 %	20,5 %	1,6 %	1,1 %	2,0 %

La cible allouée au CIUSSS de l'Estrie - CHUS n'a pas été atteinte, avec un écart de 559 846 heures par rapport à l'année 2016-2017. Les données de 2017-2018 révèlent une augmentation des heures rémunérées, par rapport à l'année 2016-2017, principalement dans les heures travaillées. Les importants développements d'activités cliniques, qui ont amené des ajouts de personnel œuvrant pour les soins et services directs aux usagers, expliquent en bonne partie l'écart par rapport à la cible. Dans le domaine hospitalier, ces importants développements des volumes d'activités cliniques se traduisent notamment par une augmentation de plus de 6 % des admissions entre 2015-2016 (30 370 admissions) et 2017-2018 (32 303 admissions). Qui plus est, la performance des activités cliniques s'est vue renforcée grâce aux ajouts de personnel effectués, comme l'illustre la baisse de 6 % de la durée moyenne de séjour entre 2015-2016 et 2017-2018. L'autre portion de l'écart à la cible est liée à la hausse des absences de maladies de longue durée et du temps supplémentaire constaté dans la majeure partie du réseau québécois de la santé et des services sociaux.

4.3 LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

RESPECT DES RÈGLES ET DES NORMES

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a accordé un soutien financier de 32 612 742 \$ pour l'année financière 2017-2018 à 211 organismes communautaires œuvrant sur le territoire. La portion de ce financement accordée en soutien à la mission globale totalise 27 942 629 \$ et a été attribuée à 197 organismes communautaires. Le soutien financier à la mission globale représente donc 86 % du financement accordé aux organismes communautaires du territoire par le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC).

Par ailleurs, parmi les 211 organismes subventionnés reconnus par le PSOC, 72 ont reçu du financement par entente pour des activités spécifiques pour un montant global de 3 277 890 \$.

ACTIONS RÉALISÉES

Au cours de l'année 2017-2018, comme l'exige le PSOC, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a analysé les documents de reddition de comptes des organismes communautaires sous sa responsabilité, soit :

- le rapport d'activité et le rapport financier du dernier exercice financier complété;
- l'avis de convocation, l'ordre du jour ainsi que le procès-verbal de la dernière assemblée générale annuelle des membres;
- les relevés statistiques appropriés, lorsque requis.

Un mécanisme de suivi est en place pour assurer la conformité et le respect des normes. Une attention particulière a été portée au respect des termes de la Convention PSOC 2015-2018.

ALLOCATION DES RESSOURCES AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2016-2017 Base annuelle	2017-2018 Base annuelle
MAINTIEN À DOMICILE	\$	\$
Aide communautaire de Lennoxville et des environs	260 188	262 009
Centre d'action bénévole de Bedford et environs inc.	113 633	114 429
Centre d'action bénévole de Cowansville	122 765	123 625
Centre d'action bénévole de Farnham inc.	118 978	119 811
Centre d'action bénévole de Granby inc.	150 971	152 027
Centre d'action bénévole de Magog (Carrefour du partage)	157 282	158 383
Centre d'action bénévole aux 4 vents	103 531	104 256
Centre d'action bénévole Valcourt et région	118 898	119 730
Centre d'action bénévole de la Missisquoi – Nord	154 252	155 332
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook	215 421	216 929
Centre d'action bénévole de Windsor	130 664	131 579
Centre d'action bénévole du Granit	242 193	243 888
Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François	277 016	278 955
Centre d'action bénévole R. H. Rediker	156 582	157 678
Centre de bénévolat de Richmond	124 945	125 820
Centre de bénévolat Mieux-Être Ville de Lac Brome	2 305	30 016
Club 3ième âge de Farnham inc.	25 805	30 181
Comité popote roulante de Cowansville inc. (Le)	28 556	28 756
Comité popote roulante de Farnham inc. (Le)	17 255	17 375
Équipe d'accompagnement Au Diapason (L')	42 122	42 417
Handi-Apte (L'Alliance sherbrookeoise pour l'autonomie à domicile)	165 119	166 275
La Société Alzheimer de l'Estrie	98 500	99 190
Le Centre d'action bénévole des Sources (Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc)	218 835	220 367
Le Réseau d'amis de Sherbrooke	303 490	305 614
Les Soins palliatifs La Rose des vents de l'Estrie	121 260	122 109
Maison soutien aux aidants (La)	205 888	207 329
Popote de la région de Bedford (La)	37 354	37 616
Popote roulante de l'Ange-Gardien	2 239	27 144
Rayon de soleil de l'Estrie	114 788	115 592
Regroupement soutien aux aidants de Brome-Missisquoi	125 901	126 783
Sercovie	287 780	289 794
Société Alzheimer de Granby et région inc.	60 436	60 859
Total – Maintien à domicile	4 318 088	4 391 868

PROMOTION ET SERVICES À LA COMMUNAUTÉ

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2016-2017 Base annuelle	2017-2018 Base annuelle
Aide communautaire de Lennoxville et des environs	8 073	8 130
Alternative en santé mentale l'Autre Versant inc.	411 968	414 852
Animation jeunesse Haut-Saint-François	44 453	44 764
Arrimage Estrie	156 737	157 834
Association Avante	189 491	190 817
Association de la fibromyalgie de l'Estrie	139 799	140 778
Association de la sclérose en plaques de l'Estrie	156 740	157 837
Association de parents de personnes handicapées de Brome-Missisquoi	74 345	74 865
Association de Sherbrooke pour la déficience intellectuelle (ASDI)	121 289	122 138
Association de spina bífida et d'hydrocéphalie de l'Estrie	56 893	57 291
Association d'entraide en santé mentale «L'Éveil» de Brome-Missisquoi	163 109	164 251
Association des accidentés cérébraux-vasculaires ou traumatisés crâniens Estrie (ACTE)	278 702	280 653
Association des groupes jeunesse de l'Or Blanc	87 609	88 222
Association des Personnes Aphasiques Granby-Région	14 788	30 104
Association des personnes handicapées physiques de Brome-Missisquoi	102 167	102 882
Association des proches de personnes atteintes de maladie mentale de l'Estrie	217 601	219 124
Association des sourds de l'Estrie	56 893	57 291
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (AQEPA) Estrie (05)	31679	31 901
Association du syndrome de Down de l'Estrie	59 786	60 205
Association Épilepsie Estrie	33 672	33 908
Association Garagona Inc.	2 592	30 018
Association Granby pour la déficience intellectuelle	71 347	71 846
Association PANDA Brome-Missisquoi	57 652	58 071
Association québécoise des troubles d'apprentissage (AQETA) Section Estrie	0	14 825
Association sportive jeunes handicapés	0	25 000
Au point 14-18 de Danville	87 607	88 220
Auberge sous mon toit inc.	417 182	420 102
Autisme Estrie (fusion de Autism'Aide et SATEDE)	242 183	243 879
Azimet-Nord	46 956	47 285
Baluchon Alzheimer	21 181	29 385
Banque alimentaire Memphrémagog	104 106	104 835
Braille Atout	0	10 000
Bulle et Baluchon	141 394	142 384
Cellule jeunes et familles de Brome-Missisquoi (La)	46 896	47 224
Centre communautaire Partage St-François	0	128 884
Centre d'action bénévole de Magog (Carrefour du partage)	2 884	2 903
Centre d'action bénévole Valcourt et région (CAB)	26 311	26 495
Centre d'action bénévole aux 4 vents inc.	84 361	84 977
Centre d'action bénévole de Bedford et environs inc.	57 915	58 338

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2016-2017 Base annuelle	2017-2018 Base annuelle
Centre d'action bénévole de Cowansville	60 996	61 441
Centre d'action bénévole de Farnham inc.	57 303	57 723
Centre d'action bénévole de Granby inc.	80 174	80 610
Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord	21 714	21 865
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook	86 651	87 258
Centre d'action bénévole de Sherbrooke (CAB)	65 724	66 184
Centre d'action bénévole de Windsor (CAB)	12 283	12 369
Centre d'action bénévole du Granit	65 688	66 147
Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François	20 661	20 806
Centre d'action bénévole R.H. Rediker	36 119	36 371
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (C.A.L.A.C.S.) de Granby	273 080	275 052
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de l'Estrie	416 904	419 822
Centre de bénévolat de Richmond (CAB)	17 150	17 270
Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska inc.	408 167	411 031
Centre de soutien de l'Estrie	0	25 000
Centre d'entraide La Boussole inc.	35 995	36 247
Centre d'Entraide Plus de l'Estrie	83 645	84 231
Centre des femmes de la MRC du Granit	199 076	200 470
Centre des femmes du Val-Saint-François	228 639	240 240
Centre des femmes La Parolière	199 076	200 470
Centre des femmes Lennoxville et environs	203 820	205 247
Centre des femmes Memphrémagog	199 179	200 573
Centre des jeunes de Lennoxville	88 032	88 648
Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie	204 588	231 020
Centre jeunesse « Le trait d'union »	134 966	135 987
Centre l'Élan	161 720	162 852
Centre pour femmes immigrantes de Sherbrooke	203 819	205 246
Centre Regroupement jeunesse de Rock Forest	81 206	81 774
Club des personnes handicapées Brome-Missisquoi inc.	208 512	36 626
Coalition sherbrookoise pour le travail de rue	218 244	219 771
Collective par et pour Elle inc.	193 966	195 324
Comité popote roulante de Cowansville inc. (Le)	13 288	13 381
Comité popote roulante de Farnham inc. (Le)	20 442	20 585
Corporation jeunesse Memphrémagog	105 789	106 530
Cuisine collective Le Blé d'Or de Sherbrooke	101 170	101 878
Cuisines collectives « Bouchée-Double » Memphrémagog	104 104	104 833
Cuisines collectives de la Montérégie (Les)	230 485	232 123
Cuisines collectives du Haut-Saint-François	93 336	93 989
Défi handicap des Sources	0	25 000
Diabète Brome-Missisquoi (DBM)	37 855	38 120

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2016-2017 Base annuelle	2017-2018 Base annuelle
Diabète Estrie	56 895	57 293
Diabétiques de la Haute-Yamaska (Les)	6 643	30 047
DIRA ESTRIE	123 051	123 913
Divers-Gens	0	10 000
Dysphasie – Estrie	89 401	90 027
Élixir ou l'Assuétude d'Ève	156 740	170 942
Entrée Chez-Soi Brome–Missisquoi	227 838	229 433
Entr'Elles Granby inc.	341 880	344 273
Équipe d'accompagnement Au Diapason (L')	7 708	7 762
Étincelles de bonheur du Haut–Saint–François	83 649	84 235
Exit de Waterloo (L')	154 044	155 242
Famille Espoir	23 826	23 993
Famille Plus	23 826	23 993
Gris Estrie (Groupe régional intervention social Estrie)	0	10 000
Handi Apte	13 136	13 228
Handi–capable	47 800	48 135
Horizon pour elle inc.	774 861	780 284
Intervention régionale et information sur le SIDA (IRIS Estrie)	80 248	87 234
JEVI Centre de prévention du suicide – Estrie	421 593	424 545
Justice alternative et médiation	274 927	276 851
L'A.R.C.H.E. de l'Estrie	230 345	231 957
La Bouée régionale Lac–Mégantic	698 213	703 100
La Chaudronnée de l'Estrie	95 985	96 657
La Cordée, ressource alternative en santé mentale	411 610	414 490
La Croisée des Sentiers	123 104	123 966
La Cuisine Amitié de la MRC des Sources	89 368	89 994
La Grande Table	89 368	89 994
La Maison Caméléon de l'Estrie	59 747	60 165
La Maison de la famille du Granit	31 899	32 122
La Maison des familles FamillAction	16 820	16 938
La Maison des jeunes Actimaje	89 689	90 317
La Maison des jeunes de Coaticook	89 685	90 313
La Maison des jeunes de la St–François	114 932	115 737
La Maison des jeunes de l'Or Blanc	101 254	101 963
La Méridienne 1990	698 198	703 100
La Passerelle de Weedon	199 178	200 572
La Place des jeunes l'Intervalle de Bromptonville	29 791	30 209
La Relève du Haut–St–François (Le Comité de la relève de Scotstown)	34 035	34 273
La Société Alzheimer de l'Estrie	265 667	366 717
La Source–Soleil	364 263	366 813

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2016-2017 Base annuelle	2017-2018 Base annuelle
L'Autre-Rive	162 593	163 732
Le Centre d'action bénévole des Sources (CAB) (Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc)	23 669	23 834
Le Domaine de la sobriété	156 740	167 513
Le Pont, organisme de justice alternative	393 659	396 415
Le Réseau d'amis de Sherbrooke	13 239	13 332
Le Rivage du Val-Saint-François	149 795	150 844
Le Seuil de l'Estrie	217 638	229 161
Le Tremplin 16 - 30	0	50 569
L'Ensoleillée – ressource communautaire en santé mentale	131 333	132 252
Les Fantastiques de Magog	83 649	84 235
Les Grands frères et grandes sœurs de l'Estrie	43 778	44 085
Les Jeunes du coin d'Ascot	88 031	88 647
Les Soupapes de la bonne humeur	83 649	84 235
Les Tabliers en folie	96 604	97 280
L'Escale de l'Estrie	889 606	895 833
Local des jeunes des Jardins-Fleuris	14 722	60 000
Loisirs et services communautaires de Lac-Brome inc.	6 608	6 687
Maison Alice-Desmarais	761 071	766 398
Maison CALM	189 198	302 726
Maison de la famille de Sherbrooke	8 614	8 674
Maison de la famille Memphrémagog	31 971	32 195
Maison de répit Déragon inc.	131 007	131 924
Maison des familles Granby et région	14 500	14 675
Maison des grands-parents de Sherbrooke	4 385	4 416
Maison des jeunes de Farnham	133 376	134 339
Maison des jeunes de Fleurimont	29 791	30 000
Maison des jeunes de Granby inc. (La)	116 519	117 044
Maison des jeunes de Sutton inc. (La)	86 605	87 236
Maison des jeunes de Waterville : Les Pacifistes	45 594	45 913
Maison des jeunes Le Boum (La)	106 786	107 548
Maison des jeunes l'Initiative	89 308	89 933
Maison d'hébergement jeunesse Espace Vivant/Living room	282 642	284 623
Maison d'hébergement pour personnes en difficulté de Granby Inc.	325 435	327 713
Maison d'hébergement R.S.S.M.	420 692	423 637
Maison hébergement pères enfants Estrie (Maison Oxygène Estrie)		75 000
Maison Jeunes-Est	222 859	230 599
Maison soutien aux aidants (La)	211 634	213 115
Marraine Tendresse de l'Estrie	25 730	41 108
Moisson Haut-St-François	0	10 000
Moisson-Estrie	170 451	171 644

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2016-2017 Base annuelle	2017-2018 Base annuelle
MomentHom Centre d'entraide pour hommes de l'Estrie	162 375	193 512
Naissance–Renaissance Estrie	530 248	533 960
O.E.I.L. (L')	2 592	30 018
Oasis Santé Mentale Granby et région	246 225	247 968
Orientation jeunesse de la Haute-Yamaska	37 594	37 857
Parenfant Montérégie (Le)	60 734	61 159
Partage Notre–Dame	50 916	75 980
Phare source d'entraide (Le)	151 165	152 169
Points Jeunesse du Granit	107 090	107 840
Popote de la région de Bedford (La)	2 658	2 677
Popote roulante de l'Ange–Gardien	2 872	2 892
Promotion et défense des droits en santé mentale de l'Estrie (Pro–Def)	213 933	215 430
Rayon de soleil de l'Estrie (personnes âgées)	18 643	18 773
Regroupement des organismes communautaires (ROC) de l'Estrie	113 230	114 023
Regroupement soutien aux aidants de Brome–Missisquoi	58 387	58 796
Réseau d'appui aux familles monoparentales et recomposées de l'Estrie (RAME)	30 411	30 624
Ressource pour hommes de la Haute-Yamaska	161 563	172 694
Ressources communautaires en santé mentale «L'éveil»	123 306	133 374
S.O.S. Dépannage Granby et région inc.	150 447	151 525
S.O.S. Grossesse (Estrie)	156 739	157 836
Santé mentale Estrie	27 950	30 196
Sclérose en plaques Haute-Yamaska–Richelieu	53 569	53 944
Secours–Amitié (Estrie)	181 430	182 700
Séjour la Bonne œuvre	686 459	691 263
Sercovie (personnes âgées)	66 899	67 267
Service d'interprétation pour personnes sourdes de l'Estrie	156 739	157 836
SHASE (Soutien aux hommes agressés sexuellement durant l'enfance)	0	55 000
Société Alzheimer de Granby et région inc.	72 243	72 749
Solidarité ethnique régionale de la Yamaska	10 154	10 260
SPOT Jeunesse de Sherbrooke	88 032	88 648
TDA/H Estrie	160 061	161 181
TDC Québec	0	30 000
Transition pour elles inc.	201 199	202 607
Unité Domrémy d'Asbestos	113 523	124 425
Unité Domrémy de Windsor	15 109	40 514
Villa Pierrot	0	25 000
Virage Santé Mentale	130 549	141 065
Zone libre Memphrémagog	84 912	98 058



ANNEXE

A

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

CODE D'ÉTHIQUE

ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DU C. A. DU CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS

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 C. A. 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 C. A., 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.

Code d'éthique et de déontologie adopté par le C. A. du CIUSSS de l'Estrie – CHUS le 4 février 2016.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

2. 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 C. A. et de les responsabiliser en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce code a pour prémisses d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur.

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

3. 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 *LSSSS* (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).
- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).
- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme* (RLRQ, chapitre T-11.011).

4. DÉFINITIONS

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

Administrateur : Membre du C. A. du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Code : Code d'éthique et de déontologie des administrateurs élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le C. A.

Comité d'examen ad hoc : Comité institué par le C. A. 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 : C. A. de l'établissement, comme défini par les articles 9 et 10 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*.

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

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

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

Établissement : CIUSSS de l'Estrie – CHUS

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

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

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 C. A., qu'il soit indépendant, désigné ou nommé.

Personne indépendante : Comme 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 circonstances².

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 C. A. serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'établissement.

5. CHAMP D'APPLICATION

Tout membre du C. A. est assujéti aux règles du présent code.

6. DISPOSITION FINALE

Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le C. A. Le comité de gouvernance et d'éthique du C. A. 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

² 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.

législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil lors d'une de ses séances régulières.

7. 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 C. A. ainsi que du nom des membres révoqués ou suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

8. 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 C. A. 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 assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

9. 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 C. A. doit :

9.1 Disponibilité et compétence

- Être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du C. A., et ce, selon les modalités précisées au Règlement sur la régie interne du C. A. 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.

9.2 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 C. A., 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 C. A., malgré sa dissidence, en faisant preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

9.3 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.

9.4 Transparence

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

9.5 Discrétion 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 C. A. 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 C. A.
- 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 C. A. exige le respect de la confidentialité.

9.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

9.7 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.

9.8 Charge publique

- Informer le C. A. de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.
- 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 ou le placer en conflit d'intérêts.

9.9 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 C. A. 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 C. A. ont droit au remboursement des dépenses effectuées dans l'exercice de leurs fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

9.10 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.

9.11 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.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

10.

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.

11.

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.

12.

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 C. A.;
- 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 C. A.;
- 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.

13.

Le membre doit déposer et déclarer par écrit au C. A. 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 C. A. et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

14.

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 C. A. ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au C. A. en remplissant le formulaire Déclaration de conflit d'intérêts de l'annexe V.

15.

Le membre qui est en situation de conflit 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.

16.

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.

APPLICATION

17. 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 jours de l'adoption du présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du C. A. du CIUSSS de l'Estrie – CHUS par le C. A., 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.

18. 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 C. A.;
- 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 C. A. pour adoption;
- g) évaluer périodiquement l'application du présent code et faire des recommandations au C. A., le cas échéant;
- h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le C. A.;
- i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent code et faire rapport au C. A.

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 C. A.

19. Comité d'examen ad hoc

19.1

Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen ad hoc composé d'au moins trois 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 C. A. ou de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.

19.2

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.

19.3

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 C. A., 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 C. A. a contrevenu ou non au présent code;
- c) faire des recommandations au C. A. sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

19.4

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.

19.5

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.

20. Processus disciplinaire

20.1

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.

20.2

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.

20.3

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 jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen ad hoc et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s). Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen ad hoc.

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

20.4

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.

20.5

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 C. A.

20.6

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.

20.7

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.

20.8

Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le C. A. 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.

20.9

Le C. A. 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 C. A. doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.

20.10

Toute mesure prise par le C. A. 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 C. A. en informe le président-directeur général ou le Ministre, selon la gravité du manquement.

20.11

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 C. A. en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.

20.12

Le secrétaire du C. A. 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).

20.13 Notion d'indépendance

Le membre du C. A., qu'il soit indépendant, désigné ou nommé, doit dénoncer par écrit au C. A., dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. Il doit transmettre au C. A. 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.

20.14 Obligations en fin du mandat

Dans le cadre du présent document, le membre de C. A. 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 C. A.

ANNEXE 1.1 – ENGAGEMENT

ET AFFIRMATION DU MEMBRE

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

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

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

En foi de quoi, j'ai _____, pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du C. A. du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et je m'engage à m'y conformer.

Signature

Date

Lieu

Affirmé solennellement devant moi à _____ ce _____.

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

ANNEXE 1.2 – AVIS

[illegible]

- 178 -

ANNEXE 1.3 – DÉCLARATION

DES INTÉRÊTS DU MEMBRE

Je, _____, membre du C. A. du CIUSSS de l'Estrée – CHUS, déclare les éléments suivants :

INTERETS PECUNIAIRES

- ☐ 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 :

- _____
- _____
- _____

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 C. A. du CIUSSS de l'Estrée – CHUS.
- ☐ 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 C. A. du CIUSSS de l'Estrée – CHUS :

- _____
- _____
- _____

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 C. A. du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du C. A. du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et m'engage à m'y conformer.

Signature

Date

Lieu

ANNEXE 1.4 – DÉCLARATION

DES INTÉRÊTS DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE

Je, _____, présidente-directrice générale et membre d'office du C. A. du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, déclare les éléments suivants :

INTERETS PECUNIAIRES

- ☐ 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 :

- _____
- _____
- _____

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 C. A. du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
- ☐ 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 C. A. du CIUSSS de l'Estrie – CHUS :

- _____
- _____
- _____

EMPLOI

« La présidente-directrice générale et la présidente-directrice générale adjointe 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 C. A. du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et m'engage à m'y conformer.

Signature

Date

Lieu

ANNEXE 1.5 – DÉCLARATION

DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

Signature

Date

Lieu

ANNEXE 1.6 – SIGNALEMENT

D'UNE SITUATION DE CONFLIT 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 C. A. 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

Lieu

ANNEXE 1.7 – AFFIRMATION

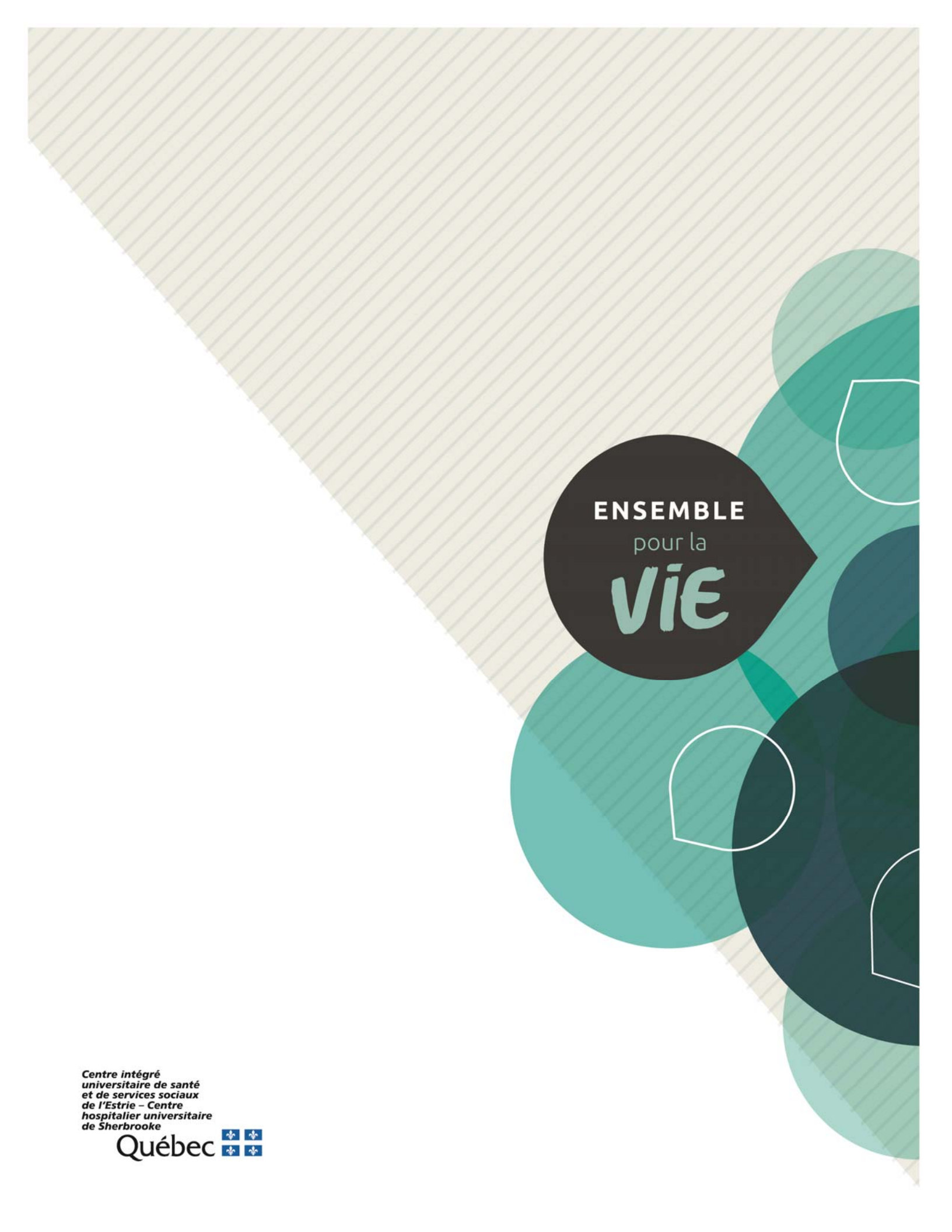
DE DISCRÉTION DANS UNE ENQUÊTE D'EXAMEN

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

Lieu



ENSEMBLE
pour la
Vie

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

Québec

