ENSEMBLE pour la VIE

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2018-2019

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

Québec

Coordination Direction générale

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

Rédaction

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

ISBN 978-2-550-84421-1 (imprimé)

ISBN 978-2-550-84422-8 (PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019

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

MESSAGE

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

LE CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS, QUATRE ANS APRÈS LA FUSION : UNE ORGANISATION MATURE AUX FONDEMENTS SOLIDEMENT ANCRÉS

Grâce à une communauté interne engagée, riche d'expertise et de compétences, nous avons atteint un nouveau niveau de performance ! Nous pouvons être fiers du travail accompli et de l'ensemble de nos réalisations à ce jour. Notre quatrième année de mise en œuvre s'est déroulée avec un effort persistant de nos gestionnaires à contribuer à l'atteinte des résultats attendus, et ce, en collaboration avec toutes les directions cliniques et administratives et l'ensemble du personnel. La persévérance exercée tout au cours de l'année nous a permis de consolider nos assises à travers notre prestation de soins et de services aux usagers, le cœur de notre mission.

Nous sommes maintenant plus matures comme organisation fusionnée. Une fusion qui s'est avérée complexe avec l'intégration du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et l'ajout de deux nouveaux réseaux locaux de services (RLS) – ceux de la Pommeraie et de la Haute-Yamaska.

Collaboration au cœur de nos relations

Beaucoup d'efforts ont été consacrés à tous les niveaux de notre organisation afin de mieux travailler « tous ensemble » pour Agir pour et avec l'usager, ses proches et la population. Nous travaillons aussi de plus en plus étroitement avec les partenaires socioéconomiques de chacun des neuf RLS de notre grand territoire. La mise en place de nos neuf équipes RLS (un quatuor composé d'un hors-cadre, d'un cadre supérieur, d'un organisateur communautaire et d'un conseiller en communication) est à coup sûr un accomplissement marquant de l'année.

Notre conseil d'administration (C. A.) s'est vu renouvelé de plus du tiers de ses membres au cours de l'année. L'expertise des membres toujours en place et la solidité des huit comités du C. A. ont permis de bien intégrer les nouveaux membres. Les instances relevant du C. A. ont aussi gagné en maturité et leurs réalisations témoignent de leur contribution à l'amélioration de la qualité des soins et services offerts au sein de l'établissement.

Notre rapprochement avec le comité des usagers du centre intégré (CUCI) et les comités d'usagers des 14 ex-établissements s'est poursuivi. Des usagers partenaires continuent de s'impliquer dans l'organisation des services, dans les trajectoires et dans les projets de recherche.

Accès et fluidité des soins et des services

Les 90 000 usagers sur civières ayant séjournés aux urgences ont attendu en moyenne moins de 12 heures, soit 40 minutes de moins chacun, et ce, malgré un achalandage à la hausse. **Au total, ce sont 40 000 heures d'attente en moins!** Cette baisse s'est observée dans l'ensemble des urgences du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, mais plus particulièrement à l'Hôpital de Granby et à l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins (- 10 %) et ce, depuis le mois de mai 2018.

Du côté des soins à domicile de longue durée pour la clientèle adulte, 364 personnes de plus ont reçu des services dans leur milieu de vie, alors que se sont ajoutées 210 000 heures d'interventions de plus que l'an passé. **Avec plus de 850 000 heures, jamais le CIUSSS de l'Estrie – CHUS n'a rendu autant de services de soutien à domicile que cette année.**

En contrepartie, 2018-2019 a aussi eu sa part de défis, notamment en imagerie médicale où les délais d'attente se sont détériorés bien que nous ayons fait 10 000 examens de plus cette année et que les équipes travaillaient sur deux quarts de travail. Un peu plus de 60 interventions chirurgicales ont aussi été faites hors délais. Il faudra donc poursuivre le travail afin d'éliminer les opérations effectuées plus de 12 mois après qu'elles aient été demandées.

Mention spéciale : hygiène des mains

Mission accomplie au chapitre des pratiques exemplaires d'hygiène des mains avec l'atteinte de la cible de 75 %. Cette performance nous place en bonne position pour l'atteinte de l'objectif de 80 % pour 2020.

Santé financière au fil d'arrivée

À la fin de l'année, l'établissement a affiché un **surplus budgétaire de 1,0 % (14 M$)**, alors que nous partions l'année dernière avec un déficit du même montant. Si l'on considère la hausse des coûts associés à la santé humaine (assurance salaire, heures supplémentaires, etc.), cette atteinte de l'équilibre budgétaire est particulièrement notable.

Relève en poste

Notre cinquième année s'annonce sous le signe de la consolidation de la relève s'est déjà bien installée depuis les 18 derniers mois. En effet, deux nouveaux hors-cadres à la direction générale ainsi que 20 cadres supérieurs se sont joints à l'équipe ou ont progressé dans l'organisation. **Cette effervescence créée une nouvelle mobilisation et un ralliement importants autour de la gestion de la performance et de son pilotage à tous les niveaux.**

Santé globale mise à l'honneur

Pour offrir de meilleurs soins et services aux 500 000 personnes réparties sur notre vaste territoire, nous continuerons de prendre soin de notre personnel et de « Bâtir avec eux ». **Nous avons la ferme intention de progresser significativement dans la qualité de vie au travail ainsi que dans le développement des personnes au sein de l'organisation.** Nos nouvelles ententes locales avec nos partenaires syndicaux constituent d'importantes assises pour soutenir l'amélioration des pratiques au niveau des ressources humaines et de l'optimisation de nos processus.

Confiants en l'avenir, nous pouvons aussi être fiers du chemin parcouru et de l'engagement profond de TOUS à travailler ENSEMBLE et à AGIR pour et avec l'usager, ses proches et la population!

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

Original signé par
M^me^ Patricia Gauthier
Présidente-directrice générale

DÉCLARATION
SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2018-2019 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2019.

Original signé par

M^me^ Patricia Gauthier Présidente-directrice générale

TABLE DES MATIÈRES

Lexiques et acronymes 5

PARTIE 1 - RÔLE ET FONCTIONNEMENT DU CIUSSS DE L'ESTRIE - CHUS

1.1 Territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS 13
1.2 Description de l'établissement 22
1.3 Gouvernance 28
1.4 Structure de gouvernance de la Direction générale 68

PARTIE 2 - PLAN D'ACTION OU RÉALISATIONS 2018-2019

2.1 Améliorer l'expérience des usagers, l'implication des usagers partenaires et le partenariat en RLS 93
2.2 Améliorer la santé globale des ressources humaines et financières 95
2.3 Réduire le temps d'attente à l'urgence 99
2.4 Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée 103
2.5 Assurer des soins et des services spécialisés dans les délais acceptables 105
2.6 Améliorer la qualité des soins et des services 112
2.7 Améliorer les communications, l'image de marque et le positionnement de l'établissement 115

PARTIE 3 - LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

3.1 Actualiser le processus d'agrément 2016 119
3.2 Sécurité des soins et services 119
3.3 Personnes mises sous garde 124
3.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits 125
3.5 Information et consultation de la population 126
3.6 Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant le choix des personnes 129
3.7 Divulgation des actes répréhensibles 132

PARTIE 4 - REDDITION DE COMPTES DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

4.1 Attentes spécifiques 137
4.2 Fiche de reddition de compte – Chapite IV de l'entente de gestion 141

PARTIE 5 - DONNÉES FINANCIÈRES

5.1 États financiers 159
5.2 Gestion et contrôle des effectifs et contrats de service 162
5.3 Les organismes communautaires 163

ANNEXE

A Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du C.A. du CIUSSSE de l'Estrie CHUS 173

LEXIQUE
ET ACRONYMES

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

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

DRFL	Direction des ressources financières et de la logistique
DRHCAJ	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
DRIT	Direction des ressources informationnelles et technologiques
DRMG	Département régional de médecine générale
DSG	Direction des services généraux
DSI	Direction des soins infirmiers
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DSP	Direction des services professionnels
DSPublique	Direction de santé publique
DST	Direction des services techniques
DV	Déficience visuelle
ETMISSS	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux
FCASS	Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
FMSS	Faculté de médecine et des sciences de la santé
FRQS	Fonds de recherche du Québec – Santé
GASMA	Guichet d'accès en santé mentale adulte
GASMAD	Guichet d'accès en santé mentale adulte et dépendance
GBM	Génie bio-médical
GIMO	Gestion intégrée de la main-d'oeuvre
GIR	Gestion intégrée des risques
GIS	Groupe interdisciplinaire de soutien
GMF	Groupe de médecine de famille
GED	Grille d'évaluation du développement
GVSS	Groupe vigilance pour la sécurité des soins
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
ISDC	Initiative sherbrookoise en développement des communautés
IUGS	Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
IUPLSSS	Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux
LIM	Laboratoire d'imagerie médicale
LMRSSS	Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S–4.2)

ME	Médecin examinateur
MRC	Municipalité régionale de comté
MRSI	Maladie respiratoire sévère infectieuse d'étiologie indéterminée
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NSA	Niveaux de soins alternatifs
OCCI	Outil de cheminement clinique informatisé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
OIIQ	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
ORIIE	Ordre régional des infirmières et infirmiers de l'Estrie
ORIIM	Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Montérégie
PAI	Plan d'action interministériel
PCEM	Plan de conservation de l'équipement et du mobilier
PCI	Prévention et contrôle des infections
PDG	Présidente-directrice générale
PDGA	Présidente-directrice générale adjointe
PDRH	Plan de développement des ressources humaines
PGPS	Politique gouvernementale de prévention en santé
PIN	Programme d'intervention en négligence
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PRES	Programme régional d'évaluation spécialisée
PSI	Plan de services individualisés
PSIAS	Plan de services individualisés et d'allocation de services à jour
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PSSU	Prestation sécuritaire des soins et des services aux usagers
PTAAC	Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité
RLS	Réseau local de services de santé et de services sociaux
RNIASSS	Rapport national sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation des
RQSUCH	Relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalier
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAD	Soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SGIP	Système de gestion intégrée de la performance
SIGDU	Système d'information de gestion des départements d'urgence
SISSS	Système d'information sur la sécurité des soins et des services

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

1

RÔLE ET FONCTIONNEMENT DU CIUSSS DE L'ESTRIE - CHUS

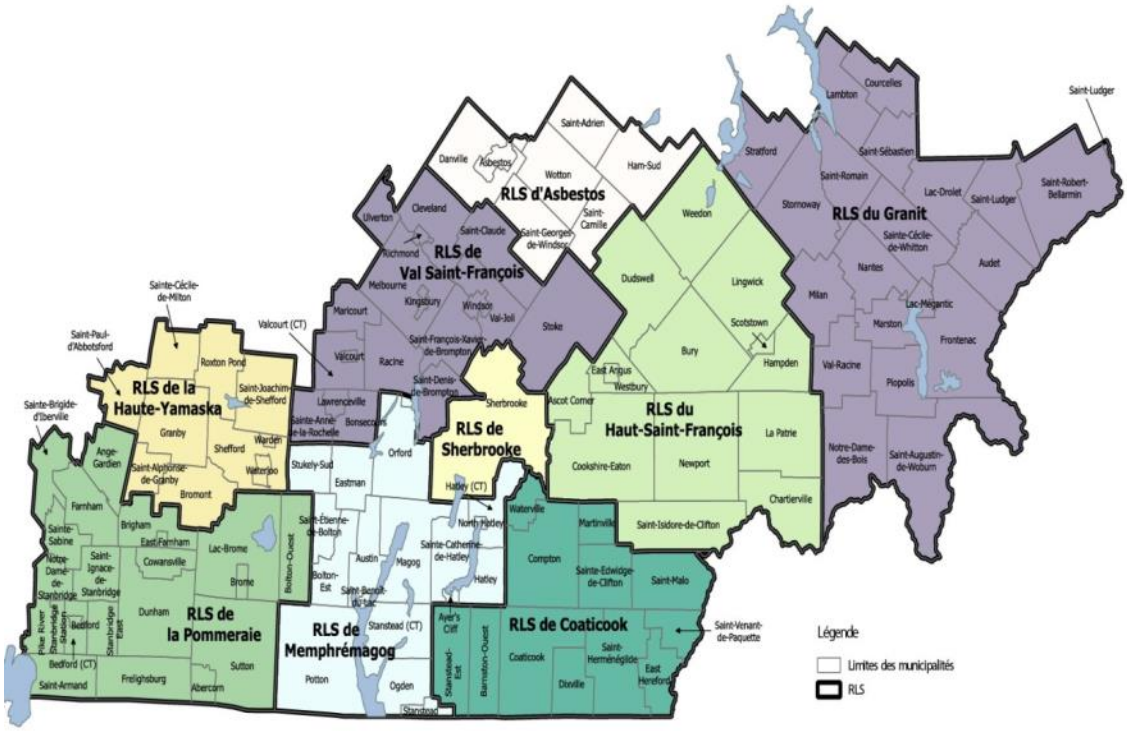
MISSION ET VALEURS

1.1 TERRITOIRE DU CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS

Le territoire de desserte du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS) couvre près de 13 000 km^2 et s'étend de Lac-Mégantic à Ange-Gardien. L'Estrie compte neuf réseaux locaux de services (RLS) (Figure 1).

FIGURE 1

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



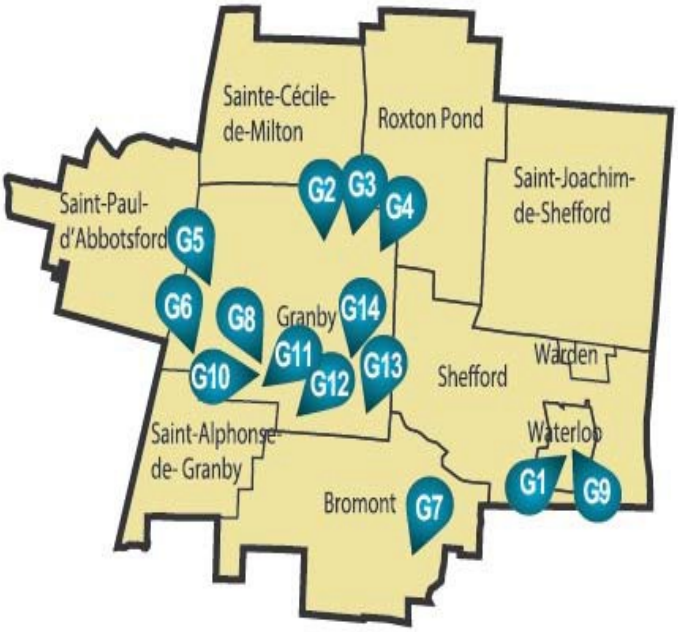
1.1.1 Réseaux locaux de services et installations

— RLS DE LA POMMERAIE —

H

1 CENTRE D'HEBERGEMENT DE COWANSVILLE □
2 CENTRE D'HEBERGEMENT DE FARNHAM □
3 CENTRE D'HEBERGEMENT DE SUTTON □
4 CENTRE D'HÉBERGEMENT GÉRARD-HARBEC □
5 CLSC DE COWANSVILLE-DU-SUD ○
6 CLSC DE COWANSVILLE-LAROUCHE ○
7 CLSC DE FARNHAM ○
8 CLSC DE LAC-BROME ○
9 CLSC DE SUTTON ○
10 CLSC ET CENTRE D'HEBERGEMENT DE BEDFORD ○ □
11 HÔPITAL BROME-MISSISQUOI-PERKINS ☆ □
12 UNITÉ DE MÉDECINE FAMILIALE LA POMMERAIE ☆

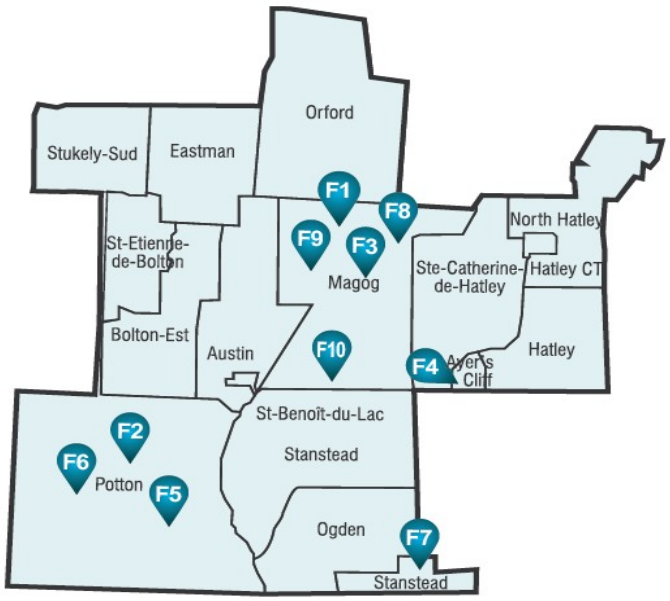
— RLS DE LA HAUTE- YAMASKA —



G

1 CENTRE D'HÉBERGEMENT DE WATERLOO □
2 CENTRE D'HÉBERGEMENT MARIE-BERTHE-COUTURE □
3 CENTRE D'HEBERGEMENT VILLA-BONHEUR □
4 CENTRE D'HEBERGEMENT VITTIE-DESJARDINS □
5 CENTRE PROVIDENCE ☆
6 CENTRE SAINT-JACQUES ☆
7 CLSC DE BROMONT ○
8 CLSC DE SAINT-JOSEPH ○
9 CLSC DE WATERLOO ○
10 CLSC NOTRE-DAME ○
11 CLSC ROBINSON-SUD ○
12 CLSC SAINT-CHARLES ○
13 CLSC YVAN-DUQUETTE ○
14 HÔPITAL DE GRANBY □ ☆

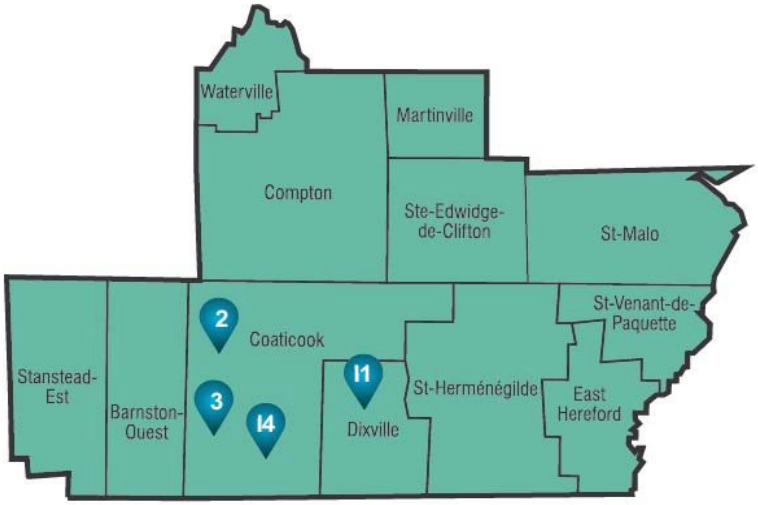
— RLS DE MEMPHRÉMAGOG —



F

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

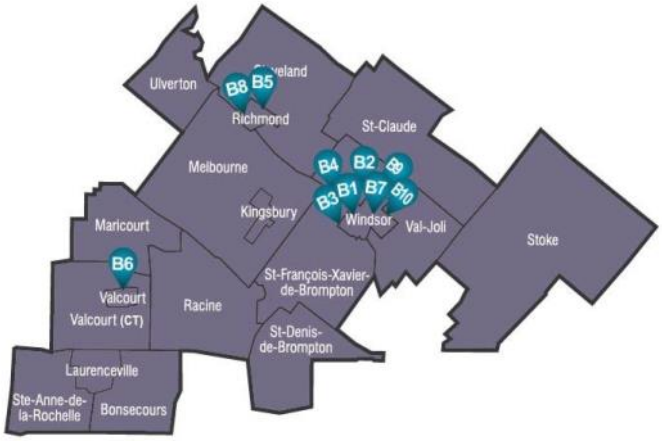
— RLS DE COATICOOK —



I

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

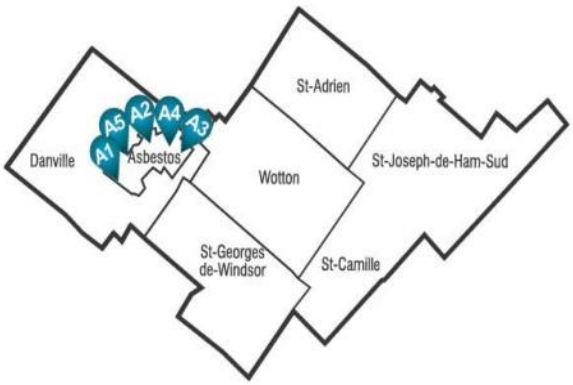
— RLS DE VAL SAINT-FRANÇOIS —



B

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

— RLS D'ASBESTOS —



A

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

— RLS DU HAUT-SAINT- FRANÇOIS —

C

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

— RLS DU GRANIT —

D

1 ATELIER ET CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DU GRANIT ✱

2 ATELIER LE SEPT DE TRÈFLE ■

3 CSSS DU GRANIT ☆ □ ○

4 CSSS DU GRANIT - POINT DE SERVICE DE LAC-MÉGANTIC □

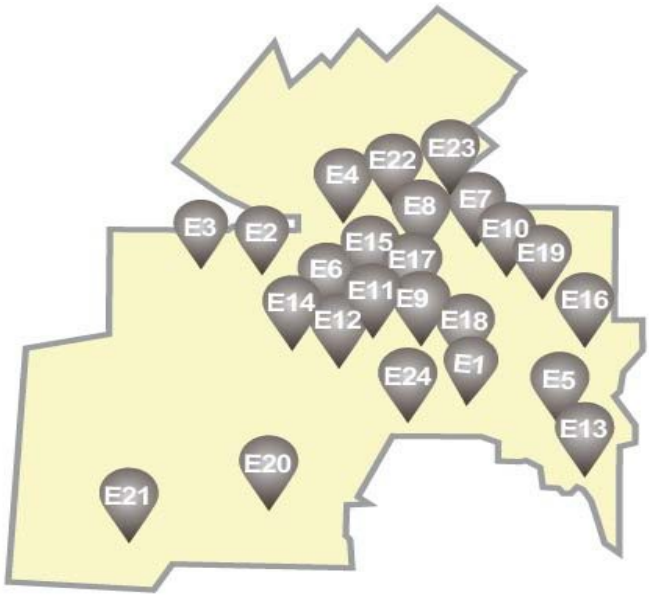
5 CSSS DU GRANIT - POINT DE SERVICE DE LAMBTON ○ □

6 CSSS DU GRANIT - POINT DE SERVICE DE SAINT-LUDGER ○

7 POINT DE SERVICE DE LAC-MÉGANTIC △

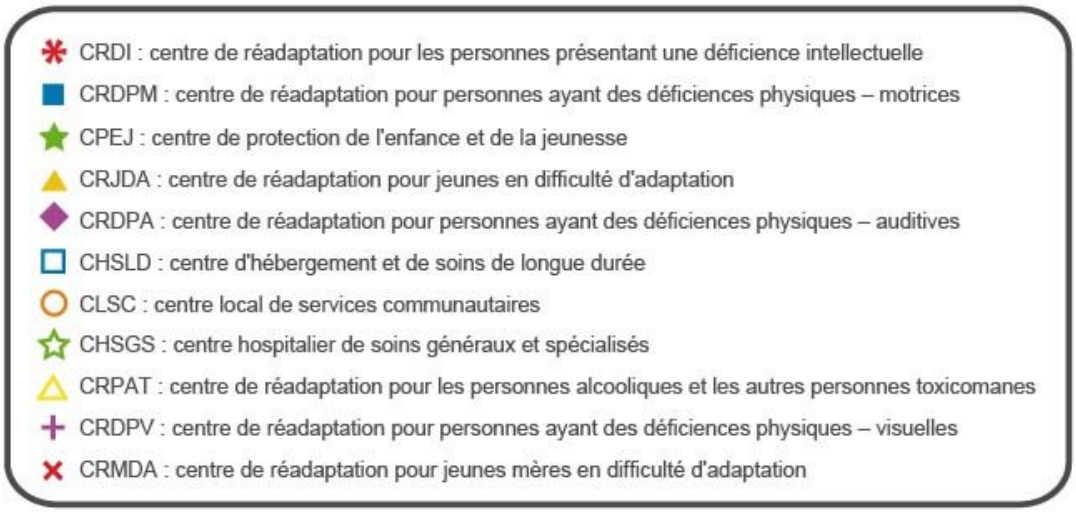
8 POINT DE SERVICE GRANIT ★ ▲

— RLS DE SHERBROOKE —



E

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



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

1.1.2 État de santé de la population

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

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

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

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

Source : Statistique Canada, recensement 2016.

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

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

Source : Statistique Canada, recensement 2016.

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

1.2 DESCRIPTION DE L'ETABLISSEMENT

UN ÉTABLISSEMENT UNIQUE!

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

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

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS c'est...

9 réseaux locaux de services (RLS)

1 100 lits en centres hospitaliers et en centres de réadaptation

PLUS DE **18 000** employés

PLUS DE **100** installations

PRÈS DE **400** chercheurs

QUELQUE **2 000** bénévoles

2 100 lits en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

PLUS DE **1 300** médecins et pharmaciens

21 fondations

PLUS DE **1 500** étudiants et médecins résidents

QUELQUE **13 000** stages

10 % de l'activité économique estrienne

PRÈS DE **500 000** habitants sur le territoire desservi

des centaines de partenaires (groupes de médecine de famille – GMF, pharmacies communautaires, cliniques médicales privées et organismes communautaires)

Budget annuel **1,5 milliard**

4,2 M$/jour
175 000 $/heure
2 900 $/minute

L'une des **PLUS IMPORTANTES** forces de recherche au Québec avec le CRCHUS, le CdRV et l'IUPLSSS

LE PLUS GRAND employeur en Estrie

Le **PLUS COMPLET AU QUÉBEC,** incluant un centre hospitalier universitaire — de la naissance aux soins de fin de vie

de la prévention (soins et services en milieu scolaire, vaccination, etc.) aux soins spécialisés (chirurgie, oncologie, radiologie, etc.) et surspécialisés (neurochirurgie, néonatologie, etc.).

1.2.1 Installations et services offerts

NOTRE MISSION

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

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

NOTRE VISION

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

NOTRE STRATÉGIE

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

NOS VALEURS

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

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

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

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

1.2.2 Centres de recherche et missions universitaires

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

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

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

1.2.3 Le RUISSS de l'Université de Sherbrooke

Mis en place en 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) modifiait, en 2005, la Loi sur les services de santé et les services sociaux et créait les Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS). Un territoire de responsabilité a été dévolu à chaque RUIS afin de favoriser la concertation, la complémentarité et l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche des établissements de santé ayant une désignation universitaire et des universités auxquelles sont affiliés ces établissements. L'objectif est d'assurer, à l'intérieur de ce territoire, une desserte en soins de troisième et de quatrième lignes, tout en facilitant l'accès à l'enseignement et à la recherche de haut niveau.

Intégrant maintenant le secteur des services sociaux, le RUISSS, formé à la base de la Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) de l'Université de Sherbrooke et du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, dessert au-delà d'un million de personnes. Son territoire clinique couvre la région touristique de l'Estrie, une partie de la Montérégie et le Centre-du-Québec. Le 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.

1.3 GOUVERNANCE

1.3.1 Conseil d'administration

La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales (LMRSSS) (RLRQ, chapitre O-7.2) adoptée le 7 février 2015, a instauré une nouvelle gouvernance. Elle est ainsi venue préciser la composition du conseil d'administration de l'établissement dont les membres sont soit désignés par certains groupes ou soit nommés par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Le conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie – CHUS compte 19 membres, soit :

- La présidente-directrice générale (membre d'office du c. a.);
- Six membres issus chacun des groupes suivants, soit :
  - les usagers et les usagères (comité des usagers du CIUSSS de l'Estrie - CHUS)
  - le conseil multidisciplinaire
  - le conseil des infirmières et infirmiers
  - un médecin spécialiste membre du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
  - un pharmacien d'établissement membre du comité régional sur les services pharmaceutiques
  - un médecin omnipraticien membre du département régional de médecine générale du territoire
- Dix membres indépendants ayant l'un des profils de compétence suivants :
  - gouvernance et éthique
  - vérification, performance ou gestion de la qualité
  - gestion des risques, finances et comptabilité
  - ressources humaines, ressources immobilières et informationnelles
  - expertise dans les organismes communautaires
  - protection de la jeunesse
  - réadaptation (2)
  - santé mentale
  - expérience vécue à titre d'usagers des services sociaux

Un des membres indépendants est nommé à partir d'une liste fournie par le comité régional institué en fonction de l'article 510 de la LSSS, soit le comité régional d'accès à la langue anglaise ;

- Deux membres représentant le milieu universitaire ;
- Un membre observateur, désigné par les fondations du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, s'ajoute aux 19 membres précédents.

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

	Nom		Profil/Collège
1		Jacques Fortier	Président du conseil d'administration Indépendant - Compétence en gouvernance ou éthique
2		Diane Gingras	Vice-présidente du conseil d'administration Indépendante – Expérience vécue à titre d'usager des services sociaux
3		Gérald R. Cutting	Indépendant – Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité
4		André Forest	Indépendant – Expertise en santé mentale
5		Rachel Hunting	Indépendante – Expertise dans les organismes communautaires
6		Michel Kinumbe Elungu	Indépendant – Expertise en réadaptation
7		Isabelle Boucher	Indépendante – Expertise en protection de la jeunesse

8		Micheline Richer	Indépendante – Expertise en réadaptation
9		Serge Therrien	Indépendant – Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines
10		Lane Chamberland	Indépendant – Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité
11		Marie-Claude Rodrigue	Désignée - Conseil des infirmières et des infirmiers (CII)
12		Patrice Lamarre	Désigné – Conseil régional des services pharmaceutiques (CRSP)
13		Jaime Borja	Désigné – Comité des usagers du centre intégré (CUCI)
14		Alain Thivierge	Désigné – Conseil multidisciplinaire (CM)

15		Caroline Germain	Désignée – Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
16		Raymonde Vaillancourt	Désignée – Département régional de médecine générale (DRMG)
17		Jocelyne Faucher	Nommée - Université
18		Patricia Bourgault	Nommée - Université
19		Patricia Gauthier	Nommée – Présidente-directrice générale
20		Marie-Paule Gendron	Désignée - Observatrice - Fondations

En référence à la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales (LMRSSS) et à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) : le conseil d'administration administre les affaires de l'établissement et en exerce tous les pouvoirs à l'exception de ceux attribués aux membres d'une personne morale visée à l'art. 139 de la LSSSS pour l'application de certains articles.[1]

Il organise les services de l'établissement dans le respect des orientations nationales et répartit équitablement, dans le respect des enveloppes allouées par programme-service, les ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition, en tenant compte des particularités de la population qu'il dessert et s'assure de leur utilisation économique et efficiente.[2]

[1] LMRSSS, art. 28
[2] LMRSSS, art. 29

Il doit en outre adopter le rapport annuel de gestion, approuver l'entente de gestion et d'imputabilité et les états financiers et s'assurer :

- de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés;
- du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes;
- de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières;
- de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines;
- du suivi de la performance et de la reddition de comptes des résultats;
- du respect de la mission d'enseignement et de recherche lorsque l'établissement exploite un centre désigné centre hospitalier universitaire, institut universitaire ou centre affilié universitaire, le cas échéant.[1]

Le conseil d'administration exerce ses responsabilités dans le respect des orientations nationales, tout en favorisant la mise en réseau avec les partenaires locaux, régionaux ou nationaux.[2]

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

Au cours de l'année 2018-2019, aucun cas disciplinaire ou manquement n'a été constaté par les instances durant l'année de référence.

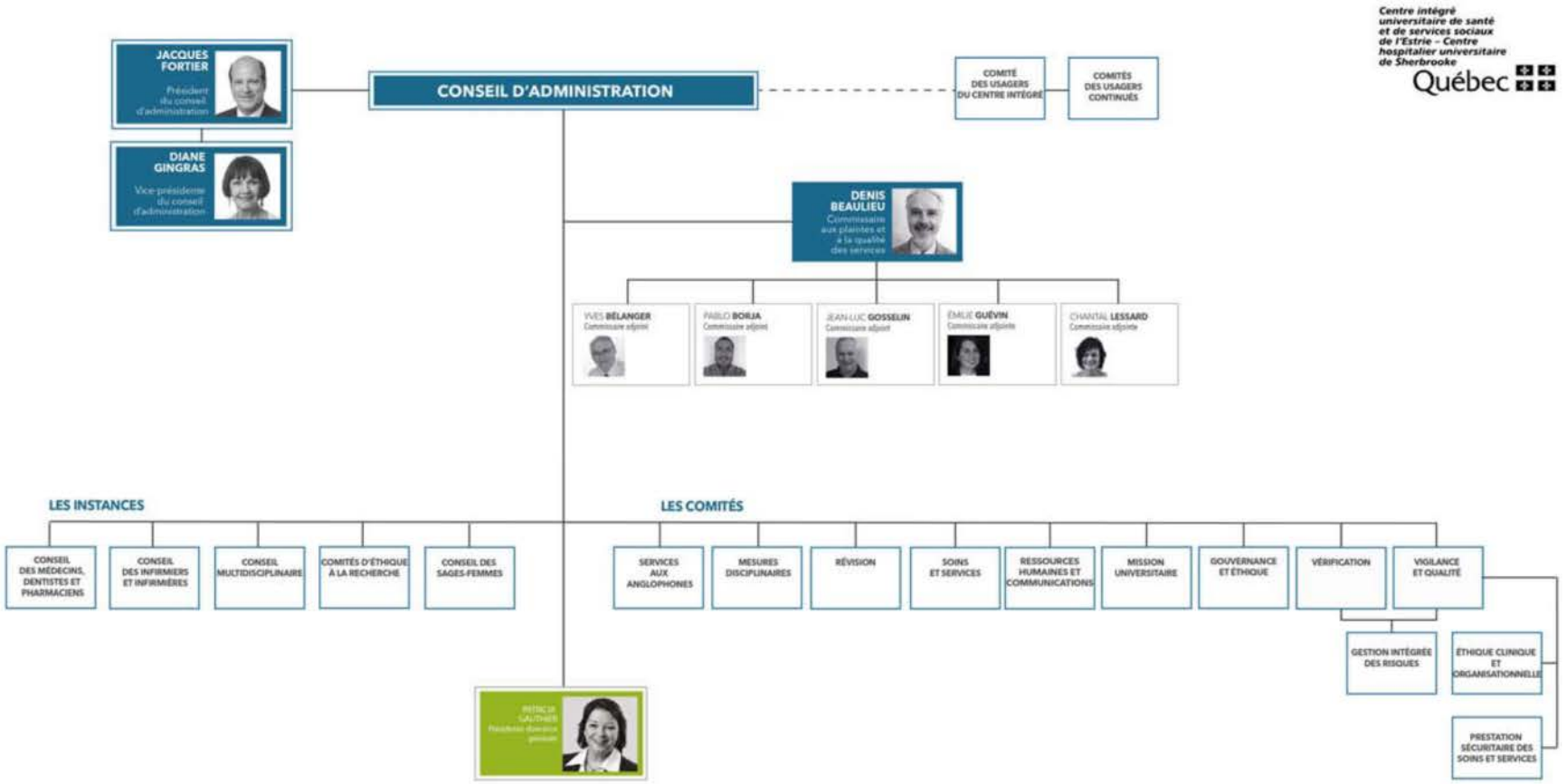
1.3.2 Comités et instances du conseil d'administration

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

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

[1] LMRSSS, art. 31 (LSSSS, art. 172)
[2] LMRSSS, art. 31 (LSSSS, art. 172.1)

ORGANIGRAMME - COMITÉS ET INSTANCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION



27 juin 2017

— COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ —

MANDAT

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

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

Assurer auprès du CA, le suivi des recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité des services (CPQS) ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées;

Veiller à ce que le CA s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services, notamment :

- Recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au CA et portant sur l'accessibilité aux services, la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes;
- Établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler des recommandations au CA;
- Faire des recommandations au CA sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer l'accessibilité aux services et la qualité des services aux usagers;
- Assurer le suivi auprès du CA de l'application, par ce dernier, des recommandations qu'il a faites;
- Favoriser la collaboration et la concertation des intervenants concernés;
- Veiller à ce que le CPQS dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente;

Exercer toute autre fonction que le CA juge utile en respect de son mandat.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Micheline Richer	Présidente	Membre n'étant pas à l'emploi de l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
Patricia Gauthier	Membre	Présidente-directrice générale
André Forest	Membre	Membre n'étant pas à l'emploi de l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
Jaime Borja	Membre	Représentant du comité des usagers
Denis Beaulieu	Membre	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
Stéphane Tremblay	Invité	Président-directeur général adjoint

RÉALISATIONS

Le comité a tenu six rencontres entre le 1er avril 2018 et le 31 mars 2019. Voici ses principales réalisations pour 2018-2019 :

- Suivis administratifs :
  - A adopté le Rapport annuel 2017-2018 du comité de vigilance et de la qualité;
  - A révisé la charte du comité ainsi que les priorités pour l'année 2018-2019;
  - A évalué et amélioré le fonctionnement du comité;
  - A effectué le suivi des indicateurs du tableau de bord trimestriel du comité, en le faisant évoluer.
- Qualité :
  - A suivi l'état d'avancement de la démarche Qualité, en lien avec l'agrément, en prévision de la visite prévue en octobre 2019;
  - A discuté des enjeux liés à l'application du critère 10.5 Témoignage d'un usager dans la Norme gouvernance;
  - A adhéré et suivi le déploiement proposé du système de mesure et d'utilisation de la qualité perçue;
  - A pris acte de la nouvelle structure de gouverne de la qualité des soins et des services;
  - A discuté du processus de l'audit sur la performance mené par la VGQ au sein de la DPJ et pris acte de la version définitive du rapport d'étude préliminaire;
  - A pris acte du plan d'action DPJ et DPJe mission CPEJ;
  - A pris acte et discuté du plan de travail Service Santé Val-du-Lac (vs performance clinique et administrative);
  - A pris acte du plan d'action 2019-2020 - fugues en centre de réadaptation et suivi les données statistiques;
  - A suivi les statistiques concernant les mesures de contrôle et d'isolement de la DPJe;
  - A assuré le suivi des mesures d'empêchement (MEP) de la DPJe et échangé sur les enjeux;
  - A pris acte du mandat et analysé, discuté et commenté le plan d'action des CAC – Mesures de contrôle, suicide, chutes, transfert de l'information aux points de transition et identification des usagers et a discuté des enjeux;
  - A pris acte de l'avancement de l'implantation de la Politique sur la promotion de la civilité et la prévention du harcèlement en milieu de travail.
- Commissaire aux plaintes et à la qualité des services :
  - A pris acte et a discuté des résultats du Rapport annuel 2017-2018 du CPQS et a recommandé au C. A. son adoption;
  - A pris acte, analysé et discuté des résultats des rapports trimestriels du CPQS et a fait le suivi des recommandations;
  - A pris acte et suivi l'état des lieux opérationnels en rapport avec les constats et recommandations adressés en octobre 2017 par le commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services (CAPQS) concernant la qualité des services du site Val-du-Lac, a fait le suivi des recommandations et a suivi les activités du comité des résidents;
  - A recommandé la création d'un comité consultatif du CA pour définir le rôle et les

responsabilités attendus du commissaire aux plaintes et à la qualité des services (CPQS) au sein du CIUSSS de l'Estrie - CHUS;

- A recommandé au C. A. la nomination d'un médecin examinateur;
- A participé à l'évaluation annuelle du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

- Éthique :
  - A pris acte et commenté le rapport annuel 2017-2018 du Comité d'éthique clinique et organisationnel;
  - A pris acte des modifications au Règlement sur les règles de fonctionnement du CECO et en a recommandé son adoption au C. A.;
  - A pris acte des modifications au Cadre de référence en éthique clinique et organisationnelle et en a recommandé son adoption au C. A.;
  - A recommandé au C. A. la nomination d'un nouveau membre au CECO.
- Sécurité des usagers, prestation sécuritaire des soins et des services, gestion intégrée des risques (GIR) :
  - A pris acte, analysé et commenté le Plan de sécurité des usagers et a recommandé son adoption au C. A.;
  - A pris acte du bilan 2017-2018 et du plan d'action du comité stratégique de prévention et contrôle des infections (PCI);
  - A pris acte du plan d'action en hygiène des mains et a discuté des enjeux;
  - A pris acte du rapport sur les incidents et accidents 2017-2018 et a discuté des constats et des recommandations;
  - A été informé de la création du Comité de coordination de la gestion intégrée des risques (GIR), considérant les recommandations du Comité directeur et les prochaines étapes;
  - A suivi l'état d'avancement de la Gestion intégrée des risques;
  - A pris acte des 10 priorités de la GIR et des risques émergents;
  - A pris acte de la structure de gouverne, du plan d'action 2018-2019 et discuté des enjeux reliés au circuit du médicament;
  - A pris acte de la Directive sur l'usage du cannabis à des fins médicales et discuté des enjeux;
  - A pris acte de la politique sur la maltraitance, a discuté des enjeux et a recommandé son adoption au C. A.;
  - A pris acte, analysé et discuté de la politique sur l'accès aux chiens d'assistance dans les installations du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, et a recommandé son adoption au C. A.;
  - A pris acte et a discuté des résultats des rapports trimestriels sur la prestation sécuritaire des soins et des services aux usagers (PSSSU);
  - A exercé une vigie concernant les événements sentinelles et a pris acte du suivi des travaux à mettre en place;
  - A pris acte des résultats du rapport annuel 2017-2018 du CPSSSU et a recommandé au C. A. son adoption;
  - A pris acte et a discuté des sujets et enjeux traités aux rencontres du CPSSSU;
  - A pris acte des modifications au Règlement sur les règles de fonctionnement du CPSSSU et en a recommandé son adoption au C. A.;

- A recommandé la priorisation du risque « Abus et agressions en CHSLD » dans le nouveau cycle de gestion.

- Approche centrée sur l'usager, ses proches et la population :
  - A pris acte du déploiement de l'approche Planetree;
  - A pris acte de l'état d'avancement des travaux sur l'Approche centrée sur l'usager, ses proches et la population;
  - A pris acte de la présentation faite au C. A. sur les résultats du sondage satisfaction des usagers;
  - A pris acte et assuré le suivi de l'état d'avancement de la démarche sur la compassion.

— COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE ET ORGANISATIONNELLE —

MANDAT

Dans un objectif de contribuer au développement d'une culture de l'éthique dans le CIUSSS de l'Estrie-CHUS, le CECO exerce les fonctions suivantes :

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

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

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Marie-Noëlle Charbonneau	Présidente	Recommandation du CM
Jessika Roy-Desruisseaux	Vice-présidente	Recommandation du CMDP
À venir	Membre	Recommandation du CII
Anne-Marie Boire-Lavigne	Membre	Recommandation du CMDP
Isabelle Bourdeau	Membre	Recommandation du CM
Sophie Brisson	Membre	Conseillère cadre en éthique
André Godin	Membre	Usager
Nathalie Guesneau	Membre	Employée
Marc-André Hébert	Membre	Recommandation du CM

Membre	Statut	Condition de désignation
Céline Jodar	Membre	Cadre intermédiaire
À venir	Membre	Directeur ou Directeur adjoint
Claude Moreau	Membre	Membre du CUCI
Lyne Morissette	Membre	Recommandation du CII
Patrick Poulin	Membre	Directeur adjoint
Jean-François Therrien	Membre	Intervenant en soins spirituels
Caroline van Rossum	Membre	Cadre intermédiaire

RÉALISATIONS

- Révision du cadre conceptuel en éthique, incluant l'ajout d'un algorithme sur le processus d'accompagnement à la réflexion en présence d'une situation complexe pouvant comporter un enjeu éthique.
- Bibliothèque : Le CECO met à jour en continu une bibliothèque avec plusieurs ouvrages sur le sujet de l'éthique et du droit. Les membres peuvent emprunter librement les ouvrages.
- Outil de communication : Création, en collaboration avec le service des communications, d'un personnage associé à l'éthique et apparaissant dans diverses actions de communication.
- Enquête feedback sur les besoins de sensibilisation en éthique : Deux stagiaires au doctorat en psychologie organisationnelle ont réalisé, entre janvier et mai 2019 une enquête feedback permettant de mieux cibler les besoins de sensibilisation en éthique au sein de la direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA) du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Ce mandat a été confié par le CECO en réponse à une demande faite par le Comité de vigilance et de la qualité (CVQ) au moment de la présentation du dernier rapport annuel. Les recommandations découlant de cet exercice feront l'objet d'un suivi au cours de la prochaine année.

— COMITÉ DE GESTION DES RISQUES —

MANDAT

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

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

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Émilie Kahr	Présidente	Employé
Chantale Tardif	Vice-présidente	Employé
Christian Allard Armelle Apter Josée Desaulniers Miguel Esmeral Gabrielle Gagnon Martine Brodeur Édith Lauzier Marie-Claude Rodrigue Serge Maltais	Membres réguliers	Employé
Sylvie Godbout Peter Moliner	Membres réguliers	Personnes qui exercent leur profession (deux médecins)
Claude Moreau Jean-Pierre Prévost	Membres réguliers	Usagers (deux)
Josée Patry Vacant	Membre régulier	Personnes qui, en vertu d'un contrat de service, dispensent pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier (deux personnes en provenance d'une ressource non institutionnelle)
Patricia Gauthier	Membre d'office	Présidente-directrice générale (PDG)
Nathalie Léonard	Membre d'office	Personne désignée par la PDG
Catherine Barbeau Nancy Fournier Véronique Leblanc Stéphane Mathieu Geneviève Pinard Nadia Leboeuf Stéphane Mathieu Geneviève Pinard	Membres d'office	Gestionnaires de risques

RÉALISATIONS

- Au cours de l'année 2018-2019, le CPSSSU a tenu cinq rencontres. Ces rencontres ont permis de consolider le mode de fonctionnement du comité;
- Les membres ont réalisé un plan d'action contenant des pistes d'amélioration du fonctionnement du comité et en ont assuré le suivi;
- Le rapport annuel 2017-2018 du Comité d'éthique clinique et organisationnelle a été présenté et les membres ont pu se familiariser avec les composantes du mandat de ce comité;

- Les membres ont contribué au projet de la Semaine sur la sécurité des usagers tenue du 29 octobre au 2 novembre 2018;
- Le bilan 2017-2018 du Service de prévention et de contrôle des infections de la DSI a été présenté et les membres ont pu se familiariser avec les composantes du service. De plus, le plan d'action 2018-2019 a été discuté, incluant le plan d'action sur l'hygiène des mains et la structure de gouverne sur la PCI;
- Les membres ont été informés d'une initiative au regard de la sécurité des usagers concernant le programme d'antibiogouvernance, présentation faite par une représentante du département de pharmacie;
- Les rapports trimestriels sur la PSSSU ont été présentés et commentés par les membres;
- Neuf événements sentinelles ayant fait l'objet d'une analyse par un comité ad hoc ont été présentés et ont fait l'objet de discussion avec les membres;
- Le rapport national 2017-2018 sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et des services de santé (RNIASSS), les résultats du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et le portrait des événements sentinelles de l'établissement ont été présentés et discutés;
- Les travaux du groupe de travail sur l'identification des usagers ont été présentés et discutés avec les membres;
- Les travaux du comité d'amélioration continue de la qualité – Mesures de contrôle, Chutes, Transfert de l'information aux points de transition, Suicide, Abus-agressions envers les usagers en CHSLD ont été présentés et discutés avec les membres;
- Les travaux sur le circuit du médicament ont été présentés et discutés avec les membres, dont l'analyse AH-223, les indicateurs ainsi que l'autoévaluation;
- La directive sur l'utilisation du cannabis à des fins médicales a été présentée et commentée par les membres;
- Les membres ont été informés des risques liés à l'utilisation de certains lits électriques et des actions en cours.

RECOMMANDATIONS

- Les membres ont recommandé au CVQ l'adoption de la mise à jour du Règlement sur les règles de fonctionnement du CPSSSU, qui a été adopté par le CA le 12 novembre 2018;
- Les membres ont recommandé au CVQ l'adoption de la Politique de lutte contre la maltraitance, qui a été adoptée par le CA le 12 novembre 2018;
- Les membres ont recommandé au CVQ l'adoption du Plan de sécurité des usagers, qui a été adopté par le CA le 27 février 2019.

— COMITÉ DE VÉRIFICATION —

MANDAT

- Assurer de la mise en œuvre d'un plan et des suivis visant une utilisation optimale des ressources financières de l'établissement;
- S'assurer de la mise en place et de l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement;
- Analyser et voir au suivi budgétaire périodique et recommander au Conseil d'administration l'approbation du budget, du suivi budgétaire, des états financiers ainsi que le choix d'un vérificateur externe et le mandat;

- Réviser toutes activités susceptibles de nuire à la bonne situation financière de l'établissement et veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place.
- Assurer et recommander au Conseil d'administration, les investissements en immobilisations et les transactions immobilières majeures de l'établissement, et de la gestion des parcs d'immeubles et d'équipements de l'établissement;
- Convenir des orientations en lien avec les communications de l'information financière.

COMPOSITION

Membre	Statut
Lane Chamberland	Président
Jacques Fortier	Membre
Gérald R. Cutting	Membre
Serge Therrien	Membre
Jaime Borja	Membre
Patrice Lamarre	Invité en tant que Pharmacien (CRSP)
Patricia Gauthier	Invitée en tant que Présidente-directrice générale

RÉALISATIONS

- Réviser la charte et la composition du Comité de vérification et de suivi budgétaire incluant la nomination de M. Lane Chamberland à titre de président, adoption de la charte du comité de vérification incluant les priorités et la nomination de M. Patrice Lamarre à titre d'invité;
- Adopter et recommander le budget 2018-2019 et en assurer le suivi ainsi que la réalisation du plan d'optimisation financière sans nuire aux soins et services essentiels aux usagers;
- Examiner et valider les résultats financiers pour l'année financière 2018-2019 et les projections pour l'année financière 2019-2020;
- Effectuer le suivi du niveau de réalisation des mesures prévues au plan d'optimisation budgétaire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Assurer le suivi du déploiement de la gestion intégrée des risques et de l'audit interne dans l'établissement;
- Assurer le suivi des travaux entrepris pour permettre le financement transitoire des activités de l'établissement à la hauteur de leur performance financière;
- Échanger avec les vérificateurs externes du CIUSSS de l'Estrie – CHUS sur le plan de travail pour la vérification de la fin d'année financière 2018-2019 et en prévision de l'année financière 2019-2020;
- Recommander l'adoption sur le plan de conservation et de fonctionnalité immobilière 2018-2019;
- Recommander l'adoption de projets d'immobilisations tel que le financement des 176 lits à Granby;
- Recommander l'adoption des principes de répartition ainsi que le scénario d'allocation PSOC de l'enveloppe budgétaire récurrente 2018-2019;
- Suivre les stratégies pour soutenir l'approvisionnement local, dans un esprit de renforcement du rôle de catalyseur du développement économique du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;

- Mettre en place une approche novatrice pour assurer la budgétisation des directions de l'établissement en considérant les performances financières comparables et la mise en œuvre du projet des coûts par parcours de soins et de services (CPSS) dans le cadre de la transformation du financement;
- Valider le projet de production/distribution des radio-isotopes en quantité suffisante et au meilleur coût possible;
- Recommander le statu quo pour la tarification des stationnements;
- Assurer le suivi de l'ensemble des projets immobiliers;
- Réviser et recommander la directive relative à l'utilisation des contributions partenariales associées aux appels d'offres provinciaux sur les fournitures spécialisées;
- Réviser et recommander un niveau de ponction sur les nouveaux budgets de développement pour les dépenses administratives et de soutien aux services afin d'établir des règles d'application précises;
- Réviser et fournir la rétroaction concernant la directive sur les frais de déplacement du personnel et pour le personnel d'encadrement du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Réviser et recommander au Conseil d'administration la politique sur le suivi budgétaire qui vise à orienter et assurer la mise en place d'un processus budgétaire conforme aux valeurs organisationnelles et aux orientations stratégiques de l'établissement.

— COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE —

MANDAT

Conformément à la LSSSS et au règlement de régie interne du conseil d'administration, ce comité :

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

- Assure la mise en œuvre de la politique sur la désignation nominative des biens du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et de sa procédure;
- Assure la mise en œuvre d'une procédure pour faciliter la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Jocelyne Faucher	Membre	Universités
Jacques Fortier	Membre	Indépendant
Rachel Hunting	Présidente	Indépendant
André Forest	Membre	Indépendant
Diane Gingras	Membre	Indépendant
Gerald R. Cutting	Membre	Indépendant
Patricia Gauthier	Membre d'office	Présidente-directrice générale

RÉALISATIONS

Six (6) rencontres ont eu lieu au cours de l'année 2018-2019. Les principales réalisations sont les suivantes :

- Suivi du plan de relève pour les postes de présidente-directrice générale et de président-directeur général adjoint
- L'analyse et l'application de la Procédure d'autoévaluation du fonctionnement du C. A., de ses comités et de ses membres;
- Processus de renouvellement des membres du conseil d'administration;
- Tournée des membres du conseil d'administration des MRC de la région 05;
- Révision du programme d'accueil et d'intégration des membres du conseil d'administration;
- Réalisation d'une auto-évaluation ciblée (nouveaux membres);
- Suivi du plan d'amélioration de la qualité pour la norme de gouvernance et préparation des membres du conseil d'administration pour la visite d'agrément 2019;
- Élaboration du programme de formation 2018-2019 des membres du C. A.;
- Révision du règlement de régie interne du conseil d'administration de même que du code d'éthique et de déontologie;
- Bilan du mandat du conseil d'administration du 1er octobre 2015 au 30 septembre 2018 et création d'un groupe de travail ayant pour mandat de revoir la déclaration d'ouverture des administrateurs et de proposer des ajustements si requis;
- Révision du plan d'organisation;
- Dépôt d'une politique sur les conflits d'intérêts des membres de la communauté;
- Bilan annuel de l'application de la procédure de divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics;

— COMITÉ DE LA MISSION UNIVERSITAIRE DU CA —

MANDAT

Ce comité voit à l'actualisation des six volets de la mission universitaire: l'enseignement, la recherche, l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISSS), au transfert de connaissances et pratiques de pointe et au rayonnement.

Il soutient et conseille la direction dans le développement de la mission universitaire de l'établissement, notamment pour sa désignation d'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS), de Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV) et de Centre de recherche du CHUS (CRCHUS).

Il soutient et conseille la direction dans la mise en place de la Direction de la coordination de la mission universitaire et de la pertinence ainsi que dans le suivi des modifications de l'organigramme de direction touchant les volets de la mission universitaire.

Il donne son avis au conseil d'administration sur les principaux projets de développement qui touchent un ou plusieurs volets de la mission universitaire ainsi que les projets d'infrastructures impliquant l'un de nos centres de recherche.

Il voit également à:

- examiner les rapports d'activités annuels relatifs à la mission universitaire, aux comités d'éthique de la recherche et au laboratoire de simulation clinique et en recommande l'adoption par le conseil d'administration;
- recommander, après examen, l'adoption des nominations des chercheurs des centres de recherche et institut;
- examiner et recommander l'octroi de privilèges de recherche en lien avec la mission universitaire;
- s'assurer de la réalisation des démarches reliées à la négociation, au suivi et à la mise à jour du contrat d'affiliation avec l'Université de Sherbrooke et des ententes d'affiliation avec les autres institutions d'enseignement universitaires;
- participer à l'évolution du RUIS notamment par l'intégration des secteurs santé et social;
- s'assurer du maintien et de la spécificité du modèle unique du CIUSSS de l'Estrie - CHUS dans le réseau des CHUs du Québec.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Jocelyne Faucher	Présidente	Membre provenant de l'Université à laquelle est affilié l'établissement
Patricia Bourgault	Membre	Membre provenant de l'Université à laquelle est affilié l'établissement
Patrice Lamarre	Membre	Membre du CA
Caroline Germain	Membre	Membre du CA
Alain Thivierge	Membre	Membre provenant d'un collège de désignation parmi le CII, CMDP et CM
Dr William Fraser	Membre	Membre représentant les directions scientifiques
Jacques Fortier	Membre d'office	Président du conseil d'administration

Membre	Statut	Condition de désignation
Patricia Gauthier	Membre d'office	Présidente-directrice générale
Dominique Dorion	Observateur	Membre provenant de l'Université à laquelle est affilié l'établissement
Stéphane Tremblay	Membre	Membre représentant le CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Josée Paquette	Membre	Membre représentant le CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Stéphanie McMahon	Membre	Membre représentant le CIUSSS de l'Estrie – CHUS

RÉALISATIONS

Le comité sur la mission universitaire, sous-comité du C. A., a tenu trois rencontres régulières, pour la période du 1er avril 2018 au 31 mars 2019. La rencontre du 4 octobre 2018 a été annulée puisqu'il n'y avait pas quorum. Les membres ont également tenu une rencontre spéciale le 22 février 2019 en lien avec l'analyse de la plainte en recherche.

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

Recommandations au CA pour adoption :

- révision de la charte du comité, sa composition et procéder à la nomination de son président;
- établir les priorités pour l'année 2018-2019;
- rapport final en lien avec une plainte en recherche;
- modifications apportées à la politique et procédure sur l'intégrité en recherche ;
- plan de sensibilisation en lien avec la politique sur l'intégrité en recherche.
- rapport annuel 2017-2018 du CÉR du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- la reconduction du CÉR du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- modifications au règlement du fonctionnement du CÉR;
- politique et de la procédure sur les banques de recherche;
- modifications apportées à l'annexe 3 des modes opératoires normalisés de la politique institutionnelle de la recherche du CHUS;
- prolongation du mandat du directeur scientifique de l'IUPLSSS;
- la nomination de 3 nouveaux chercheurs réguliers à l'IUPLSSS;
- la nomination de 4 nouveaux membres au CÉR;
- la démission d'un membre au CÉR;
- le renouvellement de 6 membres au CÉR;
- la signature de la convention cadre entre le CHU de Rennes et le CIUSSS de l'Estrie - CHUS;
- Réviser le contrat type affiliation avec l'UdeS et commentaires transmis au MSSS;

Nombre de rencontres prévues annuellement : 4

— COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES ET DES COMMUNICATIONS —

MANDAT

À partir des grands enjeux ressources humaines, communications et affaires juridiques, ce comité :

- Participe à la définition et voit au suivi des orientations et priorités stratégiques de ce secteur d'activités
- Agit comme intermédiaire auprès du conseil d'administration de manière à ce qu'il soit bien informé des enjeux et que celui-ci ait toute l'information nécessaire lui permettant de prendre des décisions éclairées dans le domaine des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
- Définit et actualise un plan d'action annuel visant à répondre aux besoins du conseil d'administration en matière de ressources humaines, de communications et des affaires juridiques

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Diane Gingras	Membre et présidente du comité	Membre n'étant pas à l'emploi de l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
Rachel Hunting	Membre	Membre n'étant pas à l'emploi de l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
Michel Kinumbe Elungu	Membre	Membre n'étant pas à l'emploi de l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
Serge Therrien	Membre	Membre n'étant pas à l'emploi de l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
Jacques Fortier	Membre d'office	Président du conseil d'administration
Stéphane Tremblay	Membre d'office	Président-directeur général

RÉALISATIONS

Entre le 1er avril 2018 et le 31 mars 2019, le comité a tenu cinq rencontres et, au cours de l'année, a travaillé sur les dossiers suivants :

- Présenter le suivi des indicateurs ressources humaines pour en suivre l'évolution
- Présenter le bilan des activités de communication de la dernière année et convenir des prochaines étapes
- Présenter l'évolution du dossier relativement aux négociations locales
- Suivi de l'évolution de la santé humaine de notre organisation
- Présenter les principaux constats et interventions des partenaires ressources humaines
- Présenter le bilan et les perspectives concernant la relève des cadres intermédiaires et supérieurs
- Apporter des précisions concernant l'avis sur la qualité de la prestation sécuritaire des soins
- Adopter, pour recommandation au C.A., le règlement encadrant l'utilisation des médias sociaux pour l'ensemble de notre personnel
- Adopter, pour recommandation au C.A., le choix limite par lésion à la commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST) pour l'année 2019

- Adopter, pour recommandation au C.A., la politique sur l'alcool et les drogues en milieu de travail
- Adopter, pour recommandation au C.A., la politique sur l'identification des personnes œuvrant au CIUSSS de l'Estrie – CHUS
- Adopter, pour recommandation au C.A., la politique de vérification des antécédents judiciaires

Nombre de rencontres prévues annuellement : 4 (ajouts possibles en cours d'année)

— COMITÉ SUR LES SOINS ET SERVICES —

MANDAT

Le rôle du comité consiste à :

- en tout respect du plan annuel, assurer une cohérence dans les orientations cliniques à privilégier dans le déploiement de l'offre de services du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- établir les orientations stratégiques quant à la coordination de haut niveau des trajectoires de soins et services, des réseaux locaux de services (RLS) et du continuum des services à la population;
- assurer la corrélation entre les besoins de la population et l'utilisation économique et efficiente des ressources allouées par programme-service;
- convenir des orientations permettant une animation des effectifs médicaux;
- s'assurer que l'offre de services permette le développement des communautés;
- voir au suivi des projets cliniques prioritaires et de tous les mandats confiés par le conseil d'administration.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
André Forest	Président	Membre du C. A.
Patricia Bourgault	Membre	Membre du C. A.
Michel Kinumbe Elungu	Membre	Membre du C. A.
Dre Caroline Germain	Membre	Membre du C. A.
Patrice Lamarre	Membre	Membre du C. A.
Marie-Claude Rodrigue	Membre	Membre du C. A.
Alain Thivierge	Membre	Membre du C. A.
Dre Raymonde Vaillancourt	Membre	Membre du C. A.
Jacques Fortier	Membre d'office	Président du C. A.
Patricia Gauthier	Membre d'office	Présidente-directrice générale
Dr Dominique Dorion	Observateur	Doyen de la Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
Marie-Paule Gendron	Observatrice	Observatrice

RÉALISATIONS

Le comité s'est réuni à 5 reprises entre le 1er avril 2018 et le 31 mars 2019.

Ces rencontres ont permis aux membres de :

- Contribuer à l'élaboration des grandes orientations cliniques et au soutien des objectifs prioritaires annuels;
- Suivre le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) et ses orientations;
- Prendre connaissance de différents états de situation :
  - Direction de la protection de la jeunesse (DPJ);
  - Chirurgie cardiaque et TAVI
  - Imagerie médicale;
  - Etc.
- Prendre connaissance et répondre aux différents avis des conseils
  - Conseil multidisciplinaire;
  - Conseil des infirmières et infirmiers;
- Présenter un suivi systématique des indicateurs de soins et services en santé physique générale et spécialisée et en programmes sociaux et de réadaptation;
- Partager les enjeux de l'environnement clinique interne et externe;
- Bonifier les règles de vie du comité (se doter d'un mode de fonctionnement afin que les rencontres se déroulent de manière satisfaisante pour tous les membres).

Les réalisations du comité

Dossiers cliniques :

- Prendre connaissance de l'organigramme clinique;
- Prendre connaissance des travaux concernant l'entente entre les établissements et les organismes communautaires;
- Centre intégré de cancérologie;
- Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Garde en établissement de santé et de services sociaux;
- Gestion de la surcapacité;
- Politique sur le transfert des usagers en lien avec la fluidité des soins et des services;
- Dénutrition chez les usagers;
- Transfert des professionnels en GMF;
- Évolution des soins et services en soutien à domicile (SAD);
- Orientations cliniques en lien avec les investissements à la Direction du programme santé mentale et dépendance (DPSMD).

Gestion interne du comité

- Convenir des règles de gestion du comité;
- Convenir d'un ordre du jour standardisé.

— COMITÉ DE RÉVISION —

MANDAT

Le comité révise le traitement accordé à l'examen de la plainte de l'usager par le médecin examinateur (révision des plaintes médicales) :

De façon plus spécifique, le comité :

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

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Pauline Lefebvre (jusqu'au 30 septembre 2018)	Présidente	Membre n'étant pas employée par l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
Gerald R. Cutting (à compter du 18 octobre 2018)	Président	Membre n'étant pas employée par l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
Dr Guy Waddel	Membre	Membre désigné par le CMDP
Dre Josée Robitaille	Membre	Membre désignée par le CMDP
Dr Charles St–Arnaud	Substitut	Désigné par le CMDP
Personne indépendante, compétence en protection de la jeunesse	Substitut	Membre n'étant pas employée par l'établissement et n'y exerçant pas sa profession

RÉALISATIONS

Durant l'année 2018-2019, le comité a analysé un total de 13 dossiers comparativement à 9 dossiers pour l'année antérieure. Suite à l'analyse d'un des dossiers, le comité a fait une démarche auprès d'un gestionnaire de risque afin qu'une déclaration d'incident soit réalisée. Le constat a donné lieu à une amélioration de la qualité des soins.

TRAITEMENT DES DOSSIERS 2018-2019

Période du 2018-04-01 au 2019-03-31

DÉLAIS D'EXAMEN	Moyenne de jours	Nombre dossiers traités	%
Moins de 60 jours	45.6	5	38.46
61 à 90 jours	67.83	6	46.16
91 à 180 jours	112	1	7.69
181 jours et plus	187	1	7.69
TOTAL		13	100

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

- conclusions du ME endossées: neuf (9) dossiers ;
- demande de complément d'examen: quatre (4) dossiers ;

— COMITÉ DES MESURES DISCIPLINAIRES —

MANDAT

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

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Isabelle Boucher	Membre	Membre n'étant pas à l'emploi de l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
Diane Gingras	Présidente	Membre n'étant pas à l'emploi de l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
Gérald R. Cutting	Substitut	Membre n'étant pas à l'emploi de l'établissement et n'y exerçant pas sa profession
Membre médecin du conseil d'administration	Membre	Membre désigné par et parmi le DRMG
Membre médecin du conseil d'administration	Substitut	Membre du conseil d'administration faisant partie du CMDP
Membre désigné par le CMDP	Substitut	Désignation d'un membre par le CMDP ne faisant pas partie du conseil d'administration

RÉALISATIONS

Deux dossiers de plaintes ont fait l'objet d'une étude et d'une conclusion au cours de l'année 2018-2019.

Lors de l'étude d'un des dossiers, le comité a émis un avis selon lequel l'établissement devra se doter d'une procédure institutionnelle claire, adoptée et diffusée pour la gestion des suivis des usagers, dans une optique d'amélioration continue de la qualité et de sécurité des soins et services.

— COMITÉ RÉGIONAL DES SERVICES ANGLOPHONES —

MANDAT

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

COMPOSITION

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

RÉALISATIONS

Tout comme l'an dernier, les règlements de fonctionnement du comité régional sont en révision par le MSSS. Par conséquent, aucune rencontre du comité régional reconnu n'a eu lieu. Le nouveau comité régional sera formé en juin 2019.

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

- Faire un état de situation sur les travaux entourant le renouvellement du comité régional d'accès aux soins et services en langue anglaise;
- Effectuer un état de situation sur les projets CHSSN (Community Health and social services network) et échanger avec les membres;
- Présenter les ressources de répit en déficience intellectuelle;
- Partager le rôle des IPS dans l'organisation;
- Présenter le PDGA et son rôle dans le comité;
- Recueillir les commentaires pour l'adoption des règles de fonctionnement du comité régional.

En moyenne, 15 personnes étaient présentes à chacune des rencontres.

— CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS —

MANDAT

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

COMPOSITION

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

RÉALISATIONS

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens s'est réuni neuf fois au cours de l'année 2018-2019. La plupart des rencontres se sont déroulées à Sherbrooke, mais le comité du CMDP central s'est également déplacé au RLS de Memphrémagog, au RLS de la Haute-Yamaska, au RLS de la Pommeraie, au RLS du Granit et au RLS d'Asbestos. Des assemblées générales ont été établies au calendrier, soit une assemblée générale ordinaire (4 décembre 2018) et une assemblée générale annuelle (28 mai 2019).

Les objectifs spécifiques du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, fixés pour l'année 2018-2019, étaient principalement de :

- Contrôler et apprécier la qualité des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques;
- Évaluer et maintenir la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens;
- Faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et dentaires et les règles d'utilisation des médicaments, élaborées par chaque chef de département clinique;
- Donner son avis sur les aspects professionnels quant à l'organisation technique et scientifique de l'établissement;
- Faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'un médecin ou d'un dentiste qui adresse une demande de nomination ou de renouvellement de nomination ainsi que sur les privilèges et le statut à lui accorder;
- Faire des recommandations sur les obligations qui peuvent être rattachées à la jouissance des privilèges accordés à un médecin ou à un dentiste;
- Participer aux activités cliniques du centre, y compris la garde;
- Participer à des activités d'enseignement et de recherche, le cas échéant;
- Participer à titre de médecin ou de dentiste à des comités professionnels, scientifiques, médicaux ou administratifs;
- Donner son avis sur les mesures disciplinaires que le C. A. devrait imposer à un médecin, un dentiste ou un pharmacien;
- Assumer toute autre fonction que lui confie le C. A.;
- Assurer, ou déléguer, tous les rôles du CMDP;
- Faire le lien avec la Directrice des services professionnels, Table des chefs;
- Faire le lien avec la PDG;
- Faire le lien avec le C. A. et le CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Faire le lien avec l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec CMQ, fédérations, Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec.

Dre Caroline Germain a agi à titre de membre médecin spécialiste désigné pour siéger au C. A. du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Parmi ses comités obligatoires :

Le comité de pharmacologie s'est réuni huit fois au cours de l'année. Les objectifs spécifiques du comité de pharmacologie fixés pour l'année 2018-2019 étaient principalement de réviser une quantité importante de classes de médicaments pour l'uniformisation du formulaire thérapeutique du CIUSSS de l'Estrie – CHUS; d'évaluer la valeur pharmacothérapeutique de nouvelles molécules ou de nouvelles indications en accord avec les orientations de l'INESSS et de valider différents outils cliniques tels que protocoles, ordonnances collectives, ordonnances préimprimées comportant des médicaments. Nous prévoyons aussi faciliter la prescription des médecins travaillant aux urgences, aussi bien urgentologues que spécialistes.

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

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

Le comité d'examen des titres s'est réuni neuf fois au cours de l'année. Le comité a établi un mode de fonctionnement pour la réception et la transmission des procès-verbaux des comités locaux. Une

révision des libellés de privilèges a été demandée à tous les chefs de département et un groupe de travail a été mis en place pour en faire la compilation et la révision. Le formulaire de renouvellement des privilèges des médecins a été révisé et uniformisé. Nous proposerons au comité exécutif du CMDP une liste de nouveaux libellés de privilèges pour les médecins du CMDP du CIUSSS de l'Estrie – CHUS qui bénéficiera d'une cure de minceur. Nous continuerons à étudier les demandes de nomination des médecins, des dentistes et des pharmaciens, notamment par l'évaluation de leurs qualifications, de leur compétence scientifique et de leur comportement et à faire rapport au comité exécutif.

— CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS —

MANDAT

Le CII représente près de 5 000 infirmières et infirmières auxiliaires réparties dans les neuf (9) RLS de notre établissement.

LSSSS, art. 220 :

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

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

Le CII est, pour chaque centre exploité par son établissement, responsable envers la présidente-directrice générale de donner son avis sur les questions suivantes :

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

COMPOSITION

Membres	Statut	Conditions de désignation
Gabrielle Gagnon	Présidente	Conseillère-cadre clinicienne, membre cooptée et membre d'office du CIIA Direction des soins infirmiers
Céline Jodar	Vice-présidente	Coordonnatrice (compétences, soutien et encadrement clinique) par intérim – Volet qualité et évolution de la pratique professionnelle, conseillère-cadre clinicienne, membre cooptée (DSMDP) Direction des soins infirmiers
Gaétane Boucher	Secrétaire	Conseillère en soins infirmiers (prévention et contrôle des infections) – Volet qualité et évolution de la pratique professionnelle Direction des soins infirmiers
Jean-Philippe Martin-Palin	Agent de communication	Coordonnateur d'activités par intérim – Volet regroupement des clientèles hospitalisées, infirmier, membre coopté Direction des soins infirmiers
Émilie Gervais	Trésorière	Infirmière clinicienne, membre cooptée (DSPublique) Direction du programme SAPA
Véronic Poulin	Responsable de l'AGA et du colloque du CECII	Infirmière clinicienne (UG, UCDG et équipe gériatrie), membre cooptée Direction du programme SAPA
Patrice Dostie-Pinard	Conseiller	Infirmier clinicien, représentant du sous-comité de la relève infirmière (CRI), membre coopté (DSP) Direction des soins infirmiers
Jessica Faucher	Conseillère Trésorière intérimaire	Infirmière clinicienne, membre cooptée (DPJe) Direction du programme SAPA
Anne-Marie Grégoire	Conseillère	Assistante au supérieur immédiat Direction du programme DPDI-TSA-DP
Manon Goudreau (remplacement par Marie-Claude Jutras, durée indéterminée)	Conseillère	Infirmière clinicienne Direction des services professionnels
Isabelle Roy	Présidente du CIIA	Infirmière auxiliaire, membre d'office Direction du programme SAPA
Amélie Drolet	Vice-présidente du CIIA	Infirmière auxiliaire, membre d'office Direction du programme SAPA
Nathalie Sheehan	Membre d'office	Directrice adjointe des soins infirmiers – Volet qualité et évolution de la pratique professionnelle
Nathalie Schoos	Membre d'office	Directrice des soins infirmiers
Patricia Gauthier	Membre d'office	Présidente-directrice générale
Stéphan Lavoie	Invité permanent	Infirmier, Ph. D., représentant de l'Université de Sherbrooke
Patricia Tremblay	Invitée permanente	Infirmière clinicienne, représentante des collèges d'enseignement général et professionnel
Sonia Roy	Invitée permanente (depuis octobre 2017)	Infirmière désignée, représentante des centres de formation professionnelle

RÉALISATIONS

- Sept (7) séances ordinaires du CII ont eu lieu entre le 1er avril 2018 et le 31 mars 2019 et la tenue d'une assemblée générale annuelle le 17 mai 2018;
- Création d'un comité scientifique et organisation du 1er colloque CII « Ensemble pour la qualité des soins » en collaboration avec le Centre de formation continue de l'Université de Sherbrooke;
- Participation au comité d'hygiène des mains et implication financière de 10 000 $ pour soutenir la réalisation du plan d'action ainsi que le suivi du taux d'hygiène des mains dans le CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Soutien d'un projet pilote ayant comme objectif la pérennisation des apprentissages acquis lors de la formation ministérielle sur l'évaluation de la condition physique et mentale (ECPM) et octroi d'un soutien financier de 5 000 $ pour l'achat de matériel technologique;
- Soutien à la campagne de sensibilisation organisationnelle « Je soutiens ma relève » favorisant l'accueil et l'intégration de la relève en soins infirmiers et octroi d'un soutien financier de 10 000 $ pour permettre d'offrir un souper-conférence gratuit;
- Dépôt de deux (2) avis au conseil d'administration, soit sur la qualité de la prestation des soins et sur la prestation sécuritaire de la préparation, la distribution et l'administration de la médication;
- Dépôt d'un (1) avis à la DSI pour l'introduction d'une activité préparatoire à l'examen professionnel des CÉPIA;
- Présentation et discussion sur les enjeux concernant l'effectif en soins infirmiers, l'intégration de la relève en soins infirmiers, la planification de la main-d'œuvre d'infirmière, les champs d'exercice et les activités réservées du personnel en soins infirmiers, le plan de sécurité des usagers 2018-2021, le plan de déploiement de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) en milieu hospitalier;
- Présentation de la présidente-directrice générale concernant les priorités organisationnelles 2018-2019 de l'établissement;
- Collaboration à l'identification de formations prioritaires pour le Plan de développement des ressources humaines (PDRH) de l'organisation;
- Participer au devis pédagogique de la formation du Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS) sur le transfert de l'information aux points de transition des soins et services;
- Consulter et valider le scénarimage de la formation de type e-learning sur la double vérification indépendante (DVI);
- Rôle de consultant pour des cadres de référence de l'établissement, soit sur la prévention de la violence et sur le soutien et l'encadrement clinique;
- Rôle de consultant pour les politiques et directives de l'établissement, soit sur l'identification des usagers, sur le transfert de l'information aux points de transition, sur l'usage du cannabis à des fins thérapeutiques, sur le cheminement et le transfert des usagers ayant un niveau de soins alternatifs (NSA);
- Adoption et suivi d'une planification budgétaire 2018-2019;
- Collaboration avec le CM concernant nos plans d'actions respectifs et enjeux communs;
- Communication avec les membres du CII grâce à quatre (4) publications dans la VIEtrine, deux (2) publications dans la VIEtrine express, deux (2) notes de service, la mise à jour régulière de la page Intranet CII-CIIA-CRI et la diffusion de diverses informations sur la page Facebook CII-Estrie;
- Création de trois (3) affiches thématiques en collaboration avec le service des communications;
- Élections en septembre 2018 avec une modalité de vote électronique instaurée;

- Nomination de cinq (5) nouveaux membres au CII, un (1) nouveau membre au CIIA et deux (2) nouveaux membres au CRI;
- Nomination d'un poste coopté en remplacement pour la DSG;
- Participation de quatre (4) membres aux rencontres des officiers du CII avec la DSI;
- Participation à différents comités de l'organisation, tels le forum des cadres supérieurs, le conseil d'administration, le comité des ressources humaines du conseil d'administration, etc.;
- Collaboration avec différents partenaires externes tels que : OIIQ, OIIAQ, Association des conseils des infirmières et infirmiers du Québec (ACIIQ), les ordres régionaux des infirmières et infirmiers de l'Estrie et de la Montérégie (ORIIE, ORIIM), le Centre de formation continue de l'Université de Sherbrooke.

— CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE —

MANDAT

Sous réserve de ce qui est prévu aux articles 214 et 220 de la LSSSS, le CM est responsable envers le CA :

LSSSS art. 227

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

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

LSSSS art 370.7

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

Et conformément aux règlements de l'établissement, le CM est, pour chaque centre exploité par l'établissement, responsable envers la présidente-directrice générale (PDG) de donner son avis sur les questions suivantes :

LSSSS art. 228

- L'organisation scientifique et technique du centre ;
- Les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres ;
- Toute autre question que la directrice générale (DG) porte à son attention.

À noter que les demandes d'avis et de recommandations peuvent provenir du CA, de la Direction générale, des différentes directions de l'établissement, ainsi que des techniciens et professionnels membres du CM. Le CECM peut également décider de porter à l'attention de l'organisation, une situation relevant de ses mandats, sans demande, au préalable.

POUVOIR

Le CM est une instance-conseil relevant du conseil d'administration (CA) de l'établissement. Il a un pouvoir de recommandation et d'avis auprès de la Direction générale et du CA.

COMPOSITION

Statut	Titre d'emploi	Installation du lieu de travail	Direction – programme	Siège occupé à l'exécutif
Marie-Andrée Périgny Présidente	Travailleuse sociale	CSSS de Memphrémagog	DPSMD	DPSMD
Mélissa Hamel Vice-présidente	Physiothérapeute	Hôpital et centre d'hébergement Youville	DPSAPA	DPDI-TSA-DP *(jusqu'en mai 2019)*
Anik Dubaere Secrétaire	Éducatrice spécialisée	CLSC King Ouest	DPJe	DPJe et DPJ
Diane Chagnon Trésorière	Diététiste-Nutritionniste	CSSS de Memphrémagog	DPSAPA	Membre coopté *(jusqu'en avril 2019)*
Marie-Josée Goyette Responsable des communications	Thérapeute en réadaptation physique	CLSC de Cowansville-Larouche	DPSAPA	DPSAPA *(jusqu'en mai 2019)*
Amélie Rathier Membre régulier	Travailleuse sociale	CSSS de Memphrémagog	DITSADP	Membre coopté *(de juin à octobre 2018)*
Christian Alexandre Castellano Membre régulier	Agent de recherche	Hôpital et centre d'hébergement Youville	DCMU	DSPublique/DCMU/ DSM : imagerie médicale
Christian Allard Membre régulier	Psychoéducateur	CJE, point de service du Granit	DPJe	Représentation territoriale
Éliane Desjardins Membre régulier	Diététiste-Nutritionniste	CHUS — Hôtel-Dieu	DSM	DSG/DRHCAJ/DST/ DRIT
Geneviève Beaudoin Membre régulier	Thérapeute en réadaptation physique	CHUS – Fleurimont	DSM	DSM : Professionnels
Guylaine Chabot Membre régulier	Assistante-chef en microbiologie	Hôpital de Granby	DSM	DSM : Biologie médicale *(jusqu'en mai 2019)*
Shella-Ann Schinck Membre régulier	Ergothérapeute	Hôpital et centre d'hébergement Argyll	DPSAPA	Membre coopté *(jusqu'en décembre 2018)*
Virginie Desmeules Membre régulier	Archiviste médicale	CHUS – Fleurimont	DSP	DSP/DQEPE/DSI *(jusqu'en mai 2019)*
Patricia Gauthier Membre d'office	Présidente-directrice générale	Hôpital et centre d'hébergement Argyll	DG	PDG
Karine Duchaineau Membre d'office	Directrice des services multidisciplinaires	Édifice Murray	DSM	Désignée par la Direction générale
Jean Delisle	Directeur adjoint des services multidisciplinaires –	Édifice Murray	DSM	Membre invité

Statut	Titre d'emploi	Installation du lieu de travail	Direction – programme	Siège occupé à l'exécutif
	Qualité et évolution de la pratique			

RÉALISATIONS

Notons que les réalisations du CM s'inscrivent particulièrement dans l'axe « *Bâtir pour et avec le personnel…* » de la vision de l'établissement « Le Vrai Nord : notre boussole ».

Nos opérations :

- Huit séances statutaires ;
- Deux rencontres de travail (Lac-à-l'épaule incluant l'accueil des nouveaux membres du CECM, ainsi qu'une rencontre pour réaliser collectivement le bilan annuel 2018-2019 et la planification annuelle 2019-2020) ;
- Plusieurs rencontres de travail (en personne ou par conférence téléphonique) ont été réalisées en lien avec les différents comités du CECM (comité avis, recommandations et consultations ; comité de coordination des comités de pairs (CP) ; comité communication ; comité trésorerie ; comité AGA et comité reconnaissance) ;
- La tenue de l'assemblée générale annuelle en mai 2018, avec un taux de participation de 4,5 % sur un quorum de 3 % ;
- Participation à la rencontre de planification annuelle stratégique 2019-2020 de l'établissement avec la Direction générale et des cadres supérieurs en février 2019 ;
- Travaux de planification des élections du CM prévues pour mai 2019 ;
- Travaux de réflexion sur l'octroi du budget annuel au CM et recommandations déposées à la PDG pour budget 2019-2020.

Nos contributions :

- Une lettre d'appréciation en lien avec le processus électoral du membre CM désigné au CA a été envoyée à M^me^ Pascale Bélisle, présidente d'élection, et à la Direction générale (juin 2018) ;
- Une lettre d'appui à l'avis et aux recommandations de l'ACMQ sur le dossier Optilab a été déposée au CA (octobre 2018) ;
- Deux lettres ont été transmises à la DSM sur les constats et préoccupations du CM quant à certains enjeux liés au transfert d'information aux points de transition (TIPT), ainsi qu'à la gestion des actifs informationnels et l'échange d'information confidentielle et nominative *via* des outils non sécurisés (octobre 2018) ;
- Une lettre de recommandations en lien avec le budget du CM 2019-2020, a été déposée à la PDG (avril 2019) ;
- Le CM a répondu à quinze demandes de consultation sur des politiques, directives, cadres de référence et procédures de l'établissement (la majeure en novembre et décembre 2018) ;
- Le CM a reçu en statutaire plus de cinq consultations-présentations, notamment sur les sujets suivants :
  - l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) ;
  - l'Engagement SAD (soutien à domicile),
  - Le PDRH ;
  - Le TIPT ;
  - Suivi des recommandations du CM au CA dans le dossier Optilab.

- Le CM a participé et continue de participer à des comités issus de l'établissement tel qu'au comité sur la malnutrition (dénutrition), au comité tactique – enseignement, ainsi qu'au comité de gestion des outils cliniques (CGOC) ;
- Le CM a contribué, par son rôle de vigie, au processus du PDRH ;
- Le CM a contribué aux démarches réalisées du comité d'amélioration continue sur le TIPT, notamment le projet des capsules de formation et les directive et procédure sur le TIPT ;
- Participation d'un membre de l'exécutif du CM au comité de travail formé par l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ), en lien avec le projet Optilab (biologie médicale) ;
- Le CM a favorisé l'implication du personnel (de techniciens et professionnels membres du CM) avec la mise sur pied de 10 projets de comités de pairs (*comités regroupant entre 2 à 8 membres CM d'une même spécialité*) liés aux différents mandats du CM, tels que :
  - Harmonisation des bonnes pratiques en soins spirituels ;
  - Formulaire d'évaluation en physiothérapie vestibulaire ;
  - Garantie de l'innocuité des aliments conservés au chevet des patients entre les repas ;
  - Élaboration d'un outil clinique encadrant l'évaluation et l'intervention en ergothérapie, lors de la conduite d'un appareil d'aide à la mobilité motorisée ;
  - Services psychosociaux offerts en anglais par le CLSC de Cowansville-du-Sud: pistes de solutions pour améliorer l'offre de services ;
  - Mise en place d'un protocole pour assurer la constance des analyses ;
  - Création de capsules vidéo pour la formation omni assistant ;
  - Outils de travail pour le personnel des services alimentaires en résidences privées (RPA), en lien avec l'enrichissement alimentaire ;
  - Le rôle de l'intervenant pivot en ergothérapie au SAD avec la clientèle SAPA ;
  - Uniformisation et simplification de la rédaction des rapports en ergothérapie.

Nos collaborations :

- Collaborations avec le CII :
  - Communication continue entre les présidentes CM et CII ;
  - Collaboration, en partenariat avec la DRHCAJ, sur la réalisation d'un formulaire « Demande d'autorisation pour la transmission de vos coordonnées » pour les nouveaux employés, membres CM et membres CII.
- Collaborations avec les directions :
  - Collaboration continue entre le CM et la DSM ;
  - Collaboration avec la DQEPP dans plusieurs dossiers ;
  - Collaboration avec la DRIT, notamment pour l'enjeu du stationnement ;
  - Collaboration avec la DRHCAJ, notamment au PDRH et au comité tactique – Enseignement.
- Activités de réseautage liées à l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ) :
  - Participation à la rencontre de la Table des présidents des CMs du Québec (juin 2018) ;
  - Participation au Congrès des CMs du Québec (novembre 2018) ;

- Participation à une rencontre des CMs des CHUs (novembre 2018) ;
- Utilisation et intégration du matériel et des outils développés par l'ACMQ ;
- Suivi des collaborations entre l'ACMQ et le MSSS.

— COMITÉ D'ÉTHIQUE À LA RECHERCHE —

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

MANDAT

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

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

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Marie-Josée April	Membre suppléant	Expertise en éthique
Louise Bernier	Membre régulier	Expertise juridique
Roxanne Bournival	Membre suppléant	Expertise scientifique biomédicale
Audrey Brassard	Membre régulier	Expertise scientifique sociale
Sophie Brisson	Membre régulier	Coprésidente, expertise juridique
Martin Brochu	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale
Michelle Busseau	Membre régulier	Représentante de la collectivité
Vanessa Chenel	Membre régulier	Expertise en éthique
Aboubacar Cisse	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale
Yvan Cloutier	Membre régulier	Expertise en éthique
Benoît Cossette	Membre suppléant	Représentant scientifique biomédicale
Anne-Marie Côté	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale
Annabelle Cumyn	Membre régulier	Présidente, expertise scientifique biomédicale
Jean Descoteaux	Membre régulier	Expertise scientifique sociale

Membre	Statut	Condition de désignation
Kim Désilets	Membre suppléant	Expertise juridique
Sylvie Desrosiers	Membre régulier	Expertise en éthique
Thibaud Écarot	Membre substitut	Expertise scientifique informatique
Sylvain Giroux	Membre régulier	Expertise en informatique
Nathalie Grégoire	Membre régulier	Expertise juridique
Guy Lacombe	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale
Denise Lauzière	Membre régulier	Expertise juridique
Julie Leblond	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale
Frédéric Mallette	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale
Vincent Masse	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale
Julie Ménard	Membre suppléant	Expertise scientifique biomédicale
Marie-Georges Naud	Membre régulier	Représentante de la collectivité (fin 2018/11/05)
Monelle Parent	Membre régulier	Expertise en éthique (fin 2018/10/30)
Johanne Pruneau-Drapeau	Membre régulier	Représentante de la collectivité
Julie Quenneville	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale
Marie-Pierre Rousseau	Membre régulier	Expertise scientifique biomédicale (fin 2018/12/31)
Arzemina Spahic Blazevic	Membre régulier	Expertise scientifique sociale
Raymonde Vigneault	Membre régulier	Représentante de la collectivité

RÉALISATIONS

Au cours de la dernière année (2018-2019), le CÉR du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a évalué 210 nouveaux projets lors de 25 réunions plénières. Le CÉR a agi à titre de CÉR évaluateur pour 37 projets multicentriques. De plus, 74 projets ont été mis en œuvre au CIUSSS de l'Estrie – CHUS (projets évalués par un autre CÉR désigné par le MSSS). 1 241 projets sont présentement en cours. Finalement, un suivi annuel a été réalisé pour 1 844 demandes.

Sur le plan procédural et règlementaire :

- Révision des règles de fonctionnement (approbation le 14 juin 2018);
- Ré-écriture de la Politique sur les banques de recherche pour le CIUSSS ; écriture d'une nouvelle procédure Banques de recherche avec consultation large (documents approuvés le 30 janvier 2019) ;
- Recrutement de nouveaux membres (1 représentante du public, 2 représentants scientifiques biomédical et 1 représentant scientifique en informatique) ;
- Développement d'un feuillet d'information pour les gestionnaires du CIUSSSE en vue de l'agrément du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

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

Plan de formation :

- Élaboration, organisation et animation de la 4e Table ronde en éthique de la recherche portant sur les banques de recherche : avantages, défis et enjeux (Juin 2018) avec la participation des patients-partenaires;
- Participation à des activités de formation en recherche dans les programmes de résidence.

Projets de recherche/publications

- Sujet : Analyse de discours du rôle du chercheur en éthique de la recherche
- Annabelle Cumyn, Kathleen Ouellet, Anne-Marie Côté, Caroline Francoeur
- & Christina St-Onge (2018): Role of Researchers in the Ethical Conduct of Research: A
- Discourse Analysis from Different Stakeholder Perspectives, Ethics & Behavior.
- Sujet : L'intelligence artificielle au service des systèmes de santé apprenant. Cahier Spécial Série IA, Le Devoir, 17-18 novembre 2018.
- Sujet : Le consentement dans un système de santé apprenant
- Un article de revue de portée a été soumis à *Learning Health Systems* (avril 2019).
- Groupes de discussions pilotes avec les citoyens de niveau de littératie faible à très faible pour obtenir leur point de vue sur la faisabilité d'un métaconsentement pour la recherche avec des données de santé.

Partenariat et rayonnement : participation à des comités externes

Annabelle Cumyn a participé aux comités suivants :

- Groupe de travail mis sur place par les FRQS pour rédiger un rapport sur les enjeux d'éthiques et la recherche en intelligence artificielle ou avec des données numériques;
- Participation aux réunions entourant les activités Catalis ;
- Participation et présentation à la Table inter-CÉR tenue au CRCHUM (24 janvier 2019) ;
- Groupe consultatif interagences en éthique de la recherche (GER) des IRSC, CRSNG et CRSH ayant pour but de promouvoir de hautes normes d'éthique dans la conduite de recherches avec des êtres humains.
- Participation au sous-comité du GÉR pour le développement de la formation en ligne pour les chercheurs/membres du CÉR (CORE tutorial).
- Participation à la journée de lancement du nouvel observatoire international sur les impacts sociétaux de l'IA et du numérique (OIISIAN) (Montréal, 3 décembre 2018);
- Participation au groupe de travail sur les Enjeux éthiques du partenariat avec les patients dans la recherche en santé du Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public (Unité de soutien SRAP).

Participation à des conférences

Annabelle Cumyn a été invitée comme conférencière ou panéliste à :

- 7e Colloque sur l'éthique de la recherche et l'intégrité scientifique (CERIS) : présentation portant sur la diversité des processus de consentement en recherche : comment en faire bon usage ? (11-12 Octobre 2018);
- Premier Symposium sur l'Accès aux données de l'UdeS/Campus Longueuil (27 avril 2018).

— CONSEILS DES SAGES-FEMMES —

MANDAT

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

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

COMPOSITION

Membre	Rôle
Véronique Couture	Présidente
Manon Bourgouin	Vice-présidente
Johanne Royer	Secrétaire
Sandra Choquet	Membre
Christelle Jacques	Membre
Amaili Jetté	Membre
Sonya Tétreault	Membre
Annie Pilon	Membre
Karine Langlois	Membre inactif
Julie Pelletier	Membre
Isabelle Lebire	Membre inactif
Michèle Ouellet	Membre
Mélisande Rodrigue	Membre
Julie Ouellet	Membre inactif
Claudia Camus	Membre inactif
Nathalie Martin	Membre inactif
Julie Couture	Membre

Membre	Rôle
Mélanie D'Arcy	Membre
Sarah Bergeron	Membre
Chloé Nadeau-Perrier	Membre
Mélanie Bergeron-Blais	Membre inactif

RÉALISATIONS

Le conseil des sages-femmes s'est réuni 2 fois cette année, entre le 1er avril 2018 et le 31 mars 2019;

- Assurer la qualité de l'acte par le biais du comité périnatal qui se réunit à chaque semaine;
- Poursuivre le développement des services pour la clientèle de la Haute-Yamaska et de la Pommeraie;
- Participer à l'équipe de base, aux réunions de coprésidentes et aux ateliers pour le programme Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO);
- Rédiger des ententes de transfert, qui en sont à l'étape de la signature, avec les 4 centres hospitaliers ayant une unité d'obstétrique;
- Apporter les correctifs demandés dans le rapport d'évaluation en vue de l'obtention de l'accréditation Initiative des amis des bébés (IAB).

— COMITÉ DES USAGERS DU CENTRE INTÉGRÉ —

MANDAT

Le comité des usagers du centre intégré (CUCI) regroupe et représente les comités des usagers des quatorze régions de l'Estrie, lesquels chapeautent vingt-six comités de résidents. Bien que faisant partie intégrante du réseau de la santé et des services sociaux, les comités des usagers bénéficient d'une autonomie fonctionnelle. Le mandat propre du CUCI en est un de gouvernance, de représentation des comités des usagers et de résidents, de coordination des actions de ces comités et d'harmonisation de leurs pratiques. Plus particulièrement, il initie et coordonne des projets bénéficiant à l'ensemble des comités, prépare des outils visant à faciliter leurs tâches administratives, organise des activités de formation et coordonne le recrutement des représentants des comités sur différents groupes de travail de l'établissement.

Le CUCI appuie les comités dans l'exercice de leurs fonctions et exerce lui-même celles-ci dans une perspective générale et territoriale :

- RENSEIGNER les usagers et les résidents sur leurs droits et leurs responsabilités;
- PROMOUVOIR l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et des résidents;
- ÉVALUER le degré de satisfaction des usagers et des résidents à l'égard des services obtenus;
- DÉFENDRE les droits et les intérêts collectifs ou individuels des usagers et des résidents;
- ACCOMPAGNER ET ASSISTER un usager ou un résident dans toute démarche qu'il entreprend, y compris lorsqu'il désire porter plainte;
- S'ASSURER du bon fonctionnement de chacun des comités de résidents et veiller à ce qu'ils disposent des ressources nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

L'occupation première du CUCI, ainsi que celle de tous les comités qu'il représente, est d'être le gardien des droits et la voix des usagers. Les membres du CUCI s'acquittent de ce mandat en transmettant les préoccupations et les insatisfactions des usagers lors de rencontres régulières avec le PDGA et la répondante de l'établissement auprès des comités des usagers, puis en agissant à titre de partenaires dans différents dossiers et en soumettant une liste d'enjeux prioritaires et des recommandations au CA.

COMPOSITION

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

RÉALISATIONS

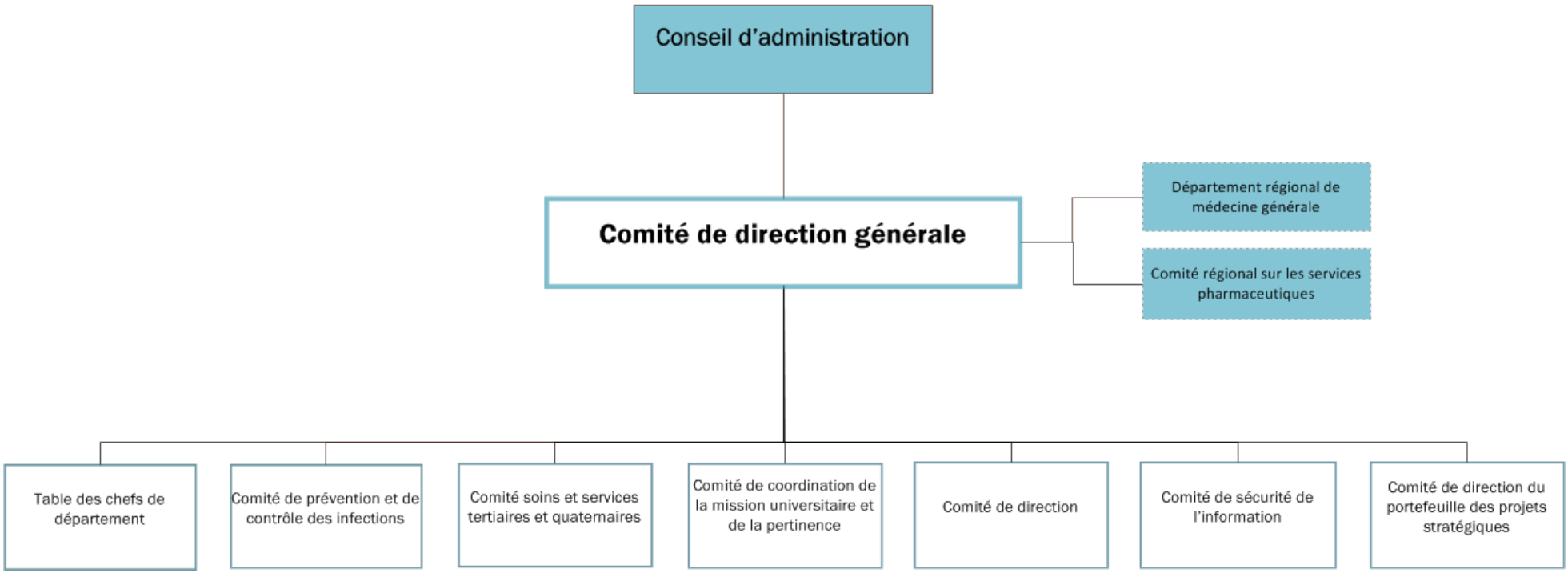
- Organisation de grands rassemblements annuels pour les membres des comités des usagers et de résidents, dont celui tenu en novembre 2018 avec le CIUSSS de l'Estrie - CHUS qui portait sur le partenariat et auquel étaient conviés de nombreux gestionnaires ;
- Conception et diffusion dans la plupart des RLS d'un spectacle humoristique sur les droits des usagers (année 2017-2018) ;
- Conférences de madame Josée Boudreault et Lous-Philippe Rivard, à Weedon et à Magog (septembre 2018) ;
- Représentation au CA, au comité de vigilance et de la qualité, au comité consultatif sur l'offre de service du BCPQS; participation à plusieurs groupes de travail, portant notamment sur le partenariat avec le CPQS, l'évaluation de la qualité perçue ou un projet de formation à l'approche centrée sur l'usager et ses proches avec la direction des services de SAD ;
- Soutien des comités des usagers pour la réalisation des rapports annuels d'activité et financiers ;

- Transmission au CA de recommandations sur des enjeux importants aux fins de l'amélioration continue des services et conditions de vie des usagers et résidents, dans une perspective de partenariat avec l'établissement ;
- Membre de l'exécutif du Regroupement provincial des comités des usagers ;
- Membre de l'exécutif du Conseil pour la protection des malades ;
- Membre de la Table des présidents des comités des usagers des CISSS et des CIUSSS.

1.4 STRUCTURE DE GOUVERNANCE DE LA DIRECTION GÉNÉRALE

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

Instances de la Direction générale



— COMITÉ DE DIRECTION GÉNÉRALE —

MANDAT

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

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

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Patricia Gauthier	Animatrice	PDG
Stéphane Tremblay	Participant	Président-directeur général adjoint (PDGA)
Robin-Marie Coleman	Participante	Directrice générale adjointe au programme de santé physique générale et spécialisée
Rémi Brassard	Participant	Directeur général adjoint aux programmes sociaux et de réadaptation
Dre Colette Bellavance	Participante	Directrice des services professionnels

RÉALISATIONS

Nombre de rencontres entre le 1er avril 2018 et le 31 mars 2019 : 34

- A soutenu plusieurs modifications ou créations de poste dans les directions;
- A approuvé le déploiement du coût par parcours de soins et services et la mise en place de la structure de gouvernance;
- A suivi et approuvé l'équité interrégionale 2018-2019;
- A recommandé des modifications au plan d'organisation (ex. la création de la direction de l'approvisionnement et de la logistique);
- A approuvé les orientations pour le plan d'autofinancement d'Optilab;
- A coordonné le transfert des activités de Bromont vers le RLS de La Pommeraie;
- A recommandé les plans de financement des équipements médicaux et non médicaux;

- A approuvé ou recommandé des désignations toponymiques;
- A participé activement à l'exercice de la planification annuel 2019-2020;
- A décidé du statu quo pour la tarification des stationnements 2019-2020;
- A contribué activement et a émis ses commentaires ou recommandations aux différents dossiers qui lui ont été soumis.

— COMITÉ DE DIRECTION —

MANDAT

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

Ce comité se réunit aux deux semaines et est sous la responsabilité de la présidence-direction générale adjointe. Le pilotage des indicateurs stratégiques s'effectue au cours de l'année, sans pause, également aux deux semaines.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Stéphanie McMahon	Membre	DCMU, par intérim
Rémi Brassard	Membre	DGA-PSR
Lyne Cardinal	Membre	DSG
Robin-Marie Coleman	Membre	DGA–PSPGS
Lyne Jutras	Membre	DRF
Karine Duchaineau	Membre	DSM
Jean Ferland	Membre	DST
Chantal Gariépy	Membre	DPJe
Danika Manseau	Membre	DI-TSA-DP
Dre Mélissa Généreux	Membre	DSPublique
Dre Colette Bellavance	Membre	DSP
Stéphanie Lemoine	Membre	DSMD
Josée Paquette	Membre	DRHCAJ
Sylvie Moreault	Membre	DPSAPA
Joanne Roberts	Membre	DQEPP
Stéphane Tremblay	Membre responsable	PDGA

Membre	Statut	Condition de désignation
Gueissaz-Teufel, Boris	Membre	DRIT
Trudel, Alain	Membre	DPJ
Gauthier, Patricia	Membre	PDG
Schoos, Nathalie	Membre	DSI
Beaulieu, Denis	Membre	CLPQS

RÉALISATIONS

Au cours de l'année 2018-2019, le comité de direction a déployé une nouvelle forme de pilotage des indicateurs stratégiques à chaque deux semaines. De plus, l'ensemble des travaux des tables nationales a été discuté, favorisant une compréhension commune des enjeux et défis ainsi que la collaboration interdirections afin d'atteindre les cibles identifiées.

Un nouveau comité a été mis en place, soit le GIFO, permettant aux membres du comité de direction de recevoir des recommandations quant à un saine gestion des ressources financières et de les actualiser lorsque retenues.

Un groupe de travail s'est également penché à identifier des stratégies porteuses pour la santé globale (santé humaine) influencées par les tendances reconnues en santé publique et dans la littérature.

— COMITÉ DE DIRECTION GÉNÉRALE ADJOINTE —

MANDAT

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

COMPOSITION

Membres	Statut	Condition de désignation
Rémi Brassard	Responsable	DGA – programmes sociaux et de réadaptation
Alain Gagnon	Participant	Directeur adjoint, DI-TSA-DP
Amélie Corbeil	Participante	Directrice adjointe, DQÉPP
Nathalie Léonard	Participante	Directrice adjointe, DQEPP
Édith Grégoire	Participante	Directrice adjointe, DSP
Suzanne Gosselin	Participante	Directrice adjointe, DSP
Linda Gagnon	Participante	Directrice adjointe, DSP
André Lortie	Participant	Directeur adjoint, DSP
Michel Camirand	Participant	Directeur adjoint, DSP
Andrée Duquette	Participante	Directrice adjointe, DSMD
Johanne Fleurant	Participante	Directrice adjointe, DPJe
Luce Gagnon	Participante	Directrice adjointe, DPJe
Carole Larose	Participante	Directrice adjointe, DSM
Jean Delisle	Participant	Directeur adjoint, DSM
Sylvain Gautreau	Participant	Directeur adjoint, DST
Steve Goulet	Participant	Directeur adjoint, DST
Manon Larivière	Participante	Directrice adjointe, DSI
Nathalie Sheehan	Participante	Directrice adjointe, DSI
Martin Bouchard	Participant	Directeur adjoint, DSI
Stéphanie McMahon	Participante	Directrice adjointe, DCMU
Maryse Trudeau	Participante	Directrice adjointe, DPSAPA
Sylvie Quenneville	Participante	Directrice adjointe, DPSAPA
Julie Tremblay	Participante	Directrice adjointe, DRF
Daniel Bouffard	Participant	Directeur adjoint, DRIT
Philippe Préville	Participant	Directeur adjoint, DRIT
Isabelle Desbiens	Participante	Directrice adjointe intérimaire, DSG
Patrick Poulin	Participant	Directeur adjoint, DSPublique
Stéphane Tétreault	Participant	Directeur adjoint, DRHCAJ

RÉALISATIONS

Nombre de rencontres entre le 1er avril 2018 et le 31 mars 2019 : 16.

COORDONNER ET PLANIFIER

- A coordonné d'un point de vue tactique le cycle annuel de la planification de la main-d'œuvre.
- A coordonné l'avancement des travaux de la gestion intégrée des finances et de l'optimisation(GIFO).
- A coordonné les contributions des plans de travail de la situation financière de l'établissement.
- A coordonné le déploiement de la démarche budgétaire 2019-2020.
- A soutenu les travaux concernant plusieurs autres dossiers.
- A coordonné d'un point vu tactique les priorités de travail de la Démarche qualité d'Agrément.

PROPOSER ET SOUTENIR

A proposé au comité de direction d'entériner :

- Le plan de développement des ressources humaines (PDRH).
- Les orientations en lien avec le fonctionnement des instances organisationnelles.
- L'application des meilleures pratiques au niveau de la surveillance constante – Unités de soins de la DSI et installation de la Haute-Yamaska.
- Les revenus de stage (bilan année transitoire et perspectives).
- L'accès aux chiens d'assistance au sein des installations du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
- Le cycle annuel – Plan de main d'œuvre - Suivi des postes uniques et critiques.
- La gouvernance du comité des données clinico-administratives
- La planification de la main-d'œuvre annuelle 2018-2019
- La Politique d'allaitement maternel pour obtenir une certification Initiatives amis des bébés (IAB) pour 90 % des installations de l'organisation d'ici 2021.
- La Campagne de sensibilisation du personnel à l'utilisation judicieuse des appareils mobiles et intelligents en milieu de travail (cellulaires, tablettes, téléavertisseurs) et convenu de l'approche de communication préconisée afin de favoriser l'utilisation pertinente des appareils mobiles et intelligents en milieu de travail
- Les orientations liées à la rémunération associées à la disponibilité requise des personnes salariées durant leur période de repas, et ce, conformément au courant jurisprudentiel.
- L'orientation en regard de l'affichage des postes vacants afin de favoriser la stabilité des équipes.
- Le remplacement des pompes Alaris et du déploiement des pompes BBraun et des enjeux vécus dans le cadre de la coordination du chantier.
- L'application des meilleures pratiques au niveau de la surveillance constante – Unités de soins de la DSI et installation de la Haute-Yamaska.
- La reddition de compte annuelle du comité des directeurs adjoints.
- Le calendrier annuel 2018-2019 du CDA
- La mise en place d'une structure/instance interdirections pour élaborer un plan de travail et coordonner une démarche visant à assurer l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins et services offerts aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir et a approuvé les 4 étapes d'implantation de la Stratégie

- Le mécanisme de gouvernance et des parties prenantes du Chantier prioritaire du MSSS : Améliorer l'accès aux services de proximité
- La création d'un groupe de travail concernant le stationnement gratuit ou à bas prix pour la clientèle démunie.
- La création du comité de travail restreint pour les dossiers d'approvisionnements en commun au niveau des fournitures de soins.
- Les ajustements des activités cliniques pour la période des fêtes
- Les grands alignements à envisager pour le budget 2019-2020
- La préparation de la période estivale 2019
- Les travaux pour la visite d'Agrément Canada d'octobre 2019

A pris acte

- Du bilan et perspectives : Politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail
- Des faits saillants et du cheminement des dossiers avec le suivi des rapports du Protecteur du citoyen et rappeler le processus de cheminement des dossiers.
- De la création du Comité d'amélioration continue – Abus et agressions envers les usagers en CHSLD.
- De la procédure de mécanisme de collaboration interdirections (cas complexe) utilisée par la DPSAPA, la DPDITSA-DP et par la DPSMD depuis 1 an
- Du bilan : continuum de développement de compétences de gestion, appropriation de la contribution des cadres Convenir des perspectives de déploiement pour 2018-2019.
- De la synthèse des principaux constats et des recommandations du bilan de la campagne antigrippale 2017-2018
- De la relève du personnel d'encadrement supérieur dans le cadre du Programme national de développement des leaders en santé et services sociaux.
- De la poursuite des démarches d'appropriation - Politique de gestion intégrée de la prévention, présence et qualité vie au travail.
- De la mise en place du groupe de travail consultatif de la Santé globale RH.
- Du fonctionnement des outils, des rôles et de la stratégie de communication pour le pilotage de la performance financière et humaine
- Du recrutement international – Inf. et PAB
- De la directive sur l'usage du cannabis à des fins médicales
- De la Politique sur l'usage des drogues récréatif (cannabis)
- Du budget 2019-2020

— DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE —

MANDAT

Le DRMG est une organisation à la disposition des médecins omnipraticiens pour permettre d'améliorer l'accessibilité, la continuité et l'intégration des services de médecine générale en Estrie. Le département est composé de tous les médecins omnipraticiens qui reçoivent une rémunération de la Régie de l'assurance maladie du Québec et qui pratiquent dans la région, y compris ceux qui pratiquent dans un cabinet privé de professionnels. (LSSSS, article 417.1)

Dans le cadre des pouvoirs confiés au CIUSSS de l'ESTRIE – CHUS, le DRMG exerce, sous l'autorité du président-directeur général, les responsabilités suivantes qui, en application de l'article 417.3 de la LSSSS, sont exercées par le comité de direction :

- Faire des recommandations concernant :
  - la partie du Plan régional des effectifs médicaux (PREM) relative aux médecins omnipraticiens;
  - la nature des services médicaux généraux découlant des programmes prioritaires et assurer la mise en place de la décision de l'établissement relative à cette matière;
  - la liste des activités médicales particulières (AMP) et en assurer la mise en place.
  - Valider les besoins prioritaires de recrutement sur tout le territoire;
- Définir et proposer le plan régional d'organisation des services médicaux généraux;
- Définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux;
- Évaluer l'atteinte des objectifs relativement au Plan régional d'organisation des services médicaux généraux et à la partie du PREM relative aux médecins omnipraticiens;
- Donner son avis sur :
  - tout projet concernant la dispensation des services médicaux généraux;
  - certains projets relatifs à l'utilisation de médicaments;
  - l'instauration des corridors de services proposée par le RUIS.
- S'assurer de l'atteinte des objectifs identifiés (ex. : taux d'inscription, taux d'assiduité, respect du nouveau programme de financement des GMF, diminution des priorités 4 et 5 aux urgences);
- Réaliser toute autre fonction que lui confie la PDG du CIUSSS de l'Estrie – CHUS relativement aux services médicaux généraux.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Dre Raymonde Vaillancourt	Chef du DRMG par intérim	Membre
Dre Stéphanie Blais-Boilard	Représentante des cliniques médicales et du RLS Haut-Saint-François	Membre élu
Dr Patrice Laplante	Représentant des cliniques médicales et du RLS de Sherbrooke	Membre élu
Dre Alexandra Cayer	Représentante des installations du CIUSSS et du RLS Val Saint-François	Membre élu
Dr Michel Camirand	Représentant du PDG, DSPA	Membre
Dr Bernard Gélinas	Représentant du RLS du Granit	Membre
Dre Josée Beaulieu	Représentante du RLS de Coaticook	Membre

Membre	Statut	Condition de désignation
Dre Nathalie Roy	Représentante du RLS d'Asbestos	Membre
Dre Josiane Ménard	Représentante du RLS Memphrémagog	Membre
Dre Caroline Tanguay	Représentante du RLS Haute-Yamaska	Membre
Dre Émilie Boucher-Gagné	Représentante du RLS La Pommeraie	Membre
Dre Suzanne Gosselin	Directrice des services professionnels adjointe	Membre observateur
Dre Marjolaine Portelance	Représentante des installations de 1re ligne	Membre
Dr Éric Lachance	Représentant de la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke	Membre
Dre Marie-Laure Collinge	Chef du Département d'urgence	Membre

RÉALISATIONS

Au cours de l'année, le DRMG a tenu cinq assemblées ordinaires du comité de direction et une assemblée générale des membres durant lesquelles il a traité les dossiers suivants :

- Organisation d'une journée de formation;
- Élections et nominations des membres du comité de direction et du chef du DRMG;
- Rédaction et adoption des nouveaux règlements du DRMG;
- Analyse des tâches du chef du DRMG pour préparer la relève;
- Mise à jour du plan régional d'organisation des services médicaux généraux (PROS) et identification des enjeux prioritaires de chaque RLS;
- Organisation des services médicaux de première ligne;
- Soutien des tables locales du DRMG dans les 9 RLS;
- Compilation de l'offre des services médicaux des médecins dans les installations du CIUSSS de l'Estrie – CHUS par RLS et évaluation des besoins à combler en calculant les écarts entre les effectifs en place et les besoins de couverture selon les paramètres du MSSS;
- Poursuite du projet sur l'accessibilité aux médecins de famille avec l'atteinte de la cible en Estrie de 85 % de population inscrite auprès d'un médecin (31 mars 2019 85,8 % vs 1er avril 2018 85,5 % : 5 724 personnes de plus ont un médecin de famille). Sur les 9 RLS, 6 atteignent le 85 %. Maintien du taux d'assiduité des médecins de famille envers leur clientèle au-dessus de 80 % (31 mars 2019 90,0 % vs 1er avril 2018 88,6 %). Tenue de conférences téléphoniques avec tous les partenaires du DRMG et production et diffusion des tableaux de bord mensuels pour l'Estrie et les 9 RLS;
- Participation à 2 salons de recrutement des résidents et à la Journée Carrière;

- Recrutement de 23 médecins de famille dont 13 nouveaux facturant et 10 en mobilité interrégionale au PREM 2019;
- Obtention de deux forfaits d'installation des médecins selon la lettre d'entente # 298;
- Mise en place d'un plan de relève de retraites en GMF en évaluant le nombre de retraites anticipées chez les médecins en 2018-2020 et la capacité des milieux pour reprendre en charge les patients touchés;
- Gestion des demandes d'adhésion et de modification des activités médicales particulières (AMP) considérant la décroissance de l'implication des omnipraticiens en deuxième ligne suite à la reconnaissance de la prise en charge en première ligne;
- Analyse des dossiers de révision annuelle du programme de financement et soutien professionnel des 25 GMF dont trois GMF–U et un GMF–R.

— COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES —

MANDAT

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

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Éric Gamache, président		Pharmacien communautaire
Jacynthe Lamoureux		Pharmacien communautaire
Julie Coderre		Pharmacien propriétaire
Sylvie Lussier		Pharmacien propriétaire
Jean-Luc Trottier		Pharmacien propriétaire
Josianne Bibeau		Pharmacien d'établissement
Patrice Lamarre		Chef de département
Dre Édith Grégoire		Directrice des services professionnels - adjointe
Dre Raymonde Vaillancourt		Chef du Département régional de médecine générale

RÉALISATIONS

- 4 rencontres
- Modification aux règlements de régie interne afin de permettre une meilleure représentativité territoriale sur le comité
- Ordonnance collective permettant aux pharmaciens communautaires de prescrire une antibiothérapie prophylactique dans le contexte d'exposition aux vecteurs de la maladie de Lyme. Projet mainte fois cité dans les médias locaux et provinciaux qui devrait être repris par plusieurs régions cet été.
- Collaboration avec le service des urgences du CIUSSSS de l'Estrie-CHUS afin de mieux faire connaître aux patients les alternatives à une visite à l'urgence qui sont offertes par les pharmaciens communautaires.
- Rencontre avec les responsables de la clinique des réfugiés pour améliorer la continuité et l'accès aux soins de cette clientèle vulnérable.
- Poursuite du transfert du suivi de la clientèle anticoagulée vers la pharmacie communautaire, avec la diffusion de nouveaux outils (héparine de faible poids moléculaire-vitamine K).
- Rencontre avec la santé publique pour la participation des pharmaciens dans les enjeux de contamination des ITSS (programme d'échange de seringues).
- Élaboration et diffusion de nouvelles ordonnances collectives auprès des pharmaciennes et pharmaciens communautaires de l'Estrie;
- Diffusion d'information diverse auprès des pharmaciens et pharmaciennes du territoire, via notamment des lettres signées par la présidence;
- Diffusion des alertes de sécurité civile aux pharmaciens
- Collaboration avec le projet Agir sur sa santé-commentaires sur les modifications au programme et diffusion de l'information aux pharmaciens communautaires.

— COMITÉ DIRECTEUR MÉDECINE DE LABORATOIRE – OPTILAB —

MANDAT

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

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

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Du 14 décembre 2016 au 10 octobre 2018 Stéphane Tremblay ***Du 10 décembre 2018 à ce jour*** Robin-Marie Coleman Directrice générale adjointe	Régulier	Dénouer les enjeux liés à l'avancement des travaux. S'assurer du bon déroulement global de la démarche OPTILAB dans l'ensemble du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Assurer le suivi au comité de direction de la Direction générale.

Membre	Statut	Condition de désignation
– programme santé physique, générale et spécialisée Au nom de Patricia Gauthier PDG		
Karine Duchaineau Directrice clinico–administrative Optilab Directrice des services multidisciplinaires	Régulier	Assurer le lien avec les orientations du MSSS. Appuyer et promouvoir la vision et la gestion du changement en tant que porteur du besoin. Orienter et soutenir le chef de projet. Participer à titre de cogestionnaire clinico–administratif à la nomination des chargés de livraison de la grappe.
Dr Jean Dubé Directeur médical Optilab Chef du Département de la médecine de laboratoire	Régulier	Assurer le lien avec les orientations du MSSS. Appuyer et promouvoir la vision et la gestion du changement en tant que porteur du besoin. Orienter et soutenir le chef de projet. Participer à titre de cogestionnaire clinico–administratif à la nomination des chargés de livraison de la grappe. Assumer le rôle d'expert du contenu médical de la grappe.
Dre Colette Bellavance Directrice des services professionnels	Régulier	Participer à titre de directrice des services professionnels.
Dre Raymonde Vaillancourt Représentante du DRMG	Régulier	Identifier les besoins des prescripteurs.
Guylaine Dubois Coordonnatrice de la médecine de laboratoire	Régulier	Gérer le contexte, les risques et les enjeux opérationnels des services de la médecine de laboratoire.
Diane Girard Chargée de projet Optilab	Régulier	Assurer le bon déroulement du projet de la grappe et coordonner le groupe tactique. Planifier et coordonner l'ensemble des activités du projet de la grappe pour développer le modèle Optilab.
Julie Tremblay Directrice adjointe des ressources financières et gestion budgétaire – DRFL	Régulier	Élaborer et soutenir le modèle financier en regard de l'autofinancement du projet.
Élizabeth Cloutier Soutien à la transformation et au développement des personnes et de l'organisation, DRHCAJ	Régulier	Expertise RH en lien avec la gestion du changement, du développement des personnes et de l'organisation.
Du 16 décembre 2015 au 6 décembre 2017 Micheline Savoie *Du 5 décembre 2018 à ce jour* Boris Gueissaz-Teufel Directeur des ressources informationnelles et des technologies	Régulier	Soutenir l'identification des besoins de technologies informatiques (TI).

Membre	Statut	Condition de désignation
Dr Vincent Éthier Responsable du laboratoire d'hématologie	Régulier	Assurer son apport à titre d'expert pour le secteur de l'hématologie.
Dr François Corbin Chef du service de biochimie	Régulier	Assurer son apport à titre d'expert pour le secteur de la biochimie médicale.
Dr Sébastien Chénier Chef du service de génétique médicale	Régulier	Assurer son apport à titre d'expert pour le secteur de la génétique médicale.
Dr Louis Valiquette Chef du service de microbiologie	Régulier	Assurer son apport à titre d'expert pour le secteur de la microbiologie.
Du 16 décembre 2015 au 6 juin 2018 Dr Edmond Rizcallah *Du 10 octobre 2018 à ce jour* Dr Sameh Geha Chef du service d'anatomopathologie	Régulier	Assurer son apport à titre d'expert pour le secteur de l'anatomopathologie.
Dr Louis Valiquette Médecin spécialiste en microbiologie et infectiologie	Ad hoc	Assurer son apport à titre d'expert pour le secteur de la microbiologie et d'infectiologie.

RÉALISATIONS

4 rencontres ont eu lieu entre le 1er avril 2018 et le 31 mars 2019 soit les 6 juin, 10 octobre, 5 décembre 2018 ainsi que le 27 février 2019 :

- Élaborer et réviser annuellement le plan d'autofinancement sur 10 ans (accepté par le MSSS);
- Identifier la stratégie immobilière pour le laboratoire serveur, et les espaces transitoires à mettre en place pour permettre les transferts d'analyses. Les travaux préparatoires sont amorcés;
- Adopter les stratégies transitoires à déployer pour permettre le transfert d'analyses (intergiciel, ordonnance électronique, outil de traçabilité);
- Assurer la réalisation d'activités de déploiement du projet : centrifugation aux points de collecte, déploiement de postes Ariane, négociation de contrats de transport, acquisition et déploiement des boîtes de transports etc.;
- Assurer la réalisation et la participation aux appels d'offres d'équipements nécessaires aux transferts de volumes (exemple: chaîne analytique robotisée en hématologie et biochimie, SIL, etc.);
- Assurer le suivi de la réalisation d'activités en soutien à la gestion du changement auprès du personnel et des prescripteurs (ateliers, focus group);
- Approuver un plan triennal de remplacement et d'ajout d'équipements médicaux (approvisionnements et GBM).

— COMITÉ STRATÉGIQUE EN PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS —

MANDAT

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

COMPOSITION

Membres	Statut	Rôle
Nathalie Schoos	Directrice des soins infirmiers	Animatrice et responsable du comité
Nathalie Sheehan	Directrice adjointe des soins infirmiers (VQEPP)	Représente la direction adjointe des soins infirmiers, volet qualité et évolution de la pratique professionnelle et assure le lien avec la DASI-VQEPP
Martin Bouchard	Représentant DASI-VRCH	Représente la direction adjointe des soins infirmiers, volet regroupement des clientèles hospitalisées et assure le lien avec la DASI-VRCH
Robin-Marie Coleman	Directeur général adjoint aux programmes de santé physique générale et spécialisée	Représente la direction générale et assure le lien avec cette dernière
Brigitte Langlois Julie Gladu, rempl. par intérim	Coordonnatrice qualité et sécurité des soins, DASI–VQEPP	Assure le lien avec le comité tactique
Dre Isabelle Alarie	Microbiologiste–infectiologue, chef infectiologie et chef microbiologie	Assurent le suivi du plan d'action (interviennent au besoin) Sont responsables de la communication du plan d'action et des orientations du comité stratégique au sein de leur direction
Steve Goulet	Représentant DST, volet activités hôtelières / services d'hygiène, salubrité et	

Membres	Statut	Rôle
	buanderie-lingerie	
Dre Linda Pinsonneault	Médecin-conseil et représentante DSPublique	
Nathalie Léonard	Représentante DQEPP	
Dre Édith Grégoire	Représentante DSP	
Jean Delisle	Représentant DSM	Assurent le suivi du plan d'action (interviennent au besoin) Sont responsables de la communication du plan d'action et des orientations du comité stratégique au sein de leur direction
Maryse Trudeau	Représentante DPSAPA	
Alain Gagnon	Représentante DPDI–TSA–DP	
Andrée Duquette	Représentante DPSMD	
Luce Gagnon	Représentante DPJe	
Isabelle Desbiens	Représentante DSG	
Stéphane Tétreault	Représentante DRHCAJ	
Normand Bilodeau	Représentant DRIT	
Sylvain Gautreau	Représentant ad hoc DST, volet infrastructures	
Manon Larivière	Représentante ad hoc DASI, volet cancérologie	

RÉALISATIONS

- Suivi des travaux des comités opérationnels et tactiques :
  - Suivi de l'implantation de l'harmonisation des produits et des procédures en hygiène et salubrité;
  - Adoption et diffusion du Programme de prévention et contrôle des GEV en courte et longue durée;
  - Adoption et diffusion des affichettes Gouttelettes pour Influenza et SAG;
  - Adoption et diffusion des affichettes Gouttelettes/Contact pour GEV;
  - Formation PCI : Collaboration avec la DRHCAJ pour adaptation vers la Plateforme ENA;

- Introduction au formulaire de dépistage à l'admission du BGNPC;
- Implantation du formulaire Web d'audits d'Hygiène des mains;
- Plan de formation d'audition d'hygiène des mains des gestionnaires et AIC;
- Actualisation du projet « Chambres des erreurs »;
- Suivi du Projet pilote 1 Hygiène des mains (SHA portatives à la taille);
- Suivi du projet pilote 2 Hygiène des mains (participation des usagers);
- Suivi des travaux et PA du Groupe de travail interdirection hygiène des mains;
- Campagne de sensibilisation Hygiène des mains par création des *images chocs*;
- Standardisation et diffusion des rapports d'éclosions;
- Travaux d'élaboration d'une ordonnance collective pour prophylaxie des antiviraux en LD;
- Suivi du plan d'action de contrôle des éclosions de SARM en néonatalogie;
- Développement et implantation des outils pour la gestion des bassines dédiées;
- Formation MRSI au triage des urgences.

- Réception, adoption et reconduite des recommandations émises par le comité tactique PCI :
  - Adoption du Rapport d'activités annuelles 2018--2019 du service de prévention et contrôle des infections du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
  - Mise à jour de l'algorithme CIUSSS de l'Estrie – CHUS pour les maladies respiratoires sévères infectieuses d'étiologie indéterminée (MRSI) en centre hospitalier;
  - Adoption de l'algorithme CIUSSS de l'Estrie – CHUS pour les maladies respiratoires sévères infectieuses d'étiologie indéterminée (MRSI) pour le volet communautaire;
  - Approbation des activités pour la semaine d'hygiène des mains ou du plan d'action;
  - Consultation sur la mise à niveau des chambres à pression négative;
  - Consultation sur l'amélioration de la gestion des bassines CIUSSS dans une optique de diminuer la transmission des pathogènes liés aux excrétas, en lien avec le plan d'action « Contrôle des éclosions liées aux excrétas (ERV-DACD-GE) »;
  - Travaux sur un outil synthèse des lignes directrices pour les grandes désinfections lors d'éclosions en milieux de courte et de longue durée;
  - Déploiement de l'intranet du CIUSSS PCI.
- Suivi des plans d'action :
  - Suivi du Plan d'action PCI-Agrément Canada et État de situation;
  - Suivi du Plan d'action du MSSS 2015-2020;
  - Suivi du Plan d'amélioration continue en lien avec les normes et pratiques organisationnelles requises d'Agrément Canada 2020 (identification et partage des enjeux);
  - Adoption du Plan d'action en hygiène des mains;
  - Adoption de l'outil synthèse sur le Plan d'action en hygiène des mains;
  - Suivi du Plan d'action ERV à l'Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu de Sherbrooke.
- Visite d'Agrément Canada :
  - Amorce de la préparation pour la visite d'Agrément de 2019, selon le nouveau cahier de normes V12.

- Suivi des dossiers d'envergure :
  - Suivi du Plan d'action de l'implantation des « zones grises » en milieu aigu et en CHSLD;
  - Suivi des travaux en lien avec le dossier de contamination des générateurs thermiques utilisés pour la CEC – M. Chimarea et fermeture du dossier;
  - Suivi du Plan d'implantation du dépistage BGN–PC dans l'ensemble des milieux aigus;
  - Approbation du Plan de gestion de l'accès aux soins et services en période d'éclosion d'influenza et de gastroentérite 2018-2019 (déposé au MSSS – novembre 2018);
  - Suivi de la campagne de vaccination antigrippale;
  - Suivi des travaux du projet Optilab ayant un impact sur le service de PCI.
  - Suivi de l'état de situation des effectifs en PCI (en conformité avec les ententes de gestion).
  - Suivi des travaux du projet mère-enfant et urgence – comité de coordination.
- Consultation – échange concernant les enjeux stratégiques en PCI :
  - Couverture PCI pour les installations et secteurs non prévus dans les ressources octroyées en fonction des ententes de gestion (milieux autres que CH et CHSLD);
  - Déploiement et accès à la nouvelle plateforme de formation en ligne PCI;
  - Arrimage entre la PCI et la DST, dans les dossiers d'infrastructures (constructions, rénovations, entretiens);
  - Arrimage entre la PCI et la DST, volet hygiène et salubrité (manque de ressources).
- Analyse de la performance : suivi des indicateurs et du tableau de bord, lien avec les comités de vigilance et le CA :
  - Suivi de l'évolution des travaux pour la mise à jour du tableau de bord PCI – CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
  - Suivi de l'évolution du tableau de bord des éclosions du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
  - Suivi des résultats des ententes de gestion.

Nombre de rencontres entre le 1er avril 2018 et le 31 mars 2019 : cinq (5) rencontres, dont les dates ont été les suivantes :

- 12 avril 2018
- 27 septembre 2018
- 8 novembre 2018
- 10 janvier 2019
- 21 février 2019

Les comités tactiques et opérationnels ont eu chacun 5 rencontres entre le 1er avril 2018 et le 31 mars 2019, dont les dates ont été les suivantes :

Comité tactique PCI

- 15 avril 2018
- 17 mai 2018
- 13 septembre 2018
- 25 octobre 2018
- 28 mars 2019

Comité opérationnel PCI

- 19 juin 2018
- 4 octobre 2018
- 15 novembre 2018
- 17 janvier 2019
- 28 février 2019

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

MANDAT

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

De façon plus spécifique, le comité veille à :

- coordonner stratégiquement les orientations des différentes parties prenantes afin de propulser l'évolution de la mission universitaire au sein de l'établissement et du RUIS;
- mobiliser l'ensemble des forces de la mission universitaire vers le développement et le déploiement de pratiques pertinentes.

Ce comité est sous la responsabilité de la présidence-direction générale adjointe.

COMPOSITION

Membre	Statut	Condition de désignation
Stéphane Tremblay	Président-directeur général adjoint	Président du comité
Robin-Marie Coleman	Directrice générale adjointe au programme de santé physique générale et spécialisée	Représentant – Volet administratif
Dr Jean-Pierre Perreault	Vice-recteur à la recherche	Représentant UdeS – volet recherche
Dr Dominique Dorion	Doyen de la FMSS de l'UdeS	Représentant UdeS – FMSS
Thérèse Audet	Représentante autre faculté de l'UdeS	Représentante UdeS – autre faculté
Stéphane McMahon	Directrice intérimaire de la coordination de la mission universitaire	Représentante – volet mission universitaire
Josée Paquette	Directrice des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques	Co–responsable – volet enseignement
Gina Bravo	Directrice scientifique intérimaire du centre de recherche sur le vieillissement	Représentante - Centre de recherche
Dre Colette Bellavance	Directrice des services professionnels	Représentante – Volet santé

Dre Mélissa Généreux	Directrice de la santé publique	Représentante – Volet prévention
Nathalie Schoos	Directrice des soins infirmiers	Représentante – Volet santé
Karine Duchaineau	Directrice des services multidisciplinaires	Représentante – Volet santé
Rémi Brassard	Directeur général adjoint au programme de réadaptation et services sociaux	Représentant – Volet santé
Chantal Gariépy	Directrice du programme Jeunesse	Représentante – volet santé
William Fraser	Directeur scientifique du centre de recherche du CHUS	Représentant - Centre de recherche
Paul Morin	Directeur scientifique de l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux	Représentant - Centre de recherche
Dr Paul Farand	Chef du département de radiologie par intérim	Représentant – Table des chefs de département
Véronique Déry		Membre externe

RÉALISATION

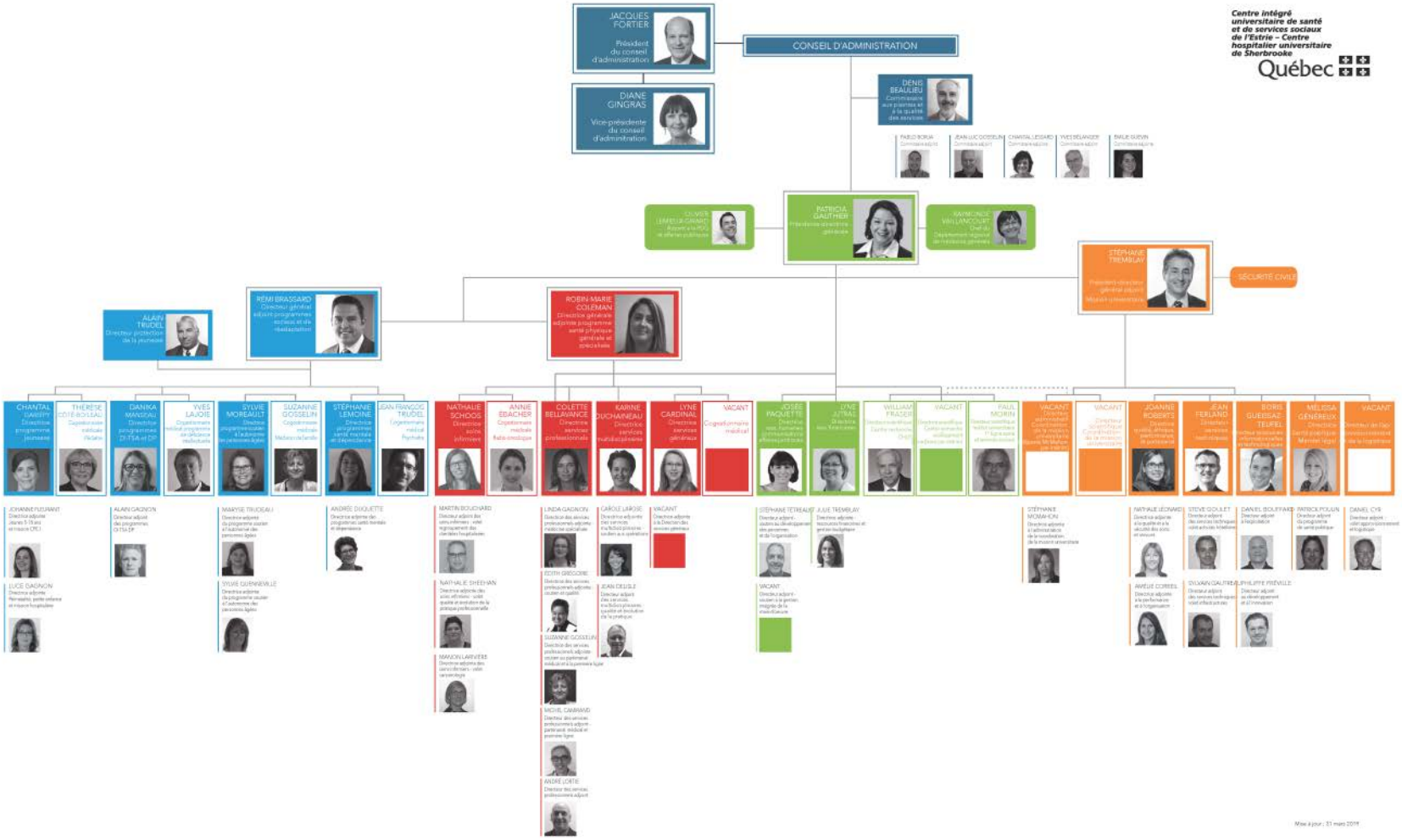
Au cours de l'année 2018-2019, le mandat du comité a été revu, de même que sa composition. Actuellement, le mandat du comité s'assure de soutenir le bureau des pratiques pertinentes ainsi que l'arrimage avec notre partenaire universitaire principal.

Nous avons également déployé l'offre de service du bureau des pratiques pertinentes et mis en place le portefeuille de suivi des projets.

De plus, le CCMUP assure régulièrement les suivis auprès du comité de la mission universitaire du CA et soutien les priorités de ce dernier.

1.4.1 ORGANIGRAMME DE LA DIRECTION GÉNÉRALE

ORGANIGRAMME DE LA DIRECTION



2

PLAN D'ACTION OU RÉALISATIONS 2018-2019

LA QUALITÉ ET LA PERFORMANCE, NOTRE SIGNATURE

QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

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

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

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

LE MODÈLE DE PERFORMANCE

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

Au centre du modèle, notre finalité ❋AGIR pour et avec l'usager, ses proches et la population. L'axe

❋BÂTIR pour et avec le personnel, les médecins, gestionnaires, partenaires, bénévoles et communauté met en valeur notre principale richesse organisationnelle en s'appuyant aussi sur les acquis des installations qui composent notre CIUSSS.

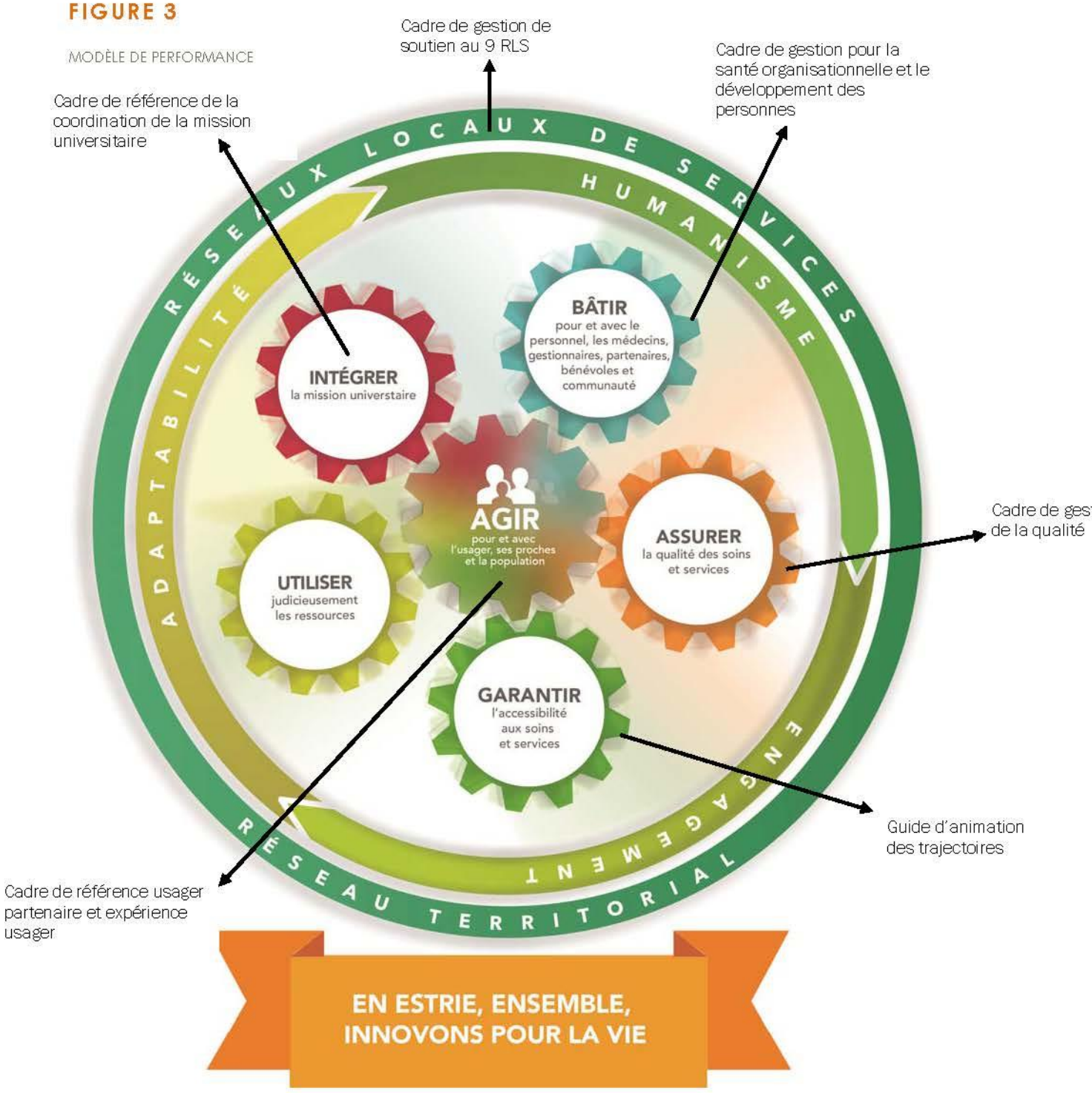
❋ASSURER la qualité des soins et services, ❋ GARANTIR l'accessibilité tout en ❋ UTILISANT judicieusement nos ressources constituent les trois autres axes et où la culture de la mesure est présente dans toute l'organisation. Enfin, l'axe ❋INTÉGRER la mission universitaire en fait un atout distinctif.

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

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

FIGURE 3

MODÈLE DE PERFORMANCE



2.1 Améliorer l'expérience des usagers, l'implication des usagers partenaires et le partenariat en RLS

2.1.1 Taux de satisfaction des usagers envers leurs soins et services

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Améliorer l'expérience des usagers, l'implication des usagers partenaires et le partenariat en RLS				
Taux de satisfaction des usagers envers leurs soins et services	ND	65	78	65

Commentaire : Engagement atteint

En 2018-2019, l'établissement a procédé à l'évaluation de la satisfaction auprès de 2100 usagers dans près de 70 unités au sein de 11 coordinations cliniques. Les résultats obtenus ont été pilotés par les directeurs. Cette démarche constitue une opportunité de travailler en partenariat avec les équipes et les comités des usagers.

La méthodologie de l'indicateur fera l'objet d'un bilan en 2019-2020 afin d'apporter certains correctifs visant principalement à simplifier les collectes de données, mais surtout à améliorer le suivi des actions d'amélioration tout en assurant la pérennité de l'approche.

2.1.2 Nombre d'initiatives et d'instances intégrant la participation des usagers

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Améliorer l'expérience des usagers, l'implication des usagers partenaires et le partenariat en RLS				
Nombre d'initiatives et d'instances intégrant la participation des usagers	ND	60	80	N/A

Commentaire : Engagement atteint

À partir de la planification annuelle, chaque direction s'est engagée à contribuer à l'atteinte de cet objectif. Un accompagnement (processus et outils) a été rendu disponible afin de les soutenir dans leurs initiatives.

2.1.3 Nombre de composantes structurantes du cadre de gestion en soutien

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Améliorer l'expérience des usagers, l'implication des usagers partenaires et le partenariat en RLS				
Nombre de composantes structurantes du cadre de gestion en soutien	ND	45	29	N/A

Commentaire : Engagement non atteint

Les composantes structurantes étaient sous la responsabilité des Équipes RLS (5 composantes X 9 Équipes RLS = cible 45). Certaines composantes n'ont pas pu être déployées dans tous les RLS pour les raisons suivantes :

- Absence de gestionnaire désigné;
- Manque de collaboration de certains élus municipaux;
- Indicateur établi en cour d'année et suivi entre P6 et P13.

Bien que nous en sommes à la première année de déploiement de la *Politique en responsabilité populationnelle et en développement des communautés* et considérant les éléments mentionnés ci-dessus, nous pouvons être satisfaits des résultats obtenus. Il s'agit d'un projet d'envergure qui demande plusieurs réajustements et arrimages avec les nombreux acteurs intersectoriels sur le terrain. Cela est donc de très bons augures pour la prochaine année.

L'indicateur tel qu'élaboré rend un portrait juste de la situation. Il n'y a pas d'enjeu spécifique quant à la compilation des données. Pour l'exercice 2019-2020, l'indicateur sera néanmoins modifié afin de rendre compte de l'impact des résultats au lieu de rendre compte de l'état d'avancement de l'implantation de la *Politique en responsabilité populationnelle et en développement des communautés.*

2.1.3.1 Nombre de mesures mis en place pour permettre l'actualisation de la Politique de responsabilité populationnelle et Développement des communautés

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Améliorer l'expérience des usagers, l'implication des usagers partenaires et le partenariat en RLS				
Nombre de mesures mis en place pour permettre l'actualisation de la Politique de responsabilité populationnelle et Développement des communautés	ND	10	11	N/A

Commentaire : Engagement atteint

L'implication active de toutes les directions de l'établissement à l'actualisation de la Politique en responsabilité populationnelle et en développement des communautés est un facteur déterminant à l'atteinte de la cible. Un accompagnement du Comité conseil RP-DC a aussi été mis en place afin de soutenir les directions dans l'identification de leurs projets.

Bien que nous en sommes à la première année de déploiement de la Politique en responsabilité populationnelle et en développement des communautés et considérant les nombreux projets en cours de réalisation combinée à la capacité de réalisation des directions, nous pouvons affirmer qu'il s'agit d'une belle réussite de l'établissement dans sa volonté à se positionner comme citoyen corporatif d'envergure auprès des communautés locales.

Pour 2019-2020, nous allons continuer de soutenir les directions et les équipes RLS afin d'être en mesure de déployer minimalement 18 projets RPDC (soit 2 par RLS) tout en s'assurant que les projets identifiés soient davantage porteurs du développement des communautés.

2.2 Améliorer la santé globale des ressources humaines et financières

2.2.1 Ratio d'heures en assurance salaire

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Améliorer la santé globale des ressources humaines et financières				
Ratio d'heures en assurance salaire	7,84	7,0	8,1%	N/A

Commentaire : Engagement non atteint

Une hausse du taux d'assurance salaire comparativement au taux de l'année 2017-2018 est observée. Les titres d'emploi les plus touchés par la hausse sont les infirmières, les agentes administratives, les agents de relations humaines et les préposés au service alimentaire.

Au cours de la dernière année, plusieurs mesures ont été mises en place pour améliorer la santé globale des ressources humaines :

- Le soutien à la mise en œuvre des plans d'action en gestion de la présence au travail par direction;
- La formation « Gérer la présence au travail – Mon rôle au quotidien » en continu;
- Le soutien à l'intégration d'un guide pratique à l'intention des gestionnaires pour les soutenir dans la gestion de la présence au travail et le soutien à la réintégration au travail des employés;
- La disponibilité en continu d'indicateurs de gestion et des outils d'analyse reliés au ratio assurance salaire et taux d'accidents de travail, et ce, par direction;
- La mise en place d'une démarche de prévention des risques psychosociaux du travail et des troubles musculo-squelettiques (PDSB, ergo bureau, PDSC) et l'actualisation des plans d'action;
- La mise en place de l'équipe d'amélioration continue en prévention et en priorisation de secteurs vulnérables pour intervention (diagnostic et développement de plans d'action);

- Le déploiement de la formation « Promotion civilité et prévention du harcèlement en milieu de travail »;
- L'intensification des actions pour le retour au travail des absences à long terme;
- L'optimisation de l'utilisation des travailleuses enceintes pouvant être réaffectées.

2.2.2 Taux d'heures supplémentaires

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Améliorer la santé globale des ressources humaines et financières				
Taux d'heures supplémentaires	3,65	2,4	4,4%	N/A

Commentaire : Engagement non atteint

Une hausse du taux d'heures supplémentaires, comparativement au taux de l'année 2017-2018, est observée. Les titres d'emploi les plus touchés par la hausse sont les préposés aux bénéficiaires, les agentes administratives, les secrétaires médicales, les préposés au service alimentaire. Plusieurs mesures ont été mises en place pour améliorer la situation. Une structure de gouvernance avec les niveaux stratégiques, tactiques et opérationnels a permis d'identifier et de suivre les projets porteurs pour favoriser la santé globale des personnes et la planification de la main-d'œuvre.

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

- La bonification de l'offre de garantie d'heures;
- L'ajout de passerelle stage/emploi pour les professionnels de la santé;
- La mise en place d'un programme alternant le travail et les études pour les préposés aux bénéficiaires;
- L'optimisation des rôles des préposés aux bénéficiaires, des aides de services et des préposés aux transports;
- La réduction du délai dans le processus d'embauche pour les titres d'emploi les plus vulnérables;
- L'ajout d'activités pour rejoindre le bassin des étudiants pour les emplois d'été;
- L'appel aux personnes retraitées pour offre de travail et mise en place d'un processus pour offre d'emploi aux futurs retraités;
- L'appel aux maisons d'enseignement pour l'embauche de professeurs durant la période estivale;
- La révision des exigences d'embauche pour élargir le bassin de recrutement;
- L'utilisation de titres d'emploi alternatifs (ex. : aide sociale, agent de modification du comportement);
- L'utilisation de parcours professionnels et le développement des compétences du personnel (embauche de la quasi-totalité des diplômés de notre région en soutenant le développement de leurs compétences en cours d'emploi);
- Le recrutement à l'international (France et Maroc) pour les infirmières et les préposés aux bénéficiaires.

Les facteurs qui influencent ces résultats sont multifactoriels. Parmi eux, il y a :

- La hausse globale de l'offre de service en heures travaillées (environ 2 % par année);
- Les nombreux changements conjugués à la charge de travail ainsi qu'à la capacité des équipes à s'adapter qui sont difficiles;
- L'augmentation des autres types d'absences, principalement celles liées à la maternité, à la paternité et au taux de temps supplémentaire;
- L'ouverture de plusieurs lits de débordement sur le territoire en CHSLD et en milieu hospitalier pour répondre aux besoins de la population;
- Le bassin restreint de candidats potentiels dans certains titres d'emploi;
- La complexité de gestion reliée à l'application de 57 dispositions locales en attendant la fin des négociations locales.

2.2.3 Taux de titularisation à temps complet (catégorie 1 & 2)

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Améliorer la santé globale des ressources humaines et financières				
Taux de titularisation à temps complet (catégorie 1 & 2)	55,2	60,9	55,3%	N/A

Commentaire : Engagement non atteint

Nous avons procédé à la bonification et la création de plusieurs centaines d'ETC (emplois à temps complet) en heures (postes en 2017 et 2018). Les postes en CHSLD et de certains secteurs spécialisés ont été ciblés, notamment à l'installation de la Haute-Yamaska.

Entre janvier et mars 2019, moins de création ou bonification de postes ont été réalisées considérant le contexte de transition vers les nouvelles ententes locales.

Maintenant que nos nouvelles ententes locales sont signées et entrent en vigueur graduellement, nous avons les outils complémentaires pour poursuivre les travaux. En effet, la fusion des différentes accréditations syndicales ainsi que la mise en place des nouveaux centres d'activités seront des leviers majeurs afin de poursuivre de nombreux autres exercices de conversion des heures en remplacement.

2.2.4 Écart entre les besoins et les ressources humaines disponibles

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Améliorer la santé globale des ressources humaines et financières				
Écart entre les besoins et les ressources humaines disponibles	584	0	600	N/A

Commentaire : Engagement non atteint

Différents facteurs affectent les résultats de l'écart entre nos besoins réels et les ressources humaines disponibles, tels que:

- Notre capacité d'embauche : rareté croissante du bassin de main-d'œuvre pour plusieurs titres d'emploi;
- La rétention de la main-d'œuvre et les départs (ex. : retraite);
- La disponibilité de la main-d'œuvre : varie en fonction du nombre d'absences de longue durée (ex. : assurance salaire, congés parentaux, etc.);
- L'utilisation de la main d'œuvre : évolue en fonction de l'ajout ou bonification de l'offre de service (ex. : SAD), d'ajouts temporaires de surcroit (ex. : unités de débordements).

Plusieurs mesures ont été mises en place pour améliorer la situation (référence aux indicateurs 4 et 5).

2.2.5 Taux d'écart entre le budget et les dépenses

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Améliorer la santé globale des ressources humaines et financières				
Taux d'écart entre le budget et les dépenses	-1,0	0	+0,82	0

Commentaire : Engagement atteint

Facteurs expliquant l'atteinte de l'engagement :

- Appropriation des budgets et de leur suivi par l'ensemble des gestionnaires de l'établissement
- Amélioration des outils de gestion budgétaire, et soutien accru de la part de l'équipe de la Direction des ressources financières
- Mise en place de groupe multi-directions travaillant ensemble à l'amélioration de la performance financière de l'établissement.
- Production d'audits internes permettant d'apporter des pistes d'amélioration dans la saisie et la compilation des unités de mesure, dans le respect des cadres normatifs.
- Travaux réalisés par le MSSS sur l'équité interrégionale, et financement additionnel pour les régions les moins financées, dont l'Estrie.

Toute l'année, nous avons projeté l'équilibre budgétaire. Des travaux au niveau des unités de mesure en fin d'année, ainsi que des annonces ministérielles, nous ont permis de dégager un léger surplus au 31 mars 2019.

2.2.6 Augmenter le pourcentage de réalisation des projets d'optimisation

Cet indicateur n'a finalement pas été piloté dans le plan annuel.

2.3 Réduire le temps d'attente à l'urgence

2.3.1 Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence (heures)

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Réduire le temps d'attente à l'urgence				
Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence (heures)	13,18	12	12,51	N/A

Commentaire : Engagement non atteint

Seulement 3 urgences sur 8 n'atteignent pas la cible de 12 h: Brome-Missisquoi-Perkins, Granby et le CHUS Hôtel-Dieu. Par contre, elles ont toutes amélioré leur DMS en 2018-2019 par rapport à l'an passé. On note une amélioration des délais entre la demande d'hospitalisation et le départ pour l'étage sur ces 3 sites. Ceci étant dit, il demeure très élevé à BMP (17.8 h en moyenne) et encore beaucoup trop haut (Granby 12.5 h et CHUS Hôtel-Dieu 9.9 h). Ces deux dernières urgences ont la particularité de recevoir un volume important (10%) d'usagers avec diagnostic de santé mentale. Les séjours de ces clientèles étant significativement plus longs, cela a un impact sur la DMS globale de ces installations.

Les plans de contingence en fonction du taux d'occupation ont été produits et sont appliqués aux urgences.

Dans tous les établissements, un suivi rigoureux de la gestion des lits est en place avec un caucus quotidien impliquant tous les partenaires pour trouver des solutions adaptées pour améliorer la fluidité des épisodes de soins et dénouer les enjeux de manière proactive, dont le recours aux unités de débordement et aux sites non traditionnels (SNT), le cas échéant. Des unités d'hospitalisation brèves pourraient améliorer sensiblement la DMS sur civière à l'urgence pour les conditions cliniques exigeant une observation et une investigation ne dépassant pas 48 à 72 h. Ceci pourrait également diminuer le recours aux unités de débordement. Notamment à l'installation de Granby.

Fait à noter : la DMS provinciale est de 14.2 h.

La DMS, sans atteindre la cible visée, à somme toute diminué globalement de 6 % en 2018-2019 pour finir à 12.51 h, comparativement à 13.18 h l'année précédente. Sans être parfait, ceci dénote une meilleure fluidité dans l'accessibilité aux lits d'hospitalisation en courte durée, probablement due en partie à une meilleure fluidité en lien avec les places pour les NSA.

La DMS de l'urgence du CHUS Hôtel-Dieu et de Granby, incluant la DMS sur civière des patients de l'urgence santé mentale, affecte grandement les résultats. La DMS de l'urgence santé mentale du CHUS Hôtel-Dieu est passée au-dessus du cap des 20 h en 2018-2019 et est encore en haut de 18 h à Granby. C'est une différence énorme avec celle de 12.9 h de l'urgence santé physique que nous pouvons observer au CHUS Hôtel-Dieu. En retirant ce chiffre de l'équation, les urgences du CIUSSS de l'Estrie – CHUS afficheraient une DMS globale des patients sur civière à 11.37 h. Le même phénomène est observable pour l'urgence du CHUS Hôpital Fleurimont dont le nombre de civières au permis est établi à 28, mais dont 6 sont délocalisées à l'observation de pédiatrie qui cumule une DMS autour de 24 h.

Problèmes liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, les mesures correctrices :

Nous observons quelques anomalies sur lesquelles nous avons commencé à prendre des mesures et qui nous laissent penser que nos données ne sont peut-être pas 100 % intègres. Des vices de procédures de saisies par le personnel désigné à cette tâche pourraient en être la cause. Nous sommes actuellement à analyser le problème. Aussi, comme mentionné plus haut, l'indicateur gagnerait en exactitude si les données de performance de la santé mentale et de la pédiatrie étaient cloisonnées.

2.3.2 Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est < 2h

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Réduire le temps d'attente à l'urgence				
Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est < 2h	53,9	75	54,5	N/A

Commentaire : Engagement non atteint

Sans atteindre la cible, on remarque une amélioration globale pour presque toutes les urgences pour faire passer la moyenne de 53.9 % à 54.8 %. On remarque des améliorations notables aux urgences de Fleurimont (65.8 % à 68.4 %), du CHUS Hôtel-Dieu (59.3 % à 61 %). Les gains des autres urgences sont plus modestes, mais on note une tendance d'amélioration. Seules les urgences de BMP, Granby et de Coaticook ont vu une légère détérioration de leurs délais.

Facteurs expliquant la non-atteinte :

En partie, la corruption des données de saisie dans certains systèmes SIGDU (correctif à apporter traité au point précédent).

Le nombre de P4 et de P5 se présentant encore dans les urgences. Sans engorger la partie civière des urgences, les P4 et les P5 contribuent à détériorer cet indicateur puisqu'ils sont les derniers vus et cumulent les délais de prise en charge les plus longs à cause de l'absence de gravité clinique de leur état.

Problèmes liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, les mesures correctrices :

Nous observons quelques anomalies sur lesquelles nous avons commencé à prendre des mesures qui nous laissent penser que nos données ne sont peut-être pas 100 % intègres. Des vices de procédures de saisies par le personnel désigné à cette tâche pourraient en être la cause. Nous sommes actuellement à analyser le problème. Par exemple, lorsque nous consultons le document des séjours et des délais de prise en charge médicale, nous voyons dans certaines installations des délais moyens de prise en charge pour des cas cotés P1 jusqu'à 33 minutes, ce qui n'est pas possible. Il y a un nécessairement un vice de saisie de données. Les heures ne concordent pas avec la réalité. Nous corrigerons la saisie pour ces installations où les chiffres sont questionnables.

2.3.3 Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est < 4h

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Réduire le temps d'attente à l'urgence				
Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est < 4h	54,1	75	54,3	65

Commentaire : Engagement non atteint

On note une légère amélioration de la moyenne par rapport à l'an dernier, qui est passé de 54.1 % à 54,3 %. Toutes les urgences ont amélioré leur performance, sauf Coaticook, BMP et Granby.

2.3.4 Taux d'usagers dont l'attente en statut NSA respecte les délais ciblés

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Réduire le temps d'attente à l'urgence				
Taux d'usagers dont l'attente en statut NSA respecte les délais ciblés	ND	70	62	75

Commentaire : Engagement non atteint

Les facteurs expliquant la non-atteinte de la cible sont :

- Instabilité de l'état des usagers, grande perte d'autonomie et population vieillissante;
- La non-disponibilité de certaines ressources d'hébergement correspondant aux besoins particuliers des usagers;
- La non-disponibilité de la main-d'œuvre ayant les compétences spécifiques en lien avec les problématiques des usagers en ressource d'hébergement ou à domicile;
- Délais pour les admissions dans les lits post aigus ou en CHSLD reliés à une demande supérieure à la capacité actuelle.

Les mesures suivantes ont été mises en place pour favoriser l'atteinte de la cible:

- Mise en place d'un fichier Excel de compilation des données NSA, en mai 2018;
- Ajout d'une chargée de projet NSA temporaire, en décembre 2018;
- Révision de la structure de gouvernance intégrée de la fluidité des soins et services, en janvier 2019;
- Pilotage des indicateurs reliés aux variables NSA (8 à 14) en comité directeur fluidité des soins et services;

- Priorisation de 5 variables NSA ayant posées un plus grand défi : 10a Réadaptation intensive ou spécialisée, 10b Réadaptation modérée et progressive, 10c Convalescence, 12a Ressource intermédiaire et de type familiale et 12b CHSLD;
- Mise en place de plusieurs chantiers touchant ces 5 variables NSA priorisées afin d'améliorer la performance de la fluidité des soins et services;
- Déploiement d'une nouvelle politique de transfert des usagers NSA ou ayant leur congé, en janvier 2019.

Problèmes liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, les mesures correctrices :

Un enjeu de qualité des données a été identifié, une fiche d'enjeu de qualité des données portant sur la saisie quotidienne des données RQSUCH acheminées au MSSS, pour les variables 8 à 15 NSA, a été déposée au comité d'orientation des données pour approbation afin de réunir les parties prenantes et déployer un plan d'amélioration.

2.3.5 Ratio du nombre de lits dressés par rapport à ceux inscrits aux permis (courte durée)

Commentaire : Cet indicateur n'a finalement pas été piloté dans le plan annuel

2.3.6 Taux d'annulation des interventions planifiées aux blocs opératoires

Commentaire : Cet indicateur n'a finalement pas été piloté dans le plan annuel

2.3.7 Taux d'hospitalisation de la clientèle sur civière

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Réduire le temps d'attente à l'urgence				
Taux d'hospitalisation de la clientèle sur civière	10,5%	Max 11,5%	10,7%	N/A

Commentaire : Engagement atteint

L'atteinte de l'engagement s'explique par une bonne concertation entre les médecins d'urgence, les médecins spécialistes, les professionnels œuvrant aux urgences et leur capacité à retourner à domicile la clientèle dans près de 90% des cas. Ceci est possible grâce à l'organisation de congé sécurisé via l'aide de la première ligne, notamment les soins à domicile, à l'effort constant de nos médecins à organiser des relances, des suivis ou de l'investigation en externe lorsque possible.

On voit une légère variation à la hausse du taux de patients hospitalisés par rapport au nombre de visites, mais ce n'est pas inquiétant à ce point-ci. Il faut s'assurer de maintenir des bonnes pratiques en matière d'organisation de congé, d'organisation en externe d'investigation ou d'évaluation en médecine spécialisée via l'accès priorisé aux services spécialisés (APSS) qui peut être en constante vigilance par rapport à la pertinence des actions posées.

2.3.8 Pourcentage de visites aux urgences ayant une cote de priorité 4 et 5

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Réduire le temps d'attente à l'urgence				
Pourcentage de visites aux urgences ayant une cote de priorité 4 et 5	57%	Max 58%	55,3%	N/A

Commentaire : Engagement atteint

La cible est atteinte, nous n'avons pas dépassé le 58%. Ceci a été possible grâce aux ententes que nous avons réussi à créer avec certains GMF locaux pour réorienter la clientèle et sinon, grâce à l'accès adapté préconisé par plusieurs de nos GMF en Estrie.

Idéalement, la cible long terme devrait se situer aux alentours de 25% maximum. Malgré le nombre de patients inscrit auprès de médecins de famille et les efforts de ceux-ci pour voir les patients dans des délais courts, il y aura toujours des heures défavorables dans une journée (de 20h00 à 8h00) où certains patients n'auront d'autres options que de se présenter à l'urgence pour des conditions mineures. Mineure ne veut pas dire inutile. Aussi, ce qui est mineur pour nous ne l'est pas nécessairement pour les patients et une condition bénigne peut créer de l'inquiétude chez un individu, un parent ou un proche aidant. Nous poursuivons donc nos efforts pour informer les populations sur les alternatives à l'urgence.

Ceci étant dit, plus nous avons de P4 et de P5 dans une urgence, plus les indicateurs en lien avec le délai avant la prise en charge et la DMS (durée moyenne de séjour) à l'ambulatoire tendent à se détériorer puisque ce sont ces types de cas qui attendent le plus longtemps. Et plus il rentre de P1 à P3, plus les P4 et P5 attendent. D'où l'importance de réorienter les P4 et P5 (moins urgentes ou non urgentes) vers les GMF s'ils y sont connus et sinon, d'avoir des cliniques qui acceptent de voir des patients orphelins.

2.4 Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée

2.4.1 Heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée				
Heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile	641 381	778 064	861 655	ND

Commentaire : Engagement atteint

La mise en place de structure de gouverne a permis un suivi optimal du projet soutien à domicile (SAD). Dans cette nouvelle structure, des rencontres de suivi du comité tactique ont été réalisées aux deux semaines afin de permettre de soutenir les équipes et de dénouer rapidement les obstacles qui entravaient le déploiement du projet.

Les actions initiées par les équipes en cours d'années ont grandement contribué à l'atteinte de la cible. On note ainsi une augmentation significative des heures de services professionnels rendues à domicile. Finalement, le processus de saisie des services achetés auprès des différents partenaires de la communauté a été révisé et a permis de colliger l'ensemble des heures de services effectuées par nos ententes de partenariats (achats de services).

2.4.2 Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée adultes

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée				
Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée adultes	9 034	10 835	9 398	N/A

Commentaire : Engagement non atteint

Malgré différentes actions mises en place, le nombre de personnes desservies en soutien à domicile demeure en dessous de la cible. On observe une légère augmentation, mais qui ne permet pas de rencontrer la cible.

Compte tenu des constats faits à l'été 2018, différentes actions ont été mises en place pour tenter d'augmenter le nombre de personnes desservies à domicile. La mise en place d'un processus en continu visant la révision entière des charges de cas de façon standardisée sur l'ensemble du territoire représente une des actions principales qui a été initiée et qui est toujours en cours. La participation de tous les types de professionnels impliqués dans le processus est positive et devrait permettre un arrimage optimal entre les investissements en ressources humaines et les secteurs où des usagers sont en attente. Cette action devrait donc permettre d'augmenter le nombre de prises en charge en 2019-2020.

2.4.3 Taux pour un premier service soutien à domicile en CLSC dans les délais prescrits

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée				
Taux pour un premier service soutien à domicile en CLSC dans les délais prescrits	78	90	75	N/A

Commentaire : Engagement non atteint

Cet indicateur est étroitement lié à l'indicateur 2.4.2 : Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée adultes

Le respect du plan d'accès en DI-TSA et DP a été influencé par une augmentation du nombre de demandes par rapport aux années précédentes (augmentation de 6% en DI-TSA et de 17% en DP). De plus, malgré différentes actions mises en place lors des travaux conjoints avec la direction SAPA, on observe que le nombre de personnes desservies en soutien à domicile demeure en deçà de la cible. Une légère augmentation est notée, mais elle ne permet pas de rencontrer la cible du plan d'accès.

Depuis l'été 2018, différentes actions ont été mises en place pour tenter d'augmenter le nombre de personnes desservies à domicile et donc, de respecter les délais prescrits par le plan d'accès. La mise en place d'un processus continu visant la révision entière des charges de cas de façon standardisée sur l'ensemble du territoire représente une des actions principales qui a été initiée conjointement avec la direction SAPA et qui est toujours en cours. La participation de tous les types de professionnels impliqués dans ce processus est positive et devrait permettre un arrimage optimal et plus rapide entre les investissements en ressources humaines et les secteurs où des usagers sont en attente. Cette action devrait donc permettre d'augmenter les nombres de prises en charge en 2019-2020 et de respecter davantage le plan d'accès.

Finalement, notons également que certains RLS ont connu une pénurie importante de main-d'œuvre. Ce qui a occasionné des enjeux pour la prise en charge de nouveaux usagers. Les équipes étant parfois trop petites, l'absence d'un membre de cette équipe affecte donc de façon marquée le taux de respect du plan d'accès.

2.5 Assurer des soins et des services spécialisés dans les délais acceptables

2.5.1 Nombre d'usagers en attente d'une chirurgie hors délais selon les cibles du MSSS

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais acceptables				
Nombre d'usagers en attente d'une chirurgie hors délais selon les cibles du MSSS	190	0	63	N/A

Commentaire : Engagement non atteint

Facteurs expliquant la non-atteinte :

- L'identification et la priorisation de 1 059 cas hors délais cliniques dont certains doivent être opérés rapidement;
- Plusieurs chirurgies oncologiques hors délais réalisés dans les dernières périodes pour redresser la situation des hors délais en attente;
- L'ordonnancement des cas fait de façon variable dans les différentes spécialités;
- La diminution du nombre de chirurgies réalisées dans la dernière année due à de multiples fermetures de salles par manque de personnel infirmier. (près de 800 chirurgies de moins);

- Le manque chronique de temps opératoire aux installations du CHUS Hôpital Fleurimont et du CHUS Hôtel-Dieu (manque 2 salles d'opération, plan d'ajout de salle en cours de rédaction).

Les mesures correctrices :

La Direction des services professionnels, le Département de chirurgie, le Département de gynécologie et le Département d'anesthésie déploient actuellement un plan d'action majeur pour améliorer l'accès en chirurgie tout en maintenant la qualité et la sécurité des soins et le taux d'assurance salaire du personnel.

La première phase du plan d'action consistait à déterminer les délais associés aux conditions cliniques de chacun des 10 000 patients en attente au CIUSSS de l'Estrie - CHUS. Ces travaux nous ont permis de catégoriser 1 059 patients hors délais, dont 95 % sont dans les installations du CHUS Hôpital Fleurimont et du CHUS Hôtel-Dieu, selon 4 niveaux d'urgence, soit :

- 374 hors délais de niveau 1 (cas ayant une priorité clinique onco et non-onco entre 14 et 89 jours);
- 6 hors délais de niveau 2 (tous cas oncologiques en attente dépassant la limite maximale de 90 jours);
- 57 hors délais de niveau 3 (tous cas électifs en attente dépassant 365 jours);
- 622 hors délais de niveau 4 (cas ayant une priorité clinique entre 90 et 364 jours).

Le plan d'action vise à diminuer l'ensemble de ces hors délais en priorisant ceux de niveau 1 (étant donné les risques sur la santé des patients) et ensuite de niveau 2, 3 et 4.

Pour ce faire, nous travaillons sur deux fronts, soit par l'augmentation des volumes d'activités ainsi que par une meilleure priorisation des cas.

L'augmentation des volumes sera possible par :

- Un plan d'action rigoureux pour augmenter la structure de poste et la présence au travail au bloc opératoire du CHUS Hôtel-Dieu afin de diminuer le nombre de fermetures de salles par manque de personnel et de les ramener;
- L'atteinte de 85 % d'utilisation des 6 blocs opératoires du CIUSSS de l'Estrie - CHUS par la réalisation de Kaizen Blitz et/ou par le déploiement de caucus d'amélioration continue;
- Un meilleur suivi des chirurgies en attentes et des statistiques sur les chirurgies réalisées grâce au déploiement de la dernière mise à jour du système Opera (en attente d'approbation par le MSSS);
- Une plus grande utilisation de la deuxième offre pour les patients se qualifiant à se faire opérer hors Sherbrooke (principalement au Granit, 3 spécialités ciblées);
- Maximiser les activités hors bloc (meilleure utilisation de salles mineures et de salles de procédures).

La meilleure priorisation des cas sera possible par :

- Une transformation de la culture organisationnelle où les ressources appartiennent maintenant à la population;
- La mise en place d'un nouveau système d'attribution du temps opératoire selon les besoins des usagers.

2.5.2 Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de 3 mois

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais acceptables				
Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de 3 mois	66,9	70	57,2	70

Commentaire : Engagement non atteint

Plusieurs plans d'action ont été élaborés afin de régulariser la situation et d'améliorer l'accès en imagerie médicale. Par contre, la rareté de technologues qualifiés dans certains secteurs combinée à celle des radiologues a des impacts sur l'atteinte des cibles et sur la mise en place des plans planifiés pour 2018-2019.

Afin d'innover et de contourner les enjeux, l'organisation a procédé à :

- La mise en place des corridors avec des lecteurs (radiologistes) externes;
- La mise en place de plusieurs corridors de transfert entre les installations pour ainsi donner une deuxième offre aux patients;
- L'affichage de postes attrayants pour les technologues;
- Travailler sur 3 dossiers de pertinence avec UETMIS (infiltration du genou, repas et lavements barytés);
- L'analyse des données probantes et du rapport de l'INESSS concernant la résonnance magnétique;
- La révision de l'organisation de travail du secteur du TEP-SCAN.2.

Les résultats ont diminué par rapport à l'année 2017-2018, et ce, malgré les efforts pour améliorer la situation.

2.5.3 Nombre de jeunes de 0-17 ans nouvellement pris en charge en protection de la jeunesse pour motifs de négligence

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais acceptables				
Nombre de jeunes de 0-17 ans nouvellement pris en charge en protection de la jeunesse pour motifs de négligence	261	250	341	N/A

Commentaire : Engagement non atteint

En septembre 2016, en collaboration avec le MSSS, des engagements annuels en lien avec l'indicateur concerné ont été définis pour les 3 années subséquentes. La stratégie visait une diminution progressive de 3 % en 2017-2018 et de 5 % en 2018-2019. Comme l'engagement attendu en 2017-2018 (12,48) a pris assis sur l'engagement défini en 2016 et ne tient pas compte du résultat obtenu en 2017-2018 (13,33), il appert que cet écart a affecté l'atteinte de la cible.

Bien que le volume d'usagers pris en charge par la protection de la jeunesse pour des motifs de négligence ait augmenté de 1,6 % par rapport à 2017-2018, il est important de souligner que cette variation est moins significative par rapport à l'augmentation des signalements reçus pour les mêmes motifs, puisque nous notons une augmentation de ces derniers de 10,5 % par rapport à l'année financière précédente.

NOMBRE D'USAGERS PRIS EN CHARGE PAR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE POUR DES MOTIFS DE NÉGLIGENCE.

2017-2018	2018-2019	Écart	
		Nombre d'usagers	%
1183	1203	+ 20	↑ 1,6 %

NOMBRE DE SIGNALEMENTS REÇUS POUR DES MOTIFS DE NÉGLIGENCE.

2017-2018	2018-2019	Écart	
		Nombre d'usagers	%
2177	2406	+229	↑ 10,5 %

Enjeux en lien avec l'engagement non atteint.

Accès aux services de proximité :

La phase d'analyse des travaux de la trajectoire des familles présentant des facteurs de risques liés à la négligence ou vivant en contexte de négligence a démontré que les acteurs qui détectent et repèrent ces familles choisissent, dans la majorité des cas, de faire un signalement plutôt que d'orienter l'usager vers les services de proximité. Certaines de ces familles ne nécessitent pas une prise en charge par la protection de la jeunesse et, lorsque le signalement n'est pas retenu, il n'y a pas de référence systématique vers les services de premières lignes pour les familles qui le requiert.

L'analyse a également fait ressortir la grande difficulté à mobiliser les familles pour accéder aux services de proximité. La rétention de ces familles dans nos services demeure un défi.

Bien que notre volume de famille au sein de notre programme d'intervention en négligence ait augmenté de 632 à 799 familles de 2017-2018 à 2018-2019, nous notons une diminution du nombre d'usagers (jeunes et leurs familles) rejoints par les CLSC dans le cadre du programme Jeunes en difficulté. 6 831 usagers ont été rejoints en 2017-2018 et 6 765 en 2018-2019.

Pénurie de main-d'œuvre :

Plusieurs RLS sont affectés par la pénurie de main-d'œuvre influençant nos délais d'attente, notre capacité clinique et la portée de nos interventions auprès de nos usagers. Ce phénomène est présent tant pour la mission CLSC que CPEJ.

Le calcul de l'indicateur inclut les usagers actifs à la première période de l'année financière. Donc, les nouvelles prises en charge et les fermetures de dossier en cours d'année impactent le résultat final. Depuis les 2 dernières années, certains RLS ont été affectés par la pénurie de main-d'œuvre. Cette situation a grandement influencé notre capacité de prise en charge des dossiers et l'intensité de service requis pour lever les motifs de compromission.

	2017-2018	2018-2019	Écart	
			Nombre d'usagers	%
Nouveaux dossiers	261	341	80	↑ 30 %
Dossiers fermés	273	243	(30)	↓ 10 %

Une population plus vulnérable :

Le taux de négligence est fortement lié aux déterminants de santé et bien-être de la population. Les résultats de l'enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) confirment que l'Estrie a connu en 2017 une hausse des enfants qui sont vulnérables dans au moins un domaine de développement par rapport à 2012 (2012 : 26,8 % et 2017 : 29,4 %). Ce sont maintenant près de 30 % des enfants qui sont vulnérables dans au moins un domaine de développement, ce qui est plus élevé que ce que l'on observe ailleurs au Québec (27,7 %).

Les mesures mises en place :

Consolidation du programme d'intervention en négligence :

- L'offre de formation sur l'approche participative auprès de nos partenaires concernés par la problématique (communautaire, scolaire, centres de la petite enfance);
- La formation de la Grille d'Évaluation du Développement de l'enfant (GED);
- Le codéveloppement clinique pour les répondantes en négligence.

Une journée de réflexion a été réalisée avec la Direction de la protection de la jeunesse et la Direction du programme jeunesse. À la suite de cette journée, des actions à court et moyen terme ont été identifiées :

- La mise en place des interventions spécifiques auprès des familles réfugiées;
- Le renouvellement des mécanismes de concertation entre les missions CLSC et CPEJ;
- L'actualisation d'un projet pilote ayant pour but des rapprochements entre la 1re et 2e ligne.

Une analyse est en cours afin d'identifier les pratiques actuelles en lien avec la détection des familles présentant des facteurs de risque liés à la négligence ou vivant en contexte de négligence et la prise en charge de ces familles par les services de proximité. Les résultats de cette analyse seront comparés à une revue de littérature des meilleures pratiques concernant l'attraction, la rétention et la mobilisation des parents dans un contexte de volontariat. La finalité recherchée vise à :

- S'assurer que les parents et les enfants reçoivent les services de proximité requis;
- Assurer une réponse rapide aux besoins de l'enfant afin d'assurer son plein développement;
- Agir sur le contexte de négligence;
- Éviter le recours à la protection de la jeunesse.

Nouvelles ententes de collaboration pour les places protocoles en CPE. Des places protocoles seront offertes aux enfants dont les familles sont inscrites dans le programme d'intervention en négligence et ceux pris en charge par la protection de la jeunesse.

En collaboration avec la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, des stratégies de recrutement et de rétention sont déployées pour les titres d'emploi les plus vulnérables.

2.5.4 Pourcentage de patients référés à un médecin spécialiste vus dans les délais prescrits (APSS)

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais acceptables				
Pourcentage de patients référés à un médecin spécialiste vus dans les délais prescrits (APSS)	ND	90	57	75

Commentaire : Engagement non atteint

Facteurs expliquant la non-atteinte APSS :

- Manque de capacité médicale, plus particulièrement pour 3 spécialités (urologie, gastroentérologie, ORL);
- Le processus de priorisation des rendez-vous est devenu inadéquat avec l'augmentation du volume d'activité suite à l'implantation de la phase 2;
- Difficulté de recrutement des agentes administratives; délais vécus au niveau de la numérisation des requêtes.

Les mesures correctrices :

- Déploiement d'un meilleur outil de suivi de tableau de bord pour suivre la progression de l'attente et des réalités des listes d'attente de chacune des spécialités.
- 3 catégories de lot de travail :
  - Pour les 4 spécialités à plus de 75% de la cible : Surveillance et maintien;
  - Pour les 7 spécialités de 50% à 75% de la cible : Révision du processus de planification des rendez-vous;
  - Pour les 4 spécialités de 0% à 50% de la cible : Plan d'action visant à augmenter la capacité médicale (augmentation des effectifs médicaux et évaluation de la capacité à transférer certaines activités médicales vers des ressources cliniques).

Problèmes liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et les mesures correctrices :

- Un correctif a été appliqué au mois de mai 2019 pour exclure les requêtes faites par un médecin de famille, mais provenant l'urgence. Ce correctif est appliqué rétrospectivement depuis l'année financière 2018-2019.

2.5.5 Pourcentage de signalements évalués en protection de la jeunesse selon les délais prescrits

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais acceptables				
Augmenter le pourcentage de signalements en protection de la jeunesse traités selon les délais prescrits	20	65	22	N/A

Commentaire : Engagement non atteint

Un des facteurs expliquant la non-atteinte de l'objectif est l'augmentation majeure (+19% en un an) du nombre de signalements traités (6040 vs 5095). Il faut souligner que cette hausse s'ajoute à celles déjà enregistrées les années précédentes. Cette charge accrue de signalement à traiter à un impact certain sur les délais d'évaluation et donc sur le pourcentage de signalements évalués dans le délai prescrit.

Malgré l'augmentation majeure du nombre de signalements reçus tel qu'énoncé plus haut, les équipes ont réussi à maintenir et même à améliorer légèrement le pourcentage de signalements évalués selon les délais prescrits par rapport à l'année passée (22% vs 20%).

2.5.6 Pourcentage de services spécialisés de réadaptation réalisés selon les délais prescrits

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais acceptables				
Pourcentage de services spécialisés de réadaptation réalisés selon les délais prescrits	90,4	90	85	N/A

Commentaire : Engagement non atteint

CRDP

Cette année, le secteur de la déficience visuelle et de la déficience auditive ont présenté des délais d'accès supérieurs à l'année précédente. Les défis par rapport au respect des délais sont toutefois présents depuis les 3 dernières années. Pour le secteur de la déficience visuelle, des démarches sont en cours afin d'obtenir plus de temps d'un type de professionnel, ceci devrait permettre d'obtenir des délais d'accès plus près de ceux attendus. Pour le secteur de la déficience auditive, suite à une absence imprévue d'un professionnel qui compte plusieurs années d'expérience dans cette petite équipe, les délais d'accès ont augmenté. Le remplacement de cette ressource et la reprise du volume des activités devraient permettre un retour vers les résultats observés pas les années passées.

CRDITED

Depuis quelques années, on note une augmentation constante du volume de demandes principalement en TSA (cohorte 6-21 ans). Malgré les ajustements faits et qui sont toujours en cours dans les services spécialisés TSA, un enjeu demeure présent pour réussir à respecter le plan d'accès. Le nombre d'usagers actifs a légèrement augmenté dans ce secteur, mais pas à la même hauteur que le volume des nouvelles demandes. De plus, on note un accroissement de la complexité des situations rencontrées ce qui accentue l'intensité de service qui doit être donnée à un usager laissant moins de place pour la prise en charge de nouveaux usagers.

Comme mentionné, des travaux sont toujours en cours avec les services spécialisés afin d'optimiser l'organisation du travail et l'offre de service. Les résultats de ces travaux ainsi que l'arrimage avec les services de premières lignes devraient permettre de tendre davantage vers le respect du plan d'accès en 2019-2020.

2.6 Améliorer la qualité des soins et des services

2.6.1 Nombre de motifs d'insatisfaction portant sur les relations interpersonnelles

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Améliorer la qualité des soins et des services				
Nombre de motifs d'insatisfaction portant sur les relations interpersonnelles	428	385	438	N/A

Commentaire : Engagement non atteint

La cible de 2018-2019 représentait une réduction de 10% des plaintes interpersonnelles par rapport à 2017-2018.

Historique de la démarche pour réduire le nombre de motifs d'insatisfaction portant sur les relations interpersonnelles :

- En juin 2016, le CA a adopté une résolution visant à améliorer la qualité des relations interpersonnelles envers les usagers;
- Un projet pilote de formation sur la compassion au personnel de l'urgence de l'Hôpital BMP a été réalisé à l'automne 2017;
- Fort des apprentissages de cet exercice, une demande de financement (14 000$) a été déposée en octobre 2018 aux Fondations afin d'obtenir la disponibilité d'une chargée de projet dont le mandat consistait entre autres à approfondir l'analyse des causes et élaborer un plan d'action organisationnel;
- La proposition a été élaborée par un groupe de travail inter directions (DQEPP, DSP, DRHCAJ, DSM, CPQS, RPF, usager) dans un souci d'intégration avec le SGIP (système de gestion intégré de la performance) et particulièrement l'axe de performance « Agir Pour et Avec l'usager, ses proches et la population » et les travaux portant sur les enjeux de violence et de civilité;
- La démarche est composée de deux volets :
  - Actions transversales par le groupe de travail opérationnel interdisciplinaire rattaché

au comité tactique « Agir Pour et Avec usager, proches et population »;

- Projet spécifique aux urgences, en priorisant Hôpital Fleurimont, Hôtel-Dieu et Granby.

Étant donné, que le groupe de travail vient de compléter leur travail, il n'a pas eu de mise en place d'actions transversales dans l'organisation. L'indicateur a été piloté en équipe de direction à plusieurs reprises, mais l'indicateur n'a pas nécessairement été suivi dans chacune des directions ni dans des départements spécifiques.

Par contre, il faut considérer cet indicateur comme un intrant parmi d'autres qui nous donne une idée de la qualité perçue de nos usagers et leurs proches. L'organisation déploie depuis un an des sondages de la satisfaction auprès des usagers. Quand nous croisons les données des sondages, avec les commentaires, nous sommes capables de nuancer les motifs des plaintes et bien cibler les améliorations nécessaires.

Pour l'année 2019, le projet compassion sera déployé dans les urgences, et chaque direction pilote leur performance en termes de qualité perçue.

2.6.2 Pourcentage de nos installations ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs aux cibles

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Améliorer la qualité des soins et des services				
Pourcentage de nos installations ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs aux cibles	ND	100	86 (P9)	N/A

Commentaire : Engagement non atteint

Éclosion d'ERV et DACD dans les installations de courte durée. Reprise du contrôle depuis la période 11. Nous sommes certains qu'au 31 mars 2020 nous devrons avoir atteint 80%.

2.6.3 Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Améliorer la qualité des soins et des services				
Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains	58	75	96,7	N/A

Commentaire : Engagement atteint

Les facteurs expliquant l'atteinte de l'engagement ou l'amélioration de nos résultats sont principalement :

- Actualisation d'un plan d'action triennal par un groupe inter-direction nommé responsable;
- Suivis rigoureux aux trimestres;
- Audits et sensibilisation à la bonne pratique en continu (périodiquement);
- Diffusion des taux avec affichage et communication dans les journaux locaux;
- Remise de trophées et saines compétitions entre les unités de soins;
- Proximité et implications importantes des gestionnaires;
- Support important de la direction.

2.6.4 Nombre de projets de pratique pertinente déployés dans l'établissement

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Améliorer la qualité des soins et des services				
Nombre de projets de pratique pertinente déployés dans l'établissement	ND	5	2	N/A

Commentaire : Engagement non atteint

Lors de l'année, nous avons réalisé que le déploiement de projets de pratiques pertinentes peut prendre plus d'un an. De plus, ces projets sont portés et donc déployés par diverses directions. Leur déploiement peut être affecté par différents aspects liés aux directions cliniques.

Le Bureau des pratiques pertinentes a été lancé en octobre 2018. Le bureau a donc seulement 6 mois pour atteindre la cible.

Problèmes liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, les mesures correctrices :

Difficile de suivre les projets lorsque le Bureau des pratiques pertinentes n'est pas le porteur du projet. Il est difficile d'avoir l'information sur la progression, le degré d'avancement et les enjeux rencontrés lorsque présent par les directions porteuses de ces projets.

2.7 Améliorer les communications, l'image de marque et le positionnement de l'établissement

2.7.1 Pourcentage de réactions médias positives ou neutres

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Améliorer les communications, l'image de marque et le positionnement de l'établissement				
Pourcentage de réactions médias positives ou neutres	ND	50	86	Même si ces indicateurs ne font plus partie du plan annuel, le Service des communications continuera de les suivre de façon vigilante.

Le taux établi selon des analyses théoriques était probablement trop bas pour refléter notre réalité spécifique.

2.7.2 Pourcentage de sorties médias proactives

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Améliorer les communications, l'image de marque et le positionnement de l'établissement				
Pourcentage de sorties médias proactives	ND	40	33	Même si ces indicateurs ne font plus partie du plan annuel, le Service des communications continuera de les suivre de façon vigilante.

Commentaire : Engagement non atteint

Bien que nous ayons réalisé 118 sorties proactives dans l'année, ce qui représente une moyenne de plus de 2 sorties par semaine, nous n'avons pas atteint l'objectif qui nous semblait réaliste en fonction des efforts déployés. Nous estimons que la non-atteinte de la cible est attribuable au nombre grandissant de demandes médias (1404) réactives.

2.7.3 Nombre d'outils de communications internes évalués

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Améliorer les communications, l'image de marque et le positionnement de l'établissement				
Nombre d'outils de communications internes évalués	ND	4	4	Même si ces indicateurs ne font plus partie du plan annuel, le Service des communications continuera de les suivre de façon vigilante.

La cible a été difficile à atteindre pour des enjeux de capacité. Il faudra maintenant apporter les modifications suggérées à la suite de l'analyse des résultats.

Appréciation de l'évolution des résultats :

Alors que les résultats de l'indicateur 2.7.3 ont été assez stables tout au long de l'année, ceux de l'indicateur 2.7.2 ont fluctué davantage. Nous avons même réussi à atteindre la cible à 3 reprises. Cette fluctuation témoigne de l'effet important du nombre de demandes reçues, un intrant sur lequel le service des communications n'a pas de prise. Les directions cliniques, en travaillant de façon à prévenir les risques médiatiques par une gestion efficace des enjeux en lien avec les services, peuvent certainement contribuer à réduire cet écart.

Pour ce qui est de l'indicateur 2.7.3, le fait qu'il soit inscrit dans le plan annuel nous a amené à dégager de la capacité pour le réaliser.

Problèmes liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, les mesures correctrices :

Nous avons revu notre base de données statistique pour les indicateurs 2.7.1 et 2.7.2 de façon à intégrer les demandes en cours, ce qui nous a permis d'avoir une lecture plus juste.

3

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

3.1 Actualiser le processus d'agrément 2016

En 2016, Agrément Canada nous décernait un taux de conformité de près de 90 % et maintenait notre type d'agrément, soit agrée. Le 21 septembre 2017, une reddition de comptes a été produite comme requis auprès d'Agrément Canada sur des exigences entourant 40 critères normatifs. De ces 40 suivis, 33 ont été acceptés et sept font l'objet de travaux d'amélioration continue.

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

La prochaine visite d'Agrément Canada au sein de notre établissement se déroulera sur cinq jours, du 21 au 25 octobre 2019. Les travaux préparatoires sont bien amorcés. Les équipes concernées ont procédé à la réalisation d'un état de situation pour l'ensemble des critères à priorité élevée et des pratiques organisationnelles requises qui concernent leur secteur. De cet exercice découle l'élaboration d'un plan d'amélioration et la réalisation des actions identifiées. Des gestionnaires et des professionnels ont complété une formation sur les exercices de traceurs. Ces exercices permettent l'appréciation de la qualité des soins et services offerts aux usagers et de statuer de notre niveau de conformité aux différentes normes d'Agrément Canada. De plus cette méthode favorise l'amélioration continue de la qualité.

L'instance de pilotage de la qualité des soins et des services (IPQSS) assure un suivi des dossiers liés à la qualité, dont la démarche d'agrément, avec l'appui du comité des directeurs adjoints et du comité de direction.

3.2 Sécurité des soins et 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 comme une priorité organisationnelle la qualité et la sécurité dans la prestation des soins et des services aux usagers. Au cours de la dernière année, la Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat (DQEPP) a poursuivi les travaux d'optimisation et d'harmonisation des différents documents et processus de gestion des événements survenus lors de la prestation de soins et de services aux usagers afin de répondre aux exigences légales, règlementaires et normatives en matière de gestion des risques. En plus de l'adoption de la procédure de gestion des événements sentinelles en juin 2018, les documents suivants ont fait l'objet de consultation élargie et ont été adoptés au conseil d'administration du 29 mai 2019.

- Politique sur la gestion des événements survenus lors de la prestation de soins et de services aux usagers (PSSU)
- Procédure sur la déclaration et l'analyse des événements survenus lors de la PSSU
- Règlement sur la divulgation et mesures de soutien à l'usager, son représentant ou ses proches suite à un accident survenu lors de la prestation de soins et de services
- Procédure sur la divulgation de l'information aux usagers à la suite d'un accident survenu lors de la prestation de soins et de services

Ces documents appuient la volonté de l'établissement d'agir pour et avec l'usager, d'adopter une approche de transparence soutenue par les valeurs organisationnelles d'humanisme, d'adaptabilité et d'engagement.

La DQEPP a offert un soutien personnalisé aux directions le nécessitant pour que la gestion des événements ait lieu selon les pratiques attendues. Des mesures visant à s'assurer que la saisie et l'analyse des incidents et des accidents soit effectuée dans toutes les installations sont appliquées en continu, afin d'alimenter les registres locaux et nationaux.

Enfin, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS s'est engagé dans la promotion d'une culture de sécurité et d'amélioration continue de la qualité au sein de l'organisation, que ce soit par l'adoption d'un plan de sécurité des usagers par le CA en février 2019, l'utilisation d'une vidéo et des capsules sur la sécurité des usagers, les capsules de la B'lette sur la confidentialité, la Semaine de la sécurité des usagers en octobre 2018, la conception d'une animation interactive 2D avec quiz intégré sur les risques potentiels d'incidents et d'accidents qui pourraient toucher les usagers et sur les bonnes pratiques à adopter pour les prévenir, etc. Toutes les personnes et instances concernées au sein de l'organisation ont un rôle fondamental à jouer en regard de ces préoccupations communes.

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

En Estrie, 32 321 événements ont été déclarés entre le 1er avril 2018 et le 31 mars 2019. La moyenne de déclarations se situe à 2 486 événements par période. La majorité des événements déclarés se sont produits dans les CHSLD (50,7 %) et dans les centres hospitaliers (36,3 %).

Les principaux types d'événements déclarés sont reliés à la médication (31,3 %), suivis des chutes (33,1 %) et des événements autres (15,3 %), par exemple des blessures d'origine inconnue ou les plaies de pression.

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

- Médication : 1 221 (3,8 %);
- Problème de matériel, d'équipement, de bâtiment ou d'effet personnel : 667 (2,1 %);
- Autres : 765 (2,4 %). Parmi ceux-ci, les 5 premiers sous-types d'événements sont :
  - Autre : 347 (1,10 %);
  - Lié aux mesures de contrôle (isolement et contentions): 129 (0,40 %);
  - Erreur liée au dossier : 106 (0,33 %);
  - Lié à l'identification : 26 (0,08 %);
  - Trouvé en possession d'objets dangereux (arme à feux, arme blanche, etc.) : 23 (0,70%).

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

- Médication : 8 903 (27,5%);
- Chute : 10 581 (32,7%);
- Autres : 4 165 (12,9%). Parmi ceux-ci, les 5 premiers sous-types d'événements sont :
  - Blessure d'origine inconnue: 1 256 (3,90%);
  - Blessure d'origine connue : 808 (2,50%);
  - Autre : 615 (1,90 %);
  - Plaie de pression : 364 (1,13%);

- Fugues/Disparition (Encadrement intensif) : 220 (0,68%).

Il est à noter que ces données sont celles disponibles en date du 17 juin 2019.

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.
- Surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales

Les réalisations du comité de gestion des risques à cet égard sont présentées dans la section du comité du présent rapport annuel. Par ailleurs, 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 de coordination 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;

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

Au cours de l'année 2018-2019, l'instance organisationnelle à l'égard des mesures de contrôle a poursuivi ses activités suite à sa création en 2018. Animé par des représentants de la direction des soins infirmiers (DSI), de la direction des services multidisciplinaires (DSM) et de la direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat (DQEPP), ce comité regroupe des représentants des différentes directions.

Suite à une recension des pratiques au sein de chaque direction et un état de situation, un projet de cadre de référence a été élaboré. Il est également à noter que ce cadre de référence prévoit les modalités d'évaluation de l'application annuelle des mesures de contrôle par le biais d'audits, ainsi que l'élaboration de protocoles spécifiques aux différentes clientèles à l'intérieur de chaque direction.

Ces modalités contribueront à la mise en place et au suivi d'indicateurs en regard des mesures de contrôle. Une consultation auprès des directions ainsi qu'auprès de diverses instances a par ailleurs été effectuée au cours de l'année. L'adoption par le conseil d'administration est prévue en début d'automne 2019.

Les mesures mises en place par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité à la suite des recommandations formulées par les instances suivantes

Les réalisations du comité de vigilance et de la qualité (CVQ) sont présentées dans la section du comité du présent rapport annuel. Par ailleurs, 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

Au cours de l'année 2018-2019, le comité de vigilance et de la qualité a pris connaissance des activités des commissaires adjoints aux plaintes et à la qualité des services et celles des médecins examinateurs, par le biais du tableau de bord développé pour soutenir l'analyse systémique du comité. Ce rapport présente, entre autres, les informations concernant le délai de traitement des plaintes, les dossiers reçus, conclus et les mesures d'amélioration adressées à l'établissement ou aux ressources externes sous la juridiction du commissaire aux plaintes et à la qualité des services. À cet effet, un total de 899 mesures ont été réalisées ou sont en voie de réalisation par les directions ou les personnes concernées. De plus, le comité de vigilance et de la qualité a été en mesure de suivre, de façon plus précise, le volume de mesures d'amélioration réalisées dans le délai, par le biais d'un tableau de bord spécifiquement conçu à cet effet. L'ensemble des mesures est réparti selon les catégories de motifs d'insatisfaction de la façon suivante :

107 mesures visant à améliorer l'accessibilité;

43 mesures visant à améliorer l'aspect financier;

59 mesures visant à améliorer les droits des usagers;

27 mesures visant à améliorer des situations reliées à la maltraitance;

134 mesures visant à améliorer l'organisation du milieu et les ressources matérielles;

243 mesures visant à améliorer les relations interpersonnelles;

286 mesures visant à améliorer les soins et les services dispensés.

Par ailleurs, le comité de vigilance et de la qualité a suivi de près l'évolution du plan d'action visant à améliorer la qualité des soins et des services offerts aux jeunes ainsi que le projet d'amélioration des installations du centre de réadaptation pour les jeunes en difficultés d'adaptation. Ce projet fait suite aux recommandations émises par un commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services.

Le Protecteur du citoyen

Au cours de l'année 2018-2019, nous avons reçu 10 rapports du Protecteur du citoyen s'adressant à plusieurs installations différentes, comparativement à 16 en 2017-2018, 13 en 2016-2017 et 31 en 2015-2016. Parmi les 10 rapports reçus cette année (voir Liste des recommandations en annexe), aucune recommandation n'a été émise pour 1 rapport, 8 dossiers ont été fermés et 1 dossier est en cours de suivi. Il concerne le respect des ordonnances judiciaires en matière de contacts parents-enfants et les pratiques professionnelles qui en découlent (11 recommandations). Les autres objets des recommandations des rapports reçus en cours d'année concernaient la facturation du transport ambulancier, l'application des mesures de contrôle, l'accès aux services de dépistage d'un trouble du spectre de l'autisme, l'information concernant le positionnement à un fauteuil adapté, l'organisation du travail, la gestion des effectifs et les pratiques professionnelles en CHSLD, les soins de pessaire à domicile, la facturation en UTRF.

Par ailleurs, pour l'ensemble des 70 rapports reçus du Protecteur du citoyen depuis le 1er avril 2015, 137 recommandations ont été émises et 86 % des recommandations ont été actualisées.

Le coroner

Au cours de l'année 2018-2019, nous avons reçu 7 rapports du Bureau du coroner s'adressant à des installations différentes comparativement à 7 rapports 2017-2018, 6 en 2016-2017 et à 8 en 2015-2016. Parmi les 7 rapports reçus cette année (voir Liste des recommandations en annexe), aucune recommandation n'a été émise pour 2 rapports, 3 dossiers sont en cours de suivi et deux dossiers sont fermés. Ces rapports concernaient la qualité des soins offerts à une résidente en CHSLD suite à une intoxication au fentanyl, la présence médicale au cours d'un transport interhospitalier, la conduite

automobile du personnel affecté au transport de personne, l'accès et le partage d'information dans le cadre du suivi d'un patient nécessitant un suivi étroit.

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

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

Au cours de l'année 2018-2019, l'établissement a reçu 9 visites d'inspections professionnelles par les ordres professionnels suivants :

- Ordre des sages-femmes du Québec : Maison de naissance
- Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec : Hôpital Fleurimont
- Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec : Hôpital et centre d'hébergement Argyll, Hôpital et centre d'hébergement d'Youville, CLSC 1200 King est, Hôpital Fleurimont et CLSC Yvan-Duquette (CSSS Haute-Yamaska)
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec : Centre de détention de Sherbrooke
- Collège des médecins du Québec : CLSC Urgence mineure-Centre d'hébergement de Windsor

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

Un registre de suivi est constitué. Il recense les visites sur les installations en présentiel. Il ne comprend pas les autoévaluations, audits de dossier ni inspections individuelles. La cartographie du processus est en cours d'élaboration afin d'établir les rôles et les responsabilités des directions concernées.

3.3 Personnes mises sous garde

	MISSION CH	MISSION CHSLD	MISSION CLSC	MISSION CR	TOTAL ÉTABLISSEMENT
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	642	---	---	---	642
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	215	---	---	---	215
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	184	---	---	---	184
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	138	---	---	---	138
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	133	---	---	---	133

3.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits

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

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

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

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

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

Les commissaires exercent diverses autres activités, dans le cadre de leur mandat, outre le traitement des dossiers. Le tableau suivant présente un sommaire des autres types d'activités réalisées au cours de l'exercice 2018-2019.

Promotion / Information	Nombre
Droits et obligations des usagers	4
Loi de lutte contre la maltraitance	2
Code d'éthique (employés, professionnels, stagiaires)	0
Régime et procédure d'examen des plaintes	11
Autre (rencontres avec des groupes ou comités)	3
Sous-total	**20**
Communications au conseil d'administration (en séance)	
Bilan des dossiers des plaintes et des interventions	1
Attentes du conseil d'administration	0
Autre (séance publique)	5
Sous-total	**6**
Comité de vigilance et de la qualité	
Participation au comité de vigilance et de la qualité	6
Sous-total	**6**
Collaboration au fonctionnement du régime	
Collaboration à l'évolution du régime d'examen des plaintes	17
Collaboration avec les comités des usagers / résidents	14
Soutien aux commissaires locaux	9
Autre	3
Sous-total	**43**
Total	**75**

3.5 Information et consultation de la population

Mécanismes pour mettre à contribution la population dans l'organisation des services

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS s'est doté d'un service expérience-usager qui soutient la participation des usagers et de leurs proches dans la prestation et dans l'organisation des soins et services. En collaboration avec le comité des usagers du centre intégré, différents processus et outils sont disponibles dans l'intranet afin de recruter des usagers, de les préparer et de les soutenir au fil de leur participation. En plus de ce matériel, un service d'accompagnement est offert pour soutenir les gestionnaires et les intervenants à mieux « Agir Pour et Avec » les usagers, leurs proches et la population.

La planification annuelle 2018-2019 incluait un indicateur permettant de quantifier la participation d'usagers à différents projets d'amélioration (focus group, groupes de travail et comités permanents). 80 initiatives ont été recensées à travers toutes les directions. Parmi ces initiatives, on retrouve la contribution régulière d'usagers dans les comités d'animation des trajectoires (cancérologie, maladies chroniques, jeunesse, etc.) ainsi que dans certaines démarches telles que « milieu de vie en CHSLD », « plan de primauté en santé mentale » et « amélioration de la sécurité des soins et services ».

Mécanismes pour connaître l'expérience et la satisfaction de la population au regard des résultats obtenus

En cohérence avec le système de gestion intégrée de la performance ainsi que du Cadre de référence sur la qualité des soins et des services, un système de mesure et d'utilisation de la qualité perçue est progressivement déployé au sein des huit directions cliniques de l'organisation.

En 2018-19, l'établissement a procédé à de telles évaluations auprès de 2 100 usagers dans près de 70 unités de soins et services. Ces informations sont également mises en parallèle avec celles du Commissaire aux plaintes et à la qualité des services, ainsi que celles des comités des usagers. Les résultats obtenus ont été pilotés à intervalle régulier par les directeurs. Cette démarche constitue une opportunité de travailler en partenariat avec les équipes et les comités des usagers.

Implication dans les RLS et les tables de concertation pour l'amélioration de la santé et bien-être de la population

Fort de l'adoption d'une Politique en responsabilité populationnelle et développement des communautés, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a su en 2018-2019 adapter sa gouvernance afin de contribuer en tant qu'acteur socio-économique du territoire au développement environnemental, social et économique des communautés locales de chacun des RLS. De façon complémentaire, cette politique a pour visée de soutenir la participation des individus et des communautés dans des processus décisionnels au plan local, ainsi que de participer aux concertations intersectorielles qui ont pour objet l'action sur les déterminants de la santé.

À ce titre, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a mis en place un service du Développement des RLS et du partenariat, qui vise à ce que l'établissement puisse se rapprocher davantage des différentes communautés de son territoire afin de s'impliquer activement dans des projets favorisant la vitalité des milieux. Cette nouvelle approche permet maintenant à l'établissement de jouer pleinement son rôle de citoyen corporatif engagé envers les 96 communautés du territoire.

Avec l'actualisation de la Politique en responsabilité populationnelle et en développement des communautés, des représentants de l'établissement se sont activement impliqués, de façon structurée et coordonnée, dans différentes tables de concertation, tant aux plans politique, stratégique, qu'opérationnel. En 2018-2019, plus de 117 lieux de concertation couvrant les 9 RLS du territoire dans lesquels un représentant de l'établissement est impliqué ont été répertoriés.

La mise en place d'une Équipe RLS distincte dans chaque RLS aura permis d'exercer notre leadership tout en effectuant les arrimages nécessaires avec les partenaires intersectoriels impliqués sur nos RLS,

en vue de développer des partenariats gagnant-gagnant et complémentaires avec les acteurs des milieux.

Responsabilité populationnelle et développement des communautés

Adapter la gouvernance du CIUSSS de l'Estrie - CHUS afin de contribuer en tant qu'acteur socio-économique du territoire au développement environnemental, social et économique des communautés locales de chacun des RLS

Le développement des communautés, un engagement de l'établissement

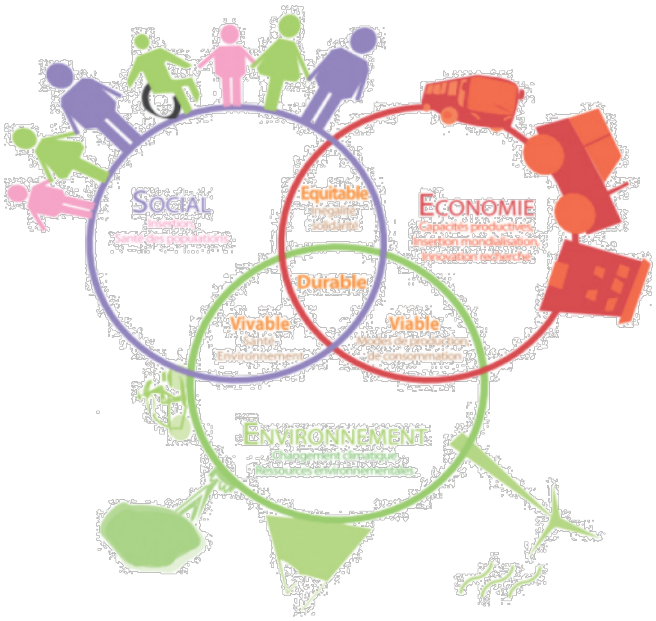
Dans l'objectif d'actualiser son rôle d'acteur socio-économique du territoire, l'établissement s'est doté d'une politique en responsabilité populationnelle et en développement des communautés qui vise à :

- exercer son leadership auprès des différents partenaires;
- s'impliquer activement dans les concertations locales et dans nos liens de partenariats;
- effectuer les arrimages nécessaires avec les partenaires intersectoriels impliqués dans les RLS du territoire;
- assurer le développement et le bon fonctionnement des RLS au sein du RTS;
- développer des partenariats gagnant-gagnant et complémentaires avec les acteurs des milieux.

Ainsi, l'établissement appuie maintenant son action sectorielle et intersectorielle sur les principes de responsabilité populationnelle, de création d'environnements favorables à la santé et au mieux-être, de développement social, de développement des communautés, de développement durable et de participation citoyenne

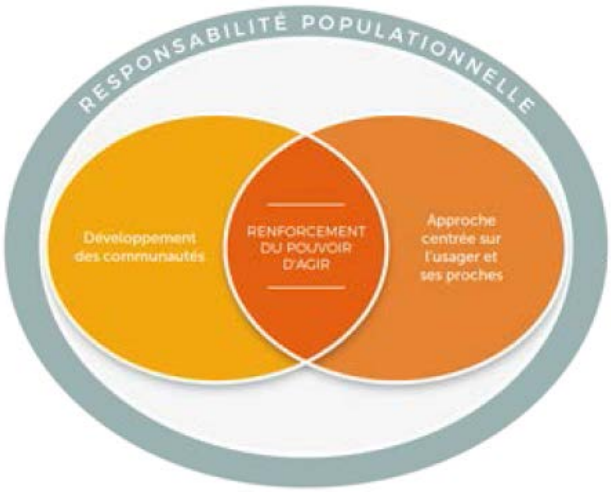
Le développement des communautés pour améliorer la santé et le bien-être des populations locales

En agissant et en s'impliquant activement au plan environnemental, social et économique dans des projets issus des communautés, l'établissement contribue à améliorer la santé et le bien-être des populations locales.



La visée de cette approche est de soutenir la participation des individus et des communautés dans les processus qui permettent d'exprimer leurs besoins, de prendre des décisions qui les concernent et d'identifier les moyens d'action appropriés à mettre en place afin d'adapter les services aux réalités des communautés locales.

Ainsi, l'approche centrée sur les usagers, les proches et la population, combinée à celle du développement des communautés, permet de renforcer le pouvoir d'agir des individus.



Le développement des communautés, une responsabilité partagée

Pour l'actualisation de son engagement à contribuer au développement des communautés, l'établissement compte sur l'implication de toutes ses directions par le déploiement de projets concrets ainsi que par la mise en place des «Équipes RLS» qui agissent à titre de répondants auprès des communautés locales.

Équipes RLS et structure de gouverne

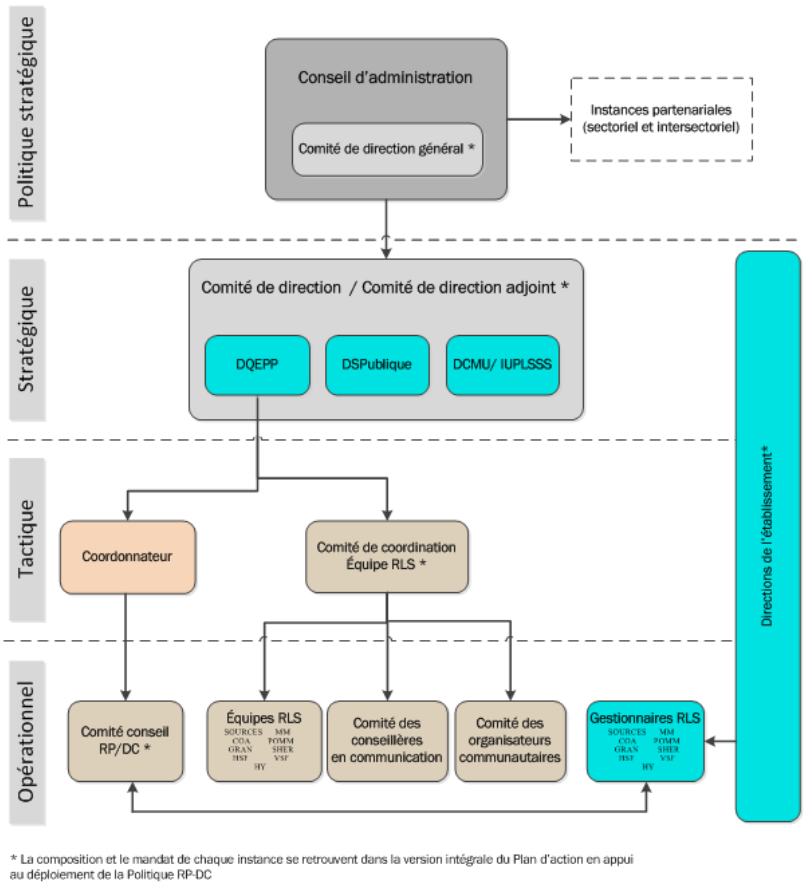
Une équipe spécifique à chaque RLS du territoire a été constituée afin d'agir en tant que représentant de l'établissement auprès des différents partenaires locaux et afin de participer activement à différents projets issus de la communauté qui visent la vitalité des milieux. Leur mandat spécifique est de :

- proposer des actions pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et la réduction des inégalités sociales;
- assurer une vigie des problématiques vécues dans la communauté et des avancées pour les résoudre;
- être à l'écoute des acteurs du milieu en vue d'agir ensemble sur l'amélioration des conditions de vie.

Chaque Équipe RLS est composée des acteurs suivants :

- hors cadre,
- gestionnaire désigné (cadre supérieur volontaire),
- organisateur communautaire,
- conseiller en communication.

Les Équipes RLS sont donc les figures représentant l'établissement auprès des acteurs municipaux et des partenaires. Afin d'assurer l'arrimage à l'interne, l'établissement s'est doté d'une structure de gouverne qui permet une coordination transversale de ses nouvelles fonctions au sein de l'établissement ainsi qu'un arrimage avec les différentes directions.



* La composition et le mandat de chaque instance se retrouvent dans la version intégrale du Plan d'action en appui au déploiement de la Politique RP-DC

3.6 Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant le choix des personnes

3.6.1 Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Soins palliatifs et de fin de vie				
Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 620	1 793	1 526	1 841

Commentaire : Engagement non atteint

Malgré une augmentation du nombre de personnes rejointes dans 5 RLS, la diminution du nombre d'usagers ayant reçu des services de soins palliatifs et de fin de vie à domicile est observée cette année encore dans un RLS qui impacte le résultat pour l'établissement.

Il est toutefois constaté que le nombre moyen d'interventions par usager rejoint en 2018-2019 est plus important (28 interventions) qu'en 2017-2018 où un usager recevait en moyenne 25 interventions.

Tout usager ayant besoin de soins palliatifs à domicile est pris en charge rapidement, lors d'une nouvelle demande. De plus, il n'existe aucune liste d'attente pour cette clientèle.

Le volet d'harmonisation des critères cliniques en lien avec la modification du profil d'un usager se poursuit.

3.6.2 Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Soins palliatifs et de fin de vie				
Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	55	55	55	55

Commentaire : Engagement atteint

3.6.3 Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile

Indicateur	Résultat au 31 mars 2017-2018	Engagement 2018-2019	Résultat au 31 mars 2018-2019	Engagement 2019-2020
Soins palliatifs et de fin de vie				
Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	7,0	8	3,8	15

Commentaire : Engagement non atteint

Un seul RLS a connu un plus grand nombre de personnes ayant reçu des services de soins palliatifs et de fin de vie qui sont décédées à domicile.

Globalement, et ce, comme au Québec, l'Estrie a connu une diminution du nombre de personnes décédés (peu importe le lieu du décès), ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie. De ce nombre, l'impact sur le résultat de l'indicateur est plus grand en Estrie. On note que pour 5 des 9 RLS, les usagers ayant reçu des services de soins palliatifs et de fin de vie à domicile qui sont décédés (peu importe le lieu du décès) ont reçu un plus grand nombre d'interventions. Il n'y a pas d'enjeu quant à la qualité des données.

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	2480

Activité	Information demandée	Nombre
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	126
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale formulées	133
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	83
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	55
Aides médicales à mourir non administrées - Motifs	Décédé avant administration	20
	Répondait aux critères mais a cessé d'y répondre	15
	Ne répondait pas aux conditions au moment de l'évaluation	7
	A changé d'idées	13

— ACTIVITÉS DU GROUPE INTERDISCIPLINAIRE DE SOUTIEN (GIS) —

MANDAT :

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

COMPOSITION :

Nom	Titre d'emploi
Dre Linda Gagnon, coordonnatrice	Directrice des services professionnels adjointe
Manon Larivière, coordonnatrice	Directrice des soins infirmiers adjointe
Annie Grégoire	Conseillère en soins infirmiers, volet 1ère ligne
Regiane Pereira Lima Martins	Conseillère cadre en soins infirmiers
Dr Marcel Arcand	Médecin
Dr Carl Bromwich	Médecin
Naomi Dufour	Travailleuse sociale
Emmanuelle Beaudin (congé de maternité) remplacée par Natasha Comtois	Travailleuse sociale
Julie Leblond	Pharmacienne

Nom	Titre d'emploi
Mélanie Lacerte	Pharmacienne
Sophie Brisson	Représentante du comité d'éthique clinique
Dre Anne-France Talbot	Médecin

Un patient partenaire fera partie de la composition des membres cet automne.

RÉUNIONS :

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

Nombre de réunions réalisées durant l'année : 6 + 1 rencontre annuelle lors du Symposium à Drummondville d'une durée de 8 h

3.7 Divulgation des actes répréhensibles

Divulgation d'actes répréhensibles

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

Divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics	Nombre de divulgations	Nombre de motifs	Motifs fondés
1. Le nombre de divulgations reçues par le responsable du suivi des divulgations	4	Sans objet	Sans objet
2. Le nombre de motifs allégués dans les divulgations reçues	0		
3. Le nombre de motifs auxquels il a été mis fin en application du paragraphe 3 de l'article 22	4		
4. Motifs vérifiés par le responsable du suivi des divulgations :			
• Une contravention à une loi du Québec, à une loi fédérale applicable au Québec ou à un règlement pris en application d'une telle loi	Sans objet		
• Un manquement grave aux normes d'éthique et de déontologie			
• Un usage abusif des fonds ou des biens d'un organisme public, y compris de ceux qu'il gère ou détient pour autrui			

• Un cas grave de mauvaise gestion au sein d'un organisme public, y compris un abus d'autorité			
• Le fait, par un acte ou une omission, de porter gravement atteinte ou de risquer de porter gravement atteinte à la santé ou à la sécurité d'une personne ou à l'environnement			
• Le fait d'ordonner ou de conseiller à une personne de commettre un acte répréhensible identifié précédemment			
5. Le nombre total de motifs qui ont fait l'objet d'une vérification par le responsable du suivi des divulgations			Sans objet
6. Parmi les motifs vérifiés par le responsable de suivi, le nombre total de motifs qui se sont avérés fondés		Sans objet	
7. Parmi les divulgations reçues, le nombre total de divulgations qui se sont avérées fondées, c'est-à-dire comportant au moins un motif jugé fondé			Sans objet
8. Le nombre de communications de renseignements effectuées en application du premier alinéa de l'article 23			

Activités de diffusion du processus de divulgation

En juillet 2018, il y a eu parution d'un article dans le Journal La VIEtrine de juillet 2018 expliquant ce qu'est un acte répréhensible et faisant état d'un bilan depuis l'adoption de la loi. Le contenu du site intranet a également été révisé afin de mieux informer les membres du personnel.

4

REDDITION DE COMPTES DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

4.1 Attentes spécifiques

	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
Santé publique				
02.1	Implanter dans chaque établissement de santé et services sociaux un comité stratégique de prévention et de contrôle des infections (CS-PCI) (02.1)	Chaque établissement doit mettre en place un CS-PCI et s'assurer qu'il remplisse son mandat : • réviser annuellement les objectifs et les priorités en PCI et faire des recommandations aux instances visées; • suivre l'évolution de la situation épidémiologique au regard du risque infectieux; • suivre l'application des mesures en PCI; • suivre les données de surveillance sur les IN et les audits; • adopter le bilan annuel de PCI et assurer le suivi auprès du C. A.; • entériner le choix des indicateurs relatifs à l'évaluation du programme PCI; • assurer l'harmonisation et la standardisation des pratiques PCI; • recevoir et entériner les politiques et procédures en PCI et formuler les recommandations aux instances appropriées pour leur mise en œuvre; • déterminer les enjeux et les recommandations de PCI à acheminer au CODIR; • déterminer les enjeux de ressources matérielles et humaines qui nuisent à l'atteinte des objectifs du programme; • acheminer les recommandations nécessaires au CODIR. • Chaque établissement doit s'assurer que le CS-PCI est rattaché au PDG ou à une autre structure décisionnelle déléguée par le PDG. Le CS-PCI doit tenir au moins quatre rencontres par année.	Réalisée	
02.2	Présenter un bilan des activités réalisées en matière de lutte contre le tabagisme, de promotion de la saine alimentation et du mode de vie physiquement actif chez les jeunes (02.2)	Un bilan faisant état des activités réalisées dans les milieux de vie est demandé (type et description des activités, objectifs, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre) à l'égard de la lutte contre le tabagisme, la promotion de la saine alimentation et du mode de vie physiquement actif dans les déplacements et dans les loisirs chez les jeunes. Les activités déployées dans les différentes régions visent à contribuer à l'atteinte des cibles du Plan stratégique du MSSS : la réduction du nombre de fumeurs, l'augmentation de la consommation de fruits et légumes et l'augmentation du nombre de jeunes actifs durant leurs loisirs et leurs déplacements. Le bilan régional permet de témoigner de la nature des activités déployées, des objectifs, des principaux partenaires engagés. Il sera ainsi possible d'apprécier l'intensité et l'ampleur des activités déployées ainsi que les retombées observées.	Réalisée	
Services sociaux				
03.1	Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC) (03.1)	Les établissements doivent compléter et transmettre le gabarit fourni par le MSSS pour le suivi de l'implantation (PTAAC).	Réalisée	
03.2	Plan d'action TSA (2017-2022) (03.2)	Les établissements doivent compléter l'outil de suivi du plan d'action TSA 2017-2022.	Réalisée	
03.3	Stratégie d'accès aux soins et aux services	La stratégie est un ensemble de moyens qui orientent les établissements ciblés en matière de santé et de services sociaux afin d'intensifier les	Réalisée	

	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
	pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir (03.3)	soins et les services aux personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir et vise une contribution de tous les programmes-services. Plus précisément, l'implantation de la Stratégie permettra aux établissements : • d'assurer le repérage et l'évaluation des besoins des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir; • de les accompagner au moyen d'une offre de services et d'une organisation de services définies, adaptées à leur réalité et inspirées des meilleures pratiques afin de prévenir le passage à la rue ou d'en favoriser la sortie; • de mobiliser et de dynamiser l'ensemble des programmes-services dans l'atteinte des objectifs poursuivis; • de mettre en place et de consolider des collaborations formelles entre les intervenants du réseau et entre les différentes régions et, lorsque requis, avec les partenaires du milieu communautaire. L'attente spécifique consiste à élaborer un plan de travail pour l'implantation de la Stratégie et à mesurer son taux d'implantation par l'intermédiaire d'un formulaire GESTRED.		
03.4	Trajectoire de services optimale pour les jeunes et leur famille en situation de négligence (03.4)	Une trajectoire de services bien définie permet d'assurer la coordination optimale des services et le suivi systématique de l'usager. Elle vise également à améliorer la qualité et l'efficience des services. Pour chaque région sociosanitaire, l'établissement devra définir une trajectoire de services optimale pour les enfants et leur famille en situation de négligence.	N/A	Retiré des EGI, bulletin, volume 14, numéro 7
03.5	Résultats, mesures alternatives et bonnes pratiques pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA (03.5)	Les établissements fusionnés, qui ont une responsabilité populationnelle, ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques en amont, en intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA. Les établissements fusionnés doivent également faire état des résultats pour le respect des délais d'attente, incluant les résultats des usagers en attente ou en provenance des établissements non fusionnés.	Réalisée	
03.6	Mesures alternatives et bonnes pratiques des établissements non fusionnés pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA (03.6)	Les établissements non fusionnés, de par leur mission suprarégionale, ont un champ d'action différent des CISSS et CIUSSS qui ont une responsabilité populationnelle. Ils ont des responsabilités dans la prévention et la réduction des NSA et dans la collaboration avec les CISSS et CIUSSS. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA.	N/A	N'est pas une attente spécifique pour le CIUSSS de l'Estrie – CHUS
03.7	Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD (03.7)	L'évaluation à jour, le plan d'intervention et le travail en interdisciplinarité permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs (habitudes, sécurité, niveau de collaboration et d'autonomie, portrait clinique). Un état de situation portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène sera demandé aux établissements.	Réalisée	
Services de proximité, urgences et préhospitalier				
04.1	État d'avancement du Plan d'action triennal 2016-2019 - Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs (04.1)	Autoévaluation sur l'état d'implantation des actions au Plan d'action déposé au 1er juin 2016. Un état de situation faisant état des réalisations dans chacun des CIUSSS et des CISSS devra être produit.	Réalisée	

	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
04.2	État d'avancement sur le Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018 - Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC (04.2)	Autoévaluation sur le Plan d'action déposé le 31 octobre 2016 composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux. Les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action doivent être notées.	N/A	Changement de date. Attendu au 30 juin 2019
04.3	Mise en place d'un comité tactique télésanté en établissement (04.3)	Compléter le gabarit produit par le MSSS indiquant l'existence du comité, les membres et le nombre de rencontres tenues au cours de l'année. Les établissements peuvent se référer au document décrivant le mandat et une proposition de composition de ce comité (http://extranet.ti.msss.rtss.qc.ca/Orientations-et-gouvernance/Telesante/ Gouvernance.aspx) et également préciser dans le cadre de référence sur la gouvernance, la gestion de projets et des services utilisant la télésanté à la même adresse.	Réalisée	
04.4	Rapport annuel télésanté 2018-2019 (04.4)	Compléter le gabarit du rapport annuel 2018-2019 produit par le MSSS.	Réalisée	
Services de santé mentale et de psychiatrie légale				
05.1	Poursuivre le déploiement des effectifs en santé mentale dans les équipes de soutien dans la communauté (05.1)	Chaque établissement qui a reçu du financement doit fournir pour chaque type de services de soutien dans la communauté identifiée, les informations requises sur les postes équivalents à temps complet créés, comblés et vacants, le nombre de places supplémentaires disponibles, le nombre d'usagers supplémentaires desservis, le coût moyen par poste créé, de même que le total de la dépense engagée.	Réalisée	
Financement, infrastructures et budget				
07.1	Réaliser le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers au 31 mars 2020, conformément aux cibles fixées par l'établissement pour chacun des bâtiments déficitaires concernés (07.1)	Le différentiel entre l'indice de vétusté physique (IVP) d'un bâtiment et le seuil d'état établi, soit 15 %, doit diminuer proportionnellement, à tout le moins, à la cible de résorption du déficit de maintien (RDM) à atteindre au 31 mars 2020 pour ce bâtiment.	N/A	Demandé au 31 mars 2020
Coordination réseau et ministérielle				
08.1	Mandat ministériel de leadership régional en sécurité civile (08.1)	Exercer le rôle de leadership régional en sécurité civile auprès des établissements de sa région et s'assurer de la mise en application dans la région des orientations ministérielles en sécurité civile, notamment celles de la PMSC.	N/A	N'est pas une attente spécifique pour le CIUSSS de l'Estrie-CHUS
08.2	Gestion des risques en sécurité civile - Santé et Services sociaux (08.2)	Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en assurant des liens avec la gestion intégrée des risques de l'établissement.	Réalisée	
08.3	Plan de maintien des services ou activités critiques – Santé et Services sociaux (08.3)	Pour accroître sa résilience en matière de sécurité civile, l'établissement doit amorcer l'élaboration d'un plan de maintien des services ou activités critiques. À cet effet, pour 2018-2019, l'établissement doit procéder à l'identification de ces services et de ces activités jugés critiques.	Réalisée	

	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
Planification, évaluation et qualité				
09.1	Mise en œuvre d'un Plan d'action en santé et bien-être des hommes par les établissements (09.1)	Le plan d'action de l'établissement doit être rédigé et doit respecter les directives se trouvant dans le document « Lignes directrices - Plan d'action SBEH des établissements de santé et de services sociaux ». Lors de la transmission du plan d'action au MSSS, l'établissement doit transmettre la fiche de reddition qui démontre que les actions en place permettent de répondre aux principaux objectifs identifiés dans le document des lignes directrices.	Réalisée	
Technologies de l'information				
10.1	Proportion des ressources mises à jour au Répertoire des ressources en santé et en services sociaux (RRSS) dans les délais prescrits (10.1)	Comme stipulé au cadre normatif, à la section 1.3 Encadrement législatif ou clinico-administratif, l'établissement doit s'assurer que : « la qualité d'une ressource est basée sur la pertinence de sa présence dans l'application, la validité de la ressource et de ses composantes. L'attente exige un pourcentage de mise à jour de 95 % ou plus. » La méthode de calcul définie est le « Nombre de ressources mises à jour à la fin de la période » selon le calendrier établi au cadre normatif sur le « Nombre de ressources totales à la fin de la période ». Si la proportion est en deçà de l'objectif prévu, cela indique à l'établissement qu'il lui faut s'assurer d'avoir les ressources humaines suffisantes pour effectuer cette tâche. Les données de l'application sont mises à jour en temps réel et les extractions servant aux rapports sont une représentation à un jour et une heure fixes.	Réalisée	Ce formulaire est chargé automatiquement par le MSSS

4.2 Fiche de reddition de compte – Chapite IV de l'entente de gestion

4.2.1 Les engagements du CIUSSS

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

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

Le tableau qui suit présente pour chaque secteur d'activité, les indicateurs pour lesquels le CIUSSS s'est engagé à améliorer sa performance. Le tableau présente l'engagement que le CIUSSS avait convenu d'atteindre pour le 31 mars 2019 ainsi que le résultat finalement obtenu. Dans le cas où l'indicateur fait partie d'un objectif du Plan stratégique, ce dernier est alors spécifié ainsi que la cible à atteindre pour 2020.

4.2.2 Résultats au regard des engagements 2018-2019

NOM DE L'INDICATEUR	RESULTAT AU 31 MARS 2017-2018	ENGAGEMENT 2018-2019	RESULTAT AU 31 MARS 2018-2019	ENGAGEMENT 2019-2020
Cancérologie				
Plan stratégique 1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	64,1	90	57,9	90
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	86,9	100	84,2	100

COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ECARTS, EVOLUTION DU RESULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)

Engagements non atteints

La situation des chirurgies oncologiques réalisées dans les délais s'est dégradée par rapport à l'an passé. Par contre, le nombre de hors délais oncologiques en attente a diminué, ainsi que le nombre de hors délais > 90 jours.

Facteurs expliquant la non-atteinte :

- Identification et priorisation de 1 059 cas hors délais cliniques, dont certains doivent être opérés rapidement;
- Plusieurs chirurgies oncologiques hors délais réalisées dans les dernières périodes pour redresser la situation des hors délais en attente;
- Ordonnancement des cas fait de façon variable dans les différentes spécialités;
- Diminution du nombre de chirurgies réalisées dans la dernière année due à de multiples fermetures de salles par manque de personnel infirmier. (près de 800 chirurgies de moins);
- Manque chronique de temps opératoire aux installations du CHUS Hôpital Fleurimont et du CHUS Hôtel-Dieu (il manque 2 salles d'opération, un plan d'ajout de salle est en cours de rédaction).

Mesures correctrices :

La Direction des services professionnels, le Département de chirurgie, le Département de gynécologie et le Département d'anesthésie déploient actuellement un plan d'action majeur pour améliorer l'accès en chirurgie, tout en maintenant la qualité et sécurité des soins et le taux d'assurance salaire du personnel.

La première phase du plan d'action consistait à déterminer les délais associés aux conditions cliniques de chacun des 10 000 patients en attentes au CIUSSS de l'Estrie - CHUS. Ces travaux ont permis de catégoriser 1 059 patients hors délais, dont 95 % sont dans les installations CHUS Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu, selon 4 niveaux d'urgence, soit :

1. 374 hors délais de niveau 1 (cas ayant une priorité clinique onco et non-onco entre 14 et 89 jours);
2. 6 hors délais de niveau 2 (tous cas oncologiques en attente dépassant la limite maximale de 90 jours);
3. 57 hors délais de niveau 3 (tous cas électifs en attente dépassant 365 jours);
4. 622 hors délais de niveau 4 (cas ayant une priorité clinique entre 90 et 364 jours).

Le plan d'action vise à diminuer l'ensemble de ces hors délais en priorisant ceux de niveau 1 (étant donné les risques sur la santé des patients) et ensuite ceux de niveau 2, 3 et 4.

Pour ce faire, nous travaillons sur deux fronts, soit par l'augmentation des volumes d'activités ainsi que par une meilleure priorisation des cas.

L'augmentation des volumes sera possible par :

- Un plan d'action rigoureux pour augmenter la structure de poste et la présence au travail au bloc opératoire du CHUS Hôtel-Dieu afin de diminuer le nombre de fermetures de salles par manque de personnel;
- L'atteinte de 85 % d'utilisation des 6 blocs opératoires du CIUSSS de l'Estrie - CHUS par la réalisation de Kaizen Blitz et/ou par le déploiement de caucus d'amélioration continue;
- Un meilleur suivi des chirurgies en attente et des statistiques sur les chirurgies réalisées grâce au déploiement de la dernière mise à jour du système Opera (en attente d'approbation par le MSSS);
- Une plus grande utilisation de la 2e offre pour les patients se qualifiant à se faire opérer hors Sherbrooke (principalement au Granit, 3 spécialités ciblées);
- Maximiser les activités hors bloc (meilleure utilisation de salles mineures et des salles de procédures).

La meilleure priorisation des cas sera possible par :

- Une transformation de la culture organisationnelle où les ressources appartiennent maintenant à la population;
- La mise en place d'un nouveau système d'attribution du temps opératoire selon les besoins des usagers.

Problèmes liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, mesures correctrices :

- La cible de pourcentage des chirurgies réalisées dans les délais ne peut pas être interprétée sans le nombre de patients en attente hors délais. Une amélioration du nombre de patients en attente hors délais se traduira temporairement par une détérioration du pourcentage de réalisé dans les délais;
- La cible de 100 % réalisée à l'intérieur de 56 jours oncologiques est souvent difficile à défendre auprès des équipes médicales. Selon eux, certains cas oncologiques de type « indolent » nécessiteraient une prise en charge moins rapide que certains cas électifs très incommodants pour le patient, dont la cible est 365 jours.

NOM DE L'INDICATEUR	RESULTAT AU 31 MARS 2017-2018	ENGAGEMENT 2018-2019	RESULTAT AU 31 MARS 2018-2019	ENGAGEMENT 2019-2020
Santé publique				
1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec qui le CISSS/CIUSSS collabore à des actions en promotion et en prévention de la santé en contexte scolaire	67,6	70	76,0	70
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	82,9	90	86,4	90
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	65,8	85	66	85
Plan stratégique 1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	1 115	950	1 516	1 115
1.01.30-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin combiné RROVar contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle dans les délais	49,8	75	52,0	75

COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ECARTS, EVOLUTION DU RESULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)

1.01.13.01-EG2 : Engagement atteint

L'engagement était de 70 et nous avons atteint 76 à la P13. Nous avons donc dépassé notre engagement de cette année et c'est aussi la meilleure performance depuis les trois dernières années.

Ceci peut s'expliquer par les éléments suivants :

- La Direction de la santé publique a continué les rencontres régionales École en santé avec les accompagnateurs des deux réseaux (de la santé et de l'éducation);
- La Direction de la santé publique a mis sur pied un mécanisme de concertation entre les gestionnaires des services de proximité et les gestionnaires des 5 commissions scolaires afin de discuter des dossiers de collaboration. L'arrivée des ateliers sur l'éducation à la sexualité.

1.01.27, 28, 30-EG2 : Engagement non atteint

La non-atteinte des engagements réside en grande partie dans notre incapacité, en termes d'organisation de services et de disponibilité du personnel, de respecter les délais prescrits. Les ressources qui effectuent la vaccination sont sous la responsabilité hiérarchique de plusieurs directions autres que la Direction de santé publique.

Devant la situation, un projet d'envergure d'amélioration des couvertures vaccinales des enfants a débuté au cours de l'hiver 2018-2019. La Direction de la santé publique est coporteuse de ce projet avec la direction responsable hiérarchiquement des ressources en vaccination. Les premières rencontres ont eu lieu. La première étape du projet vise à dresser un portrait de la situation en Estrie. Par la suite, des actions fondées sur les données probantes (INSPQ) seront choisies et priorisées. Un plan d'action suivra. Parmi les actions qui seront certainement mises en place ou intensifiées, les rappels et les relances devraient aider à se rapprocher des cibles.

Le déploiement des fonctions allégées du Système d'information pour la protection en maladies infectieuses (SI-PMI) viendra supporter le processus de vaccination. Ce déploiement devrait être terminé au 30 septembre 2019.

Par ailleurs, il faut noter que la vaccination des 0-2 ans est une priorité organisationnelle du CIUSSS de l'Estrie – CHUS pour l'année 2019-2020.

1.01.27-EG2 : Engagement non atteint

La proportion d'enfants ayant reçu leur première dose dans les délais a augmenté entre l'année 2017-2018 (82,9 %) et l'année 2018-2019 (86,4 %). À noter que la couverture vaccinale à 3 mois (première dose de vaccin donnée dans un délai de 2 mois + 30 jours, qui était l'ancien indicateur) est de 93,7 %. L'objectif du Programme national de santé publique (PNSP) est de 95 %.

1.01.28-EG2 : Engagement non atteint

La proportion d'enfants ayant reçu leur première dose dans les délais est stable en 2018-2019 (66,0 %) comparativement à 2017-2018 (65,8 %). La couverture vaccinale à 15 mois (première dose de vaccin donnée dans un délai de 12 mois + 3 mois) est de 83,9 %, ce qui est également loin de l'objectif de 95 % du PNSP. Une partie de la non-atteinte de l'engagement réside donc dans un retard de la vaccination, mais pas exclusivement.

1.01.29-PS : Engagement atteint

Notre engagement était de 950 et nous avons eu un résultat de 1 516 pour l'année 2018-2019.

L'augmentation s'explique par le fait que nous avons fait plusieurs dépistages de masse en cours d'année dans les écoles secondaires, écoles aux adultes et cégeps de la région. Ces dépistages sont réalisés par les infirmières scolaires, cliniques jeunesse et IRIS Estrie, avec le support des services spécialisés. C'est la première année que les dépistages de masse sont comptabilisés dans les statistiques.

1.01.30-EG2 : Engagement non atteint

La proportion d'enfants ayant reçu leur dose de RRO-Var prévue à l'âge de 18 mois dans les délais a légèrement augmenté pour atteindre 52 %. La couverture vaccinale contre la varicelle à 24 mois est de 80,2 %. Il faut noter également que la couverture vaccinale à 24 mois contre la rougeole, qui nécessite 2 doses, est seulement de 80,7 % (alors que plus de 91 % des enfants ont reçu une dose à cet âge). Une partie de la non-atteinte de l'engagement réside donc dans un retard de la vaccination, mais pas exclusivement.

NOM DE L'INDICATEUR	RESULTAT AU 31 MARS 2017-2018	ENGAGEMENT 2018-2019	RESULTAT AU 31 MARS 2018-2019	ENGAGEMENT 2019-2020
Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales				
Plan stratégique 1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100	100
Plan stratégique 1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100	100
Plan stratégique 1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100	100
Plan stratégique 1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	57,9	80	75,5	80
COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ECARTS, EVOLUTION DU RESULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)				
1.01.19.01-PS, 1.01.19.02-PS et 1.01.19.04-PS : Engagement atteint **1.01.26-PS: Engagement non atteint** Les facteurs expliquant l'atteinte de l'engagement ou l'amélioration de nos résultats sont principalement : • L'actualisation d'un plan d'action triennal par un groupe interdirections; • Des suivis rigoureux aux trimestres; • Des audits et une sensibilisation à la bonne pratique en continu (périodiquement); • La diffusion des taux avec affichage et communication dans les journaux locaux; • Une remise de trophées et des saines compétitions entre les unités de soins; • Une proximité et l'implication importante des gestionnaires; • Un support important de la direction.				
Services généraux – Activités cliniques et d'aide				
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	95,8	95,7	96,0	90
COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ECARTS, EVOLUTION DU RESULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)				
1.02.04-EG2 : Engagement atteint Les méthodes de travail entrainent du temps supplémentaire pour la rédaction des notes, mais permettent toutefois de répondre à un plus grand volume d'appel dans les temps souhaités. De plus, la configuration du téléphone actuelle permet des processus de travail pouvant filtrer les appels dans un délai rapide, sans toutefois donner une réponse complète aux clients. Ce dernier doit être appelé dans un deuxième temps pour compléter l'intervention.				

NOM DE L'INDICATEUR	RESULTAT AU 31 MARS 2017-2018	ENGAGEMENT 2018-2019	RESULTAT AU 31 MARS 2018-2019	ENGAGEMENT 2019-2020
Soutien à domicile de longue durée				
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	641 381	778 064	861 655	ND
Plan stratégique 1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	9 034	10 835	9 398	ND
Plan stratégique 1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	72,2	90	63,6	90

COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ECARTS, EVOLUTION DU RESULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)

1.03.05.01-EG2 : Engagement atteint

La mise en place de structure de gouverne a permis un suivi optimal du projet soutien à domicile (SAD). Dans cette nouvelle structure, des rencontres de suivi du comité tactique ont été réalisées aux deux semaines afin de permettre de soutenir les équipes et de dénouer rapidement les obstacles qui entravaient le déploiement du projet.

Les actions initiées par les équipes en cours d'années ont grandement contribué à l'atteinte de la cible. On note ainsi une augmentation significative des heures de services professionnels rendues à domicile. Finalement, le processus de saisie des services achetés auprès des différents partenaires de la communauté a été révisé et a permis de colliger l'ensemble des heures de services effectuées par nos ententes de partenariats (achats de services).

1.03.11-PS : Engagement non atteint

Malgré différentes actions mises en place, le nombre de personnes desservies en soutien à domicile demeure en-dessous de la cible. On observe une légère augmentation, mais qui ne permet pas de rencontrer la cible.

Compte tenu des constats faits à l'été 2018, différentes actions ont été mises en place pour tenter d'augmenter le nombre de personnes desservies à domicile. La mise en place d'un processus continu visant la révision entière des charges de cas de façon standardisée sur l'ensemble du territoire représente une des actions principales qui a été initiée et qui est toujours en cours. La participation de tous les types de professionnels impliqués dans le processus est positive et devrait permettre un arrimage optimal entre les investissements en ressources humaines et les secteurs où des usagers sont en attente. Cette action devrait donc permettre d'augmenter le nombre de prises en charge en 2019-2020.

1.03.12-PS : Engagement non atteint

Le déploiement de l'Outil de cheminement clinique informatisé (OCCI), a été complété en décembre 2018 dans tous les réseaux locaux de service (RLS) du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et a contribué à la diminution du résultat observé cette année.

Certains enjeux ont été rapportés en lien avec le temps associé au remplissage de l'outil par les intervenants, notamment au niveau de l'ampleur des détails exigés dans l'outil pour des demandes qui, selon le jugement clinique des intervenants, ne requièrent pas ce type ce niveau de précision. Le temps associé au remplissage est donc un enjeu et différentes actions ont été effectuées afin de soutenir les intervenants pour diminuer le temps requis. Des démarches pour connaître les pratiques qui sont effectuées par les autres régions sont aussi en cours.

Cet indicateur fait aussi partie de ceux qui ont été inscrits dans les stations visuelles opérationnelles des équipes présentent dans les 9 RLS du CIUSSS de l'Estrie - CHUS. Les équipes ont donc initié différentes actions pour atteindre la cible, le résultat devrait se refléter en 2019-2020.

Finalement, certaines validations et modifications demeurent à effectuer avec les rapports personnalisés du MSSS où certains écarts entre les données réelles et celles rapportées dans les rapports sont divergents. Des démarches sont en cours pour corriger cette situation et permettre une utilisation optimale de cet outil par les gestionnaires et intervenants pour le suivi des actions reliées à l'atteinte de cette cible.

Soutien à l'autonomie des personnes âgées				
Plan stratégique 1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	0,0	62,5	75	100
Plan stratégique 1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	12,5	50	25	100

NOM DE L'INDICATEUR	RESULTAT AU 31 MARS 2017-2018	ENGAGEMENT 2018-2019	RESULTAT AU 31 MARS 2018-2019	ENGAGEMENT 2019-2020
Plan stratégique 1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	33,33	66,7	100,00	77,8
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	83,0	83,5	78,7	83,5

COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ECARTS, EVOLUTION DU RESULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)

1.03.07.01-PS : Engagement atteint

Nous avons atteint et même dépassé notre cible.

1.03.07.02-PS : Engagement non atteint

Le résultat est légèrement plus élevé qu'en 2017-2018. On note que toutes les installations (8/8) se sont considérablement améliorées cette année en augmentant les résultats de 20 à 30 %. Trois des 8 installations sont à 5 % et moins d'écart de l'engagement de 65 %. Pour les composantes 4 et 5, toutes les installations ont atteint leur engagement de 65 % pour cette année.

Les modules de formations en ligne qui nécessitent un investissement de temps se chiffrant en heures sont difficilement utilisables dans le contexte actuel des milieux hospitaliers. Plusieurs activités de formation s'inspirant des modules, mais adaptées au contexte ont eu cours cette année afin de poursuivre les efforts quant à l'implantation. Cependant, pour la grille de reddition, ces activités sont considérées comme étant des activités de coaching, expliquant le faible résultat de la composante 3.

1.03.10-PS : Engagement atteint

Les neuf RLS présentent un niveau de déploiement optimal. L'établissement s'engage à déployer l'intervention en gestion de cas selon les orientations provinciales au cours de 2019-2020.

1.03.13-EG2 : Engagement non atteint

Le nombre de petits profils admis dans les CHSLD généraux a diminué. On remarque que l'augmentation se situe dans les CHSLD qui ont une composante de services spécialisés, faisant en sorte que les équipes ont de la difficulté à mettre à jour le profil des clientèles annuellement. Ainsi 3 des 4 installations de Sherbrooke rencontrent cette réalité.

La difficulté à développer de l'hébergement alternatif de proximité pour les troubles de comportements dans certains RLS demeure en lien avec l'accueil en CHSLD des certaines clientèles dont le profil est inférieur à 10.

Déficiences

Plan stratégique 1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	46,0	45,5	68,4	90
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	81,5	90	70,5	90
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	89,6	90,9	85,8	90
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	72,8	90	80,0	90
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	96,6	96,4	81,2	90

NOM DE L'INDICATEUR	RESULTAT AU 31 MARS 2017-2018	ENGAGEMENT 2018-2019	RESULTAT AU 31 MARS 2018-2019	ENGAGEMENT 2019-2020
Plan stratégique 1.46-PS Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail	48,6 (P6)	65	16,7	90

COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ECARTS, EVOLUTION DU RESULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)

1.05.15-PS : Engagement non atteint

La cible pour 2018-2019 est non atteinte, mais répond tout de même aux engagements de l'an prochain (2019-2020). L'augmentation importante du volume des demandes a affecté le délai de réponse. Cette tendance de l'augmentation du volume de demandes est d'ailleurs notée cette année, mais a débuté depuis les deux dernières années.

La révision de l'offre de service ainsi que les ajouts faits en lien avec le budget de développement pour le plan TSA devraient permettre de maintenir un délai d'accès moyen, toujours sous la barre des 90 jours, tel que prévu dans les engagements 2020.

1.45.04.01-EG2 et 1.45.05.01-EG2 : Engagements non atteints (CSSS)

Les indicateurs 1.45.04.01-EG2 et 1.45.05.01-EG2 sont étroitement liés à l'indicateur 1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (SAD).

Le respect du plan d'accès en DI-TSA et DP a été influencé par une augmentation du nombre de demandes par rapport aux années précédentes (augmentation de 6% en DI-TSA et de 17% en DP). De plus, malgré différentes actions mises en place lors des travaux conjoints avec la direction SAPA, on observe que le nombre de personnes desservies en soutien à domicile demeure en deçà de la cible. Une légère augmentation est notée, mais elle ne permet pas de rencontrer pas la cible du plan d'accès.

Depuis l'été 2018, différentes actions ont été mises en place pour tenter d'augmenter le nombre de personnes desservies à domicile, et donc de respecter les délais prescrits par le plan d'accès. La mise en place d'un processus continu visant la révision entière des charges de cas de façon standardisée sur l'ensemble du territoire représente une des actions principales qui a été initiée conjointement avec la Direction des programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées et qui est toujours en cours. La participation de tous les types de professionnels impliqués dans ce processus est positive et devrait permettre un arrimage optimal et plus rapide entre les investissements en ressources humaines et les secteurs où des usagers sont en attente. Cette action devrait donc permettre d'augmenter les nombres de prises en charge en 2019-2020 et de respecter davantage le plan d'accès.

Finalement, notons également que certains RLS ont connu une pénurie importante de main-d'œuvre. Ce qui a occasionné des enjeux pour la prise en charge de nouveaux usagers. Les équipes étant parfois trop petites, l'absence d'un membre de cette équipe affecte donc de façon marquée le taux de respect du plan d'accès.

1.45.04.05-EG2 : Engagement non atteint (CRDP)

Cette année, les secteurs de la déficience visuelle et de la déficience auditive ont présenté des délais d'accès supérieurs à l'année précédente. Les défis par rapport au respect des délais sont toutefois présents depuis les 3 dernières années. Pour le secteur de la déficience visuelle, des démarches sont en cours afin d'obtenir plus de temps d'un type de professionnel, ceci devrait permettre d'obtenir des délais d'accès plus près de ceux attendus. Pour le secteur de la déficience auditive, à la suite d'une absence imprévue d'un professionnel qui compte plusieurs années d'expérience dans cette petite équipe, les délais d'accès ont augmenté. Le remplacement de cette ressource et la reprise du volume des activités devraient permettre un retour vers les résultats observés pas les années passées.

1.45.05.05-EG2 : Engagement non atteint (CRDITED)

Depuis quelques années, on note une augmentation constante du volume de demandes principalement en TSA (cohorte 6-21 ans). Malgré les ajustements faits et qui sont toujours en cours dans les services spécialisés TSA, un enjeu demeure présent pour réussir à respecter le plan d'accès. Le nombre d'usagers actifs a légèrement augmenté dans ce secteur, mais pas à la même hauteur que le volume des nouvelles demandes. De plus, on note un accroissement de la complexité des situations rencontrées ce qui accentue l'intensité de service qui doit être donnée à un usager laissant moins de place pour la prise en charge de nouveaux usagers.

Tel que mentionné, des travaux sont toujours en cours avec les services spécialisés afin d'optimiser l'organisation du travail et l'offre de service. Les résultats de ces travaux ainsi que l'arrimage avec les services de première ligne devraient permettre de tendre davantage vers le respect du plan d'accès en 2019-2020.

1.46 -PS : Engagement non atteint (scolaire et CRDITED + petite proportion CRDP)

Pour l'année 2018, un enjeu est survenu afin d'obtenir les données du milieu scolaire. Ceci a fait en sorte que les données obtenues ont été partielles. Un correctif pour ne plus rencontrer cet enjeu a été prévu pour 2019. Le résultat inscrit ne démontre donc pas réellement la situation des jeunes adultes qui terminent leur parcours scolaire. Cette information a d'ailleurs été transmise au MSSS lors de la reddition effectuée en octobre dernier.

Par ailleurs, les arrimages avec le milieu scolaire demeurent à optimiser pour que le signalement des jeunes qui terminent leur scolarité soit plus fluide. Le mode de référence actuel entraine des délais avant la prise en charge lorsque la fréquentation scolaire est terminée. Un comité qui regroupe le milieu scolaire et le milieu de la santé est en place pour améliorer cette fluidité des jeunes à la fin de la scolarisation.

Aussi, tel que mentionné dans le passé, l'engagement, tel que mesuré, n'inclut pas l'ensemble du volume des usagers qui ont quitté le milieu scolaire et qui ont transité vers le milieu du travail ou dans des milieux permettant de maintenir leur intégration sociale (usagers entre 16 et 20 ans exclus du calcul).

Finalement, l'engagement, tel que calculé, n'inclut pas les usagers pour lesquels une transition vers un milieu d'hébergement est requise ou les usagers qui ne requièrent plus de service. Ces situations surviennent parfois à la fin de la scolarisation et ne sont pas reflétées par les résultats ainsi calculés.

Jeunes en difficulté

Plan stratégique 1.06.17-PS Taux de jeunes pris en charge en protection de la jeunesse pour des cas de négligence	13,33	12,48	13,49	ND

NOM DE L'INDICATEUR	RESULTAT AU 31 MARS 2017-2018	ENGAGEMENT 2018-2019	RESULTAT AU 31 MARS 2018-2019	ENGAGEMENT 2019-2020

COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ECARTS, EVOLUTION DU RESULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)

1.06.17 : Engagement non atteint

En septembre 2016, en collaboration avec le MSSS, des engagements annuels en lien avec l'indicateur concerné ont été définis pour les 3 années subséquentes. La stratégie visait une diminution progressive de 3 % en 2017-2018 et de 5 % en 2018-2019. Comme l'engagement attendu en 2017-2018 (12,48) a pris assise sur l'engagement défini en 2016 et ne tient pas compte du résultat obtenu en 2017-2018 (13,33), il appert que cet écart a affecté l'atteinte de la cible.

Bien que le volume d'usagers pris en charge par la protection de la jeunesse pour des motifs de négligence ait augmenté de 1,6 % par rapport à 2017-2018, il est important de souligner que cette variation est moins significative par rapport à l'augmentation des signalements reçus pour les mêmes motifs, puisque nous notons une augmentation de ces derniers de 10,5 % par rapport à l'année financière précédente.

Nombre d'usagers pris en charge par la protection de la jeunesse pour des motifs de négligence

2017-2018	2018-2019	Écart	
		Nb usagers	%
1183	1203	+ 20	↑1,6 %

Nombre de signalements reçus pour des motifs de négligence

2017-2018	2018-2019	Écart	
		Nb usagers	%
2177	2406	+ 229	↑10,5 %

Enjeux en lien avec l'engagement non atteint.

Accès aux services de proximité :

La phase d'analyse des travaux de la trajectoire des familles présentant des facteurs de risques liés à la négligence ou vivant en contexte de négligence a démontré que les acteurs qui détectent et repèrent ces familles choisissent, dans la majorité des cas, de faire un signalement plutôt que d'orienter l'usager vers les services de proximité. Certaines de ces familles ne nécessitent pas une prise en charge par la protection de la jeunesse et, lorsque le signalement n'est pas retenu, il n'y a pas de référence systématique vers les services de premières lignes pour les familles qui le requiert.

L'analyse a également fait ressortir la grande difficulté à mobiliser les familles pour accéder aux services de proximité. La rétention de ces familles dans nos services demeure un défi.

Bien que notre volume de famille au sein de notre programme d'intervention en négligence ait augmenté de 632 à 799 familles de 2017-2018 à 2018-2019, nous notons une diminution du nombre d'usagers (jeunes et leurs familles) rejoints par les CLSC dans le cadre du programme Jeunes en difficulté. 6 831 usagers ont été rejoints en 2017-2018 et 6 765 en 2018-2019.

Pénurie de main-d'œuvre :

Plusieurs RLS sont affectés par la pénurie de main-d'œuvre influençant nos délais d'attente, notre capacité clinique et la portée de nos interventions auprès de nos usagers. Ce phénomène est présent tant pour la mission CLSC que CPEJ.

Le calcul de l'indicateur inclut les usagers actifs à la première période de l'année financière. Donc, les nouvelles prises en charge et les fermetures de dossier en cours d'année impactent le résultat final. Depuis les 2 dernières années, certains RLS ont été affectés par la pénurie de main-d'œuvre. Cette situation a grandement influencée notre capacité de prise en charge des dossiers et l'intensité de service requis pour lever les motifs de compromission.

	2017-2018	2018-2019	Écart	
			NB	%
Nouveaux dossiers	261	341	80	↑30 %
Dossiers fermés	273	243	(30)	↓10 %

Une population plus vulnérable :

Le taux de négligence est fortement lié aux déterminants de santé et bien-être de la population. Les résultats de l'enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) confirme que l'Estrie a connu en 2017 une hausse des enfants qui sont vulnérables dans au moins un domaine de développement par rapport à 2012 (2012 : 26,8 % et 2017 : 29,4 %). Ce sont maintenant près de 30 % des enfants qui sont vulnérables dans au moins un domaine de développement, ce qui est plus élevé que ce que l'on observe ailleurs au Québec (27,7 %).

Mesures mises en place :

Consolidation du programme d'intervention en négligence :

- L'offre de formation sur l'approche participative auprès de nos partenaires concernés par la problématique (communautaire, scolaire, centres de la petite enfance);
- La formation de la Grille d'Évaluation du Développement de l'enfant (GED);
- Le codéveloppement clinique pour les répondantes en négligence.

NOM DE L'INDICATEUR	RESULTAT AU 31 MARS 2017-2018	ENGAGEMENT 2018-2019	RESULTAT AU 31 MARS 2018-2019	ENGAGEMENT 2019-2020

Une journée de réflexion a été réalisée avec la Direction de la protection de la jeunesse et la Direction du programme jeunesse. À la suite de cette journée, des actions à court et moyen terme ont été identifiées :

- La mise en place des interventions spécifiques auprès des familles réfugiées;
- Le renouvellement des mécanismes de concertation entre les missions CLSC et CPEJ;
- L'actualisation d'un projet pilote ayant pour but des rapprochements entre la 1re et 2e ligne.

Une analyse est en cours afin d'identifier les pratiques actuelles en lien avec la détection des familles présentant des facteurs de risque liés à la négligence ou vivant en contexte de négligence et la prise en charge de ces familles par les services de proximité. Les résultats de cette analyse seront comparés à une revue de littérature des meilleures pratiques concernant l'attraction, la rétention et la mobilisation des parents dans un contexte de volontariat. La finalité recherchée vise à :

- S'assurer que les parents et les enfants reçoivent les services de proximité requis;
- Assurer une réponse rapide aux besoins de l'enfant afin d'assurer son plein développement;
- Agir sur le contexte de négligence;
- Éviter le recours à la protection de la jeunesse.

Nouvelles ententes de collaboration pour les places protocoles en CPE. Des places protocoles seront offertes aux enfants dont les familles sont inscrites dans le programme d'intervention en négligence et ceux pris en charge par la protection de la jeunesse.

En collaboration avec la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, des stratégies de recrutement et de rétention sont déployées pour les titres d'emplois les plus vulnérables.

Dépendances

1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, parmi les personnes ayant été évaluées	90,6	90,5	93,6	91
Plan stratégique 1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	86,6	83	89,7	90

COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ECARTS, EVOLUTION DU RESULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)

1.07.04-EG2 : Engagement atteint

Facteurs expliquant l'atteinte de l'engagement :

- L'informatisation des rendez-vous sur une période de quatre semaines;
- Les rendez-vous donnés en temps réel et l'organisation du travail du personnel;
- Une formation de la part du pilote pour uniformiser la saisie de données;

La mise en place de relances téléphoniques.

1.07.06-PS : Engagement atteint

Facteurs expliquant l'atteinte de l'engagement :

- Des formations aux outils de détection et le repérage déployés sur l'ensemble du territoire;
- Une formation GESTRED pour la compréhension du formulaire et un remplissage adéquat;
- L'embauche d'intervenants en dépendance dans certains RLS.

Pour ce qui est de la qualité des données, les formulaires sont remplis par les gestionnaires de la Direction des programmes de santé mentale et dépendances, mais certaines données sont en provenance d'autres directions. Il faut souligner que l'appropriation du processus est variable selon les secteurs. Pour répondre à ces enjeux, la direction prévoit une communication annuelle visant à informer les nouveaux gestionnaires et à assurer la compréhension de tous. Des formations abordant les outils de détection et le repérage pour le personnel interne et externe sont planifiées.

Santé mentale

Plan stratégique 1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	711	936	779,4	790
Plan stratégique 1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	248,4	272	243,0	243

COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ECARTS, EVOLUTION DU RESULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)

1.08.13-PS : Engagement non atteint

Entre autres, l'engagement 2018-2019 proposé par le Ministère et calculé sur l'engagement 2017-2018 (594) plutôt que sur le résultat de P13 (556) de 2017-2018, a affecté l'atteinte de l'objectif. Il y a également des difficultés de recrutement dues à une pénurie de main-d'œuvre qualifiée.

NOM DE L'INDICATEUR	RESULTAT AU 31 MARS 2017-2018	ENGAGEMENT 2018-2019	RESULTAT AU 31 MARS 2018-2019	ENGAGEMENT 2019-2020

En termes d'évolution, on peut souligner une augmentation de 68.4 places au SIV par rapport à 2017-2018.

1.08.14-PS : Engagement non atteint

Entre autres, l'engagement 2018-2019 proposé par le Ministère aurait dû être basé sur la cible théorique corrigée pour 2018-2019 par M. William Murray : (164). De plus, 0.6 ETC SIM (5.4 places) a été transféré pour la mise en place de l'équipe FACT sur le territoire de La Pommeraie. Le retrait des places SIV à un organisme communautaire, ne pouvant offrir la qualité attendue du service, au profit de la mise en place de l'équipe FACT sur le territoire de La Pommeraie au sein du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, a un impact sur le nombre de places. En effet, le financement requis pour des professionnels du réseau est plus significatif.

En termes d'évolution, on peut souligner une diminution de 5.4 places au SIM (transfert de 0.6 ETC du SIM Haute-Yamaska pour la mise en place de l'équipe FACT sur le territoire de La Pommeraie).

Ces deux indicateurs basés sur des cibles théoriques ne permettent pas d'apprécier les services offerts aux usagers. Bien que nous n'atteignons pas les engagements, il appert que les services SIM et SIV sont fluides et accessibles. La mise en place des trajectoires de services a eu un impact significativement positif pour la gestion de ces équipes. Celles-ci étant maintenant gérées par la même gestionnaire.

Urgence

Plan stratégique 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	13,18	12	12,51	12
Plan stratégique 1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	53,9	75	54,5	75
Plan stratégique 1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	54,1	75	54,3	65

COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ECARTS, EVOLUTION DU RESULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)

1.09.01-PS : Engagement non atteint

Seulement 3 urgences sur 8 n'atteignent pas la cible de 12 h: Brome-Missisquoi-Perkins, Granby et le CHUS Hôtel-Dieu. Par contre, elles ont toutes amélioré leur DMS en 2018-2019 par rapport à l'an passé. On note une amélioration des délais entre la demande d'hospitalisation et le départ pour l'étage sur ces 3 sites. Ceci étant dit, il demeure très élevé à BMP (17.8 h en moyenne) et encore beaucoup trop haut (Granby 12.5 h et CHUS Hôtel-Dieu 9.9 h). Ces deux dernières urgences ont la particularité de recevoir un volume important (10%) d'usagers avec diagnostic de santé mentale. Les séjours de ces clientèles étant significativement plus long, cela a un impact sur la DMS globale de ces installations.

Les plans de contingence en fonction du taux d'occupation ont été produits et sont appliqués aux urgences.

Dans tous les établissements, un suivi rigoureux de la gestion des lits est en place avec un caucus quotidien impliquant tous les partenaires pour trouver des solutions adaptées pour améliorer la fluidité des épisodes de soins et dénouer les enjeux de manière proactive, dont le recours aux unités de débordement et aux sites non traditionnels (SNT), le cas échéant. Des unités d'hospitalisation brèves pourraient améliorer sensiblement la DMS sur civière à l'urgence pour les conditions cliniques exigeant une observation et une investigation ne dépassant pas 48 à 72 h. Ceci pourrait également diminuer le recours aux unités de débordement. Notamment à l'installation de Granby.

Fait à noter : la DMS provinciale est de 14.2 h.

La DMS, sans atteindre la cible visée, a somme toute diminué globalement de 6 % en 2018-2019 pour finir à 12.51 h, comparativement à 13.18 h l'année précédente. Sans être parfait, ceci dénote une meilleure fluidité dans l'accessibilité aux lits d'hospitalisation en courte durée, probablement due en partie à une meilleure fluidité en lien avec les places pour les NSA.

La DMS de l'urgence du CHUS Hôtel-Dieu et de Granby, incluant la DMS sur civière des patients de l'urgence santé mentale, affecte grandement les résultats. La DMS de l'urgence santé mentale de du CHUS Hôtel-Dieu est passée au-dessus du cap des 20 h en 2018-2019 et est encore en haut de 18 h à Granby. C'est une différence énorme avec celle de 12.9 h de l'urgence santé physique que nous pouvons observer au CHUS Hôtel-Dieu. En retirant ce chiffre de l'équation, les urgences du CIUSSS de l'Estrie – CHUS afficheraient une DMS globale des patients sur civière à 11.37 h. Le même phénomène est observable pour l'urgence du CHUS Hôpital Fleurimont dont le nombre de civières au permis est établi à 28, mais dont 6 sont délocalisées à l'observation de pédiatrie qui cumule une DMS autour de 24 h.

Problèmes liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, mesures correctrices :

Nous observons quelques anomalies sur lesquelles nous avons commencé à prendre action et qui nous laissent penser que nos données ne sont peut-être pas 100 % intègres. Des vices de procédures de saisies par le personnel désigné à cette tâche pourraient en être la cause. Nous sommes actuellement à analyser le problème. Aussi, tel que mentionné plus haut, l'indicateur gagnerait en exactitude si les données de performance de la santé mentale et de la pédiatrie étaient cloisonnées.

1.09.43-PS : Engagement non atteint

Sans atteindre la cible, on remarque une amélioration globale pour presque toutes les urgences pour faire passer la moyenne de 53.9 % à 54.8 %. On remarque des améliorations notables aux urgences de Fleurimont (65.8 % à 68.4 %), du CHUS Hôtel-Dieu (59.3 % à 61 %). Les gains des autres urgences sont plus modestes, mais on note une tendance d'amélioration. Seules les urgences de BMP, Granby et de Coaticook ont vu une légère détérioration de leurs délais.

Facteurs expliquant la non-atteinte :

En partie, la corruption des données de saisie dans certains systèmes SIGDU (correctif à apporter traité au point précédent)

Le nombre de P4 et de P5 se présentant encore dans les urgences. Sans engorger la partie civière des urgences, les P4 et les P5 contribuent à détériorer cet indicateur puisqu'ils sont les derniers vus et cumulent les délais de prise en charge les plus longs à cause de l'absence de gravité clinique de leur état.

Problèmes liés à la qualité des données, à la méthodologie de l'indicateur et, s'il y a lieu, mesures correctrices :

NOM DE L'INDICATEUR	RESULTAT AU 31 MARS 2017-2018	ENGAGEMENT 2018-2019	RESULTAT AU 31 MARS 2018-2019	ENGAGEMENT 2019-2020
Nous observons quelques anomalies sur lesquelles nous avons commencé à prendre action et qui nous laissent penser que nos données ne sont peut-être pas 100 % intègres. Des vices de procédures de saisies par le personnel désigné à cette tâche pourraient en être la cause. Nous sommes actuellement à analyser le problème. Par exemple, lorsque nous consultons le document des séjours et des délais de prise en charge médicale, nous voyons dans certaines installations des délais moyens de prise en charge pour des cas cotés P1 jusqu'à 33 minutes, ce qui n'est pas possible. Il y a un nécessairement un vice de saisie de données. Les heures ne concordent pas avec la réalité. Nous corrigerons la saisie pour ces installations où les chiffres sont questionnables. **1.09.44-PS : Engagement non atteint** On note une légère amélioration de la moyenne par rapport à l'an dernier, qui est passée de 54.1 % à 54,3 %. Toutes les urgences ont amélioré leur performance, sauf Coaticook, BMP et Granby.				
Soins palliatifs et de fin de vie				
Plan stratégique 1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	1 620	1 793	1 526	1 841
Plan stratégique 1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	55	55	55	55
Plan stratégique 1.09.46-PS Pourcentage de décès à domicile chez les usagers décédés ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie à domicile	7,0	8	3,8	15
COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ECARTS, EVOLUTION DU RESULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)				
1.09.05 : Engagement non atteint Malgré une augmentation du nombre de personnes rejointes dans 5 RLS, la diminution du nombre d'usagers ayant reçu des services de soins palliatifs et de fin de vie à domicile est observée cette année encore dans un RLS qui impacte le résultat pour l'établissement. Il est toutefois constaté que le nombre moyen d'interventions par usager rejoint en 2018-2019 est plus important (28 interventions) qu'en 2017-2018 où un usager recevait en moyenne 25 interventions. Tout usager ayant besoin de soins palliatifs à domicile est pris en charge rapidement, lors d'une nouvelle demande. De plus, il n'existe aucune liste d'attente pour cette clientèle. Le volet d'harmonisation des critères cliniques en lien avec la modification du profil d'un usager se poursuit. **1.09.45 Engagement atteint** **1.09.46 Engagement non atteint** Un seul RLS a connu un plus grand nombre de personnes ayant reçu des services de soins palliatifs et de fin de vie qui sont décédées à domicile. Globalement, et ce, comme au Québec, l'Estrie a connu une diminution du nombre de personnes décédés (peu importe le lieu du décès), ayant reçu des soins palliatifs et de fin de vie. De ce nombre, l'impact sur le résultat de l'indicateur est plus grand en Estrie. On note que pour 5 des 9 RLS, les usagers ayant reçu des services de soins palliatifs et de fin de vie à domicile qui sont décédés (peu importe le lieu du décès) ont reçu un plus grand nombre d'interventions. Il n'y a pas d'enjeu quant à la qualité des données.				
Santé physique – Services de première ligne				
Plan stratégique 1.09.25-PS Nombre total de GMF	25	26	25	25
Plan stratégique 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	85,65	88,5	85,68	85
Plan stratégique 1.09.48-PS Nombre de groupe de médecine de famille réseau (GMF-R ou super-clinique	1	1	1	1
COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ECARTS, EVOLUTION DU RESULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)				
1.09.25-PS : Engagement non atteint Deux des GMF de notre territoire envisageaient la possibilité de se scinder en deux GMF respectivement. Au moment de faire les révisions annuelles, les deux GMF en question ont préféré demeurer unis. Tous les médecins qui souhaitent travailler en GMF le font. Pour le moment, aucune information ne nous permet de penser que nous pouvons augmenter le nombre de GMF sur le territoire de l'Estrie. **1.09.27-PS : Engagement non atteint**				

NOM DE L'INDICATEUR	RESULTAT AU 31 MARS 2017-2018	ENGAGEMENT 2018-2019	RESULTAT AU 31 MARS 2018-2019	ENGAGEMENT 2019-2020

Le taux d'inscription s'est relativement maintenu malgré des situations difficiles sur tout le territoire. La pénurie de main-d'œuvre a créé une grande pression sur les médecins en GMF qui n'avaient pas accès à toutes leurs ressources professionnelles. Depuis 2016, les médecins ont travaillé très fort pour augmenter la prise en charge afin d'atteindre la cible de 85 %. Les départs ou retraites de plusieurs médecins ont également créé une pression sur les médecins restants pour augmenter leur capacité de prise en charge afin de conserver le plus de patients au sein du GMF, plutôt que de retourner la clientèle au GAMF. En cours d'année, nous avons passé de 7 RLS atteignant la cible de 85 % à 6 RLS, ceci ayant un impact sur le taux d'inscription global.

Pour corriger la situation, nous demandons à chaque GMF de faire un état de la situation des retraites et départs anticipés et de valider auprès des médecins restants la capacité de chacun à prendre en charge les patients touchés. De cette façon, nous avons un juste portrait de la situation. Nous tenterons de travailler en amont avec des projets d'accès adapté, retraites progressives, etc.

Nous avons réussi à maintenir notre taux d'inscription malgré les pénuries de main-d'œuvre et les départs à la retraite des médecins.

1.09.48-PS : Engagement atteint

Chirurgie

Plan stratégique 1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	131	0	60	0

COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ECARTS, EVOLUTION DU RESULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)

1.09.32.00-PS : Engagement non atteint

Facteurs expliquant la non-atteinte :

- L'identification et la priorisation de 1 059 cas hors délais cliniques dont certains doivent être opérés rapidement;
- Plusieurs chirurgies oncologiques hors délais réalisés dans les dernières périodes pour redresser la situation des hors délais en attente;
- L'ordonnancement des cas fait de façon variable dans les différentes spécialités;
- La diminution du nombre de chirurgies réalisées dans la dernière année due à de multiples fermetures de salles par manque de personnel infirmier. (près de 800 chirurgies de moins);
- Le manque chronique de temps opératoire aux installations du CHUS Hôpital Fleurimont et du CHUS Hôtel-Dieu (manque 2 salles d'opération, plan d'ajout de salle en cours de rédaction).

Mesures correctrices :

La Direction des services professionnels, le Département de chirurgie, le Département de gynécologie et le Département d'anesthésie déploient actuellement un plan d'action majeur pour améliorer l'accès en chirurgie tout en maintenant la qualité et la sécurité des soins et le taux d'assurance salaire du personnel.

La première phase du plan d'action consistait à déterminer les délais associés aux conditions cliniques de chacun des 10 000 patients en attente a CIUSSS de l'Estrie - CHUS. Ces travaux nous ont permis de catégoriser 1 059 patients hors délais, dont 95 % sont dans les installations du CHUS Hôpital Fleurimont et du CHUS Hôtel-Dieu, selon 4 niveaux d'urgence, soit :

1. 374 hors délais de niveau 1 (cas ayant une priorité clinique onco et non-onco entre 14 et 89 jours);
2. hors délais de niveau 2 (tous cas oncologiques en attente dépassant la limite maximale de 90 jours);
3. 57 hors délais de niveau 3 (tous cas électifs en attente dépassant 365 jours);
4. 622 hors délais de niveau 4 (cas ayant une priorité clinique entre 90 et 364 jours).

Le plan d'action vise à diminuer l'ensemble de ces hors délais en priorisant ceux de niveau 1 (étant donné les risques sur la santé des patients) et ensuite de niveau 2, 3 et 4.

Pour ce faire, nous travaillons sur deux fronts, soit par l'augmentation des volumes d'activités ainsi que par une meilleure priorisation des cas.

L'augmentation des volumes sera possible par :

- Un plan d'action rigoureux pour augmenter la structure de poste et la présence au travail au bloc opératoire du CHUS Hôtel-Dieu afin de diminuer le nombre de fermetures de salles par manque de personnel et de les ramener;
- L'atteinte de 85 % d'utilisation des 6 blocs opératoires du CIUSSS de l'Estrie - CHUS par la réalisation de Kaizen Blitz et/ou par le déploiement de caucus d'amélioration continue;
- Un meilleur suivi des chirurgies en attentes et des statistiques sur les chirurgies réalisés grâce au déploiement de la dernière mise à jour du système Opera (en attente d'approbation par le MSSS);
- Une plus grande utilisation de la deuxième offre pour les patients se qualifiant à se faire opérer hors Sherbrooke (principalement au Granit, 3 spécialités ciblées);
- Maximiser les activités hors bloc (meilleure utilisation de salles mineures et de salles de procédures).

La meilleure priorisation des cas sera possible par :

- Une transformation de la culture organisationnelle où les ressources appartiennent maintenant à la population;
- La mise en place d'un nouveau système d'attribution du temps opératoire selon les besoins des usagers.

Santé physique – Imagerie médicale

Plan stratégique 1.09.34.00-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente	66,9	70	57,2	70

NOM DE L'INDICATEUR	RESULTAT AU 31 MARS 2017-2018	ENGAGEMENT 2018-2019	RESULTAT AU 31 MARS 2018-2019	ENGAGEMENT 2019-2020
depuis moins de trois mois pour les modalités d'imagerie médicale ciblées				
Plan stratégique 1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	54,1	66	44,0	66
Plan stratégique 1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	85,0	100	98,3	100
Plan stratégique 1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	100,0	100	100,0	100
Plan stratégique 1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	50,4	66	50,3	66
Plan stratégique 1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	93,6	100	87,5	100
Plan stratégique 1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	58,8	75	51,9	60
Plan stratégique 1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	79,7	100	73,3	100
Plan stratégique 1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	80,6	90	54,9	90
Plan stratégique 1.09.34.10-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomographies par émission de positrons (TEP)	82,5	85	99,1	100

COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ECARTS, EVOLUTION DU RESULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)

1.09.34.00-PS (modalités ciblées) : Engagement non atteint

Plusieurs plans d'action ont été élaborés afin de régulariser la situation et d'améliorer l'accès en imagerie médicale. Par contre, la rareté de technologues qualifiés dans certains secteurs combinée à celle des radiologues a des impacts sur l'atteinte des cibles et sur la mise en place des plans planifiés pour 2018-2019.

Afin d'innover et de contourner les enjeux, l'organisation a procédé à :

- La mise en place des corridors avec des lecteurs (radiologistes) externes;
- La mise en place de plusieurs corridors de transfert entre les installations pour ainsi donner une deuxième offre aux patients;
- L'affichage de postes attrayants pour les technologues;
- Travaillé sur 3 dossiers de pertinence avec UETMIS (infiltration du genou, repas et lavements barytés);
- L'analyse des données probantes et du rapport de l'INESSS concernant la résonnance magnétique;
- La révision de l'organisation de travail du secteur du TEP-SCAN.2

NOM DE L'INDICATEUR	RESULTAT AU 31 MARS 2017-2018	ENGAGEMENT 2018-2019	RESULTAT AU 31 MARS 2018-2019	ENGAGEMENT 2019-2020

Les résultats ont diminué par rapport à l'année 2017-2018, et ce, malgré les efforts pour améliorer la situation.

1.09.34.02-PS (scopies examens) Engagement non atteint (248 patients hors délais)

La rareté de radiologues limite l'accès aux examens de scopies. Une étude de pertinence a été réalisée par l'UETMIS pour les examens de lavement et de repas barytés. La liste d'attente a été révisée selon les conclusions et les recommandations de l'UETMIS et des actions sont planifiées pour la prochaine année. Les résultats ont diminué par rapport au début de l'année 2018-2019.

1.09.34.03-PS (mammographies diagnostiques) Engagement non atteint (4 patients hors délais)

Objectif presque atteint. Le pourcentage est influencé par 4 patients dont l'application de la circulaire sur « La gestion de la non-disponibilité personnelle de l'usager inscrit sur la liste d'attente pour l'obtention d'un service médical spécialisé » est en cours. Les résultats sont sensiblement les mêmes que l'an passé, mais un petit nombre de patients influencent beaucoup le pourcentage.

1.09.34.04-PS (échographies obstétricales) Engagement atteint

Les efforts sont déployés pour maximiser les plages horaires disponibles et ajouter, le cas échéant, des horaires additionnels. L'implication des gynécologues est significative dans cette modalité d'imagerie. Même résultat qu'en 2017-2018.

1.09.34.05-PS (échographies cardiaques) Engagement non atteint

La rareté de personnel et de médecins dans ce secteur a grandement influencé l'atteinte du résultat et la mise en place des plans d'action pour améliorer l'accès planifié pour 2018-2019.

Afin d'assurer le maintien de l'accès dans ce contexte de rareté de main-d'œuvre, les clients ont reçu l'offre de passer leur examen dans une autre installation. De plus, des affichages de poste sont en cours pour favoriser la stabilité et la rétention du personnel qualifié. Même résultat qu'en 2017-2018.

1.09.34.06-PS (échographies mammaires) Engagement non atteint (24 patients hors délais)

L'objectif n'est pas atteint pour une seule installation. Il est offert aux patients de passer leur examen dans d'autres installations. Une formation visant à rendre des technologues autonomes est en cours. Cela permettra aux technologues formés de réaliser des examens sans la supervision médicale. Les résultats sont sensiblement les mêmes que l'an dernier.

1.09.34.07-PS (autres échographies) Engagement non atteint

La rareté de radiologues a un impact direct sur l'accès aux examens compris dans cette catégorie. Certaines installations ont mis en place une entente de transfert avec un laboratoire d'imagerie médicale privé (RAMQ), ce qui a permis d'améliorer les délais à 96 % pour les échographies abdominales et pelviennes. Même résultat qu'en 2017-18.

1.09.34.08-PS (tomodensitométrie) Engagement non atteint

Le volume d'activité réalisé pour cette modalité d'imagerie a augmenté de 8,8 %, soit 7 000 examens de plus qu'en 2017-2018. La cible n'est pas atteinte pour les examens d'interventions. Un plan d'action est planifié pour améliorer la situation. Même taux qu'en 2017-2018, mais avec un volume d'examens réalisés plus grand que l'an dernier.

1.09.34.09-PS (résonnance magnétique) Engagement non atteint

L'objectif est non atteint principalement dû à la rareté de technologues spécialisés pour effectuer ce type d'examen, ce qui a empêché l'ouverture des horaires de 16 heures – 7 jours sur 7.

L'analyse de l'adéquation entre l'offre et la demande a été réalisée. La capacité actuelle des équipements du CIUSSS de l'Estrie - CHUS est inférieure à la demande, et ce, malgré les horaires élargis. Un projet visant à ajouter des plages horaires se réalisera en 2019-2020. De plus, des stratégies de stabilisation et de rétention de personnel ont été déployées.

Le taux a diminué, et ce, malgré une augmentation de 360 examens réalisés comparativement à l'année précédente, et ce, dans un contexte de main d'œuvre difficile.

1.09.34.10-PS (tomographies par émission de positrons- TEP- SCAN) Engagement atteint

La révision de l'organisation de travail et les plans d'action mis en place ont permis d'atteindre l'engagement souhaité et améliorer l'accès pour cette modalité d'imagerie. Amélioration des résultats comparativement à l'année précédente.

Ressources matérielles

2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	96,7	100	96,7	100

COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ECARTS, EVOLUTION DU RESULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)

2.02.02-EG2 : Engagement non atteint

Dans la plupart des installations, les principaux requis sont en place en ce qui a trait à la réalisation des étapes requises pour l'élimination des zones grises en courte durée et en soins critiques.

Toutefois, nous constatons qu'il devient de plus en plus difficile de désigner, sur les unités de soins, des responsabilités au personnel affecté à la dispensation des soins à l'usager (ex. : préposé aux bénéficiaires, infirmière auxiliaire, infirmière). Il manque d'effectif pour combler adéquatement les besoins des départements.

Principaux risques :

- Le fardeau de tâches des préposés aux bénéficiaires;
- Le manque de main-d'œuvre;
- La capacité de remplacement.

Actuellement, nous vivons une telle situation aux soins intensifs à l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins et dans d'autres secteurs. Des démarches sont en évaluation entre la Direction des soins infirmiers, la Direction des services techniques et les autres secteurs cliniques pour identifier un préposé aux bénéficiaires, aide de service ou titre emploi alternatif à qui nous pourrions désigner des responsabilités de l'intégrité sanitaire de certaines surfaces et équipements. Nous espérons pouvoir corriger la situation au cours de l'exercice 2019-2020.

NOM DE L'INDICATEUR	RESULTAT AU 31 MARS 2017-2018	ENGAGEMENT 2018-2019	RESULTAT AU 31 MARS 2018-2019	ENGAGEMENT 2019-2020
Ressources humaines				
Plan stratégique 3.01-PS Ratio d'heures en assurance salaire	7,82	6,5	8,01	ND
Plan stratégique 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	3,74	2,8	4,57	ND
Plan stratégique 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,63	0,43	0,65	ND

COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ECARTS, EVOLUTION DU RESULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)

3.01-PS : Engagement non atteint

Une hausse du taux d'assurance salaire comparativement au taux de l'année 2017-2018 est observée. Les titres d'emploi les plus touchés par la hausse sont les infirmières, les agentes administratives, les agents de relations humaines et les préposés au service alimentaire.

Au cours de la dernière année, plusieurs mesures ont été mises en place pour améliorer la santé globale des ressources humaines :

- Le soutien à la mise en œuvre des plans d'action en gestion de la présence au travail par direction;
- La formation « Gérer la présence au travail – Mon rôle au quotidien » en continu;
- Le soutien à l'intégration d'un guide pratique à l'intention des gestionnaires pour les soutenir dans la gestion de la présence au travail et le soutien à la réintégration au travail des employés;
- La disponibilité en continu d'indicateurs de gestion et des outils d'analyse reliés au ratio assurance/salaire et taux d'accidents de travail, et ce, par direction;
- La mise en place d'une démarche de prévention des risques psychosociaux du travail et des troubles musculo-squelettiques (PDSB, ergobureau, PDSC) et l'actualisation des plans d'action;
- La mise en place de l'équipe d'amélioration continue en prévention et priorisation de secteurs vulnérables pour intervention (diagnostic et développement de plans d'action);
- Le déploiement de la formation « Promotion civilité et prévention du harcèlement en milieu de travail »;
- L'intensification des actions pour le retour au travail des absences à long terme;
- L'optimisation de l'utilisation des travailleuses enceintes pouvant être réaffectées.

3.05.02-PS et 3.06.00-PS : Engagements non atteints

Une hausse du taux d'heures supplémentaires, comparativement au taux de l'année 2017-2018, est observée. Les titres d'emploi les plus touchés par la hausse sont les préposés aux bénéficiaires, les agentes administratives, les secrétaires médicales, les préposés au service alimentaire. Plusieurs mesures ont été mises en place pour améliorer la situation. Une structure de gouvernance avec les niveaux stratégiques, tactiques et opérationnels a permis d'identifier et de suivre les projets porteurs pour favoriser la santé globale des personnes et la planification de la main-d'œuvre.

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

- La bonification de l'offre de garantie d'heures;
- L'ajout de passerelle stage/emploi pour les professionnels de la santé;
- La mise en place d'un programme alternant le travail et les études pour les préposés aux bénéficiaires;
- L'optimisation des rôles des préposés aux bénéficiaires, des aides de services et des préposés aux transports;
- La réduction du délai dans le processus d'embauche pour les titres d'emploi les plus vulnérables;
- L'ajout d'activités pour rejoindre le bassin des étudiants pour les emplois d'été;
- L'appel aux personnes retraitées pour offre de travail et mise en place d'un processus pour offre d'emploi aux futurs retraités;
- L'appel aux maisons d'enseignement pour l'embauche de professeurs durant la période estivale;
- La révision des exigences d'embauche pour élargir le bassin de recrutement;
- L'utilisation de titres d'emploi alternatifs (ex. : aide sociale, agent de modification du comportement);
- L'utilisation de parcours professionnels et le développement des compétences du personnel (embauche de la quasi-totalité des diplômés de notre région en soutenant le développement de leurs compétences en cours d'emploi);
- Le recrutement à l'international (France et Maroc) pour les infirmières et les préposés aux bénéficiaires.

Les facteurs qui influencent ces résultats sont multifactoriels. Parmi eux, il y a :

- La hausse globale de l'offre de service en heures travaillées (environ 2 % par année);
- Les nombreux changements conjugués à la charge de travail ainsi qu'à la capacité des équipes à s'adapter qui sont difficiles;
- L'augmentation des autres types d'absences, principalement celles liées à la maternité, à la paternité et au taux de temps supplémentaire;
- L'ouverture de plusieurs lits de débordement sur le territoire en CHSLD et en milieu hospitalier pour répondre aux besoins de la population;
- Le bassin restreint de candidats potentiels dans certains titres d'emploi;
- La complexité de gestion reliée à l'application de 57 dispositions locales en attendant la fin des négociations locales.

Appréciation des résultats

- À noter que l'écart entre l'engagement (6.5 %) et les résultats observés au CIUSSS de l'Estrie – CHUS au cours des dernières années rend sa réalisation difficilement atteignable.

NOM DE L'INDICATEUR	RESULTAT AU 31 MARS 2017-2018	ENGAGEMENT 2018-2019	RESULTAT AU 31 MARS 2018-2019	ENGAGEMENT 2019-2020
Multiprogrammes				
Plan stratégique 7.01.00-PS Pourcentage des premiers services de nature psychosociale qui sont dispensés dans un délai de 30 jours (mission CLSC)	54,9	65	59,3	65

COMMENTAIRES (JUSTIFICATION DES ECARTS, EVOLUTION DU RESULTAT, MESURES CORRECTRICES, ETC.)

7.01.00-PS : Engagement non atteint

Au cours de l'année, nous avons implanté un nouveau tableau de bord permettant de suivre les résultats au quotidien ainsi que par centre d'activité (auparavant les données n'étaient disponibles que deux fois par an, et ce, pour tous les centres d'activités confondus). La diffusion de ce tableau de bord, combiné au fait que l'indicateur est sélectionné comme priorité du plan annuel 2019-2020 du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, devrait contribuer grandement à l'atteinte de l'engagement 2019-2020.

En un an, le pourcentage des premiers services dispensés dans un délai de 30 jours s'est globalement amélioré de 4 % pour atteindre 59 %, ce qui constitue notre meilleur résultat annuel mesuré à ce jour. Cette progression a été observée dans la majorité des centres d'activités ciblés. Les améliorations sont particulièrement notables au niveau des centres d'activités sous la responsabilité de la Direction des services généraux qui sont passés de 29 % l'an passé à 51 % en 2018-2019. Ces centres d'activités sont le 6 731- Consultation sociale de courte durée et le 6 463 - Services psychosociaux aux réfugiés. Concrètement, par rapport à l'an passé, ce sont 400 premiers services de plus qui ont pu être dispensés dans les délais. Si on regarde les résultats des différents RLS de notre territoire, on constate que ces derniers sont les plus bas au RLS de la Haute-Yamaska (45 %) et les plus élevés au RLS du Granit (76 %).

Légende :

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

5

DONNÉES FINANCIÈRES

5.1 États financiers

5.1.1 Charges brutes par programme-services (AS-471 P.700-00 à P.700-07) Rapport de l'auditeur indépendant

Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variations des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	$	%
Programmes-services						
Santé publique	20 520 494 $	1.5 %	20 344 192 $	1.4 %	(176 302) $	(0.9 %)
Services généraux – activités cliniques et d'aide	62 742 611 $	4.7 %	67 753 679 $	4.8 %	5 011 068 $	8.0 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	228 052 814 $	16.9 %	242 986 371 $	17.2 %	14 933 557 $	6.5 %
Déficience physique	36 279 645 $	2.7 %	37 565 675 $	2.7 %	1 286 030 $	3.5 %
Déficience intellectuelle et TSA	39 739 605 $	3.0 %	41 616 585 $	3.0 %	1 876 980 $	4.7 %
Jeunes en difficulté	79 791 854 $	6.0 %	85 849 073 $	6.1 %	6 057 219 $	7.6 %
Dépendances	6 073 020 $	0.5 %	6 176 532 $	0.4 %	103 512 $	1.7 %
Santé mentale	60 021 370 $	4.5 %	63 040 177 $	4.5 %	3 018 807 $	5.0 %
Santé physique	528 519 958 $	39.4 %	558 583 932 $	39.6 %	30 063 974 $	5.7 %
Programmes soutien						
Administration	82 939 196 $	6.2 %	86 833 181 $	6.2 %	3 893 985 $	4.7 %
Soutien aux services	100 981 491 $	7.5 %	103 343 370 $	7.3 %	2 361 879 $	2.3 %
Gestion des bâtiments et des équipements	94 922 987 $	7.1 %	95 322 210 $	6.8 %	399 223 $	0.4 %
Total	1 340 585 045 $		1 409 414 977 $		68 829 932 $	5.1 %

Pour plus d'informations sur les ressources financières, le lecteur peut consulter le rapport financier annuel AS-471 en date du 31 mars 2019 publié sur le site Internet de l'établissement.

5.1.2 Équilibre budgétaire

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

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS présente à la page 200 du rapport financier annuel au 31 mars 2019, un surplus de 14 879 868 $ au fonds d'exploitation, composé de 11 563 121 $ des activités principales et de 3 316 747 $ des activités accessoires, et un déficit de 1 247 717 $ au fonds d'immobilisations, pour un surplus net de 13 632 151 $. La concertation des intervenants de notre établissement a permis d'améliorer le rendement et le dépassement de volume de plusieurs services ayant un effet sur nos revenus non récurrents confirmés par le MSSS seulement en toute fin d'année financière. De plus, une difficulté à pourvoir tous les postes vacants, due entre autres aux absences maladie de longue durée et à la pénurie de personnel, a également contribué à diminuer le niveau de dépenses.

La direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ), en collaboration avec les directions cliniques, techniques et administratives de l'établissement, poursuit ses stratégies de gestion intégrée de la main-d'œuvre (GIMO) visant à diminuer les absences maladie de longue durée et le travail effectué en temps supplémentaire et en temps supplémentaire obligatoire. De plus, au cours de la dernière année, la DRHCAJ a mis en place avec la direction des soins infirmiers (DSI) et la direction des services multidisciplinaires (DSM) une série de mesures favorisant l'attraction et la rétention de la main d'œuvre.

5.1.3 Contrats de service

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

Contrats de services, comportant une dépense de 25 000 $ et plus, conclus entre le 1er avril 2018 et le 31 mars 2019

	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique[1]	16	1 922 335.00 $
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique[2]	163	100 806 793.95 $
Total des contrats de services	179	102 729 128.95 $

[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.

5.2 Gestion et contrôle des effectifs et contrats de service

5.2.1 Gestion et contrôle des effectifs

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

11045150 - CIUSSS de l'Estrie - CHUS		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04			2018-04-01 au 2019-03-30	
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	1 068 993	3 446	1 072 439	589	683
	2015-16	959 919	2 519	962 438	528	654
	2016-17	954 018	2 661	956 679	525	623
	2017-18	951 324	2 236	953 560	524	614
	2018-19	960 136	2 124	962 260	529	648
	Variation	**(10,2 %)**	**(38,4 %)**	**(10,3 %)**	**(10,2 %)**	**(5,1 %)**
2 - Personnel professionnel	2014-15	3 162 242	16 926	3 179 168	1 753	2 277
	2015-16	3 116 390	14 610	3 131 000	1 726	2 256
	2016-17	3 173 838	14 673	3 188 511	1 760	2 274
	2017-18	3 279 705	14 219	3 293 924	1 820	2 316
	2018-19	3 410 101	17 932	3 428 033	1 892	2 448
	Variation	**7,8 %**	**5,9 %**	**7,8 %**	**7,9 %**	**7,5 %**
3 - Personnel infirmier	2014-15	6 799 012	263 510	7 062 522	3 645	4 938
	2015-16	6 918 092	214 922	7 133 014	3 706	5 055
	2016-17	6 896 052	229 596	7 125 648	3 684	4 960
	2017-18	6 971 192	290 091	7 261 283	3 722	5 036
	2018-19	7 145 756	336 305	7 482 061	3 819	5 175
	Variation	**5,1 %**	**27,6 %**	**5,9 %**	**4,8 %**	**4,8 %**
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	10 861 105	217 607	11 078 711	5 987	7 970
	2015-16	10 740 986	210 878	10 951 864	5 917	7 895
	2016-17	10 797 887	249 126	11 047 012	5 949	7 908
	2017-18	11 007 647	292 245	11 299 892	6 064	8 276
	2018-19	11 202 952	358 257	11 561 210	6 172	8 520
	Variation	**3,1 %**	**64,6 %**	**4,4 %**	**3,1 %**	**6,9 %**
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	2 542 491	28 215	2 570 706	1 293	1 752
	2015-16	2 502 929	19 923	2 522 851	1 273	1 721
	2016-17	2 477 781	30 685	2 508 467	1 261	1 753
	2017-18	2 541 696	39 799	2 581 495	1 292	1 864
	2018-19	2 572 200	49 514	2 621 714	1 308	1 925
	Variation	**1,2 %**	**75,5 %**	**2,0 %**	**1,1 %**	**9,9 %**
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	59 636	226	59 862	33	199
	2015-16	40 647	256	40 903	22	135
	2016-17	41 728	115	41 843	23	147
	2017-18	37 684	169	37 853	21	124
	2018-19	45 738	158	45 896	25	189
	Variation	**(23,3 %)**	**(29,8 %)**	**(23,3 %)**	**(22,4 %)**	**(5,0 %)**
Total du personnel	2014-15	24 493 479	529 929	25 023 408	13 299	17 236
	2015-16	24 278 963	463 108	24 742 071	13 173	17 163
	2016-17	24 341 304	526 856	24 868 160	13 202	17 102
	2017-18	24 789 247	638 759	25 428 006	13 443	17 581
	2018-19	25 336 883	764 290	26 101 173	13 745	18 191
	Variation	**3,4 %**	**44,2 %**	**4,3 %**	**3,4 %**	**5,5 %**

La cible allouée au CIUSSSE de l'Estrie-CHUS n'a pas été atteinte, avec un écart de 494,338 heures. Les données de 2018-2019 révèlent une augmentation des heures rémunérées par rapport à l'année 2017-2018, principalement dans les heures travaillées. Les importants développements d'activités cliniques, qui ont amené des ajouts de personnel œuvrant pour les soins et services directs aux usagers, expliquent en partie l'écart par rapport à la cible (ex : soutien à domicile, accès en chirurgie, hébergement). L'autre portion de l'écart à la cible est liée à la hausse des absences de maladies de longue durée et du temps supplémentaire constaté dans la majeure partie du réseau québécois de la santé et des services sociaux.

5.3 LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Respect des règles et des normes

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a accordé un soutien financier de 36 646 337 $ pour l'année financière 2018-2019 à 197 organismes communautaires œuvrant sur le territoire. La portion de ce financement accordée en soutien à la mission globale totalise 29 420 842 $ et a été attribuée à 186 organismes communautaires. Le soutien financier à la mission globale représente donc 80 % du financement accordé aux organismes communautaires du territoire par le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC).

Par ailleurs, parmi les 197 organismes subventionnés reconnus par le PSOC, 82 ont reçu du financement par entente pour des activités spécifiques pour un montant global de 2 454 666 $. De plus, 1 388 887 $ en crédits régionaux spécifiques ont été octroyés à 131 organismes communautaires.

Finalement, 127 organismes communautaires ont convenu d'ententes de service avec des directions de l'établissement pour un montant global de 3 381 942 $. Ces montants proviennent du budget des directions concernées.

Actions réalisées

Au cours de l'année 2018-2019, comme l'exige le PSOC, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a analysé les documents de reddition de comptes des organismes communautaires sous sa responsabilité, soit :

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

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

Allocation des ressources aux organismes communautaires

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2017-2018 Base annuelle	2018-2019 Base annuelle
A.R.C.H.E. de l'Estrie (L')	231 957	286 281
Aide communautaire de Lennoxville et des environs	270 139	280 099
Alternative en santé mentale l'Autre Versant inc.	414 852	426 490
Animation jeunesse Haut–Saint–François	44 764	50 480
Arrimage Estrie	157 834	167 531
Association Avante	190 817	198 870
Association de la fibromyalgie de l'Estrie	140 778	150 202
Association de la sclérose en plaques de l'Estrie	157 837	167 534
Association de parents de personnes handicapées de Brome–Missisquoi	74 865	81 063
Association de Sherbrooke pour la déficience intellectuelle (ASDI)	122 138	129 565
Association de spina bifida et d'hydrocéphalie de l'Estrie	57 291	63 208
Association d'entraide en santé mentale «L'Éveil» de Brome–Missisquoi	164 251	171 879
Association des accidentés cérébraux–vasculaires ou traumatisés crâniens Estrie (ACTE)	280 653	292 316
Association des groupes jeunesse de l'Or Blanc	88 222	94 634
Association des Personnes Aphasiques Granby–Région	30 104	35 586
Association des personnes handicapées physiques de Brome–Missisquoi	102 882	109 528
Association des proches de personnes atteintes de maladie mentale de l'Estrie	219 124	229 802
Association des sourds de l'Estrie	57 291	63 208
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (AQEPA) Estrie (05)	31 901	37 411
Association du syndrome de Down de l'Estrie	60 205	68 340
Association Épilepsie Estrie	33 908	39 451
Association Garagona Inc.	30 018	40 993
Association Granby pour la déficience intellectuelle	71 846	77995
Association PANDA Brome–Missisquoi	58 071	63 972
Association québécoise des troubles d'apprentissage (AQETA) Section Estrie	14 825	37 652
Association sportive jeunes handicapés	25 000	32 572
Auberge sous mon toit inc.	420 102	437 319
Autisme Estrie (fusion de Autism'Aide et SATEDE)	243 879	255 869
Autre–Rive (L')	163 732	171 352
Azimut–Nord	47 285	53 042
Baluchon Alzheimer	29 385	29 855
Banque alimentaire Memphrémagog	104 835	111 513
Bouée régionale Lac–Mégantic (La)	703 100	726 212
Braille Atout	10 000	15 160
Bulle et Baluchon	142 384	220 334
Cellule jeunes et familles de Brome–Missisquoi (La)	47 224	52 980

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2017-2018 Base annuelle	2018-2019 Base annuelle
Centre communautaire Partage St-François	128 884	173 503
Centre d'action bénévole de Magog (Carrefour du partage)	161 286	169 504
Centre d'action bénévole des Sources (CAB) (Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc) (Le)	244 201	253 745
Centre d'action bénévole Valcourt et région (CAB)	146 226	154 202
Centre d'action bénévole aux 4 vents inc.	189 172	197 214
Centre d'action bénévole de Bedford et environs inc.	172 723	180 562
Centre d'action bénévole de Cowansville	185 022	193 057
Centre d'action bénévole de Farnham inc.	177 490	185 405
Centre d'action bénévole de Granby inc.	232 942	241 592
Centre d'action bénévole de la Missisquoi–Nord	177 197	185 669
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook	304 187	314 689
Centre d'action bénévole de Sherbrooke (CAB)	66 184	72 243
Centre d'action bénévole de Windsor (CAB)	143 948	151 888
Centre d'action bénévole du Granit	310 035	320 632
Centre d'action bénévole du Haut–Saint–François	299 761	310 192
Centre d'action bénévole R.H. Rediker	194 049	202 790
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (C.A.L.A.C.S.) de Granby	275 052	284 343
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de l'Estrie	419 822	433 711
Centre de bénévolat de Richmond (CAB)	143 090	151 016
Centre de bénévolat Mieux–Être Ville de Lac Brome	30 016	15 008
Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska inc.	411 031	428 090
Centre de soutien de l'Estrie	25 000	32 572
Centre d'entraide La Boussole inc.	36 247	41 827
Centre d'Entraide Plus de l'Estrie	84 231	90 579
Centre des femmes de la MRC du Granit	200 470	208 677
Centre des femmes du Haut-Saint-François La Passerelle	200 572	208 781
Centre des femmes du Val–Saint–François	240 240	249 084
Centre des femmes La Parolière	200 470	208 678
Centre des femmes Lennoxville et environs	205 247	213 531
Centre des femmes Memphrémagog	200 573	208 782
Centre des jeunes de Lennoxville	88 648	95 066
Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie	231 020	266 488
Centre jeunesse « Le trait d'union »	135 987	143 023
Centre l'Élan	162 852	170 458
Centre pour femmes immigrantes de Sherbrooke	205 246	215 702
Chaudronnée de l'Estrie (La)	96 657	103 204
Club 3ième âge de Farnham inc.	30 181	35 664
Club des personnes handicapées Brome–Missisquoi inc.	36 626	42 212

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2017-2018 Base annuelle	2018-2019 Base annuelle
Coalition sherbrookoise pour le travail de rue	219 771	228 288
Collective par et pour Elle inc.	195 324	203 450
Comité popote roulante de Cowansville inc. (Le)	42 137	42 811
Comité popote roulante de Farnham inc. (Le)	37 960	38 567
Cordée, ressource alternative en santé mentale (La)	414 490	426 122
Corporation jeunesse Memphrémagog	106 530	113 234
Croisée des Sentiers (La)	123 966	130 949
Cuisine Amitié de la MRC des Sources (La)	89 994	96 434
Cuisine collective Le Blé d'Or de Sherbrooke	101 878	108 508
Cuisines collectives « Bouchée–Double » Memphrémagog	104 833	111 511
Cuisines collectives de la Montérégie (Les)	232 123	240 790
Cuisines collectives du Haut–Saint–François	93 989	100 493
Dagobert et cie	30 000	37 652
Défi handicap des Sources	25 000	30 400
Diabète Brome–Missisquoi (DBM)	38 120	38 730
Diabète Estrie	57 293	63 210
Diabétiques de la Haute-Yamaska (Les)	30 047	35 528
DIRA ESTRIE	123 913	130 895
Divers-Gens	10 000	0
Domaine de la sobriété (Le)	167 513	191 748
Dysphasie–Estrie	90 027	98 639
Élixir ou l'Assuétude d'Ève	170 942	180 942
Ensoleillée – ressource communautaire en santé mentale (L')	132 252	139 368
Entrée Chez–Soi Brome–Missisquoi	229 433	243 599
Entr'Elles Granby inc.	344 273	360 276
Équipe d'accompagnement Au Diapason (L')	50 179	55 982
Escale de l'Estrie (L')	895 833	922 028
Étincelles de bonheur du Haut–Saint–François	84 235	90 583
Exit de Waterloo (L')	155 242	162 506
Famille Espoir	23 993	24 377
Famille Plus	23 993	24 377
Fantastiques de Magog (Les)	84 235	90 583
Grande Table (La)	89 994	96 434
Grands frères et grandes sœurs de l'Estrie (Les)	44 085	51 962
Gris Estrie (Groupe régional intervention social Estrie)	10 000	32 332
Handi Apte	179 503	188 012
Handi–capable	48 135	53 905
Horizon pour elle inc.	780 284	803 264
Intervention régionale et information sur le SIDA (IRIS Estrie)	87 234	108 630

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2017-2018 Base annuelle	2018-2019 Base annuelle
Jeunes du coin d'Ascot (Les)	88 647	95 065
JEVI Centre de prévention du suicide – Estrie	424 545	438 510
Justice alternative et médiation	276 851	286 281
Local des jeunes des Jardins–Fleuris	60 000	20 305
Loisirs et services communautaires de Lac-Brome inc.	6 608	6 734
Maison Alice–Desmarais	766 398	789 155
Maison CALM	302 726	307 408
Maison Caméléon de l'Estrie (La)	60 165	69 216
Maison de la famille de Sherbrooke	8 674	8 813
Maison de la famille du Granit (La)	32 122	32 636
Maison de la famille Memphrémagog	32 195	32 710
Maison de répit Déragon inc.	131 924	144 530
Maison des familles FamillAction (La)	16 938	17 209
Maison des familles Granby et région	14 500	14 779
Maison des grands–parents de Sherbrooke	4 416	4 487
Maison des jeunes Actimaje (La)	90 317	91 762
Maison des jeunes de Coaticook (La)	90 313	96 758
Maison des jeunes de Farnham	134 339	141 435
Maison des jeunes de Fleurimont	30 000	35 480
Maison des jeunes de Granby inc. (La)	117 044	124 442
Maison des jeunes de la St–François (La)	115 737	122 589
Maison des jeunes de l'Or Blanc (La)	101 963	108 594
Maison des jeunes de Sutton inc. (La)	87 236	93 586
Maison des jeunes de Waterville : Les Pacifistes	45 913	51 648
Maison des jeunes Le Boum (La)	107 548	114 243
Maison des jeunes l'Initiative	89 933	96 372
Maison des jeunes Serge Forest	81 774	108 186
Maison d'hébergement jeunesse Espace Vivant/Living room	284 623	299 668
Maison d'hébergement pour personnes en difficulté de Granby Inc.	327 713	343 452
Maison d'hébergement R.S.S.M.	423 637	440 910
Maison Jeunes–Est	230 599	246 151
Maison soutien aux aidants (La)	213 115	221 525
Marraine Tendresse de l'Estrie	41 108	46 766
Méridienne 1990 (La)	703 100	726 196
Moisson Haut-St-François	10 000	25 335
Moisson–Estrie	171 644	181 562
MomentHom Centre d'entraide pour hommes de l'Estrie	238 512	349 216
Naissance–Renaissance Estrie	533 960	549 675
O.E.I.L. (L')	30 018	35 498

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2017-2018 Base annuelle	2018-2019 Base annuelle
Oasis Santé Mentale Granby et région	247 968	256 900
Orientation jeunesse de la Haute-Yamaska	37 857	43 463
Parenfant Montérégie (Le)	61 159	143 967
Partage Notre–Dame	75 980	82 149
Phare source d'entraide (Le)	152 169	159 512
Place des jeunes l'Intervalle (La)	30 209	12 673
Point 14–18 de Danville (Au)	88 220	94 631
Points Jeunesse du Granit	107 840	114 565
Pont, organisme de justice alternative (Le)	396 415	409 930
Popote de la région de Bedford (La)	40 293	45 938
Popote roulante de l'Ange–Gardien	30 036	35 516
Promotion et défense des droits en santé mentale de l'Estrie (Pro–Def)	215 430	223 876
Rayon de soleil de l'Estrie (personnes âgées)	134 365	141 515
Regroupement des organismes communautaires (ROC) de l'Estrie	114 023	151 327
Regroupement soutien aux aidants de Brome–Missisquoi	185 579	199 043
Relève du Haut–St–François (Le Comité de la relève de Scotstown) (La)	34 273	34 821
Réseau d'amis de Sherbrooke (Le)	318 946	329 686
Réseau d'appui aux familles monoparentales et recomposées de l'Estrie (RAME)	30 624	31 115
Ressource pour hommes de la Haute-Yamaska	172 694	220 297
Ressources communautaires en santé mentale «L'éveil»	133 374	140 573
Rivage du Val–Saint–François (Le)	150 844	158 258
S.O.S. Dépannage Granby et région inc.	151 525	158 903
S.O.S. Grossesse (Estrie)	157 836	167 533
Santé mentale Estrie	30 196	35 679
Sclérose en plaques Haute-Yamaska–Richelieu	53 944	63 996
Secours–Amitié (Estrie)	182 700	192 795
Séjour la Bonne œuvre	691 263	714 185
Sercovie (personnes âgées)	357 061	368 411
Service d'interprétation pour personnes sourdes de l'Estrie	157 836	167 533
Seuil de l'Estrie (Le)	219 161	277 668
SHASE (Soutien aux hommes agressés sexuellement durant l'enfance)	55 000	97 652
Société Alzheimer de Granby et région inc.	133 608	140 745
Société Alzheimer de l'Estrie (La)	366 717	379 756
Soins palliatifs La Rose des vents de l'Estrie (Les)	283 829	293371
Solidarité ethnique régionale de la Yamaska	10 260	10 360
Soupapes de la bonne humeur (Les)	84 235	90 583
Source–Soleil (La)	366 813	384 544
SPOT Jeunesse de Sherbrooke	88 648	95 066
Tabliers en folie (Les)	97 280	103 836

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE	2017-2018 Base annuelle	2018-2019 Base annuelle
TDA/H Estrie	161 181	170 932
Transition pour elles inc.	202 607	216 344
Tremplin 16 – 30 (Le)	50 569	56 378
Unité Domrémy d'Asbestos	124 425	131 488
Unité Domrémy de Windsor	40 514	41 237
Villa Pierrot	25 000	30 400
Virage Santé Mentale	141 065	148 390
Zone libre Memphrémagog	98 058	104 716

ANNEXE

A

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

CODE D'ÉTHIQUE

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

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

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

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

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

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

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

2. OBJECTIFS GENERAUX

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

3. FONDEMENT LÉGAL

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

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M–30, r. 1).
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *LSSSS* (RLRQ, chapitre S–4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O–7.2).
- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C–65.1).
- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme* (RLRQ, chapitre T–11.011).

4. DÉFINITIONS

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

Conseil : C. A. de l'établissement, comme défini par les articles 9 et 10 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

Conflit d'intérêts : Désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un membre peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt

direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait, par exemple, à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir.

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

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

Établissement : CIUSSS de l'Estrie – CHUS

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

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

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

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

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

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

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

Personne raisonnable : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances.[1]

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

5. CHAMP D'APPLICATION

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

6. DISPOSITION FINALE

Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le C. A. Le comité de gouvernance et d'éthique du C. A. assume la responsabilité de veiller à l'application du présent code. Ce dernier doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique tous les trois ans, ou lorsque des modifications

[1] BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). Raisonnement 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.

7. DIFFUSION

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

PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

8. PRINCIPES D'ÉTHIQUE

L'éthique fait référence aux valeurs (intégrité, impartialité, respect, compétence et loyauté) permettant de veiller à l'intérêt public. Comme administrateur cela implique le respect du droit de faire appel, entre autres, à son jugement, à l'honnêteté, à la responsabilité, à la loyauté, à l'équité et au dialogue dans l'exercice de ses choix et lors de prises de décision. L'éthique est donc utile en situation d'incertitude, lorsqu'il y a absence de règle, lorsque celle-ci n'est pas claire ou lorsque son observation conduit à des conséquences indésirables.

En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre de C. A. doit :

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.
- Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

9. RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

La déontologie est un ensemble de règles juridiques de conduite dont l'inobservation peut conduire à une sanction. On peut les retrouver dans diverses lois ou règlements cités au point 2. Ces devoirs et règles déontologiques indiquent donc ce qui est prescrit et proscrit.

En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre de C. A. doit :

9.1. Disponibilité et compétence

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

- Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions.
- Favoriser l'entraide.
- S'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habilités et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

9.2. Respect et loyauté

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

9.3. Impartialité

- Se prononcer sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.
- Placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

9.4. Transparence

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

9.5. Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du C. A. qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du C.A.
- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le C. A. exige le respect de la confidentialité.

9.6. Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.

9.7. Relations publiques

- Respecter les règles applicables au sein de l'établissement à l'égard de l'information, des communications, de l'utilisation des médias sociaux et des relations avec les médias, entre autres, en ne s'exprimant pas auprès des médias ou sur les médias sociaux s'il n'est autorisé par celles-ci.

9.8. Charge publique

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

9.9. Biens et services de l'établissement

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

9.10. Avantages et cadeaux

- Ne pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il lui est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.

9.11. Interventions inappropriées

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

CONFLIT D'INTÉRÊTS

10.

Le membre ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

11.

Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.

12.

Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter, notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

- avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du C. A.;
- avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
- obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du C. A.;
- avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
- se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

13.

Le membre doit déposer et déclarer par écrit au C. A. les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire Déclaration des intérêts du membre de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au C. A. et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

14.

Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du C. A. ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au C. A. en remplissant le formulaire Déclaration de conflit d'intérêts de l'annexe V.

15.

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

16.

La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

APPLICATION

17. Adhésion au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

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

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

18. Comité de gouvernance et d'éthique

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

- 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;
- voir à la diffusion et à la promotion du présent code auprès des membres du C. A.;
- informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent code;
- conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent code;
- assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
- réviser, au besoin, le présent code et soumettre toute modification au C. A. pour adoption;
- évaluer périodiquement l'application du présent code et faire des recommandations au C. A., le cas échéant;
- retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le C. A.;
- assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent code et faire rapport au C. A.

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

19. Comité d'examen ad hoc

19.1.

Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen ad hoc composé d'au moins trois personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut être composé de membres du C. A. ou de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.

19.2.

Un membre du comité d'examen ad hoc ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.

19.3.

Le comité d'examen ad hoc a pour fonctions de :

a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du C. A., aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent code;
b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du C. A. a contrevenu ou non au présent code;
c) faire des recommandations au C. A. sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

19.4.

La date d'entrée en fonction, la durée du mandat des membres du comité d'examen ad hoc de même que les conditions du mandat sont fixées par le comité de gouvernance et d'éthique.

19.5.

Si le comité d'examen ad hoc ne peut faire ses recommandations au comité de gouvernance et d'éthique avant l'échéance du mandat de ses membres, le comité de gouvernance et d'éthique peut, le cas échéant, prolonger la durée du mandat pour la durée nécessaire à l'accomplissement de ce dernier. La personne qui fait l'objet de l'enquête en est informée par écrit.

20. Processus disciplinaire

20.1.

Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.

20.2.

Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen ad hoc, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un membre a pu contrevenir au présent document, en transmettant le formulaire Signalement d'une situation de conflit d'intérêts de l'annexe VI rempli par cette personne.

20.3.

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

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

20.4.

Tout membre du comité d'examen ad hoc qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec une rigueur et prudence.

20.5.

Le comité d'examen ad hoc doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen ad hoc, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen ad hoc, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du C. A.

20.6.

Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.

20.7.

Le comité d'examen ad hoc transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

a) un état des faits reprochés;

b) un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;

c) une conclusion motivée sur le bien–fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;

d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

20.8.

Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le C. A. se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.

20.9.

Le C. A. peut relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche un manquement, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du C. A. doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.

20.10.

Toute mesure prise par le C. A. doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées. Lorsqu'il y a eu manquement, le président du C. A. en informe le président–directeur général ou le Ministre, selon la gravité du manquement.

20.11.

Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du C. A. en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.

20.12.

Le secrétaire du C. A. conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement et conformément aux dispositions de la Loi sur les archives (RLRQ, chapitre A–21.1).

20.13. Notion d'indépendance

Le membre du C. A., qu'il soit indépendant, désigné ou nommé, doit dénoncer par écrit au C. A., dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. Il doit transmettre au C. A. le formulaire Avis de bris du statut d'indépendance de l'annexe II du présent code, au plus tard dans les trente (30) jours suivant la présence d'une telle situation.

20.14. Obligations en fin du mandat

Dans le cadre du présent document, le membre de C. A. doit, après la fin de son mandat :

- Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions.
- Se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
- Ne pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.
- S'abstenir de solliciter un emploi auprès de l'établissement pendant son mandat et dans l'année suivant la fin de son mandat, à moins qu'il ne soit déjà à l'emploi de l'établissement. Si un cas exceptionnel se présentait, il devra être présenté au C. A.

ANNEXE 1.1 – ENGAGEMENT

ET AFFIRMATION DU MEMBRE

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

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

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

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

_____ _____ _____

Signature Date Lieu

Affirmé solennellement devant moi à _____ ce _____.

_____ _____

Nom du commissaire à l'assermentation Signature

ANNEXE 1.2 – AVIS

DE BRIS DU STATUT D'INDÉPENDANCE

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

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____ _____ _____

Signature Date Lieu

Annexe 1.3 – Déclaration

Des intérêts du membre

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

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 :

- _____
- _____
- _____

TITRE D'ADMINISTRATEUR

Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du C. A. du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci–après, autre que mon mandat comme membre du C. A. du CIUSSS de l'Estrie – CHUS :

- _____
- _____
- _____

EMPLOI

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

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

_____	_____	_____
Signature	Date	Lieu

ANNEXE 1.4 – DÉCLARATION

DES INTÉRÊTS DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE

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

INTERETS PECUNIAIRES

☐ Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.

☐ Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci–après :

- _____
- _____
- _____

TITRE D'ADMINISTRATEUR

☐ Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du C. A. du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

☐ J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du C. A. du CIUSSS de l'Estrie – CHUS :

- _____
- _____
- _____

EMPLOI

« La présidente-directrice générale et la présidente-directrice générale adjointe d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un établissement non fusionné doivent s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de leur fonction.

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

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

_____	_____	_____
Signature	Date	Lieu

ANNEXE 1.5 – DÉCLARATION
DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____ _____ _____
Signature Date Lieu

ANNEXE 1.6 – SIGNALEMENT

D'UNE SITUATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

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

_____ _____ _____

Signature Date Lieu

ANNEXE 1.7 – AFFIRMATION

DE DISCRÉTION DANS UNE ENQUÊTE D'EXAMEN

Je, soussigné, _____, affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions d'administrateur.

_____	_____	_____
Signature	Date	Lieu

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

Québec