

2021

2022

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

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

Coordination

Direction générale

Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat

Rédaction

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

ISBN 978-2-550-92601-6 (imprimé)

ISBN 978-2-550-92602-3 (PDF)

Dépôt légal — Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022

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

MESSAGE

DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL
ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL
D'ADMINISTRATION

Le cœur de notre mission : répondre aux besoins de la population en offrant des soins et des services de qualité dans un environnement sécuritaire

Pour la seconde année consécutive, la crise sanitaire sans précédent a teinté non seulement les actions de notre communauté interne, mais également celles de nos personnes usagères, leurs familles et leurs proches. En effet, l'ensemble de la population a été mise à rude épreuve, mais grâce à la collaboration de tous, notamment en respectant les consignes sanitaires et en se faisant vacciner, nous avons été en mesure de poursuivre notre mission : offrir des soins et des services de qualité dans un environnement sécuritaire. La stabilisation de notre offre de service, en plus d'y intégrer l'ensemble des services nécessaires en ce qui a trait à la COVID-19, n'aurait pas été possible sans l'engagement et le dévouement de l'ensemble des gestionnaires, employés, médecins, chercheurs, étudiants et bénévoles.

Malgré un contexte pandémique hors du commun, l'équipe du CIUSSS de l'Estrie — CHUS a travaillé sans relâche afin que les efforts de tous puissent continuer de s'articuler autour de quatre grandes orientations, soient : maîtriser les opérations, structurer une première ligne efficace et faire de la prévention une priorité, utiliser le plein potentiel du personnel et moderniser l'organisation. D'ailleurs, en lien avec le Plan d'action pour les jeunes et leur famille qui vise notamment à améliorer l'accessibilité et la qualité des soins et des services, c'est avec une profonde fierté que nous apprécions tout le travail accompli dans la dernière année par l'ensemble des directions de l'établissement et les nombreux partenaires issus du milieu scolaire, communautaire, municipal, etc. Parallèlement, l'établissement a aussi maintenu les travaux en ce qui a trait à son plan d'évolution pour la sortie de la crise sanitaire en mettant en relief les nombreux apprentissages réalisés qui permettront à l'organisation de demeurer agile afin d'être toujours en mesure de s'adapter et de répondre aux besoins de la population.

En parcourant ce rapport annuel de gestion, vous serez à même de constater qu'aucun effort n'a été ménagé afin de poursuivre notre mission. Quotidiennement, nos équipes mettent à profit leur expertise et leur passion au service de la communauté et nous en sommes extrêmement reconnaissants! C'est donc avec positivisme que nous amorçons l'année 2022-2023.

Bonne lecture!

Original signé par
M. Jacques Fortier
Président du conseil d'administration

Original signé par
Dr Stéphane Tremblay
Président-directeur général

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

Les renseignements contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice financier 2021-2022 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;
- Exposent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats obtenus;
- Présentent des données exactes et fiables.

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

Original signé par
Dr Stéphane Tremblay
Président-directeur général

TABLE DES MATIÈRES

L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS	7
L'ÉTABLISSEMENT	9
Notre mission	9
Notre vision	9
Territoire du CIUSSS de l'Estrie — CHUS	10
La mission universitaire	11
Organigramme de l'organisation au 31 mars 2022	13
LE CONSEIL D'ADMINISTRATION	14
COMITÉS, CONSEILS ET INSTANCES CONSULTATIVES	15
LES FAITS SAILLANTS	16
RÉSULTATS AU REGARD DES CIBLES DES ENTENTES DE GESTION EN LIEN AVEC LE PLAN STRATÉGIQUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	22
RÉSULTAT DES ENGAGEMENTS ANNUELS	23
ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ	32
L'AGRÈMENT	33
LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES	34
Nature des trois principaux incidents pour 2021-2022	35
Nature des trois principaux accidents pour 2021-2022	36
LE NOMBRE DE MISES SOUS GARDE DANS UN ÉTABLISSEMENT SELON LA MISSION	47
L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS	48
L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION	50
APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	52
RÉSUMÉ DU RAPPORT SUR L'APPLICATION DE LA POLITIQUE SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	53
RESSOURCES HUMAINES	55
LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC ET PRIVÉ CONVENTIONNÉ	56
GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS	57
RESSOURCES FINANCIÈRES	58
UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME	59
ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE	60
CONTRAT DE SERVICES	61
RESSOURCES INFORMATIONNELLES	62
FAITS SAILLANTS DE LA CONTRIBUTION DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES À LA RÉALISATION DE SA MISSION	63
ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATION ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT	64
RAPPORT FINANCIER — P. 140	65
DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES	70
DIVULGATION D'ACTES RÉPRÉHENSIBLES	71
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	72
NOMBRE D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR LE PSOC	73
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS	82
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE	83

ACRONYMES

CdRV	Centre de recherche sur le vieillissement
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CIUSSS DE L'ESTRIE — CHUS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CRCHUS	Centre de recherche du CHUS
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CUCI	Comité des usagers du centre intégré
DRMG	Département régional de médecine générale
GMF	Groupe de médecine de famille
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IUPLSSS	Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PCI	Prévention et contrôle des infections
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RI-RTF	Ressources intermédiaires et ressources de type familial
RLS	Réseau local de services de santé et de services sociaux



1

L'ÉTABLISSEMENT ET
LES FAITS SAILLANTS



LE CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS c'est...

LE PLUS COMPLET AU QUÉBEC, INCLUANT UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Près de 100 % des soins de santé et des services sociaux offerts :

- de la conception aux soins de fin de vie;
- de la promotion/prévention (soins et services en milieu scolaire, vaccination, etc.) aux soins spécialisés (chirurgie, oncologie, radiologie, etc.) et surspécialisés (neurologie, néonatalogie, etc.).

PLUS DE
100
INSTALLATIONS

450
chercheurs

21
FONDATAIONS

1 100
BÉNÉVOLES

DES MILLIONS D'ACTES CLINIQUES PAR ANNÉE

2 340 LITS au permis en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

1 174 LITS en centres hospitaliers et en centres de réadaptation

LE PLUS GRAND EMPLOYEUR EN ESTRIE

PRÈS DE **500 000** HABITANTS
SUR LE TERRITOIRE DESSERVI

13 342
STAGES
représentant
quelque 248 467
jours de stages

1 312
MÉDECINS ET
PHARMACIENS

21 250
EMPLOYÉS ET
GESTIONNAIRES

9
RÉSEAUX
LOCAUX DE
SERVICES
(RLS)

10 %
DE L'ACTIVITÉ
ÉCONOMIQUE
ESTRIENNE

DES CENTAINES DE PARTENAIRES

Groupes de médecine de famille (GMF), pharmacies communautaires, cliniques médicales privées et organismes communautaires

UNE DES PLUS IMPORTANTES FORCES DE RECHERCHE AU QUÉBEC

Avec le Centre de recherche du CHUS (CRCHUS), le Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV), l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS) et les activités de recherche menées à l'Hôpital de Granby par six cliniciens de recherche (deux neurologues, trois internistes et un urologue).

L'ÉTABLISSEMENT

NOTRE MISSION

NOTRE RAISON D'ÊTRE EST LA MISSION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, SOIT 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.

NOTRE VISION

Le CIUSSS de l'Estrie — CHUS et 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 FAÇON DE FAIRE

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

HUMANISME, ENGAGEMENT, ADAPTABILITÉ

Nos valeurs organisationnelles, ancrées 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 leurs 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.

Compte tenu de la COVID-19, nous n'avons pas été en mesure, dans les douze derniers mois, d'entamer les travaux visant à actualiser les valeurs qui guident notre organisation depuis avril 2015. Ceux-ci font donc partie des éléments à réviser pour la prochaine année.

NOTRE PRINCIPE D'ACTION LA COHÉRENCE

Notre sens commun « LA COHÉRENCE » est un ensemble d'idées ou de propositions qui constituent un tout logique, sans contradiction, permettant de trouver un sens commun à une décision ou une action. Une parfaite cohérence mène à la compréhension, l'acceptation, la confiance et l'adhésion.

Ainsi, la cohérence est le principe d'action qui doit nous guider dans les décisions et les actions à l'égard des personnes recevant des soins et des services, de leur entourage, des membres du personnel, des médecins, des instances participatives, de la population et des partenaires.

TERRITOIRE DU CIUSSS DE L'ESTRIE — CHUS

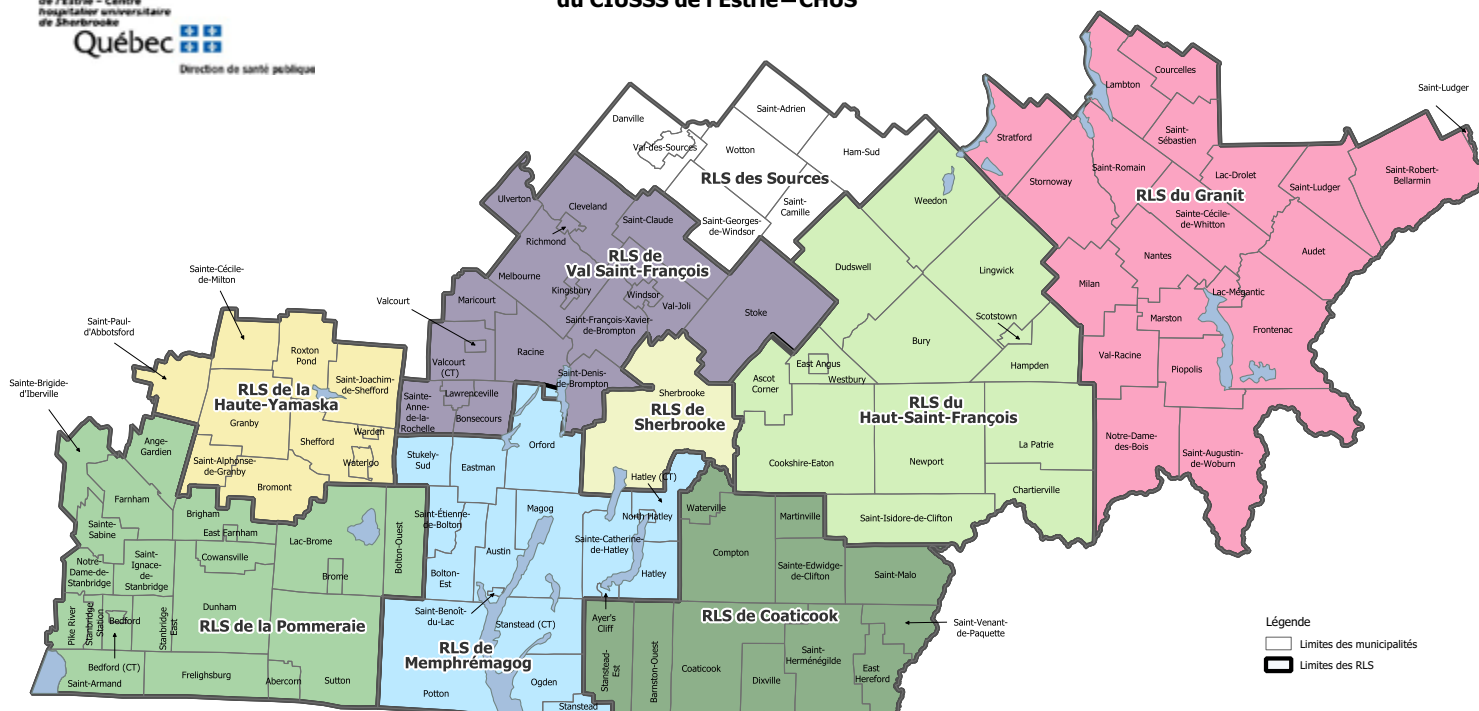
Le territoire de desserte de l'établissement
représente près de 13 000 km² et s'étend de
Lac-Mégantic à Ange-Gardien et comporte
neuf réseaux locaux de services.

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

Québec

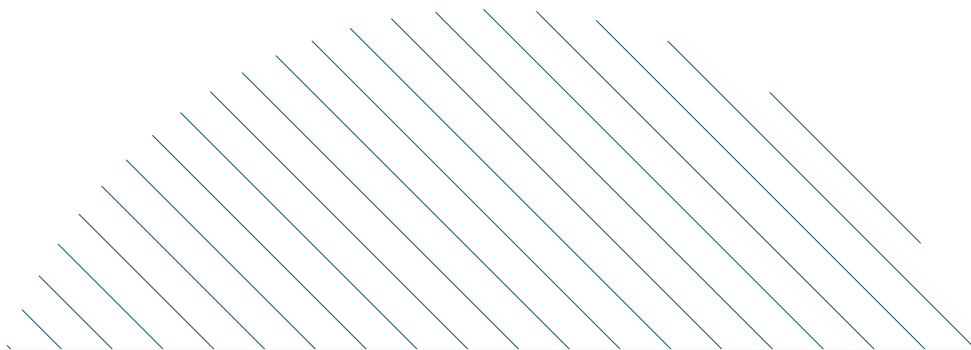
Direction de santé publique

Municipalités et territoires des réseaux locaux de services (RLS) du CIUSSS de l'Estrie—CHUS



Sources :
Ministère de l'énergie et des ressources naturelles.
Bases de données géographiques et administratives à
l'échelle de 1/1 000 000 (ressource électronique),
mise à jour en mai 2012, disponible à l'adresse :
<http://www.mern.gouv.qc.ca/territoires/portrait/portrait-donnees-mille.jsp>.

CIUSSS de l'Estrie - CHUS
Direction de santé publique
Mise à jour en mai 2021.



LA MISSION UNIVERSITAIRE

Le CIUSSS de l'Estrie — CHUS constitue le seul CIUSSS à intégrer la mission d'un centre hospitalier universitaire (CHU). Il compte une unité de recherche à l'Hôpital de Granby et trois infrastructures reconnues par les Fonds de recherche du Québec, soit le Centre de recherche du CHUS (CRCHUS), le Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV), ainsi que l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS). Ce dernier s'inscrit également dans le cadre d'une désignation ministérielle octroyée à l'établissement.

Par le développement d'une culture d'organisation apprenante, 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 de tous les volets de la mission universitaire (enseignement, recherche, transfert des connaissances, évaluation des technologies et des modes d'intervention, pratiques de pointe et rayonnement) auxquels s'ajoute la télésanté, et ce, tant sur le plan des activités cliniques qu'administratives. Cette contribution repose sur de solides collaborations avec de nombreux partenaires, dont l'Université de Sherbrooke.

Quelques événements marquants

Cette année, la recherche a poursuivi son développement au bénéfice des soins et services offerts à nos personnes usagères et à notre population.

À titre d'exemples :

- L'actualisation du statut de Centre collaborateur sur le vieillissement de l'Organisation mondiale de la Santé et l'obtention de deux nouvelles chaires de recherche pour le CdRV afin de soutenir un vieillissement actif et en santé;
- Le prix de cancérologie du ministère de la Santé et des Services sociaux décerné au comité des jeunes pisteurs du comité stratégique patient-partenaire du CRCHUS et l'exposition « La recherche en santé », soulignant les 40 ans du Centre de recherche au Musée de la nature et des sciences de Sherbrooke;
- L'arrivée d'un nouveau directeur scientifique et d'une nouvelle chercheuse d'établissement à l'IUPLSSS, ainsi que l'animation de diverses communautés de pratique à la demande du MSSS, par son équipe des projets nationaux;
- Le déploiement de la plateforme de suivi des projets de recherche Nagano 4 et du Cadre réglementaire sur la recherche avec des participants humains;
- La création du Pôle universitaire de santé numérique de l'Estrie, fruit d'une collaboration de longue date entre le CIUSSS de l'Estrie — CHUS et l'Université de Sherbrooke, favorisant le développement de la recherche en informatique de la santé pour l'exploitation et le forage des données cliniques et épidémiologiques.

L'encadrement de la télésanté et l'accompagnement des équipes cliniques ont été au cœur des activités du Centre de coordination de la télésanté dans la dernière année. Des documents de références, pour encadrer les pratiques, ont été rédigés et publiés en collaboration avec les comités des usagers. De plus, le suivi d'indicateurs, liés aux activités et aux modalités de la télésanté, a permis de démontrer un taux de satisfaction de 88 % des personnes usagères.

L'unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux a produit quatre rapports en plus de réaliser des travaux pour le développement d'une politique pour un établissement inclusif avec le soutien de l'équipe en transfert des connaissances et

des pratiques de pointe. Cette dernière a d'ailleurs contribué à 24 nouveaux projets organisationnels, dont cinq en soutien à des priorités ministérielles.

La bibliothèque du CIUSSS de l'Estrie — CHUS a, quant à elle, déployé des modalités de partage, rehaussé des ressources documentaires et poursuivi l'amélioration de l'accessibilité à distance aux ressources pour l'ensemble de la communauté interne.

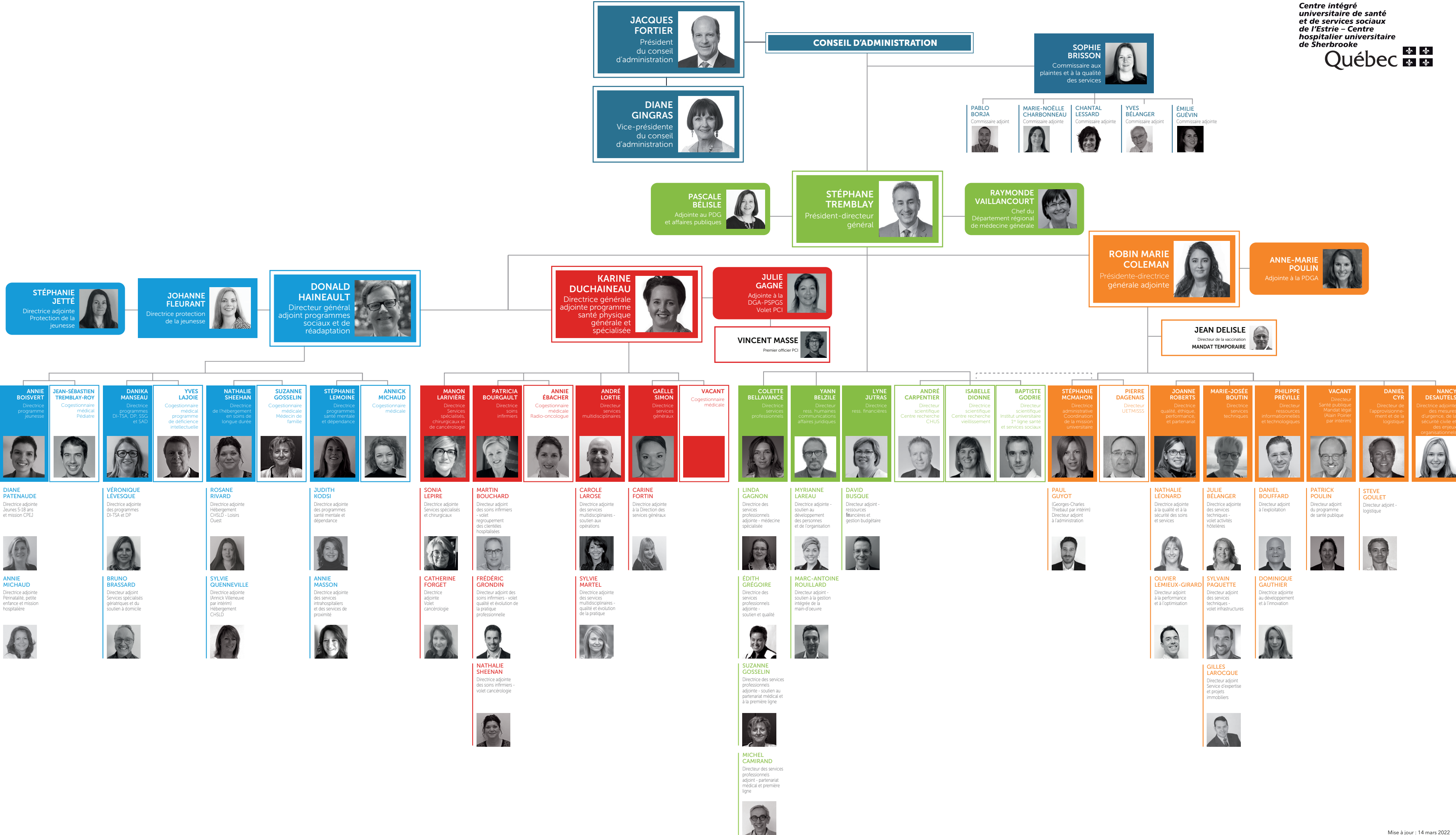
Enfin, malgré une brève interruption de mars à mai, les activités d'enseignement ont été maintenues avec plus de 13 342 stages dans 83 disciplines, parmi lesquels 315 personnes ont pu bénéficier d'une passerelle stage-emploi.

Le Réseau universitaire intégré de santé et services sociaux (RUISSS) de l'Université de Sherbrooke

Le RUISSS de l'Université de Sherbrooke 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. Au cours de l'année 2021-2022, les membres ont œuvré à maintenir l'offre de formation universitaire afin d'assurer la diplomation des étudiants ainsi que prioriser certains dossiers de formation et de services de proximité tels que la télésanté et l'utilisation judicieuse de l'expertise de la paramédecine communautaire. Certains dossiers ont poursuivi leur déploiement comme celui des Accorderies. Les membres sont engagés à poursuivre l'amélioration de la formation et de l'organisation des soins et services basés sur les meilleures pratiques.

ORGANIGRAMME DE L'ORGANISATION AU 31 MARS 2022

ORGANIGRAMME DE LA DIRECTION



LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

COMPOSITION AU 31 MARS 2022

Jacques Fortier

Président

Siège vacant

Membre désigné CII

Diane Gingras

Vice-présidente

Patrice Lamarre

Membre désigné CRSP

Gérald R. Cutting

Membre indépendant

Michel Lafrance

Membre désigné CUCI

André Forest

Membre indépendant

Alain Thivierge

Membre désigné CM

Rachel Hunting

Membre indépendant

Serge Lepage

Membre désigné CMDP

Michel Kinumbe Elungu

Membre indépendant

Raymonde Vaillancourt

Membre désigné DRMG

Isabelle Boucher

Membre indépendant

Jocelyne Faucher

Membre nommé Université

Denis Roussel

Membre indépendant

Jean Roy

Membre nommé Université

Serge Therrien

Membre indépendant

Marie-Paule Gendron

Membre désigné Fondations

Siège vacant

Membre indépendant

Stéphane Tremblay

PDG — Membre d'office

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

Pour prendre connaissance du *Code d'éthique et de déontologie à l'intention des administrateurs*, bien vouloir consulter l'annexe A qui se trouve à la fin du présent rapport.

À noter que pour l'année de référence 2021-2022, aucun cas disciplinaire ou manquement n'a été constaté par les instances durant l'année de référence.

COMITÉS, CONSEILS ET INSTANCES CONSULTATIVES

Comités du conseil d'administration :

- Comité de gouvernance et d'éthique;
- Comité de vigilance et de la qualité;
- Comité de vérification et de suivis budgétaires;
- Comité sur la mission universitaire;
- Comité des ressources humaines et des communications;
- Comité sur les soins et services;
- Comité de révision;
- Comité des mesures disciplinaires;
- Comité de gestion des risques.

Conseils professionnels :

- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;
- Conseil des infirmières et infirmiers;
- Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires;
- Conseil multidisciplinaire;
- Conseil des sages-femmes.

Instances consultatives :

- Comité des usagers;
- Comité aviseur langue anglaise;
- Comité d'éthique à la recherche;
- Comité d'éthique clinique et organisationnelle;
- Comité de direction du département régional de médecine générale;
- Comité régional sur les services pharmaceutiques.

LES FAITS SAILLANTS

Une situation sanitaire sans précédent

GOUVERNANCE

Les vagues trois, quatre et cinq de la pandémie de COVID-19 ont été coordonnées, au fil du temps, de plus en plus dans la structure usuelle de gouvernance. L'objectif étant d'amener l'ensemble des équipes à intégrer les décisions en lien avec les personnes usagères atteintes de la COVID-19 tout en respectant les autres problématiques cliniques rencontrées. En effet, la structure de gouvernance COVID-19, composée de plusieurs acteurs ciblés par les dossiers de la pandémie, a été maintenue en cohabitation avec l'organigramme de l'organisation, mais avec un rôle de plus en plus restreint et ses actions ont été concentrées principalement autour de certains dossiers (ex. : vaccination, directives transversales). Une vigie régulière de la situation épidémiologique et des potentiels impacts que cela pouvait générer était également suivie auprès du comité de direction.

CONTEXTE DES VAGUES TROIS À CINQ

La vague trois a généré certains agrégats¹ en Estrie exigeant une gestion plus soutenue avec les partenaires des réseaux locaux de service (RLS) concernés tout comme des éclosions au sein de nos installations. À titre d'exemple, notre région a été placée temporairement au palier d'alerte maximale avec des mesures spéciales pour le RLS du Granit. Cependant, grâce à la mobilisation des partenaires de ce secteur, la situation s'est rapidement atténuée.

En ce qui a trait à la vague quatre, celle-ci a été caractérisée par un plateau précédant directement l'arrivée de la vague cinq pendant la période des Fêtes. Comme partout au Québec, l'automne avait initié des réflexions approfondies concernant la pénurie de main-d'œuvre. Les services COVID-19, particulièrement le continuum de dépistage, devaient opérer avec les ressources qui étaient disponibles sans pour autant dégarnir les services réguliers. L'absence de travailleurs de la santé, causée par la COVID-19, a également atteint des sommets avec parfois l'ajout de plus de 100 nouvelles absences quotidiennement.

CONTINUUM DÉPISTAGE

À travers ces trois vagues, la demande de dépistage a beaucoup évolué, notamment en raison des modifications apportées par la gestion des cas suspectés et de nouvelles stratégies de protection comme la vaccination ou encore le dépistage préventif des travailleurs de la santé non adéquatement vaccinés.

Dès l'automne 2021, des discussions avec la santé publique régionale et provinciale ainsi que les services de prévention et contrôle des infections (PCI) ont eu lieu afin de prioriser et revoir les demandes. En effet, le nombre de dépistages massifs étant élevé dans les écoles, nos milieux de vie et nos différentes installations entraînait régulièrement un dépassement de capacité (2 600 dépistages par jour avec une capacité réelle de 2 000). L'entente de collaboration avec l'Université de Sherbrooke, afin qu'elle effectue un certain volume d'analyses lorsque nous étions en dépassement de capacité, a été des plus utiles.

Afin de régulariser la situation, l'Estrie a légèrement devancé les autres régions en utilisant les tests rapides pour le dépistage des élèves du primaire et le gargarisme pour ceux du secondaire. De plus, tous les centres de dépistage ont basculé sur rendez-vous et les priorités pour y avoir accès ont été revues.

Finalement depuis février dernier, dans une perspective de passage éventuel à un mode endémique, des travaux, avec les directions, sont en cours afin de planifier et d'implanter le transfert graduel des activités de dépistage COVID-19 vers les services réguliers.

¹ Un agrégat est un regroupement inhabituel de cas d'une même maladie dans une population, pour une zone géographique et une période de temps donnée.

SERVICES DE VACCINATION

Rapidement au printemps 2021, en tenant compte de la disponibilité des nouveaux produits, des avis du Comité sur l'immunisation du Québec et des recommandations de l'INSPQ, l'opération s'est structurée en campagne de vaccination massive et a été ouverte à la population en suivant les priorités établies par le gouvernement. Dès lors, cinq premiers centres ont été ouverts et, quelques semaines plus tard, quatre se sont ajoutés afin d'avoir un centre opérationnel par RLS. En cours de campagne, certaines installations ont dû être déménagées ou ajoutées en fonction des contraintes ou des nouvelles obligations à rencontrer. Ainsi, ce sont en tout 12 centres de vaccination qui ont été aménagés dans la dernière année.

Cette opération d'envergure a été soutenue par une interface constante avec le MSSS, la nomination d'un directeur de la campagne de vaccination, des communications en continu avec la population et l'embauche massive de personnel, notamment des retraités ou des contributeurs recrutés par les modalités nationales d'exception de la campagne « Je contribue ». De plus, pour réussir à mettre en place les conditions de transformation et d'adaptation des systèmes à une opération populationnelle de cette ampleur, une structure de gouverne interne spécifique à ce dossier a été mise en place. D'autres modalités d'intervention sont venues compléter le panier de service en vaccination au fil du temps. On peut penser à la vaccination dans les milieux d'enseignement, la contribution de personnel habilité dans les directions cliniques, la vaccination en entreprises et la vaccination dans les pharmacies communautaires. À cela s'ajoute également notre autobus de vaccination qui a sillonné l'ensemble de notre territoire; projet innovant qui a été possible grâce au soutien

financier de onze de nos fondations, du don de l'autobus par la Société de transport de Sherbrooke et de la participation de la Coopérative de travailleurs d'Ambulance de l'Estrie.

Finalement, dans un contexte de transition et de pérennisation des services COVID-19, il y a eu la mise en place d'un plan afin de maintenir une offre de vaccination populationnelle jusqu'en 2023.

RÉTABLISSEMENT ET APPRENTISSAGES

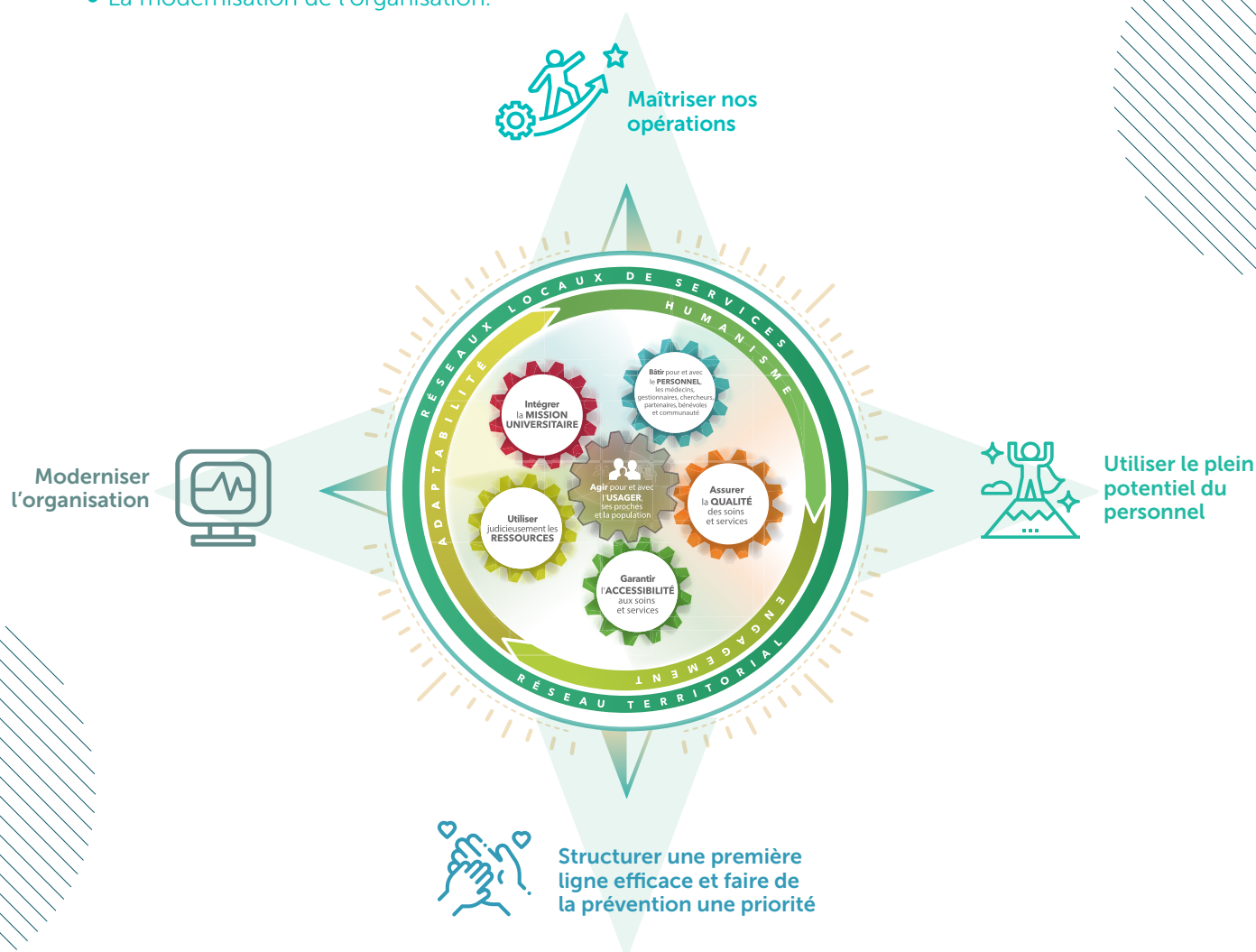
La pandémie de COVID-19 a été traitée au CIUSSS de l'Estrie — CHUS comme un sinistre en sécurité civile. Parmi les quatre dimensions de la sécurité civile, pendant et après l'intervention, une période de rétablissement s'est entamée. Ainsi, dès l'été 2020, un groupe de travail sur le rétablissement de la pandémie a été formé. Depuis, des rencontres régulières ont été tenues afin de faire le point sur les enjeux et les stratégies mises en place pour viser un retour à un certain bien-être chez notre communauté interne, nos personnes usagères et notre population.

À l'été 2021, la direction adjointe des mesures d'urgence, de la sécurité civile et des enjeux organisationnels a également sondé les intervenants qui ont travaillé pendant les trois premières vagues de la pandémie au sein de la structure de gouverne COVID-19. L'objectif poursuivi était de faire émerger les apprentissages organisationnels afin de rendre l'établissement plus résilient si un événement semblable se représentait à nouveau, mais aussi de reconnaître l'engagement des acteurs impliqués et de documenter cette expérience hors du commun tant au niveau humain que professionnel.

Le plan bisannuel 2020-2022

Tenant compte de la situation sanitaire, le plan annuel de l'établissement a été ajusté et bonifié afin de trouver l'équilibre entre les actions de prévention et de lutte contre la pandémie et les besoins de soins et services des personnes usagères. Ce dernier prend notamment en considération la vaccination comme action importante de lutte contre la COVID-19 et cible d'autres indicateurs qui contribueront à la reprise graduelle des activités, et ce, tout en gardant le focus sur nos quatre grandes orientations :

- La maîtrise de nos opérations;
- L'utilisation du plein potentiel du personnel;
- Structurer une première ligne efficace et faire de la prévention une priorité;
- La modernisation de l'organisation.



Le plan 2020-2022 guide les efforts vers un but et des objectifs communs : la mobilisation de tous permet d'avancer plus rapidement. De plus, pour l'ensemble des directions, ce plan est la référence lorsqu'il s'agit de prioriser ou d'appuyer des décisions et de faire des choix.

Le volet jeunesse, une priorité de tous les instants

Le volet jeunesse demeure une priorité de tous les instants pour le CIUSSS de l'Estrie – CHUS et les travaux se sont poursuivis en lien avec le Plan d'action pour les jeunes et leur famille qui s'échelonnera d'ici 2025. Guidé par quatre grands principes soient : Agir en intersectorialité, s'ajuster aux besoins des collectivités, travailler avec la famille comme partenaire et tenir compte des diversités culturelles et linguistiques, c'est en unissant nos forces et nos expertises que nous pouvons déployer un filet social mieux articulé autour des enfants et des familles en améliorant l'accessibilité et la qualité des soins et services.

Afin de constater l'état d'avancement du Plan d'action pour les jeunes et leur famille ou de prendre connaissance de l'ensemble des services offerts aux familles et leurs modalités d'accès, nous vous invitons à consulter régulièrement le site santeestrie.qc.ca/tous-concernes.

Des ajustements à la structure organisationnelle

Avec toujours comme objectif de mieux répondre aux besoins des personnes usagères, leurs proches et la population, des changements à la structure organisationnelle ont été apportés afin de favoriser davantage une gestion de proximité et la collaboration intersectorielle. À titre d'exemple, la Direction des services professionnels a été réorganisée pour consolider la gouvernance médicale et mieux jouer un rôle transversal. Une nouvelle direction a également été créée afin de regrouper les activités chirurgicales et péri-opératoires, les interventions en hémodynamie et électrophysiologie médicale ainsi que le volet cancérologie. De plus, la scission de la Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées en deux a permis la création de la Direction de l'hébergement en soins de longue durée et le transfert de plusieurs activités à la Direction des programmes déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique en ajoutant le volet des services spécialisés gériatriques ainsi que le soutien à domicile. Ces changements à la structure, actualisés graduellement dans la dernière année, permettront une plus grande agilité au niveau de l'offre de soins et services.



L'importance de la santé globale des ressources humaines

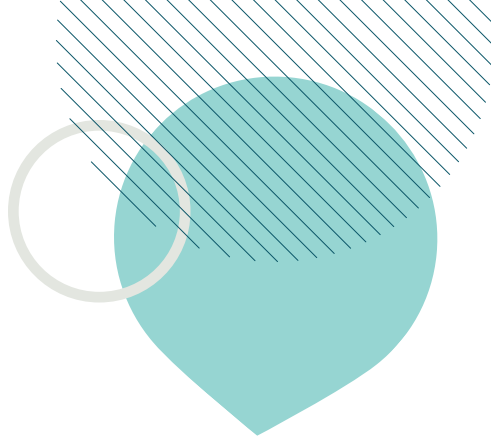
LA SANTÉ PSYCHOLOGIQUE DU PERSONNEL

Malgré le contexte inédit, l'établissement n'a pas ménagé les efforts afin de protéger la santé de l'ensemble des ressources humaines. Rappel régulier du programme d'aide aux employés, mise en place d'une ligne téléphonique de méditation, bonification hebdomadaire de la plateforme santé et bien-être pour tous les membres du personnel et leur famille, animation d'ateliers « temps d'arrêt » dans les différents secteurs pour discuter des impacts de la pandémie, mettre en lumière les bons coups et apprécier tout le travail réalisé dans la dernière année. À ceci s'ajoute également la promotion de différents outils de prévention en ce qui a trait à l'importance de la civilité et prévention du harcèlement et la mise en place d'un réseau de soutien par les pairs formés pour soutenir leurs collègues en offrant une oreille attentive lors de moments plus difficiles. Plus que jamais, le « prendre soin » a été mis de l'avant.

L'ARRIVÉE DE NOUVELLES RECRUES

Le CIUSSS de l'Estrie — CHUS a maintenu le rythme en ce qui a trait à l'embauche en continu pour accueillir de nouveaux employés en complémentarité des différentes stratégies nationales. En effet, fort de l'expérience relativement à la formation accélérée pour devenir préposé aux bénéficiaires en CHSLD, celle-ci s'est poursuivie. L'offre a même été bonifiée avec l'ajout de formations accélérées pour devenir infirmière auxiliaire ou encore agente administrative. Ainsi, grâce à l'ensemble des mesures, plusieurs nouvelles recrues se sont ajoutées à titre d'aides de service, préposés aux bénéficiaires, infirmières en plus du personnel administratif, techniciens et professionnels en services sociaux ou encore gestionnaires. Dans la dernière année, ce sont plus de 3 700 personnes qui ont intégré nos rangs afin d'offrir une relève aux équipes et maintenir l'offre de services.





La modernisation des installations

Afin de répondre aux besoins de la clientèle et du personnel de l'établissement, de belles améliorations ont été inaugurées, mises en chantier ou encore confirmées dans la dernière année :

- **MAISONS DES AINÉS ET ALTERNATIVES**

Quatre maisons des aînés et alternatives verront le jour sur le territoire du CIUSSS de l'Estrie — CHUS, soient : Sherbrooke, Granby, Magog et Coaticook. Les travaux de construction ayant été amorcés dans la dernière année pour Sherbrooke et Magog, une ouverture est prévue pour l'automne 2022 pour Sherbrooke et au printemps 2023 pour Magog ce qui permettra de bonifier l'offre en hébergement.

- **INAUGURATION DE LA NOUVELLE UNITÉ DE SOINS INTENSIFS À GRANBY**

C'est avec fierté que l'inauguration de cette nouvelle unité a été réalisée en juillet dernier. Les travaux d'agrandissement de 1 158 mètres carrés ont permis de quadrupler la superficie en offrant des espaces plus adéquats, fonctionnels et sécuritaires aux personnes usagères et au personnel, tout en améliorant la prévention et le contrôle des infections et la prestation des soins.

- **LANCEMENT DU PROJET DE CONSTRUCTION DU CHSLD DU GRANIT À LAC-MÉGANTIC**

Ce projet fort attendu permettra de regrouper les 43 lits du CHSLD actuel, les 40 lits de l'unité de longue durée de l'hôpital et d'ajouter 16 nouvelles places d'hébergement. La mise en service de ce nouvel édifice est prévue pour 2025 et ce dernier sera construit selon le modèle des maisons des aînés et alternatives afin de favoriser les contacts humains ainsi qu'un mode de vie plus actif.

- **CENTRE MÈRE-ENFANT ET LA NOUVELLE URGENCE DE L'INSTALLATION DE L'HÔPITAL FLEURIMONT**

Avec une ouverture prévue à l'été 2024, le nouveau bâtiment, qui portera le nom de Pavillon Enfant Soleil, offrira des espaces agréables et chaleureux autant pour la clientèle que pour le personnel. Ce nouvel environnement permettra d'améliorer l'accès à l'urgence du CHUS — Hôpital Fleurimont et de répondre à la demande de soins et services en pédiatrie et en pédopsychiatrie.

2

RÉSULTATS AU REGARD DES
CIBLES DES ENTENTES DE
GESTION EN LIEN AVEC LE PLAN
STRATÉGIQUE DU MINISTÈRE
DE LA SANTÉ ET DES SERVICES
SOCIAUX

RÉSULTAT DES ENGAGEMENTS ANNUELS

OBJECTIF : OFFRIR UN ACCÈS PLUS RAPIDE AUX SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

INDICATEURS	RÉSULTATS AU 31 MARS 2021	RÉSULTATS AU 31 MARS 2022	ENGAGEMENTS 2021-2022 DE L'ÉTABLISSEMENT
Pourcentage des Québécois inscrits auprès d'un médecin de famille	84,09 %	78,79 %	84 %
Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	371 334	360 302	372 000

COMMENTAIRES

Indicateur 1 | Pourcentage des Québécois inscrits auprès d'un médecin de famille

La diminution du pourcentage des Québécois inscrits auprès d'un médecin de famille s'explique principalement par deux facteurs :

- Le numérateur | Le nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille a connu une diminution : 391 093 en 2022 versus 407 322 en 2021;
- Le dénominateur | Cependant, le nombre de personnes admissibles à la RAMQ a connu une forte hausse de 11 255 en Estrie dans la dernière année.

Malgré le contexte, les médecins continuent leurs efforts d'inscription. En effet, lors de départ à la retraite, les médecins se transfèrent les patients en partie et l'arrivée de nouveaux médecins aide également à l'inscription. Par contre, plusieurs médecins délaissent la première ligne pour aller soutenir les besoins en deuxième ligne. De plus, nous vivons également un mouvement important de retraite chez les médecins. Notre dernier sondage, effectué au printemps 2021, fait état de 44 médecins prévoyant prendre leur retraite soit en 2021 ou encore en 2022.

Indicateur 2 | Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF

Le nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin en GMF a connu une forte diminution depuis l'année dernière passant de 371 334 à 360 302. Cette baisse est explicable, en grande partie, par la diminution du nombre de médecins travaillant en GMF. En effet, l'Estrie comptait 393 médecins en GMF en 2021 et au 31 mars 2022, il n'y en avait plus que 357.

Il est à noter que nous sommes en vigie puisque la fermeture de deux lieux de pratique GMF (Clinique des médecins d'urgence et GMF Memphré) viendra possiblement impacter le nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF au 31 mars 2023.

OBJECTIF : DIMINUER LE TEMPS D'ATTENTE À L'URGENCE

INDICATEURS	RÉSULTATS AU 31 MARS 2021	RÉSULTATS AU 31 MARS 2022	ENGAGEMENTS 2021-2022 DE L'ÉTABLISSEMENT
Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	158	211	170 minutes
Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	13,05	13,9	12,8 heures

COMMENTAIRES

Indicateur 1 | Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire

Dans la dernière année, ce sont 48,4 % des patients qui se sont présentés aux urgences avec des conditions mineures identifiées sous une cote de triage P4 et P5. Pourtant, près de 75 % d'entre eux ont un médecin de famille. Cette situation fait en sorte qu'ils contribuent, malgré eux, à la détérioration de l'indicateur de performance puisqu'ils sont vus par le médecin moins rapidement que les patients ayant des cotes de triage avec des situations de santé plus graves.

Afin de réduire notre délai moyen de prise en charge à l'urgence, il est essentiel de continuer à réorienter la clientèle se présentant pour des problèmes moins urgents vers les groupes de médecine de famille ou les pharmacies communautaires, lorsque la situation le permet.

Indicateur 2 | Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence

Il a été constaté que les séjours plus grands que 24 heures ont augmenté, en comparaison avec l'année dernière, passant de 15 % à 17 %. Le délai entre la demande d'hospitalisation et le départ à l'étage a aussi augmenté; 11,2 heures en 2020-2021 pour atteindre 13,1 heures en 2021-2022.

L'amélioration de cet indicateur passe par une meilleure fluidité hospitalière en réduisant les délais entre la demande d'hospitalisation et le départ vers les unités de soins ainsi que par la diminution du taux de patients en attente de place en hébergement, réadaptation. Des travaux afin d'améliorer la fluidité sont actuellement en cours, dont la mise en place du plan d'action suite aux visites de l'équipe du MSSS à l'urgence de Granby.

OBJECTIF : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES EN SANTÉ MENTALE

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2021	RÉSULTAT AU 31 MARS 2022	ENGAGEMENT 2021-2022 DE L'ÉTABLISSEMENT
Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	1 400	1 758	1 237

COMMENTAIRES — SANTÉ MENTALE ADULTE

Rappelons, d'entrée de jeu, que l'indicateur du nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale regroupe l'attente pour une première intervention conduite dans les services spécifiques et celle pour une première intervention conduite dans les services spécialisés.

L'attente pour une première intervention conduite dans les services spécifiques fait référence à la porte d'entrée pour les services en santé mentale adulte, soit les guichets d'accès en santé mentale. Lors des trois premiers trimestres de l'année financière, une hausse du nombre de dossiers en attente a été notée pour la première intervention aux services spécifiques en santé mentale adulte. Toutefois, lors du dernier trimestre, malgré l'augmentation des besoins et de la pression sur nos milieux, la croissance du nombre de personnes usagères en attente a pu être freinée.

L'attente pour une première intervention dans les services spécialisés, soit plus précisément pour une première consultation en psychiatrie, représente pour sa part un enjeu sur l'ensemble de notre territoire.

Certains de nos secteurs ont dû composer avec une position plus précaire engendrée notamment par une augmentation significative de la volumétrie des demandes ou par le manque de ressources humaines, autant en ce qui concerne les intervenants que les psychiatres. Nous sommes également confrontés à l'indisponibilité de la main-d'œuvre (ex. : médecins de famille) ou des ressources d'hébergement pour prendre en charge les personnes usagères à la fin de l'épisode de soins en psychiatrie, ce qui limite l'entrée de nouvelles personnes usagères.

Parmi les mesures correctrices afin d'améliorer la situation, nous avons notamment ciblé :

- La révision de la trajectoire de soins médicaux à Sherbrooke afin d'assurer une répartition saine de nos effectifs médicaux et d'adopter une offre de service structurée où les ressources professionnelles seront réparties selon les requis des personnes usagères;
- La centralisation de l'ensemble des requêtes des services spécialisés indépendamment du référent vers un point d'accès central, le tout dans le but d'accroître l'efficacité des mécanismes d'orientation;
- La poursuite des travaux pour le déploiement du Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM);
- La formation de nos intervenants pour des interventions brèves;
- L'accueil d'agentes administratives classe 3 (Programme de bourses du MSSS) afin de soutenir les guichets d'accès en santé mentale.

COMMENTAIRES — SANTÉ MENTALE JEUNESSE

L'accès à nos services est une priorité et nous faisons le maximum pour que les besoins des personnes usagères soient répondus au bon moment, au bon endroit et par le bon professionnel.

Nous sommes toutefois confrontés à des enjeux de ressources humaines compte tenu de la rareté de main-d'œuvre. De plus, nous devons faire face à une hausse des demandes, que ce soit parce que nos services sont mieux connus, davantage en proximité ou parce que nous assistons à une augmentation des références de nos partenaires. Dans les services jeunesse de première ligne, nous avons connu, dans la dernière année comparativement à l'année précédente, une augmentation de 12 % des demandes de services. Cette augmentation n'a toutefois pas affecté nos délais d'accès qui se sont d'ailleurs améliorés.

Enfin, il faut noter que pendant cette attente, les personnes ne sont pas laissées sans service, puisqu'elles peuvent bénéficier d'un soutien adapté à leurs besoins. D'ailleurs, certains services ne présentent pas de liste d'attente. Il est donc important, pour les citoyens, de contacter au besoin le 811, leur médecin de famille ou leur CLSC.

OBJECTIF : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES EN DÉPENDANCE

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2021	RÉSULTAT AU 31 MARS 2022	ENGAGEMENT 2021-2022 DE L'ÉTABLISSEMENT
Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	3 224	3 532	3 452

COMMENTAIRES

Concernant le nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance, le contexte sanitaire nous a permis de reprendre les activités à un rythme régulier et ainsi d'augmenter les services offerts aux personnes usagères. Nous avons toutefois dû adopter une gestion flexible dans l'allocation des ressources humaines afin de répondre autant aux besoins d'intervention qu'aux besoins d'évaluation dans les temps recommandés.

Nous avons été en mesure de reprendre les activités de groupe en présence. Nous avons fait le choix de maintenir les activités de groupe en virtuel, ce qui nous a permis de rejoindre également un autre bassin de personnes usagères. Rappelons qu'au cours de l'année 2020-2021, nous avons connu une diminution du nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance en raison notamment d'un virage vers des interventions individuelles au détriment de celles de groupe, et ce, afin de respecter les consignes sanitaires en vigueur.

Au cours de l'année 2021-2022, nous avons pu reprendre nos activités de repérage, notamment dans les milieux scolaires, ce qui s'était avéré un obstacle dans le contexte de la pandémie. Il est à noter que l'interruption du calendrier scolaire a représenté un enjeu à court terme alors que nous avons tout de même pu reprendre les activités consacrées aux clientèles jeunesse.

OBJECTIF : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS

INDICATEURS	RÉSULTATS AU 31 MARS 2021	RÉSULTATS AU 31 MARS 2022	ENGAGEMENTS 2021-2022 DE L'ÉTABLISSEMENT
Pourcentage des consultations auprès d'un médecin spécialiste, après référence par un médecin de famille, réalisées à l'intérieur des délais (priorités A-B-C-D-E) A = 3 jours et moins / B = 10 jours et moins / C = 28 jours et moins / D = 3 mois et moins / E = 12 mois et moins	55,7 %	58,2 %	80 %
Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus de 6 mois	3 065	4 811	2 700
Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours	49,9 %	46,3 %	65 %

COMMENTAIRES

Indicateur 1 | Pourcentage des consultations auprès d'un médecin spécialiste, après référence par un médecin de famille, réalisées à l'intérieur des délais

La situation s'est améliorée comparativement à l'année dernière principalement grâce à la mise en place et à la consolidation de nos cliniques virtuelles. Toutefois, nos patients, dont les conditions cliniques demandent une visite en personne, peuvent attendre plus longtemps pour qu'une place soit disponible en clinique. Ainsi, les hors délais sont pratiquement inexistant pour tout ce qui peut se faire en virtuel, mais encore bien présent pour le présentiel. C'est principalement ce qui explique la non-atteinte de la cible.

Des travaux ont cours afin de favoriser la fluidité des patients dans nos installations en fonction des listes d'attente. Concrètement, des projets pilotes sont réalisés afin de répartir équitablement les besoins populationnels en fonction de l'accès disponible dans chaque installation.

Indicateurs 2 et 3 | Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus de 6 mois et pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours

Les effets de la pandémie ont provoqué du délestage d'activités, amplifié la pénurie de main-d'œuvre, réduit notre nombre de lits d'hospitalisation ainsi que le nombre de salles d'opération disponible. Cette réduction de capacité périopératoire s'est traduite par une diminution de 10 000 patients opérés dans nos six blocs opératoires par rapport au prépandémique. En effet, nous avons opéré 27 000 patients en 2021-2022 alors que nous en avons opéré 37 000 en 2019-2020. Heureusement, nous avons pu réduire ce déficit de 4 000 patients grâce à des ententes dans trois cliniques de médecine spécialisée (CMS) signées en cours d'année. Ainsi, l'importante diminution de notre capacité opératoire qui subsiste, la diminution marquée de la disponibilité de lits d'hospitalisation et la couverture inégale des CMS font que certains patients doivent attendre encore longtemps.

Il est à noter que tous les efforts sont déployés afin d'augmenter la capacité de nos trajectoires périopératoires au niveau prépandémique. Nous nous assurons aussi de maximiser l'utilisation de tous nos blocs et de nos CMS en favorisant les secondes offres de chirurgie aux patients hors délais (offrir aux patients d'être opérés par un autre chirurgien et/ou dans un autre bloc opératoire). Nous révisons aussi, en continu, tous les programmes opératoires pour nous assurer que la priorisation des patients respecte nos critères cliniques de priorisation et limite les inégalités interchirurgiens, interspécialités et interrégions.

OBJECTIF : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES POUR LES PERSONNES VIVANT AVEC UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE, UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE OU UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2021	RÉSULTAT AU 31 MARS 2022	ENGAGEMENT 2021-2022 DE L'ÉTABLISSEMENT
Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme	812	991	812

COMMENTAIRES

Les travaux se poursuivent afin de maintenir le soutien des personnes usagères qui ont besoin d'un milieu de vie qui répond à leurs besoins. Par exemple, des modalités de financement des services propres à l'usager nous ont permis d'augmenter les places en services résidentiels dans la communauté. Cette modalité permet entre autres aux personnes usagères d'accéder à des milieux de vie autres que nos milieux habituels en résidence intermédiaire ou en résidence de type familial. D'autres travaux sont aussi en place avec les partenaires du milieu et se poursuivront, au cours de la prochaine année, afin d'augmenter les places disponibles dans les différents milieux et communautés où sont situés nos personnes usagères.

OBJECTIF : AUGMENTER LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE

INDICATEURS	RÉSULTATS AU 31 MARS 2021	RÉSULTATS AU 31 MARS 2022	ENGAGEMENTS 2021-2022 DE L'ÉTABLISSEMENT
Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	30 056	25 718	27 000
Nombre total d'heures de service de soutien à domicile	1 272 474	1 598 301	1 400 000

COMMENTAIRES

Indicateur 1 | Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile

Au 31 mars 2021, plusieurs interventions brèves avaient été effectuées auprès de plusieurs personnes usagères en lien avec la pandémie afin de valider les besoins et si des actions rapides devaient être mises en place. Cette situation explique le nombre d'interventions plus élevé. Bien que nous n'ayons pas atteint la cible, le résultat obtenu au 31 mars 2022 est semblable à celui de 2020 (25 808) et les travaux se poursuivent afin d'augmenter le nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile.

Indicateur 2 | Nombre total d'heures de service de soutien à domicile

Les travaux visant l'attribution des services à domicile se sont poursuivis afin de soutenir les personnes usagères qui requièrent de l'aide pour demeurer dans leur milieu de vie.

OBJECTIF : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES DESTINÉS AUX ENFANTS, AUX JEUNES ET À LEUR FAMILLE

INDICATEURS	RÉSULTATS AU 31 MARS 2021	RÉSULTATS AU 31 MARS 2022	ENGAGEMENTS 2021-2022 DE L'ÉTABLISSEMENT
Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété via la plateforme Agir tôt	N/A	303	259
Délai moyen d'attente pour une évaluation à la Protection de la jeunesse	52,26	72,63	33,11 jours
Proportion des enfants âgés d'un an au 31 mars qui ont reçu, dans les délais prescrits, leur dose de vaccin combiné RRO-Var contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle	69,1 %	71,3 %	90 %

COMMENTAIRES

Indicateur 1 | Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété via la plateforme Agir tôt

Alors que nous avions une cible de 259 dépistages pour l'année 2021-2022, ce sont 303 enfants dont le dépistage a été complété via la plateforme Agir tôt. Au-delà de l'atteinte de cette cible, nous mesurons la satisfaction des personnes usagères grâce à un projet pilote de recherche. Les résultats obtenus jusqu'à ce jour sont excellents et nous permettent de travailler dans une perspective d'amélioration continue.

Indicateur 2 | Délai moyen d'attente pour une évaluation à la Protection de la jeunesse

Dans la dernière année, nous notons une augmentation de près de 20 % des signalements. De plus, malgré les différentes actions mises en place en vue de recruter du personnel qualifié, nous présentons un manque d'effectifs impactant notre capacité à assurer l'évaluation des situations dans le délai visé. Plusieurs initiatives ont vu le jour afin de nous assurer d'une prise en charge plus rapide, principalement par les services hors DPJ, tel que CAFE (crise-adolescent-famille-enfance) ou le projet Alliance. Les pratiques exemplaires ont été également déployées au cœur même de l'équipe de la DPJ (ex. : vérification complémentaire terrain lors de la réception d'un signalement).

Indicateur 3 | Proportion des enfants âgés d'un an au 31 mars qui ont reçu, dans les délais prescrits, leur dose de vaccin combiné RRO-Var contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle

La fenêtre pour réaliser la vaccination est très courte (deux semaines). Des enjeux ont été observés dans la réalisation de la cible notamment :

- Manque de saisie dans le Système d'information pour la protection des maladies infectieuses pour les GMF et les pédiatres;
- Annulation ou déplacement de rendez-vous en raison des mesures sanitaires COVID-19;
- Annulation et report de journée de vaccination en raison d'absence de personnel;
- Oubli de prendre les rendez-vous par les parents;
- Hésitation des parents à la vaccination;
- Maladie de l'enfant au moment du rendez-vous entraînant un report;
- Membre de la famille en isolement en raison de la COVID-19 empêchant la tenue du rendez-vous vaccination.

Des travaux sont en cours afin d'identifier les meilleures modalités de retour à un niveau de protection adéquat.

OBJECTIF : FAVORISER LA MISE EN PLACE DE SERVICES NUMÉRIQUES DE SANTÉ AU SEIN DU RÉSEAU

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2021	RÉSULTAT AU 31 MARS 2022	ENGAGEMENT 2021-2022 DE L'ÉTABLISSEMENT
Nombre de cliniques médicales branchées à une solution informatique (orchestrateur) favorisant une prise de rendez-vous en première ligne	N/A	45	53

COMMENTAIRES

Entre le 30 novembre 2021 et le 31 mars 2022, 45 cliniques ont été déployées sur l'orchestrateur de rendez-vous. Les citoyens ont donc accès plus facilement à un rendez-vous de première ligne, notamment un médecin de famille, et ce, pour la clientèle inscrite et orpheline. L'objectif de déployer l'entièreté des cliniques devrait être atteint très prochainement.

OBJECTIF : AMÉLIORER LA DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL

INDICATEURS	RÉSULTATS AU 31 MARS 2021	RÉSULTATS AU 31 MARS 2022	ENGAGEMENTS 2021-2022 DE L'ÉTABLISSEMENT
Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	N/A	0,59	0,42
Ratio de présence au travail	90,05	90,17	90,14

COMMENTAIRES

Indicateur 1 | Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante

L'augmentation du recours à la main-d'œuvre indépendante est en grande partie en lien avec l'augmentation des heures travaillées étant donné la COVID-19. Celle-ci est particulièrement liée à certains titres d'emploi, dont les agents de sécurité et les aides généraux dans les sites de vaccination et de dépistage. L'augmentation des absences du personnel régulier liée à la COVID-19 a aussi eu un effet sur le taux de recours à la main-d'œuvre indépendante dans les remplacements du personnel. Sans cette augmentation, notre taux serait demeuré stable.

Indicateur 2 | Ratio de présence au travail

Il y a plusieurs moyens qui ont été mis en place pour augmenter la présence au travail au cours de l'année. Plusieurs des éléments sont liés au plan de système de gestion de la santé et sécurité au travail en trois axes :

- Axe 1 : La prévention en matière de santé psychologique au travail et promotion des saines habitudes de vie;
- Axe 2 : La prévention des risques professionnels qui vise plus particulièrement à réduire les troubles musculosquelettiques, la violence dans les milieux de travail et les chutes;
- Axe 3 : La conformité légale en lien avec l'importance de rendre conforme la sécurité des machines, le travail en hauteur, les méthodes de cadenassage, les nouvelles dispositions du système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail - système général harmonisé et la gestion sécuritaire de l'amiante.

Il y a aussi eu une augmentation du nombre de postes dans l'organisation pour plusieurs titres d'emploi avec une plus grande partie de ces postes qui sont à temps complet.

OBJECTIF : CONTENIR LA TRANSMISSION DE LA COVID-19 AU SEIN DE LA POPULATION QUÉBÉCOISE

INDICATEURS	RÉSULTATS AU 31 MARS 2021	RÉSULTATS AU 31 MARS 2022	ENGAGEMENTS 2021-2022 DE L'ÉTABLISSEMENT
Pourcentage des résultats de dépistage de la COVID-19 transmis en moins de 24 heures entre le prélèvement et l'émission du résultat par les laboratoires du réseau	90 %	97 %	85,0 %
Délai entre la création d'un cycle de cas et d'un cycle de contact communautaire à risque modéré	24	74,09	48 heures

COMMENTAIRES

Indicateur 1 | Pourcentage des résultats de dépistage de la COVID-19 transmis en moins de 24 heures entre le prélèvement et l'émission du résultat par les laboratoires du réseau

Nous avons conclu des ententes avec certains partenaires afin de permettre d'absorber des hausses de volumes et nous avons dédié des équipes aux analyses COVID-19. De plus, le suivi sur une base quotidienne de l'état de cet indicateur a permis de mettre en place des mesures de correction advenant une augmentation des délais.

Indicateur 2 | Délai entre la création d'un cycle de cas et d'un cycle de contact communautaire à risque modéré

Nous avons mis en place des équipes d'enquêteurs qui avaient le mandat d'identifier les contacts communautaires à risque modéré des personnes atteintes de la COVID-19. L'objectif était de transmettre l'information pertinente aux contacts modérés en lien avec le risque d'avoir contracté la maladie et des mesures de précaution à prendre.

OBJECTIF : AUGMENTER LA COUVERTURE VACCINALE CONTRE LA COVID-19 CHEZ LES PERSONNES DE 12 ANS ET PLUS, POUR CHAQUE GROUPE D'ÂGE

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2021	RÉSULTAT AU 31 MARS 2022	ENGAGEMENT 2021-2022 DE L'ÉTABLISSEMENT
Taux cumulé de couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes de 12 ans et plus, pour chaque groupe d'âge	12,7 %	81,9 %	N/D

COMMENTAIRES

L'établissement a déployé l'offre vaccinale contre la COVID-19 en respectant la priorisation du Ministère pour les groupes prioritaires. L'offre de service a été offerte sur l'ensemble du territoire estrien et s'est adaptée aux besoins de la population (centres de vaccination, équipes qui se déplacent dans les milieux, autobus de vaccination). Des stratégies d'informations multiples ont également été mises en place afin de soutenir une décision éclairée par la population (brigade d'étudiants qui a fait des interventions dans des quartiers, appels téléphoniques, présence dans des lieux scolaires ou de loisirs). La vaccination contre la COVID-19 a demandé une grande agilité de nos équipes et la contribution de plusieurs employés, gestionnaires et professionnels externes à notre direction et organisation ce qui a permis la réalisation de la vaccination de notre population. Ce fut une opération d'envergure qui n'avait jamais été expérimentée par le passé.

Légende

- 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 %

3

ACTIVITÉS RELATIVES À
LA GESTION DES RISQUES
ET DE LA QUALITÉ



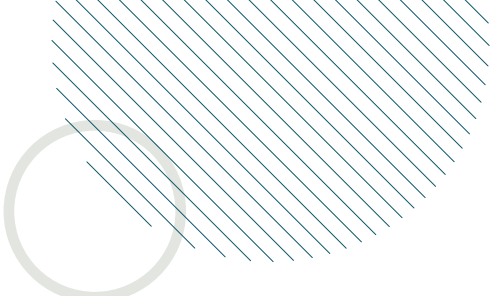
L'AGRÉMENT

Le programme d'Agrément Canada amène notre organisation à recevoir trois visites sur un cycle de cinq ans entre 2018 et 2023. Les normes et les programmes-services sont évalués par Agrément Canada selon une même séquence dans tous les établissements du Québec. Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a eu des visites en 2019, en 2021 et la prochaine visite est prévue en 2023.

Pour la visite de 2019, les suivis requis ont été faits et acceptés par Agrément Canada. Il reste un seul suivi à remettre le 8 juin 2022 pour des éléments en lien avec le bilan comparatif des médicaments pour les services d'obstétrique.

La visite de 2021 a permis de confirmer que le CIUSSS de l'Estrie – CHUS maintient son statut d'organisme agréé avec un taux de conformité de 93,6 % aux critères évalués. L'équipe visiteuse d'Agrément Canada a tenu à souligner les bons coups suivants : des « gens de cœur » engagés, des personnes usagères et familles au cœur des soins et services, une organisation apprenante et des équipes professionnelles résilientes. À la suite de cette visite, un total de 100 non-conformités nécessitera des remises de preuves à Agrément Canada pour le 29 octobre 2022.

Cela concerne principalement les éléments suivants : bilan comparatif des médicaments (BCM), transfert d'information aux points de transition, chutes, identification des personnes usagères et consentement aux soins. Les équipes sont en action afin de réaliser un plan d'amélioration de la qualité pour ajuster les façons de faire à ce qui est demandé.



LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

ACTIONS RÉALISÉES POUR PROMOUVOIR DE FAÇON CONTINUE LA DÉCLARATION ET LA DIVULGATION DES INCIDENTS ET DES ACCIDENTS

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS inscrit la qualité et la sécurité dans la prestation des soins et des services aux personnes usagères comme une priorité organisationnelle. La gestion des événements indésirables survenus dans le cadre de la prestation de soins et de services a été maintenue dans les priorités de l'organisation, et ce, même en contexte de délestage pendant la pandémie de COVID-19. Ainsi, même si au cours de la dernière année, les activités de promotion de la déclaration des événements et de la divulgation des accidents ont été perturbées, la Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat (DQEPP) a continué d'offrir un soutien personnalisé à l'ensemble des directions selon leur besoin pour s'assurer que la gestion des événements soit réalisée selon les pratiques optimales attendues. Quelques séances de formation ont notamment été présentées, par les professionnelles en gestion des risques, aux employés et nouveaux gestionnaires en lien avec les différents processus de la gestion des événements, telles la déclaration, l'analyse, la divulgation et la mise en place de mesures visant l'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins et des services.

Une vigie a été réalisée afin de s'assurer que la saisie et l'analyse des incidents et des accidents soient effectuées en continu dans toutes les installations, de permettre l'identification et la mise en place de mesures correctives et d'alimenter les registres locaux et nationaux.

La DQEPP, en collaboration avec ses différents partenaires qualité, a également procédé à la révision de la procédure de gestion des événements sentinelles survenus lors de la prestation de soins et de services aux personnes usagères afin de répondre aux exigences légales, réglementaires et normatives en matière de gestion des risques. La révision de cette procédure s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de nos processus et a permis entre autres, la création de critères communs de formulation des recommandations suite à un événement.

Malheureusement les travaux débutés en lien avec la promotion d'une culture de sécurité n'ont pas pu progresser, dû à la priorité donnée aux actions en lien avec la pandémie.

PRINCIPAUX RISQUES D'INCIDENTS ET D'ACCIDENTS MIS EN ÉVIDENCE AU MOYEN DU SYSTÈME LOCAL DE SURVEILLANCE

En Estrie, 31 490 événements ont été déclarés entre le 1^{er} avril 2021 et le 31 mars 2022. La moyenne de déclarations se situe à 2 422 événements par période. La majorité des événements déclarés se sont produits dans les CHSLD (50,1 %) et dans les centres hospitaliers (36,8 %).

Les principaux types d'événements déclarés sont reliés aux chutes (36,8 %), puis à la médication (29,7 %), suivis des événements autres (16,5 %), par exemple des blessures d'origine inconnue ou les plaies de pression.

LES TROIS PRINCIPAUX TYPES D'INCIDENTS (INDICES DE GRAVITÉ A ET B) MIS EN ÉVIDENCE AU MOYEN DU SYSTÈME LOCAL DE SURVEILLANCE SONT :

NATURE DES TROIS PRINCIPAUX INCIDENTS POUR 2021-2022			
PRINCIPAUX TYPES D'INCIDENTS (3)	NOMBRE	Pourcentage par rapport à l'ensemble des incidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements
Médications	1 219	33,6 %	3,9 %
Autres	673	18,6 %	2,1 %
• Autre	303	8,4 %	1,0 %
• Erreur liée au dossier	133	3,7 %	0,4 %
• Lié aux mesures de contrôle (isolement et contention)	94	2,6 %	0,3 %
• Lié à l'identification	34	0,9 %	0,1 %
• Trouvé en possession d'objets dangereux (arme à feu, arme blanche, etc.)	17	0,5 %	0,05 %
Traitement	368	10,1 %	1,2 %

**LES TROIS PRINCIPAUX TYPES D'ACCIDENTS (INDICES DE GRAVITÉ C À I)
MIS EN ÉVIDENCE AU MOYEN DU SYSTÈME LOCAL DE SURVEILLANCE SONT :**

NATURE DES TROIS PRINCIPAUX ACCIDENTS POUR 2021-2022			
PRINCIPAUX TYPES D'ACCIDENTS (3)	NOMBRE	Pourcentage par rapport à l'ensemble des accidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements
Chutes	11 428	41,0 %	36,3 %
Médications	8 144	29,2 %	25,9 %
Autres	4 518	16,2 %	14,3 %
• Blessure d'origine inconnue	1 587	5,7 %	5,0 %
• Blessure d'origine connue	932	3,3 %	3,0 %
• Autre	545	2,0 %	1,7 %
• Lié aux mesures de contrôle (isolement et contention)	228	0,8 %	0,7 %
Obstruction respiratoire	224	0,8 %	0,7 %

Il est à noter que ces données sont celles disponibles en date du 15 juin 2022.

LES ACTIONS ENTREPRISES PAR LE COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET LES MESURES MISES EN PLACE PAR L'ÉTABLISSEMENT EN LIEN AVEC LES PRINCIPAUX RISQUES D'INCIDENTS ET D'ACCIDENTS IDENTIFIÉS PRÉCÉDEMMENT :

Structure de gouverne qualité

Différentes instances au sein de notre établissement exercent un rôle de vigie, d'analyse et de suivi des principaux risques identifiés, notamment :

- Comité d'amélioration continue sur les risques d'abus et d'agression envers les résidents en CHSLD;
- Comité d'amélioration continue sur les chutes;
- Comité d'amélioration continue sur la prévention du suicide;
- Comité d'amélioration continue sur les mesures de contrôle;
- Comité d'amélioration continue sur le transfert de l'information aux points de transition;
- Groupe de travail sur l'identification des usagers;
- Comité directeur sur la gestion intégrée des risques;
- Conseils professionnels;
- Structure de gouverne sur le circuit du médicament incluant un palier stratégique, tactique et opérationnel;
- Structure de gouverne sur la prévention et contrôle des infections nosocomiales incluant un palier stratégique, tactique et opérationnel;
- Instance de pilotage de la qualité des soins et des services.

Actions globales et transversales

- Production du Rapport 2020-2021 des événements déclarés lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Production de rapports trimestriels sur la prestation sécuritaire des soins et des services aux personnes usagères;
- Production de portraits trimestriels sur les événements sentinelles;
- Pilotage de l'actualisation des recommandations issues de l'analyse des événements sentinelles afin d'atteindre 65 % de taux de réalisation des recommandations dans un échéancier de six mois (indicateur du plan annuel de l'établissement);
- Révision de la procédure de gestion des événements sentinelles du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Réalisation d'une analyse systémique des recommandations du coroner émises au CIUSSS de l'Estrie – CHUS et du suivi qui en est fait;
- Poursuite de l'identification d'actions préventives spécifiques à certains types de risques (chutes, médication, suicide, agression) afin de diminuer leur fréquence et leur gravité, avec la contribution des comités d'amélioration continue (CAC) inter directions. Les CAC ont mis à la disposition des gestionnaires des outils afin de soutenir le déploiement au sein des directions.

Prévention des chutes

- Les activités du CAC prévention des chutes ont été ralenties dans le contexte de la pandémie, seulement la moitié des rencontres prévues ont pu avoir lieu. La diffusion de deux bonnes pratiques en lien avec la prévention des chutes a été faite en juin 2021. La première concerne la mise en place de précautions universelles dans l'ensemble du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Celles-ci concernent tant la sécurité des lieux, l'assistance à la mobilité, la réduction des facteurs de risques et l'enseignement à la personne usagère et ses proches. La seconde bonne pratique diffusée concerne quant à elle le dépistage du risque de chute, sa documentation, la mise en place et l'évaluation de mesures préventives selon le risque présent. Des interventions de soutien ont été offertes par les conseillers/conseillères-cadres de la Direction des soins infirmiers (DSI) et de la Direction des services multidisciplinaires (DSM) auprès des équipes. Un rapport d'analyse des incidents et accidents sur les chutes a été présenté au comité de prestation sécuritaire des soins et des services aux usagers (CPSSSU) le 9 mars 2022. Le rapport comprend 17 recommandations et doit être adopté au comité de vigilance et de la qualité au début de la nouvelle année financière.

Circuit du médicament

- La gestion du circuit du médicament au CIUSSS de l'Estrie – CHUS inclut notamment une structure de gouverne interdisciplinaire transversale composée d'un comité stratégique, un comité tactique et huit comités opérationnels. Elle inclut également une ressource dédiée à l'amélioration du circuit du médicament. L'approche d'amélioration du circuit du médicament privilégiée par le département de pharmacie repose sur une évaluation comparative des meilleures pratiques publiées, l'analyse prospective des processus, et la mise en place de solutions préventives avant la survenue d'un événement indésirable;
- La surveillance de la sécurité du circuit du médicament repose en partie sur 11 indicateurs transversaux mesurés annuellement, dont trois nouveaux ajoutés cette année. À cela s'ajoute des questionnaires d'autoévaluation des bonnes pratiques recommandées par des experts, des analyses et de la surveillance des déclarations d'incidents, accidents et d'événements sentinelles;
- Suivant la complétion du questionnaire développé par l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP Canada), des actions locales ont ensuite été identifiées, par les comités opérationnels, ainsi que des actions transversales par le comité tactique, incluant la formation du nouveau personnel sur l'utilisation des stylos d'insuline, la surveillance de l'utilisation des technologies, et l'évaluation des personnes usagères avant de débiter des opiacés, dont les timbres de Fentanyl;
- Un processus de déclaration des réactions indésirables graves aux médicaments est en place dans l'ensemble du CIUSSS de l'Estrie – CHUS depuis le 16 décembre 2019 pour satisfaire aux exigences de la nouvelle Loi visant à protéger les Canadiens contre les drogues dangereuses (Loi de Vanessa). Plus de 450 effets indésirables graves aux médicaments ont été rapportés à Santé Canada depuis l'entrée en vigueur de la Loi. Les résultats d'une analyse effectuée sur les données récoltées durant la première année ont été présentés au comité de pharmacologie en décembre 2020;
- Parmi les projets d'amélioration complétés ou en cours de réalisation, on compte les suivants :
 - Mise sur pied d'une structure de gouverne des dispositifs d'administration de médicaments parentéraux : création de trois comités et un groupe de travail (acquisition et entretien, formation, programmation, pratiques professionnelles). Cette structure permettra notamment d'optimiser l'utilisation des fonctions de sécurité des pompes à perfusion programmables intelligentes;
 - Création d'un groupe de travail pour favoriser la réalisation du bilan comparatif des médicaments (BCM) pour les secteurs visés;
 - Capsule de sensibilisation sur les comportements à risque visant le personnel en soins infirmiers (pour fin décembre 2021);
 - Directive sur la double vérification indépendante interdisciplinaire harmonisée pour l'ensemble de l'établissement (déploiement prévu pour l'hiver 2022);
 - Poursuite des travaux sur la sécurité de l'utilisation de l'épinéphrine : conception d'une capsule de formation sur son utilisation sécuritaire (en voie de finalisation) et la rédaction d'une ordonnance collective et d'un formulaire d'ordonnance préimprimé pour l'anaphylaxie (en cours d'approbation);
 - Mise sur pied d'un groupe de travail sur l'utilisation sécuritaire des timbres transdermiques, avec emphase sur l'harmonisation de l'administration des timbres de Fentanyl;
 - La planification (en cours) de l'informatisation complète du circuit du médicament à l'Hôpital de Granby.

Surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales

- Révision de la structure de gouvernance de la prévention et contrôle des infections afin de permettre une gestion intégrée des différents volets de la PCI (nosocomiale, santé du travailleur et communautaire) ainsi qu'une plus grande agilité organisationnelle. Relevant de la Direction générale, des travaux ont été faits afin d'arrimer les acteurs de la santé publique, de l'équipe PCI et des services de proximité;
- Poursuite du dossier des meilleures pratiques en prévention et contrôle des infections au regard de la COVID-19 — Programme de formation par palier du MSSS en collaboration avec la Croix-Rouge :
 - Intervenants-formateurs PCI : 30 personnes ciblées formées;
 - Champions PCI : 82 personnes formées dans nos établissements et 85 personnes formées œuvrant auprès de nos partenaires (RI-RTF, RPA, ressource d'hébergement dépendance, CHSLD privé).
- Formation en cours d'emploi :
 - 97 travailleurs de la santé formés en présentiel sur l'utilisation adéquate des équipements de protection individuelle;
 - 4 689 travailleurs de la santé ont suivi au moins 15 minutes de formation en ligne en lien avec la prévention et le contrôle des infections dans l'environnement numérique d'apprentissage (ENA). La moyenne du temps de formation par individu est de 45 minutes.
- Audit sur l'hygiène des mains (HDM) ainsi que sur le respect du port des équipements de protection individuelle (EPI) (47 446 audits sur l'HDM effectués et 1 598 audits sur les EPI). Le taux d'observance à l'HDM est de 85 % donc, atteinte de la cible MSSS qui était fixé à 80 %;
- Rédaction et ajustement en continu selon l'évolution des connaissances scientifiques sur les mesures de PCI de la COVID-19 (56 procédures rédigées ou révisées);
- Création de comités de gestion d'éclosion au niveau opérationnel et tactique ad hoc lors de situation d'éclosion de COVID-19 et production de rapport d'éclosion incluant le sommaire de l'enquête épidémiologique, le plan d'action mis en place ainsi que les recommandations subséquentes (en 2021-2022, nous avons répertorié 115 éclosions de COVID-19, sept éclosions de syndrome d'allure grippale, cinq éclosions de gastro-entérite, quatre éclosions de virus respiratoire syncytial, quatre éclosions de diarrhées à Clostridioïde difficile (DACD) ainsi qu'une éclosion de chacun des pathogènes suivants : Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM), Bacilles à Gram négatif producteur de carbapénémases (BGNPC), pseudomonas et gale;
- Contribution au processus de gestion des travailleurs de la santé lors d'obtention d'un résultat positif à la COVID-19 (enquête sur les impacts dans le milieu, organisation des dépistages massifs, conseils, etc.);
- Déploiement d'une surveillance provinciale de la COVID-19 (saisie quotidienne d'indicateurs);
- Contribution à la surveillance provinciale des infections nosocomiales (SPIN) pour les programmes obligatoires :
 - Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM);
 - Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV);
 - Bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases (BGNPC);
 - Diarrhée à Clostridium difficile (DACD);
 - Bactériémie panhospitalière;
 - Bactériémie à Staphylococcus aureus;
 - Bactériémie sur cathéters centraux aux soins intensifs;
 - Bactériémie associée aux cathéters centraux en hémodialyse.



LES PRINCIPAUX CONSTATS TIRÉS DE L'ÉVALUATION ANNUELLE DE L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE DES USAGERS (ARTICLE 118.1 LSSSS)

Étant donné la poursuite de la pandémie au cours de l'année 2021-2022, les rencontres et travaux du comité d'amélioration continue sur les mesures de contrôle ont malheureusement été reportés. Cependant, la fiche d'instance du comité d'amélioration continue sur les mesures de contrôle a été mise à jour et celle-ci précise entre autres, le mandat du comité, les rôles et responsabilités. De plus, en collaboration avec l'instance de pilotage de la qualité, les échéanciers du plan d'action du comité d'amélioration continue sur les mesures de contrôle ont été révisés et les activités devraient reprendre au printemps 2022.

Tel que prévu dans le cadre de référence, les directions cliniques reprendront leurs travaux d'élaboration des protocoles spécifiques en fonction des besoins particuliers de leurs clientèles. L'adoption de ces protocoles a été reportée en 2023. Le contexte de la pandémie de COVID-19 a limité la réalisation d'audits. Nous souhaitons que l'année en cours nous permette de présenter des données et une analyse plus complète à partir des audits, tel que prévu au cadre de référence.

LES MESURES MISES EN PLACE PAR L'ÉTABLISSEMENT OU SON COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ (CVQ) À LA SUITE DES RECOMMANDATIONS FORMULÉES PAR LES INSTANCES SUIVANTES

Différents tableaux de bord pour le suivi des indicateurs associés à la qualité et à la sécurité des soins et des services, dont le suivi de ces instances, ont fait l'objet de présentations et de discussions lors des différentes rencontres du CVQ.

Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services

En 2021-2022, l'équipe des commissaires aux plaintes a conclu 1 073 dossiers de plaintes et d'interventions, soit une légère diminution du nombre de dossiers par rapport à l'an dernier (1 177). Les insatisfactions des personnes usagères ont porté le plus souvent sur les soins et services dispensés, les relations interpersonnelles, et l'organisation du milieu et des ressources matérielles. Au total :

- 229 mesures ont permis de rehausser la qualité et la sécurité des soins ou des services, par exemple :
 - Développer un algorithme, pour le personnel des urgences en indiquant clairement les ressources à contacter lors de crises comportementales de jeunes enfants et d'en assurer la diffusion dans tous les services d'urgence de l'établissement;
 - Réévaluer le dossier à la résidence et ainsi valider l'hébergement en CHSLD.
- 191 mesures sont liées à la qualité des relations interpersonnelles avec les personnes usagères, par exemple :
 - Assurer, sur chaque quart de travail, d'identifier un seul professionnel de l'unité de soins qui a la responsabilité de répondre aux appels téléphoniques du proche de la personne usagère et lui rappeler ses obligations déontologiques et celles inscrites au code d'éthique du CIUSSS de l'Estrie — CHUS;
 - Rappeler aux personnels l'importance d'être sensibles au vécu des patients et de leur famille et démontrer respect et empathie.

- 156 mesures se rapportant à l'organisation du milieu et des ressources matérielles, par exemple :
 - Bonifier l'offre de service alimentaire végétarienne sur 3 semaines en respectant les exigences des 1 800 calories et les 80 grammes de protéines par jour;
 - Prendre les moyens nécessaires pour que les membres du personnel avisent rapidement leurs gestionnaires lorsqu'ils constatent un risque pour la sécurité des résidents (ex. : une porte de sortie de l'unité mal verrouillée).

Le rapport annuel complet du Bureau des plaintes et de la qualité des services (BPQS) est disponible sur le site internet du CIUSSS de l'Estrie — CHUS, à l'adresse suivante : **santeestrie.qc.ca**, section « **Médias et publications/Rapports** ».

Le Protecteur du citoyen

Au cours de l'année 2021-2022, nous avons reçu 29 rapports s'adressant à plusieurs installations différentes (voir la liste des recommandations au tableau 1 à la page suivante), dont 20 rapports sans recommandation. Cinq dossiers ont été fermés, quatre demeurent en suivi et 33 % des recommandations ont été actualisées. Au cours de l'année précédente, nous avons reçu 10 rapports avec recommandations.

Il s'agit d'une baisse comparativement à l'année précédente. Les objets des recommandations des rapports reçus en cours d'année concernaient :

- L'accompagnement et le soutien du CIUSSS de l'Estrie — CHUS envers une résidence pour personnes âgées dans le maintien de l'application des mesures visant à assurer des soins et des services adéquats et sécuritaires;
- L'élaboration d'un plan thérapeutique infirmier dans le cadre du programme de prévention et de gestion des chutes ainsi que le respect du personnel en regard des recommandations formulées par un physiothérapeute dans le suivi d'une personne usagère;
- Le changement de l'intervenant au dossier d'une personne usagère lorsque celui-ci est engagé dans une démarche de plainte policière, et ce, afin de garantir une objectivité optimale et dissiper la méfiance de la personne usagère;
- La révision du mécanisme d'accès en déficience adulte pour les services spécifiques au sein de chaque réseau local de services;
- La création d'outils concrets de priorisation dans le traitement des demandes d'aides matérielles au comité d'allocation en soutien à domicile et l'ajout du critère de risque de détérioration au formulaire;
- La divulgation de la tarification de base lors d'une consultation d'une personne usagère non-résidente ainsi que la révision de la procédure d'accueil et des formulaires présentés;
- Les délais et la formation du personnel infirmier aux procédures d'évaluation et de réévaluation à l'urgence.

Par ailleurs, pour l'ensemble des 130 rapports reçus du Protecteur du citoyen depuis le 1^{er} avril 2015, 199 recommandations ont été émises et 91 % des recommandations ont été actualisées.

TABLEAU 1 – LISTE DES MESURES MISES EN PLACE 2021-2022 | PROTECTEUR DU CITOYEN

MESURES MISES EN PLACE	ÉTAT D'AVANCEMENT	
	RÉALISÉ	EN COURS
● Mettre en place un moyen de communication pour favoriser le partage d'informations entre l'équipe de soins et les proches aidants de la personne usagère concernée; ● Fournir à la résidente concernée les protections pour les hanches adaptées à ses besoins; ● S'assurer du respect du plan de soins lié à la prévention des chutes de la résidente concernée; ● S'assurer que le personnel utilise les techniques adéquates pour déplacer les personnes hébergées.		X
● Réviser les ratios de personnel de soins et d'assistance afin de s'assurer qu'ils sont sécuritaires en fonction des besoins des résidents, du contexte et des caractéristiques de l'établissement concerné; ● Produire un état de situation sur la qualité et la sécurité des soins et des services offerts, incluant une vigilance quant aux gestes de maltraitance; ● Élaborer un plan d'action afin d'assurer une offre de service de qualité, de sécurité et empreinte de bientraitance.	X	
● Tenir compte des besoins de soutien aux familles pendant la période estivale lors de la redistribution des sommes allouées afin de prévenir la surcharge et l'épuisement.	X	
● Remettre à la représentante de la personne usagère, dans le cadre du Programme de soutien à la famille, les montants d'aide auxquels il a droit en tant qu'enfant de 12 ans, en vertu des barèmes en vigueur, à partir de la date à laquelle il a atteint cet âge, et ce, d'ici le 17 décembre 2021; ● Tenir compte, dans le cadre de l'octroi de l'aide par le comité d'allocation sur la base de l'évaluation, des besoins de la personne usagère en soutien à domicile et de la charge supplémentaire, pour la mère, pour la réalisation des activités de la vie quotidienne de son fils et ajuster, le cas échéant, le nombre d'heures supplémentaires de service en conséquence, et ce, d'ici le 17 décembre 2021; ● Reconduire, jusqu'à ce que les travaux majeurs de révision en cours des modalités du Programme de soutien à la famille soient exécutés, l'entente avec la mère de la personne usagère à l'effet de pouvoir cumuler de deux à trois mois d'allocation lui permettant de bénéficier des journées de répit de 24 heures, et lui transmettre par écrit la confirmation de cette entente, et ce, d'ici le 1^{er} décembre 2021.	X	
● Préciser les circonstances où le personnel du CIUSSS peut demander des informations relativement à la situation financière des personnes usagères, et informer les gestionnaires, professionnels ainsi que les intervenants pivots de ces changements de pratiques administratives, par exemple par l'entremise d'une note de service.	X	

MESURES MISES EN PLACE	ÉTAT D'AVANCEMENT	
	RÉALISÉ	EN COURS
● Planifier et actualiser une rencontre entre la personne et la chef de service du secteur évaluation/orientation afin que des éclaircissements et des explications lui soient donnés en regard du processus et ainsi clarifier les ambiguïtés; ● Mandater une intervenante qualifiée et formée pour intervenir en conflit sévère de séparation à l'application des mesures dans ce dossier.	X	
● Effectuer un suivi rigoureux des résultats atteints dans le cadre de la mise en œuvre de son plan d'amélioration de la qualité des soins et des services fournis dans ses CHSLD; ● Respecter la directive ministérielle indiquant d'assurer la présence d'un infirmier ou d'une infirmière à chaque quart de travail dans les CHSLD; ● S'assurer que les déplacements, au moyen de lève-personne, sont effectués dans le respect des normes de sécurité applicables; ● Implanter un programme de formation, pour l'ensemble du personnel soignant et des gestionnaires œuvrant en CHSLD, sur les meilleures pratiques de prévention, de repérage et d'intervention en matière de maltraitance; ● S'assurer que l'application des mesures de contrôle dans ses CHSLD est effectuée en conformité avec les normes établies; ● Développer une stratégie détaillée dotée d'échéanciers dans le but de promouvoir des soins et des services compétents et empreints de bientraitance à l'égard des personnes hébergées dans les CHSLD; ● Soutenir le personnel soignant et les gestionnaires en CHSLD afin de réduire la détresse de ceux-ci et d'accroître le soutien qui leur est fourni.		X
● Annuler dans les 30 jours de la réception des présentes conclusions, la facture d'un montant de 380 \$ adressée à la personne usagère pour la lentille intraoculaire insérée dans son œil droit.	X	
● Former le personnel infirmier effectuant des soins à domicile en s'assurant d'inclure les éléments suivants : ○ Évaluation et particularités des plaies chroniques ou complexes : signes de la propagation de l'infection (local, tissus environnants et systémiques); ○ Facteurs à risque d'infection : facteurs perturbant la cicatrisation d'une plaie (incluant l'alimentation, le diabète) et l'enseignement associé; ○ Plan de traitement : critères d'ajustement, produits utilisés et contre-indications (notamment lors d'une insuffisance rénale), fréquence de changement; ○ Réévaluation des plaies (stade, profondeur, emplacement, taille, odeur, fistules, envahissement, propagation, exsudat, apparence du lit de la plaie, aspect de la peau en périphérie et bordures de la plaie); ○ Normes de documentation associées; ○ Mettre en place un outil d'évaluation standardisé en soins de plaies.	X	

Le coroner

Au cours de l'année 2021-2022, l'établissement a reçu quatre rapports avec recommandations s'adressant à des installations différentes (voir la liste au tableau 2). Un dossier est en cours de suivi, trois dossiers sont fermés et 56 % des recommandations ont été actualisées dans les délais. Il s'agit d'une baisse comparativement à l'année précédente, soit six en 2020-2021. Les objets des recommandations concernaient :

- L'application des outils de l'approche adaptée à la personne âgée par le personnel;
- L'application de la réévaluation du risque de chute lors de la survenue d'un tel événement;
- La documentation adéquate des mesures mises en place dans un contexte de chute;
- La création d'un comité interdisciplinaire en prévention des chutes et perte d'autonomie pour le CSSS du Granit;
- Le suivi et la transmission d'informations des mesures du plan d'intervention d'une personne usagère par le personnel de soins afin de favoriser un continuum de soins;
- La révision d'un événement en étude de cas avec le personnel infirmier dans un contexte de risque suicidaire;
- La présence d'un technicien en radiologie en tout temps au CSSS de Memphrémagog.

Par ailleurs, l'établissement a reçu 66 rapports sans recommandation, portant pour la plupart sur des chutes de personnes usagères en CHSLD.

Finalement, pour l'ensemble des 36 rapports avec recommandations reçus du coroner depuis le 1^{er} avril 2015, 65 recommandations ont été émises et 89 % de celles-ci ont été actualisées.

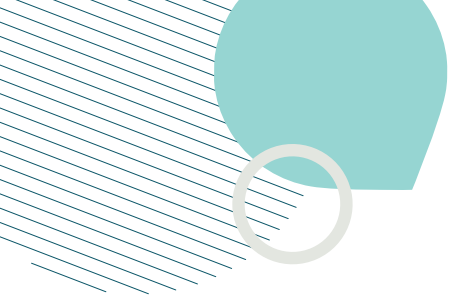
À la suite d'une recommandation du CPSSSU émise au mois d'octobre 2020, la DQEPP a effectué une analyse des rapports du coroner reçus. À titre de faits saillants, notons que :

- Plus de 58 % des recommandations sont en lien avec la pratique infirmière, la pratique médicale et la pratique professionnelle autre que médicale et infirmière;
- La durée moyenne de traitement des recommandations du coroner s'est améliorée depuis 2015;
- La proactivité de l'équipe de professionnels à la gestion des risques a permis de diminuer le nombre de recommandations en provenance du coroner.

Cette analyse sera présentée dans différentes instances de l'établissement au cours de l'année 2022.

**TABLEAU 2 – LISTE DES MESURES MISES EN PLACE
2021–2022 | BUREAU DU CORONER**

MESURES MISES EN PLACE	ÉTAT D'AVANCEMENT	
	RÉALISÉ	EN COURS
● S'assurer que les outils de l'approche adaptée à la personne âgée soient mis en application, dans les meilleurs délais, de façon à favoriser la qualité et l'efficacité des interventions visant à s'assurer de la modification des facteurs de risque les plus importants; ● S'assurer, dans les meilleurs délais, que la réévaluation des risques de chute soit effectuée à chaque fois que survient tel événement de façon à revoir l'efficacité des interventions auprès de la personne usagère et procéder à leur révision, s'il y a lieu; ● S'assurer que le personnel de soin documente les mesures mises en place pour la personne usagère et que le suivi soit réellement effectué, particulièrement lorsque la mesure identifiée est une surveillance accrue, tout comme il doit faire dans le cadre de soins dispensés à la personne usagère.	X	
● Procéder à la mise en place, dans les meilleurs délais, d'un comité interdisciplinaire de prévention des chutes et de la perte d'autonomie; ● S'assurer que les outils de l'approche adaptée à la personne âgée soient mis en application, dans les meilleurs délais, non seulement auprès du comité interdisciplinaire, mais également auprès du personnel de soins, de façon à favoriser la qualité et l'efficacité des plans d'interventions visant à s'assurer de la modification des facteurs de risque les plus importants; ● S'assurer qu'autant les équipes de soins que le comité interdisciplinaire documentent les mesures mises en place pour une personne usagère et leur suivi, notamment au dossier de la personne usagère; ● S'assurer que le personnel de soins soit informé de la mise en place d'un plan d'intervention pour une personne usagère afin de favoriser un continuum dans le maintien des mesures ciblées par un tel plan et le suivi des mesures.		X
● Revoir l'événement en étude de cas avec le personnel infirmier des trois quarts de travail, aux fins d'amélioration continue de l'évaluation du risque suicidaire dans le contexte où une personne usagère ayant été hospitalisé récemment pour un risque suicidaire, consulte au service d'urgence pour une problématique autre.	X	
● S'assurer de la présence d'un technicien en radiologie à toute heure du jour et de la nuit.	X	



La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse

Au cours de l'année 2021-2022, l'établissement a reçu un rapport sans recommandation. Il s'agit d'une baisse comparativement à l'année 2020-2021 où cinq rapports avec recommandations avaient été reçus.

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

Au cours de l'année 2021-2022, l'établissement n'a pas reçu de visites d'inspections professionnelles. Au niveau de l'OIIQ, les inspections ont eu lieu de façon individuelle auprès des membres choisis aléatoirement, selon divers domaines et lieux de pratique afin de vérifier la compétence de ses membres. La Direction des soins infirmiers n'est pas avisée par l'OIIQ du personnel inspecté, sauf si l'employé les avise. Depuis la création du CIUSSS de l'Estrie — CHUS, le registre de suivi des visites d'inspections professionnelles recense les visites d'inspections générales de groupe. Il ne comprend pas les autoévaluations, les audits de dossiers, ni les inspections individuelles. Le suivi des rapports de visite est sous la responsabilité des directions concernées et du professionnel.



LE NOMBRE DE MISES SOUS GARDE DANS UN ÉTABLISSEMENT SELON LA MISSION

	TOTAL ÉTABLISSEMENT (mission CH)
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	653
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	281
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	217
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présenté au tribunal par l'établissement	162
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécuté (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	149

LES PLAINTES — AU CŒUR DES DROITS DES USAGERS

En cas d'insatisfaction, une personne usagère peut formuler une plainte relative aux services reçus, à recevoir ou requis du réseau de la santé et des services sociaux. De plus, toute personne qui a des raisons de croire que les droits d'une personne usagère ou d'un groupe de personnes usagères ne sont pas respectés peut signaler la situation au commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

PORTER PLAINTÉ : UN GESTE SIMPLE POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ

Voici quelques exemples selon les principaux motifs d'insatisfaction :

Mesures d'amélioration concernant **la qualité et la sécurité des soins ou des services** :

- Développer un algorithme, pour le personnel des urgences en indiquant clairement les ressources à contacter lors de crises comportementales de jeunes enfants et d'en assurer la diffusion dans tous les services d'urgence de l'établissement;
- Réévaluer le dossier à la résidence et ainsi valider l'hébergement en CHSLD;
- Poursuivre l'encadrement des intervenants quant à la rédaction des notes d'évolution détaillées et en temps opportun.

Mesures d'amélioration concernant les **relations interpersonnelles** :

- Assurer, sur chaque quart de travail, d'identifier un seul professionnel de l'unité de soins qui a la responsabilité de répondre aux appels téléphoniques du proche de la personne usagère et lui rappeler ses obligations déontologiques et celles inscrites au code d'éthique du CIUSSS de l'Estrie — CHUS;
- Rappeler aux personnels l'importance d'être sensibles au vécu des patients et de leur famille et démontrer respect et empathie;
- Effectuer un rappel aux personnels sur la manière appropriée d'effectuer les tournées de nuit.

Mesures d'amélioration concernant l'**organisation du milieu et des ressources matérielles** :

- Bonifier l'offre de service alimentaire végétarienne sur trois semaines en respectant les exigences des 1 800 calories et les 80 grammes de protéines par jour;
- Prendre les moyens nécessaires pour que les membres du personnel avisent rapidement leurs gestionnaires lorsqu'ils constatent un risque pour la sécurité des résidents (ex. : une porte de sortie de l'unité mal verrouillée);
- Confirmer les rendez-vous des cliniques d'hémo-oncologie adultes par courriel ou envoi postal aux personnes usagères.

PROMOTION DES DROITS ET AUTRES ACTIVITÉS DES COMMISSAIRES

Dans le cadre de leurs fonctions, les commissaires ont réalisé 25 activités leur permettant d'informer et de faire la promotion des droits des usagers. Ils ont également participé à 19 activités visant la collaboration à l'évolution du régime d'examen des plaintes ainsi que la collaboration avec les comités des usagers et des résidents. Plusieurs communications avec le comité de vigilance et de la qualité et le conseil d'administration ont été faites. Au total, ce sont 62 « autres activités » qui ont été réalisées par l'équipe des commissaires, comparativement à 35 l'an dernier.

COLLABORATION AU FONCTIONNEMENT DU RÉGIME DES PLAINTES :

Rencontre de concertation BPQS — CUCI (projet sur le droit de porter plainte).

PROMOTION | INFORMATION | RÉGIME ET PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES :

Présentation aux exploitants de RPA lors d'une rencontre organisée par la DQEPP.

COMMUNICATIONS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION (EN SÉANCE) | AUTRE :

Rencontre du comité de révision du conseil d'administration.

Le rapport annuel complet du Bureau des plaintes et de la qualité des services (BPQS) est disponible sur le site internet du CIUSSS de l'Estrie — CHUS, à l'adresse suivante : santeestrie.qc.ca, section « **Médias et publications/Rapports** ».

L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION

Sous la supervision du comité agir pour et avec l'utilisateur, ses proches et la population, de nombreuses actions ont été déployées depuis 2017 afin de renforcer la participation des personnes usagères et de leurs proches dans la prestation et l'organisation des soins et services.

Au cours de l'année 2021-2022, on recense les initiatives suivantes :

SONDAGES D'ÉVALUATION DE L'EXPÉRIENCE DE LA PERSONNE USAGÈRE DANS LES SECTEURS SUIVANTS :

- Centres de dépistage de la COVID-19;
- Cliniques externes en pédiatrie;
- Soins infirmiers courants;
- Soins palliatifs et de fin de vie;
- Chimiothérapie;
- Unités d'hospitalisation en chirurgie;
- Unités d'hospitalisation en médecine;
- Personnes usagères en attente de service en santé mentale (première ligne);
- Centres d'hébergement en soins de longue durée;
- Télésanté.

PARTICIPATION DE PERSONNES USAGÈRES ET DE PROCHES AIDANTS LORS DE GROUPES DE DISCUSSION ET ENTREVUES :

- Feuillet d'information en imagerie médicale;
- Aménagement des locaux de chimiothérapie;
- Feuillet sur le rôle de la personne proche aidante en centre hospitalier (unités d'hospitalisation, soins intensifs et urgences);
- Élaboration d'une page web dédiée aux personnes proches aidantes sur santeestrie.qc.ca;
- Mise en place d'une structure d'accompagnement et de soutien pour les plans de services individualisés (Plan d'action pour les jeunes et leur famille);
- Désignation d'un intervenant pivot dans tous les cas où deux intervenants et plus interviennent auprès d'une famille (Plan d'action pour les jeunes et leur famille);
- Faire connaître la porte d'entrée des services jeunesse de proximité (Plan d'action pour les jeunes et leur famille);
- Mettre en place une structure de gouvernance jeunesse intersectorielle (Plan d'action pour les jeunes et leur famille);
- Maison des aînés;
- Rédaction du Cadre de référence sur les plans d'intervention individualisés;
- Rédaction de la Politique organisationnelle sur l'équité, la diversité et l'inclusion.



PARTICIPATION DE PERSONNES USAGÈRES COMME MEMBRES DE COMITÉS DE TRAVAIL :

- Politique Partenariat avec les proches aidants dans les soins et services;
- Centre de répartition des demandes de services spécialisés;
- Comité tactique agir pour et avec l'utilisateur, ses proches et la population;
- Groupe de réflexion éthique — COVID-19;
- Les mécanismes de transfert personnalisé interservices, interdirections et interorganisations (Plan d'action pour les jeunes et leur famille);
- Portrait des caractéristiques des jeunes et leurs familles (Plan d'action pour les jeunes et leur famille);
- Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers du CIUSSS de l'Estrie — CHUS;
- Personnes usagères partenaires dans les instances de recherche;
- Plan d'action sur la primauté de la personne (santé mentale);
- Partenariat avec les personnes usagères dans l'élaboration des plans d'intervention en soutien à domicile.

COMMUNICATIONS CIBLÉES AVEC LES PERSONNES USAGÈRES EN ATTENTE ET/OU VULNÉRABLES :

- État de situation et soutien aux directions pour l'analyse des informations;
- Appels de personnes usagères en attente des services (santé mentale);
- Réaffectation des employés en travaux légers pour appeler les personnes usagères en attente de chirurgie.

COMITÉS DES USAGERS :

- Consultations avec les comités des usagers et comités des résidents du CIUSSS de l'Estrie — CHUS.

4

APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE



RÉSUMÉ DU RAPPORT SUR L'APPLICATION DE LA POLITIQUE SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

TABLEAU : L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT
SUR LES SOINS DE FIN DE VIE (1^{er} avril au 31 mars 2022)

ACTIVITÉ	INFORMATION DEMANDÉE	NOMBRE
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	3 213
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	188
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	452
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	267
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	114
	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir en attente d'un statut	71
Aide médicale à mourir non administrées : les motifs	Décédé avant administration	67
	Répondait aux critères, mais a cessé d'y répondre	14
	Ne répondait pas aux conditions au moment de l'évaluation	7
	Le patient a changé d'idée	25
	Transfert vers un autre établissement	0
	Autres	1



SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE :

Cette donnée inclut le nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs à domicile et dans tous les centres hospitaliers, les centres d'hébergement de soins de longue durée et les maisons de soins palliatifs.

Par rapport à l'an dernier, nous constatons une croissance (2 801 versus 3 213).

SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE :

Pour la sédation palliative continue, nous constatons une légère augmentation d'environ 29 % par rapport à l'année 2020-2021. Dans l'ensemble, le formulaire de consentement et de déclaration de la sédation palliative continue a été utilisé selon les critères de la Loi. Il est à noter qu'un certain pourcentage de patients avaient initialement rempli un formulaire de demande d'aide médicale à mourir, mais leur condition clinique a justifié le changement.

AIDE MÉDICALE À MOURIR :

Nous observons une croissance importante d'environ 65 % des demandes d'aide médicale à mourir formulées. Celle-ci s'explique par une meilleure connaissance du soin et d'un élargissement des critères. Nous anticipons donc, pour l'an prochain, une hausse des demandes dans la catégorie « Mort naturelle non raisonnablement prévisible ». À noter que cette tendance est présente depuis l'entrée en vigueur de la Loi.

D'ailleurs, cette nouvelle trajectoire amène l'ajout d'une nouvelle catégorie dans la reddition de compte. Elle a été prénommée « Demande en attente d'un statut » puisque ces personnes avaient signé une demande d'aide médicale à mourir avant le 1^{er} avril 2022, mais elles sont toujours en attente d'un statut (administré ou non administré). En d'autres mots, elles recevront probablement le soin au cours de la prochaine année.

De manière générale, il y a peu d'enjeux d'accès à l'aide médicale à mourir pour notre établissement. Au cours de l'année, la coordonnatrice du Groupe interdisciplinaire de soutien a même offert plusieurs mentorats auprès de nos professionnels de la santé et répondu à de nombreuses demandes d'informations.



5

RESSOURCES
HUMAINES

LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC ET PRIVÉ CONVENTIONNÉ

TABLEAU : RÉPARTITION DE L'EFFECTIF EN 2021 PAR CATÉGORIE DE PERSONNEL

		Nombre d'emplois au 31 mars 2021	Nombre d'ETC en 2020-2021
1	Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	5 505	4 324
2	Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	6 191	4 482
3	Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	2 794	2 443
4	Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	4 284	3 583
5	Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales*	164	122
6	Personnel d'encadrement	544	522
7	Personnel embauché temporairement par arrêté ministériel	28	3
Total		19 510	15 477

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

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

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

La pandémie de la COVID-19 a engendré une hausse substantielle du nombre de salariés afin de répondre aux différents besoins de la population.

GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS

TABLEAU : PRÉSENTATION DES DONNÉES POUR LE
SUIVI DE LA LOI SUR LA GESTION ET LE CONTRÔLE
DES EFFECTIFS

11045150 CIUSSS de l'Estrie — CHUS		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars (Comparaison 2021-04-01 au 2022-03-31)		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT		Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées
1	Personnel d'encadrement	906 279	21 022	1 169 043
2	Personnel professionnel	3 273 643	60 724	4 217 160
3	Personnel infirmier	5 620 154	448 669	8 144 902
4	Personnel de bureau, technicien et assimilé	9 215 639	459 998	12 624 678
5	Ouvriers, personnel d'entretien et de service	3 646 847	184 953	4 735 143
6	Étudiants et stagiaires	29 143	2 737	160 582
Total 2021-2022				31 051 509
Total 2020-2021				30 009 250
			Cible 2021-2022	31 051 509
			Écart à la cible	0
			Écart à la cible en %	0

En tenant compte des heures liées à la gestion de la pandémie et des nouvelles mesures des conventions collectives, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS respecte la cible en heures rémunérées fixée par le MSSS.

6

RESSOURCES FINANCIÈRES



UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME

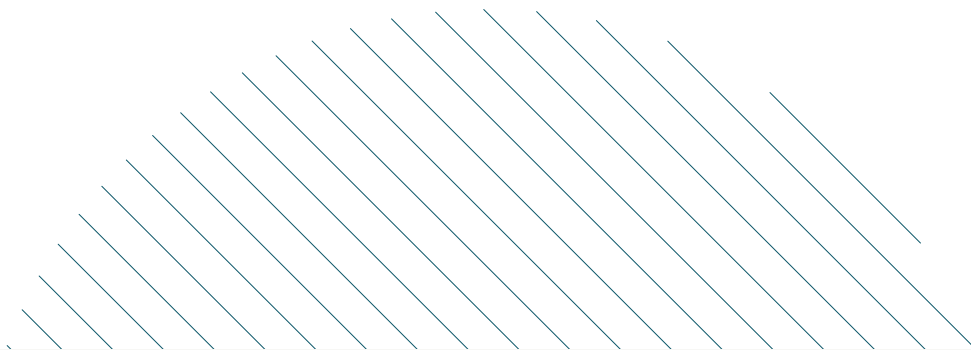
TABLEAU : DÉPENSES PAR PROGRAMMES-SERVICES

Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variation des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	Écart*	%**
PROGRAMMES-SERVICES						
Santé publique	81 848 171 \$	4,5 %	97 204 690 \$	4,5 %	15 356 519 \$	18,8 %
Services généraux — activités cliniques et d'aide	77 494 542 \$	4,2 %	105 336 619 \$	4,9 %	27 842 077 \$	35,9 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	369 667 622 \$	20,1 %	444 262 784 \$	20,4 %	74 595 162 \$	20,2 %
Déficience physique	46 893 898 \$	2,6 %	55 895 070 \$	2,6 %	9 001 172 \$	19,2 %
Déficience intellectuelle et TSA	51 636 824 \$	2,8 %	58 152 811 \$	2,7 %	6 515 987 \$	12,6 %
Jeunes en difficulté	113 971 362 \$	6,2 %	140 210 160 \$	6,5 %	26 238 798 \$	23,0 %
Dépendances	7 477 844 \$	0,4 %	9 864 268 \$	0,5 %	2 386 424 \$	31,9 %
Santé mentale	77 387 945 \$	4,2 %	98 718 164 \$	4,6 %	21 330 219 \$	27,6 %
Santé physique	651 334 071 \$	35,6 %	743 510 132 \$	34,5 %	92 176 061 \$	14,2 %
PROGRAMMES SOUTIEN						
Administration	109 200 964 \$	6,0 %	133 396 348 \$	6,2 %	24 195 384 \$	22,2 %
Soutien aux services	123 859 543 \$	6,8 %	141 391 232 \$	6,6 %	17 531 689 \$	14,2 %
Gestion des bâtiments et des équipements	121 068 878 \$	6,6 %	129 400 782 \$	6,0 %	8 331 904 \$	6,9 %
Total	1 831 841 664 \$	100 %	2 157 343 060 \$	100 %	325 501 396 \$	17,8 %

* : Écart entre les dépenses de l'année antérieure et celles de l'année financière terminée.

** : Résultat de l'écart divisé par les dépenses de l'année antérieure.

Pour plus d'informations sur les ressources financières, le lecteur peut consulter le rapport financier annuel AS-471 en date du 31 mars 2022 publié sur le site internet de l'établissement à l'adresse suivante : santeestrie.qc.ca dans la section « Médias et publications/rapports »



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 120 001) de l'article 387 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2), l'établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice et ne doit engager aucun déficit en fin d'exercice. Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice terminé le 31 mars 2022, le CIUSSS de l'Estrie — CHUS a respecté cette obligation légale.

L'établissement présente, pour l'exercice financier 2021-2022 terminé le 31 mars 2022, un surplus de 8 314 381 \$ au fonds d'exploitation, composé d'un surplus de 5 991 100 \$ aux activités principales et d'un surplus de 2 323 731 \$ aux activités accessoires. Le surplus des activités principales est directement lié à un financement non récurrent provenant du MSSS visant la reconnaissance de l'augmentation de la volumétrie des analyses de laboratoires entre 2019-2020 et 2021-2022. Pour ce qui est du fonds d'immobilisations, un surplus de 7 239 750 \$ est constaté. Ce surplus est expliqué principalement par le transfert des actifs de la Société québécoise des infrastructures (SQI) et par l'application du chapitre SP3410 relatif aux paiements de transfert. En somme, le surplus de l'établissement totalise 15 554 581 \$.

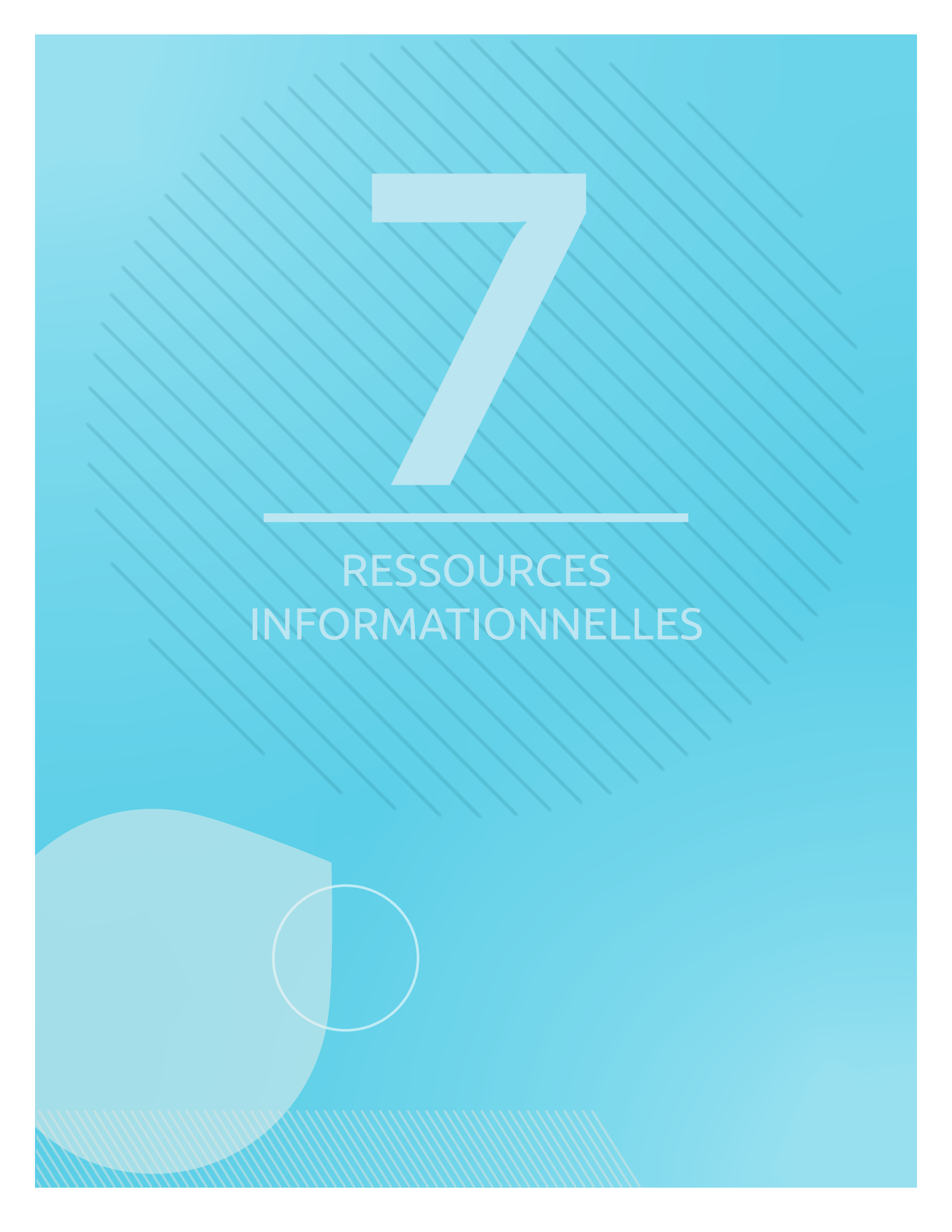
CONTRAT DE SERVICES

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

	NOMBRE	VALEUR
Contrats de services avec une personne physique ¹	35	2 933 298 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	286	147 186 752 \$
Total des contrats de services	321	150 120 050 \$

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

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



7

RESSOURCES
INFORMATIONNELLES

FAITS SAILLANTS DE LA CONTRIBUTION DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES À LA RÉALISATION DE SA MISSION

La Direction des ressources informationnelles et des technologies a mis en place de grands chantiers de modernisation pour faciliter la transition numérique devenue une obligation en raison de la pandémie de COVID-19. En effet, les équipes ont poursuivi le déploiement des équipements et des systèmes d'information permettant aux employés d'effectuer du télétravail et de la télésanté. De plus, pour soutenir cette transformation, des travaux sur l'ensemble du territoire ont été effectués afin de rehausser et permettre une meilleure capacité de la réseautique et une plus grande fiabilité des télécommunications.

L'informatisation des dossiers médicaux pour une meilleure fluidité des soins et services est une priorité qui s'accélère. Grâce aux avancées dans ce domaine, l'équipe du CIUSSS de l'Estrie — CHUS a pu mettre en place rapidement, entre autres, les retours informatisés des tests de dépistage de la COVID-19 par texto ou courriel.

Les équipements médicaux sont au cœur de la fluidité des soins et services. À cet effet, les équipes ont su adapter rapidement le parc d'équipements pour contrer les effets des différentes vagues de la pandémie. Les efforts se poursuivent en continu pour moderniser le parc d'équipements médicaux du CIUSSS de l'Estrie — CHUS.

Finalement, en lien avec la transformation numérique du réseau de la santé et des services sociaux, des efforts soutenus se maintiennent pour sécuriser les technologies de l'information en lien avec les orientations du ministère de la Cybersécurité et du Numérique et du ministère de la Santé et des Services sociaux.

8

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

RAPPORT FINANCIER — P. 140

En tant qu'établissement tenu de compléter la page 140 du rapport financier annuel (AS-471), vous trouverez ci-joint le tableau intitulé « État du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant ».

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

Les états financiers ont été audités par la firme Raymond Chabot Grant Thornton 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 Raymond Chabot Grant Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le conseil d'administration pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2022 - AUDITÉE

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

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX) 2	Nature 3	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée 4	État de la problématique au 31 mars 2022 5
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i>				
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	0500 Réserve	Transfert de la propriété des immeubles de la SQI vers les établissements du réseau de la santé en date du 1er avril 2021.	0600 Régulé
L'établissement a obtenu une subvention en lien avec les charges, déduction faite des économies, engendrées par la pandémie de COVID-19 pour le réseau de la santé. Nous n'avons pas été en mesure d'obtenir des éléments probants suffisants et adéquats en ce qui concerne les économies prises en compte. Par conséquent, nous n'avons pas pu déterminer si des ajustements pourraient devoir être apportés aux montants comptabilisés à titre de revenu de subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux ou à d'autres postes des états financiers au 31 mars 2021.	2020-2021	0500 Réserve	Aucune, était une directive du MSSS en 2020-2021.	0600 Régulé
L'établissement n'a pas comptabilisé de provision salariale en lien avec l'indexation et les forfaits de l'exercice terminé le 31 mars 2021 de certains corps d'emploi, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Ceci provient d'une décision du ministère de la Santé et des Services sociaux indiquant aux établissements de ne pas comptabiliser cette charge, puisque la subvention correspondante n'était pas approuvée en date du 31 mars 2021. Par conséquent, les comptes à payer au 31 mars 2021 et les salaires et charges sociales pour l'exercice terminé le 31 mars 2021 sont sous-évalués d'environ 53 000 000 \$.	2020-2021	0500 Réserve	Aucune, était une directive du MSSS en 2020-2021.	0600 Régulé
Au 31 mars 2021, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec exigeait que les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société québécoise des infrastructures soient 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. Au 31 mars 2021, les immobilisations corporelles ainsi que les obligations découlant de contrats de location-acquisition sont sous-évaluées de 62 394 978 \$. Nous avons exprimé une opinion d'audit modifiée sur les états financiers pour l'exercice terminé le 31 mars 2021, en raison des incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2021-2022	0500 Réserve	Aucune, la comptabilisation à titre de contrat de location-exploitation était une directive du MSSS au 31 mars 2021.	0620 Non réglé
Nous exprimons également une opinion d'audit modifiée sur les états financiers pour l'exercice considéré en raison des incidences de ce problème sur la comparabilité des chiffres de l'exercice considéré et des informations comparatives.				
L'établissement a obtenu une subvention en lien avec les charges, déduction faite des économies, engendrées par la pandémie de COVID-19. Nous n'avons pas été en mesure d'obtenir des éléments probants suffisants et adéquats en ce qui concerne les économies prises en compte. Par conséquent, nous n'avons pas pu déterminer si des ajustements pourraient devoir être apportés aux montants comptabilisés à titre de revenus de subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux ou à d'autres postes des états financiers pour les exercices terminés les 31 mars 2021 et 2022. Cette situation nous conduit donc à exprimer	2021-2022	0500 Réserve	Aucune, directive du MSSS.	0620 Non réglé

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2022 - AUDITÉE

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX)	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2022

Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant

Les non-conformités découlant de la compilation des unités de mesure et des heures travaillées ne sont pas prises en compte dans la réponse de l'auditeur étant donné que le MSSS a suspendu les travaux sur la mission d'audit des unités de mesure et des heures travaillées. Nous n'avons donc pas mis en oeuvre de procédures d'audit à cet effet.	2021-2022	0520 Commentaire	S/O	

Rapport à la gouvernance

La version de la base de données pour les applications GRF et GRM n'est plus supportée (Haute-Yamaska).	2014-2015	0510 Observation	Le fournisseur nous soutient avec les versions de bases de données actuelles. L'investissement requis pour la migration est important, nous devons évaluer le risque d'attendre le remplacement des systèmes par le projet provincial SIFARH pour lequel nous sommes région pilote.	0620 Non réglé
Nous avons observé que les pilotes sont responsables de la gestion des droits des utilisateurs à l'égard des applications Logibec Finance et Logibec Paie. Ces fonctions de gestion de la sécurité devraient être assurées par un nombre limité des membres autorisés des technologies de l'information. Nous avons aussi noté pour l'Active Directory qu'il y a plus d'une centaine d'administrateurs de domaine en raison de la fusion des établissements. Or, ce rôle doit être limité à un nombre restreint.	2018-2019	0510 Observation	Pour Logibec Finance, les pilotes du secteur utilisateur sont encore responsables de la gestion des droits d'accès. Cependant, le nombre de pilotes a sensiblement diminué. Pour ce qui est de Logibec Paie, la situation demeure inchangée. Cette fonction de gestion de sécurité de l'information n'est toujours pas assumée par un nombre limité d'employés autorisés du secteur des TI. Le nombre d'administrateurs de domaine de l'Active Directory a été réduit, mais des validations doivent encore être effectuées. Cette recommandation est intégrée au plan d'action en sécurité de l'information, Gestion de l'identité et des accès.	0610 Partiellement réglé
L'établissement devrait résumer les décisions financières ayant un impact sur les états financiers et les notes aux états financiers suite à la lecture des procès-verbaux découlant des rencontres du comité de vérification et de suivi budgétaire et des rencontres du conseil d'administration. De plus, il faudrait s'assurer que chacune de ces décisions soit reflétée adéquatement dans les informations financières produites par l'établissement et indiquer l'impact dans ledit résumé. L'absence d'un tel suivi augmente le risque que des informations financières ne soient pas bien traitées. Par exemple, il faut s'assurer que les contrats octroyés au cours de l'exercice et jusqu'en date du rapport de l'auditeur soient présentés dans les obligations contractuelles et/ou les événements	2021-2022	0510 Observation	Au cours de l'exercice 2022-2023, un processus sera mis en place afin de s'assurer que les décisions financières ayant un impact sur les états financiers et ayant été entérinées par le conseil d'administration soient reflétées adéquatement dans les informations financières produites par l'établissement.	0620 Non réglé

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2022 - AUDITÉE

Description des réserves, commentaires et observations subséquents si tel est le cas.	Année (XXXX-XXXX)	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2022

9

DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

DIVULGATION D'ACTES RÉPRÉHENSIBLES

Pour l'année 2021-2022, suivant une vérification auprès de la responsable du suivi des divulgations, le CIUSSS de l'Estrie — CHUS n'a aucun acte répréhensible à divulguer.

10

ORGANISMES
COMMUNAUTAIRES



NOMBRE D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR LE PSOC

Respect des règles et des normes

En 2021-2022, le CIUSSS de l'Estrée — CHUS a accordé par différentes enveloppes du Programme de soutien financier aux organismes communautaires (PSOC), 44 840 348 \$ à 202 organismes communautaires œuvrant sur le territoire.

DE CE MONTANT :

- Pour 191 organismes en soutien à la mission globale, la somme de 38 612 344 \$ a été attribuée. En effet, la région a reçu un montant récurrent supplémentaire de 951 751 \$ à compter de 2021-2022;
- Pour 60 organismes, la somme de 5 262 318 \$ a été versée pour le financement d'activités spécifiques;
- Pour 23 organismes, admis au PSOC œuvrant en santé mentale en fin d'année, un rehaussement à la mission globale a été consenti. Pour l'année 2021-2022, ces organismes ont reçu 2/12 du montant total, soit l'équivalent de 162 217 \$.

DANS LE CONTEXTE DE LA PANDÉMIE COVID-19 :

- Un fonds d'urgence denrées alimentaires de 184 629 \$ non-récurrent a été réparti pour soutenir 17 organismes dont les activités ont été considérées prioritaires pour répondre aux besoins des communautés.

VIOLENCE CONJUGALE (INCLUS DANS LE MONTANT MISSION GLOBALE) :

- Un fonds de 948 761 \$ récurrent a été versé spécifiquement aux six maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale de la région;
- Un financement récurrent de 222 724 \$ a été versé à deux organismes intervenant auprès des hommes aux prises avec des problèmes de violence dans un contexte conjugal.

Enfin, des ententes de services ont été conclues entre le CIUSSS de l'Estrée — CHUS et des organismes communautaires pour un montant de 7 212 272 \$.

ACTIONS RÉALISÉES

Au cours de l'année 2021-2022, comme l'exige le PSOC, le CIUSSS de l'Estrée — CHUS a analysé les documents de reddition de comptes des organismes communautaires sous sa responsabilité.

Un mécanisme de suivi est en place pour assurer la conformité et le respect des normes en accord avec les termes de la Convention PSOC 2015-2018 et du Cadre de reconnaissance et de relation de l'action communautaire autonome.

Base annuelle versée aux organismes communautaires de l'Estrée admis au PSOC pour 2020-2021 et 2021-2022

Veuillez noter que pour les organismes, identifiés d'un astérisque (*), le montant indiqué en mission globale est inférieur à l'année précédente pour l'année 2021-2022, car un des rehaussements reçus a été déplacé en entente pour activités spécifiques puisqu'une reddition de comptes spécifique était attendue. Dans les faits, l'organisme ne reçoit pas un montant inférieur. Le poste budgétaire a été corrigé pour l'année 2022-2023.

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES — ESTRIE	2020-2021 Base annuelle	2021-2022 Base annuelle	ORGANISMES COMMUNAUTAIRES — ESTRIE	2020-2021 Base annuelle	2021-2022 Base annuelle
A.R.C.H.E. de l'Estrie	270 383 \$	280 185 \$	Association des groupes jeunesse de l'Or Blanc	134 480 \$	141 998 \$
Aide communautaire de Lennoxville et des environs	227 982 \$	236 996 \$	Association des Personnes Aphasiques Granby-Région	63 951 \$	75 471 \$
Alternative en santé mentale l'Autre Versant inc.	458 366 \$	477 009 \$	Association des personnes handicapées physiques de Brome-Missisquoi	126 784 \$	134 033 \$
Animation Jeunesse Haut Saint-François	88 543 \$	96 775 \$	Association des proches de personnes atteintes de maladie mentale de l'Estrie	245 023 \$	260 645 \$
Arrimage Estrie	202 266 \$	210 978 \$	Association des sourds de l'Estrie	99 059 \$	105 930 \$
Association Avante	222 065 \$	231 003 \$	Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (A.Q.E.P.A.) Estrie (05)	72 220 \$	84 145 \$
Association de la fibromyalgie de l'Estrie	184 237 \$	192 661 \$	Association du syndrome de Down de l'Estrie	119 856 \$	129 133 \$
Association de la sclérose en plaques de l'Estrie	202 269 \$	210 981 \$	Association Épilepsie-Estrie	55 574 \$	62 879 \$
Association de parents de personnes handicapées de Brome-Missisquoi	91 174 \$	97 853 \$	Association Garagona inc.	104 587 \$	114 891 \$
Association de Sherbrooke pour la déficience intellectuelle (A.S.D.I.)	158 882 \$	166 845 \$	Association Granby pour la déficience intellectuelle	117 170 \$	124 411 \$
Association de spina bifida et d'hydrocéphalie de l'Estrie	99 059 \$	105 930 \$	Association PANDA Brome-Missisquoi	79 323 \$	91 378 \$
Association d'entraide en santé mentale « L'Éveil » de Brome-Missisquoi	193 469 \$	207 874 \$	Association québécoise des troubles d'apprentissage (AQETA) Section régionale Estrie	87 928 \$	96 694 \$
Association des accidentés cérébro-vasculaires ou traumatisés crâniens de l'Estrie (ACTE)	234 729 \$	243 961 \$	Association sportive jeunes handicapés Estrie	82 642 \$	91 323 \$

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES — ESTRIE	2020-2021 Base annuelle	2021-2022 Base annuelle	ORGANISMES COMMUNAUTAIRES — ESTRIE	2020-2021 Base annuelle	2021-2022 Base annuelle
Au point 14-18 de Danville	134 477 \$	72 604 \$	Centre d'action bénévole de Cowansville	211 529 \$	220 279 \$
Auberge sous mon toit inc.	474 168 \$	487 488 \$	Centre d'action bénévole de Farnham inc.	203 567 \$	212 190 \$
Autisme Estrie	285 388 \$	295 687 \$	Centre d'action bénévole de Granby inc.	259 017 \$	268 528 \$
Autre-Rive	166 269 \$	180 238 \$	Centre d'action bénévole de la M.R.C. de Coaticook	249 583 \$	258 943 \$
Azimut-Nord	91 209 \$	99 483 \$	Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord	178 525 \$	186 747 \$
Banque alimentaire Memphrémagog	139 257 \$	146 851 \$	Centre d'action bénévole de Magog (Carrefour du partage)	155 242 \$	163 092 \$
Bouée régionale Lac-Mégantic inc.	861 621 \$	767 637 \$*	Centre d'action bénévole de Richmond	151 953 \$	159 751 \$
Braille Atout	30 302 \$	35 140 \$	Centre d'action bénévole de Sherbrooke	87 993 \$	94 621 \$
Bulle et Baluchon	358 720 \$	364 460 \$	Centre d'action bénévole de Sutton	74 511 \$	82 518 \$
Cellule jeunes et familles de Brome-Missisquoi (La)	91 144 \$	99 417 \$	Centre d'action bénévole de Windsor	150 024 \$	157 791 \$
Centre communautaire Partage St-François	134 531 \$	145 314 \$	Centre d'action bénévole des Sources	240 463 \$	249 676 \$
Centre d'action bénévole aux 4 vents inc.	214 401 \$	223 197 \$	Centre d'action bénévole du Granit	271 303 \$	275 644 \$
Centre d'action bénévole de Bedford et environs inc.	198 529 \$	207 072 \$	Centre d'action bénévole du Haut St-François	282 150 \$	292 030 \$

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES — ESTRIE	2020-2021 Base annuelle	2021-2022 Base annuelle	ORGANISMES COMMUNAUTAIRES — ESTRIE	2020-2021 Base annuelle	2021-2022 Base annuelle
Centre d'action bénévole R. H. Rediker	174 107 \$	182 259 \$	Centre des femmes La Parolière	231 754 \$	240 828 \$
Centre d'action bénévole Valcourt et région	160 924 \$	168 865 \$	Centre des femmes Le point d'ancrage (CF du Val St-François)	276 709 \$	286 502 \$
CALACS des Rivières Haute-Yamaska Brome-Missisquoi (CALACS Granby)	453 439 \$	466 079 \$	Centre des femmes Memphrémagog	231 863 \$	240 939 \$
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de l'Estrie (CALACS)	627 550 \$	643 066 \$	Centre des jeunes de Lennoxville	115 279 \$	120 123 \$
Centre de bénévolat Mieux-Être Ville de Lac Brome	31 728 \$	32 236 \$	Centre d'intervention en violence et agressions sexuelles de l'Estrie (CIVAS)	457 176 \$	469 967 \$
Centre de dépannage des œuvres de Sœur Marguerite Dubois	0 \$	6 089 \$	Centre jeunesse « Le trait d'union »	147 059 \$	154 778 \$
Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska inc.	452 894 \$	471 449 \$	Centre l'Élan	191 991 \$	206 372 \$
Centre de soutien de l'Estrie	54 696 \$	55 571 \$	Centre pour femmes immigrantes de Sherbrooke	242 150 \$	251 500 \$
Centre d'entraide La Boussole inc.	69 176 \$	75 503 \$	Chaudronnée de l'Estrie	127 406 \$	134 810 \$
Centre d'entraide plus de l'Estrie	130 261 \$	137 711 \$	Club 3ième âge de Farnham inc.	73 129 \$	81 114 \$
Centre des femmes — Lennoxville et environs	239 891 \$	249 205 \$	Club des personnes handicapées Brome-Missisquoi inc.	79 941 \$	88 035 \$
Centre des femmes de la M.R.C. du Granit	231 753 \$	240 827 \$	Coalition Impact de rue Haute-Yamaska	77 546 \$	85 602 \$
Centre des Femmes du Haut-Saint-François La Passerelle	231 862 \$	240 938 \$	Coalition sherbrookoise pour le travail de rue	221 994 \$	230 912 \$

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES — ESTRIE	2020-2021 Base annuelle	2021-2022 Base annuelle	ORGANISMES COMMUNAUTAIRES — ESTRIE	2020-2021 Base annuelle	2021-2022 Base annuelle
Collective par et pour Elle inc.	226 315 \$	235 302 \$	Diabète Brome-Missisquoi (DBM)	50 362 \$	51 168 \$
Comité popote roulante de Cowansville inc. (Le)	44 540 \$	45 252 \$	Diabète Estrie	99 061 \$	105 932 \$
Comité popote roulante de Farnham inc. (Le)	55 714 \$	56 605 \$	Diabétiques de la Haute-Yamaska (Les)	62 621 \$	63 623 \$
Cordée, ressource alternative en santé mentale	261 699 \$	277 195 \$	DIRA Estrie	150 867 \$	192 808 \$
Corporation Jeunesse Memphrémagog	132 455 \$	134 574 \$	Divers-Gens	36 229 \$	42 953 \$
Croisée des sentiers	150 886 \$	164 609 \$	Domaine de la sobriété	204 048 \$	215 944 \$
Cuisine Amitié de la MRC des Sources	136 354 \$	143 902 \$	Dysphasie-Estrie	151 378 \$	159 276 \$
Cuisine collective Le Blé d'Or de Sherbrooke	127 405 \$	134 809 \$	Élixir ou l'Assuétude d'Ève	202 269 \$	210 981 \$
Cuisines collectives « Bouchée- Double » Memphrémagog	139 255 \$	146 849 \$	Ensoleillée : Ressource communautaire en santé mentale	159 645 \$	173 508 \$
Cuisines collectives de la Montérégie (Les)	120 691 \$	127 842 \$	Entrée Chez-Soi Brome-Missisquoi	262 370 \$	277 877 \$
Cuisines collectives du Haut-Saint- François	124 586 \$	131 945 \$	Entr'Elles Granby inc.	394 012 \$	406 049 \$
Dagobert et Cie	87 928 \$	96 694 \$	Équipe d'accompagnement Au Diapason (L')	96 390 \$	104 838 \$
Défi handicap des Sources	67 652 \$	79 902 \$	Escale de l'Estrie inc.	956 738 \$	994 113 \$*

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES — ESTRIE	2020-2021 Base annuelle	2021-2022 Base annuelle	ORGANISMES COMMUNAUTAIRES — ESTRIE	2020-2021 Base annuelle	2021-2022 Base annuelle
Étincelles de bonheur du Haut Saint-François	130 266 \$	137 716 \$	Local des jeunes des Jardins-Fleuris (Fusion avec MDJ Fleurimont)	36 914 \$	0 \$
Exit de Waterloo (L')	138 647 \$	146 231 \$	Maison Alice-Desmarais	970 859 \$	853 661 \$*
Fantastiques de Magog	130 266 \$	137 716 \$	Maison CALM	48 755 \$	56 894 \$
Grande table	136 354 \$	143 902 \$	Maison Caméléon de l'Estrie	133 950 \$	144 724 \$
Grands Frères et Grandes Sœurs de l'Estrie	92 057 \$	100 889 \$	Maison de répit Dérageon inc.	212 307 \$	224 335 \$
Gris Estrie (Groupe régional intervention social Estrie)	66 787 \$	75 215 \$	Maison des jeunes Actimaje	95 469 \$	98 028 \$
Handi-Apte	196 271 \$	204 777 \$	Maison des jeunes de Coaticook	136 691 \$	144 244 \$
Handi-capable	81 741 \$	92 622 \$	Maison des jeunes de Farnham inc.	155 397 \$	163 249 \$
Horizon pour elle inc.	985 970 \$	868 575 \$*	Maison des jeunes de Fleurimont (Fusion Local des jeunes Jardins- Fleuris)	59 565 \$	104 810 \$
Intervention régionale et information sur le SIDA (I.R.I.S. Estrie)	55 856 \$	63 275 \$	Maison des jeunes de Granby inc. (La)	135 539 \$	143 074 \$
Jeunes du coin d'Ascot	134 929 \$	142 454 \$	Maison des jeunes de la St-François	134 202 \$	141 715 \$
JEVI Centre de prévention du suicide — Estrie	515 975 \$	535 933 \$	Maison des Jeunes de l'Or Blanc inc.	127 628 \$	135 036 \$
Justice alternative et médiation	313 007 \$	323 400 \$	Maison des jeunes de Sutton inc. (La)	105 443 \$	107 130 \$

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES — ESTRIE	2020-2021 Base annuelle	2021-2022 Base annuelle	ORGANISMES COMMUNAUTAIRES — ESTRIE	2020-2021 Base annuelle	2021-2022 Base annuelle
Maison des jeunes de Waterville : Les Pacifistes	89 759 \$	98 010 \$	Moisson Haut-St-François	51 796 \$	59 440 \$
Maison des jeunes Le Boum (La)	130 519 \$	137 974 \$	MomentHom Centre d'entraide pour hommes de l'Estrie	455 937 \$	468 965 \$
Maison des jeunes l'Initiative inc.	136 289 \$	143 836 \$	Mon Shack... Mes choix... Mon avenir!	42 651 \$	66 356 \$
Maison des jeunes Serge Forest inc. Points de service Rock Forest-Saint-Élie-Deauville	127 664 \$	135 073 \$	Mouvement aide paralysie cérébrale Estrie	59 982 \$	30 471 \$
Maison d'hébergement jeunesse Espace Vivant/Living room	330 407 \$	341 427 \$	Naissance Renaissance Estrie	202 268 \$	210 980 \$
Maison d'hébergement pour personnes en difficulté de Granby inc. (Le Passant)	376 509 \$	388 266 \$	Nourri-Source Estrie	38 768 \$	45 804 \$
Maison d'hébergement R.S.S.M.	477 904 \$	498 169 \$	O.E.I.L. (L')	62 591 \$	74 034 \$
Maison Jeunes-Est	278 150 \$	288 333 \$	Oasis Santé Mentale Granby et région	278 383 \$	294 212 \$
Maison Séjour (Séjour la Bonne œuvre)	945 779 \$	774 414 \$*	Orientation jeunesse de la Haute-Yamaska	55 286 \$	56 171 \$
Maison soutien aux aidants (La)	237 190 \$	246 205 \$	Parkinson Estrie	38 768 \$	50 157 \$
Marraine Tendresse de l'Estrie	62 682 \$	69 774 \$	Partage Notre-Dame	62 611 \$	70 428 \$
Méridienne 1990	877 524 \$	787 111 \$*	Phare source d'entraide (Le)	168 247 \$	182 248 \$
Moisson Estrie	216 863 \$	225 809 \$	Place des jeunes l'Intervalle de Bromptonville	73 157 \$	81 143 \$

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES — ESTRIE	2020-2021 Base annuelle	2021-2022 Base annuelle	ORGANISMES COMMUNAUTAIRES — ESTRIE	2020-2021 Base annuelle	2021-2022 Base annuelle
Points jeunesse du Granit	133 840 \$	141 347 \$	S.O.S. Grossesse (Estrie)	202 268 \$	210 980 \$
Pont, organisme de justice alternative	444 223 \$	456 807 \$	Santé mentale Estrie	85 875 \$	114 178 \$
Popote de la région de Bedford (La)	73 453 \$	74 628 \$	Sclérose en plaques Haute- Yamaska–Richelieu (SEPHYR)	100 369 \$	108 881 \$
Popote roulante de l'Ange-Gardien	47 018 \$	47 770 \$	Secours-Amitié (Estrie)	228 550 \$	244 040 \$
Promotion et défense des droits en santé mentale de l'Estrie (Pro-Def)	246 832 \$	261 807 \$	Sercovie inc.	291 728 \$	301 761 \$
Rayon de soleil de l'Estrie	139 921 \$	142 159 \$	Service d'interprétation pour personnes sourdes de l'Estrie	195 110 \$	198 232 \$
Regroupement des organismes communautaires (ROC) de l'Estrie	172 808 \$	181 048 \$	Seuil de l'Estrie inc.	364 659 \$	333 450 \$*
Regroupement soutien aux aidants de Brome-Missisquoi	269 022 \$	279 059 \$	SHASE (Soutien aux hommes agressés sexuellement durant l'enfance	333 383 \$	344 193 \$
Réseau d'Amis de Sherbrooke	213 088 \$	221 863 \$	Société Alzheimer de Granby et région inc.	161 593 \$	169 563 \$
Ressource communautaire en santé mentale « L'Éveil »	151 101 \$	164 828 \$	Société Alzheimer de l'Estrie	307 983 \$	318 387 \$
Ressource pour hommes de la Haute-Yamaska	288 458 \$	272 769 \$*	Soins palliatifs La Rose des vents de l'Estrie	128 874 \$	136 302 \$
Rivage du Val St-François	172 638 \$	186 709 \$	Soupapes de la bonne humeur	130 266 \$	137 716 \$
S.O.S. Dépannage Granby et région inc.	172 727 \$	180 711 \$	Source-Soleil	419 261 \$	431 702 \$

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES — ESTRIE	2020-2021 Base annuelle	2021-2022 Base annuelle	ORGANISMES COMMUNAUTAIRES — ESTRIE	2020-2021 Base annuelle	2021-2022 Base annuelle
Spot Jeunesse de Sherbrooke	134 930 \$	142 455 \$	Unité Domrémy d'Asbestos	134 028 \$	141 538 \$
Tabliers en folie	131 271 \$	138 737 \$	Unité Domrémy de Windsor	31 824 \$	32 333 \$
TDA/H Estrie	202 267 \$	217 205 \$	Villa Pierrot	80 383 \$	89 028 \$
Transition pour elles inc.	255 039 \$	264 853 \$	Virage Santé Mentale	158 810 \$	172 660 \$
Tremplin 16-30 de Sherbrooke	67 652 \$	75 549 \$	Zone Libre Memphrémagog	131 609 \$	139 081 \$

A large, light orange, stylized capital letter 'A' is centered in the upper half of the page. It is set against a background of a large, light orange circle with a pattern of thin, dark orange diagonal lines. Below the letter is a solid horizontal line.

A

ANNEXE





CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Elle doit reposer sur un lien de confiance entre l'établissement et la population.

Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie doit demeurer une préoccupation constante des membres du conseil d'administration (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.

Le Code d'éthique et de déontologie a été adopté par le C. A. du CIUSSS de l'Estrie — CHUS le 4 février 2016 et a été révisé par ce dernier le 26 février 2020.



Conseil d'administration

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CIUSSS DE L'ESTRIE - CHUS

Émetteur	Comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration	
Direction responsable	Présidence-direction générale	
Destinataires	Membres du conseil d'administration	
Entrée en vigueur	4 février 2016	
Adopté par	Conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie - CHUS	Date 2020-02-26 (révision)
Signature	Original signé par : Jacques Fortier, Président du conseil d'administration	

Table des matières

1. Mise en contexte.....	1
2. Dispositions générales.....	2
3. Principes d'éthique et règles de déontologie	4
4. Conflit d'intérêts.....	8
5. Application	9
6. Dispositions finales.....	12
ANNEXE A - ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DU MEMBRE	13
ANNEXE B - AVIS DE BRIS DU STATUT D'INDÉPENDANCE.....	14
ANNEXE C - DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU MEMBRE	15
ANNEXE D - DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL	17
ANNEXE E - DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS.....	18
ANNEXE F - SIGNALEMENT D'UNE SITUATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS.....	19
ANNEXE G - AFFIRMATION DE DISCRÉTION DANS UNE ENQUÊTE D'EXAMEN.....	20

1. Mise en contexte

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Elle doit reposer sur un lien de confiance entre l'établissement et la population.

Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie doit demeurer une préoccupation constante des membres du conseil d'administration pour garantir à la population une gestion transparente, intègre et de confiance des fonds publics.

Ce Code en édicte donc les principes éthiques et les obligations déontologiques. La déontologie fait référence davantage à l'ensemble des devoirs et des obligations d'un membre. L'éthique, quant à elle, est de l'ordre du questionnement sur les grands principes de conduite à suivre, pour tout membre du conseil d'administration, et de l'identification des conséquences pour chacune des options possibles quant aux situations auxquelles ils doivent faire face.

Ces choix doivent reposer, entre autres, sur une préoccupation d'une saine gouvernance dont une reddition de comptes conforme aux responsabilités dévolues à l'établissement.

2. Dispositions générales

2.1 Objectifs généraux

Le présent document a pour objectifs de dicter des règles de conduite en matière d'intégrité, d'impartialité, de loyauté, de compétence et de respect pour les membres du conseil d'administration et de les responsabiliser en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque membre.

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. Définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;
- D. Prévoit des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

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

2.2 Fondement légal

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

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du Code civil du Québec.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (RLRQ, chapitre M-30).
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2).
- Loi sur les contrats des organismes publics (RLRQ, chapitre C-65.1).
- Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbying (RLRQ, chapitre T-11.011).
- Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard d'organismes publics (RLRQ, chapitre D-11.1)

2.3 Définition des termes

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

Code : Code d'éthique et de déontologie des membres élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration.

Comité d'examen ad hoc : comité institué par le conseil d'administration pour traiter une situation potentielle de manquement ou d'omission ou encore pour résoudre un problème dont il a été saisi et proposer un règlement.

Conseil : conseil d'administration de l'établissement, tel que défini par les articles 9 et 10 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

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

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

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

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 conseil d'administration.

Intérêt : Désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, émotionnelle, professionnelle ou philanthropique.

LMRSS : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

LSSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Membre : membre du conseil d'administration qu'il soit indépendant, désigné ou nommé.

Personne indépendante : tel que défini à l'article 131 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, une personne se qualifie comme indépendante, notamment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière,

commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

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

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

2.4 Champ d'application

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

2.5 Disposition finale

Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration. Le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration assume la responsabilité d'élaborer et 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.

2.6 Diffusion

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

3. Principes d'éthique et règles de déontologie

3.1 Principes d'éthique

L'éthique fait référence aux valeurs (intégrité, impartialité, respect, compétence et loyauté) permettant de veiller à l'intérêt public. Comme membre 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.

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.

En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi, notamment les responsabilités prévues à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, soit :
 - Établir les priorités et les orientations de l'établissement et voir à leur respect;
 - S'assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés;
 - S'assurer du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes;
 - S'assurer d'une utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles, financières et technologiques de l'établissement;
 - S'assurer de la participation, de la motivation, de la valorisation et du maintien des compétences ainsi que le développement des ressources humaines de l'établissement;
 - Nommer le président-directeur général, les cadres supérieurs, le commissaire aux plaintes et à la qualité des services, les médecins, les dentistes et les pharmaciens et autoriser l'octroi de contrats à des sages-femmes;
 - Conclure les contrats de service nécessaires;
 - S'assurer de préserver l'indépendance du commissaire aux plaintes et à la qualité des services et du médecin examinateur;
 - Constituer les comités et conseils obligatoires prévus par la Loi;
 - Constituer les conseils et comités facultatifs nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement;
 - Se doter d'un code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration;
 - Déterminer les normes applicables en matière de conflit d'intérêts et établir les mesures pour prévenir ou faire cesser les conflits d'intérêts;
 - Élire annuellement les officiers du conseil;
 - Solliciter l'agrément de ses services de santé et des services sociaux qu'il dispense;
 - Transmettre au ministre les différents rapports prévus par la Loi.
- 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.

3.2 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, notamment ceux cités à la section 2.2. Ces devoirs et règles déontologiques indiquent ce qui est prescrit et pros crit.

En plus des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

3.2.1 Disponibilité et compétence

- Être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au Règlement sur la régie interne du conseil d'administration de l'établissement.
- Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions.
- Favoriser l'entraide.
- S'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habilités et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

3.2.2 Respect et loyauté

- Respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques, procédures applicables ainsi que les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- Agir de manière courtoise et entretenir des relations fondées sur le respect, la coopération, le professionnalisme et l'absence de toute forme de discrimination.
- Respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision.
- Respecter la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée.
- Respecter toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence, en faisant preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

3.2.3 Impartialité

- Se positionner et exercer son droit de vote de la manière la plus objective possible en ne prenant aucun engagement à l'égard de tiers et en n'accordant 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.

3.2.4 Transparence

- Exercer ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses décisions sur des informations objectives et suffisantes.
- Partager avec les membres du conseil d'administration, toute information utile ou pertinente aux prises de décision.

3.2.5 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 qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.
- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre de consulter ou de faire rapport aux membres de son collège de désignation, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

3.2.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

3.2.7 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'y est pas autorisé.

3.2.8 Charge publique

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique électorale.
- Démissionner immédiatement de ses fonctions lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. Il doit démissionner si sa charge publique est à temps partiel et qu'elle est susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve et/ou le placer en conflit d'intérêts.

3.2.9 Biens et services de l'établissement

- Utiliser les biens, les ressources et les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'organisation, et ce, conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.
- Ne recevoir aucune rémunération (ou compensation) autre que celle prévue par la loi pour l'exercice de ses fonctions. Toutefois, les membres du conseil d'administration ont droit au remboursement des dépenses effectuées dans l'exercice de leurs fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

3.2.10 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.

3.2.11 Interventions inappropriées

- S'abstenir d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel.
- S'abstenir de manœuvrer ou d'influencer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

4. Conflit d'intérêts

- Le membre ne peut exercer ses fonctions dans un but de favoriser 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 tenté à préférer certains d'entre eux au détriment des intérêts de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.
- 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 membre 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.
- Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :
 - a. Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
 - b. Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
 - c. Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
 - d. Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
 - e. Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.
- Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire Déclaration des intérêts du membre de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision en lien avec les intérêts qu'il a déclarés.
- Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire Déclaration de conflit d'intérêts de l'annexe V.

- Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.
- 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.

5. Application

5.1 Adhésion au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent document ainsi que les lois applicables. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie - CHUS par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire Engagement et affirmation du membre de l'annexe I du présent document.

Tout nouveau membre doit aussi le faire dans les soixante jours suivant son entrée en fonction. En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient au membre de consulter le comité de gouvernance et d'éthique.

5.2 Comité de gouvernance et d'éthique

En matière d'éthique et de déontologie, le comité de gouvernance et d'éthique a, entre autres, pour fonctions de :

- a. Élaborer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.1.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif;
- b. Voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
- c. Informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;
- d. Conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;
- e. Assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
- f. Réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
- g. Évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;
- h. Retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
- i. Assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

Comme ce sont les membres du comité de gouvernance et d'éthique qui édictent les règles de conduite, ils ne devraient pas être confrontés à les interpréter, dans un contexte disciplinaire. Si tel était le cas, cela pourrait entacher le processus disciplinaire en introduisant un biais potentiellement défavorable au membre en cause. C'est pourquoi il est proposé de mettre en place un « comité d'examen ad hoc » afin de résoudre le problème ou de proposer un règlement, à la discrétion du conseil d'administration.

5.3 Comité d'examen ad hoc.

- Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen ad hoc composé d'au moins trois (3) personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut être composé de membres du conseil d'administration ou de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.
- 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.
- Le comité d'examen ad hoc a pour fonctions de :
 - a) Faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
 - b) Déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;
 - c) Faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.
- 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.
- 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.

5.4 Processus disciplinaire

- 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.
- 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.
- Le comité d'examen ad hoc détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen ad hoc et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s). Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen ad hoc.
- 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.

- 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.
- Le comité d'examen ad hoc doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen ad hoc, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen ad hoc, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.
- 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.
- 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.
- Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, et excluant le membre présumé fautif, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.
- Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche un manquement, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.
- Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions doit être écrite et motivée. Lorsqu'il y a eu manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général ou le ministre, selon la gravité du manquement.
- Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.
- Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement et conformément aux dispositions de la Loi sur les archives (RLRQ, chapitre A-21.1).

5.5 Notion d'indépendance

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

doit transmettre au conseil d'administration le formulaire Avis de bris du statut d'indépendance de l'annexe II du présent Code, au plus tard dans les trente (30) jours suivant la présence d'une telle situation.

5.6 Obligations en fin du mandat

Dans le cadre du présent document, le membre de conseil d'administration doit, après la fin de son mandat :

- Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions.
- Se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures de membre.
- 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.

6. Dispositions finales

6.1 Version antérieure

La présente mise à jour remplace la version adoptée le 4 février 2016 et doit faire l'objet d'une révision au plus tard dans les quatre (4) années suivant son entrée en vigueur.

Annexe A - Engagement et affirmation du membre

Je, soussigné, _____, membre du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration, adopté par le conseil d'administration le _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le 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 membres du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie - CHUS et je m'engage à m'y conformer.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

Annexe B - Avis de bris du statut d'indépendance

AVIS SIGNÉ

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

Signature

Date [*aaaa-mm-jj*]

Lieu

Annexe C - Déclaration des intérêts du membre

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées], membre du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

- ☐ Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.
- ☐ Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :

2. Titre de membre

- ☐ Je n'agis pas à titre de membre d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du _____.
- ☐ J'agis à titre de membre d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du _____. [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

Je me déclare lié par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie et je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie- CHUS.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie - CHUS et m'engage à m'y conformer.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

4. Moyen(s) raisonnable(s) et équilibré(s) pour prévenir ou régler une situation de conflit d'intérêts

Explicitez les mesures de gestion, si nécessaire :

Signature Président

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe D - Déclaration des intérêts du président-directeur général

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées], président-directeur général et membre d'office du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie- CHUS, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

- ☐ Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.
- ☐ Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :

2. Titre de membre

- ☐ Je n'agis pas à titre de membre d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du _____.
- ☐ J'agis à titre de membre d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du _____. [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:

3. Emploi

« Le président-directeur général et le président-directeur général adjoint d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un établissement non fusionné doivent s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de leur fonction.

Ils peuvent toutefois, avec le consentement du ministre, exercer d'autres activités professionnelles qu'elles soient ou non rémunérées. Ils peuvent aussi exercer tout mandat que le ministre leur confie. » (art. 37, RLRQ, chapitre O-7.2).

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie- CHUS et m'engage à m'y conformer.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe E - Déclaration de conflit d'intérêts

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

Signature

Date *[aaaa-mm-jj]*

Lieu

Annexe F - Signalement d'une situation de conflits d'intérêts

Je, soussigné, _____, estime que le membre suivant : _____, est en situation de conflit d'intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

Je demande que le conseil d'administration adresse ce signalement au comité de gouvernance et d'éthique pour analyse et recommandation, et je comprends que certaines informations fournies dans ce formulaire constituent des renseignements personnels protégés par la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (RLRQ, chapitre A-2.1).

Je consens à leur utilisation aux seules fins d'examiner s'il existe ou non une situation de conflit d'intérêts apparente, réelle ou potentielle.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe G - 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 de membre.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ENSEMBLE pour la vie

2021/22 | RAPPORT ANNUEL
DE GESTION

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

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

Québec

