



Rapport annuel de gestion

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

2016-2017

ENSEMBLE
pour la
ViE

Québec 

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 : 978-2-550-78942-0 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-78943-7 (version 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

LA COMMUNAUTÉ DU CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS MOBILISÉE POUR OFFRIR PLUS DE SOINS ET DE SERVICES, ENSEMBLE, AVEC LA POPULATION ET LES PARTENAIRES

Si l'année 2015-2016 a été une période de grande transformation et de réorganisation administrative, les douze derniers mois, quant à eux, ont été consacrés à poursuivre la réorganisation clinique et à consolider les assises du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, notre CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Certes exigeante à différents degrés pour l'ensemble des personnes travaillant au sein de notre établissement, l'année qui vient de s'achever aura aussi permis de mettre en lumière leur engagement exceptionnel. Sans leur soutien indéfectible et leur inestimable apport, il aurait été tout simplement impossible de réaliser cette importante réorganisation et l'ensemble des grands chantiers reliés à nos 33 objectifs stratégiques.

Nous tenons d'ailleurs à remercier chaleureusement et à témoigner notre immense reconnaissance à ces milliers de femmes et d'hommes engagés qui, à chaque jour, mettent leur expertise et leur passion au service des usagers et de la population. Ils contribuent tous, de façon directe ou indirecte, à la qualité et à l'accessibilité des soins et des services offerts, de même qu'au bon fonctionnement et à l'efficacité de notre établissement. Notre organisation est aussi fière de pouvoir compter sur un conseil d'administration fort de ses comités et de ses instances où chacun des membres met à profit ses connaissances et ses compétences, au bénéfice des usagers et des quelque 500 000 personnes formant la population de notre vaste territoire.

LES SOINS ET LES SERVICES À LA POPULATION MIS À L'AVANT-PLAN

Malgré les exigences budgétaires, les soins et les services ont été préservés, voire même rehaussés dans plusieurs cas. Tout en poursuivant les mesures d'optimisation visant des économies de 25 millions de dollars, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS termine l'année en équilibre budgétaire, et cela tout en réussissant à :

- maintenir et à améliorer les soins et les services aux usagers;
- respecter le mot d'ordre : moins d'administration pour protéger les soins et les services;
- poursuivre l'intégration au territoire des RLS de la Pommeraiie et de la Haute-Yamaska (excluant les services préhospitaliers d'urgence et les services Info-Santé et Info-Social);
- considérer les besoins des communautés, notamment ceux des fondations, des organismes communautaires et des partenaires locaux;
- poursuivre l'implantation de la gestion par trajectoires de soins et services et à assurer le financement de notre mission universitaire.

Les résultats de 2016-2017 viennent démontrer la capacité de la communauté du CIUSSS de l'Estrie – CHUS à travailler ENSEMBLE, avec les partenaires et la population, et à demeurer ancrée sur son VRAI NORD : *Agir POUR et AVEC l'usager, les proches et la population.*

Le pourcentage de la population de notre territoire inscrit auprès d'un médecin de famille est passé de 75 % à 82 %; le nombre de chirurgies réalisées a augmenté de 5 % et celui des examens d'imagerie a connu une hausse de 12 %; 59 lits ont été ajoutés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et 60 places en ressource non institutionnelle ont été attribuées. À cette liste, s'ajoute la réduction du délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA).

La population a également contribué au maintien ou à l'amélioration de l'accès, en adhérant à une deuxième offre, lorsque possible, pour une consultation ou une intervention médicale dans un autre réseau local de services (RLS). Cela nous a permis de maximiser l'utilisation de nos ressources et de nos infrastructures, notamment les salles d'opération et l'imagerie médicale. Les usagers ont maintenant la possibilité de profiter plus rapidement de certains services.

L'utilisation pertinente des services de proximité représente également un facteur contribuant à l'efficacité de notre établissement. En effet, pour des cas moins urgents ou non urgents, les usagers optent de plus en plus pour les groupes de médecine de famille (GMF) et les centres locaux de services communautaires (CLSC), au lieu de se diriger vers les urgences. L'augmentation de la fréquentation de ces services de proximité démontre la coopération de la population à utiliser, lorsque possible, des moyens alternatifs aux urgences et plus appropriés à leurs besoins.

LES GRANDS DÉFIS 2017-2018

L'amélioration de l'accessibilité aux soins et aux services, la gestion intégrée des ressources humaines, le recrutement de personnel pour répondre aux défis des investissements consentis par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour les soins et les services et le renforcement des technologies de l'information et des télécommunications seront au cœur des grands défis à relever pour la prochaine année. Nous demeurons confiants d'y arriver, ENSEMBLE, grâce au travail soutenu et à l'engagement de la communauté du CIUSSS de l'Estrée – CHUS.

Nous vous invitons maintenant à parcourir le Rapport annuel de gestion 2016-2017 du CIUSSS de l'Estrée – CHUS. Vous serez à même de constater l'ensemble des réalisations portées par les quelque 17 000 femmes et hommes formant notre organisation, et tout le chemin parcouru en seulement deux années!

Bonne découverte!



A handwritten signature in blue ink that reads "Jacques Fortier".

M. Jacques Fortier
Président du conseil d'administration

A handwritten signature in blue ink that reads "Patricia Gauthier".

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 2016-2017 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 2017.



M^{me} Patricia Gauthier
Présidente-directrice générale

TABLE DES MATIÈRES

Lexique et acronymes	VII
----------------------	-----

PARTIE 1

RÔLE ET FONCTIONNEMENT DU CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS

1.1 Territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.....	13
1.2 Description de l'établissement	23
1.3 Gouvernance.....	28

PARTIE 2

PLAN D'ACTION ORGANISATIONNEL

2.1 Agir pour et avec l'utilisateur, ses proches et la population	77
2.2 Garantir l'accessibilité aux soins et services	81
2.3 Assurer la qualité des soins et des services	94
2.4 Utiliser judicieusement les ressources	102
2.5 Bâtir pour et avec le personnel, les médecins, gestionnaires, partenaires, bénévoles et communautés	107
2.6 Intégrer la mission universitaire	111

PARTIE 3

DONNÉES FINANCIÈRES

3.1 États financiers.....	115
3.2 Gestion et contrôle des effectifs et contrats de service.....	155
3.3 Organismes communautaires.....	157
3.4 Opérations avec les fondations	167

ANNEXES

A Code d'éthique et de déontologie	170
B Attentes spécifiques.....	191
C Chapitre IV de l'entente de gestion	199

LEXIQUE

ET ACRONYMES

AAPA	Approche adaptée à la personne âgée
ACMQ	Association des conseils multidisciplinaires du Québec
AMP	Activités médicales particulières
APSS	Accès priorisé aux services spécialisés
C. A.	C. A.
CABE	Cahier d'analyse des besoins de l'enfant
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
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
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
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
CVQ	Comité de vigilance et de la qualité
DA	Déficiência 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	Déficiência intellectuelle – trouble du spectre de l'autisme
DOCC	Diabète, obésité et complications cardiovasculaires
DP	Déficiência physique
DPDI-TSA-DP	Direction des programmes de déficiência intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficiência 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	Déficience visuelle
ETMISSS	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux
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
GIR	Gestion intégrée des risques
GMF	Groupe de médecine de famille
GED	Grille d'évaluation du développement
GVSS	Groupe vigilance pour la sécurité des soins
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
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)
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NSA	Niveaux de soins alternatifs
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OIIQ	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
PCI	Prévention et contrôle des infections
PDG	Présidente-directrice générale
PDGA	Présidente-directrice générale adjointe
PIN	Programme d'intervention en négligence
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PRES	Programme régional d'évaluation spécialisée
PSI	Plan de services individualisés

PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
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
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
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
TDAH	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

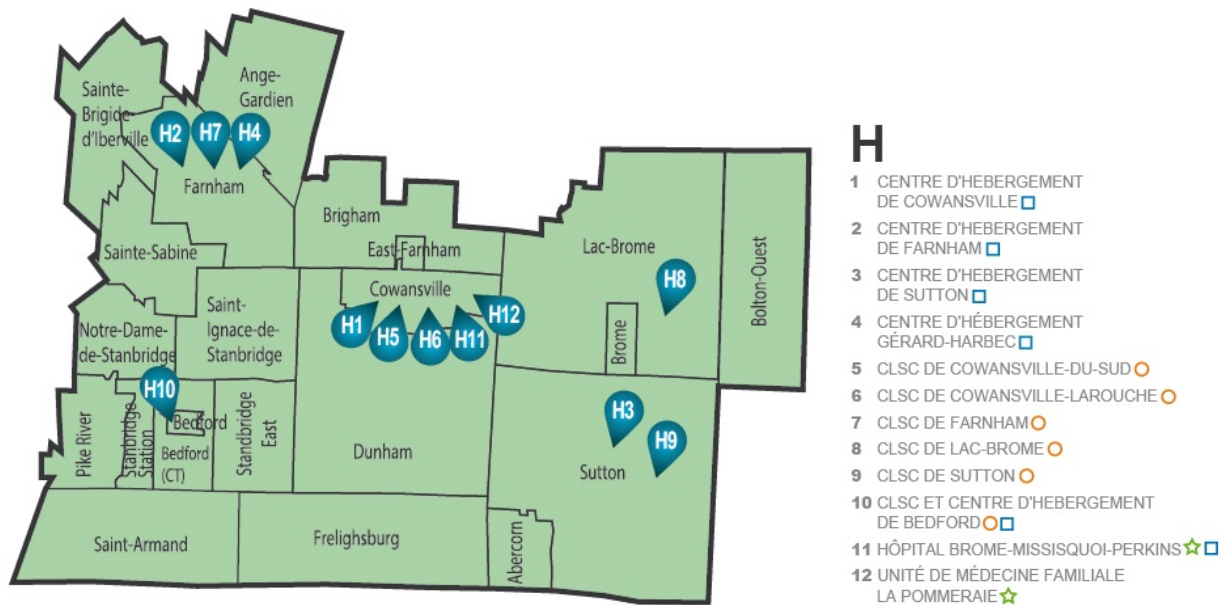
Rôle et fonctionnement du CIUSSS de l'Estrie - CHUS

1.1 TERRITOIRE DU CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS

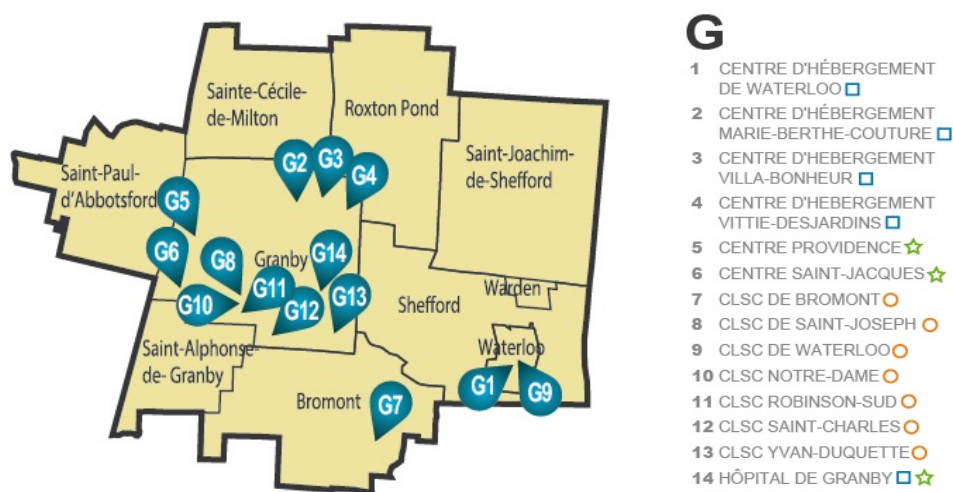
FIGURE 1

1.1.1 Réseaux locaux de services et installations

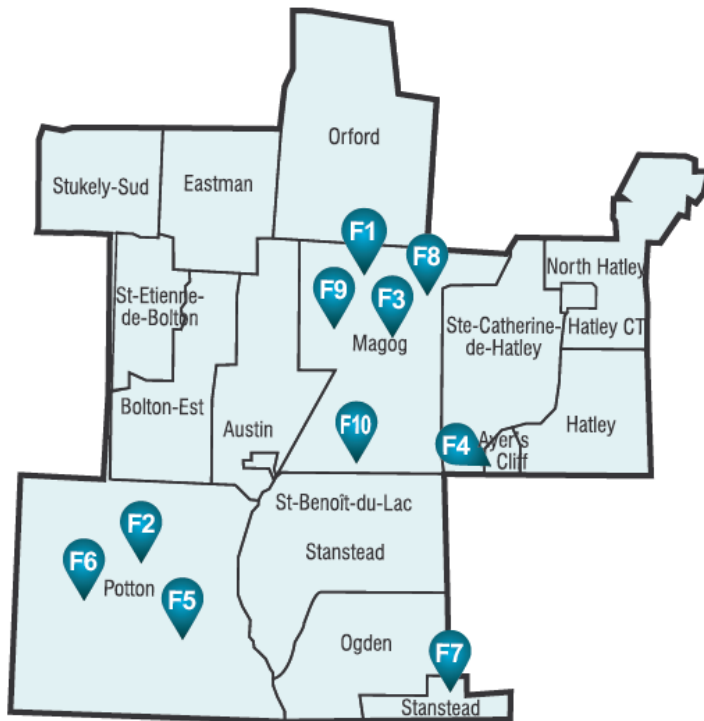
— RLS DE LA POMMERAIE —



— RLS DE LA HAUTE-YAMASKA —



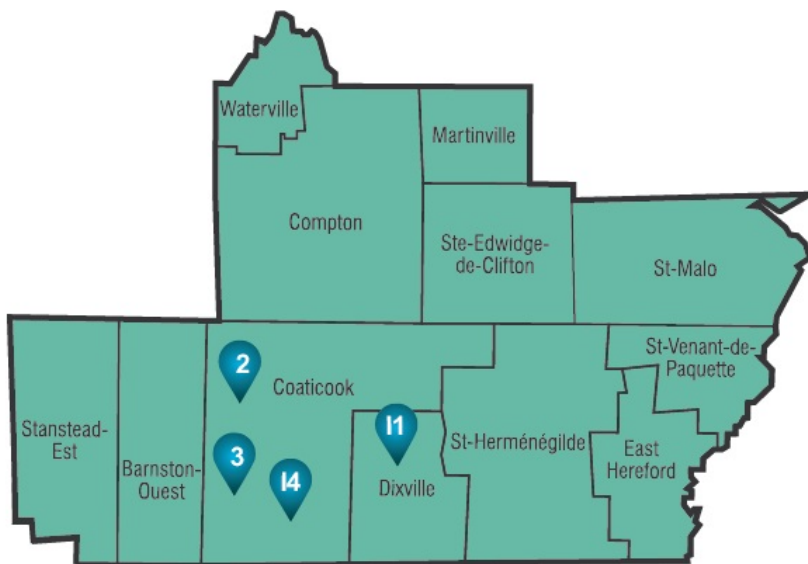
— RLS DE MEMPHRÉMAGOG —



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 ■

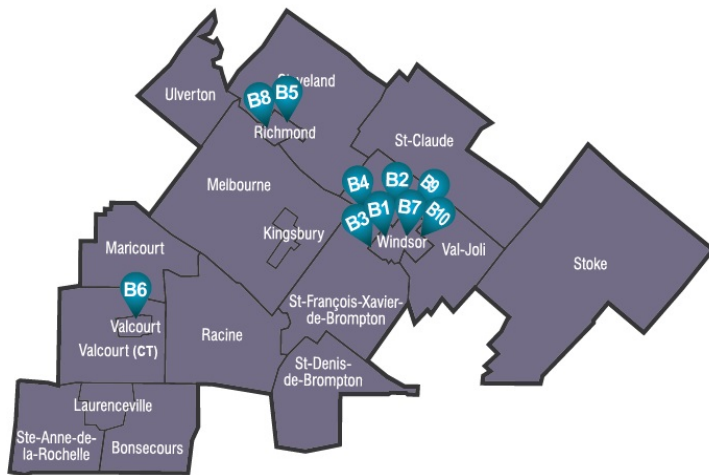
— RLS DE COATICOOK —



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 ■

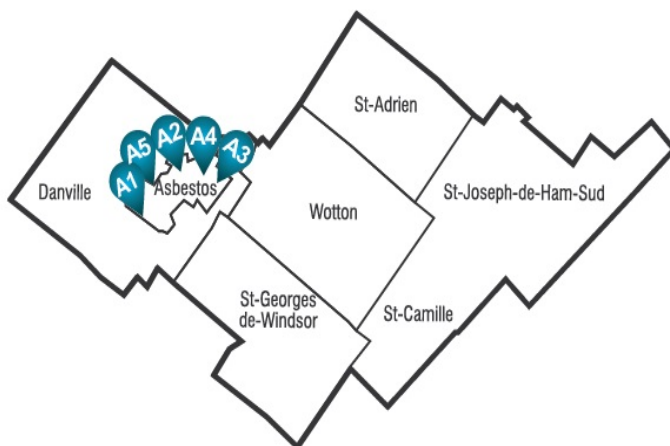
— RLS DE VAL SAINT-FRANÇOIS —



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 ■

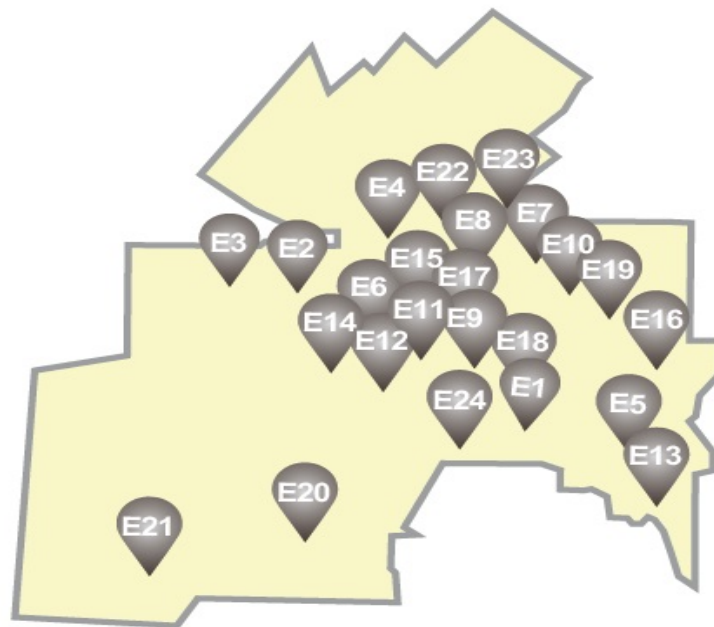
— RLS DU GRANIT —



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'ENVOLEE ■ |
| | 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

Note au lecteur : les références, sources de données, abréviations et notes méthodologiques sont détaillées dans le rapport regroupant l'ensemble des territoires « Faits saillants concernant la santé de la population de l'Estrie et de ses territoires » au www.santeestrie.qc.ca.

En 2015, la région sociosanitaire de l'Estrie compte 474 000 personnes. Ceci représente environ près de 6 % de la population provinciale. La croissance démographique estrienne est de 3,7 % sur les cinq dernières années. La population estrienne est un peu plus vieille que celle du Québec (âge médian de 44 ans contre 42 ans). Dans la région, 9 % des gens ne parlent pas français à la maison et 5 % sont nés à l'extérieur du Canada.^{1, 2}

FAITS SAILLANTS POUR TOUTE LA POPULATION

Caractéristiques socio-économiques

- Environ 40 % des individus âgés de 25 à 64 ans ont un diplôme d'études secondaires (DES) ou moins. La scolarité a des impacts sur la santé. Par exemple, les adultes estriens qui ont un DES ou moins fument deux fois plus que ceux qui ont un diplôme universitaire;^{1, 3, 4}
- En 2011, 26 % des adultes (25 à 64 ans) n'occupent pas un emploi et 11 % vivent dans un ménage à faible revenu. Plus du quart des personnes vivant dans un ménage où le revenu est inférieur à 30 000 \$ déclarent un état de santé passable ou mauvais contre une personne sur 20 dans les ménages dans lesquels le revenu est de 80 000 \$ ou plus. La prévalence du diabète est 3,5 fois plus élevée chez les moins nantis que chez les plus fortunés. Ce rapport est de 1,4 pour l'obésité.^{1, 4}

Déterminants de santé

- L'accès aux services médicaux demeure un enjeu. Près d'un adulte sur cinq n'a pas de médecin de famille et on observe de grandes disparités géographiques à cet égard.¹

État de santé

- On compte environ 2 600 nouveaux cas de cancer par an. Bien que le taux d'incidence du cancer soit supérieur à celui du Québec, le taux de mortalité par cancer est plus faible dans la région. L'Estrie se démarque négativement par un taux d'incidence du cancer de la peau (mélanome) à la hausse et plus élevé qu'au Québec, et ce, particulièrement chez les femmes;⁵
- Près de 320 hospitalisations par an sont causées par des accidents impliquant des véhicules à moteur (sur route et hors route) et la région se démarque défavorablement du Québec. Le nombre de décès par accident routier est à la baisse, mais environ 40 personnes perdent la vie sur nos routes chaque année et le taux de mortalité est plus élevé en Estrie qu'au Québec;¹
- La moitié des décès sont attribuables à deux grandes causes : le cancer (33 %) et les maladies du cœur (19 %). La troisième cause la plus fréquente est l'ensemble des traumatismes (6 %);⁶
- Annuellement, on dénombre environ 72 décès par suicide, dont près de 60 chez les hommes. Pour les plus récentes périodes disponibles, les taux de mortalité (2008-2012) par suicide et d'hospitalisations pour tentatives de suicide (2010-2014) sont plus élevés en Estrie qu'au Québec.⁶

FAITS SAILLANTS SPECIFIQUES AUX ENFANTS DE 0 A 5 ANS

Les 30 000 enfants dans la région représentent 6 % de la population. En 2014, on a enregistré 4 830 naissances dans la région.^{7, 8}

- Les femmes qui donnent naissance en Estrie sont généralement un peu moins scolarisées (9 % n'ont pas de DES) et un peu plus jeunes que celles du Québec. Pour 3 % des naissances, la mère est âgée de 19 ans ou moins;¹
- Seulement 78 % des enfants ont reçu tous les vaccins prescrits à l'âge de 2 ans. Ce chiffre est inférieur à la donnée provinciale et au-dessous des cibles de vaccination (95 %);¹
- À la maternelle, le quart des enfants est vulnérable dans au moins un domaine de développement, ce qui veut dire qu'ils sont moins bien outillés pour profiter pleinement de ce que l'école peut offrir et ils sont plus susceptibles d'éprouver des difficultés scolaires. Il est préoccupant de constater que cette proportion grimpe à 46 % parmi les enfants dont la langue maternelle est l'anglais, et non le français et que ceci est spécifique à notre région.⁹

FAITS SAILLANTS SPECIFIQUES AUX JEUNES DE 6 A 17 ANS

On compte environ 57 000 jeunes âgés de 6 à 17 ans, ce qui représente 12 % de la population : ⁷

- Les élèves du secondaire de l'Estrie se démarquent défavorablement pour la consommation excessive d'alcool. En effet, 45 % des élèves disent avoir bu cinq consommations ou plus au moins une fois dans l'année en Estrie contre 41 % au Québec;¹
- Un peu plus du tiers des élèves du secondaire disent avoir été victimes de violence ou de cyberintimidation;¹
- La proportion de jeunes de 1 à 17 ans qui ont reçu un diagnostic de troubles de santé mentale est de 12 % et elle est à la hausse en Estrie et au Québec. Les troubles mentaux affectent 1,5 fois plus les garçons que les filles. Parmi les élèves du secondaire, 9 % disent avoir reçu un diagnostic d'anxiété et 5 %, de dépression. Finalement, 17 % des élèves du secondaire déclarent avoir reçu un diagnostic de trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) en Estrie contre 13 % au Québec;^{6, 1}
- Il y a plus de 1 300 cas déclarés de chlamydia par an en Estrie et 70 % de ceux-ci le sont chez les 15 à 24 ans. Le taux d'incidence de la chlamydia chez les jeunes est à la hausse et il est plus élevé chez les filles que celui du Québec. Parmi les élèves du secondaire, 65 % ont porté le condom lors de leur dernière relation sexuelle, ce qui est légèrement plus faible que la proportion québécoise.¹

FAITS SAILLANTS SPECIFIQUES AUX ADULTES (18 A 64 ANS)

Près de 300 000 adultes vivent en Estrie et ceci représente un peu plus de 60 % de la population : ⁷

- 70 % des adultes présentent au moins un facteur de risque (tabagisme : 17 %, sédentarité : 32 %, consommation insuffisante de fruits et légumes : 57 %) et 37 % des adultes ont au moins une maladie cardiométabolique (maladie cardiaque, hypertension, diabète ou obésité). De plus, 9 % des adultes ont une maladie respiratoire;⁴
- 14 % des 18 à 64 ans souffrent d'un trouble mental, ce qui est plus élevé qu'au Québec (11 %). Ils sont 1,5 fois plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. Les troubles anxio-dépressifs affectent près de 10 % des adultes et la schizophrénie, près de 1 %;^{1, 6}
- Les taux d'incidence des lésions professionnelles déclarées et acceptées par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) et des troubles musculosquelettiques indemnisés (TMSI) sont plus élevés en Estrie qu'au Québec (région administrative, données non disponibles pour la nouvelle région sociosanitaire de l'Estrie). Les plus hauts taux de TMSI sont observés dans l'industrie de transformation du bois et du caoutchouc, mais le nombre de travailleurs affectés est plus grand dans le secteur des services médicaux et sociaux.^{1, 10}

FAITS SAILLANTS SPECIFIQUES AUX PERSONNES AGEES DE 65 ANS OU PLUS

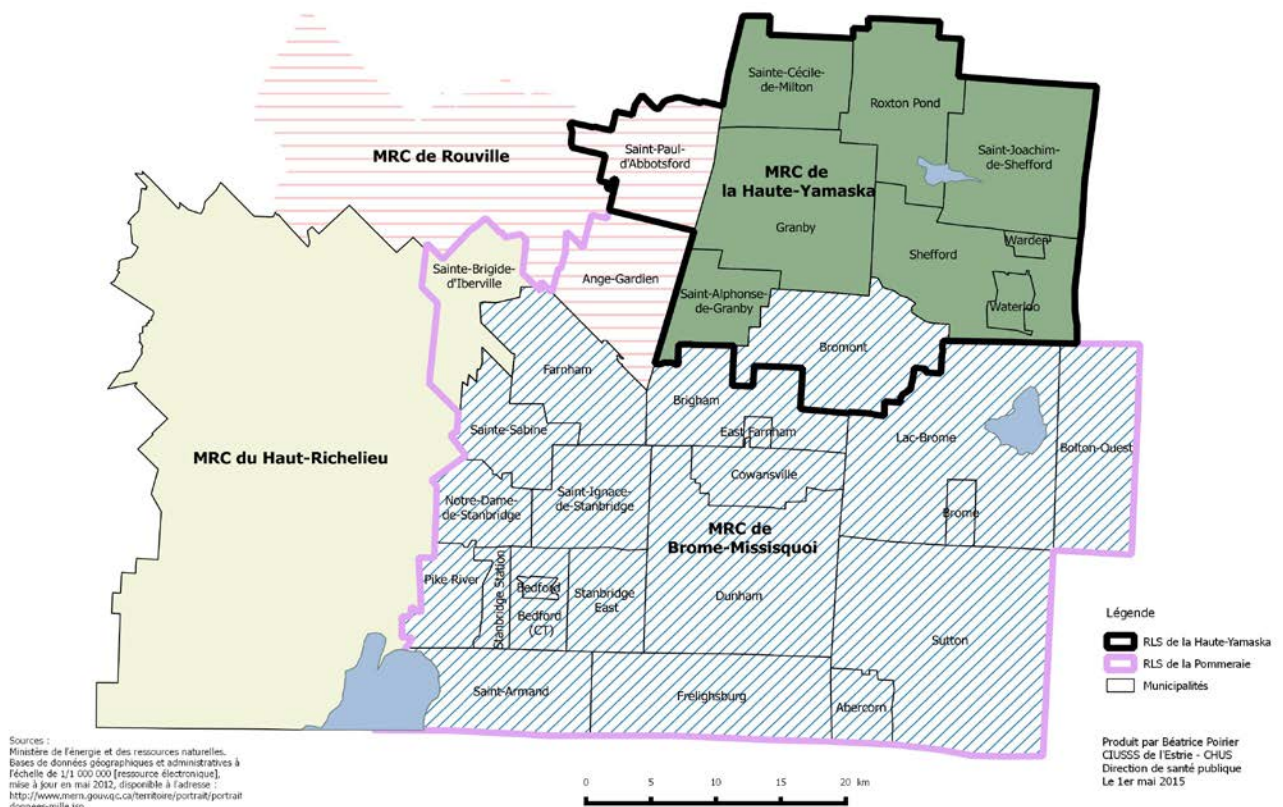
En 2015, les 93 000 aînés comptaient pour 20 % de la population. En 2021, cette proportion grimpera à 24 % et en 2031, à 30 % :⁷

Près d'un aîné sur trois vit seul dans un ménage privé et cette réalité est deux fois plus fréquente chez les femmes. C'est dans le RLS de Sherbrooke qu'on observe la plus forte proportion d'aînés vivant seuls (36 % contre 30,5 % en Estrie et 30,4 % au Québec). Plus du tiers des aînés vivant en ménage privé ont une incapacité, soit une diminution de leur capacité à vaquer à leurs occupations quotidiennes en raison de leur état de santé;¹

- Près de 60 % des aînés se déclarent atteints d'au moins une maladie cardiométabolique (maladie cardiaque, hypertension, diabète ou obésité);²⁴
- Bien que le revenu médian après impôt chez les Estriens de 65 ans ou plus soit similaire à celui du Québec (respectivement 19 914 \$ et 20 231 \$), les aînés des 4 RLS suivants ont un revenu médian sous la barre des 19 000 \$: Coaticook, Des Sources, Haut-Saint-François et Granit.
- Bien que le taux d'hospitalisation pour chutes chez les aînés de l'Estrie soit comparable à celui du Québec, on compte annuellement environ 1 200 hospitalisations pour chutes chez les aînés et environ 50 personnes en décèdent. Cette problématique est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes.¹

FIGURE 2

COMPARAISON ENTRE LES DÉLIMITATIONS DE TERRITOIRES DE RÉSEAUX LOCAL DE SERVICES (RLS) ET DE MUNICIPALITÉ REGIONALE DE COMTE (MRC), RLS DE LA POMMERAIE ET DE LA HAUTE-YAMASKA



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...

Plus de
17 000
employés (soit plus que la population de la ville de Gaspé, qui compte 15 060 habitants)

Des centaines de partenaires,
GMF (groupe de médecine de famille),
pharmacies communautaires, cliniques
médicales privées et organismes
communautaires reconnus par le PSOC
(programme de soutien aux organismes
communautaires)



Près de **5000** étudiants en stage
et plus de **800** résidents en médecine

Plus de
1000
médecins

Plus de
300 chercheurs

Quelque
2000 bénévoles

100
installations
inscrites au permis
de l'établissement

1,2 milliard \$
de budget annuel

12 820 km² :
superficie du territoire
desservi (soit plus du
double de la superficie de
l'Île du Prince-Édouard,
qui compte 5 683 km²)

14 établissements
intégrés

3200 lits
(2100 en CHSLD
et 1100 en CH et CR)

Près de
500 000
habitants sur le
territoire desservi

9 réseaux locaux
de services (RLS)



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, deux vice-présidents ont été désignés; le doyen de la FMSS 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, tels que la télésanté, douleur chronique, mère-enfant, vieillissement et plusieurs autres continuent d'avancer.

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 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 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.

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'usager des services sociaux Présidente du comité sur les 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
6	 Michel Kinumbe Elungu	Indépendant - Expertise en réadaptation
7	 Pauline Lefebvre	Indépendante - Expertise en protection de la jeunesse Présidente du comité de gouvernance et 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 Président du comité des ressources humaines et communications
10		Poste vacant	Indépendant - Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité
11		Frédéric Grondin	Désigné - 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		Dr Mathieu Touchette	Désigné - Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
16		Dr ^e Raymonde Vaillancourt	Désignée - Département régional de médecine générale (DRMG)
17		Dr Pierre Cossette	Nommé - Université Doyen de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke
18		Luce Samoisette	Nommée - Université Rectrice de l'Université de Sherbrooke Présidente du comité de la mission universitaire
19		Patricia Gauthier	Nommée - Présidente-directrice générale
20		Pierrette Grenier	Observatrice - Fondations

Au cours de l'année 2016-2017, dix séances régulières se sont tenues et deux séances spéciales ont été ajoutées le 29 août et le 21 décembre 2016. Les lieux où se tiennent les rencontres du conseil d'administration varient afin de permettre à la population des neuf réseaux locaux de pouvoir assister aux séances publiques. Durant l'année, des séances du conseil d'administration se sont déroulées dans cinq 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 6 décembre 2016. Cette séance a été précédée d'une conférence du chercheur Stephen Cunnane, du Centre de recherche sur le vieillissement, qui portait sur l'alimentation et les habitudes de vie qui aident le cerveau à bien vieillir. La conférence a été très appréciée du public et a permis de réunir près de 100 personnes sur nos trois sites de diffusion, dont deux étaient à distance en visioconférence. Les faits saillants du rapport annuel de gestion 15-16 et du rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration des soins et 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 2016-2017, un nouveau membre s'est joint au conseil d'administration à la suite d'une vacance. Ce nouveau membre a rempli sa déclaration d'intérêt. Aucun cas disciplinaire ou manquement n'a été constaté par les instances durant l'année de référence.

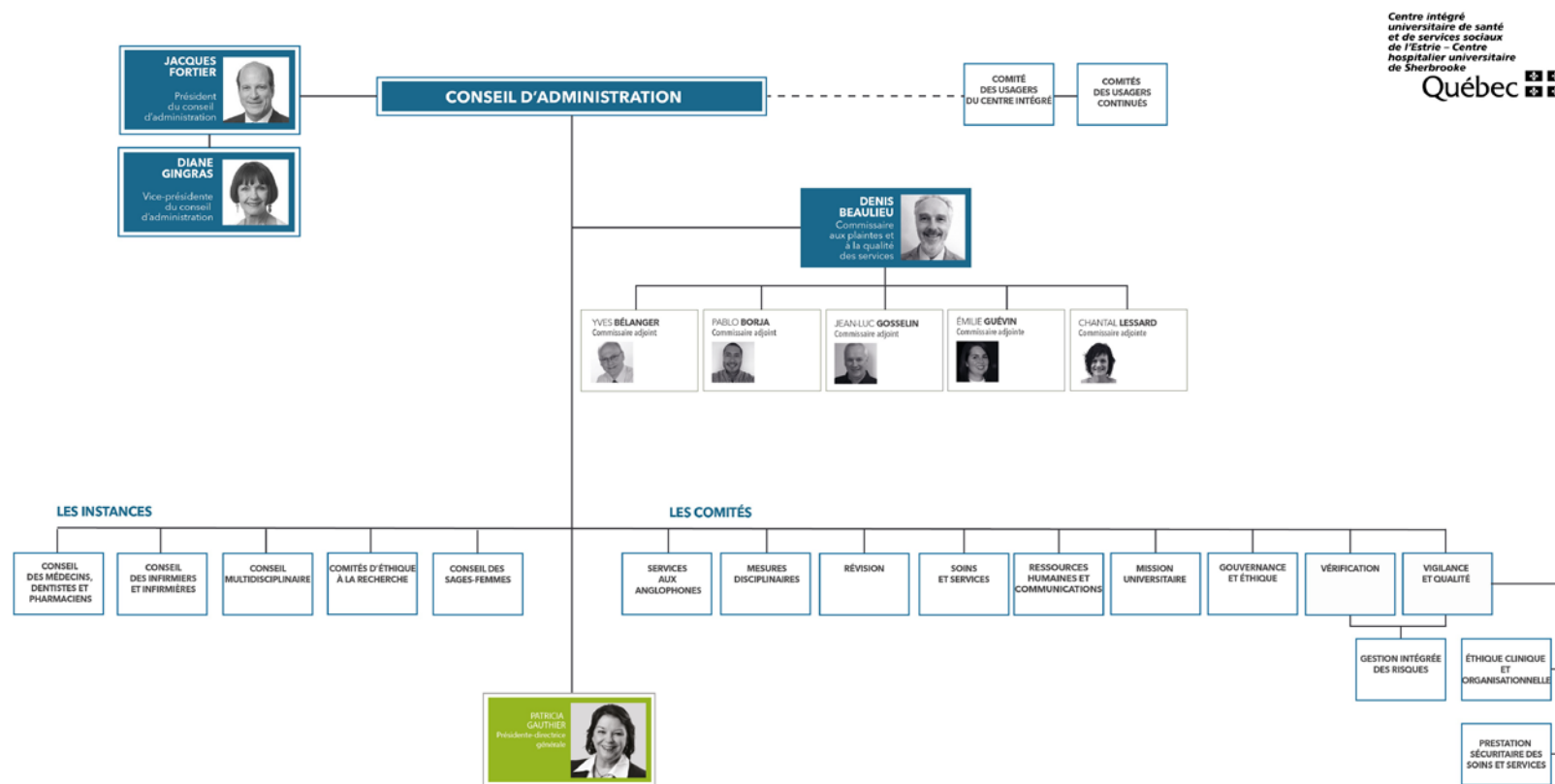
La gouverne du conseil d'administration est balisée par un code d'éthique et de déontologie élaborée à l'intention des administrateurs. L'intégralité du document, intitulé Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie – CHUS se trouve annexé au présent 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 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 CVQ 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 conformément aux dispositions de la LSSSS ou de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (RLRQ, c. P-31.1) (art. 181.0.1, LSSSS);
- 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;
- Favoriser la collaboration et la concertation des autres instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer cette responsabilité et assurer le suivi de leurs recommandations;
- Établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations au C. A.;
- Faire des recommandations au C. A. sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou 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;
- Veiller à ce que le CPQS dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente;
- Procéder à l'évaluation annuelle du CPQS;
- Se doter d'un cadre de référence en matière de qualité;
- Exercer toute autre fonction que le C. A. juge utile au respect du mandat confié par la LSSSS (art. 181.0.3, LSSS).

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 2016-2017

Le comité a tenu cinq rencontres entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017. Voici ses principales réalisations pour 2016-2017 :

- Adopter le Rapport annuel 2015-2016 du comité de vigilance et de la qualité;
- Réviser les priorités pour l'année 2016-2017 et recommander au C. A. leur adoption;
- S'assurer du suivi quant à la réalisation de l'évaluation annuelle du commissaire aux plaintes et à

- la qualité des services;
- Effectuer le suivi trimestriel des indicateurs du tableau bord du comité en le faisant évoluer;
- Qualité :
 - Suivre l'état d'avancement des travaux de la démarche d'agrément 2016, participer aux rencontres requises avec les visiteurs, prendre connaissance des résultats et assurer le suivi du rapport;
 - Prendre acte et discuter du Cadre de référence sur la qualité des soins et des services et recommander au C. A. son adoption;
 - Prendre connaissance des pratiques en lien avec l'usage des mesures de contrôle chez les jeunes desservis à l'intérieur du programme jeunesse et discuter des enjeux.
- Commissaire aux plaintes et à la qualité des services :
 - Prendre acte et discuter des résultats du Rapport annuel 2015-2016 du commissaire aux plaintes et à la qualité des services et des médecins examinateurs et recommander au C. A. leur adoption;
 - Recommander au C. A. l'élaboration d'un plan d'action dans une perspective interdirections qui vise à améliorer la qualité des relations interpersonnelles envers les usagers dans le but de diminuer les plaintes envers le personnel et les médecins;
 - Prendre acte et discuter des résultats des rapports périodiques du CPQS et faire le suivi des recommandations;
 - Recommander au C. A. l'ajout d'une fonction de coordination pour les médecins examinateurs de manière à assurer une meilleure harmonisation de leur fonction et mettre en place les bases d'une pratique collaborative.
- Éthique :
 - Prendre acte du rapport annuel sur l'éthique;
 - Prendre acte et discuter du Cadre de référence en éthique clinique et organisationnelle et recommander son adoption au C. A.;
 - Prendre acte de la procédure utilisée concernant la nomination des membres du comité d'éthique clinique et organisationnelle (CECO) et recommander au C. A. leur nomination ainsi que celle des officiers.
- Sécurité des usagers, prestation sécuritaire des soins et des services, gestion intégrée des risques (GIR) :
 - Prendre acte et discuter du plan de sécurité des usagers et recommander au C. A. son adoption;
 - Prendre acte des résultats du rapport annuel 2015-2016 du service de prévention et contrôle des infections (PCI) et discuter des défis;
 - Suivre les travaux des différents chantiers visant l'intégration harmonieuse des pratiques en matière de prestation sécuritaire des soins et des services aux usagers (gestion des risques);
 - Prendre acte et discuter des règles de fonctionnement du comité de prestation sécuritaire des soins et des services aux usagers (CPSSSU) et recommander leur adoption au C. A.;
 - Recommander au C. A. la nomination des membres qui ont été choisis pour siéger au CPSSSU ainsi que celle des officiers;
 - Traiter des enjeux en lien avec les résultats révélés par le Rapport national 2015-2016 sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et des services de santé (RNIASSS) notamment au niveau des chutes et des médicaments;
 - Exercer une vigie concernant les événements sentinelles;
 - Suivre l'avancement des activités de la gestion intégrée des risques.
- Gestion intégrée des risques (GIR) :
 - Participation en collaboration avec le comité de vérification et du suivi budgétaire (CVSB) au développement d'une vision de GIR pour l'ensemble de l'organisation;
 - Contribution à l'identification d'une ressource externe pour venir soutenir le développement de la GIR;
 - Participation au comité directeur GIR;
 - Contribution aux ateliers d'identification des risques majeurs de l'organisation;
 - Suivi de l'avancement global du dossier;
 - Rapport d'avancement du dossier au conseil d'administration.

— 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 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	Vice-présidente	Recommandation du CII
Anne-Marie Boire-Lavigne	Membre	Recommandation du CMDP
Isabelle Bourdeau	Membre	Recommandation du CM
Sophie Brisson	Membre	Conseillère 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 CU
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 la date de constitution du CECO et la date du 31 mars 2017, il y a eu un total de :
 - 1 rencontre plénière;
 - 3 rencontres en sous-comité d'éthique clinique en santé physique générale et spécialisée;
 - 2 rencontres en sous-comité d'éthique clinique en services sociaux, réadaptation, santé mentale et santé publique;
 - 3 rencontres en sous-comité d'éthique organisationnelle;
 - 3 rencontres en comité exécutif.

- Le CECO a traité 33 demandes d'aide à la décision relativement aux sujets suivants :
 - Prise de décision – consentement substitué : 5 demandes;
 - Prise de décision – limites au choix du patient : 4 demandes;
 - Prise de décision – consentement : 1 demande;
 - Début de la vie – périnatal : 1 demande;
 - Fin de vie – autre : 1 demande;
 - Professionnalisme dans les soins et services – relation interpersonnelle : 2 demandes;
 - Professionnalisme dans les soins et services – conflits d'intérêts : 1 demande;
 - Professionnalisme dans les soins et services – autre : 2 demandes;
 - Vie privée et confidentialité : 6 demandes;
 - Éthique organisationnelle – conflit d'intérêts : 4 demandes;
 - Éthique organisationnelle – allocation de ressources : 2 demandes;
 - Éthique organisationnelle – ressources humaines : 1 demande;
 - Éthique organisationnelle – autre : 3 demandes.
- Le CECO a traité 4 demandes d'élaboration de repères éthiques sur les sujets suivants (en cours au 31 mars 2017) :
 - La gestion des patients dépendants aux substances dans le cadre de la prestation de soins et services;
 - L'enregistrement de sons et d'images par un usager ou son proche dans le cadre de la prestation de soins et services;
 - Le port du voile religieux par une usagère hébergée en psychiatrie;
 - La sexualité des usagers hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).
- Le CECO a traité 2 demandes de formation en éthique :
 - L'obtention du consentement pour une chirurgie/anesthésie (donnée à 3 reprises);
 - La prise de décision en éthique organisationnelle (en cours au 31 mars 2017).
- Le CECO a réalisé 13 activités liées à la communication de son offre de service (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;
- assurer 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 Armelle Apter Josée Desaulniers Miguel Esmeral Gabrielle Gagnon Marie-Andrée Houle Marise Houle Édith Lauzier Marie-Claude Rodrique Serge Maltais	Membre régulier	Employés
Peter Moliner Vacant	Membre régulier	Personnes qui exercent leur profession (deux médecins)
Madelaine Houde Claude Moreau	Membre régulier	Usagers (deux)
Francine Giroux Josée Patry	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
Nancy Fournier Stéphane Mathieu France Leblanc	Membre d'office	Gestionnaires de risques

RÉALISATIONS

- Au cours de l'année 2016, des travaux ont été réalisés en vue de constituer le nouveau comité de gestion des risques du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Ce comité est nommé le comité de prestation sécuritaire des soins et des services aux usagers (CPSSSU) au sein de notre organisation. Ces travaux ont permis de proposer une structure ainsi qu'un règlement sur les règles de fonctionnement de ce comité;
- Le 29 septembre 2016, le C. A. a institué le CPSSSU en adoptant les règles de fonctionnement de ce comité. Ce comité remplace les comités de gestion des risques qui existaient dans les anciens établissements avant la réorganisation du réseau;
- En vue de procéder au recrutement de ses membres, la DQEPE a procédé en novembre 2016 à un appel de candidatures. Un comité de sélection composé de représentants de la DQEPE, du comité exécutif du CM, du comité exécutif du CII ainsi que d'un membre du comité des usagers du centre intégré (CUCI) a permis de statuer sur le choix des membres. Au terme de ce processus, les membres ont été sélectionnés et ces nominations ont été adoptées par le C. A.;
- Le CPSSSU a tenu sa première rencontre en janvier 2017. Trois rencontres se sont tenues durant la période se terminant le 31 mars 2017, dont une visant à former les membres du CPSSSU;
- Ces rencontres ont permis de mettre en place le mode de fonctionnement du comité et de procéder à la nomination des officiers;
- Le RNIASSS 2014-2015 et les résultats 2015-2016 de l'Estrie ont été présentés et discutés;
- Le projet de rapport sur la prestation sécuritaire de soins et services aux usagers de l'organisation a été présenté et le contenu du rapport a été commenté;

- L'état d'avancement des travaux liés à l'optimisation de la PSSSU au sein de l'organisation a été présenté et les enjeux ont été discutés;
- Le programme de formation sur le fonctionnement d'un comité de gestion des risques a été suivi par les membres du comité le 23 février 2017.

— 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 toute activité susceptible 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

- Atteindre l'équilibre budgétaire en 2016-2017 sans nuire aux soins et services essentiels aux usagers;
- Examiner et valider les résultats financiers et les projections pour l'année financière 2016-2017;
- 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);
- Effectuer un état de situation sur les travaux visant à assurer les transferts budgétaires, en 2015-2016 et en 2016-2017 (base annuelle), des budgets correspondants aux activités de l'ex-Montérégie prises en charge par le CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- 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, le cabinet Deloitte, sur le plan de travail pour la vérification de la fin d'année financière 2016-2017;
- 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 faisant du CIUSSS de l'Estrie – CHUS un pionnier dans le réseau de la santé et des services sociaux en matière d'audit interne et de GIR;
- 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 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.

Entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017, onze rencontres ont été tenues, dont une rencontre spéciale à l'automne 2016 pour l'approbation du Rapport de suivi budgétaire transitoire RR-444.

— COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE —

MANDAT

Ce comité, conformément à la LSSSS et le règlement de régie interne du C. A. du CIUSSS de l'Estrie – CHUS :

- Développe et établit les mécanismes de suivi concernant :
 - Les règles de gouvernance pour la conduite des activités de l'établissement;
 - Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du C. A.;
 - Les critères d'évaluation du fonctionnement du C. A.;
 - Le programme d'accueil et de formation continue pour les administrateurs;
- 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., identifie leur profil de compétences et émet des recommandations sur la composition du conseil;
- 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.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Pauline Lefebvre	Présidente	Membre indépendante
D ^r Pierre Cossette	Membre	Membre
Jacques Fortier	Membre	Membre indépendant
Rachel Hunting	Membre	Membre indépendante

Membre	Statut	Condition de désignation
Denis Marceau	Membre	Membre
Pierrette Grenier	Observatrice	Observatrice
Patricia Gauthier	Invitée	PDG

RÉALISATIONS

Six rencontres ont été tenues au cours de l'année 2016-2017. Les principales réalisations sont les suivantes :

- L'application du Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration, notamment par le suivi des déclarations d'intérêt des membres;
- L'élaboration et le suivi du plan de formation des membres du C. A.;
- L'élaboration et l'application de la Procédure d'autoévaluation du fonctionnement du C. A., de ses comités et de ses membres;
- L'élaboration et l'application d'une procédure d'accueil et d'intégration des nouveaux membres du C. A.;
- L'analyse de l'application du règlement de régie interne du conseil;
- L'analyse des modifications proposées au permis de l'établissement;
- La détermination du processus de préparation des membres du C. A. à la visite d'agrément d'octobre 2016 pour les normes de gouvernance et le suivi du plan d'action d'amélioration de la qualité qui en découle;
- La mise en place d'un groupe de travail pour l'élaboration d'une politique sur les désignations nominatives des biens du l'établissement ;
- La révision du plan d'organisation de l'établissement.

— COMITÉ SUR LA MISSION UNIVERSITAIRE —

MANDAT

- Exerce un mandat relatif aux 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 de connaissances et pratiques de pointe et au rayonnement;
- Soutient et conseille la Direction générale dans le développement de la mission universitaire de l'établissement, notamment pour sa désignation d'IUPLSSS, pour sa désignation de CdRV et pour sa désignation de CRCHUS;
- Prendre connaissance de tous les projets de développement qui touchent un ou plusieurs volets de la mission universitaire ainsi que les projets d'infrastructures visant l'un de nos centres de recherche (CdRV et CRCHUS) ou institut (IUPLSSS) et recommande, s'il y a lieu, l'adoption par le C. A.;
- Examine les rapports d'activités annuels relatifs à la mission universitaire, des comités d'éthique de la recherche et du laboratoire de simulation clinique et en recommande l'adoption par le C. A.;
- Examine et recommande l'adoption des nominations de chercheurs des centres de recherche et institut;
- S'assure du respect des obligations de l'établissement en matière d'éthique de la recherche, notamment en s'assurant du bon fonctionnement des comités d'éthique de la recherche et de leurs suivis budgétaires et du suivi aux plaintes relatives à la recherche;
- S'assure de la réalisation des démarches liées à la négociation, au suivi et à la mise à jour du ou des contrats d'affiliation avec l'UdeS et des ententes d'affiliation avec les autres institutions d'enseignement universitaire;
- Participe à l'évolution des RUIS, notamment par l'intégration des secteurs santé et social;

- Considérant le modèle unique du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, s'assure du maintien et de la spécificité du CHUS dans le réseau des CHUs du Québec;
- Tout autre sujet soumis par les membres concernant les six volets de la mission universitaire.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
D ^r Pierre Cossette	Membre	Membre provenant de l'UdeS
Patrice Lamarre	Membre	Membre
Micheline Richer	Membre	Membre
Luce Samoisette	Membre	Membre provenant de l'UdeS
Mathieu Touchette	Membre	Membre provenant de l'UdeS
D ^r William Fraser	Membre	Membre représentant les directions scientifiques
Jacques Fortier	Membre d'office	Président du C. A.
Patricia Gauthier	Membre d'office	Présidente-directrice générale

RÉALISATIONS

Le comité de la mission universitaire, sous-comité du C. A., a tenu quatre rencontres pour la période du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017. Cependant, la rencontre du 28 septembre 2016 a été annulée puisqu'il n'y avait pas quorum.

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

- Discuter, examiner et recommander au C. A. la proposition d'optimisation du fonctionnement et de l'organisation en éthique de la recherche par les travaux émanant du chantier en éthique de la fiche 28 du cahier des charges du MSSS. Les différentes étapes de consultation ont mené à la fusion des deux comités d'éthique de la recherche désignés (Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke [CSSS-IUGS] et CHUS) pour devenir le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Examiner et recommander au C. A. l'adoption d'une politique et d'une procédure en éthique de la recherche en lien avec les nouvelles orientations préconisées;
- Examiner et recommander au C. A. l'adoption du rapport annuel du CER du CSSS-IUGS et du CHUS;
- Examiner et recommander au C. A. l'adoption d'une politique sur l'intégrité en recherche découlant de la Politique responsable en recherche du FRQ;
- S'assurer du respect des processus dans le cadre d'un manquement à l'éthique en recherche avec la collaboration du responsable à la DQPE;
- Examiner et recommander au C. A. l'adoption de la révision du plan d'organisation du CIUSSS de l'Estrie – CHUS en créant la Direction de la coordination de la mission universitaire et pertinence;
- Examiner et recommander au C. A. l'adoption de la politique en enseignement du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Examiner et commenter le nouveau cadre de référence de la mission universitaire.
- Discuter des enjeux entourant la nouvelle entente sur les frais indirects de recherche entre le CIUSSS de l'Estrie – CHUS et l'UdeS;
- Discuter des enjeux importants concernant la mise sur pied d'un comité d'évaluation scientifique.

— 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 2016 et le 31 mars 2017, le comité a tenu cinq rencontres et, au cours de l'année, a travaillé sur les dossiers suivants :

- Adopter pour recommandation au C. A. le Plan d'action en santé et sécurité au travail et gestion intégrée de la présence au travail;
- Adopter pour recommandation au C. A. la Politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail;
- Suivre l'évolution de la réorganisation clinique et administrative;
- Présenter l'évolution et les prochaines étapes du projet de laboratoire de simulation clinique;
- Présenter le projet de recherche en collaboration avec l'UdeS;
- Adopter pour recommandation au C. A. le Plan de communication externe;
- Présenter la planification des activités pour l'application du projet de loi n° 30 à la suite de l'entrée en vigueur du projet de loi n° 10;
- Présenter l'offre de service détaillée de la DRHCAJ;
- Adopter pour recommandation les résultats du sondage concernant la mobilisation du personnel d'encadrement;
- Adopter pour recommandation les perspectives de développement des compétences des gestionnaires pour 2016-2017;
- Tenir informer de la situation de la main-d'œuvre et du plan d'action mis en œuvre afin de redresser la situation;
- Présenter le bilan et les perspectives de la formation continue partagée;
- Adopter pour recommandation au C. A. la recommandation du choix limite par lésion à la CNESST pour l'année 2017;

- Adopter pour recommandation au C. A. la modification des politiques locales du personnel d'encadrement concernant les vacances et congés compensatoires en respect des orientations ministérielles;
- Adopter pour recommandation au C. A. la nouvelle procédure à suivre afin de régulariser les contrats des sages-femmes afin de respecter les normes du travail, la loi et les règlements à l'égard de cette pratique;
- Présenter le nouveau programme d'aide aux employés;
- Adopter pour recommandation au C. A. la Politique d'enseignement;
- Tenir informer de l'évolution du dossier des classes salariales du personnel d'encadrement ainsi que les prochaines étapes.

— 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.
Dr Mathieu Touchette	Membre	Membre du C. A.
Dr ^e 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 2016 et le 31 mars 2017.

Ces rencontres ont permis aux membres de :

- Contribuer à l'élaboration des grandes orientations cliniques;
- Suivre l'évolution des A3 prioritaires pour les directions cliniques;
- Accompagner et approuver la structure du développement des communautés;
- Maintenir et rendre équitable l'offre de service à la population;
- Partager les enjeux de l'environnement clinique interne et externe;
- Établir les règles de vie du comité (se doter d'un mode de fonctionnement afin que les rencontres se déroulent de manière satisfaisante pour tous les membres).

Les réalisations du comité :

- Prendre connaissance de l'organigramme clinique;
- Convenir des règles de gestion du comité;
- Convenir d'un ordre du jour standardisé;
- Prendre connaissance des travaux concernant l'entente entre les établissements et les organismes communautaires.

Priorités annuelles :

- Contribuer à l'élaboration des grandes orientations cliniques;
- Suivre l'évolution des A3 prioritaires pour les directions cliniques;
- Accompagner la structure du développement des communautés;
- Maintenir et rendre équitable l'offre de service à la population.

— COMITÉ DE RÉVISION —

MANDAT

Il révisé le traitement accordé à l'examen de la plainte de l'utilisateur par le médecin examinateur (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 médecin examinateur se fondent sur le respect des droits et des normes professionnelles;
- communique par écrit un avis motivé à l'utilisateur, au professionnel concerné, au médecin examinateur et au CPQS de l'établissement;
- peut formuler, dans son rapport annuel, 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 de risques, finances et comptabilité	Substitut	Membre n'étant pas employée par l'établissement et n'y exerçant pas sa profession

RÉALISATIONS

Il est opportun de rappeler qu'au cours de l'année 2015-2016, aucun dossier n'a fait l'objet d'une analyse par le comité de révision, puisque les membres, nommés par le C. A., ont amorcé leurs travaux à compter d'avril 2016.

Au cours de l'exercice 2016-2017, 24 dossiers ont été transmis au comité de révision soit, le double des dossiers transmis l'année précédente (12). De plus, un dossier avait été soumis en révision, au cours de l'année 2014-2015 et n'avait pas été traité avant la dissolution du comité de révision, au 31 mars 2015. Donc, au total, 37 dossiers devaient faire l'objet d'une analyse, en 2016-2017, par les membres du comité de révision. De ce nombre, 34 dossiers ont été soumis pour analyse et trois dossiers ont été abandonnés par les personnes plaignantes. Considérant le rattrapage, le nombre de dossiers traités dans les délais prescrits est faible. Par contre, depuis janvier 2017, les six dossiers traités l'ont été dans le délai de 60 jours.

Le 1^{er} décembre 2016, une présentation des travaux du comité de révision a été faite au C. A. Le message principal a été d'identifier que très peu de conciliation a été tentée par les médecins examinateurs lors du traitement des plaintes.

TRAITEMENT DES DOSSIERS

Types de dossiers	Dossiers conclus	
	2016-2017	2015-2016
Plaintes	37	0
Délais		
Plaintes traitées dans les délais (60 jours)	17 %	s. o.
Délai moyen de traitement (jours)	165	s. o.

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

- Conclusions du médecin examinateur endossées : 21 dossiers;
- Demande de complément d'examen : 11 dossiers;
- Analyse cessée (rejetée sur examen sommaire par le médecin examinateur) : 2 dossiers;
- Plaintes abandonnées par les personnes plaignantes : 3 dossiers ;
- Une rencontre avec le médecin examinateur qui exerce, depuis peu, une coordination auprès des médecins examinateurs et le commissaire aux plaintes et à la qualité sera planifiée en 2017-2018 pour faire le point avec eux sur les améliorations à apporter.

— COMITÉ DES MESURES DISCIPLINAIRES —

MANDAT

- Évaluer les recommandations émises par le comité de discipline du CMDP concernant une sanction à adresser à l'un de ses membres;
- Recommander au C. A. l'imposition ou non de sanctions.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Gérald R. Cutting	Membre	Membre n'étant pas employé par l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
Diane Gingras	Présidente	Membre n'étant pas employée par l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
Pauline Lefebvre	Membre	Membre n'étant pas employée par l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
Personne indépendante, compétence en gestion de risques, finances et comptabilité	Substitut	Membre n'étant pas employée par l'établissement et n'y exerçant pas sa profession

RÉALISATIONS

- Adoption d'une modification à la composition de ce comité par le C. A. le 19 janvier 2017 et nomination de madame Gingras à titre de présidente du comité;
- Le 13 février 2017, les membres du comité ont été formés sur le rôle et la responsabilité qui leur incombe pour la réalisation du mandat de ce comité;

Aucun dossier de plainte n'a été transféré de l'exécutif du CMDP pour imposition d'une mesure disciplinaire à un médecin, dentiste ou pharmacien au cours de l'exercice 2016-2017.

— 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
Les communautés des retraités Massawipi

RÉALISATIONS

Tout comme l'an dernier, le mandat et 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 trois fois durant la période de référence.

Ces rencontres ont permis de :

- faire un état de situation sur les travaux entourant le renouvellement du comité régional d'accès;
- informer les représentants de l'avancement des dossiers :
 - le site internet du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et l'accès aux informations en langue anglaise;
 - le projet Baromètre,
 - l'évolution des services de santé mentale avec le CDR Foster;
 - le régime de traitement des plaintes.
- présenter le Code d'éthique et de déontologie du CIUSSS de l'Estrie - CHUS;
- présenter le rapport annuel de la directrice de la santé publique sur les communautés linguistiques et culturelles.

En moyenne, 14 personnes étaient présentes à chacune des rencontres.

— CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIEN —

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 (siège occupé à l'exécutif)
D ^r Serge Lepage	Président	Représentant du CHUS
D ^r Yanick Larivée	Premier vice-président	Représentant du CSSS de la Haute-Yamaska
D ^r Bernard Gélinas	Second vice-président	Représentant du CSSS du Granit
D ^{re} Marie-Pierre Dion	Secrétaire	Représentante du CSSS La Pommeraie
Brigitte Bolduc (pharmacienne)	Trésorière	Représentante du CHUS
D ^r Michaël Mayette en remplacement de D ^{re} Valérie Bédard (congé maternité)	Conseiller	Représentant du CHUS
D ^r Yves Arcand	Conseiller	Représentant du CSSS de Memphrémagog
D ^{re} Natasha Bird (retraite en décembre 2016)	Conseillère	Représentante du CSSS de la MRC-de- Coaticook
D ^{re} Karine Émond	Conseillère	Représentante du CSSS de Memphrémagog
D ^r Pierre Gailloux	Conseiller	Représentant du CSSS du Haut-Saint-François
D ^r Rosaire Giroux	Conseiller	Représentant du CSSS La Pommeraie
D ^r Claude Hémond	Conseiller	Représentant du Centre de réadaptation Estrie (CRE)
D ^{re} Marie-Josée Hotte	Conseillère	Représentante du CSSS-IUGS
D ^{re} Julie Lapierre	Conseillère	Représentante du CSSS-IUGS
D ^{re} Isabelle Marquis	Conseillère	Représentante du CRDITED Estrie
D ^r Philippe Robichaud	Conseiller	Représentant du CSSS de la Haute-Yamaska
D ^{re} Martine Robinson	Conseillère	Représentante du CSSS des Sources
D ^{re} Qualilou St-Onge	Conseillère	Représentante du Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie (CRDE)
D ^{re} Caroline Tanguay	Conseillère	Représentante du CSSS de la Haute-Yamaska
D ^r Étienne de Médicis	Conseiller	Représentante du CHUS
D ^{re} Nataly Clément	Conseillère	(Participation en alternance)
D ^{re} Jacinthe Cusson	Conseillère	
D ^{re} Sarah-Emmanuelle Daoust	Conseillère	
Membre	Statut	
Marie-Andrée Périgny	Présidente	
Mélissa Hamel	Vice-présidente	
Marie-Josée Goyette	Responsable des communications	
Diane Chagnon	Trésorière	
Anik Dubaere	Secrétaire	
Christian Alexandre Castellano	Membre	

Membre	Statut	Condition de désignation (siège occupé à l'exécutif)
Christian Allard	Membre	
Geneviève Beaudoin	Membre	
Guylaine Chabot	Membre	
Roxana Cledon	Membre	
Éliane Desjardins	Membre	
Virginie Desmeules	Membre	
---	Vacant	
Patricia Gauthier	Membre d'office	
Rémi Brassard	Membre d'office	

RÉALISATIONS

Dix réunions ont eu lieu au cours de l'année 2016-2017. La plupart se sont déroulées à Sherbrooke, mais l'exécutif s'est également déplacé au RLS de Memphrémagog, au RLS de la Haute-Yamaska, au RLS de la Pommeraiie, au RLS du Granit et au RLS d'Asbestos.

Des invités se sont joints à l'exécutif pour animer des présentations portant sur :

- le comité des outils cliniques (DSAPA);
- la visite d'agrément (RNIASSS 2015-2016 au Québec) (DQEPE);
- l'avancement de la demande de qualité (Agrément) (DQEPE);
- l'avancement des projets Optilab (SIL et le transport) (DSM);
- le Rapport d'activités sur l'application de la politique sur les soins de fin de vie (DSP);
- certains développements en lien avec le Département d'imagerie médicale (Tep Scan, retard de lecture au niveau de la radiologie, délais de lecture, enjeux d'organisation du travail) (DSP);
- le comité d'évaluation et d'amélioration de la qualité de l'acte (plan de fonctionnement).

Des assemblées générales ont été établies au calendrier, soit une assemblée générale ordinaire (15 novembre 2016), une assemblée générale extraordinaire (26 avril 2016) et une assemblée générale annuelle (17 mai 2016).

Dr Matthieu Touchette du Service de médecine interne, représente le CMDP au C. A.

Parmi ses comités obligatoires, le comité de pharmacologie a implanté sa nouvelle structure comprenant trois sous-comités, soit : mission universitaire-oncologie, soins de courte durée et soins de longue durée. Les sujets suivants ont été traités : révision de plusieurs classes de médicaments, ajout et retrait de médicaments au formulaire thérapeutique, protocoles médicaux avec médication, ordonnances préimprimées, ordonnances collectives et médicaments de nécessité médicale particulière.

Le comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique s'est réuni seulement une fois au cours de l'année. Toutefois, des comités locaux ont poursuivi leurs activités et ont tenu des rencontres régulièrement. Ces derniers ont réalisé diverses études par critères implicites et explicites, des revues de morbidité et de mortalité ainsi que des études de tenue de dossiers.

Le comité d'examen des titres a planifié cinq rencontres au cours de l'année, toutefois, une rencontre a eu lieu, soit le 1^{er} novembre 2016. Au cours de cette rencontre, la procédure de nomination et de renouvellement de privilèges a été définie.

Un groupe de travail formé de six membres du comité exécutif du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a été mis en place afin de revoir la structure du CMDP et de réviser le règlement de régie interne. Le Collège des médecins du Québec et l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens ont été consultés.

Plusieurs recommandations ont été transmises au C. A. Parmi celles-ci, on compte : la mise à jour du plan d'organisation clinique, la nomination des chefs de département, la nomination des chefs de service, les nominations et départs concernant les membres du CMDP et le renouvellement des privilèges des membres dans différentes installations.

— CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII) —

MANDAT

Le CII est, pour chaque centre exploité par son établissement, responsable envers le C. A. :

- D'apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés dans le centre et, le cas échéant, en collaboration avec le CMDP, 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 projet de loi n° 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 visent les soins infirmiers (LSSSS, article 370.3 et projet de loi n° 10, article 87);
- De donner son avis sur les approches novatrices de soins et leur incidence sur la santé et le bien-être de la population (LSSSS, article 370.3 et projet de loi n° 10, article 87);
- Le CII doit faire un rapport annuel au C. A. concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent (LSSSS, article 220);
- D'assumer toute autre fonction que lui confie le C. A.

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

Membre	Statut	Condition de désignation
Véronic Poulin	Présidente	Infirmière clinicienne. Membre coopté Direction du programme SAPA Membre d'office du comité CIIA
Sabrina Gravel	Vice-présidente	Infirmière clinicienne Membre coopté Direction des services professionnels
Renée Lafrenière	Secrétaire	Infirmière clinicienne Membre coopté Direction des soins infirmiers
Anne-Marie Grégoire	Agente de communication	Infirmière clinicienne Direction des programmes DI-TSA-DP
Émilie Gervais	Trésorière et responsable du comité de la relève	Infirmière Responsable du comité de la relève Direction des soins infirmiers

Membre	Statut	Condition de désignation
Émilie Adams	Conseillère	Infirmière clinicienne Direction des services généraux
Annie Bessette	Conseillère	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne Direction des soins infirmiers
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 CIA et membre d'office	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	PDG
Stéphan Lavoie	Invité permanent	Infirmier, Ph. D. Représentant de l'UdeS
Patricia Tremblay	Invitée permanente	Infirmière clinicienne Représente des collèges d'enseignement général et professionnel
Vacant	Invitée permanente	Infirmière désignée représentant les centres de formation professionnelle

RÉALISATIONS

- Quatre rencontres du CII ont eu lieu entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017.
- Quatre rencontres du CIA ont eu lieu entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017.
- Procéder aux élections du premier comité exécutif du CII du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
- Communiquer avec les membres du CII par l'entremise d'une assemblée générale annuelle et par deux publications dans *La VIEtrine*.
- Apprécier l'acte infirmier et la prestation sécuritaire des soins en participation à l'inspection professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).
- Appui et implication financière à l'audit national du triage dans les urgences du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
- Émettre des avis, des décisions et des recommandations concernant le projet clinique de la communauté virtuelle de pratique (CVP-Neon@), la formation : fondement des soins palliatifs et soins de fin de vie, le règlement du CII et du CIA.
- Discuter des enjeux concernant l'effectif infirmier, le droit de prescription infirmière ainsi que la pratique infirmière en CHSLD.
- Participer à différents comités de l'organisation tels que le comité de gestion des ordonnances collectives, le forum des cadres supérieurs, le C. A., etc.
- 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.

— CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE —

MANDAT

Le comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM) exerce tous les pouvoirs et responsabilités du CM et demeure responsable envers la PDG de donner son avis sur :

- l'organisation scientifique et technique de l'établissement;
- les moyens à prendre pour évaluer et maintenir les compétences de ses membres;
- les questions portées à son attention par cette dernière.

Il est aussi responsable envers le C. A. de :

- constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de ses membres;
- faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par ses membres, en regard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité dans tous les programmes dispensés par l'établissement;
- assumer toute autre fonction que lui confie le C. A.;
- faire un rapport annuel au C. A. concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent. Ce rapport doit être déposé à l'assemblée générale annuelle des membres;
- assumer dorénavant les responsabilités d'une commission multidisciplinaire régionale (article 370.7, LSSSS) selon l'article 87 de la LSSSS.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation (siège occupé à l'exécutif)
Marie-Andrée Périgny	Présidente	Programme santé mentale et dépendance
Mélissa Hamel	Vice-présidente	Programme DI-TSA-DP
Marie-Josée Goyette	Responsable des communications	Programme SAPA
Diane Chagnon	Trésorière	Cooptée
Anik Dubaere	Secrétaire	Programme jeunesse/DPJ
Christian Alexandre Castellano	Membre	DSPublique/DAR/DSM : imagerie médicale
Christian Allard	Membre	Représentation territoriale
Geneviève Beaudoin	Membre	DSM : professionnels
Guylaine Chabot	Membre	DSM : biologie médicale
Roxana Cledon	Membre	Cooptée
Éliane Desjardins	Membre	Programme services généraux/DRHCAJ/DST/DRIT
Virginie Desmeules	Membre	DSP/DQEPE/DSI
---	Vacant	Coopté
Patricia Gauthier	Membre d'office	DG
Rémi Brassard	Membre d'office	Désigné par la DG

RÉALISATIONS

Entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017, le CECM a tenu ou a participé à :

- 8 séances statutaires :
 - o CECM transitoire (20 avril, 15 juin, 7 septembre);
 - o CECM officiel (12 octobre, 23 novembre, 25 janvier, 16 février, 21 mars).
- 1 rencontre de travail d'une journée complète de type « Lac-à-l'épaule » (14 décembre);
- Plusieurs séances (en personne ou par conférence téléphonique) se sont tenues pour effectuer les travaux des comités permanents (avis et recommandations, comité de pairs, maintien et promotion des compétences et reconnaissance) et des comités de travail (assemblée générale annuelle [AGA], communication et trésorerie).

Travaux liés à la mise en place de la structure du CECM

- Élaborer le plan d'action 2016-2017;
- Tenir l'AGA du CM transitoire (juin 2016);
- Adopter en AGA les règlements de régie interne du CM (13 juin 2016) et approbation de ceux-ci par le C. A. (14 juin 2016);
- Planifier et tenir les élections des membres du premier CECM officiel (juin-septembre 2016);
- Élaborer et adopter le cadre de référence « Lignes directrices guidant l'action du CM du CIUSSS de l'Estrie – CHUS dans l'analyse et le traitement des demandes reçues (avis, recommandations et autres demandes) » (février 2017);
- Élaborer un cadre de référence sur les comités de pairs du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Développer et adopter la planification financière 2017-2018 (trésorerie) en lien avec le budget CM entrant en vigueur le 1^{er} avril 2017 (mars 2017);
- Élaborer un plan de communication du CM du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (janvier 2017).

Avis et recommandations :

- Des réflexions et des préoccupations ont été transmises à la Direction générale liée au dossier du transfert de professionnels vers les groupes de médecine de famille (GMF) le 12 octobre 2016;
- Élaboration de deux recommandations : « *La dénutrition chez les usagers du CIUSSS de l'Estrie – CHUS* » et « *Le transfert de professionnels membres du CM en GMF* », lesquelles ont été adoptées en statutaire par tous les membres du CECM en mars 2017 et déposées au C. A. du 20 avril dernier.

Le CM a été consulté et a donné son opinion sur diverses politiques d'établissement, notamment sur :

- Le Cadre de référence en éthique (avril 2016);
- La Politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail (avril 2016);
- Le plan de communication pour la diffusion de la Politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail (janvier 2017);
- Le Cadre de référence sur la qualité des soins et des services (mars 2017).

Participations de la présidente et de la vice-présidente

PRÉSIDENTE :

- Participation au comité de sélection du comité éthique (août 2016);
- Coordination avec le CII et les représentants de la Direction générale, l'organisation des élections du CECM et du CII (juin à septembre 2016);
- Collaboration avec la DSM et la DRFL à la définition du premier budget officiel du CECM (août 2016);
- Participation à une rencontre des trois conseils (CII, CMDP et CM) et les responsables de l'agrément (octobre 2016);
- Participation au colloque de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ) : *Prendre sa place!* (novembre 2016);
- Participation à la Table des présidents des CM de l'ACMQ (novembre 2016);
- Participation à une rencontre des CM des CHUs (novembre 2016);
- Collaboration avec la Direction générale et le conseil des sages-femmes (CSF) au processus de remplacement d'un membre du CM/CSF désigné au C. A. et recommandation conjointe émise par ces deux conseils (novembre 2016);
- Participation à une première rencontre du comité tactique santé et services sociaux avec Myriam Lareau, chef de service au soutien à la transformation et au développement des personnes et

de l'organisation à la DRHCAJ et Pier St-Onge, coordonnateur à la Direction des services multidisciplinaires – qualité et évolution de la pratique (décembre 2016);

- Participation à la séance publique du C. A. (décembre 2016);
- Présentation de l'avancement des travaux du CM au C. A. pour la période d'octobre 2016 à janvier 2017 (janvier 2017);
- Participation aux journées de planification annuelle stratégique 2017-2018 de l'établissement avec l'équipe de la Direction générale et des cadres supérieurs (10 et 24 février, 10 mars 2017).

Vice-présidente :

- Participation au comité de sélection du CPSSSU (décembre 2016);
- Présentation des travaux à venir du CM au C. A. pour la période de janvier à mars 2017 (janvier 2017);
- Participation au comité tactique santé et services sociaux avec Myrienne Lareau, chef de service au soutien à la transformation et au développement des personnes et de l'organisation à la DRHCAJ, au sujet de la politique d'enseignement et l'utilisation des revenus de stage (mars 2017).

— COMITES D'ÉTHIQUES À LA RECHERCHE (CER) —

Le CER du CIUSSS de l'Estrie – CHUS existe depuis septembre 2016 suite à la fusion de deux CER, le CER en santé chez l'humain du CHUS et le CER 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 membre en février 2017 suite au départ de Pre Chantal Doré.

MANDAT

Le *Plan d'action ministériel* confie au CER le mandat de :

- Protéger la dignité, le bien-être et les droits des participantes et participants à la recherche;
- Évaluer la conformité des projets de recherche, en assurer le suivi et veiller à la protection des personnes;
- Offrir un soutien aux équipes de recherche;
- Maintenir des communications harmonieuses avec les équipes de recherche et les instances concernées.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Marie-Josée April	Membre suppléant	Expertise en éthique
Daniel Audet	Membre suppléant	Expertise scientifique biomédicale
Audrey-Jeanne Beaudoin	Membre régulier	Représentante des étudiants
Louise Bernier	Membre régulier	Expertise juridique
Jean-Christian Boileau	Membre suppléant	Expertise scientifique biomédicale
Audrey Brassard	Membre suppléant	Expertise scientifique sociale
Sophie Brisson	Membre régulier	Expertise juridique
Martin Brochu	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale
Louise Brodeur	Membre régulier	Représentant la collectivité
Jean-Daniel Carrier	Membre suppléant	Expertise scientifique biomédicale

Membre	Statut	Condition de désignation
Vanessa Chenel	Membre régulier	Expertise en éthique
Aboubacar Cisse	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale
Sylvie Cloutier	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale
Yvan Cloutier	Membre régulier	Expertise en éthique
Robert Corriveau	Membre régulier	Représentant la collectivité
Anne-Marie Côté	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale
Annabelle Cumyn	Membre régulier	Présidente, expertise scientifique biomédicale
Claude Cyr	Membre suppléant	Expertise scientifique biomédicale
Jean Descoteaux	Membre régulier	Expertise scientifique sociale
Kim Désilets	Membre suppléant	Expertise juridique
Sylvie Desrosiers	Membre suppléant	Expertise en éthique
Pablo Echave	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale
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
Denise Lauzière	Membre régulier	Expertise juridique
Julie Leblond	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale
Louise Lemay	Membre régulier	Expertise scientifique sociale
Julie Ménard	Membre suppléant	Expertise scientifique biomédicale
Marcelle Monette	Membre régulier	Expertise en éthique
Christian Muhoza-Butoke	Membre suppléant	Expertise scientifique biomédicale
Marie-George Naud	Membre régulier	Représentante de la collectivité
Amélie Ouellet	Membre régulier	Représentante des étudiants
Monelle Parent	Membre régulier	Expertise en éthique
Julie Quenneville	Membre suppléant	Expertise scientifique biomédicale
Marie-Pierre Rousseau	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale
Arzamina Spahic Blazevic	Membre régulier	Expertise scientifique sociale
Raymonde Vigneault	Membre régulier	Représentante de la collectivité

RÉALISATIONS

Au cours de la dernière année (2016-2017), le CER du CIUSSS de l’Estrie – CHUS a évalué 230 nouveaux projets lors de 34 réunions plénières. De plus, le CER a agi à titre de CER évaluateur pour 43 projets multicentriques. Finalement, un suivi annuel a été réalisé pour 2 389 demandes.

Avec la fusion des deux CER-CHUS et CER-CSSS-IUGS, le CER du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a eu les obligations suivantes :

- Nommer une coprésidente;
- Rédiger une nouvelle politique en éthique de la recherche;
- Modifier les règlements de fonctionnement :
 - composition des groupes;
 - fermeture des projets.
- Harmoniser les processus de fonctionnement;
- Élaborer un suivi des indicateurs de performance établis avec l'accord du C. A.

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

- Une stratégie de suivi actif à visée formative;
- Un plan de formation développé à partir des besoins des chercheurs, des membres du CER et des équipes de recherche;
- Une implication active en recherche :
 - collaboration au projet du Dr Nascimento;
 - projet sur les perceptions du rôle du chercheur en éthique de la recherche au CHUS et à la FMSS;
 - demande de subvention aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) sur un projet portant sur le consentement et la recherche dans un système de santé apprenant.
- Une réflexion continue sur le développement d'outils pour le consentement des participants à faible littératie.

— 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
Michèle Ouellet	Vice-présidente (interim)
Johanne Royer	Secrétaire
Manon Bourgouin	Membre
Mélanie D'Arcy	Membre
Élaine Dubois	Membre
Karine Langlois	Vice-présidente
Martine Lemay	Membre

Membre	Rôle
Julie Ouellet	Membre
Isabelle Lebire	Membre
Sarah Bergeron	Membre
Julie Pelletier	Membre
Sonya Tétreault	Membre

RÉALISATIONS

- Le conseil des sages-femmes s'est réuni deux fois cette année, entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017;
- Participer à la Table d'obstétrique avec le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), six rencontres ont eu lieu;
- Démarrer le point de service de la maison de naissance à Granby;
- Participer aux ateliers du Programme AMPRO;
- Rédiger des ententes de transfert, qui en sont à l'étape de la signature, avec les quatre centres hospitaliers ayant une unité d'obstétrique ;
- Démarrer le processus d'accréditation pour Initiative amis des bébés pour la maison de naissance seule;
- Obtenir un budget de recherche équivalant à trois mois de salaire pour libérer une sage-femme à 28 heures par semaine à cette fin.

— COMITÉ DES USAGERS DU CENTRE INTÉGRÉ —

MANDAT

Le 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
Madelaine Houde	Vice-présidente	CUC du CSSS du Val-Saint-François
Carolle Ferland	Trésorière	CUC de la Haute-Yamaska
Louyse Philibert	Secrétaire	CUC du CSSS de la MRC-de-Coaticook
Denis Marceau	Rep. au CA	CUC du CHUS
Nicole Chiasson	Membre	CUC des CLSC et CHSLD Sherbrooke et de l'IUGS
Monique Duguay	Membre	CUC du CSSS des Sources
Sylvain Roy	Membre	CUC du Centre de réadaptation Estrie
Michel Lafrance	Membre	CUC du CSSS La Pommeraiie
Jean-Pierre Prévost	Membre	CUC du CSSS du Haut-Saint-François
Hugues Desrochers	Membre	CUC du CRDITED
Mariette Bédard	Membre	CUC du Granit
Mario St-Pierre	Membre	CUC du Centre jeunesse de l'Estrie
Juliette Dupuis	Membre	Comités de résidents

RÉALISATIONS

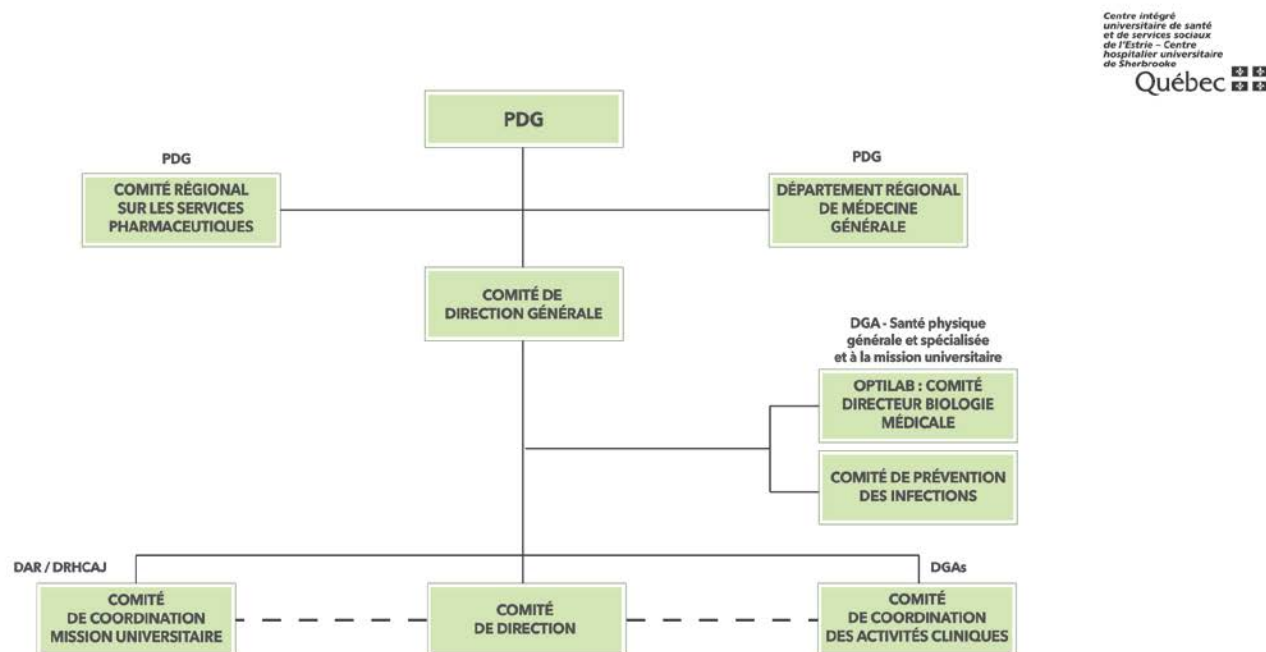
Les membres du CUCI se sont rencontrés à quatre reprises durant l'année administrative 2016-2017, tandis que les représentants de l'exécutif du CUCI se sont rencontrés dix fois pour la même période. Les membres des comités ont eux aussi des rencontres à raison d'une dizaine de fois par année.

Les réalisations propres au CUCI sont :

- Réaliser le projet de distribution d'un encart dans les journaux de l'Estrie en avril 2016, afin d'informer les usagers de leurs droits et obligations et de faire connaître les comités d'usagers et de résidents ;
- Discuter, lors d'un grand rassemblement regroupant les membres des quatorze comités de l'Estrie, des enjeux et difficultés rencontrées par les usagers ainsi que les enjeux et difficultés rencontrées par le CUCI, les CUC et les CR dans l'exercice de leurs fonctions;
- Préparer un projet de spectacles humoristiques ayant pour but de faire connaître les droits des usagers et des résidents qui seront présentés sur le territoire de l'Estrie en 2017-2018;
- Transmettre au C. A. des recommandations sur des enjeux importants concernant l'amélioration des services aux usagers et l'amélioration des conditions de vie des résidents et demander à l'établissement d'élaborer un plan d'action afin d'y donner suite.

3.3 STRUCTURE DE GOUVERNANCE DE LA DIRECTION GÉNÉRALE

ORGANIGRAMME - 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 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 au comité consultatif à la Direction générale et au C. A.;
- 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 les décisions d'urgence.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Patricia Gauthier	Animatrice	PDG
Johanne Turgeon	Participante	Présidente-directrice générale adjointe (PDGA)
Stéphane Tremblay	Participant	Directeur général adjoint au programme de santé
Carol Fillion	Participant	Directeur général adjoint aux programmes sociaux et de réadaptation

RÉALISATIONS

- Il y a eu 50 rencontres entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017;
- La collaboration interdirection et la planification de la main-d'œuvre ont été des sujets prioritaires en 2016-2017. Comme il s'agit d'une instance stratégique, l'ensemble des dossiers de l'établissement y ont été discutés.

— 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,
 - certaines 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	Rôle
D ^{re} Raymonde Vaillancourt	Chef du DRMG
D ^{re} Stéphanie Blais-Boilard	Représentante des RLS hors Sherbrooke
D ^{re} Suzanne Turcotte	Représentante des médecins de CLSC
D ^r Michel Camirand	Membre désigné par la PDG, DSPA
D ^r Gérard Chaput	Représentant de la MRC du Granit
D ^{re} Mélissa Généreux	Directrice de santé publique de l'Estrie
D ^{re} Marie Giroux	Représentante de la FMSS
D ^{re} Josée Beaulieu	Représentante de la MRC de Coaticook
D ^r Patrice Laplante	Représentant du CHUS (décembre 2016). Ce poste sera remplacé par le chef de médecine générale du CIUSSS de l'Estrie CHUS
D ^r Yves Mathieu Léger	Représentant de la MRC des Sources
D ^{re} Joanie Rinfret	Représentante des CHSLD
D ^{re} Natacha Vincent	Représentante de la MRC Val Saint François
D ^{re} Karine Emond	Représentante de la MRC Memphrémagog
D ^{re} Denise Beaudoin (2016)	Représentante de la Haute-Yamaska, remplacée par D ^{re} Caroline Tanguay en 2017
D ^r Christian Léger (2016)	Représentant de la Pommeraie, remplacé par D ^{re} Débora Andriuk en 2017

Membre	Rôle
D ^{re} Suzanne Gosselin	DSPA première ligne
D ^{re} Marie-Laure Collinge	Chef du Département d'urgence du CIUSSS de l'Estrie CHUS

RÉALISATIONS

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

- Ajout de 16 postes de nouveaux facturants dont sept postes en mobilité interrégionale au PREM 2017 ;
- Gestion des nouvelles règles concernant les activités médicales particulières (AMP) avec gestion à décroissance de l'implication des omnipraticiens en deuxième ligne suite à la reconnaissance de la prise en charge en première ligne ;
- Analyse des dossiers de renouvellement ou d'accréditation du nouveau programme de financement et soutien professionnel dans les 24 GMF dont trois GMF-U et un GMF-R (deuxième en septembre 2017);
- Organisation des services médicaux de première ligne et création de deux nouvelles instances : le comité consultatif et les tables locales du DRMG, avec représentativité optimale des tables de coordination et de concertation. Mise à jour du mandat du comité de direction du DRMG et suivi d'indicateurs;
- Consolidation des tables locales du DRMG dans les 9 RLS ;
- L'implantation du projet d'accessibilité à un médecin de famille avec cible d'atteindre régionalement 85 % d'inscriptions du maintien du taux de fidélisation au-dessus de 80 % et focus sur la prise en charge de la clientèle orpheline sur les guichets ou le guichet d'accès aux médecins de famille (depuis avril 2016) en collaboration avec les coordonnateurs médicaux et les gestionnaires des guichets et les responsables des GMF qui se sont fixés une cible selon leur capacité;
- Mise en place de la nouvelle gouvernance de première ligne, en lien avec les projets de loi n°10 et n°20 avec vision d'équipes multidisciplinaires et services de proximité dans les neuf RLS.

— 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, président	Pharmacien communautaire
Jacinthe Lamoureux	Pharmacienne communautaire

Membre	Fonction
Julie Coderre	Pharmacienne propriétaire
Sylvie Lussier	Pharmacienne propriétaire
Jean-Luc Trottier	Pharmacien propriétaire
Josianne Bibeau	Pharmacienne d'établissement
Patrice Lamarre	Chef de département
D ^{re} Édith Grégoire	Directrice adjointe – soutien qualité, DSP
D ^{re} Raymonde Vaillancourt	Chef du DRMG

RÉALISATIONS

- Diffusion d'information concernant les ordonnances collectives auprès des pharmaciennes et pharmaciens communautaires de l'Estrie;
- Soutien et implication dans la gestion des ruptures d'approvisionnement de certains produits pharmaceutiques, s'il y a lieu :
 - Suivi du projet clinique concernant la clientèle sous anticoagulothérapie;
 - Sensibiliser les médias et élus locaux aux conséquences négatives de la restructuration du programme de récupération des seringues et aiguilles usagées;
 - Diffusion d'informations diverses auprès des pharmaciens et pharmaciennes du territoire, notamment par l'infolettre courriel rédigée par la présidence;
 - Participation aux tables rondes des présidents de CRSP organisées de façon biannuelle par l'Ordre des pharmaciens du Québec.

Nombre de rencontres tenues : 4.

— COMITÉ DIRECTEUR BIOLOGIE MEDICALE — OPTILAB —

MANDAT

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

Le directeur clinico-administratif et le directeur médical sont mandataires du projet Optilab au CIUSSS de l'Estrie – CHUS (grappe Estrie), avec le soutien du comité directeur, devraient s'assurer de 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.
Rémi Brassard Copromoteur de projet Directeur clinico-administratif Optilab Directeur des services multidisciplinaires	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.
Dr Jean Dubé Copromoteur de projet Directeur médical Optilab Chef du Département de la biologie médicale	Régulier	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	
D ^{re} Raymonde Vaillancourt Représentante du DRMG	Régulier	Identifier les besoins des prescripteurs.
Karine Duchaineau Directrice adjointe des services multidisciplinaires, suivi des opérations	Régulier	Suivi des opérations de la biologie médicale.
Guyline Dubois Coordonnatrice de la biologie médicale	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.
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).

D ^r 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.
D ^r François Corbin Chef du service de biochimie	Régulier	Assurer son apport à titre d'expert pour le secteur de la biochimie médicale.
D ^r Sébastien Chénier Chef du service de génétique médicale	Régulier	Assurer son apport à titre d'expert pour le secteur de la génétique médicale.
D ^r Louis Valiquette Chef du service de microbiologie	Régulier	Assurer son apport à titre d'expert pour le secteur de la microbiologie.
D ^r Edmond Rizcallah Chef du service d'anatomopathologie	Régulier	Assurer son apport à titre d'expert pour le secteur de l'anatomopathologie.
D ^r Rosaire Giroux Omnipraticien RLS La Pommeraie et représentant du CMDP	Régulier	Assurer un suivi au CMDP du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
D ^r 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.
D ^{re} Sophie Michaud Microbiologiste RLS La Pommeraie	Ad hoc	Assurer son apport à titre d'expert pour le secteur de la biologie médicale.

RÉALISATIONS

4 rencontres ont eu lieu entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017 soit les :

- 2016-06-15, 2016-10-12, 2016-12-14, 2017-02-15;
- Approuver la structure de gouvernance du projet;
- Approuver le Manuel d'organisation de projet (MOP);
- Approuver le plan de main-d'œuvre de la grappe;
- Approuver la structure de gestion des différents lots du projet;
- Élaborer les critères du plan de transition du SIL;
- Identifier les scénarios retenus pour le plan de transition du SIL;
- Identifier la portée des travaux d'aménagement du laboratoire serveur;
- Convenir des enjeux de gestion du changement du projet pour le personnel et l'équipe médicale des laboratoires associés;
- Approuver un plan triennal de remplacement et d'ajout d'équipements médicaux (approvisionnements et GBM).

— COMITÉ STRATÉGIQUE EN PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS —

MANDAT

- Recevoir les recommandations émises par le comité tactique en 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 adjointe des soins infirmiers, VQEPP	Animatrice et responsable du comité
D ^r 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
Josée Vachon	Chef de service PCI	Assure le lien avec le comité opérationnel
D ^r Louis Valiquette	Chef de service de la 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
D ^{re} Isabelle Alarie	Microbiologiste-infectiologue (responsable tactique de la PCI)	
D ^{re} Linda Pinsonneault	Représentante DSPublique	
Nathalie Léonard	Représentante DQEPE	
D ^{re} Édith Grégoire	Représentante DSP	
Jean Délisle	Représentant DSM	
Maryse Trudeau	Représentante DPSAPA	
Marie-Ève Langlais	Représentante DPDI-TSA-DP	
Andrée Duquette	Représentante DPSMD	
Johanne Fleurant	Représentante DPJe	
Chantal Gariépy	Représentante DSG	
André Lortie	Représentant DST, volet infrastructures	

Membres	Statut	Rôle
Josée Paquette	Représentante DRHCAJ	
Normand Bilodeau	Représentant DRIT	
Membres ad hoc	Au besoin	

RÉALISATIONS

- Suivi des travaux des comités opérationnels et tactiques :
 - 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 annuel 2015-2016;
 - Adoption du programme PCI CIUSSS de l'Estrie – CHUS 2016-2020;
 - Consultation et adoption du schéma PCI « La PCI une responsabilité partagée »;
 - Adoption de l'algorithme CIUSSS de l'Estrie – CHUS pour les maladies respiratoires sévères infectieuses d'étiologie indéterminée (MRSI) en centre hospitalier;
 - Consultation et adoption d'une trajectoire de communication CIUSSS de l'Estrie – CHUS en cas d'éclosion;
 - Consultation et adoption d'un tableau de communication sur les éclosions dans l'ensemble des installations du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
 - Approbation des activités pour la Semaine d'hygiène des mains.
- Suivi des plans d'action :
 - Suivi du Plan d'action du MSSS 2015-2020;
 - Suivi du Plan d'amélioration continue (PAC) en lien avec les normes et pratiques organisationnelles requises (POR) d'Agrément Canada 2016 (identification et partage des enjeux);
 - Suivi du Plan d'action du DACD à la Haute-Yamaska;
 - Suivi du Plan d'action de l'ERV à l'Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu de Sherbrooke.
- Visite d'Agrément :
 - Participation à la visite d'Agrément 2016 – Résultat de 100 % pour les normes en POR et PCI;
 - Amorçage de la préparation pour la visite d'Agrément en 2018.
- Suivi des dossiers d'envergure :
 - Suivi du Plan d'action de l'implantation des « zones grises » en milieu aigu et CHSLD;
 - Suivi des travaux en lien avec le dossier de contamination des générateurs thermiques utilisés pour la CEC – M. Chimarea;
 - Approbation du Plan d'implantation du dépistage BGN-PC dans l'ensemble des milieux aigus et suivi du plan d'implantation;
 - Approbation du Plan de gestion de l'accès aux soins et services en période d'éclosion d'influenza et de gastroentérite 2016-2017 (déposé au MSSS – novembre 2016);
 - Suivi des décisions de la campagne de vaccination antigrippale;
 - Suivi des travaux du projet Optilab ayant un impact sur le service de PCI.
- Consultation – échange concernant les enjeux stratégiques en PCI :
 - Effectifs en PCI (en conformité avec les ententes de gestion);
 - Couverture PCI pour les installations et secteur non prévu dans les ressources octroyées en fonction des ententes de gestion (milieux autres que CH et CHSLD);
 - Gestion des symptômes des employés malades (DRHCAJ);
 - Arrimage entre la PCI et la DST dans les dossiers d'infrastructures (constructions, rénovations).
- 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 création d'un tableau de bord PCI – CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
 - Adoption du tableau de bord des éclosions du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
 - Présentation au CVQ.

- Transmission des recommandations à la Direction générale :
 - Structure de gouverne de la prévention et du contrôle des infections du CIUSSS de l'Estrie – CHUS : comité opérationnel, comité tactique et comité stratégique.

Nombre de rencontres entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017 : cinq rencontres, dont les dates sont les suivantes :

- 31 mai 2016;
- 21 septembre 2016;
- 2 novembre 2016;
- 4 janvier 2017;
- 15 février 2017.

— COMITÉ DE DIRECTION —

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;
- Lever les enjeux de la mise en œuvre des projets prioritaires organisationnels et de transformation et recommander des solutions;
- Recommander les projets organisationnels à prioriser (portefeuilles de projet) et à suivre;
- 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 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 la Direction générale les politiques et procédures, guide, cadre de référence, etc.;
- Recommander au comité de la Direction générale la création des instances interdirections, interétablissements et intersectorielles.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Patricia Gauthier	Animatrice	PDG
Johanne Turgeon	Membre	PDGA
Stéphane Tremblay	Membre	Directeur général adjoint au programme de santé physique générale et spécialisée
Carol Fillion	Membre	Directeur général adjoint aux programmes sociaux et de réadaptation

Tous les directeurs cliniques et administratifs	Membres	Directeurs cliniques et administratifs
Denis Beaulieu	Membre	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

RÉALISATIONS

- Le comité de direction s'est réuni à douze reprises entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017. Il s'agit d'une instance décisionnelle et ses principales réalisations ont été d'entériner et de suivre les projets organisationnels dans une perspective de transversalité entre les directions.

— COMITÉ DE COORDINATION DE LA MISSION UNIVERSITAIRE —

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
Patricia Gauthier	PDG	Participante
Johanne Turgeon	PDGA	Représentant – Volet administratif
Carol Fillion	Directeur général adjoint aux programmes sociaux et de réadaptation	Représentant – Volet social
D ^r Stéphane Tremblay	Directeur général adjoint au programme de santé physique générale et spécialisée	Représentant – Volet santé
D ^r Pierre Cossette	Doyen de la FMSS de l'UdeS	Représentant UdeS – FMSS
Christine Hudon	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 et de l'enseignement	Co-responsable – volet enseignement
Nicole Dubuc	Directeurs scientifiques des centres	Représentants des centres de

Membre	Statut	Condition de désignation
D ^r William Fraser	et instituts de recherche du CIUSSS de l'Estrie – CHUS	recherche
Paul Morin		

RÉALISATIONS

Le comité de coordination de la mission universitaire avait quatre rencontres de planifier pour la période du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017. Seulement deux rencontres ont eu lieu durant cette période, car il a été convenu de revoir le mandat et la composition de ce comité suite à la réorganisation de la structure de la mission universitaire dans l'établissement.

Le comité de coordination de la mission universitaire a tout de même pu traiter des dossiers suivants :

- Discuter des orientations de la DRHCAJ en lien avec la politique en enseignement et l'offre de stages;
- Discuter des instances de concertation avec les maisons d'enseignement;
- Discuter de certains enjeux en lien avec le Pavillon de médecine personnalisée et de recherche translationnelle de l'UdeS;
- Présenter le projet de recherche-action « Création, adaptation et régulation de mécanismes de collaboration inter-direction en contexte de transformation organisationnelle » sous la supervision du Pr Lucie Houle de l'École de gestion de l'UdeS;
- Discuter de la révision de l'entente sur les frais indirects de recherche entre le CIUSSS de l'Estrie – CHUS et l'UdeS.

— COMITÉ DE COORDINATION DES ACTIVITÉS CLINIQUES —

MANDAT

- Planifier et orienter les activités cliniques afin d'assurer l'accessibilité, la pertinence et l'intégration des services;
- Discuter, décider et prioriser les grands dossiers cliniques et administratifs qui concernent l'organisation des services;
- Noyau central de l'activité clinique au sein de l'établissement;
- Favoriser une vision commune, une meilleure appropriation des dossiers, les échanges et la cohésion entre les directions cliniques;
- Lieu d'information sur les orientations et les décisions de la direction générale et du MSSS.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Stéphane Tremblay	Coanimateur	DGA-PSPGS
Carol Fillion	Coanimateur	DGA-PSR
Mélissa Généreux	Participante	DSPublique
Alain Trudel	Participant	DPJe
Lynda Périgny	Participante	DPJ
Mario Morand	Participant	DI-TSA et DP
Sylvie Moreault	Participante	DPSAPA
Murray McDonald	Participant	DSMD

Rémi Brassard	Participant	DSM
Lise Montagne	Participante	DSI
Lyne Cardinal	Participante	DSG
Colette Bellavance	Participante	DSP

RÉALISATIONS

27 rencontres ont eu lieu entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017 :

- Contribuer à l'élaboration des grandes orientations cliniques;
- Suivre l'évolution des A3 prioritaires pour les directions cliniques;
- Accompagner et approuver la structure du développement des communautés;
- Maintenir et rendre équitable l'offre de service à la population;
- Partager les enjeux de l'environnement clinique interne et externe;
- Établir les règles de vie du comité (se doter d'un mode de fonctionnement afin que les rencontres se déroulent de manière satisfaisante pour tous les membres).

1.3.3

ORGANIGRAMME DE LA DIRECTION GENERALE ET SES FONCTIONS

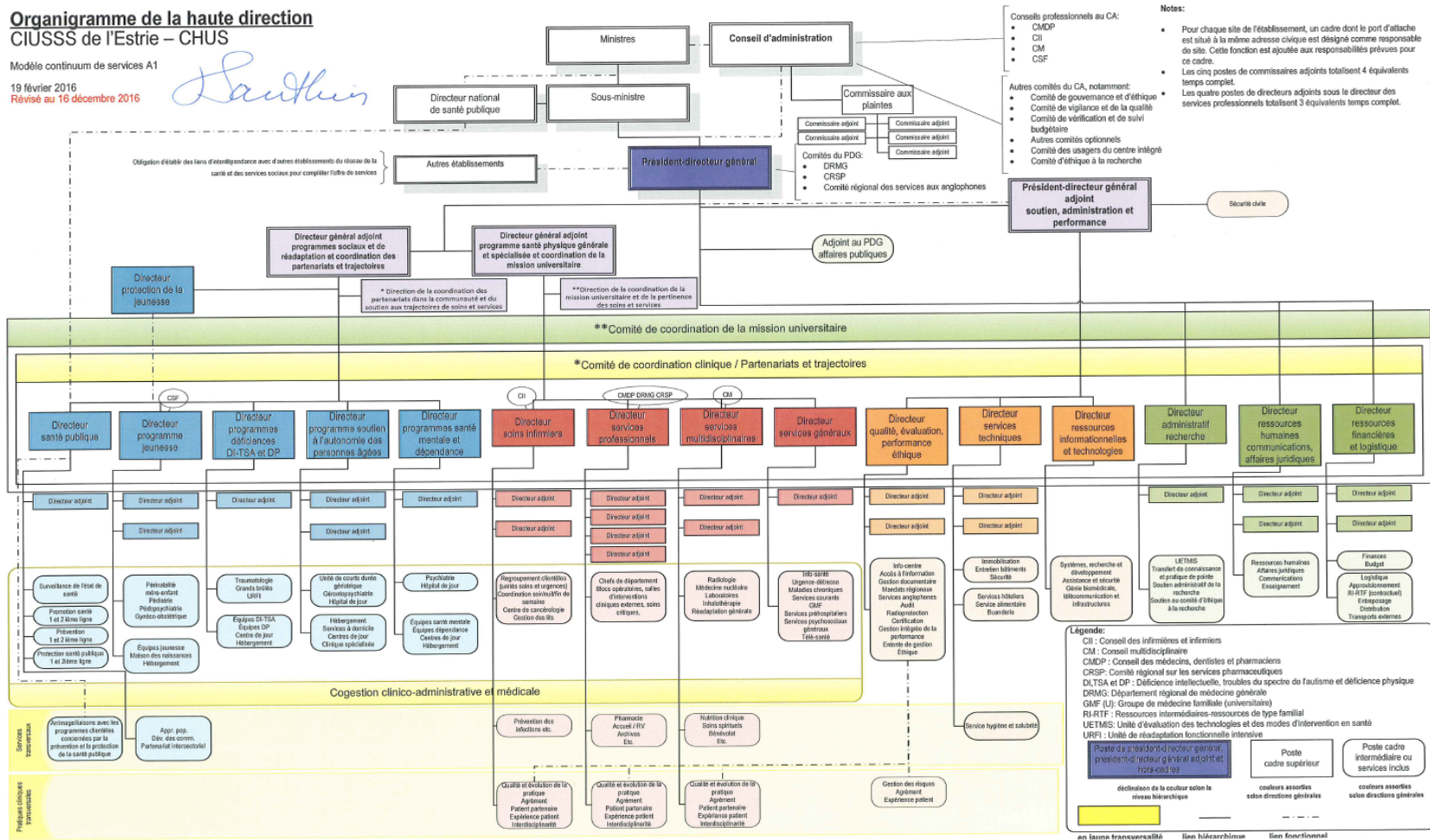
Organigramme de la haute direction

CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Modèle continuum de services A1

19 février 2016

Révisé au 16 décembre 2016





2

**Plan d'action ou réalisations
2016-2017**

LA QUALITÉ ET LA PERFORMANCE, NOTRE SIGNATURE

QUALITÉ DES SOINS ET 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, l'établissement demeure engagé à s'inspirer des meilleures pratiques reconnues, à s'appuyer sur les acquis et les forces de chacun et à placer la personne, l'usager, le patient au cœur même de ses décisions.

Par le biais de son plan d'action, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS veille ainsi à demeurer centré sur son objectif. Il reprend les objectifs du *Plan stratégique 2015-2020 du MSSS*. De plus, il intègre les priorités organisationnelles mises de l'avant au CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

VRAI NORD

Le Vrai Nord (Figure 3) est notre boussole rappelant la bonne direction; c'est la référence pour aligner les décisions et actions de l'ensemble de l'organisation. Au CIUSSS de l'Estrie – CHUS, nous avons choisi les axes illustrés par les six engrenages de notre système de gestion intégrée de la performance.

« **En Estrie, ensemble, innovons pour la vie** » vise à soutenir les multiples axes d'actions pour gérer la performance et à appuyer un processus décisionnel cohérent.

Au centre du modèle, notre finalité ***AGIR pour et avec l'usager, ses proches et la population**. Le second 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 établissement.

***ASSURER la qualité des soins et services**, *** GARANTIR l'accessibilité** tout en veillant à *** UTILISER judicieusement nos ressources** constituent les trois autres axes et où la culture de la mesure est présente à travers l'ensemble de 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



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 2015-2016 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.

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 Soutenir le développement des communautés

2.1.1.1 TRAVAILLER PLUS EFFICACEMENT AVEC LES COMMUNAUTÉS DES RESEAUX TERRITORIAUX

LES PRINCIPALES ACTIONS REALISEES

Élaboration d'une politique en responsabilité populationnelle et développement des communautés. Cette politique précise le but, les objectifs visés, les principes directeurs ainsi que les principales responsabilités de l'ensemble des acteurs de l'établissement. Le C. A. de l'établissement affirme sa volonté de placer la responsabilité populationnelle et les principes d'action du développement des communautés au cœur des orientations de l'établissement pour en faire une cible partagée par tous.

Élaboration en cours d'un cadre de gestion balisant le soutien du CIUSSS de l'Estrie – CHUS au regard du développement et du bon fonctionnement des RLS au sein du réseau territorial de services (RTS). Le cadre de gestion constitue, à plusieurs égards, le prolongement stratégique et opérationnel de la politique sur la responsabilité populationnelle et le développement des communautés.

Adoption d'un cadre de référence en développement des communautés et soutien au RLS de Sherbrooke dans le cadre de l'Initiative sherbrookoise en développement des communautés (ISDC). L'ISDC regroupe les partenaires suivants : la Commission scolaire de la région de Sherbrooke, la Corporation de développement communautaire de Sherbrooke, la Ville de Sherbrooke et le CIUSSS de l'Estrie – CHUS. L'ISDC soutient le développement de tables de quartier.

Soutien et animation de plusieurs instances de concertation dans l'ensemble des RLS par les organisateurs communautaires.

Présence de gestionnaires et de professionnels des programmes-services dans plusieurs instances de concertation, mais à des degrés variables d'un programme à l'autre.

Présence stratégique des hors-cadres de l'établissement à chacun des RLS.

ATTEINTE DES OBJECTIFS

Partiellement atteint, l'objectif était très ambitieux. Par ailleurs, l'adoption de la Politique en responsabilité populationnelle (RP) et développement des communautés (DC) est encourageante. Lorsque le cadre de gestion sera terminé et adopté, nous pourrions davantage témoigner de notre objectif à travailler plus efficacement avec les différentes communautés du territoire estrien.

À VENIR POUR 2017-2018

Élaboration d'une stratégie de diffusion et d'appropriation de la politique en RP et DC.

Finalisation du cadre de gestion et planification de sa mise en œuvre.

2.1.2 Favoriser l'implication des usagers et des proches aidants

2.1.2.1 TRAVAILLER PLUS EFFICACEMENT AVEC LE COMITÉ DES USAGERS DU CENTRE INTÈGRE (CUCI) ET LES COMITÉS DES USAGERS CONTINUE (CUC)

Le travail de rapprochement entre les CUC et les directions s'est poursuivi tout au long de l'année. La tournée auprès des CUC a permis de recueillir les besoins et les attentes et d'identifier les personnes répondantes. Des travaux se poursuivent pour définir les mécanismes de liaison entre les gestionnaires répondantes et les CUC. Aussi, des personnes agissent comme agents de liaison et offrent un soutien direct aux comités (finances, communications, ressources humaines).

Plusieurs sujets ont été présentés aux rencontres du CUCI favorisant ainsi l'implication des membres aux orientations de certaines politiques organisationnelles, par exemple : le Code d'éthique du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, la Politique de transport ambulancier, le stationnement, etc. Une animation d'atelier a aussi eu lieu sur les trajectoires de soins et de services. Un chantier sur la qualité perçue s'est également mis en branle en collaboration avec le service d'expérience-usagers. Certains membres ont également été étroitement impliqués dans les travaux du code d'éthique, du comité d'éthique clinique et organisationnel (CECO), du comité tactique d'agrément et du comité sur les risques et la prestation sécuritaire des soins et des services.

La recherche d'efficacité et de partenariat avec les CUC et le CUCI est en progression et l'objectif annuel doit être maintenu. Ainsi, un questionnaire d'évaluation a été distribué aux comités afin d'avoir une première photo quant au fonctionnement et aux modalités de collaboration ainsi que l'identification de pistes d'amélioration. Cet exercice permettra sans doute de poursuivre les ajustements dans les modes de fonctionnement et de voir à travailler plus efficacement en partenariat.

2.1.2.2 FACILITER LA PARTICIPATION DES USAGERS DANS LA RECHERCHE

La participation des usagers dans la recherche a été grandement renforcée au cours de l'année 2016-2017 au CIUSSS de l'Estrie – CHUS. L'IUPLSSS a tenu un colloque national sur la participation citoyenne intitulé « *Agir pour et avec l'utilisateur, ses proches et la population pour de meilleurs services de santé* ». Ce colloque participatif abordait l'engagement des citoyens et des communautés dans la relation de soins comme dans l'évolution du système de santé. On note, entre autres la participation de 255 personnes au colloque, plus de 100 visionnements de la webdiffusion des sections plénières et la participation de citoyens de chaque RLS. Suite au colloque, un guide sur la participation citoyenne, financé par le MSSS et la stratégie de recherche axée sur le patient (SRAP), a été élaboré. Ce guide vise à rejoindre les gestionnaires, les intervenants, les soignants et les usagers afin de leur présenter des pratiques inspirantes et de leur fournir des outils.

L'année 2016-2017 a été marquée par la poursuite du déploiement de Baromètre en France, un outil collaboratif numérique permettant aux usagers d'apprécier leur qualité de vie et de suivre l'évolution de cette dernière dans le temps. L'outil permet aux usagers de coconstruire les interventions et le plan d'action avec les intervenants et d'en apprécier les changements réels dans la vie. En date du 1^{er} avril 2017, le Baromètre se démarque entre autres par son utilisation dans 17 organisations pour un total d'environ 500 usagers et 100 professionnels. L'IUPLSSS a également mis en place un comité d'utilisateur-partenaire qui participe à la conception et au déploiement de plusieurs projets, dont le projet Baromètre.

Du côté du CRCHUS, les équipes des professeurs-chercheurs André Carpentier et Louis Gendron font partie des équipes de recherche canadiennes à qui les instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont octroyé une subvention de 50 millions de dollars sur cinq ans dans le cadre de la nouvelle SRAP qui vise à mieux structurer la recherche clinique de façon à offrir le plus rapidement possible des soins adaptés aux conditions des patients. L'objectif des équipes de recherche est de créer des réseaux de recherche pour lutter contre la douleur chronique et contre le diabète et ses complications. Le CRCHUS et la FMSS de l'UdeS participent dans ce projet avec une contribution de 1,5 million de dollars. Le CRCHUS a également mis sur pied le premier comité patient-partenaire offert par un centre de recherche au Québec. Ce comité vise à stimuler la participation des usagers dans les projets de recherche afin de les ancrer davantage avec leurs besoins et leur réalité. Un comité local de patients partenaires (PP) au niveau de la recherche sur le diabète, l'obésité et les complications cardiovasculaires (DOCC) effectuée à Sherbrooke a été mis sur pied. Pour la troisième année consécutive, le DOCC a organisé une activité de reconnaissance des patients et aux donateurs privés de diverses fondations impliquées dans la recherche clinique.

Le CdRV a pour sa part mis sur pied un « *Living Lab* » qui permet une approche de recherche participative en recréant des environnements familiers et contrôlés (ex. : simulateur de conduite, guichet automatique) et un centre de recrutement sur leur site Internet pour faciliter la participation des aînés aux projets de recherche. Le CdRV compte aujourd'hui une liste de plus de 1500 personnes souhaitant prêter leur concours à la recherche.

Enfin, la Direction administrative de la recherche a élaboré et diffusé une politique sur l'intégrité en recherche et une procédure relative au traitement des allégations d'inconduite en recherche et de l'examen des plaintes, afin de répondre aux critères du FRQ et de protéger les droits des usagers lors de leur participation aux différents projets de recherche. Une politique et un règlement en éthique de la recherche ont également été élaborés pour protéger la dignité, le bien-être et les droits des participants à la recherche.

2.1.3 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 comité des usagers du centre intégré, différents processus et outils sont en implantation afin de recruter des usagers, de les préparer, de les soutenir au fil de leur participation et de soutenir les gestionnaires et les intervenants à mieux « Agir Pour et Avec » les usagers, leurs proches et la population. Ce faisant, un bassin d'usagers collaborateurs se constitue afin de répondre plus efficacement aux demandes de plus en plus nombreuses. De plus, les gestionnaires et les intervenants disposent de plus en plus d'outils pour favoriser cette participation à valeur ajoutée. En 2016-2017, ces efforts ont permis d'assurer la participation à valeur ajoutée d'usagers dans plus d'une quinzaine d'initiatives : comités de la structure permanente, projets organisationnels ainsi que dans les opérations régulières de plusieurs directions.

La démarche entourant la mise en œuvre des trajectoires marque un tournant important dans l'implication des usagers. Appelés à occuper une place privilégiée au sein des deux comités d'animation des trajectoires pilotes et des sous-groupes de travail associés à la démarche, ils participent à instaurer des pratiques soutenant une réelle culture de partenariat au

sein du CIUSSS de l'Estrie - CHUS. Soulignons aussi la collaboration de la DQEPE à l'organisation du Colloque sur la participation citoyenne, tenu en décembre 2016, un événement riche de réflexion et d'action.

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

Dans le cadre de la poursuite de la transformation qui a eu cours dans l'année 2016-2017, un besoin émerge de se doter d'un mécanisme de mesure et d'utilisation de la qualité perçue qui soit structuré et transversal et d'arrimer la cascade hiérarchique. Cet aspect fait partie des indicateurs reliés au « Agir Pour et Avec » l'utilisateur, ses proches et la population. Certains secteurs ont décidé de continuer les processus d'évaluation de la qualité perçue afin de continuer à se centrer sur l'utilisateur et ses proches, bien qu'étant conscients qu'une réflexion est requise pour arrimer cet exercice dans le nouveau contexte. Parmi ceux-ci se trouvent des secteurs concernés par la visite d'Agrément en octobre 2016. Par ailleurs, les comités des usagers continués 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 de la qualité 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. Le MSSS souhaite également développer des outils communs d'évaluation de la qualité perçue des usagers pour l'ensemble des établissements. Nous allons donc nous arrimer avec ces travaux pour réaliser les nôtres.

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. Dans le cadre de la nouvelle organisation, nous souhaitons prendre le temps nécessaire et nous assurer que la structure est bien en place afin d'être en mesure de circonscrire la manière dont nous souhaitons consulter la population, et ce, de façon intégrée avec les moyens déjà en place au niveau des usagers. Néanmoins, nous sommes actifs auprès de la population et des instances locales afin de collaborer avec ces dernières dans un souci de répondre le plus adéquatement possible à leurs besoins. Les quatre hors-cadres sont chacun responsable des arrimages stratégiques de RLS qui leur ont été attribués par le C. A. Au cours de l'année 2016-2017, ils ont tous été présents aux instances locales stratégiques des neuf RLS, sur invitation ou de manière régulière avec les partenaires de chacun de ces RLS.

De plus, l'exercice 2016-2017 a été marqué par l'adoption de la *Politique de responsabilité populationnelle et développement des communautés*. Cette politique positionne les grandes orientations quant au rôle que l'établissement souhaite prendre auprès de nos RLS et de la population dans l'atteinte de sa mission. Pour actualiser ces orientations, un cadre de gestion, actuellement en élaboration, précisera la manière que l'organisation se structurera pour y arriver. Un mécanisme de collaboration avec l'ensemble des fondations de notre établissement est aussi en place. 3 rencontres ont eu lieu et ont permis de partager sur des enjeux communs et de poursuivre le travail de collaboration.

2.1.4 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.

2.2 GARANTIR L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS ET SERVICES



2.2.1 Adapter l'offre de soins et services aux personnes âgées

2.2.1.1 AMELIORER LES SERVICES DE SOUTIEN A DOMICILE DE LONGUE DUREE

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017
A) Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	9 496	10 547	8 857
B) Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	67,4 %	80 %	72,9 %

Commentaire indicateur A

Pour un des neuf RLS, il y a eu augmentation du nombre de personnes rejointes SAPA et DP-DI-TSA. La diminution totale est principalement associée à la fermeture de plusieurs dossiers et à une plus grande vigilance de la codification dans I-CLSC. Une hypothèse est également que le point de départ de mars 2015 est questionnable en termes de surévaluation du nombre de dossiers codifiés « personnes âgées » dans I-CLSC (profil 710).

Commentaire indicateur B

Amélioration notable de la proportion de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention passant de 67,4 % au 31 mars 2016 à 72,9 % au 31 mars 2017. Les résultats par RLS varient entre 63,3 % et 91,1 %.

Selon l'appartenance au programme, les résultats pour le CIUSSS de l'Estrie – CHUS varient ainsi :

- Déficience physique : 67,2 %;
- Déficience intellectuelle – Trouble du spectre de l'autisme : 70,1 %;
- Déficience physique, déficience intellectuelle – trouble du spectre de l'autisme (situations mixtes de personnes) : 65,9 %;
- Soutien à l'autonomie des personnes âgées : 74,4 %.

Un suivi plus serré par les gestionnaires et une meilleure appropriation de l'importance d'évaluer les besoins par les intervenants ont permis cette augmentation. La production de listes périodiques et hebdomadaires des usagers à évaluer permettra de poursuivre l'amélioration de cet indicateur.

2.2.1.2 CONSOLIDER L'ADAPTATION DES SOINS ET SERVICES AUX CONDITIONS DES PERSONNES AGÉES

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017
A) Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	25 %	62,5 %	0 %
B) Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	38 %	50 %	0 %
C) Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	22 %	66,7 %	11,1 %
D) Pourcentage des personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil Iso-SMAF de 10 à 14	s. o.	85 %	82,2 %

Commentaire indicateur A

Aucune installation concernée par l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) n'a atteint le niveau de déploiement à 95 % des composantes 1, 2 et 6. La déclaration en 2015-2016 était surévaluée pour certaines installations.

Commentaire indicateur B

Aucune installation concernée par l'implantation de l'AAPA n'a atteint le niveau de déploiement à 65 % des composantes 3, 4 et 5. Dans l'ensemble des installations, le ralentissement s'observe au niveau du manque de formation sur l'AAPA au cours de la dernière année.

En 2016-2017, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS s'est donné une structure de gouvernance comprenant les niveaux stratégique, tactique et opérationnel. Un portrait des activités dans chaque installation de courte durée a été effectué permettant de dégager des actions à mettre en œuvre en 2017-2018, principalement en lien avec le délirium, le syndrome d'immobilisation et la gestion des médicaments potentiellement inadéquats auprès des personnes âgées.

Commentaire indicateur C

Seulement un des neuf RLS a obtenu un niveau d'implantation des composantes d'au moins 80 %. Deux autres RLS ont entre 72 et 73 % d'implantation. Par rapport aux résultats de 2015-2016 où la grille avait été modifiée par le MSSS sur la définition des composantes réalisées, cinq des neuf RLS ont vu leur niveau d'implantation légèrement augmenté.

La diminution du résultat pour le CIUSSS de l'Estrie – CHUS s'explique par :

- Des changements dans la valeur du nombre optimal de plans de services individualisés (PSI) à produire chez la clientèle suivie par un gestionnaire de cas, selon les orientations en gestion de cas (entre 3 et 15 %) alors que cinq RLS de l'Estrie en produisent à plus de 26 %;
- Le délai dans notre CIUSSS à implanter les nouvelles orientations en gestion de cas;
- Le délai dans les activités de concertation et de coordination avec les partenaires à l'échelle de plusieurs RLS.

Commentaire indicateur D

On dénombre 1055 personnes à avoir été admises en CHSLD en 2016-2017, soit un taux de roulement de 48,84 % de la capacité des 2160 places.

Parmi les personnes admises en CHSD, 82,2 % d'entre elles présentaient un profil Iso-SMAF de 10 et plus. De plus, 15 % des autres admissions étaient des personnes avec un profil Iso-SMAF à 9. Nous suivons l'issue de ces personnes admises en CHSLD puisqu'elles décèdent dans une grande proportion dans les six mois suivant leur admission.

2.2.2 Adapter l'offre de soins et services aux personnes vulnérables

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

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017
A) Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 594	1 643	1 729
B) Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie	55	55	45

Commentaire indicateur A

L'engagement est atteint.

Commentaire indicateur B

Le résultat à la P13 devrait être de 55 plutôt que 45. Cette situation est due à certaines difficultés qui ont résulté en un envoi tardif des données sur le nombre de lits en soins palliatifs d'une installation, et ce, après la date de fermeture du TBIG.

L'écart avec la cible, soit 51 lits plutôt que 55, s'explique par une fermeture temporaire de 4 lits dans l'une des maisons de soins palliatifs du territoire suite au congé de maladie prolongé d'un des deux médecins. La charge étant trop lourde pour un seul médecin et devant une incapacité à trouver un médecin remplaçant, la maison n'a eu d'autre choix que d'effectuer cette fermeture. La situation s'est rétablie au début d'avril 2017.

APPLICATION DE LA POLITIQUE CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE

CIUSSS DE L'ESTRIE - CHUS

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

Exercice : Bilan 2016 - 2017

du : 10-déc-15

au : 09-déc-16

Le présent tableau résulte d'une compilation des données fournies à la Commission sur les soins de fin de vie et ce, depuis la mise en œuvre de la Loi concernant les soins de fin de vie. Les données du premier rapport d'activités couvrant la période du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016 ont été présentées dans le rapport annuel de gestion 2015-2016 de l'établissement.

Activité	Information demandée	Site ou installation ⁶				Total
		Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
Soins palliatifs et de fin de vie**	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée ¹ pour la période du 10 décembre 2015 au 9 décembre 2016. Informations complémentaires : Ce chiffre résulte de la compilation des deux rapports d'activités soumis à la Commission sur les soins de fin de vie depuis la mise en application de la Loi. Les sources ainsi que les limites de cette donnée expliquées dans chacun des rapports d'activités prévaut également pour la donnée présente.	797				N/A
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée ² pour la période du 10 décembre 2015 au 9 décembre 2016. Informations complémentaires : Pour le moment, cette donnée ne peut pas être recueillie par manque d'un système d'information clinique (ex: SICHELD) dans plusieurs centres d'hébergement et par manque de capacité à identifier les résidents qui sont considérés en soins palliatifs ou de fin de vie, soit lors de l'admission ou soit en court d'hébergement.		N/D			N/A
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile ³ pour la période du 10 décembre 2015 au 9 décembre 2016. Informations complémentaires : Cette donnée résulte de la compilation des deux rapports d'activités déposés à la commission sur les soins de fin de vie et correspond au nombre d'usagers distincts ayant un profil d'intervention "121" inscrit dans I-CLSC.			2 342		N/A
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs ⁴ pour la période du 10 décembre 2015 au 9 décembre 2016. Informations complémentaires : Cette donnée résulte de la compilation des chiffres fournis dans les deux rapports d'activités soumis à la Commission sur les soins de fin de vie depuis la mise en application de la Loi.				368	N/A
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées			84		84
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées			37		37
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées			31		31
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs ⁵ Informations complémentaires : a) une personne décédée avant la date choisie b) deux personnes ne répondaient plus aux critères c) deux personnes avaient une date choisie après la période visée par le rapport d) une personne a changé d'avis.			6		6

Notes du tableau

* Le rapport du directeur général doit être transmis au conseil d'administration de l'établissement et à la Commission sur les soins de fin de vie tous les six (6) mois à partir de la date d'entrée en vigueur de la Loi 2 et pour 2 ans (Loi 2, art.73). Les dates de transmission du rapport aux instances concernées sont les 10 juin 2016, 10 décembre 2016, 10 juin 2017 et 10 décembre 2017.

** Considérant qu'il n'est pas possible actuellement d'identifier les personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs (Loi 2, Chapitre I, art.3), la nouvelle information demandée, soit le Nombre de personnes en SPFV, obtenue à partir des banques de données nationales, permettra de donner un aperçu des personnes en SPFV par milieu de soins.

N/A : n'ayant pas lieu de figurer. Donc, il ne faut pas additionner les nombres par site ou installation parce qu'ils viennent de sources de données et de périodes différentes.

1 — Indiquer la source de données utilisée sur la ligne Informations complémentaires. Le système MED-ÉCHO, par exemple, a une Directive de codage — Soins palliatifs (21.3) — Classifications médicales MED-ÉCHO, en vigueur le 1^{er} avril 2006 et révisée le 1^{er} juillet 2013.

2 — Indiquer la source de données utilisée sur la ligne Informations complémentaires. Le Formulaire 514-GESTRED Lits réservés aux SPFV, par exemple, recueille des informations sur les personnes admises dans un lit réservé aux SPFV et celles admises hors lit réservé aux SPFV.

3 — Indiquer la source de données utilisée sur la ligne Informations complémentaires. Le système I-CLSC, par exemple, saisit les informations sur les personnes avec un code d'intervention 121 — Services en soins palliatifs — Programme Santé physique.

4 — Indiquer la source de données utilisée sur la ligne Informations complémentaires. Le Formulaire 514-GESTRED Lits réservés aux SPFV, par exemple, recueille des informations sur les personnes admises dans les maisons de soins palliatifs.

5 — Les motifs de la non administration de l'aide médicale à mourir devront être indiqués dans le rapport sur la ligne Informations complémentaires. Documents de référence : Lignes directrices pour le cheminement d'une demande d'aide médicale à mourir et les formulaires prescrits par le ministre.

6 — Par site ou installation, la personne doit être comptée une seule fois pour chaque source de données utilisée. L'objectif est de présenter le volume d'usagers et non l'intensité des services.

A

Version en français : *Formulaire de consentement à la sédation palliative continue* — AH-880 DT9231 (2015-12)

Version en anglais : *Continuous palliative sedation consent form* — AH-880A DT9235 (2015-12)

B

Version en français : *Formulaire de demande d'aide médicale à mourir* — AH-881 DT9232 (2015-12)

Version en anglais : *Request for medical aid in dying* — AH-881A DT9236 (2015-12)

C

Version en français : *Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir — Partie 1* — AH-882-2 DT9233 (2015-12)

Version en anglais : *Declaration of administration of medical aid in dying — Part 1* — AH-882A-1 DT9239 (2015-12)

Version en français : *Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir — Partie 2* — AH-882-2 DT9223 (2015-12)

Version en anglais : *Declaration of administration of medical aid in dying — Part 2* — AH-882A-2 DT9239 (2015-12)

D

Version en français : *Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir — Partie 1* — AH-882-2 DT9233 (2015-12)

Version en anglais : *Declaration of administration of medical aid in dying — Part 1* — AH-882A-1 DT9239 (2015-12)

Version en français : *Formulaire d'avis d'un second médecin sur le respect des conditions pour obtenir l'aide médicale à mourir* — AH-883 DT9234 (2015-12)

Version en anglais : *Opinion of second physician regarding the fulfillment of criteria for obtaining medical aid in dying* — AH-883A DT9242 (2015-12)

Dossier médical de la personne

2.2.2.2 FACILITER LE DEVELOPPEMENT OPTIMAL ET LA PARTICIPATION SOCIALE DES ENFANTS ET DES JEUNES ADULTES

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017
A) Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	s. o.	75 jours	48,2 jours

Commentaire indicateur A

L'engagement est atteint.

Cet indicateur sera aussi suivi cette année en lien avec les projets en cours à la suite des investissements prévus pour les usagers qui présentent un TSA.

2.2.2.3 ACCROITRE L'ACCES A LA GAMME DE SERVICES DE SANTE MENTALE – DEPENDANCE (INCLUANT L'AMELIORATION DE LA REPONSE AUX BESOINS DES PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES MENTAUX GRAVES)

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017
A) Délai moyen de réponse à la personne ayant dirigé un usager vers le Guichet d'accès en santé mentale adulte (GASMA)	s. o.	–	s. o.
B) Délai moyen entre l'orientation des services AEOR* et l'accès aux services de la santé mentale – Ambulatoire	s. o.	–	34,4 jours
C) Délai moyen entre l'orientation des services AEOR* et l'accès aux services de la santé mentale – SIV (suivi d'intensité variable)	s. o.	–	26,6 jours HY et Pommeraié exclus
D) Délai moyen entre l'orientation des services AEOR* et l'accès aux services de la santé mentale – SI (suivi intensif)	s. o.	–	s. o.
E) Délai moyen d'attente pour accéder aux services d'hébergement ciblés	s. o.	–	s. o.
F) Durée moyenne de séjour sur civière aux urgences de santé mentale du CHUS	15 h	18 h	21 h

* AEOR = « Accueil, Évaluation, Orientation, Référence »

Commentaire indicateur A

Travaux pour intégrer les trajectoires d'accès à l'évaluation pour la clientèle en santé mentale et en dépendance.

Lots de travail mis en place:

- Portrait de situation des différents services d'évaluation [GASMA, service de triage et de consultation clinique (STCC), Programme régional d'évaluation spécialisée (PRES)];

- Détermination d'une trajectoire uniformisée pour la clientèle [intégration des fonctions du STCC et le PRES au Guichet d'accès en santé mentale adulte et dépendance (GASMAD)];
- Détermination et uniformisation des outils cliniques à utiliser;
- Travaux pour favoriser les arrimages des services médicaux à la clientèle en santé mentale;
- Travaux pour appliquer l'accès priorisé aux services spécialisés (APSS) au fonctionnement du GASMAD.

Les travaux se poursuivent.

Commentaire indicateurs B, C et D

Plusieurs chantiers sur l'offre de service furent réalisés au cours de l'année 2016-2017. Ceux-ci visaient notamment à :

- Répartir certains mandats entre nos services spécifiques des missions CLSC et nos services spécialisés de notre mission CHU selon le principe de hiérarchisation des soins et de responsabilité populationnelle;
- Revoir nos services afin d'améliorer notre efficience par une offre de groupe;
- Baliser notre offre de service en individuel.

Commentaire indicateur E

Pour l'année 2016-2017, il n'est pas possible de répondre à cet indicateur puisque nous n'avons pas les données pour l'ensemble du territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (accès aux données de Sherbrooke et ressources régionales seulement).

Malgré tout, plusieurs travaux ont débuté au cours de l'année afin de pouvoir répondre à cet indicateur dès l'an prochain :

- Portraits des ressources en hébergement du territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Portraits de la clientèle des ressources en hébergement du territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Rendre plus efficient le mécanisme d'accès à l'hébergement en Estrie et l'intégrer dans les RLS de la Haute-Yamaska et de la Pommeraie au mécanisme d'accès à l'hébergement régional.

Commentaire indicateur F

Éléments de contexte à considérer

- Augmentation du volume de visites à l'urgence de santé mentale de 5 % : 3438 contre 3273 en 2015-2016;
- Le résultat de l'année passée (2015-2016) était de 15 heures. Cependant, il y a deux ans la DMS sur civière était de 37 heures.

Analyse de l'écart

- L'augmentation de la DMS globale résulte essentiellement de l'augmentation de « l'attente de lit » (attente entre l'orientation et l'admission dans une des 5 unités d'hospitalisation). Cette dernière a augmenté de 60 % : 29 heures contre 18 heures en 2015-2016;
- Diminution du nombre de congés sur les unités de 4 % (moyenne), mais augmentation de la DMS sur l'unité du 10^e étage de 13 %.

Prochaines étapes

- Exercice de pérennisation à faire à partir du plan d'action 2014-2015 en comité de gestion élargi;
- Vérifier quelles mesures du plan initial sont maintenues et quelles mesures doivent être relancées;
- Déployer d'autres actions préalablement identifiées au plan, mais qui avaient été mises en attente;
- Déployer les nouvelles actions qui seront identifiées par le comité de gestion élargi.

2.2.2.4 INTENSIFIER L'OFFRE DE SERVICE EN DÉPENDANCE ET EN ITINÉRAIRE

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017
A) Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	86,2 %	80 %	71 %

B) Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	77,2 %	75 %	74,7 %
---	--------	------	--------

Commentaire indicateur A

Engagement non atteint.

Mesures qui seront prises :

- Informatisation des rendez-vous sur une période de quatre semaines;
- Rendez-vous donnés en temps réel;
- Organisation du travail du personnel;
- Formation de la part du pilote pour uniformiser la saisie de données;
- Mise en place d'une relance téléphonique. Mise en place d'une cote statistique « indisponibilité du client ».

Facteurs :

Difficultés de remplacement du personnel de l'équipe du PRES

- Impact : vacances et absence maladie non remplacée;
- Absence d'équipe volante;

Pénurie de main-d'œuvre dans la région ce qui a pour effet d'augmenter les délais de remplacement.

Commentaire indicateur B

Engagement atteint (écart 0,3 %)

Mesures qui seront prises :

Le gestionnaire responsable en dépendance ira rencontrer les gestionnaires des services généraux et des autres directions concernées afin d'avoir une compréhension commune de l'offre de service de détection en dépendance. La formation pour outils de détection sera déployée en 2017-2018. Une rencontre d'explication du formulaire GESTRED doit être planifiée, car il y a eu mouvement au niveau des gestionnaires.

Facteurs :

Mouvement significatif des gestionnaires responsables du volet détection et intervention précoce de notre établissement.

La Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD) n'a pas de lien hiérarchique avec la majorité des ressources responsables de l'offre de détection et d'intervention précoce.

La formation pour les outils de détection n'a pas été offerte depuis la réforme. Le relais entre l'Agence et la Direction d'offrir cette formation sera fait cette année. Les rôles et responsabilités du volet dépendance première ligne ne sont pas clairs et ne sont pas actuellement sous la gouverne de la DPSMD.

Qualité et méthodologie de l'indicateur :

Mouvement de personnel qui affecte les données et la compréhension du formulaire et la façon de le compléter, et ce, malgré des explications. Formation et information à revoir.

2.2.2.5 AMELIORER LE SOUTIEN AUX FAMILLES EN SITUATION DE NEGLIGENCE

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017
A) Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	13,18	–	s. o.

Commentaire indicateur A

Dans le contexte de réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux et de la création du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, l'année 2016-2017 fut davantage une année de prise de connaissance de l'état d'implantation du Programme d'intervention en négligence (PIN) et de repositionnement des activités à déployer au sein de l'organisation dans le but de poursuivre et de compléter son implantation.

Principales actions 2016-2017 du comité tactique négligence :

- Redéfinition et mise en place d'une structure de coordination du PIN;
- Réalisation d'un portrait de la réalité du déploiement du PIN dans chaque RLS, missions CLSC et centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) afin de connaître les avancements et les enjeux à travailler;
- Évaluation du déploiement d'au moins 4 des 5 sphères du PIN dans tous les territoires et travail à soutenir ce déploiement.

Portrait de l'implantation des 5 sphères du PIN :

- Intervention directe auprès des enfants

Des travaux sont en cours afin d'identifier le type d'intervention à déployer ainsi que la méthodologie pour mesurer ces dernières.

Dans l'objectif d'évaluer si le suivi des parents ainsi que l'augmentation des actions directes à l'enfant ont un effet réel sur celui-ci, nous explorons la possibilité et la valeur ajoutée d'évaluer tous les six mois les enfants présentant de grands facteurs de vulnérabilité avec la *Grille d'évaluation du développement* (GED). Présentement cette évaluation est effectuée annuellement.

Cinq formations sur l'utilisation de la GED ont été réalisées afin que tous nos intervenants devant compléter l'outil possèdent les connaissances requises.

- Suivi individuel et familial auprès des parents

Tous les territoires offrent ce type d'intervention à raison d'une fois par semaine comme le suggère le programme. Un seul territoire a une équipe dédiée négligence, soit Sherbrooke.

En contexte de négligence, la collaboration entre les parents et les intervenants doit être favorisée. Le *Cahier d'analyse des besoins de l'enfant* (CABE) est un outil mettant de l'avant une approche participative et qui permet de rester centré sur les besoins de l'enfant. Des travaux sont en cours afin d'augmenter l'utilisation du CABE.

Des formations du PIN pour nos intervenants et les partenaires communautaires ont eu lieu cet hiver à Sherbrooke et Magog. D'autres seront offertes à l'automne prochain pour les autres RLS. Cette formation est considérée prioritaire au Plan de développement des ressources humaines (PDRH) de la direction jeunesse.

- Intervention de groupe auprès des parents

L'intervention de groupe auprès des parents est implantée sur l'ensemble des territoires.

Cependant, un contexte particulier a empêché la réalisation des groupes sur le territoire du Granit cette année.

- Activités collectives auprès des familles

Des activités collectives ont lieu sur l'ensemble des territoires et s'actualisent selon les réalités locales.

- Parent-soutien

Le volet parent-soutien est déployé seulement sur trois territoires.

Nous concentrons nos travaux sur les autres sphères afin de les consolider et de les harmoniser avant de s'attarder à ce volet.

Des formations sont également déployées au sein des équipes de la mission CPEJ à l'application des mesures. Ces formations visent à outiller les spécialistes en activités cliniques ainsi que les intervenants, dans la mise en place et l'actualisation d'un projet de vie avec le jeune et ses parents. Un des objectifs de cette formation est de diminuer le taux de désignement.

2.2.2.6 ADAPTER L'OFFRE DE SOINS ET SERVICES AUX JEUNES EN DIFFICULTE

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017
A) Délai moyen d'attente pour les services aux jeunes en difficulté offerts en CSSS	60 jours	30 jours	58 jours

Commentaire indicateur A

L'année 2016-2017 a été une année de changement et d'adaptation pour toutes les équipes qui ont fait face à une pénurie de personnel et à des coupures budgétaires. Plusieurs équipes ont aussi vécu une restructuration à cause des transferts d'effectifs vers d'autres directions. Les équipes de Sherbrooke et de la Haute-Yamaska ont été particulièrement touchées, notamment par l'augmentation du nombre des familles de réfugiés en suivi. La principale raison de la difficulté à atteindre l'objectif demeure que plusieurs postes sont restés vacants faute de personnel pour assurer les remplacements.

La cible de 30 jours de délai d'attente a été partiellement atteinte. 28 % des jeunes ont été vus dans un délai de moins de 30 jours et 71 % dans un délai de moins de trois mois.

Dans le but d'optimiser la continuité, l'accessibilité et la qualité des services auprès des jeunes, les équipes ont particulièrement travaillé à :

- actualiser et bonifier les arrimages entre les missions CLSC et CPEJ;
- dresser des portraits et des écarts de pratique (négligence, santé mentale, service de crise, protocole TDAH, équipe d'intervention jeunesse, partenariat avec le milieu scolaire, etc.);
- assurer les arrimages avec les programmes en soutien;
- débiter l'analyse des pratiques cliniques.

7 064 jeunes et leurs familles ont été rencontrés en 2016-2017, soit une légère baisse comparativement à l'année 2015-2016. Il importe de souligner l'augmentation de l'intensité de service à la période 13 qui est passée de 6,68 rencontres par jeune en 2015-2016, à 6,80 pour l'année 2016-2017.

Notons une grande appréciation du rendement et de la qualité des services, et ce, malgré les difficultés identifiées précédemment. Les équipes sont demeurées engagées et centrées sur les besoins des jeunes et leurs familles.

2.2.3 Améliorer l'accès en première ligne et aux urgences

2.2.3.1 AMELIORER L'ACCES AUX SOINS ET SERVICES PROFESSIONNELS DE PREMIERE LIGNE INCLUANT LE NOUVEAU PROGRAMME DE GMF

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017
A) Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF)	24	25	24
B) Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	79,1 %	80 %	84,1 %

Commentaire indicateur A

La cible de 25 sera possiblement atteinte au cours de la prochaine année. Des discussions sont en cours.

Commentaire indicateur B

L'engagement a été atteint.

2.2.3.2 REDUIRE LE TEMPS D'ATTENTE A L'URGENCE

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017
A) Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	13,7 h	12,9 h	13,6 h
B) Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	51 %	60,3 %	51,6 %
C) Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée moyenne de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	52,5 %	65 %	54 %

Commentaire indicateur A

L'engagement est non atteint.

La durée moyenne de séjour sur civière (DMS) de 13,6 heures se situe nettement en deçà de la moyenne provinciale qui est de 15,6 heures.

Une seule urgence a vu sa DMS augmenter en 2016-2017. Cette augmentation est occasionnée par une augmentation du taux d'occupation des clientèles à niveau de soins alternatifs (NSA) dans les lits de courte durée ce qui entraîne une diminution marquée de l'accès aux lits d'hospitalisation pour les patients sur civière à l'urgence et allonge la DMS. Toutes les autres DMS se sont maintenues ou améliorées; cinq d'entre elles sur huit sont en deçà de la cible. Deux urgences se démarquent avec des DMS particulièrement élevées ce qui a un effet important sur les résultats globaux.

Suggestion : produire des cibles sur une médiane?

Nous notons une augmentation du nombre de visites-civières, malgré une diminution des visites totales, 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 34 % seulement.

Nous observons également cette année une augmentation du nombre d'arrivées par ambulance pour la région. Les délais avant la demande d'admission sont excellents, à 9,9 heures en moyenne, alors que les délais après la demande d'admission sont importants à 10,4 heures 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 19,5 heures pour admettre un patient après son arrivée à l'urgence, en Estrie. La DMS globale inclue aussi celle reliée à la clientèle en attente d'hospitalisation ou de consultation en santé mentale. Deux urgences sur huit présentent un service de santé mentale. La DMS cumulative en P3 se situe près de 21 heures. Ce qui affecte grandement nos résultats globaux. Un plan d'optimisation des processus pour les consultations en santé mentale ainsi que pour les admissions est en cours pour ces deux urgences.

Une analyse de la situation au sein de l'établissement ainsi qu'un projet d'amélioration de l'épisode de soins est en cours d'actualisation. Les plans de contingence en fonction du taux d'occupation ont été produits et sont appliqués au niveau des urgences.

Dans tous les établissements, un suivi rigoureux de la gestion des lits est en place dans le but de désengorger les urgences; appel conférence interdirections au besoin, contribution de la première ligne, etc.

Commentaire indicateur B

L'engagement est non atteint.

Une amélioration est remarquée pour l'année qui s'achève. Les patients du CHUS continuent d'être réorientés vers une « clinique réseau-CMU ».

Une procédure de réorientation existe également pour les RLS de Haute-Yamaska (clinique d'accès) et de la MRC-de-Coaticook (sans rendez-vous GMF inscrite ou non).

Commentaire indicateur C

L'engagement est non atteint.

On note une amélioration de la moyenne par rapport à l'an dernier. Il y a deux urgences sur huit qui atteignent la cible. Sept urgences sur huit se sont améliorées. Une seule s'est détériorée.

Commentaire commun indicateurs B et C

On constate une variabilité importante selon les urgences, ce qui ne peut être rendu apparent avec une cible par moyenne.

Suggestion : produire des cibles sur une médiane?

Une analyse exhaustive concernant l'intégrité des données compilées dans les systèmes d'information de gestion des départements d'urgence (SIGDU) est actuellement en cours pour toutes les urgences du CIUSSS de l'Estrie – CHUS afin de s'assurer qu'elle est conforme au cadre normatif, uniforme et de qualité. En effet, les audits tenus en 2016-2017 ont démontré des écarts entre les données saisies et la pratique réelle. Les correctifs seront apportés et les processus seront à nouveau audités en 2017-2018.

Une chargée de projet est nommée depuis février 2017 afin d'améliorer la fluidité ambulatoire de l'ensemble des urgences et d'atteindre les cibles de gestion et d'imputabilité déterminées d'ici 2020. Un plan d'action et des revues de processus sont actuellement déployés.

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

L'établissement est impliqué à trouver des alternatives aux services d'urgence sur l'ensemble du territoire et ce dossier fait l'objet d'une priorité organisationnelle.

2.2.4. Améliorer l'accès et l'efficacité des services spécialisés

2.2.4.1 ASSURER DES SOINS ET DES SERVICES SPECIALISES DANS DES DELAIS MEDICALEMENT ACCEPTABLES INCLUANT L'ACCES PRIORISE AUX SERVICES SPECIALISES (APSS)

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017
A) Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour l'ensemble des chirurgies	352	0	225
B) Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente de moins de trois mois pour chacun des types d'examen diagnostiques	59,1 %	66 %	62,6 %

Commentaire indicateur A

Manque de financement pour la neuromodulation (62 neurostimulateurs en attente).

Trois chirurgiennes sont présentement en congé de maternité et certains patients refusent d'être opérés par un autre chirurgien (82 patients). Un plan d'action est en cours (optimisation des plateaux techniques). 50 demandes supplémentaires en 2016-2017.

Commentaire indicateur B

L'engagement n'est pas atteint. Une légère amélioration est toutefois appréciable. Pour chacun des sous-indicateurs, voici de brèves explications.

Commentaire indicateur B - TEP-Scan

- L'engagement a été presque qu'atteint : résultat de 65,4 %. La donnée de l'année précédente n'est pas disponible;
- La demande a augmenté considérablement. Des plages horaires sont utilisées pour les examens faits au Dotatate ce qui a diminué l'accessibilité pour les examens de tomographie par émission de positons (TEP);

- De façon temporaire, il y aura ajout de personnel, le temps requis pour permettre une analyse plus approfondie.

Commentaire indicateur B - Scopies

- L'engagement n'est pas atteint : résultat de 54,1 % et il y a eu détérioration du pourcentage de délai de 61,4 % à 54,1 % en un an;
- Des ex-établissements, avant la création du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, avaient limités sinon cessé l'offre de service, augmentant ainsi la pression sur le CHUS pour les délais;
- Les examens barytés ont été priorisés et il n'y a plus de patients hors délais dans ce secteur (CHUS);
- Les examens d'hystérosalpingographie sont hors délais. Ces examens sont réalisés par les médecins gynécologues du secteur de fertilité. Il y a eu augmentation de la demande. Des arrimages seront faits avec l'équipe afin de faire une épuration de la liste d'attente (2 demi-journées par semaine à raison de 3 à 4 examens par demi-journée).

Commentaire indicateur B- Mammographies diagnostiques

- L'engagement est atteint : résultat de 91,0 % et il y a eu amélioration du pourcentage de délai de 76,8 % à 91,0 % en un an;
- Une plus grande présence de radiologistes (recrutement) a permis un équilibrage entre la mammographie dépistage et diagnostique.

Commentaire indicateur B - Échographies obstétricales

L'engagement est atteint : résultat de 100 %, identique avec l'année précédente.

Commentaire indicateur B - Échographies cardiaques

- L'engagement n'est pas atteint : résultat de 33,3 % et il n'y a pas eu d'amélioration du délai en un an (33,8 % année précédente);
- Le nombre de demandes est en augmentation depuis quelques années ce qui génère un déséquilibre entre l'offre de service et la demande d'examen;
- Une analyse approfondie de la capacité à réaliser des examens selon la demande est en cours de réalisation. Des actions se concrétiseront au cours de l'année 2017-2018 pour améliorer l'accès;
- La donnée fournie est partiellement erronée et le pourcentage des demandes dans les délais devrait être plus élevé. Nous ne pouvons isoler les clients inscrits pour un examen qui ne sont pas disponibles pour le réaliser. Une demande est adressée pour corriger la situation.

Commentaire indicateur B - Échographies mammaires

- L'engagement est atteint : résultat de 76,6 % et il y a eu amélioration du pourcentage de délai de 72 % à 76,6 % en un an;
- Une plus grande présence de radiologistes (recrutement) a permis d'augmenter le nombre de jours alloué aux échographies mammaires.

Commentaire indicateur B - Autres échographies

- L'engagement n'est pas atteint : résultat de 60,3 % et il y a eu détérioration du pourcentage de délai de 64,3 % à 60,3 % en un an;
- Il y a un manque d'effectif médical pour assurer la production des examens demandés. Augmentation significative des demandes et ordonnances en échographies;
- Une réorganisation des effectifs médicaux est prévue pour l'Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu de Sherbrooke. Il y aura ajout de jours par semaine pour les échographies abdominale et vasculaire. Il est aussi planifié de transférer les examens électifs Doppler du membre inférieur du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog vers l'Hôpital de Fleurimont considérant l'utilisation maximale des salles à Magog.

Commentaire indicateur B - Tomodensitométries

- L'engagement est atteint : résultat de 90,7 % et il y a eu une amélioration du pourcentage de délai de 78 % à 90,7 % en un an;
- Meilleure utilisation des plateaux techniques du CIUSSS de l'Estrie - CHUS par le transfert d'examen de Sherbrooke vers Magog et Granby vers l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins (BMP) de Cowansville;
- Augmentation du nombre de plages horaires.

Commentaire indicateur B - Résonances magnétiques

- La cible est atteinte : résultat de 85,7 % et il y a eu une amélioration du pourcentage de délai de 47,9 % à 85,7 % en un an;
- Une optimisation des ressources humaines pour offrir plus de plages horaires à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke et l'ajout de plages horaires en lien avec le financement supplémentaire du MSSS a été réalisée.

2.2.4.2 AMELIORER L'ACCES A LA CHIRURGIE ONCOLOGIQUE ET AU PLATEAU ENDOSCOPIQUE

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017
A) Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier	56,7 %	90 %	58,4 %
B) Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours de calendrier	79,9 %	100 %	84,1 %

Commentaire indicateur A

Depuis février 2017, décentralisation d'activités de l'urologie qui ne nécessitent pas le plateau technique de haute technologie, ce qui permet d'augmenter le volume d'activités en urologie. 108 demandes supplémentaires en 2016-2017.

Commentaire indicateur B

Depuis février 2017, décentralisation d'activités de l'urologie qui ne nécessitent pas le plateau technique de haute technologie ce qui permet d'augmenter le volume d'activités en urologie. 108 demandes supplémentaires en 2016-2017.

2.3 ASSURER LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES



2.3.1 Améliorer la sécurité et la pertinence des soins et services

2.3.1.1 RENFORCER LA SECURITE DES SOINS ET SERVICES AUX LABORATOIRE (OPTILAB)

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017
A) Nombre de procédures pondérées produites par heure travaillée aux laboratoires regroupés	66	-	63
B) Coût unitaire par procédure pondérée en biologie médicale	1,09 \$	-	1,17 \$

Commentaire indicateurs A et B

En 2016-2017, nous avons procédé à des ajustements au niveau des procédures pondérées. Nous avons retiré les volumes en lien aux achats non facturables dont aucun coût n'est associé. Pour l'année 2015-2016, ça représentait 2 % des volumes qui étaient en achats non facturables.

Présentement nous en sommes au début du processus d'action pour diminuer la valeur pondérée/heure travaillée. Pour ce faire, une procédure de révision de la pertinence de conserver des postes à la suite d'une retraite ou un départ a été mise en place. Celle-ci permet de remettre en question toute libération de poste ce qui nous a permis dans les derniers six mois d'abolir un équivalent temps complet.

Nous sommes aussi en début du processus d'action pour diminuer le coût unitaire par procédure pondérée. Pour ce faire, nous sommes à mettre en place des processus qui permettront la consolidation de nos ressources soit par la révision de l'ensemble de nos contrats de service, soit en regroupant nos achats de réactifs ainsi que l'achat de nos équipements. Nous sommes à observer les impacts financiers sur le transfert d'analyse des laboratoires associés vers le laboratoire serveur afin de diminuer les coûts de la production. Une évaluation des technologies nous permet de connaître les technologies sur le marché pour établir de plus petits coûts de production à terme du projet OPTILAB.

2.3.2 Harmoniser et optimiser les processus et les pratiques

2.3.2.1 FAVORISER LE DÉPLOIEMENT D'UNE GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES

Au cours de la dernière année, un inventaire des risques majeurs du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a été réalisé notamment lors du forum des cadres supérieurs du 13 janvier et au cours de rencontres de bonification menées en février et mars 2017.

Les directions identifiées comme porteuses de chacun des risques majeurs ont par la suite rempli, avec le soutien des directions collaboratrices, une fiche documentant les faits, les impacts potentiels ainsi que les contrôles actuels.

Ces fiches ont été utilisées par les membres du forum des cadres supérieurs pour évaluer à l'aide d'échelles préétablies la probabilité, les impacts et l'efficacité des contrôles de chaque risque. Les résultats de cette évaluation ont été présentés à l'occasion du forum des cadres supérieurs du 16 juin 2017. À partir de ces résultats, les risques à mitiger davantage seront sélectionnés et les plans d'action requis seront élaborés par les directions porteuses au cours de l'automne 2017.

Par ailleurs, durant l'année 2016-2017, l'élaboration de la politique sur la GIR a été débutée et un outil informatique permettant l'identification et le suivi des risques majeurs de l'organisation a été développé.

Il faut souligner que ce mandat d'implantation de la GIR a été travaillé en étroite collaboration avec les sous-comités du C. A. suivants : le comité de vérification et de suivi budgétaire (CVSB) ainsi que le CVQ.

Les prochaines étapes sont :

- Dépôt et présentation du tableau de bord des risques majeurs aux instances ciblées dont le C. A.;
- Adoption de la politique sur la GIR par le C. A.;
- Intégration de la GIR dans le cycle de la planification annuelle de l'organisation;
- Mise en place de la fonction d'audit interne. Le plan de travail de l'audit interne sera notamment fondé sur les risques majeurs de l'organisation.

2.3.2.2 ACTUALISER LE PROCESSUS D'AGREMENT 2016

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017
A) Taux de conformité aux critères de l'agrément	–	90 %	90 %

Commentaire indicateur A

Du 16 au 21 octobre 2016, se tenait notre première visite d'Agrément en tant que CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Agrément Canada nous a décerné un taux de conformité de près de 90 % et a maintenu notre type d'agrément, soit agréé.

2173 critères ont été jugés conformes (89.5 %) et 254 critères non conformes.

En ce qui concerne les suivis exigés par Agrément Canada dans le rapport que nous avons reçu, parmi les 20 suivis déposés le 21 mars 2017, 14 ont été acceptés et 6 de ces suivis doivent faire l'objet d'un suivi additionnel le 21 septembre 2017. Ces suivis s'ajoutent aux 34 suivis déjà prévus pour septembre 2017.

Les équipes qui ont été évaluées lors de la visite 2016 poursuivent donc leur travail afin de se conformer aux exigences attendues, tout en s'assurant de l'amélioration continue de la qualité des soins et des services.

Du 16 au 21 octobre 2016, se tenait notre première visite d'agrément en tant que CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Conscients du défi que constituait cette visite, alors que nous sommes encore en pleine transformation, nous l'avons préparée en mettant tout en œuvre pour bien connaître notre nouvelle organisation. Cela nous a permis de saisir globalement ce qui se fait dans les 14 ex-établissements, de nous en inspirer et de commencer à bâtir sur ces acquis. Nous avons aussi été en mesure de présenter ce que nous avons réalisé depuis le début de la transformation ainsi que les actions en cours et à venir, particulièrement en matière de sécurité des soins et des services aux usagers, d'amélioration continue de la qualité et de gestion de la performance.

CONFORMITE AUX NORMES ÉVALUÉES

Nombre de critères conformes	Nombre de critères non conformes	Nombre de critères sans objet	Nombre total de critères
2 173	254	30	2 456

OBSERVATIONS DES VISITEURS PENDANT LEUR SEJOUR BONS COUPS

- Transformation basée sur une longue tradition de partenariat
- Maintien des activités durant la transformation organisationnelle
- Chercheurs et enseignants très actifs
- Dossier clinique informatisé (Ariane)
- Engagement des dirigeants envers la santé et le bien-être de la population
- Plan opérationnel, actions planifiées et orientées sur la « boussole » en cohérence avec la planification stratégique du Ministère

DÉFIS

- Assurer une gestion efficace du changement compte tenu de la portée et de l'envergure de la transformation
- Développer une culture de partenariat de soins et services AVEC l'utilisateur et ses proches
- Se doter d'une approche stratégique à l'égard de l'harmonisation des pratiques : impact sur la sécurité et la qualité
- Faire vivre la nouvelle identité de l'organisation

RESULTATS GLOBAUX POUR LES CAHIERS DE NORMES EVALUEES

Cahiers de normes	Nombre de critères évalués (*)	% de conformité
Gouvernance	78	84,6 %
Leadership	142	71,8 %
Prévention et contrôle des infections	70	100 %
Gestion des médicaments	142	94,4 %
Santé et bien-être de la population	39	100 %
Transplantation d'organes et de tissus	199	98 %
Don d'organes et de tissus (donneurs décédés)	147	92,5 %
Don d'organes de donneurs vivants	182	98,4 %
Retraitement et stérilisation des appareils médicaux réutilisables	113	92 %
Services d'urgence	178	87,6 %
Service de médecine	122	92,6 %
Services de santé publique	116	94,8 %
Services de soins intensifs	165	89,1 %
Services palliatifs et services de fin de vie	150	79,3 %
Services périopératoires et interventions invasives	224	90,2 %
Soins de longue durée	153	77,1 %
Soins et services à domicile	125	96 %

**Exclut les critères reliés à des pratiques organisationnelles requises et les critères jugés sans objet*

PRATIQUES ORGANISATIONNELLES REQUISES (POR)

Au cours de la visite, 31 POR ont été évaluées par les visiteurs. Voici le tableau présentant les résultats globaux :

Secteurs	Conformité dans tous les cahiers de normes	Non-conformité pour certains cahiers de normes
Culture de sécurité	- Analyse prospective liée à la sécurité des usagers - Divulgence des événements - Gestion des événements - Rapports trimestriels sur la sécurité des usagers - Reddition de comptes en matière de qualité	
Communication	- Bilan comparatif des médicaments : une priorité stratégique - Liste d'abréviations qui ne doivent pas être utilisées - Liste de contrôle d'une chirurgie	- Transfert de l'information aux points de transition des soins - Identification des usagers - Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins
Utilisation des médicaments	- Électrolytes concentrés - Médicaments de niveau d'alerte élevé - Sécurité liée aux narcotiques	- Sécurité liée aux pompes à perfusion - Sécurité liée à l'héparine - Programme de gérance des antimicrobiens
Milieu de travail	- Cheminement des usagers - Plan de sécurité des usagers - Prévention de la violence en milieu de travail - Programme d'entretien préventif - Sécurité des usagers : formation et perfectionnement	
Prévention des infections	- Conformité aux pratiques d'hygiène des mains - Formation et perfectionnement sur l'hygiène des mains - Taux d'infection - Vaccin antipneumococcique	
Évaluation des risques	- Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile - Prophylaxie de la thrombo-embolie veineuse	- Prévention des chutes - Prévention des plaies de pression - Prévention du suicide

En ce qui concerne les suivis exigés par Agrément Canada dans le rapport que nous avons reçu, parmi les 20 suivis déposés le 21 mars 2017, 14 ont été acceptés et 6 de ces suivis doivent faire l'objet d'un suivi additionnel pour le 21 septembre 2017. Ces suivis s'ajoutent aux 34 suivis déjà prévus pour septembre 2017. Les équipes qui ont été évaluées lors de la visite 2016 poursuivent donc leur travail afin de se conformer aux exigences attendues, tout en s'assurant de l'amélioration continue de la qualité des soins et des services.

Par ailleurs, plusieurs travaux entourant la démarche qualité ont été réalisés en cours d'année afin de finaliser le cycle entourant cette première visite et se préparer au cycle suivant. Mentionnons l'adoption du Cadre de référence sur la qualité des soins et des services du CIUSSS de l'Estrie – CHUS par le C. A., le 20 avril 2017. Ce cadre de référence interpelle l'ensemble des membres de la communauté du CIUSSS de l'Estrie – CHUS à adhérer à une vision commune et intégrée de la qualité. Il vise à les outiller afin de leur permettre d'exercer plus efficacement leurs mandats respectifs en matière de qualité des soins et des services, contribuant ainsi à une culture organisationnelle favorisant l'amélioration continue. Ce cadre de référence sera actualisé par une structure de gouverne qualité incluant un comité de la qualité des soins et des services qui sera un lieu de concertation privilégié sur des sujets transversaux prioritaires. Une première rencontre de ce comité se tiendra en juin 2017. Elle sera l'occasion de lancer le cycle 2018 de la démarche qualité, incluant la préparation à la prochaine visite d'agrément prévue en octobre 2018.

2.3.3 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 entrepris des travaux afin que le CIUSSS de l'Estrie – CHUS réponde aux exigences légales en matière de gestion des risques. En effet, le besoin d'optimiser et d'uniformiser les différents documents et processus en gestion des risques s'est avéré incontournable.

Dans ce contexte et pour travailler de façon intégrée et coordonnée, nous avons mis en place une structure de projet pour l'optimisation de nos pratiques en gestion des risques. C'est en septembre 2016, que le C. A. a adopté les règles de fonctionnement du comité de gestion des risques du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, nommé comité de la prestation sécuritaire des soins et des services aux usagers (CPSSSU). Le comité a tenu sa première rencontre en janvier 2017. Il a été informé des actions réalisées, en cours et à venir, concernant la prestation sécuritaire des soins et des services aux usagers. Par ailleurs différents travaux ont été menés concernant la gestion des événements dans le cadre de la prestation de soins et de services, la sélection d'indicateurs en gestion des risques et l'élaboration de tableaux de bord, l'harmonisation de la déclaration et de la divulgation des incidents et accidents, l'utilisation des systèmes d'information concernant les incidents et accidents. 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 en cours. Des mesures transitoires ont été mises en place pour s'assurer que la saisie des incidents et des accidents soit effectuée dans toutes les installations.

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

En Estrie, près de 30 800 événements ont été déclarés entre le 1er avril 2016 et le 31 mars 2017. Périodiquement, le volume de déclarations fluctue entre 2 000 et 2 660 événements. La majorité des événements déclarés se sont produits dans les CHSLD (50,7 %) et dans les centres hospitaliers (40,2 %).

Les principaux types d'événements déclarés sont reliés à la médication (34,6 %), suivis des chutes (30,9 %) et des événements autres (15,9 %), par exemple des blessures d'origine inconnue ou les plaies de pression. Il est à noter que ces données sont celles disponibles en date du 6 juin 2017, les établissements ayant jusqu'au 15 juin 2017 pour compléter l'information dans leur système local de surveillance.

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.

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

Chaque installation constituant maintenant le CIUSSS de l'Estrie – CHUS avait antérieurement un système de suivi des mesures de contrôle, informatisé ou non. Les méthodes de compilation et d'analyse des données diffèrent d'une installation à l'autre, ce qui limite la capacité de l'établissement à rendre des données statistiques comparables. De ce fait, et partant des résultats de chacune des installations, un constat général s'est dégagé des trois éléments suivants :

- Taux d'usagers ayant eu une mesure de contrôle
La majorité des installations ont observé un taux stable du nombre d'usagers ayant eu recours à une mesure de contrôle par rapport à l'année 2015-2016. Certaines ont noté une légère augmentation de ce taux et une autre, une baisse de 5 %.

- Motif principal d'utilisation d'une mesure de contrôle
Le risque de chute grave demeure le motif principal d'utilisation d'une mesure de contrôle pour la majorité des installations. Toutefois, pour le volet de la surveillance constante, le motif principal évoqué est la sécurité des usagers.
- Types de mesures de contrôle utilisés
Les types de mesures de contrôle utilisés diffèrent d'une installation à l'autre selon leur mission (usagers en soins aigus versus usagers hébergés en soins de longue durée). Les installations ont déclaré utiliser les mêmes types de mesures de contrôle dans une proportion similaire à 2015-2016 à l'exception de l'utilisation de la surveillance constante qui a augmenté de façon significative dans certaines installations reliées notamment au vieillissement de la population et à une augmentation d'usagers en attente d'hébergement dans les lits de courte durée.

L'établissement a priorisé un chantier en lien avec la surveillance constante pour 2017-2018 dans l'ensemble des milieux de courte durée du CIUSSS de l'Estrie-CHUS. Ce chantier vise à réviser l'ensemble des pratiques au regard de l'utilisation de la surveillance constante dans la mission hospitalière.

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 2016-2017, l'établissement a reçu 13 rapports du Protecteur du citoyen s'adressant à différentes installations du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, comparativement à 31 rapports en 2015-2016. Pour 3 de ces 13 rapports, aucune recommandation n'a été émise.

En ce qui a trait aux rapports contenant des recommandations, la DQEPE s'est assurée que les directions concernées mettent en place les mesures nécessaires afin d'actualiser les recommandations. Parmi les 27 recommandations reçues pour ces 13 rapports, 20 ont été réalisées (74 %). Par ailleurs, pour l'ensemble des 44 rapports reçus du Protecteur du citoyen depuis le 1^{er} avril 2015, 76 % des recommandations ont été actualisées.

Les objets des recommandations concernaient la gestion des comportements agressifs en CHSLD, l'utilisation du formulaire de consentement à l'hébergement provisoire, l'administration des médicaments prenant compte de la dysphagie d'un usager, la planification et l'encadrement du travail des préposés aux bénéficiaires, les frais exigés pour une chambre semi-privée, les services et l'aide auxquels a droit un parent dans un contexte de protection de la jeunesse, les soins prodigués à la clientèle en ressource de type familial, la pratique infirmière à l'urgence (évaluation de la douleur), les procédures de gestion des décès et l'utilisation des produits d'incontinence.

Le coroner

Au cours de l'année 2016-2017, l'établissement a reçu 6 rapports du Bureau du coroner s'adressant à différentes installations du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Deux de ces rapports ne nécessitaient aucun suivi. En ce qui a trait aux rapports contenant des recommandations, la DQEPE s'est assurée que les directions concernées mettent en place les mesures nécessaires afin d'actualiser les recommandations.

Les objets des recommandations concernaient des modifications à réaliser sur les fauteuils roulants, l'aménagement sécuritaire du Département de psychiatrie, les pratiques médicales (qualité des soins prodigués), les procédures de transmission des résultats des laboratoires et le suivi par les médecins. Ces rapports sont en cours d'analyse et d'élaboration de plan d'action par les directions et instances concernées.

Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Au cours de l'année 2016-2017, le commissaire aux plaintes et à la qualité des services a présenté aux membres du comité de vigilance et de la qualité des rapports trimestriels donnant un aperçu des activités des commissaires et des médecins examinateurs. Ces rapports présentaient, entre autres, les informations concernant les dossiers traités et les mesures d'amélioration mises en œuvre par l'établissement. Au total, 755 mesures d'amélioration ont été réalisées ou sont en voie de l'être par les différentes directions de l'établissement. Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services et les médecins examinateurs ont la responsabilité de s'assurer que les mesures convenues ou recommandées soient mises en application avant de fermer un dossier. Enfin, des travaux ont été amorcés afin d'intégrer les résultats du traitement des plaintes dans le tableau de bord préparé à l'intention du comité de vigilance et de la qualité.

D'autres instances, s'il y a lieu

Sans objet.

2.3.4 Personnes mises sous garde

	Installations RLS Haute- Yamaska	Installations RLS de la Pommeraie	Installations RLS Memphrémagog	Installations RLS Sherbrooke	Installations RLS Granit
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	9	48	1	455	3
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	53	37	1	387	3
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	Aucun cas	Aucun cas	Aucun cas	Donnée non disponible	Aucun cas-
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	Aucun cas	Aucun cas	Aucun cas	12	Aucun cas
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	Aucun cas	Aucun cas	Aucun cas	12	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	64	Aucun cas	Aucun cas	81	Aucun cas
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	64	Aucun cas	Aucun cas	84	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)	Donnée non disponible	Aucun cas	Aucun cas	Donnée non disponible	Aucun cas
Nombre d'usagers différents mis sous garde (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période du 1er avril au 31 mars de l'année, peu importe le type ou le nombre de garde auxquels il a été soumis)	53	37	1	316	3

2.4 UTILISER JUDICIEUSEMENT LES RESSOURCES



2.4.1 Améliorer l'efficacité et la performance de l'organisation

2.4.1.1 DEPLOYER LE SYSTEME DE GESTION INTEGREE DE LA PERFORMANCE (SGIP) DANS DES DIRECTIONS ET TRAJECTOIRES PILOTES

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017
A) Nombre de cadres ayant débuté leur processus de <i>coaching</i> SGIP	0	35	17
B) Nombre de cadres ayant déployé un outil de pilotage de la performance	1	35	10

Commentaire indicateur A

Nombre de cadres ayant débuté leur processus de *coaching* SGIP :

- Développement des compétences des accompagnateurs des 4 directions pilotes avec Claude Dionne;
- Élaboration d'une grille des gestes clés observables pour les gestionnaires.

Commentaire indicateur B

Nombre de cadres ayant déployé un outil de pilotage de la performance :

- Déclinaison de la planification organisationnelle dans 4 directions pilotes;
- Mise en place des salles de pilotage pour les directions pilotes;
- Élaboration d'un outil de pilotage pour le suivi des hors-cadres avec leurs directions.

Les engagements 2016-2017 ne sont pas atteints, les mesures suivantes seront prises :

- Implication de l'ensemble des ressources de l'équipe de la performance organisationnelle dans le déploiement du SGIP;
- Jumelage des accompagnateurs pour continuer à développer les compétences de *coach*;
- Modification de la stratégie de déploiement en fonction des priorités organisationnelles;
- Séances de codéveloppement de l'équipe de performance organisationnelle sur les difficultés rencontrées dans leur rôle de *coach*;
- Vision du SGIP comme d'un changement de culture plutôt qu'un déploiement en silo.

2.4.1.2 SOUTENIR L'OPERATIONNALISATION DU PLAN D'ORGANISATION (EFFECTIFS, SYSTEMES LOCAUX, MISE EN ŒUVRE DES INSTANCES)

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017
A) Pourcentage d'implantation du plan d'organisation des effectifs administratifs (catégories 1 et 3 soit 700 personnes)	10 %	100 %	90 %
B) Pourcentage d'implantation du plan d'organisation des effectifs cliniques	0 %	100 %	50 %

Commentaire indicateurs A et B

Une entente a été conclue avec les 14 partenaires syndicaux existant en mai 2016 visant le rattachement permanent de l'ensemble du personnel de la catégorie 3 détenant un poste dans l'une ou l'autre des 6 directions administratives.

Une autre entente a également été conclue avec ces mêmes partenaires syndicaux visant la nomination aux postes de secrétaires de direction (syndicables non syndiqués) et adjointes syndiquées pour l'ensemble des cadres supérieurs et des hors-cadres de l'établissement.

En ce qui a trait au personnel des catégories 2 et 4 des directions administratives, il a été convenu avec la Direction des services techniques (DST) que l'échéancier serait reporté en octobre 2018 pour le personnel de la catégorie 2. L'échéancier pour le personnel des catégories 2 et 4 est donc reporté à l'année financière 2018-2019. Le rattachement de personnel de la catégorie 4 pour la DRIT sera effectué en 2017-2018 (+ ou - 80 employés concernés).

En ce qui a trait à l'implantation du plan d'organisation des effectifs cliniques :

- Les travaux sont réalisés avec les directions cliniques quant au découpage des centres d'activités;
- Considérant la période de négociation des dispositions locales, le rattachement du personnel clinique pourrait être reporté en 2018-2019.

2.4.1.3 DEFINIR ET METTRE EN ŒUVRE DES PROJETS MAJEURS D'OPTIMISATION

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017
A) Économies générées à partir des mesures d'optimisation 2015-2017	-	41,4 M\$	29 M\$

Commentaire indicateur A

L'engagement 2016-2017 au montant de 41,4 M\$ représentait 30,5 M\$ de compressions provenant de l'exercice 2015-2016, et 10,9 M\$ de 2016-2017. Tel que prévu dans la circulaire 2016-003, une reddition de compte a été produite trimestriellement auprès du MSSS.

De plus, afin de maximiser l'actualisation des mesures d'optimisation au CIUSSS de l'Estrie – CHUS, un comité d'orientation et de suivi budgétaire a été mis en place à l'automne 2016. Ce dernier a pour mandat de piloter la réalisation des projets d'optimisation en place, et d'en faciliter la réalisation par le dénouement de certains goulots ou problématiques.

Au 31 mars 2017, l'objectif de réaliser 41,4 M\$ de mesures d'optimisation a été atteint à 70 %. Des rencontres avec les directions sont en cours jusqu'à la fin du printemps 2017, et ce, afin de cibler d'autres mesures d'optimisation qui devront être démarrées dans les prochaines semaines, notamment pour se substituer aux mesures pour lesquelles l'atteinte des cibles d'économies escomptées n'est pas au rendez-vous. Aucune autre optimisation n'est exigée par le MSSS pour

l'exercice 2017-2018, ce qui facilitera l'actualisation des mesures d'optimisation restantes pour atteindre les cibles définies pour chacune des directions en mars 2016, ce qui doit représenter une économie additionnelle récurrente de 12,4 M\$, soit 30 % des compressions initiales.

2.4.1.4 IMPLANter LES MEILLEURES PRATIQUES SELON LE FINANCEMENT AXE SUR L'USAGER

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017
A) Pourcentage des activités de chirurgie, d'imagerie médicale et de biologie médicale (laboratoires) dont les revenus sont évalués selon la logique du financement à l'activité	-	-	-

Commentaire indicateur A

Au cours de l'exercice 2016-2017, des travaux ont été entrepris au CIUSSS de l'Estrie – CHUS, afin de déterminer le coût unitaire des activités qui seront financées selon le financement à l'activité dans les prochains mois et années. Une évaluation sommaire a été réalisée pour l'ensemble des secteurs touchés, et le lien a été fait avec les travaux du MSSS en cours.

Dans la prochaine année, les travaux seront intensifiés afin d'adresser les différents types d'activités de l'imagerie médicale précisément, et de s'assurer que les coûts unitaires de l'établissement soient égaux ou inférieurs au financement attendu.

2.4.2 Moderniser nos actifs immobiliers et technologiques

2.4.2.1 ACTUALISER LE REMPLACEMENT ET L'ACQUISITION DES EQUIPEMENTS DANS LE DELAI REQUIS

Concernant le remplacement et l'acquisition des équipements médicaux

En date du 31 mars 2017 :

- 60 des 86 dossiers (70 %) en arriérage qui avaient été ouverts en 2014-2015 ou avant ont été complétés (cible atteinte);
- 23 des 153 dossiers (15 %) en arriérage qui avaient été ouverts en 2015-2016 ont été complétés (cible atteinte);
- 9 des 150 dossiers (6 %) identifiés au plan de conservation des équipements médicaux et non-médicaux (PCEM) 2016-2017 ont été débutés.*

* Une autorisation a été demandée au MSSS pour débiter ces projets pour répondre à des bris urgents ou critiques.

Pour l'année 2017-2018 :

Le comité des technologies de la santé a mandaté un sous-groupe de travail pour étudier la situation et identifier des pistes d'amélioration afin d'augmenter la cadence d'actualisation. L'objectif ultime serait d'actualiser 80 % des projets à l'intérieur même de l'année financière.

2.4.2.2 FAVORISER LE PARTAGE DE L'INFORMATION DES USAGERS ENTRE LES PROFESSIONNELS

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017
A) Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	98,4 %	95 %	88,3 %

Commentaire indicateur A

L'engagement n'est pas atteint.

- À la suite de la réforme de 2015, la structure du RRSS n'est plus adaptée à la réalité des nouveaux établissements ce qui complexifie grandement la tâche de mise à jour;
- La structure de mise à jour a été grandement affectée par les mouvements de personnel occasionnés par la réorganisation. Les personnes ressources ont changé de fonction de sorte que la structure de mise à jour doit être complètement refaite. Le travail est en cours et comporte une importante sensibilisation auprès des directions quant à l'importance de la mise à jour du RRSS.

La mise à jour est capitale pour s'assurer que :

- La population reçoit l'information sur les services et à la bonne destination par Info-Santé et Info-Social ou par les intervenants du réseau qui bâtissent l'offre de service de leurs clientèles;
- Les internautes accèdent à l'information juste sur les services et à la bonne destination par les portails régionaux et par le portail web MSSS s'alimentant au RRSS.

L'ajout des ressources des RLS de la Pommeraiie et de la Haute-Yamaska n'est pas pris en compte dans ces résultats. Ceux-ci continueront d'être intégrés aux résultats de la Montérégie (région 16) en raison de contraintes informatiques. Aucune date d'intégration à la région 05 n'est prévue pour le moment par le MSSS.

2.4.2.3 ACTUALISER L'UNIFICATION DES SYSTEMES D'INFORMATION CRITIQUES (CLINIQUES ET ADMINISTRATIFS)

Mandat de vision globale des systèmes d'information

- Élaboration du mandat avec les équipes de la Direction générale des technologies de l'information (DGTI) du ministère.

Accès priorisé aux services spécialisés (APSS) – Établissement associé

- Livraison des neuf premières spécialités en Estrie;
- Rédaction du dossier de planification stratégique provincial avec le CISSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal;
- Architecture de solution pour l'utilisation de l'outil SAFIR pour le volet transmission des données entre les dossiers médicaux électroniques (DMÉ) et les centres de répartition des demandes de service pour l'ensemble du Québec (travaux importants réalisés par l'Estrie pour l'ensemble du Québec).

Transition du dossier clinique informatisé–Continuum Ariane Estrie (DCI-CAE) à Cristal-Net

- Présentation des scénarios de transition possibles à la DGT du MSSS en juin 2016;
- Livraison du chapitre 1 de l'analyse d'écart entre les fonctions disponibles dans le DCI-CAE et celles disponibles dans Cristal-Net;
- Élaboration du dossier justificatif sommaire pour le déploiement de Cristal-Net dans une première installation.

Optilab

- Participation à l'élaboration du devis pour l'appel d'intérêt qui précède l'appel d'offres.

Engin d'intégration provincial et CDO (Collaboration Data Object) Interopérabilité – Établissement associé

- Participation à l'élaboration du devis d'appel d'offres et à l'évaluation des fournisseurs.

Index patients organisationnel (IPO)

- Développement d'outils pour faciliter l'épuration des index, étape préalable à la réalisation du projet.

Système d'information – Gestion financière et approvisionnement (SI-GFA) – Établissement associé

- Participation active à tous les niveaux du projet.

Ressources humaines

- Travaux préparatoires pour la fusion des bases de données.

Infrastructure technologique

- Réalisation des travaux préparatoires au déploiement des systèmes d'information unifiés (SIU) au CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Harmonisation des domaines dans un même réseau.

Atteinte des objectifs

Comme le CIUSSS de l'Estrie – CHUS est partie prenante dans un grand nombre de dossiers de SIU et que, dans l'ensemble, son apport a permis des avancées importantes pour les projets provinciaux, nous considérons que l'objectif a été atteint. Voir la section précédente pour les progrès réalisés dans chacun des dossiers.

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



2.5.1 Soutenir la mobilisation de notre personnel

2.5.1.1 METTRE EN PLACE LE PROGRAMME DE RECONNAISSANCE, D'EXCELLENCE ET DE BIEN-ETRE

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017
A) Pourcentage des activités réalisées du plan d'action concernant la reconnaissance d'excellence et de bien-être	–	80 %	90 %

Commentaire indicateur A

Les principales actions réalisées en 2016-2017 pour atteindre l'engagement :

- Rabais corporatifs : liste dans l'intranet des partenaires dans tous les RLS (50);
- Activités santé physique et psychologique :
 - automne 2016, 450 inscriptions sur 399 personnes;
 - hiver 2017, 705 inscriptions sur 630 personnes.
- Programme d'aide aux employés (PAE) : en place depuis le 1^{er} février (fournisseur Morneau Sheppel)
- Activité du temps des Fêtes avec Luc Langevin : salle comble (1500 personnes);
- Cours de préparation à la retraite : 50 formations proposées en 2016-2017;
- Activité 20 ans retraités : Granby, le 23 mars et Sherbrooke, le 24 mai.

Le seul engagement qui n'est pas atteint, est celui concernant le Gala d'excellence qui est par ailleurs planifié au 26 octobre 2017.

2.5.1.2 DEVELOPPER DES COMPETENCES DE « LEADER » TRANSFORMATIONNEL ET FAIRE EN SORTE QUE NOS GESTIONNAIRES SOIENT DES AMBASSADEURS

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017
A) Pourcentage des thèmes du plan de développement des compétences des cadres pour lesquels les gestes clés de leader transformationnel sont énoncés	0 %	50 %	20 %

Commentaire indicateur A

Principales actions réalisées en 2016-2017 pour atteindre l'engagement :

- Développement des gestes clés spécifiques au volet SGIP (thèmes #3, 4, 5, 6 du Plan de développement des compétences de gestion 2017-2019) et expérimentation dans les directions pilotes avec les accompagnateurs de la DQPE;
- Développement de la stratégie et des outils pour repérer un bassin de relève des cadres;
- Développement d'un guide de pratique pour la gestion de proximité à distance (thème #9);
- Développement du thème #1 Appropriation du rôle pour les nouveaux gestionnaires (volet Habilitation au rôle);
- Développement d'un carnet d'apprentissage positionnant le leadership transformationnel.

Engagement 2016-2017 non atteint. Voici quelques facteurs qui expliquent ou contraignent l'atteinte de l'engagement :

- Ressources limitées dans l'équipe de soutien à la transformation et le service aux cadres ainsi que l'absence de la chef de service (congé de maternité);
- Embauche d'une ressource à 4 jours par semaine (surcroît) pour assurer les suivis des processus de dotation et ainsi dégager du temps pour les dossiers de développement des compétences.

2.5.1.3 FAVORISER L'APPROPRIATION DES VALEURS DE L'ETABLISSEMENTS

Au cours de la première année d'opération du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, trois valeurs ont été retenues, soient : l'humanisme, l'engagement et l'adaptabilité. Ces trois valeurs ont par la suite été intégrées et décrites dans la plupart des documents organisationnels.

Deux sondages sur la mobilisation des gestionnaires ont été remplis par les gestionnaires, dont une question portait sur l'appropriation par ces derniers des valeurs. Les résultats ont été les suivants :

VALEURS		COMPRENDRE	ADHÉRER	PARTICIPER	TRANSFÉRER	ÉVOLUER
Mai 2016	5%	95%	74%	44%	29%	13%
Nov. 2015	7%	93%	80%	49%	29%	11%
Je ne suis pas certain(e) de connaître toutes les valeurs		Je les connais	J'y adhère	Je constate qu'elles s'actualisent dans mes interactions au quotidien	Je les partage avec les gens autour de moi	Je vois à les faire évoluer, à mieux les définir

Au cours de l'exercice 2016-2017, un premier sondage a été réalisé auprès de l'ensemble de nos employés et gestionnaires, dont une question portait sur l'appropriation des valeurs. Les résultats seront connus au cours de l'année 2017-2018.

Afin de poursuivre l'appropriation des valeurs par la communauté du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, une stratégie a été élaborée basée sur la définition d'attitudes et de comportements. Le principal livrable de ces travaux sera une charte des attitudes et comportements attendues de la part de la communauté de l'établissement. En cours d'année, il a été défini que cette stratégie s'intégrait dans un plan d'action plus global portant sur notre axe principal du système de gestion intégrée de la performance, soit Agir POUR et AVEC l'utilisateur, ses proches et la population.

2.5.2 Soutenir la présence au travail

2.5.2.1 FAVORISER LA DISPONIBILITE ET L'UTILISATION OPTIMALE DE LA MAIN-D'ŒUVRE DU RESEAU

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

Indicateur	Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017
A) Ratio d'heures d'assurances-salaire	6,51	6,50	7,38
B) Taux d'heures supplémentaires	2,87	2,80	3,19
C) Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,45	0,43	0,52

Commentaire indicateur A

Engagement non atteint.

Nous avons entrepris des mesures spécifiques pour corriger la situation dont la mise en place d'un plan d'action global en gestion intégrée de la prévention et de la présence au travail. Entre autres, au cours des derniers mois, nous avons effectué une tournée auprès de toutes les directions de l'établissement pour sensibiliser les gestionnaires à la situation et demander la mise en place de pistes d'action, par gestionnaire, pour agir sur la présence au travail.

- En septembre 2017, une formation sera offerte à tous les gestionnaires sur la gestion intégrée de la présence au travail;
- Nous avons mis à la disposition des gestionnaires les données statistiques de leur secteur afin qu'ils puissent les suivre à toutes les périodes.

Commentaire indicateur B

Engagement non atteint.

Commentaire indicateur C

Engagement non atteint.

Certaines mesures mises en place pour corriger la situation.

La mise en place d'un comité stratégique sur la gestion intégrée de la main-d'œuvre qui regroupe l'implication de toutes les directions de l'organisation.

Les objectifs visés sont :

- De mieux coordonner et prioriser les différents projets;
- De créer des leviers qui favorisent une coordination des projets organisationnels et des projets d'optimisation impliquant la main-d'œuvre;
- De créer une gestion proactive de la main-d'œuvre (analyse des causes souches et agir sur les bons leviers);
- D'agir rapidement sur les situations critiques.

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

- L'offre de garantie de travail;
- La mise en place d'un processus d'embauche massive;
- L'analyse et le rehaussement des structures de poste;
- L'optimisation de la planification des horaires;
- La mise en place de pratiques de gestion permettant une gestion plus optimale de la main-d'œuvre (ex. : octroi de congé).

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 d'au-delà d'une centaine de lits sur le territoire en CHSLD et en milieu hospitalier;
- Le bassin restreint de candidats potentiels;
- L'harmonisation des pratiques de gestion des quatorze anciens établissements;
- Le taux d'absentéisme élevé.

2.6 INTÉGRER LA MISSION UNIVERSITAIRE



2.6.1 Assurer le positionnement et le rayonnement du CIUSSS de l'Estrée – CHUS

2.6.1.1 ÉLABORER UNE STRATEGIE DE POSITIONNEMENT DU SEUL CIUSSS-CHU DU QUEBEC EN MISANT SUR LA MISSION UNIVERSITAIRE

La Direction générale et le C. A. souhaitent que l'établissement rayonne tant auprès des établissements du Québec et à l'international qu'auprès de la population estrienne. Pour ce faire, un plan de communication externe a été développé par le Service des communications. Ce plan de communication fait une place de choix à la mission universitaire et son actualisation contribue à la mise en valeur et au rayonnement de notre établissement.

Les centres et instituts de recherche de notre établissement ont largement contribué au rayonnement du CIUSSS de l'Estrée – CHUS. Le CRCHUS s'est illustré entre autres en permettant la migration d'un produit de recherche vers l'utilisation clinique : l'examen fait par radionucléide Octréotate (Dota-tate). Cette avancée scientifique a des effets majeurs pour le diagnostic et le traitement des patients québécois puisque l'Hôpital Fleurimont du CIUSSS de l'Estrée – CHUS est le seul à offrir cet examen au Canada. L'utilisation du Dota-tate permet un examen diagnostique plus précis et plus rapide que la scintigraphie conventionnelle. Il permet de détecter des tumeurs neuroendocrines qui apparaissent dans le tube digestif, dans l'œsophage, l'estomac, l'intestin grêle, l'appendice ou le gros intestin et des lésions aussi petites que 3 à 4 millimètres. Le CRCHUS s'est également démarqué par son soutien au programme de formation Programme canadien de cliniciens-chercheurs en santé de l'enfant avec une participation des cliniciens, étudiants et résidents. Deux importantes subventions totalisant 8,9 millions de dollars pour les sept prochaines années, vers de nouveaux médicaments ayant moins d'effets secondaires pour soulager les personnes souffrant de douleur chronique soutiennent le développement d'une nouvelle classe d'analgésiques non morphiniques présentant des effets secondaires limités par le neurophysiologiste, Philippe Sarret et son équipe, sont une avenue prometteuse. Une première mondiale réalisée à l'Hôpital Fleurimont du CIUSSS de l'Estrée – CHUS : plus d'artères et de vaisseaux sanguins débloqués chez les patients grâce au génie sherbrookoise du Dr Andrew Benko, radiologiste, pratiquant la recherche au CRCHUS, et Martin Brouillette, professeur titulaire à la Faculté de génie de l'UdeS qui ont uni leur expertise au plus grand bénéfice des patients. Grâce à la technologie SoundBite, inventée par monsieur Brouillette, le Dr Benko et son équipe, ont pu débloquer les artères des deux jambes d'un homme de 72 ans qui était invalidé par son état.

Le Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV) s'est démarqué à plusieurs niveaux. La professeure-chercheuse Mélanie Levasseur a reçu une subvention de plus d'un million de dollars des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Fondation pour développer un ensemble d'interventions bien ciblées qui faciliteront la participation sociale des aînés et contribueront à leur bien-être. Au chapitre du rayonnement, soulignons également que le CdRV a organisé le troisième Congrès québécois sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Ce congrès a rassemblé plus de 450 chercheurs, cliniciens et professionnels de la santé qui se sont réunis pour échanger leurs expertises sur la prévention et la prise en charge des patients et de leurs proches.

L'IUPLSSS s'est pour sa part démarqué à plusieurs niveaux. Notons entre autres le projet national d'intégration des travailleurs sociaux dans les GMF, projet mandaté par le MSSS et effectué en collaboration avec l'IUPLSSS de la Capitale nationale. L'IUPLSSS a aussi collaboré au projet-pilote de l'Équipe mobile en intervention psychosociale (tandem policier-travailleur social) qui met en commun leurs expertises lors d'interventions auprès de citoyens en crise ou qui souffrent de problèmes de santé mentale. Enfin, l'Institut a contribué au rayonnement de notre établissement en participant au Forum sur l'avenir de la santé organisé par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) à Paris et en acceptant l'invitation de l'OCDE de tenir une conférence sur « Placer l'utilisateur des services de santé au premier plan ».

Pour terminer, l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé et services sociaux (UETMISSS) a été l'instigateur d'un projet provincial d'envergure portant sur « L'usage approprié des antipsychotiques en CHSLD » en collaboration avec le RUIS de Sherbrooke.

2.6.2 Intégrer la mission universitaire dans les rôles et responsabilités de nos intervenants

2.6.2.1 SUSCITER L'ENGAGEMENT DES GESTIONNAIRES DANS L'ACTUALISATION DE LA MISSION UNIVERSITAIRE

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS est le seul CIUSSS à intégrer un CHU. Ce modèle d'organisation unique au Québec devrait permettre une meilleure intégration de la mission universitaire en son sein. Depuis sa création, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS est soutenu dans ces efforts par de nombreux projets de recherche et chercheurs.

L'intégration de la mission universitaire au CIUSSS de l'Estrie – CHUS est l'objet d'un projet de recherche ayant pour thème « Évaluation de l'intégration de la mission universitaire dans les trajectoires de soins et services », sous la direction du Pr Jean-Louis Denis. Pour soutenir les gestionnaires et faciliter la collaboration, un projet de recherche-action « Création, adaptation et régulation de mécanismes de collaboration interdirections en contexte de transformation organisationnelle » a été lancé sous la direction de Mme Lucie Houle, professeure à l'École de gestion de l'UdeS et directrice de la Chaire d'études en organisation du travail (CÉOT). Toujours afin de mieux intégrer la mission universitaire dans les trajectoires de soins et services, l'établissement compte sur le soutien de chercheurs de l'IUPLSSS. Un projet de recherche visant à accompagner l'établissement dans la mise en œuvre et l'animation des trajectoires de soins et services du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a été lancé sous la direction de Paul Morin, directeur scientifique de l'IUPLSSS. Enfin, trois postes de courtiers de connaissances ont également été créés dans le but de favoriser le transfert de connaissances et l'intégration des connaissances issues des travaux de recherche effectués dans nos deux centres et instituts de recherche dans les trajectoires de soins et services.

L'établissement a également entrepris de revoir la structure de gouvernance de la mission universitaire par la création de la Direction de la coordination de la mission universitaire et de la pertinence des soins et services. Sous la direction du Dr Stéphane Tremblay, également directeur général adjoint au programme de santé physique générale et spécialisée, la nouvelle direction s'est doté d'un cadre de référence sur la mission universitaire et de la pertinence et a mis en place un comité de coordination de la mission universitaire et pertinence auquel se greffera un portefeuille de projets visant à soutenir des projets de pertinence rattachés aux priorités 2017-2018 de l'établissement.

Enfin, le CRCHUS a déployé l'Unité de recherche clinique et épidémiologique (URCE), qui offre un soutien aux personnes le demandant pour la planification ou l'exécution de travaux de recherche clinique basée sur une approche programmatique rigoureuse. Cette unité est au service des chercheurs, mais aussi est mise à la disposition des gestionnaires du CIUSSS de l'Estrie – CHUS ayant des besoins de planification de projets de recherche. Elle met à leur disposition des ressources humaines et technologiques et, à l'occasion, elle peut également agir comme facilitateur en mettant en lien ses clients avec des experts reconnus à l'extérieur de l'établissement lorsque nécessaire. De cette manière, l'URCE permet de maximiser l'effet des programmes de recherche clinique tout en facilitant l'exploration de pistes novatrices en recherche translationnelle. Lors de l'agrément du service de soins intensifs chirurgicaux, ce service a été reconnu pour son apport à l'intégration de la recherche dans les soins, grâce à l'implication de l'équipe de recherche du CRCHUS, supervisée par François Lamontagne et Frédéric D'Aragon. Les Drs François Lamontagne et Frédéric D'Aragon ainsi que leur équipe de recherche ont réussi à se démarquer à l'échelle du pays au cours du dernier trimestre en recrutant le plus grand nombre de patients en recherche aux soins intensifs pour les études du *Canadian Critical Care Trials Group*. L'équipe a recruté 94 patients ce qui est un exploit pour des patients hospitalisés aux soins intensifs.



3

Données financières

3.1 ÉTATS FINANCIERS

3.1.1 Rapport de la direction

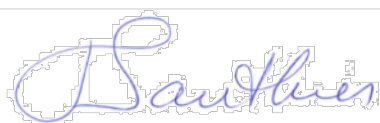
Les états financiers du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants.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

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

La direction du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

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

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



Madame Patricia Gauthier
Présidente-directrice générale



Monsieur Pierre-Albert Coubat
Directeur des ressources financières

3.1.2 Rapport de l'auditeur indépendant



Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l.
Cité du Parc
1802, rue King Ouest
Bureau 300
Sherbrooke QC J1J 0A2
Canada

Tél. : 819 823-1616
Télec : 819 564-8078
www.deloitte.ca

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

Aux membres du conseil d'administration du
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-CHUS

Les états financiers résumés ci-joints du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-CHUS, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2017, et les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés, de la variation de actifs financiers nets (dette nette) et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-CHUS pour l'exercice terminé le 31 mars 2017. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 13 juin 2017. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-CHUS.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

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

Responsabilité de l'auditeur

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

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-CHUS pour l'exercice terminé le 31 mars 2017 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, sur la base des critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-CHUS pour l'exercice terminé le 31 mars 2017.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 13 juin 2017. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, ainsi qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'Établissement et la Société québécoise d'infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public, il s'agit plutôt de contrats de location- acquisition. L'incidence de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2017 n'a pas été déterminée.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences de l'anomalie décrite, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-CHUS au 31 mars 2017, ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de la dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

1

 S. E. N. C. R. L. / s. r. l.

Le 6 juillet 2017

¹ CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique n° A114812

3.1.3 États des résultats

Nom de l'établissement Code Page / Idn.
 CIUSSS de L'Estrie-Centre hosp. Univ. de 1104-5150 200-00 /
 Sherbrooke

ÉTAT DES RÉSULTATS					
	Budget	Exploitation Ex. courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc
	1	2	3	4	5
REVENUS					
Subventions MSSS (FI:P408)	1	1 161 366 199	1 140 928 894	59 111 063	1 200 039 957
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2	1 255 726	1 471 813	69 331	1 541 144
Contributions des usagers	3	67 350 801	70 735 564	XXXX	70 735 564
Ventes de services et recouvrements	4	13 743 732	16 941 607	XXXX	16 941 607
Donations (FI:P294)	5	6 685 650	2 038 563	4 974 078	7 012 641
Revenus de placement (FI:P302)	6	315 000	358 632	131 040	489 672
Revenus de type commercial	7	3 644 313	3 927 965	138 048	4 066 013
Gain sur disposition (FI:P302)	8	276 000		236 449	236 449
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	78 535 358	78 511 225	1 924 063	80 435 288
TOTAL (L.01 à L.11)	12	1 333 172 779	1 314 914 263	66 584 072	1 381 498 335
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	901 438 289	936 013 468	XXXX	936 013 468
Médicaments	14	35 020 936	34 960 843	XXXX	34 960 843
Produits sanguins	15	11 072 303	21 019 128	XXXX	21 019 128
Fournitures médicales et chirurgicales	16	60 348 805	62 609 277	XXXX	62 609 277
Denrées alimentaires	17	10 852 846	10 315 611	XXXX	10 315 611
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	64 051 834	66 642 197	XXXX	66 642 197
Frais financiers (FI:P325)	19	17 686 654		16 677 043	16 677 043
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	31 175 834	33 099 914	3 171 111	36 271 025
Créances douteuses	21	700 000	1 777 476	XXXX	1 777 476
Loyers	22	12 723 706	13 700 306	XXXX	13 700 306
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	45 850 000	XXXX	46 014 941	45 842 614
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24		XXXX	163 080	163 080
Dépenses de transfert	25	26 706 143	25 181 485	XXXX	25 181 485
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	115 498 429	111 526 141	114 811	111 640 952
TOTAL (L.13 à L.27)	28	1 333 125 779	1 316 845 846	66 140 986	1 382 986 832
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	47 000	(1 931 583)	443 086	(1 488 497)
					656 986

Note 1: la colonne 3 s'applique aux établissements publics seulement

3.1.4 L'état des surplus (déficits) cumulés (page 202)

Nom de l'établissement Code Page / Idn.
 CIUSSS de L'Estrie-Centre hosp. Univ. de 1104-5150 202-00 /
 Sherbrooke

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	Notes
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(14 542 800)	40 153 819	25 611 019	24 954 033	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	(14 542 800)	40 153 819	25 611 019	24 954 033	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	(1 931 583)	443 086	(1 488 497)	656 986	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7					
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10					
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	(16 474 383)	40 596 905	24 122 522	25 611 019	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX	9 585 274	11 516 857	
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	14 537 248	14 094 162	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	24 122 522	25 611 019	

3.1.5 L'état de situation financière (page 204)

Nom de l'établissement Code Page / Idn.
 CIUSSS de L'Estrie-Centre hosp. Univ. de Sherbrooke 1104-5150 204-00 /

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
	1	2	3	4	
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	43 329 655	20 108 146	63 437 801	56 643 328
Placements temporaires	2	264 468		264 468	1 181 466
Débiteurs - MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	44 807 459	3 633 691	48 441 150	60 510 343
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	27 401 248	5 597 967	32 999 215	28 276 270
Avances de fonds aux établissements publics	5	XXXX			
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	1 190 962	(1 190 962)	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	83 045 575	155 922 131	238 967 706	237 529 745
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	1 761 098	1 761 098	1 799 221
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	2 890 463	15 874	2 906 337	3 411 633
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	202 929 830	185 847 945	388 777 775	389 352 006
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14		74 229 959	74 229 959	61 697 274
Créditeurs - MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	109 155 891	5 996 513	115 152 404	107 939 004
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	17	XXXX			
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18		3 640 929	3 640 929	4 400 926
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	20 404 784	76 652 768	97 057 552	96 537 930
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	607 674 061	607 674 061	622 244 210
Passif au titre des sites contaminés (FI: P401)	22	XXXX	16 875	16 875	16 875
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	110 255 580	XXXX	110 255 580	107 172 523
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	2 146 428		2 146 428	2 763 718
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	241 962 683	768 211 105	1 010 173 788	1 002 772 460
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(39 032 853)	(582 363 160)	(621 396 013)	(613 420 454)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P423)	28	XXXX	622 960 065	622 960 065	618 561 497
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	14 578 855	XXXX	14 578 855	14 516 990
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	7 979 615		7 979 615	5 952 986
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	22 558 470	622 960 065	645 518 535	639 031 473
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DEFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	(16 474 383)	40 596 905	24 122 522	25 611 019

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638-01 et 638-02)
 Eventualités (pages 636-01 et 636-02)
 Colonne 2: Établissements publics seulement
 Ligne 06, Colonne 3: Le montant doit être égal à zéro
 Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

3.1.6 L'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) (page 206)

Nom de l'établissement : CIUSSS de L'Estrie-Centre hosp. Univ. de Sherbrooke
 Code : 1104-5150
 Page / Idn. : 206-00 /

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

		Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent
		1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DEBUT DÉJÀ ÉTABLI	1	(554 977 535)	(35 012 776)	(578 407 678)	(613 420 454)	(603 637 762)
Modifications comptables avec retraitements des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitements des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DEBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(554 977 535)	(35 012 776)	(578 407 678)	(613 420 454)	(603 637 762)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5	47 000	(1 931 583)	443 086	(1 488 497)	656 986
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6	(58 000 000)	XXXX	(50 448 577)	(50 448 577)	(58 720 093)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7	45 850 000	XXXX	46 014 941	46 014 941	45 842 614
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8		XXXX	(73 369)	(73 369)	(207 894)
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX	108 437	108 437	1 404 202
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
Ajustements des immobilisations	11		XXXX			2 714
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14	(12 150 000)	XXXX	(4 398 568)	(4 398 568)	(11 678 457)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15		(14 578 855)	XXXX	(14 578 855)	(185 363)
Acquisition de frais payés d'avance	16		(7 979 615)		(7 979 615)	
Utilisation de stocks de fournitures	17		14 516 990	XXXX	14 516 990	
Utilisation de frais payés d'avance	18		5 952 986		5 952 986	1 424 142
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19		(2 088 494)		(2 088 494)	1 238 779
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20					
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	(12 103 000)	(4 020 077)	(3 955 482)	(7 975 559)	(9 782 692)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(567 080 535)	(39 032 853)	(582 363 160)	(621 396 013)	(613 420 454)

3.1.7 L'état des flux de trésorerie (page 208)

Nom de l'établissement Code Page / Idn.
 CIUSSS de L'Estrie-Centre hosp. Univ. de 1104-5150 208-00 /
 Sherbrooke

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT				
Surplus (déficit) de l'exercice	1	(1 488 497)	656 986	
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:				
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2			
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	(2 088 494)	1 238 779	
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4	(73 369)	(207 894)	
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5			
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:				
- Gouvernement du Canada	6	(69 331)	(69 331)	
- Autres	7	(7 663 629)	(6 715 787)	
Amortissement des immobilisations	8	46 014 941	45 842 614	
Réduction pour moins-value des immobilisations	9			
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10	505 322	517 393	
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11			
Subventions MSSS	12	(40 170 254)	(41 154 965)	
Autres (préciser P297)	13		2 714	
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	(3 544 814)	(546 477)	
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	24 193 585	(20 123 155)	
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	19 160 274	(20 012 646)	
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS				
Sorties de fonds relatives à l'acquisition d'immobilisations	17	(50 549 683)	(61 501 650)	
Produits de disposition d'immobilisations	18	108 437	1 404 202	
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(50 441 246)	(60 097 448)	
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT				
Variation des placements temporaires dont l'échéance est supérieure à 3 mois	20	916 998	18 823 507	
Placements de portefeuille effectués	21			
Produits de disposition de placements de portefeuille	22			
Placements de portefeuille réalisés	23			
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)	24	916 998	18 823 507	

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT				
Dettes à long terme - Emprunts effectués	1	24 482 000	78 852 236	
Dettes à long terme - Emprunts remboursés	2	(1 038 655)	(1 732 519)	
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	3			
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	4		(3 000 000)	
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	5	45 282 895	21 812 905	
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	6	(31 567 793)	(45 260 879)	
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	7			
Autres (préciser P297)	8			
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.08)	9	37 158 447	50 671 743	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.09)				
	10	6 794 473	(10 614 844)	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT				
	11	56 643 328	67 258 172	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.10 + L.11)				
	12	63 437 801	56 643 328	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:				
Encaisse	13	63 437 801	56 643 328	
Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas 3 mois	14			
TOTAL (L.13 + L.14)	15	63 437 801	56 643 328	

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:				
Débiteurs - MSSS	1	12 069 193	(3 699 388)	
Autres débiteurs	2	(4 722 945)	(2 071 117)	
Avances de fonds aux établissements publics	3			
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	4	(463 618)	122 388	
Frais reportés liés aux dettes	5	(467 199)	(413 725)	
Autres éléments d'actifs	6	505 296	(1 072 814)	
Créditeurs - MSSS	7			
Autres créditeurs et autres charges à payer	8	7 314 506	(16 543 897)	
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	9		(6 801 404)	
Intérêts courus à payer	10	(759 997)	(202 960)	
Revenus reportés	11	8 252 582	7 970 896	
Passif au titre des sites contaminés	12			
Passif au titre des avantages sociaux futurs	13	3 083 057	2 606 694	
Autres éléments de passifs	14	(617 290)	(17 828)	
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.14)	15	24 193 585	(20 123 155)	
AUTRES RENSEIGNEMENTS:				
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	16	5 938 824	6 039 930	
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	17	10 000		
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie (préciser P297)	18	(40 170 254)	(41 154 965)	13
Intérêts:				
Intérêts créditeurs (revenus)	19	(489 672)	(684 575)	
Intérêts encaissés (revenus)	20	484 035	831 048	
Intérêts débiteurs (dépenses)	21	16 154 198	17 143 960	
Intérêts déboursés (dépenses)	22	(16 914 195)	(17 151 566)	

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions MSSS (P362)	1	1 099 566 199	1 136 438 567	4 490 327	1 140 928 894	1 116 809 802
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2	1 185 726	111 227	1 360 586	1 471 813	1 170 427
Contributions des usagers (P301)	3	67 350 801	70 735 564	XXXX	70 735 564	68 484 329
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	13 743 732	16 941 607	XXXX	16 941 607	16 003 193
Donations (C2:P290/C3:P291)	5	1 985 650	385 549	1 653 014	2 038 563	2 528 417
Revenus de placement (P302)	6	200 000	358 632		358 632	571 472
Revenus de type commercial (C2:P661/C3:P351)	7	3 504 313	87 650	3 840 315	3 927 965	3 229 935
Gain sur disposition (P302)	8	276 000				
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	76 580 358	5 161 983	73 349 242	78 511 225	80 055 506
TOTAL (L.01 à L.11)	12	1 264 392 779	1 230 220 779	84 693 484	1 314 914 263	1 288 853 081
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	901 438 289	868 119 341	67 894 127	936 013 468	921 286 351
Médicaments (P750)	14	35 020 936	34 960 843	XXXX	34 960 843	34 508 536
Produits sanguins	15	11 072 303	21 019 128	XXXX	21 019 128	17 978 925
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	60 348 805	62 609 277	XXXX	62 609 277	60 050 805
Denrées alimentaires	17	10 852 846	10 315 611	XXXX	10 315 611	10 852 846
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	64 051 834	66 642 197	XXXX	66 642 197	59 574 094
Frais financiers (P325)	19	216 654		XXXX		195 354
Entretien et réparations (P325)	20	25 875 834	31 880 062	1 219 852	33 099 914	29 004 476
Créances douteuses (C2:P301)	21	700 000	1 777 476		1 777 476	693 761
Loyers	22	12 723 706	13 299 003	401 303	13 700 306	12 919 059
Dépenses de transfert (P325)	23	26 706 143	25 181 485		25 181 485	24 944 887
Autres charges (P325)	24	115 385 429	97 230 961	14 295 180	111 526 141	116 254 747
TOTAL (L.13 à L.24)	25	1 264 392 779	1 233 035 384	83 810 462	1 316 845 846	1 288 263 841
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)						
	26	0	(2 814 605)	883 022	(1 931 583)	589 240

3.1.8 Revenus reportés relatifs aux sommes reçues par dons, legs et autres formes de contributions (page 292)

Nom de l'établissement : CIUSSS de L'Estrie-Centre hosp. Univ. de Sherbrooke Code : 1104-5150 Page / Idn. : 292-00 /

REVENUS REPORTÉS RELATIFS AUX SOMMES REÇUES PAR DONNS, LEGS ET AUTRES FORMES DE CONTRIBUTIONS (art.269 LSSSS)

	Revenus reportés au début 1	Ajustements à la colonne 1 2	Sommes allouées dans l'exercice 3	Revenus inscrits dans l'exercice 4	Revenus reportés à la fin (C1+C2+C3-C4) 5	Variation des revenus reportés (C1+C2-C5) 6	Notes
CONTRIBUTIONS DE TIERS:							
Contributions de tiers SANS fins particulières	1	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
Contributions de tiers AVEC fins particulières, lister:							
Soins médicaux	2	815 590	(425)	352 738	344 704	823 199	(8 034)
Fondation Perkins	3	50 000				50 000	0
Fondation CSSS Memphrémagog	4			37 763	37 763	0	
Fondation CSSS VSF	5		1 386	1 386		0	
Fondation CSSS Coaticook	6		1 696	1 696		0	
Recherche CRCHUS	7	3 426 679	(2 098)	1 363 248	1 361 150	3 426 679	(2 098)
Projets régionaux	8	32 433	18 241	1	50 675	0	50 674
Projet Avenir d'enfants	9	52 485		188 704	241 189	0	52 485
Fonds d'immobilisations	10	51 895 439	(27 041)	11 859 952	4 967 640	58 760 710	(6 892 312)
	11						
	12						
	13						
	14						
	15						
	16						
	17						
	18						
...	19						
...	20						
...	21						
...	22						
...	23						
...	24						
Autres (préciser P297)	25						
TOTAL (L.01 à L.25)	26	56 272 626	(11 323)	13 805 488	7 006 203	63 060 588	(6 799 285)
DOTATIONS							
Capital	27						
Revenus non réservés accumulés	28	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
Revenus réservés accumulés:							
IMMOS	29	6 438			6 438	0	6 438
...	30						
...	31						
...	32						
...	33						
Autres (préciser P297)	34						
TOTAL (L.27 à L.34)	35	6 438			6 438		6 438
GRAND TOTAL (L.26 + L.35)	36	56 279 064	(11 323)	13 805 488	7 012 641	63 060 588	(6 792 847)
REVENUS REPORTÉS (L.36) AU:							
Fds Exploitation - ACT.PRINC.(P290)	37	865 590	(425)	393 583	385 549	873 199	(8 034)
Fds Exploitation - ACT.ACCES.(P291)	38	3 511 597	16 143	1 551 953	1 653 014	3 426 679	101 061
Fonds Immobilisations (P294)	39	51 901 877	(27 041)	11 859 952	4 974 078	58 760 710	(6 885 874)
TOTAL REV. REPORTÉS (L.37 à L.39)	40	56 279 064	(11 323)	13 805 488	7 012 641	63 060 588	(6 792 847)

3.1.9 Notes aux états financiers

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CIUSSS de L'Estrie-Centre hosp. Univ. de Sherbrooke	1104-5150	270-00 /

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

1. CONSTITUTION ET MISSION

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS), ci-après désigné par l'établissement, est un établissement public constitué en personne morale sans but lucratif. Il a pour mission de 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.

Le siège social du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et des établissements publics regroupés est situé au 375, rue Argyll, à Sherbrooke et les installations qui le composent sont réparties dans l'ensemble de la région sociosanitaire de l'Estrie.

En vertu des lois fédérales et provinciales de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujéti aux impôts sur le revenu.

2. PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

a. Référentiel comptable

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise prioritairement le *Manuel de gestion financière* établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux, tel que prescrit par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). Ces directives sont conformes aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception de l'élément suivant :

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

Pour toute situation pour laquelle le *Manuel de gestion financière* ne contient aucune directive, l'établissement se réfère au Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Par conséquent, les états financiers inclus dans le présent rapport financier annuel AS-471 sont conformes aux principes comptables généralement reconnus pour le secteur public, sauf pour l'élément mentionné ci-haut.

b. Incertitude relative à la mesure

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

Les principaux éléments pour lesquels l'établissement a utilisé des estimations et formulé des hypothèses sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir – réforme comptable, les créances irrécouvrables, la provision relative au régime rétrospectif de la commission des normes, de l'équité, de la santé

et de la sécurité au travail, le passif au titre des avantages sociaux futurs, les coûts de réhabilitation et de gestion du passif au titre des sites contaminés et les réclamations.

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

c. État des gains et pertes de réévaluation

Les chapitres SP 1201 *Présentation des états financiers* et SP 3450 *Instruments financiers* du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public requièrent la présentation d'un état des gains et pertes de réévaluation lorsque l'entité qui présente les états financiers détient des instruments financiers évalués à leur juste valeur ou libellés en devises étrangères. Le format du rapport financier annuel AS-471, prescrit par le ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de l'article 295 de la *LSSSS* (RLRQ, chapitre S-4.2), n'inclut pas cet état financier puisque la grande majorité des entités du réseau de la santé et des services sociaux ne détiennent pas d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par l'article 265 relativement à l'acquisition d'actions d'une personne morale.

Considérant que l'établissement ne détient aucun élément devant être comptabilisé à la juste valeur et libellé en devises étrangères, la présentation de l'état des gains et pertes de réévaluation n'est pas jugée requise dans le présent rapport financier annuel AS-471.

d. Comptabilité d'exercice

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

e. Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'établissement comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant les soldes et les opérations relatifs aux biens détenus en fiducie.

f. Revenus

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

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

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement votés annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement, comme exigé dans la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts (RLRQ, chapitre S-37.01).

g. Revenus provenant des usagers

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

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

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

h. Ventes de services et recouvrements

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

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

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

i. Donations

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

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

j. Salaires, avantages sociaux et charges sociales

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

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

k. Dépenses de transfert

Les dépenses de transfert octroyées, payées ou à payer, sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, notamment la *Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts* (RLRQ, chapitre S-37.01) et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

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

l. Instruments financiers

Les actifs financiers comprennent l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs, les placements de portefeuille et sont évalués au coût ou au coût après amortissement.

Les passifs financiers comprennent les emprunts temporaires, les créditeurs MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer excluant les charges sociales et taxes à payer, les intérêts courus à payer, les dettes à long terme et sont évalués au coût ou au coût après amortissement.

i. Trésorerie et équivalents de trésorerie

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

ii. Débiteurs

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

iii. Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

iv. Créditeurs et autres charges à payer

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

v. Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de

l'amortissement de l'escompte ou de la prime pour atteindre le montant de capital à rembourser à l'échéance.

vi. Hiérarchie des évaluations à la juste valeur

Les instruments financiers comptabilisés à la juste valeur sont classés selon une hiérarchie qui reflète l'importance des données utilisées pour effectuer les évaluations. La hiérarchie appliquée dans le cadre de la détermination de la juste valeur exige l'utilisation de données observables sur le marché lorsque celles-ci existent. Un instrument financier pour lequel une donnée importante non observable a été prise en compte dans l'évaluation de la juste valeur est classé au niveau le plus bas de la hiérarchie qui se compose des niveaux suivants :

Niveau 1

Le calcul de la juste valeur repose sur les prix non ajustés cotés sur des marchés actifs pour des actifs ou des passifs identiques.

Niveau 2

Le calcul de la juste valeur repose sur des données autres que les prix cotés sur des marchés actifs visés au niveau 1, observables directement sous forme de prix ou indirectement lorsqu'elles sont déterminées à partir de prix.

Niveau 3

Le calcul de la juste valeur repose sur des données qui ne sont pas fondées sur des données de marché observables, donc sur des données non observables.

m. Passif au titre des sites contaminés

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

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

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

Relativement à ces obligations, l'établissement comptabilise une subvention à recevoir du gouvernement du Québec (SCT) pour le financement du coût des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que les variations annuelles survenues au cours des exercices 2011-2012 à 2017-2018. La décision quant au financement de ces variations est prise annuellement.

Pour les terrains contaminés non répertoriés au 31 mars 2011, l'établissement comptabilise un passif au titre des sites contaminés, ainsi qu'une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux, après avoir préalablement obtenu l'autorisation de celui-ci.

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

n. Passif au titre des avantages sociaux futurs

Le passif au titre des avantages sociaux futurs comprend principalement les obligations découlant de l'assurance salaire, les congés de maladie et de vacances cumulés. Les autres avantages sociaux comprennent les droits parentaux et les allocations-rétention hors cadre.

i. Provision pour assurance salaire

Les obligations découlant de l'assurance salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'aide de l'une des deux méthodes suivantes. La méthode par profil est basée sur les dossiers observés en assurance salaire en tenant compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le groupe d'emploi, le groupe de diagnostics, l'écart entre l'année financière du paiement et celle d'ouverture du dossier des trois dernières années. Lorsque l'information nécessaire pour cette méthode n'est pas disponible, les obligations sont alors estimées à l'aide de la méthode basée sur des données plus globales, pour laquelle la dépense totale en assurance salaire des années futures est projetée à partir des dépenses des trois années financières les plus récentes. Ces obligations ne sont pas actualisées.

La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

ii. Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2017 et des taux horaires prévus en 2017-2018. Elles ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

iii. Provision pour congés de maladie

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

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

iv. Régime de retraite

Les employés de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) et au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interemployeurs administrés par Retraite Québec sont à

prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité de régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, étant donné que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel AS-471.

v. Droits parentaux

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

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

o. Immobilisations

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

Elles sont comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Le coût des immobilisations détenues en vertu d'un contrat de location-acquisition est égal à la valeur actualisée des paiements exigibles. Les immobilisations reçues gratuitement ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur lorsqu'elles proviennent de tiers, ou à leur valeur comptable nette si elles proviennent d'une partie apparentée, avec contrepartie aux revenus reportés s'il s'agit d'un bien amortissable ou aux revenus de l'exercice s'il s'agit d'un terrain. Les revenus reportés sont virés graduellement aux résultats, selon la même méthode et la même durée que l'amortissement de l'immobilisation.

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

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

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

Les contributions reçues pour l'acquisition d'un bien amortissable sont comptabilisées aux revenus reportés qui

sont par la suite inscrits aux revenus au même rythme qu'il est amorti, à l'exception de celles destinées à l'achat d'un terrain qui sont directement inscrites aux revenus de l'exercice.

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

p. Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des débours effectués avant le 31 mars pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers suivants. Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

q. Stock de fourniture

Les stocks de fourniture sont des actifs non financiers composés de fournitures qui seront consommés dans le cours normal des opérations au cours du ou des prochains exercices. Ils comprennent notamment les médicaments, les produits sanguins, les fournitures médicales et chirurgicales et les denrées alimentaires. Ils sont évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût de 93 % des stocks est déterminé selon la méthode de l'épuisement successif alors que la méthode du coût moyen est utilisée pour les 7 % restants. Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

r. Autres méthodes

i. Comptabilité par fonds

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

ii. Revenus d'intérêts

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

iii. Prêts interfonds

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

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

iv. Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

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

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des

immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations.

v. *Avoir propre*

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

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

vi. *Classification des activités*

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

- Activités principales : elles comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Activités accessoires : elles comprennent les services que l'établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

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

vii. *Centres d'activités*

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

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

viii. *Unités de mesure*

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

3. MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

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

Les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 peuvent donner l'impression que la *Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux* n'est pas respectée. En effet, on y lit un déficit des activités d'exploitation de 1 931 583 \$, qui engendre un déficit de 1 488 497 \$ pour l'ensemble des activités de l'établissement. Néanmoins, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), dans une correspondance adressée le 1er mars 2016 à la Présidence-direction générale du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, informait l'établissement que le MSSS récupérerait le solde de fonds associé au réseau des télécommunications (RITM) au montant de 2 586 248 \$, en diminuant l'enveloppe budgétaire 2016-2017 de l'établissement. Le MSSS demande ainsi d'utiliser un montant équivalent provenant des surplus cumulés de l'ex-Agence de la Santé et des Services sociaux de l'Estrie – fonds affectés de provenance nationale RITM. Cette récupération par le MSSS cause l'apparence de déficit constatée à la page 200. Sans cette récupération, les résultats auraient été les suivants :

	Exploitation	Immobilisations	Total
Surplus (déficit) (P200, L29)	(1 931 583)	443 086	(1 488 497)
Récupération du solde de fonds RITM	2 586 248		2 586 248
Surplus avant récupération	654 665	443 086	1 097 751

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a donc respecté l'article 3 de la *Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux*¹, puisqu'il a maintenu, au cours de l'année 2016-2017, l'équilibre entre ses charges et ses revenus.

¹ Un établissement public doit, en cours d'année financière, maintenir l'équilibre entre ses dépenses et ses revenus.

4. DONNÉES BUDGÉTAIRES

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

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 14 juin 2016, à l'aide du formulaire *Budget détaillé* RR-446. Les mesures de redressement adoptées par le conseil d'administration et approuvées par le Ministre pour atteindre l'équilibre budgétaire et figurant au Sommaire des données financières – État des résultats prévisionnels de la page 100-01 du formulaire budgétaire sont réparties entre les revenus et les charges de l'état des résultats et sont présentées ci-après :

	Budget initial approuvé par le CA et figurant RR-446 Budget détaillé	Répartition des impacts des mesures de redressement	Budget initial approuvé par le CA après répartition des impacts des mesures de redressement et figurant à l'état des résultats
REVENUS			
Subvention MSSS	1 161 366 199		1 161 366 199
Subvention gouvernement du Canada	1 255 726		1 255 726
Contributions des usagers	67 350 801		67 350 801
Ventes de services et recouvrement	13 743 732		13 743 732
Donations	6 685 650		6 685 650
Revenus de placement	315 000		315 000
Revenus de type commercial	3 644 313		3 644 313
Gain sur dispositions	276 000		276 000
Autres revenus	<u>78 535 358</u>		<u>78 535 358</u>
TOTAL REVENUS	1 333 172 779	-	1 333 172 779
CHARGES			
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	906 088 440	(4 650 151)	901 438 289
Médicaments	35 020 936		35 020 936
Produits sanguins	11 072 303		11 072 303
Fournitures médicales et chirurgicales	60 348 805		60 348 805
Denrées alimentaires	10 852 846		10 852 846
Rétributions versées aux RNI	64 051 834		64 051 834
Frais financiers	17 686 654		17 686 654
Entr. et rép., y compris dép. non capital. rel. aux immobiliers	31 175 834		31 175 834
Créances douteuses	700 000		700 000
Loyers	12 723 706		12 723 706
Amortissement des immobilisations	45 850 000		45 850 000
Perte sur disposition d'immobilisations	0		0
Dépenses de transfert	26 706 143		26 706 143
Autres charges	118 084 677	(2 586 248)	115 498 429
TOTAL CHARGES	<u>1 340 362 178</u>	<u>(7 236 399)</u>	<u>1 333 125 779</u>
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(7 189 399)	-	47 000

5. INSTRUMENTS FINANCIERS ÉVALUÉS À LA JUSTE VALEUR OU LIBELLÉS EN DEVISES ÉTRANGÈRES

a. Impacts sur les états financiers

L'évaluation à la juste valeur est sans effet important sur les données financières. Par conséquent, l'état des gains et des pertes de réévaluation n'est pas présenté.

b. Amortissement des frais reportés liés aux dettes

Selon la pratique actuelle, les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire, alors que les normes comptables canadiennes pour le secteur public préconisent l'application de la méthode du taux effectif.

L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux effectif est sans impact important sur les résultats d'opération et la situation financière.

6. PLACEMENTS TEMPORAIRES

La nature des placements temporaires des parties non apparentées ainsi que des entreprises du gouvernement, leur coût, les dates d'échéance maximale moyenne, les taux de rendement effectifs moyens pondérés, ainsi que les provisions pour moins-values sont présentés à la page 631 du rapport financier annuel AS-471.

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

7. EMPRUNTS TEMPORAIRES

Les conditions des emprunts temporaires contractés auprès de parties non apparentées sont présentées à la page 633 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement a également contracté des emprunts temporaires auprès de parties apparentées, dont les principales conditions sont :

	Montant autorisé	Garanties	Solde 31 mars 2017	Taux d'intérêt	Période de renouvellement
Billet - Projet d'immo. PFT Hôpital Fleurimont (SQI)	N/D	-	1 121 779 \$	0.948 %	S/O
Billet - Projet d'immo. Const. Neuve CHSLD East Angus (SQI & FF)	N/D	-	20 576 380 \$	0.948 %	S/O
Billet - Projet d'immo. Urgence CH Granby (SQI & FF)	N/D		3 518 152 \$	0.948 %	S/O
Acceptation bancaire - Enveloppes décentralisées (FF)	32 598 456		32 598 456 \$	0.948 %	S/O
Billet - Taxes Projets immobiliers (SQI)		-	252 479 \$		S/O
Total - Emprunts temporaires			58 067 246 \$		

8. DETTES À LONG TERME

Les conditions des dettes à long terme contractées auprès de parties non apparentées sont présentées à la page 634 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement a également contracté des dettes à long terme auprès de parties apparentées, dont les principales conditions sont :

	Exercice courant	Exercice précédent
Billets à terme contractés auprès du Fonds de financement entre 2014 et 2017, d'une valeur nominale de 446 868 372 \$, taux effectif variant de 1,032 % à 3,346 %, garantis par le gouvernement du Québec, remboursables par versements annuels variant de 19 967 \$ à 3 499 850 \$, plus intérêts, échéant entre 2017 et 2041	402 917 548 \$	349 051 440 \$
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec pour un montant total de 223 125 591 \$, variant de 1,722 % à 9,375 %, garantis par le gouvernement du Québec, remboursables par versements annuels variant de 15 324 \$ à 2 160 031 \$, plus intérêts, échéant entre 2017 et 2034	201 819 497 \$	269 503 692 \$
Total	604 737 045 \$	618 555 132 \$

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

	\$
2017-2018	149 540 542
2018-2019	181 323 601
2019-2020	41 134 326
2020-2021	69 344 124
2021-2022	17 344 623
2022-2023 et subséquents	146 049 829
Total	604 737 045

9. PASSIF AU TITRE DES SITES CONTAMINÉS

L'établissement est responsable de décontaminer un terrain faisant l'objet d'un usage productif et nécessitant des travaux de réhabilitation à la suite d'un usage antérieur du site par un tiers.

À cet égard, un montant de 16 875 \$ a été comptabilisé à titre de passif au titre de sites contaminés dans les états financiers au 31 mars 2017 (16 875 \$ au 31 mars 2016). Ce montant est basé sur une étude de caractérisation préliminaire.

L'établissement a également constaté une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux du même montant pour le financement du coût des travaux.

10. PASSIFS AU TITRE DES AVANTAGES SOCIAUX FUTURS

Les principales hypothèses utilisées sont :

	Exercice courant	Exercice précédent
Pour les provisions relatives aux congés de maladie-années courantes et de vacances :		
Taux moyen de croissance de la rémunération	0 %	0 %
Inflation	1,75 %	1,5 %
Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors cadre	8,65 %	8,65 %

	Exercice courant				Exercice précédent
	Solde au début	Charge de l'exercice	Montants versés	Solde à la fin	Solde à la fin
Provision pour vacances	89 147 701	65 770 196	61 868 308	93 049 589	89 147 701
Assurance salaire	13 108 286	32 160 141	32 954 137	12 314 290	13 108 286
Provision pour maladie	4 398 936	25 896 330	25 911 419	4 383 847	4 398 936
Droits parentaux	517 600	3 210 826	3 220 572	507 854	517 600
Total	107 172 523	127 037 493	123 954 436	110 255 580	107 172 523

11. AFFECTATIONS

La nature des affectations d'origine interne et externe ainsi que leur variation sont présentées aux pages 289-00 et 289-01 du rapport financier annuel AS-471.

12. GESTION DES RISQUES ASSOCIÉS AUX INSTRUMENTS FINANCIERS

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

a. Risque de crédit

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

Les instruments financiers qui exposent l'établissement au risque de crédit sont l'encaisse (découvert bancaire), les placements temporaires, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs ainsi que la subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentés à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière :

	Exercice courant	Exercice précédent
Encaisse (découvert bancaire)	63 437 801	56 643 328

	Exercice courant	Exercice précédent
Placements temporaires	264 468	1 181 466
Débiteurs MSSS	48 762 122	60 510 343
Autres débiteurs	32 999 215	28 276 270
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	238 967 706	237 529 745
Total	384 431 312	384 141 152

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

Au 31 mars 2017, ces actifs financiers étaient investis dans des certificats de dépôts. La direction juge ainsi que le risque de perte est négligeable.

Le risque de crédit associé aux débiteurs MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir (perçue d'avance)-réforme comptable est faible puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec qui jouit d'une excellente réputation sur les marchés financiers. Ces sommes sont principalement reçues dans les 60 jours suivant la fin d'exercice.

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

Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et achemine les comptes en souffrance à une agence de collection. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, l'historique de paiement, la situation financière du débiteur et l'âge de la créance. Au 31 mars 2017, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 37 % pour le présent exercice et 37 % pour l'exercice antérieur du montant total recouvrable.

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

	Exercice courant	Exercice précédent
Autres débiteurs non en souffrance	29 593 368	27 783 065
Autres débiteurs en souffrance :		
Moins de 30 jours	1 426 758	347 366
De 30 à 59 jours	731 373	43 482
De 60 à 89 jours	196 833	11 303
De 90 jours et plus	4 487 945	2 130 878

	Exercice courant	Exercice précédent
Sous-total	6 842 909	2 533 029
Provision pour créances douteuses	(3 437 062)	(2 039 824)
Sous-total	3 405 847	493 205
Total des autres débiteurs	32 999 215	28 276 270

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

	Exercice courant	Exercice précédent
Solde au début	2 039 824	2 681 225
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	1 777 476	693 761
Montants recouvrés	(30 784)	(1 335 162)
Radiations	(349 453)	-
Solde à la fin	3 437 062	2 039 824

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

b. Risque de liquidité

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

L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les créanciers MSSS, les autres créanciers et autres charges à payer ainsi que les dettes à long terme.

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

Les emprunts temporaires sont des marges de crédit sans échéance prédéterminée. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime considérant que ces dernières sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les autres créanciers et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin d'exercice.

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

	Exercice courant	Exercice précédent
De moins de 6 mois	112 583 480	102 876 036
De 6 mois à 1 an	186 728	3 539 867
De 1 à 3 ans	2 320 398	1 019 961
De 3 à 5 ans	61 798	503 121

	Exercice courant	Exercice précédent
De plus de 5 ans	-	19
Total des autres créditeurs	115 152 404	107 939 004

c. Risque de marché

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

L'établissement est exposé aux risques suivants :

i. Risque de change

Le risque de change est le risque émanant d'une évolution défavorable des cours du change sur les marchés.

Le risque de change est minime, car l'établissement réalise très peu d'opérations en devises étrangères. Il ne gère donc pas activement ce risque.

ii. Risque de taux d'intérêt

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

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

	Exercice courant	Exercice précédent
Emprunts temporaires	74 229 959	61 697 274
Dettes à long terme	607 674 061	622 244 210
Total	681 904 020	683 941 484

La majorité des emprunts temporaires portent intérêt au taux des acceptations bancaires plus 0,05 %. Un montant de 16 162 713 \$ représente un emprunt pour lequel le taux d'intérêt représente le taux d'acceptation bancaire plus 0,30 %. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Le montant des dettes long terme représente des emprunts portant intérêt à des taux fixes. La quasi-totalité de ce montant représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont assumés par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

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

iii. Autre risque de prix

L'autre risque de prix est le risque encouru du fait d'une variation défavorable du prix du marché ou du cours d'un instrument financier.

L'établissement n'est pas exposé à ce risque.

13. ÉVENTUALITÉS

Dans le cours normal de ses activités, l'établissement fait l'objet de poursuites et réclamations relativement à des griefs totalisant 1 572 222 \$ au 31 mars 2017 (1 802 448 \$ au 31 mars 2016). Une provision du même montant a été comptabilisée sous le poste « Autres créditeurs et autres charges à payer » pour couvrir toutes les pertes éventuelles probables.

14. OPÉRATIONS AVEC DES PARTIES APPARENTÉES

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

L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces parties apparentées autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange. Elles sont présentées aux pages 612-00 à 647-00 du rapport financier annuel AS-471.

15. BIENS DÉTENUS EN FIDUCIE

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

16. CHIFFRES COMPARATIFS

Certaines données de l'exercice précédent ont été reclassées afin que leur présentation soit conforme à celle adoptée pour l'exercice courant.

3.1.10 Charges brutes par programmes-services (AS-471 P. 700-00 à P.700-07)

PROGRAMME-SERVICE	Exercice courant 2016-2017	Exercice précédent 2015-2016	Variation
Santé Publique	16 828 670	16 716 081	112 589
Services généraux - Activités cliniques et d'aide	49 746 440	49 836 616	(372 729)
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	204 772 371	206 480 526	(1 708 155)
Déficiência physique	33 625 997	31 473 544	2 152 453
Déficiência intellectuelle et TSA	37 341 323	36 201 968	1 139 355
Jeunes en difficulté	71 418 325	58 077 847	13 340 478
Dépendances	3 637 717	3 844 927	(207 210)
Santé mentale	52 035 442	52 416 647	(381 205)
Santé physique	500 094 818	482 657 743	17 437 075
Administration	75 557 544	83 253 698	(7 696 154)
Soutien aux services	97 294 509	96 252 637	1 041 872
Gestion des bâtiments et des équipements	90 682 228	88 155 887	2 526 341
Grand total par programmes-services	1 233 035 384	1 205 368 121	27 667 263

3.1.11 Équilibre budgétaire

MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

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

Les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 peuvent donner l'impression que la *Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux* n'est pas respectée. En effet, on y lit un déficit des activités d'exploitation de 1 931 583 \$, qui engendre un déficit de 1 488 497 \$ pour l'ensemble des activités de l'établissement. Néanmoins, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), dans une correspondance adressée le 1er mars 2016 à la Présidence-direction générale du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, informait l'établissement que le MSSS récupérerait le solde de fonds associé au réseau des télécommunications (RITM) au montant de 2 586 248 \$, en diminuant l'enveloppe budgétaire 2016-2017 de l'établissement. Le MSSS demande ainsi d'utiliser un montant équivalent provenant des surplus cumulés de l'ex-Agence de la Santé et des Services sociaux de l'Estrie – fonds affectés de provenance nationale RITM. Cette récupération par le MSSS cause l'apparence de déficit constatée à la page 200. Sans cette récupération, les résultats auraient été les suivants :

	Exploitation	Immobilisations	Total
Surplus (déficit) (P200, L29)	(1 931 583)	443 086	(1 488 497)
Récupération du solde de fonds RITM	2 586 248		2 586 248
Surplus avant récupération	654 665	443 086	1 097 751

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a donc respecté l'article 3 de la *Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux*¹, puisqu'il a maintenu, au cours de l'année 2016-2017, l'équilibre entre ses charges et ses revenus.

¹ Un établissement public doit, en cours d'année financière, maintenir l'équilibre entre ses dépenses et ses revenus.

3.1.12 L'état du suivi des réserves, commentaires et observation émis par l'auditeur indépendant

Nom de l'établissement Code Page / Idn.
 CIUSSS de L'Estrie-Centre hosp. Univ. de Sherbrooke 1104-5150 140-00 /

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2016		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 "Immobilisations corporelles louées" du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public, il s'agit plutôt d'un contrat de location-acquisition, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2011-2012	R	Aucune, directive du MSSS.			X
La version de la base de données Oracle (9.2) pour les applications GRF, GRM et GRH n'est plus supportée. (Haute-Yamaska)	2014-2015	O	L'infrastructure de la suite Espresso de Logibec est désuète. Actuellement, aucune action n'est envisagée. Une analyse de l'état actuel devra être faite et le CIUSSS de l'Estrie - CHUS devra se positionner sur sa vision technologique à ce sujet. Les sauvegardes sont faites à tous les jours et entreposées au service informatique de l'Hôpital de Granby. Le rehaussement de la BD Oracle 9.2 vers une version récente demande une exportation-importation de la			X

			BD. Cette intervention est estimée à 8 heures de travail professionnel par le fournisseur INFOR et a comme impact l'arrêt total des logiciels GRH, GRM et GRF pendant les travaux. Un appel d'offres sera initié par le MSSS, aucun investissement n'est prévu d'ici là.			
Lacune au niveau de la gestion et de la modification des accès aux systèmes informatiques, dans la sécurité et la gestion relativement aux mots de passe des applications informatiques ainsi que l'absence de politiques relatives aux actifs informationnels.	2015-2016	O	Afin de corriger la lacune identifiée en 2015-2016 à l'égard de la gestion et de la modification des accès aux systèmes d'information, le CIUSSS de l'Estrie - CHUS apportera les ajustements requis dans les processus et dans les systèmes d'information visés afin de respecter les exigences de sécurité en vigueur dans le réseau sociosanitaire, et ce, d'ici la fin de l'automne 2017. En ce qui a trait aux politiques relatives aux actifs informationnels, le 7 avril 2016, le conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie - CHUS a adopté une nouvelle politique et un nouveau cadre de gestion en matière de sécurité de l'information.			X
Lacune au niveau de l'approbation des écritures de journal.	2015-2016	O	Au cours de l'exercice, nous avons mis en place un processus d'approbation des écritures de journal par les gestionnaires et/ou les professionnels.	X		
Lacune au niveau de la compilation des obligations contractuelles en lien avec la page 635-00 du rapport financier.	2015-2016	O	Au cours de l'exercice, nous avons bonifié la procédure de compilation des obligations contractuelles afin qu'elle respecte les exigences du MSSS. De plus, le processus			X

			pour identifier et quantifier les obligations sera revu au cours de l'exercice afin d'impliquer les parties prenantes et d'assurer une plus grande exactitude.			
Lacune au niveau des procédures de démarcation des crédateurs et charges à payer.	2015-2016	O	Nous avons pris les mesures requises pour nous assurer que le tableau sommaire compilant les factures non enregistrées après la date butoir soit exhaustif.	X		
Lacune au niveau des procédures de comptabilisation des crédateurs et charges à payer suite au déménagement de l'équipe de comptabilité.	2016-2017	O	Des mesures ont déjà été mises en place afin d'assurer l'intégrité des documents reliés aux charges à payer. De plus, au cours du prochain exercice, nous allons revoir les processus reliés aux charges à payer afin d'augmenter les contrôles internes.		X	
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
En raison de moyens de pression de la part des syndicats lors des journées de grève provinciales, certaines unités de mesure n'ont pas été compilées. Ces moyens de pression ont touché certains intervenants des ex-établissements et centres d'activités suivants : CSSS Haute-Yamaska (6351, 6352 et 6610), CSSS de la MRC-de-Coaticook (6173), CSSS Val-St-François (6890), CSSS du Haut-St-François (5939 et 6173) et CSSS du Granit (6610). Les moyens de pression ont eu lieu à différents moments au cours des périodes 7, 8 et 9.	2015-2016	O	En 2016-2017, nous avons mis en place, de façon périodique, une collecte des unités de mesure dans toutes les installations.	X		
Des écarts ont été relevés dans des unités de mesure se rapportant à la superficie de bâtiments.	2015-2016	O	Un grand effort a été fait pour reconstituer l'historique avec les pièces justificatives, mais des documents demeurent manquants. Pour les prochaines rénovations et constructions,		X	

			nous nous assurerons de conserver tous les documents justifiant la superficie.			
Des écarts ont été relevés pour des unités de mesure impliquant un grand degré de compilation manuelle de données, soit les archives et l'alimentation (7532 et 7554).	2016-2017	O	Au cours de l'exercice, les employés qui participent à la compilation des unités de mesure seront sensibilisés sur l'importance de celles-ci. De plus, nous veillerons à uniformiser les processus et à les automatiser au maximum. Un contrôle de validation tout au long de l'année sera ajouté.			X
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
L'établissement n'a pas reçu les analyses financières suivantes : Pommeraire et Haute-Yamaska : exercices 2012 à 2015 Autres établissements : exercice 2015	2015-2016	C	Au cours de l'exercice, nous avons reçu l'analyse financière 2015-2016 du CIUSSS de l'Estrie - CHUS.	X		
Lacune au niveau de la gestion et de la modification des accès aux systèmes informatiques, dans la sécurité et la gestion relativement aux mots de passe des applications informatiques ainsi que l'absence de politiques relatives aux actifs informationnels.	2015-2016	C	Aucun changement récent n'a été apporté dans la gestion des accès et des mots de passe pour les systèmes d'information administratifs du CIUSSS de l'Estrie - CHUS considérant que tous ces systèmes d'information (environ 14) seront remplacés à courte échéance par des systèmes d'information unifiés (SIU) choisis par le MSSS. En ce qui a trait aux politiques relatives aux actifs informationnels, le 7 avril 2016, le conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie - CHUS a adopté une nouvelle politique et un nouveau cadre de gestion en matière de sécurité de l'information.			X
Lacune au niveau de l'approbation des écritures de journal.	2015-2016	C	Au cours de l'exercice, nous	X		

			avons mis en place un processus d'approbation des écritures de journal par les gestionnaires et /ou les professionnels.			
Lacune au niveau de la compilation des obligations contractuelles en lien avec la page 635-00 du rapport financier.	2015-2016	C	Au cours de l'exercice, nous avons bonifié la procédure de compilation des obligations contractuelles afin qu'elle respecte les exigences du MSSS. De plus, le processus pour identifier et quantifier les obligations sera revu au cours de l'exercice afin d'impliquer les parties prenantes et d'assurer une plus grande exactitude.			X
Lacune au niveau des procédures de démarcation des créiteurs et charges à payer.	2015-2016	C	Nous avons pris les mesures requises pour nous assurer que le tableau sommaire compilant les factures non enregistrées après la date butoir soit exhaustif.	X		
En raison de moyens de pression de la part des syndicats lors des journées de grève provinciales, certaines unités de mesure n'ont pas été compilées. Ces moyens de pression ont touché certains intervenants des ex-établissements et centres d'activités suivants : CSSS Haute-Yamaska (6351, 6352 et 6610), CSSS de la MRC-de-Coaticook (6173), CSSS Val-St-François (6890), CSSS du Haut-St-François (5939 et 6173) et CSSS du Granit (6610). Les moyens de pression ont eu lieu à différents moments au cours des périodes 7, 8 et 9.	2015-2016	C	En 2016-2017, nous avons mis en place, de façon périodique, une collecte des unités de mesure dans toutes les installations.	X		
Des écarts ont été relevés dans des unités de mesure se rapportant à la superficie de bâtiments.	2015-2016	C	Un grand effort a été fait pour reconstituer l'historique avec les pièces justificatives, mais des documents demeurent manquants. Pour les prochaines		X	

			renovations et constructions, nous nous assurerons de conserver tous les documents justifiant la superficie.			
Lacune au niveau des procédures de comptabilisation des créiteurs et charges à payer suite au déménagement de l'équipe de comptabilité.	2016-2017	C	Des mesures ont déjà été mises en place afin d'assurer l'intégrité des documents reliés aux charges à payer. De plus, au cours du prochain exercice, nous allons revoir les processus reliés aux charges à payer afin d'augmenter les contrôles internes.		X	
Les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 peuvent donner l'impression que la <i>Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux</i> n'est pas respectée. En effet, on y lit un déficit des activités d'exploitation de 1 931 583 \$, qui engendre un déficit de 1 488 497 \$ pour l'ensemble des activités de l'établissement. Néanmoins, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), dans une correspondance adressée le 1 ^{er} mars 2016 à la Présidence-direction générale du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, informait l'établissement que le MSSS récupérerait le solde de fonds associé au réseau des télécommunications (RITM) au montant de 2 586 248 \$, en diminuant l'enveloppe budgétaire 2016-2017 de l'établissement. Le MSSS demande ainsi d'utiliser un montant équivalent provenant des surplus cumulés de l'ex-Agence de la Santé et des Services sociaux de l'Estrie – fonds affectés de provenance nationale RITM. Cette récupération par le MSSS cause l'apparence de déficit constatée à la page 200. Sans cette récupération, le surplus aurait été de	2016-2017	C	Cette situation est exceptionnelle et ne pourra plus se reproduire, puisque le solde des surplus cumulés - Fonds affectés de provenance nationale est de 110 882 \$ au 31 mars 2017.	X		

1 097 751 \$, soit le déficit (1 488 497) additionné de la récupération du solde de fonds RITM de 2 586 248 \$.						
Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a donc respecté l'article 3 de la <i>Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux</i>¹, puisqu'il a maintenu, au cours de l'année 2016-2017, l'équilibre entre ses charges et ses revenus. ¹ Un établissement public doit, en cours d'année financière, maintenir l'équilibre entre ses dépenses et ses revenus.						
Rapport à la gouvernance						
Lorsqu'un contrat comportant une dépense supérieure au seuil d'appel d'offres public ou sur invitation est plutôt conclu de gré à gré dans l'un ou l'autre des cas énumérés à l'alinéa 13 de la Loi sur les contrats des organismes publics, l'établissement doit s'assurer d'obtenir l'autorisation du dirigeant de l'organisme public et doit en informer le ministre responsable annuellement. À la suite de nos travaux d'audit, nous avons constaté que la notion "dans l'intérêt public" était utilisée dans plusieurs cas pour justifier le fait de ne pas aller en appel d'offres sur invitation ou public. Cette notion devrait être utilisée de façon limitée et donc des appels d'offres devraient être appliqués presque à l'ensemble des achats et des projets. L'établissement s'assurerait ainsi de profiter des meilleurs prix possibles. (CHUS)	2011-2012	O	Au cours de l'exercice, nous avons modifié le seuil d'appel d'offres. Celui-ci est passé de 25 000 \$ à 100 000 \$. De plus, le processus d'acquisition a été révisé permettant maintenant de demander seulement des prix à un ou plusieurs fournisseurs ou bien de faire un appel d'offres sur invitation sans utiliser la notion « intérêt public » pour les dossiers entre 25 000 \$ et 100 000 \$. Une nouvelle structure organisationnelle aux approvisionnements a été établie. Un secteur complet, incluant un chef de service et quelques employés, se dédie à la négociation de contrats permettant ainsi de mieux planifier les dossiers et prévoir les appels d'offres.	X		
Suite à l'intégration des établissements au 1er avril 2015, nous avons remarqué qu'il y a encore différentes politiques ou procédures qui peuvent différer de façon	2015-2016	O	Au cours des prochaines années, nous continuerons de prioriser les politiques à mettre à jour. Lesdites politiques seront		X	

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

CIUSSS de L'Estrie-Centre hosp. Univ. de
Sherbrooke

1104-5150

140-00 /

significative entre les établissements.			bonifiées, harmonisées et diffusées dans l'ensemble du territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS afin de s'assurer de leur mise en application.			
---	--	--	---	--	--	--

3.2 GESTION ET CONTRÔLES DES EFFECTIFS ET CONTRATS DE SERVICE

3.2.1 Gestion et contrôle des effectifs

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

CIUSSS de l'Estrie – CHUS		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		Période du 2016-04-03 au 2017-04-01 versus Période du 2014-04-06 au 2015-04-04				
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
	Variation	(10,8 %)	(22,8 %)	(10,8 %)	(10,8 %)	(8,8 %)
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
	Variation	0,4 %	(13,3 %)	0,3 %	0,4 %	(0,1 %)
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
	Variation	1,4 %	(12,9 %)	0,9 %	1,1 %	0,4 %
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
	Variation	(0,6 %)	14,5 %	(0,3 %)	(0,6 %)	(0,8 %)
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
	Variation	(2,5 %)	8,8 %	(2,4 %)	(2,5 %)	0,1 %
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
	Variation	(30,0 %)	(49,0 %)	(30,1 %)	(29,9 %)	(26,1 %)
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
	Variation	(0,6 %)	(0,6 %)	(0,6 %)	(0,7 %)	(0,8 %)

Cible 2016-2017 en heures rémunérées

24 806 688

Écart à la cible – en heures

61 472

La cible allouée au CIUSSS de l'Estrie – CHUS n'a pas été atteinte, avec un écart de 61 472 heures par rapport à la cible de 24 806 688. Les données de 2016-2017 révèlent une diminution de (0,6 %) du total des heures rémunérées, par rapport à l'année 2014-2015, alors que la cible était une diminution de (0,87 %). 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. L'autre portion de l'écart à la cible est liée à la hausse des absences de maladies de longue durée constatée dans l'ensemble du réseau québécois de la santé et des services sociaux.

3.2.2 Contrats de services

CONTRATS DE SERVICES, COMPORTANT UNE DÉPENSE DE 25 000 \$ ET PLUS, CONCLUS ENTRE LE 1^{ER} AVRIL 2016 ET LE 31 MARS 2017

	Nombre	Valeur \$
Contrats de services avec une personne physique ¹	2	186 000 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	75	22 035 721 \$
Total des contrats de services ³	77	22 221 721 \$

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

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

³ Basé sur la date de publication du contrat sur SÉAO.

3.3 LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

RESPECT DES RÈGLES ET DES NORMES

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a accordé un soutien financier de 30 188 362 \$ pour l'année financière 2016-2017 à 198 organismes communautaires œuvrant dans la région de l'Estrie. La portion de ce financement accordée en soutien à la mission globale totalise 27 191 252 \$ et a été attribuée à 184 organismes communautaires. Le soutien financier à la mission globale représente donc 90 % du financement accordé aux organismes communautaires du territoire par le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC).

Par ailleurs, parmi les 184 organismes subventionnés, 72 ont reçu du financement par entente pour des activités spécifiques et 14 demeurent non financés, pour un total de 198 organismes communautaires reconnus par le PSOC.

ACTIONS RÉALISÉES

Au cours de l'année 2016-2017, tel que 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	2015-2016 Base annuelle	2016-2017 Base annuelle
MAINTIEN À DOMICILE	\$	\$
Aide communautaire de Lennoxville et des environs	257 084	260 188
Centre d'action bénévole de Bedford et environs inc.	81 954	113 633
Centre d'action bénévole de Cowansville	101 434	122 765
Centre d'action bénévole de Farnham inc.	102 185	118 978
Centre d'action bénévole de Granby inc.	133 885	150 971
Centre d'action bénévole de Magog (Carrefour du partage)	155 405	157 282
Centre d'action bénévole de Waterloo	86 468	103 531
Centre d'action bénévole Valcourt et région	117 480	118 898
Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord	152 411	154 252
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook	212 854	215 421
Centre d'action bénévole de Windsor	129 107	130 664
Centre d'action bénévole du Granit	239 307	242 193
Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François	273 719	277 016
Centre d'action bénévole R. H. Rediker	154 713	156 582
Centre de bénévolat de Richmond	123 455	124 945
Centre de bénévolat Mieux-Être Ville de Lac Brome	2 278	2 305
Club 3ième âge de Farnham inc.	14 267	25 805
Comité popote roulante de Cowansville inc. (Le)	28 214	28 556
Comité popote roulante de Farnham inc. (Le)	17 051	17 255
Équipe d'accompagnement Au Diapason (L')		42 122
Handi-Apte (L'Alliance sherbrookoise pour l'autonomie à domicile)	176 141	178 255

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2015-2016 Base annuelle	2016-2017 Base annuelle
La Société Alzheimer de l'Estrie	97 332	98 500
Le Centre d'action bénévole des Sources (Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc)	216 229	218 835
Le Réseau d'amis de Sherbrooke	294 718	303 490
Les Soins palliatifs La Rose des vents de l'Estrie	119 822	121 260
Maison soutien aux aidants (La)	203 438	205 888
Popote de la région de Bedford (La)	36 910	37 354
Popote roulante de l'Ange-Gardien	2 212	2 239
Rayon de soleil de l'Estrie	113 408	114 788
Regroupement soutien aux aidants de Brome-Missisquoi	124 372	125 901
Sercovie	284 349	287 780
Société Alzheimer de Granby et région inc.	59 688	60 436
Total — Maintien à domicile	4 111 890 \$	4 208 954 \$

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2015-2016 Base annuelle	2016-2017 Base annuelle
PROMOTION ET SERVICES À LA COMMUNAUTÉ	\$	\$
Aide communautaire de Lennoxville et des environs (personnes âgées)	7 977	8 073
Alternative en santé mentale l'Autre Versant inc.	407 083	411 968
Animation jeunesse Haut-Saint-François	43 926	44 453
Arrimage Estrie	154 878	156 737
Association Avante	187 244	189 491
Association de la fibromyalgie de l'Estrie	138 141	139 799
Association de la sclérose en plaques de l'Estrie	154 882	156 740

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2015-2016 Base annuelle	2016-2017 Base annuelle
Association de parents de personnes handicapées de Brome–Missisquoi	73 463	74 345
Association de Sherbrooke pour la déficience intellectuelle (ASDI)	119 851	121 289
Association de spina bifida et d'hydrocéphalie de l'Estrie	56 218	56 893
Association d'entraide en santé mentale «L'Éveil» de Brome–Missisquoi	161 175	163 109
Association des accidentés CERébraux–vasculaires ou traumatisés crâniens Estrie (ACTE)	275 397	278 702
Association des groupes jeunesse de l'Or Blanc	86 570	87 609
Association des Personnes Aphasiques Granby–Région	14 613	14 788
Association des personnes handicapées physiques de Brome–Missisquoi	100 956	102 167
Association des proches de personnes atteintes de maladie mentale de l'Estrie	215 021	217 601
Association des sourds de l'Estrie	56 218	56 893
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (AQEPA) Estrie (05)	31 303	31 679
Association du syndrome de Down de l'Estrie	59 077	59 786
Association Épilepsie Estrie	33 273	33 672
Association Garagona Inc.	2 561	2 592
Association Granby pour la déficience intellectuelle	70 501	71 347
Association PANDA Brome–Missisquoi	56 974	57 652
Au point 14–18 de Danville	86 568	87 607
Auberge sous mon toit inc.	412 235	417 182
Autism'Aide Estrie	206 040	208 512
Azimet–Nord	46 399	46 956
Banque alimentaire Memphrémagog	102 872	104 106
Bulle et Baluchon	139 717	141 394
Cellule jeunes et familles de Brome–Missisquoi (La)	46 340	46 896

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2015-2016 Base annuelle	2016-2017 Base annuelle
Centre d'action bénévole de Magog (Carrefour du partage)	2 850	2 884
Centre d'action bénévole Valcourt et région (CAB)	25 999	26 311
Centre d'action bénévole de Bedford et environs inc.	2 626	57 915
Centre d'action bénévole de Cowansville	80 180	60 996
Centre d'action bénévole de Farnham inc.	72 040	57 303
Centre d'action bénévole de Granby inc.	94 456	80 174
Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord	25 174	21 714
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook	85 624	86 651
Centre d'action bénévole de Sherbrooke (CAB)	64 945	65 724
Centre d'action bénévole de Waterloo inc.	99 197	84 361
Centre d'action bénévole de Windsor (CAB)	12 137	12 283
Centre d'action bénévole du Granit	64 890	65 688
Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François	20 416	20 661
Centre d'action bénévole R.H. Rediker	35 690	36 119
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (C.A.L.A.C.S.) de Granby	269 985	273 080
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de l'Estrie	411 960	416 904
Centre de bénévolat de Richmond (CAB)	16 947	17 150
Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska inc.	404 567	408 167
Centre d'entraide La Boussole inc.	35 568	35 995
Centre d'Entraide Plus de l'Estrie	82 653	83 645
Centre des femmes de la MRC du Granit	196 715	199 076
Centre des femmes du Val-Saint-François	225 928	228 639
Centre des femmes La Parolière	196 716	199 076

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2015-2016 Base annuelle	2016-2017 Base annuelle
Centre des femmes Lennoxville et environs	201 403	203 820
Centre des femmes Memphrémagog	196 817	199 179
Centre des jeunes de Lennoxville	86 988	88 032
Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie	202 163	204 588
Centre jeunesse « Le trait d'union »	133 395	134 966
Centre l'Élan	159 802	161 720
Centre pour femmes immigrantes de Sherbrooke	201 402	203 819
Centre Regroupement jeunesse de Rock Forest	80 243	81 206
Club des personnes handicapées Brome–Missisquoi inc.	35 940	208 512
Coalition sherbrookoise pour le travail de rue	187 656	218 244
Collective par et pour Elle inc.	191 666	193 966
Comité popote roulante de Cowansville inc. (Le)	13 130	13 288
Comité popote roulante de Farnham inc. (Le)	20 200	20 442
Corporation jeunesse Memphrémagog	104 535	105 789
Cuisine collective Le Blé d'Or de Sherbrooke	99 971	101 170
Cuisines collectives « Bouchée–Double » Memphrémagog	102 870	104 104
Cuisines collectives de la Montérégie (Les)	227 762	230 485
Cuisines collectives du Haut–Saint–François	92 229	93 336
Diabète Brome–Missisquoi (DBM)	37 406	37 855
Diabète Estrie	56 220	56 895
Diabétiques de la Haute-Yamaska (Les)	6 564	6 643
DIRA ESTRIE	121 539	123 051
Dysphasie–Estrie	88 341	89 401
Élixir ou l'Assuétude d'Ève	165 671	156 740

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2015-2016 Base annuelle	2016-2017 Base annuelle
Entrée Chez-Soi Brome-Missisquoi	225 136	227 838
Entr'Elles Granby inc.	337 826	341 880
Équipe d'accompagnement Au Diapason (L')	49 240	49 830
Étincelles de bonheur du Haut-Saint-François	82 657	83 649
Exit de Waterloo (L')	152 454	154 044
Famille Espoir	23 543	23 826
Famille Plus	23 543	23 826
Handi-capable	47 233	47 800
Horizon pour elle inc.	765 673	774 861
Intervention régionale et information sur le SIDA (IRIS Estrie)	23 296	80 248
JEVI Centre de prévention du suicide – Estrie	416 594	421 593
Justice alternative et médiation	271 667	274 927
L'A.R.C.H.E. de l'Estrie	227 614	230 345
La Bouée régionale Lac-Mégantic	689 934	698 213
La Chaudronnée de l'Estrie	94 847	95 985
La Cordée, ressource alternative en santé mentale	406 729	411 610
La Croisée des Sentiers	121 644	123 104
La Cuisine Amitié de la MRC des Sources	88 308	89 368
La Grande Table	88 308	89 368
La Ligue pour l'enfance de l'Estrie	186 955	189 198
La Maison Caméléon de l'Estrie	59 039	59 747
La Maison de la famille du Granit	31 521	31 899
La Maison des familles FamillAction	16 621	16 820
La Maison des jeunes Actimaje	88 625	89 689

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2015-2016 Base annuelle	2016-2017 Base annuelle
La Maison des jeunes de Coaticook	88 622	89 685
La Maison des jeunes de la St-François	113 569	114 932
La Maison des jeunes de l'Or Blanc	100 053	101 254
La Méridienne 1990	689 919	698 198
La Passerelle de Weedon	196 816	199 178
La Place des jeunes l'Intervalle de Bromptonville	29 438	29 791
La Relève du Haut-St-François (Le Comité de la relève de Scotstown)	33 631	34 035
La Société Alzheimer de l'Estrie	262 454	265 667
La Source-Soleil	359 944	364 263
L'Autre-Rive	160 664	162 593
Le Centre d'action bénévole des Sources (CAB) (Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc)	23 388	23 669
Le Domaine de la sobriété	162 847	156 740
Le Pont, organisme de justice alternative	388 991	393 659
Le Réseau d'amis de Sherbrooke	13 080	13 239
Le Rivage du Val-Saint-François	148 019	149 795
Le Seuil de l'Estrie	215 057	217 638
L'Ensoleillée – ressource communautaire en santé mentale	129 776	131 333
Les Fantastiques de Magog	82 657	83 649
Les Grands frères et grandes sœurs de l'Estrie	43 259	43 778
Les Jeunes du coin d'Ascot	86 987	88 031
Les Soins palliatifs La Rose des vents de l'Estrie	77 280	78 254
Les Soupapes de la bonne humeur	82 657	83 649
Les Tabliers en folie	95 459	96 604

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2015-2016 Base annuelle	2016-2017 Base annuelle
L'Escale de l'Estrie	879 056	889 606
Local des jeunes des Jardins–Fleuris	14 547	14 722
Maison Alice–Desmarais	752 047	761 071
Maison de la famille de Sherbrooke	8 512	8 614
Maison de la famille Memphrémagog	31 592	31 971
Maison de répit Déragon inc.	129 454	131 007
Maison des grands–parents de Sherbrooke	4 333	4 385
Maison des jeunes de Farnham	131 807	133 376
Maison des jeunes de Fleurimont	29 438	29 791
Maison des jeunes de Granby inc. (La)	114 929	116 519
Maison des jeunes de Sutton inc. (La)	85 587	86 605
Maison des jeunes de Waterville : Les Pacifistes	45 053	45 594
Maison des jeunes Le Boum (La)	105 525	106 786
Maison des jeunes l'Initiative	88 249	89 308
Maison d'hébergement jeunesse Espace Vivant/Living room	279 292	282 642
Maison d'hébergement pour personnes en difficulté de Granby Inc.	321 576	325 435
Maison d'hébergement R.S.S.M.	415 704	420 692
Maison Jeunes–Est	220 216	222 859
Maison soutien aux aidants (La)	209 094	211 634
Marraine Tendresse de l'Estrie	25 424	25 730
Moisson–Estrie	168 430	170 451
MomentHom Centre d'entraide pour hommes de l'Estrie	160 450	162 375
Naissance–Renaissance Estrie	188 308	530 248
O.E.I.L. (L')	2 561	2 592

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2015-2016 Base annuelle	2016-2017 Base annuelle
Oasis Santé Mentale Granby et région	243 826	246 225
Orientation jeunesse de la Haute-Yamaska	37 148	37 594
Parenfant Montérégie (Le)	60 014	60 734
Partage Notre-Dame	50 323	50 916
Phare source d'entraide (Le)	149 242	151 165
Points Jeunesse du Granit	105 820	107 090
Popote de la région de Bedford (La)	2 626	2 658
Popote roulante de l'Ange-Gardien	2 828	2 872
Promotion et défense des droits en santé mentale de l'Estrie (Pro-Def)	211 396	213 933
Rayon de soleil de l'Estrie (personnes âgées)	18 422	18 643
Regroupement des organismes communautaires (ROC) de l'Estrie	111 887	113 230
Regroupement soutien aux aidants de Brome-Missisquoi	57 695	58 387
Réseau d'appui aux familles monoparentales et recomposées de l'Estrie (RAME)	30 051	30 411
Ressource pour hommes de la Haute-Yamaska	159 647	161 563
Ressources communautaires en santé mentale «L'éveil»	129 422	123 306
S.O.S. Dépannage Granby et région inc.	148 674	150 447
S.O.S. Grossesse (Estrie)	154 880	156 739
Santé mentale Estrie	27 619	27 950
Sclérose en plaques Haute-Yamaska-Richelieu	52 934	53 569
Secours-Amitié (Estrie)	179 279	181 430
Séjour la Bonne œuvre	678 319	686 459
Sercovie (personnes âgées)	65 879	66 899
Service d'interprétation pour personnes sourdes de l'Estrie	154 880	156 739
Société Alzheimer de Granby et région inc.	71 386	72 243

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2015-2016 Base annuelle	2016-2017 Base annuelle
Société de l'autisme et des TED de l'Estrie (SATEDE)	33 272	33 671
SPOT Jeunesse de Sherbrooke	86 988	88 032
TDA/H Estrie	158 164	160 061
Transition pour elles inc.	198 813	201 199
Unité Domrémy d'Asbestos	120 498	113 523
Unité Domrémy de Windsor	23 499	15 109
Virage Santé Mentale	136 906	130 549
Zone libre Memphrémagog	94 239	84 912
TOTAL – Promotion et services à la communauté	25 165 292	25 979 408
GRAND TOTAL	29 277 182	30 188 362

3.4 OPERATIONS AVEC LES FONDATIONS

Les fondations ont pour objet de recueillir les contributions versées en faveur de l'établissement. Durant l'exercice, l'établissement a obtenu des dons des fondations pour un montant de 12 947 280 \$ (équipement : 11 859 952 \$, recherche : 874 970 \$ et soins médicaux : 212 358 \$).

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

Tout membre est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent code 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, tel que défini par les articles 9 et 10 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*.

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

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

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

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

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

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

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

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 pros crit.

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 et/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

DE BRIS DU STATUT D'INDÉPENDANCE

Je, soussigné, _____ [prénom et nom en lettres moulées], déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d'affecter mon statut de membre indépendant au sein du C. A. du CIUSSS de l'Estrie – CHUS due aux faits suivants :

Signature

Date

Lieu

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 :

[illegible]

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

ANNEXE

B

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

ATTENTES SPÉCIFIQUES

1. SANTÉ PUBLIQUE (DGSP)

Titre	Description	État d'avancement
1.1. Bilan des activités réalisées	Un bilan faisant état des ressources humaines consenties pour la mise en œuvre des activités selon le centre d'activité (nombre de personnes travaillant à temps complet ou son équivalent temps complet) et des activités réalisées selon le milieu de vie ciblé (types d'activités, description des activités, objectifs généraux, état de la mise en œuvre des activités, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre des activités, etc.) est demandé.	Réalisé
1.2. Comité prévention et contrôle des infections nosocomiales	Compléter le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et la composition de ce comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales – Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec », Santé et Services sociaux Québec, 2006.	Réalisé

2. SERVICES SOCIAUX (DGSS)

Titre	Description	État d'avancement
2.1. Liste des installations et organismes au sein du RSSS devant implanter les protocoles d'intervention en matière d'itinérance	L'établissement devra transmettre une liste des installations et organismes de sa région devant implanter le protocole. Un gabarit à compléter sera fourni, lequel comportera des indications permettant l'identification des installations et organismes pertinents. La liste des installations et organismes transmise permettra de déterminer la cible pour l'établissement, ainsi que la cible nationale, associée à l'indicateur.	Pas concerné
2.2. Programme d'intervention en négligence (PIN)	Le formulaire GESTRED identifie les composantes devant être présentes dans un PIN pour qu'il soit efficace. Il prévoit également une section pour identifier le nombre d'usagers ayant participé au programme.	Réalisé
2.3. Consolidation du service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social)	L'établissement doit produire un état de situation afin d'exposer les mesures prises pour respecter et atteindre les standards comme prescrit dans l'offre de services sociaux généraux.	Réalisé

Titre	Description	État d'avancement
2.4. Évaluation et élaboration d'un plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en centre d'hébergement de soins de longue durée public	L'établissement doit viser à ce que toutes les personnes hébergées aient une évaluation à jour, à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), et possèdent un plan d'intervention. Les résultats des profils Iso-SMAF à jour et des plans d'intervention devront être transmis dans le formulaire GESTRED prévu à cette fin. Un état de situation sur les résultats obtenus devra également être produit.	Réalisé
2.5. Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC)	L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC.	Réalisé
2.6. Application du nouveau lexique des variables du Relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalier (RQSUCH)	L'établissement doit produire un état de situation sur l'application du nouveau lexique RQSUCH. Celui-ci devra faire état des actions entreprises pour, d'une part, s'assurer de la validité des données dans le contexte d'un changement au niveau des variables, et d'autre part, actualiser les quatre principes directeurs visant à instaurer de meilleures pratiques dans l'organisation et la dispensation des soins et services.	Réalisé
2.7. Portrait des lits de soins et services postaigus	L'établissement doit produire un état de situation pour documenter l'offre de lits de soins et services postaigus qui contiendra, notamment son rôle et fonctionnement, les clientèles desservies ainsi que les ressources et les mécanismes de liaison avec les autres composantes du continuum.	Réalisé

3. SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE (DGSSMU)

Titre	Description	État d'avancement
3.1. Suivi de l'accès aux services spécialisés et atteinte des cibles de l'entente entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec	Un plan de travail permettant d'atteindre les cibles de l'entente entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec lié à la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (2015, chapitre 25) doit être déposé. Par la suite, un suivi régulier des résultats de ce plan de travail sera fait sous la forme d'états de situation.	Non applicable
3.2. Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs : plan d'action triennal 2016-2019 et suivi des réalisations	Un plan d'action triennal 2016-2019 devra être élaboré en impliquant les entités concernées, dont en premier lieu les promoteurs des dix-neuf projets d'implantation ciblés. Un état de situation des réalisations de l'établissement devra également être produit.	Réalisé
3.3. Plan d'action par établissement réalisé sur la base du plan d'action national 2016-2018	L'établissement devra déposer un plan d'action et une autoévaluation à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le plan d'action national 2016-2018, incluant l'état d'avancement des travaux.	Réalisé

Titre	Description	État d'avancement
3.4. Déploiement des GMF	L'établissement devra produire deux états de situation qui confirment la réalisation des actions suivantes : effectuer la migration d'au moins une unité de médecine familiale (UMF) vers le modèle GMF (nouveau GMF à partir d'une UMF ou ajout d'une UMF à un GMF existant) et reconnaître un nouveau GMF ou ajouter un site clinique à un GMF existant à partir d'un site CLSC (services médicaux de première ligne).	Réalisé
3.5. Addenda – Mise en œuvre du fonctionnement de la biologie médicale sous le format des grappes Optilab	L'établissement serveur a l'obligation d'assurer, en collaboration avec les autres établissements de sa grappe, le cas échéant, la mise en œuvre du fonctionnement de la biologie médicale sous le format des grappes Optilab. Pour ce faire, il s'engage à réaliser certaines actions, mesures ou certains livrables dans le temps, et ce, en fonction d'une reddition de comptes articulée essentiellement selon un mode de gestion de projet.	Réalisé
3.6. Poursuite du développement et du soutien de l'offre de service en soins palliatifs et de fin de vie (SPFV)	L'établissement doit produire un plan d'action qui prévoit : le rehaussement des SPFV à domicile, la mise en place d'un programme clinique de soins de fin de vie, la poursuite du développement des lits réservés en SPFV et la formation des professionnels du réseau en SPFV.	Réalisé

4. FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET (DGFIB)

Titre	Description	État d'avancement
4.1. Listes des besoins (ou correctifs) devant être réalisés dans les cinq prochaines années par l'installation principale	Pour une seconde année, l'établissement a pour objectif de procéder à l'inspection technique de 30 % de la superficie de leur parc immobilier respectif en 2016-2017 afin d'atteindre un pourcentage cumulatif minimal de 60 %. À la suite de l'inspection technique des bâtiments, il doit élaborer les listes des correctifs par installation principale devant être réalisés dans les cinq prochaines années et télécharger les données dans le système Actifs+ Réseau.	Réalisé
4.2. Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Par la complétion du formulaire GESTRED, l'établissement participe à la réalisation du plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.	Réalisé

5. COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE (DGCRM)

Titre	Description	État d'avancement
5.1. Addenda – Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise	La formation des comités régionaux pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise est repoussée à une date ultérieure de l'année 2016-2017.	Non applicable
5.2. Mandat ministériel de leadership régional en sécurité civile	Exercer et approfondir le rôle de leadership régional en sécurité civile auprès des établissements de sa région. À cet effet, le MSSS s'attend à ce que l'établissement mette en place une instance de coordination régionale en sécurité civile et se dote de mécanismes de concertation efficaces permettant son déploiement. De plus, advenant la visite de dignitaires en sol québécois, prévoir que des plans de santé pour les dignitaires jouissant d'une protection internationale soient préparés et applicables.	Non applicable
5.3. Sécurité civile	S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure de jouer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au niveau de la mission Santé et de son arrimage avec le Plan national de sécurité civile (PNSC), en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile.	Réalisé
5.4. Gestion des risques en sécurité civile – santé et services sociaux	Procéder au lancement du processus de gestion des risques en sécurité civile. À cet effet, l'établissement doit identifier un responsable du processus. Il peut s'agir du coordonnateur en sécurité civile de l'établissement ou d'une ressource en lien avec celui-ci. Le responsable du processus de gestion des risques en sécurité civile devra compléter le programme de formation du MSSS, réaliser les préalables à la démarche et l'étape du contexte de réussite en amont.	Réalisé
5.5. Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile	La responsabilité de la coordination du Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile a été confiée au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour l'année financière 2016-2017. Ainsi, afin de contribuer au transfert, à la mobilisation et à la valorisation des connaissances aux CISSS et CIUSSS désignés, le Centre d'expertise déposera un plan de travail au MSSS en début d'année financière et des rencontres de suivies auront lieu avec le MSSS à trois moments au cours de l'année.	Réalisé

6. PLANIFICATION, ÉVALUATION ET QUALITÉ (DGPEQ)

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

7. TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION (DGTI)

Priorité	Livrable attendu	État d'avancement
7.1. Orientation stratégique du ministre en technologie de l'information des systèmes d'information unifiés	• Parachever les travaux préparatoires à la mise en œuvre de l'orientation stratégique en technologie de l'information (TI) • Aligner les priorités en TI de l'établissement à celles du plan global du MSSS • Préciser les stratégies et les plans de mise en œuvre en fonction de la capacité de l'établissement, de l'état des lieux et des cibles convenues • Planifier et organiser les projets de déploiement des solutions unifiées qui auront été retenues • Faire autoriser tous les projets en ressources informationnelles par le MSSS – en conformité avec la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (chapitre G-1.03)	Réalisé

ANNEXE

C

**Fiches de reddition de
comptes Chapitre IV de
l'entente de gestion**

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 2017, 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;
- Planter une culture d'organisation innovante et efficiente dans un contexte de changement.

Le tableau qui suit présente, selon les secteurs d'activités, les indicateurs mesurant les objectifs ainsi que les résultats que le CIUSSS s'engage à atteindre pour le 31 mars 2017. Dans le cas où l'indicateur fait partie du Plan stratégique, on y retrouve également les objectifs du Plan ainsi que les cibles à atteindre pour 2020.

Veuillez noter que pour les indicateurs qui regroupent des sous-indicateurs, soit les indicateurs 1.45.45.02, 1.45.45.03, 1.45.04, 1.09.32.00, 1.09.34.00, 1.09.35.00, 1.09.36.00 et 1.09.37.00, seuls les engagements de ces indicateurs globaux sont présentés dans l'EGI. Toutefois, des engagements distincts sont demandés pour chacun des sous-indicateurs. Pour les consulter, veuillez vous référer au formulaire n° 910 de l'application GESTRED.

SANTE PUBLIQUE

INDICATEURS	ENGAGEMENT	RESULTAT	CIBLE 2020	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles ayant mis en œuvre des interventions globales et concertées en promotion et prévention de la santé selon l'approche école en santé	70 %	63,7 %	s. o.	Une analyse des écarts a permis de constater le manque d'uniformité dans la saisie des données. Un nouvel indicateur sera mis en place en 2017-2018, une rencontre est prévue pour mettre en place un guide de saisie afin de permettre l'uniformisation de la saisie en collaboration avec les pilotes de système I-CLSC, les intervenants et les gestionnaires.
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant en CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin contre DCaT-HB-VP1-Hib dans les délais	90 %	86,6 %	s. o.	Nous sommes très près de la cible. Une formation sur l'approche motivationnelle à la vaccination sera offerte aux intervenants afin de renforcer l'importance de la vaccination auprès des parents. Des difficultés de remplacement du personnel infirmier fait en sorte de provoquer des délais plus longs.
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant en CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais	85 %	65,6 %	s. o.	Une formation sur l'approche motivationnelle à la vaccination sera offerte aux intervenants afin de renforcer l'importance de la vaccination auprès des parents. Des difficultés de remplacement du personnel infirmier fait en sorte de provoquer des délais plus longs. Le système SI-PMI ne permet plus de générer des listes permettant d'effectuer les rappels de vaccins. Nous ne recevons plus les avis de naissances en provenance des maisons de naissances. Une réflexion est en cours afin d'effectuer la saisie des avis de naissances dans le système SI-PMI afin de rétablir la production de listes de rappel.
1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD)	95 %	100 %	95 %	L'engagement a été atteint.
1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies à staphylococcus aureus résistants à la méthicilline	95 %	100 %	95 %	L'engagement a été 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 à la mission-classe CHSGS)	100 %	100	s. o.	L'engagement a été atteint.
1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse	95 %	100 %	95 %	L'engagement a été atteint.

INDICATEURS	ENGAGEMENT	RESULTAT	CIBLE 2020	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.01.29–PS Nombre d’activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang auprès des jeunes de 15 à 24 ans	950	777	s. o.	L’engagement n’a pas été atteint. L’engagement 2016-2017 était basé sur des données qui incluaient les activités de dépistage effectuées par les médecins et représentaient environ 540 activités de dépistage. Dans ce contexte, l’engagement 2016-2017 aurait dû se situer à environ 650 activités de dépistage. Nous connaissons une augmentation de 27 % de nos activités de dépistage par rapport à l’an dernier.

SERVICES GENERAUX – ACTIVITES CLINIQUES ET D’AIDE

INDICATEURS	ENGAGEMENT	RESULTAT	CIBLE 2020	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.02.04–ECG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre minutes ou moins	90 %	95,7 %	s. o.	L’engagement a été atteint.
1.02.07–EG2 Pourcentage de réfugiés ayant bénéficié d’une évaluation du bien-être et de l’état de santé physique dans le délai de 30 jours	–	2,4 %	s. o.	Une liste d’attente accumulée lors de l’arrivée massive des réfugiés syriens nous occasionne des délais pour tous les nouveaux réfugiés arrivés. L’annonce récente du financement 2016-2017 pouvant être reporté à l’année 2017-2018, nous permettra d’ajouter des ressources infirmières et psychosociales, de façon non récurrente, pour éliminer la liste d’attente et faire face à la demande grandissante d’évaluations, et ce, dans les délais ciblés.

SOUTIEN A DOMICILE DE LONGUE DUREE

INDICATEURS	ENGAGEMENT	RESULTAT	CIBLE 2020	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.03.07.01–PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l’approche adaptée à la personne âgée (AAPA)	62,5 %	0 %	s. o.	Aucune installation concernée par l’implantation de l’AAPA n’a atteint le niveau de déploiement à 95 % des composantes 1, 2 et 6. La déclaration en 2015-2016 était surévaluée pour certaines installations.
1.03.07.02–PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l’AAPA	50 %	0 %	s. o.	Aucune installation concernée par l’implantation de l’AAPA n’a atteint le niveau de déploiement à 65 % des composantes 3, 4 et 5. Dans l’ensemble des installations, le ralentissement s’observe au niveau du manque de formation sur l’AAPA au cours de la dernière année. En 2016-2017, le CIUSSS de l’Estrie – CHUS s’est donné une structure de gouvernance comprenant les niveaux stratégique, tactique et opérationnel. Un portrait des activités dans chaque installation de courte durée a été effectué permettant de dégager des actions à mettre en œuvre en 2017-2018, principalement en lien avec le délirium, le syndrome d’immobilisation et la gestion des médicaments potentiellement inadéquats auprès des personnes âgées.

INDICATEURS	ENGAGEMENT	RESULTAT	CIBLE 2020	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	66,7 %	11,1 %	100 %	Seulement un des neuf RLS a obtenu un niveau d'implantation des composantes d'au moins 80 %. Deux autres RLS ont entre 72 et 73 % d'implantation. Par rapport aux résultats de 2015-2016 où la grille avait été modifiée par le MSSS sur la définition des composantes réalisées, cinq des neuf RLS ont vu leur niveau d'implantation légèrement augmenté. La diminution du résultat pour le CIUSSS de l'Estrie – CHUS s'explique par : - Des changements dans la valeur du nombre optimal de PSI à produire chez la clientèle suivie par un gestionnaire de cas, selon les orientations en gestion de cas (entre 3 et 15 %) alors que cinq RLS de l'Estrie en produisent plus de 26 %; - Le délai dans notre CIUSSS à implanter les nouvelles orientations en gestion de cas; - Le délai dans les activités de concertation et de coordination avec les partenaires à l'échelle de plusieurs RLS.
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP, et DI-TSA)	10 547	857	11 413	Pour un des neuf RLS, il y a eu augmentation du nombre de personnes rejointes en SAPA et déficience physique, déficience intellectuelle-trouble du spectre de l'autisme (DP-DI-TSA). La diminution totale est principalement associée à la fermeture de plusieurs dossiers et à une plus grande vigilance de la codification dans I-CLSC. Une hypothèse est également que le point de départ de mars 2015 est questionnable en termes de surévaluation du nombre de dossiers codifiés « personnes âgées » dans I-CLSC (profil 710). Note : Pour l'indicateur 1.03.05.01-EG2, compte tenu qu'il a fait l'objet d'un addenda en décembre 2016, j'aurais cru que nous l'analysons au même objectif de résultat 10. Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée. Cet indicateur est intimement lié à l'indicateur 1.03.11. Il concerne également la clientèle DP-DI-TSA adulte. Voir la reddition détaillée plus loin.
1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	80 %	72,9 %	90 %	Amélioration notable de la proportion de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention passant de 67,4 % au 31 mars 2016 à 72,9 % le 31 mars 2017. Les résultats par RLS varient entre 63,3 et 91,1 %. Selon l'appartenance au programme, les résultats pour le CIUSSS de l'Estrie – CHUS varient ainsi : - Déficience physique : 67,2 %; - Déficience intellectuelle - trouble du spectre de l'autisme : 70,1 %; - Déficience physique, déficience intellectuelle - trouble du spectre de l'autisme (situations mixtes de personnes) : 65,9 %; - Soutien à l'autonomie des personnes âgées : 74,4 %. Un suivi plus serré par les gestionnaires et une meilleure appropriation de l'importance d'évaluer les besoins par les intervenants ont permis cette augmentation. La production de listes périodiques et hebdomadaires des usagers à évaluer permettra de poursuivre l'amélioration de cet indicateur.

INDICATEURS	ENGAGEMENT	RESULTAT	CIBLE 2020	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.03.13-EG2 Pourcentage des personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil Iso-SMAF de 10 à 14	85 %	82,2 %	s. o.	On dénombre 1055 personnes à avoir été admises en CHSLD en 2016-2017, soit un taux de roulement de 48,84 % de la capacité des 2160 places. Parmi les personnes admises en CHSLD, 82,2 % d'entre elles présentaient un profil Iso-SMAF de 10 et plus. De plus, 15 % des autres admissions étaient des personnes avec un profil du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle Iso-SMAF à 9. Nous suivons l'issue de ces personnes admises en CHSLD puisqu'elles décèdent dans une grande proportion dans les six mois suivant leur admission.
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile de longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	659 319 h	619 788 h	s. o.	La diminution a été observée dans tous les RLS. Le type de services est également atteint. Que ce soit, les services CLSC par le manque de personnel en cours d'année (pénurie d'auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASSS) et d'infirmières selon les RLS) ou les services achetés ou du chèque emploi-service. Les avenues sont de mieux documenter la contribution en heures directes des partenaires communautaires, car il y a une perception de sous-déclaration dans les RLS en lien avec les ententes de services dénombrées et les données déclarées dans les centres d'activités du rapport statistique de l'établissement.

DEFICIENCES

INDICATEURS	ENGAGEMENT	RESULTAT	CIBLE 2020	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
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 – TOUS ÂGES – TOUTES PRIORITÉS	90 %	82,1 %	s. o.	Les indicateurs 1.45.04.01-EG2 et 1.45.05.01-EG2 n'ont pas rencontré les engagements. La réorganisation des équipes de travail depuis 2015 continue de contribuer à l'augmentation des délais au niveau de l'accès. Plusieurs changements de professionnels ont eu lieu, des difficultés au niveau du recrutement ont été vécues tout au long de l'année et l'accès demeure limité au niveau des outils informatiques qui faciliteraient le suivi des listes d'attente. Différents projets sont prévus dans le plan d'action de la DPDI-TSA-DP afin de corriger la situation. Ces projets font partie de la salle de pilotage et seront déployés tout au long de l'année 2017-2018.
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en centre de réadaptation en déficience physique (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 %	86,4 %	s. o.	L'indicateur 1.45.04.05-EG2 n'a pas été atteint comme annoncé à la fin de l'année 2016, mais démontre une belle progression. Les actions réalisées dans les services de la déficience visuelle (DV) et auditive (DA) ont grandement contribué à cette amélioration. Dans ces services qui comptent un grand volume de demandes, les taux de demandes traitées selon les délais définis sont passés de 44 % (2015-2016) à 69 % (2016-2017) en DV et de 53 % (2015-2016) à 89 % (2016-2017) en DA. Ceci a favorablement modifié le respect global des délais d'accès pour le CRDP.

INDICATEURS	ENGAGEMENT	RESULTAT	CIBLE 2020	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
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 %	79,7 %	s. o.	Les indicateurs 1.45.04.01-EG2 et 1.45.05.01-EG2 n'ont pas rencontré les engagements. La réorganisation des équipes de travail depuis 2015 continue de contribuer à l'augmentation des délais au niveau de l'accès. Plusieurs changements de professionnels ont eu lieu, des difficultés au niveau du recrutement ont été vécues tout au long de l'année et l'accès demeure limité au niveau des outils informatiques qui faciliteraient le suivi des listes d'attente. Différents projets sont prévus dans le plan d'action de la direction DI-TSA-DP afin de corriger la situation. Ces projets font partie de la salle de pilotage et seront déployés tout au long de l'année 2017-2018.
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en centre de réadaptation en déficience intellectuelle (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 %	90,6 %	s. o.	L'engagement a été atteint.

PERSONNES VULNERABLES

INDICATEURS	ENGAGEMENT	RESULTAT	CIBLE 2020	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	75 jours	48,2 jours	90 jours	Le résultat observé au niveau de l'indicateur 1.05.15-PS a rencontré les attentes. Cet indicateur sera aussi suivi cette année en lien avec les projets en cours à la suite des investissements prévus pour les usagers qui présentent un TSA.

DEPENDANCE

INDICATEURS	ENGAGEMENT	RESULTAT	CIBLE 2020	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
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	80 %	71 %	s. o.	Mesures qui seront prises : - Informatisation des rendez-vous sur une période de quatre semaines; - Rendez-vous donnés en temps réel; - Organisation du travail du personnel; - Formation de la part du pilote pour uniformiser la saisie de données; - Mise en place de relances téléphoniques. Mise en place d'une cote statistique « indisponibilité du client ».

INDICATEURS	ENGAGEMENT	RESULTAT	CIBLE 2020	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
				Facteurs : Difficultés de remplacement du personnel de l'équipe du PRES - Impact : vacances et absence maladie non remplacée; - Absence d'équipe volante; - Pénurie de main-d'œuvre dans la région ce qui a pour effet d'augmenter les délais de remplacement.
1.07.06–PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	75 %	74,7 %	90 %	Engagement atteint (écart 0,3 %) Mesures qui seront prises : Le gestionnaire responsable en dépendance ira rencontrer les gestionnaires des services généraux et des autres directions concernées afin d'avoir une compréhension commune de l'offre de service de détection en dépendance. La formation pour outils de détection sera déployée en 2017-2018. Une rencontre d'explication du formulaire GESTRED doit être planifiée, car il y a eu des mouvements au niveau des gestionnaires. Facteurs : Mouvement significatif des gestionnaires responsables du volet détection et intervention précoce de notre établissement. La Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD) n'a pas de lien hiérarchique avec la majorité des ressources responsables de l'offre de détection et d'intervention précoce. La formation pour les outils de détection n'a pas été offerte depuis la réforme. Le relais entre l'Agence et la DPSMD d'offrir cette formation sera fait cette année. Les rôles et responsabilités du volet dépendance première ligne ne sont pas clairs et ne sont pas actuellement sous la gouverne de la DPSMD. Qualité et méthodologie : Mouvements de personnel qui affecte les données et la compréhension du formulaire et la façon de le remplir, et ce, malgré des explications. Formation et information à revoir.

SANTÉ MENTALE

INDICATEURS	ENGAGEMENT	RESULTAT	CIBLE 2020	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)						
1.08.13–PS Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) reconnues par le Ministère	594	556	790	Mesures entreprises : - Plan d'action SIV réalisé et sa mise en œuvre est en cours; - Rehaussement du nombre de places prévues avec budget de développement; - Révision de la structure de poste lorsqu'il y a un départ ou une retraite. Facteurs contributifs : - Compressions budgétaires en 2016-2017 empêchant l'ouverture de nouvelles places; - Pas de mouvement au sein des équipes nous permettant de transformer des postes. Appréciation : - Augmentation de 25 places en 2016-2017.						
1.08.14–PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	185	185	277	Le MSSS nous a signifié une erreur de calcul pour les cibles théoriques à atteindre. Ce qui explique une progression en 2017-2018 et que l'engagement est déjà atteint. Réf : extrait courriel M. William Murray. Voici les corrections des cibles théoriques en suivi intensif dans le milieu : <table><tr><td>2017-2018</td><td>2018-2019</td><td>2019-2020</td></tr><tr><td>139</td><td>164</td><td>188</td></tr></table> Les responsables des EGI au MSSS sont déjà avisés de l'erreur.	2017-2018	2018-2019	2019-2020	139	164	188
2017-2018	2018-2019	2019-2020								
139	164	188								
1.08.15–EG2 Nombre d'usagers en attente d'une consultation médicale en psychiatrie ou pédopsychiatrie en clinique externe pour lesquels le délai d'accès excède 30 jours	82	572	s. o.	Cet indicateur était nouveau en 2016-2017. Le résultat 2015-2016 sur lequel l'engagement a été basé était issu de données partielles et peu fiables. En effet, nous avons déjà signifié en mai 2016 à la direction du MSSS que le CIUSSS de l'Estrie – CHUS ne disposait pas d'une liste d'attente centralisée et que cette situation ne contribuait pas à produire des données de qualité pour effectuer les suivis. Facteurs : - Écart considérable quant à l'engagement et il nous est impossible de connaître la proportion réelle de cette augmentation puisque les résultats de base étaient partiels. De plus, il nous est impossible de comparer avec des périodes précédentes (P6) puisque certaines données n'ont pas été saisies (installation Fleurimont ayant un gros volume); - Augmentation des demandes en pédopsychiatrie; - Manque d'effectifs au niveau des psychiatres et des pédopsychiatres. Mesures entreprises : - Les données en P13 ont pu être saisies, car nous avons mis en place des tableaux de bord avec les adjointes administratives afin de comptabiliser le nombre de personnes en attente; - En attente du déploiement de l'APSS pour la psychiatrie adulte qui nous permettra d'obtenir des données fiables sur le nombre de demandes, mais le déploiement n'est pas prévu pour la pédopsychiatrie; - Qualité des données : Absence de base de données centralisée.						

SANTE PHYSIQUE – CANCEROLOGIE

INDICATEURS	ENGAGEMENT	RESULTAT	CIBLE 2020	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours de calendrier	100 %	84,1 %	s. o.	Depuis février 2017, décentralisation d'activités de l'urologie qui ne nécessitent pas le plateau technique de haute technologie ce qui permet d'augmenter le volume d'activités en urologie. 108 demandes supplémentaires en 2016-2017

SANTE PHYSIQUE – PREMIERE LIGNE ET URGENCE

INDICATEURS	ENGAGEMENT	RESULTAT	CIBLE 2020	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	12,9 h	13,6 h	11 h	L'engagement est non atteint. La durée moyenne de séjour (DMS) sur civière de 13,6 heures se situe nettement en deçà de la moyenne provinciale qui est de 15,6 heures. Une seule urgence a vu sa DMS augmenter en 2016-2017. Cette augmentation est occasionnée par une augmentation du taux d'occupation des NSA dans les lits de courte durée ce qui entraîne une diminution marquée de l'accès aux lits d'hospitalisation pour les patients sur civière à l'urgence et allonge la DMS. Toutes les autres DMS se sont maintenues ou améliorées; cinq d'entre elles sur huit sont en deçà de la cible. Deux urgences se démarquent avec des DMS particulièrement élevées ce qui a un impact important sur les résultats globaux. Suggestion : produire des cibles sur une médiane? Nous notons une augmentation du nombre de visites-civières, malgré une diminution des visites totales, 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 34 % seulement. Nous observons également cette année une augmentation du nombre d'arrivées par ambulance pour la région. Les délais avant la demande d'admission sont excellents, à 9,9 heures en moyenne, alors que les délais après la demande d'admission sont importants à 10,4 heures 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 19,5 heures pour admettre un patient après son arrivée à l'urgence en Estrie. Une analyse de la situation au sein de l'établissement ainsi qu'un projet d'amélioration de l'épisode de soins est en cours d'actualisation. Les plans de contingence en fonction du taux d'occupation ont été produits et sont appliqués au niveau des urgences. Dans tous les établissements, un suivi rigoureux de la gestion des lits est en place dans le but de désengorger les urgences; appels conférences interdirections au besoin, contribution de la première ligne, etc.
1.09.25-PS Nombre total de GMF	25	24	26	La cible de 25 sera possiblement atteinte au cours de la prochaine année. Des discussions sont en cours.

INDICATEURS	ENGAGEMENT	RESULTAT	CIBLE 2020	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	80 %	84.1 %	85 %	L'engagement a été atteint.
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures	60,3 %	51,6 %	85 %	L'engagement est non atteint. Une amélioration est remarquée pour l'année qui s'achève. Les patients de l'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.
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée moyenne de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	65 %	54 %	85 %	L'engagement est non atteint. On note une amélioration de la moyenne par rapport à l'an dernier. Il y a deux urgences sur huit qui atteignent la cible. Sept urgences sur huit se sont améliorées. Une seule s'est détériorée. Commun à 1.09.43 et 1.09.44 On constate une variabilité importante selon les urgences, ce qui ne peut être rendu apparent avec une cible par moyenne. Suggestion : produire des cibles sur une médiane? Une analyse exhaustive concernant l'intégrité des données compilées dans les SIGDU est actuellement en cours pour toutes les urgences du CIUSSS de l'Estrie – CHUS afin de s'assurer qu'elle est conforme au cadre normatif, uniforme et de qualité. En effet, les audits tenus en 2016-2017 ont démontré des écarts entre les données saisies et la pratique réelle. Les correctifs seront apportés et les processus seront à nouveau audités en 2017-2018. Une chargée de projet est nommée depuis février 2017 afin d'améliorer la fluidité ambulatoire de l'ensemble des urgences et atteindre les cibles de gestion et d'imputabilité déterminées d'ici 2020. Un plan d'action et des revues de processus sont actuellement déployés. Les tandems médico-nursing, actifs dans chacune des urgences de l'Estrie, sont grandement mobilisés afin d'améliorer la fluidité des secteurs ambulatoires des urgences. L'établissement est impliqué à trouver des alternatives aux services d'urgence sur l'ensemble du territoire et ce dossier fait l'objet d'une priorité organisationnelle.

SANTÉ PHYSIQUE – SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

INDICATEURS	ENGAGEMENT	RESULTAT	CIBLE 2020	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 643	1 729	1 841	L'engagement est atteint.

INDICATEURS	ENGAGEMENT	RESULTAT	CIBLE 2020	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie	55	45	49	Le résultat à la P13 devrait être de 51 plutôt que de 45. Cette situation est due à certaines difficultés qui ont résulté en un envoi tardif des données sur le nombre de lits en soins palliatifs d'une installation, et ce, après la date de fermeture du TBIG. L'écart avec la cible, soit 51 lits plutôt que 55, s'explique par une fermeture temporaire de 4 lits dans l'une des maisons de soins palliatifs du territoire suite au congé de maladie prolongé d'un des deux médecins. La charge étant trop lourde pour un seul médecin et devant une incapacité à trouver un médecin remplaçant, la maison n'a eu d'autre choix que d'effectuer cette fermeture. La situation s'est rétablie au début d'avril 2017.

SANTE PHYSIQUE – CHIRURGIE

INDICATEURS	ENGAGEMENT	RESULTAT	CIBLE 2020	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an pour l'ensemble des chirurgies	0	225	0	Manque de financement pour la neuromodulation (62 neurostimulateurs en attente). Trois chirurgiennes sont présentement en congé de maternité et certains patients refusent d'être opérés par un autre chirurgien (82 patients). Un plan d'action est en cours (optimisation des plateaux techniques). 50 demandes supplémentaires en 2016-2017.
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier	90 %	58,4 %	90 %	Depuis février 2017, décentralisation d'activités de l'urologie qui ne nécessitent pas le plateau technique de haute technologie, ce qui permet d'augmenter le volume d'activités en urologie. 108 demandes supplémentaires en 2016-2017.

SANTE PHYSIQUE – IMAGERIE MEDICALE

INDICATEURS	ENGAGEMENT	RESULTAT	CIBLE 2020	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.09.34.00-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente de moins de trois mois pour chacun des types d'examen diagnostiques	66 %	62.6 %	100 %	La cible globale de 66 % n'a pas été atteinte. Une légère amélioration est toutefois appréciable. Pour chacun des sous-indicateurs, voici de brèves explications.
1.09.34.02 – PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	66 %	54.1 %	100 %	L'engagement n'est pas atteint : résultat de 54,1 % et il y a eu une détérioration du pourcentage de délai de 61,4 % à 54,1 % en un an; Les examens barytés ont été priorisés et il n'y a plus de patients hors délais dans ce secteur. (Fleurimont); Les examens d'hystérosalpingographie sont hors délais. Ces examens sont réalisés par les médecins gynécologues du secteur de fertilité. Il y a eu une augmentation de la demande. Des arrimages seront faits avec l'équipe afin de faire une épuration de la

INDICATEURS	ENGAGEMENT	RESULTAT	CIBLE 2020	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
				liste d'attente (2 demi-journées par semaine à raison de 3 à 4 examens par demi-journée).
1.09.34.03 – PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	66 %	91 %	100 %	L'engagement est atteint : résultat de 91,0 % et il y a eu une amélioration du pourcentage de délai de 76,8 % à 91,0 % en un an; Une plus grande présence de radiologistes (recrutement) a permis un équilibrage entre la mammographie de dépistage et diagnostique.
1.09.34.04 – PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	66 %	100 %	100 %	L'engagement a été atteint.
1.09.34.05 – PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	66 %	33,3 %	100 %	L'engagement n'est pas atteint : résultat de 33,3 % et il n'y a pas eu d'amélioration du délai en un an (33,8 % année précédente); Le nombre de demandes est en augmentation depuis quelques années ce qui génère un déséquilibre entre l'offre de service et la demande d'examen; Une analyse approfondie de la capacité à réaliser des examens selon la demande est en cours de réalisation. Des actions se concrétiseront au cours de l'année 2017-2018 pour améliorer l'accès; La donnée fournie est partiellement erronée et le pourcentage des demandes dans les délais devrait être plus élevé. Nous ne pouvons isoler les clients inscrits pour un examen qui ne sont pas disponibles pour le réaliser. Une demande est adressée pour corriger la situation.
1.09.34.06 – PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	66 %	76,6 %	100 %	L'engagement est atteint : résultat de 76,6 % et il y a eu une amélioration du pourcentage de délai de 72 % à 76,6 % en un an; Une plus grande présence de radiologistes (recrutement) a permis d'augmenter le nombre de jours alloués aux échographies mammaires.
1.09.34.07 – PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	66 %	60,3 %	100 %	L'engagement n'est pas atteint : résultat de 60,3 % et il y a eu une détérioration du pourcentage de délai de 64,3 % à 60,3 % en un an; Il y a un manque d'effectif médical pour assurer la production des examens demandés. Augmentation significative des demandes/ordonnances en échographies; Une réorganisation des effectifs médicaux est prévue pour l'Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu de Sherbrooke. Il y aura ajout de jours par semaine pour les échographies abdominales et vasculaires. Il est aussi planifié de transférer les examens électifs de doppler du membre inférieur du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog vers l'Hôpital de Fleurimont considérant l'utilisation maximale des salles à Magog.
1.09.34.08 – PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	66 %	90,7 %	100 %	L'engagement est atteint : résultat de 90,7 % et il y a eu une amélioration du pourcentage de délai de 78 % à 90,7 % en un an; Meilleure utilisation des plateaux techniques du CIUSSS [transfert d'examen de Sherbrooke vers Magog et Granby vers le l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins (BMP) de Cowansville; Augmentation du nombre de plages horaires.

INDICATEURS	ENGAGEMENT	RESULTAT	CIBLE 2020	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
1.09.34.09 – PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	66 %	85,7 %	100 %	La cible est atteinte : résultat de 85,7 % et il y a eu une amélioration du pourcentage de délai de 47,9 % à 85,7 % en un an; Une optimisation des ressources humaines pour offrir plus de plages horaires à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke et l'ajout de plages horaires en lien avec le financement supplémentaire du MSSS a été réalisée.
1.09.34.10 – PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les TEP-SCAN	En expérimentation	65.4 %	s. o.	L'engagement a été presque qu'atteint : résultat de 65,4 %. La donnée de l'année précédente n'est pas disponible; La demande a augmenté considérablement. Des plages horaires sont utilisées pour les examens faits au Dotatate ce qui a diminué l'accessibilité pour les examens TEP; De façon temporaire, il y aura ajout de personnel, le temps requis pour permettre une analyse plus approfondit.

HYGIENE ET SALUBRITE

INDICATEURS	ENGAGEMENT	RESULTAT	CIBLE 2020	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100 %	100 %	s. o.	L'engagement convenu dans l'EGI 2016-2017 est atteint. Le déploiement des registres est fait dans l'ensemble des installations du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Pour valider l'application de nos procédures, la conformité et l'efficacité de nos pratiques de travail et l'identification des pistes d'amélioration, en collaboration avec l'équipe de prévention des infections, un programme d'audit de qualité sera mis progressivement en place.

RESSOURCES HUMAINES

INDICATEURS	ENGAGEMENT	RESULTAT	CIBLE 2020	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
3.01-PS Ratio d'heures en assurance salaire	6,50 h	7,38 h	6,07 h	Engagement non atteint. Nous avons entrepris des mesures spécifiques pour corriger la situation dont la mise en place d'un plan d'action global en gestion intégrée de la prévention et de la présence au travail. Entre autres, au cours des derniers mois, nous avons effectué une tournée auprès de toutes les directions de l'établissement pour sensibiliser les gestionnaires à la situation et demander la mise en place de pistes d'action, par gestionnaire, pour agir sur la présence au travail. En septembre 2017, une formation sera offerte à tous les gestionnaires sur la gestion intégrée de la présence au travail; Nous avons mis à la disposition des gestionnaires les données statistiques de leur secteur afin qu'ils puissent les suivre à toutes les périodes.
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	2,80 h	3,19 h	2,93 h	Engagement non atteint.

INDICATEURS	ENGAGEMENT	RESULTAT	CIBLE 2020	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,43	0,52	0,45	Engagement non atteint. Certaines mesures mises en place pour corriger la situation. La mise en place d'un comité stratégique sur la gestion intégrée de la main-d'œuvre qui regroupe l'implication de toutes les directions de l'organisation. Les objectifs visés sont : - De mieux coordonner et prioriser les différents projets; - De créer des leviers qui favorisent une coordination des projets organisationnels et des projets d'optimisation impliquant la main-d'œuvre; - De créer une gestion proactive de la main-d'œuvre (analyse des causes souches et agir sur les bons leviers); - D'agir rapidement sur les situations critiques. La mise en place de mesures dans les secteurs d'activités et les titres d'emplois les plus vulnérables sont : - L'offre de garantie de travail; - La mise en place d'un processus d'embauche massive; - L'analyse et le rehaussement des structures de poste; - L'optimisation de la planification des horaires; - La mise en place de pratiques de gestion permettant une gestion plus optimale de la main-d'œuvre (ex. : octroi de congé). 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 d'au-delà d'une centaine de lits sur le territoire en CHSLD et en milieu hospitalier; - Le bassin restreint de candidats potentiels; - L'harmonisation des pratiques de gestion des quatorze anciens établissements; - Le taux d'absentéisme élevé.

RESSOURCES TECHNOLOGIQUES

INDICATEURS	ENGAGEMENT	RESULTAT	CIBLE 2020	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	95 %	88,3 %	s. o.	L'engagement n'est pas atteint. À la suite de la réforme de 2015, la structure du RRSS n'est plus adaptée à la réalité des nouveaux établissements, ce qui complexifie grandement la tâche de mise à jour; La structure de mise à jour a été grandement affectée par les mouvements de personnel occasionnés par la réorganisation. Les personnes ressources ont changé de fonction de sorte que la structure de mise à jour doit être complètement refaite. Le travail est en cours et comporte une importante sensibilisation auprès des directions quant à l'importance de la mise à jour du RRSS. La mise à jour est capitale pour s'assurer que : - La population reçoit l'information sur les services

INDICATEURS	ENGAGEMENT	RESULTAT	CIBLE 2020	COMMENTAIRES (justification des écarts, évolution du résultat, mesures correctrices, etc.)
				et à la bonne destination par Info-Santé/Info-Social ou par les intervenants du réseau qui bâtissent l'offre de service de leurs clientèles; - Les internautes accèdent à l'information juste sur les services et à la bonne destination par les portails régionaux et par le portail web du MSSS s'alimentant au RRSS. L'ajout des ressources des RLS de la Pommeraie et de la Haute-Yamaska n'est pas pris en compte dans ces résultats. Ceux-ci continueront d'être intégrés aux résultats de la Montérégie (région 16) en raison de contraintes informatiques. Aucune date d'intégration à la région 05 n'est prévue pour le moment par le MSSS.

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 %

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

Québec 