

ALLIER
NOS
FORCES
ET NOS
SAVOIRS
pour le mieux-être

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2023-2024

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

**Coordination**

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

Rédaction

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

ISBN 978-2-550-98527-3 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du
Québec, 2024

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

MESSAGE

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

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS, un établissement mobilisé dans le changement afin d'offrir des soins et services de qualité à la population

Au cours de la dernière année, les travaux entourant le plan stratégique de l'établissement se sont terminés et la stratégie 23-27 qui servira de référence pour toutes les directions jusqu'en 2027 a été déployée. Ainsi, de nouvelles priorités ont été établies, et ce, selon quatre grandes catégories. D'abord, pour les usagers et usagères ainsi que leurs proches, le chez-soi est favorisé comme milieu le plus adapté au mieux-être. Ensuite, nous souhaitons contribuer au développement et à l'épanouissement de notre communauté interne en lui offrant des milieux de travail innovants et agréables, et, pour la population, nous visons la transformation des pratiques grâce à la mission universitaire, à l'innovation et au développement des forces et des savoirs. Finalement, pour la société, nous valorisons le développement durable sur les plans social, économique et environnemental. Cette nouvelle démarche stratégique est guidée par deux valeurs contemporaines, soit l'équité et la durabilité, et elle témoigne de notre engagement, de notre volonté d'adaptation et de notre désir de partager la responsabilité de la santé et du bien-être avec les personnes et les communautés.

L'année 2023-2024 fut également marquée par l'annonce d'importants changements dans le système de santé : entre autres, l'adoption du projet de Loi 15 et la concrétisation du Plan santé de M. Dubé. En phase avec ces projets, notre établissement demeure engagé afin de s'adapter à la transformation du réseau de la santé et des services sociaux, tout en continuant d'innover pour offrir des soins et services répondant aux besoins de la population.

Nous sommes profondément reconnaissants envers nos membres du personnel, nos gestionnaires, nos médecins, nos pharmaciens et pharmaciennes, nos équipes de recherche, nos stagiaires, nos bénévoles et l'ensemble de nos fondations, qui déploient constamment tous les efforts nécessaires à l'accomplissement de notre mission, qui est d'offrir des soins et des services de qualité dans un environnement sécuritaire. C'est donc avec confiance et optimisme que nous amorçons l'année 2024-2025, accompagnés de nos équipes passionnées et dévouées.

Bonne lecture!

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

Original signé par
Dr Stéphane Tremblay
Président-directeur général



DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

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

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice financier 2023-2024 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke :

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

Je déclare donc qu'à ma connaissance, les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2024.

Original signé par
Dr Stéphane Tremblay
Président-directeur général





TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-----------|
| L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS..... | 6 |
| Le CIUSSS en chiffres..... | 7 |
| L'établissement..... | 8 |
| La mission universitaire..... | 10 |
| Le réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux (RUISS) de l'Université de Sherbrooke..... | 11 |
| L'organigramme de l'organisation au 31 mars 2024..... | 12 |
| Le conseil d'administration..... | 13 |
| Comités, conseils et instances consultatives..... | 14 |
| Les faits saillants..... | 15 |
| LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ..... | 21 |
| Résultats des engagements annuels de l'entente de gestion et d'imputabilité..... | 22 |
| LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ..... | 30 |
| L'Agrément..... | 31 |
| La sécurité et la qualité des soins et services..... | 32 |
| Le nombre de mises sous garde selon la mission de l'établissement..... | 43 |
| L'examen des plaintes et la promotion des droits..... | 44 |
| L'information et la consultation de la population..... | 45 |
| L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE..... | 47 |
| Résumé du rapport portant sur l'application de la politique sur les soins de fin de vie..... | 48 |
| LES RESSOURCES FINANCIÈRES..... | 50 |
| Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme..... | 51 |
| L'équilibre budgétaire..... | 52 |
| Les contrats de services..... | 53 |
| LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES..... | 54 |
| Les faits saillants de la contribution des ressources informationnelles à la réalisation de sa mission..... | 55 |
| LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES..... | 56 |
| LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES..... | 58 |
| Le nombre d'organismes communautaires subventionnés par le PSOC..... | 59 |
| ANNEXE A..... | 68 |



L'établissement et les faits saillants

LE CIUSSS EN CHIFFRES

Le plus complet au Québec, incluant un centre hospitalier universitaire

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

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

PLUS DE
500 000
PERSONNES HABITANT
sur le territoire desservi

9 réseaux
locaux de
services
(RLS)

Plus de
100
INSTALLATIONS

10 %
DE L'ACTIVITÉ
ÉCONOMIQUE
ESTRIENNE

DES MILLIONS
D'ACTES CLINIQUES
PAR ANNÉE

**UNE DES PLUS
IMPORTANTES FORCES
DE RECHERCHE
AU QUÉBEC**

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

20 699
MEMBRES DU
PERSONNEL et
GESTIONNAIRES

1 303
MÉDECINS,
PHARMACIENS et
PHARMACIENNES

499
CHERCHEURS et
CHERCHEUSES

1 220
LITS en centres hospitaliers et en centres de réadaptation, incluant les unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)

691
RÉSIDENTS et
RÉSIDENTES
EN MÉDECINE

13 484
STAGES représentant quelque
257 850 jours de stages

99 DISCIPLINES

2 460 LITS en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), en maisons des aînés et en maisons alternatives (clientèle adulte)

600
BÉNÉVOLES

19
FONDATIONS

**LE PLUS
GRAND
EMPLOYEUR
EN ESTRIE**

**DES CENTAINES
DE PARTENAIRES**

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



L'ÉTABLISSEMENT

NOTRE MISSION

Notre raison d'être est la mission du réseau de la santé et des services sociaux, soit de :

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

NOTRE VISION

Des personnes audacieuses, inspirantes et innovantes mobilisées pour...

- Dispenser des soins et services de qualité empreints d'humanisme et adaptés aux différentes réalités
- Contribuer au mieux-être de la population et de notre communauté interne
- Favoriser l'évolution constante des pratiques en maximisant le potentiel de la mission universitaire, notamment par la recherche et l'enseignement
- Valoriser l'inclusion et le développement durable (social, économique et environnemental)

NOTRE STRATÉGIE, NOTRE FAÇON DE FAIRE

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

ALLIER
NOS
FORCES
ET NOS
SAVOIRS
pour le mieux-être

NOS VALEURS

**HUMANISME,
ENGAGEMENT,
ADAPTABILITÉ**

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

NOTRE PRINCIPE D'ACTION

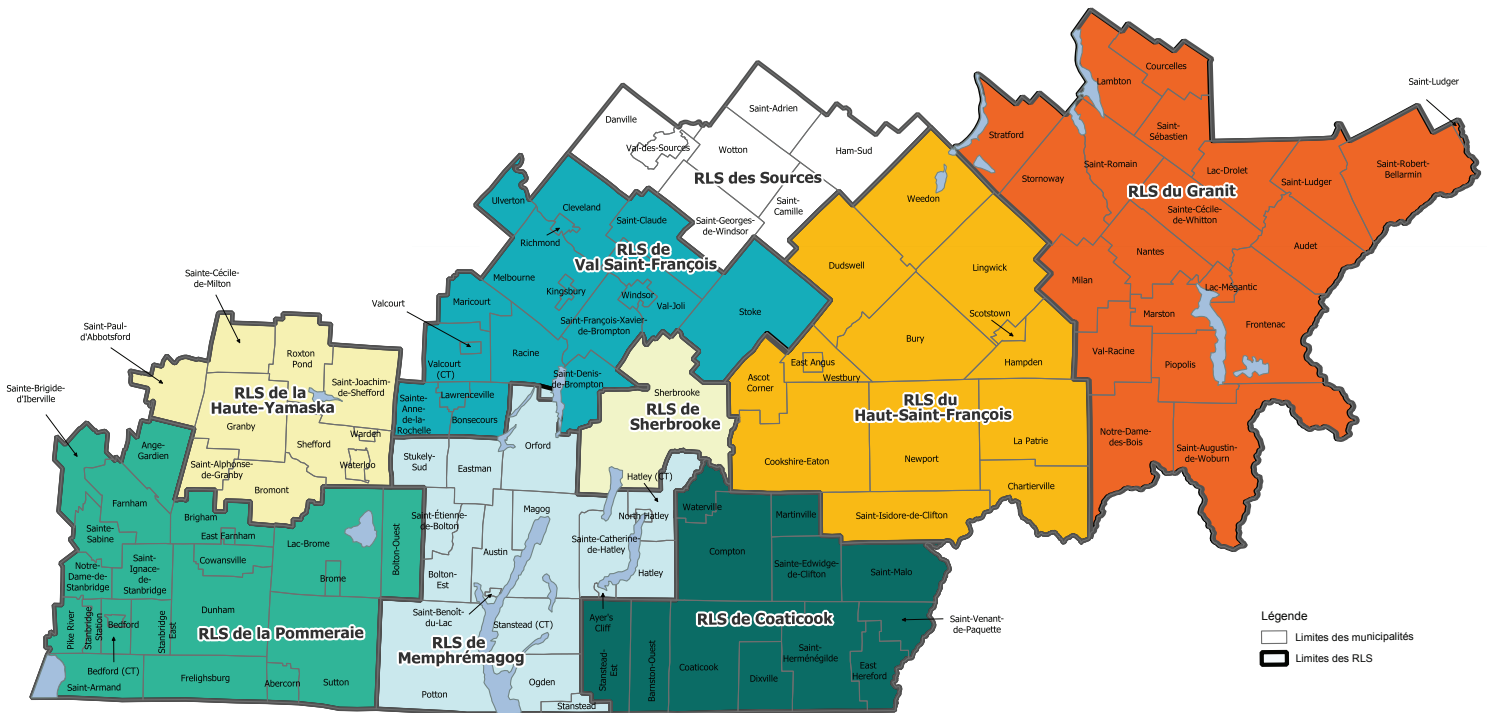
LA COHÉRENCE

Notre sens commun « LA COHÉRENCE » est un ensemble d'idées ou de propositions qui constituent un tout logique, sans contradiction, permettant de trouver un sens commun à une décision ou une action. Une parfaite cohérence mène à la compréhension, l'acceptation, la confiance et l'adhésion. Ainsi, la cohérence est le principe d'action qui doit nous guider dans les décisions et les actions à l'égard des personnes recevant des soins et des services, de leur entourage, des membres du personnel, des médecins, des instances participatives, de la population et des partenaires.



TERRITOIRE DU CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS

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





LA MISSION UNIVERSITAIRE

Le CIUSSS de l'Estrie - CHUS est le seul CIUSSS à intégrer la mission d'un centre hospitalier universitaire. Il compte une unité de recherche à l'Hôpital de Granby et trois infrastructures reconnues par les Fonds de recherche du Québec (FRQ), soit le Centre de recherche du CHUS (CRCHUS), le Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV) et l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPSSS), qui fait également l'objet d'une désignation ministérielle. 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. Ce rôle s'actualise par l'intégration de tous les volets de la mission universitaire (enseignement, recherche, transfert des connaissances, évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (UETMISSS), pratiques de pointe et rayonnement) auxquels s'ajoute la télésanté, et ce, tant sur le plan des activités cliniques qu'administratives. Cette contribution repose sur de solides collaborations avec de nombreux partenaires, dont l'Université de Sherbrooke.



QUELQUES ÉVÉNEMENTS MARQUANTS

Cette année encore, la recherche a poursuivi son essor et sa structuration. À titre d'exemples :

- L'obtention d'un soutien financier de 16,4 millions pour l'acquisition d'un appareil préclinique d'imagerie par résonance magnétique de pointe au CRCHUS;
- Le prix de la **Découverte de l'année du magazine Québec Science** attribué par vote du public à une équipe du CRCHUS pour sa découverte portant sur la durée des congés de maternité et les bienfaits de ces derniers sur la santé mentale des enfants;
- Trois **prix d'excellence du FRQ - Santé** remis à du personnel de recherche œuvrant dans notre établissement : Mathieu Hamel, Lucien Junior Bergeron et Amélie Tétu;
- La réalisation de la deuxième édition de la semaine de la conduite responsable en recherche en partenariat avec l'Université de Sherbrooke;
- Le déploiement de présentations et d'outils visant à démystifier les processus liés à l'autorisation des projets de recherche dans l'organisation;
- L'implantation du processus lié à l'évaluation des facteurs relatifs à la vie privée en recherche en lien avec les lois 5 et 25;
- La tenue des Moments de la recherche participative, par l'IUPLSSS, impliquant des personnes usagères et citoyennes ainsi que des organismes communautaires;
- L'élaboration par le CdRV de sa planification stratégique 2025-2031 et d'une démarche de renouvellement de centre de recherche collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé.

Douze projets ont été accompagnés par la nouvelle structure de soutien à l'innovation, dont la participation d'une direction clinique à l'Idéathon de l'Université de Sherbrooke et les suites de cette activité avec l'École de Design de Montréal.

L'équipe de transfert de connaissances a accompagné plusieurs projets d'identification et d'appropriation des meilleures pratiques, notamment en aide médicale à mourir, en développement des compétences des assistantes et assistants au supérieur immédiat (ASI) et face aux besoins des personnes trans et non-binaires.

L'UETMISSS a publié l'avis d'évaluation **Diversité de genre | Optimisation de l'offre de soins et de services pour les personnes trans et non binaires au CIUSSS de l'Estrie – CHUS (volet 2)**, a ajouté l'évaluation de programme à son offre de services et s'est impliquée dans trois communautés de pratique et dans l'organisation d'un symposium provincial en évaluation des technologies et des modes d'intervention.

Ce sont plus de 8 200 documents électroniques, 30 000 recherches dans des banques de données bibliographiques et environ 2 000 prêts qui ont été réalisés à notre bibliothèque.

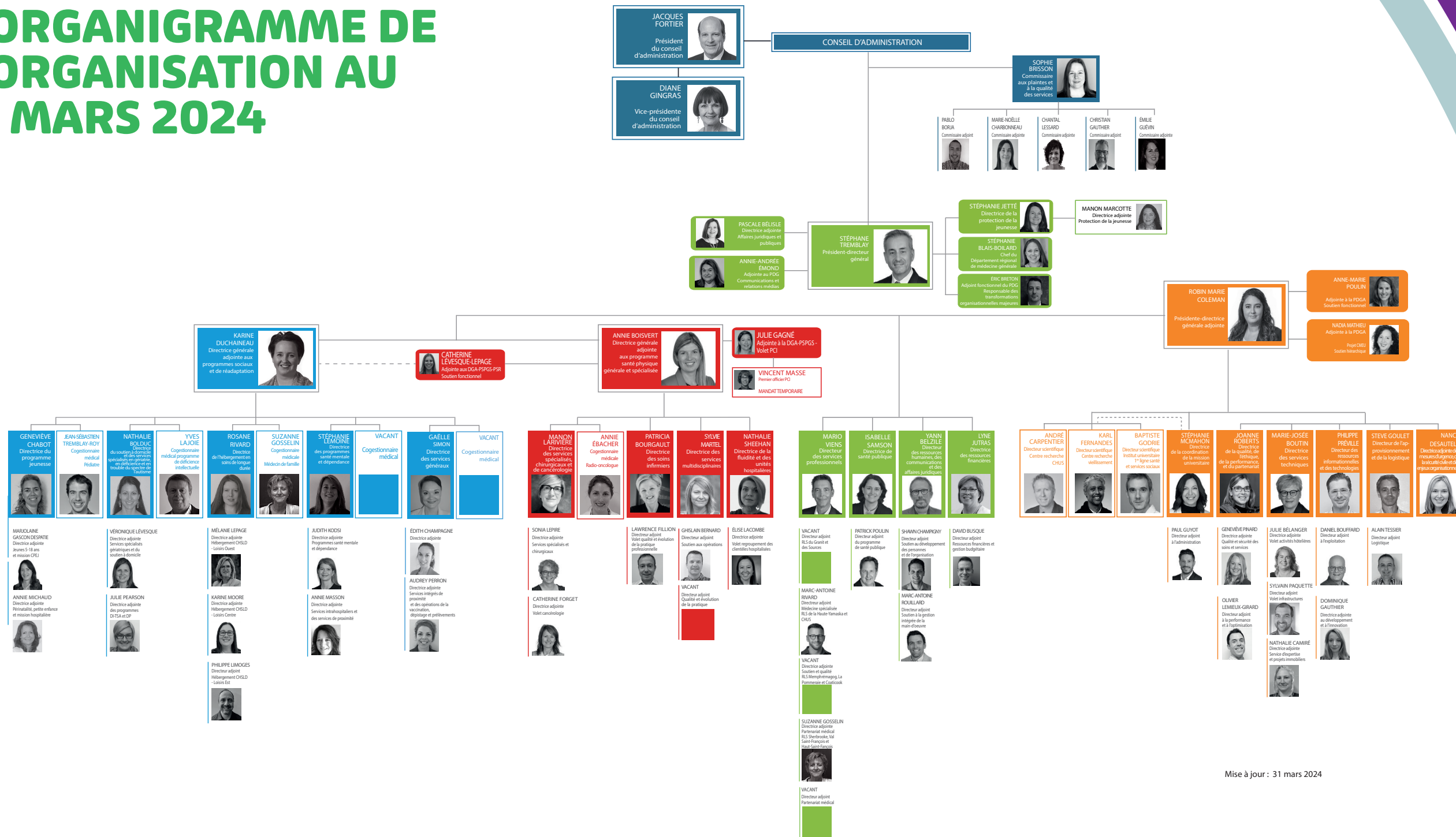
Le service de suivis virtuels en milieu de vie en maladie pulmonaire obstructive chronique a été reconnu comme pratique exemplaire de télésanté par l'Organisation des normes en santé.

Enfin, ce sont plus de 13 484 stages dans 99 disciplines qui ont été réalisés dans notre organisation. Le Service enseignement facilite également l'expérience de 438 externes et 691 résidents et résidentes en médecine afin de contribuer à la formation.

LE RÉSEAU UNIVERSITAIRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (RUISSS) DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Le RUISSS de l'Université de Sherbrooke déploie l'ensemble de sa mission en santé et services sociaux, autant clinique qu'universitaire, à travers l'Estrie, la Montérégie, le Centre-du-Québec, et ce, jusqu'au Saguenay-Lac-Saint-Jean. Au cours de l'année 2023-2024, les membres ont œuvré à bonifier l'organisation des services de proximité ainsi que l'offre de formation universitaire afin d'assurer la diplomation des personnes étudiantes. Au sein du continuum recherche/innovation, certains travaux sont d'ailleurs reconnus comme étant des pratiques innovantes. Étant membre du Comité stratégique de l'innovation du MSSS, l'équipe du RUISSS se mobilise pour favoriser le déploiement des innovations dans l'ensemble de son réseau, et ce, au profit de la population du Québec.

L'ORGANIGRAMME DE L'ORGANISATION AU 31 MARS 2024



Mise à jour : 31 mars 2024

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

COMPOSITION AU 31 MARS 2024

Jacques Fortier
Président

Diane Gingras
Vice-présidente

Gérald R. Cutting
Membre indépendant

André Forest
Membre indépendant

Rachel Hunting
Membre indépendant

Michel Kinumbe Elungu
Membre indépendant

Isabelle Boucher
Membre indépendant

Denis Roussel
Membre indépendant

Serge Therrien
Membre indépendant

Vacant
Membre indépendant

Renée Létourneau
Membre désigné
Conseil des infirmières
infirmiers

Patrice Lamarre
Membre désigné
Comité régional sur les
services pharmaceutiques

Michel Lafrance
Membre désigné
Comité des usagers du
centre intégré

Audrey Roussel
Membre désigné
Conseil multidisciplinaire

Simon Bérubé
Membre désigné
Conseil des médecins,
dentistes et pharmaciens

Raymonde Vaillancourt
Membre désigné
Département régional de
médecine générale

Jocelyne Faucher
Membre nommé
Université

Jean Roy
Membre nommé
Université

Patrick Boucher
Membre désigné
Fondations

Stéphane Tremblay
PDG - Membre d'office

LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE À L'INTENTION DES ADMINISTRATEURS

Pour prendre connaissance du Code d'éthique et de déontologie à l'intention des administrateurs, bien vouloir prendre connaissance de l'annexe 1 qui se trouve à la fin du présent rapport. À noter que pour l'année de référence 2023-2024, aucun cas disciplinaire ou manquement n'a été constaté par les instances.

COMITÉS, CONSEILS ET INSTANCES CONSULTATIVES

COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

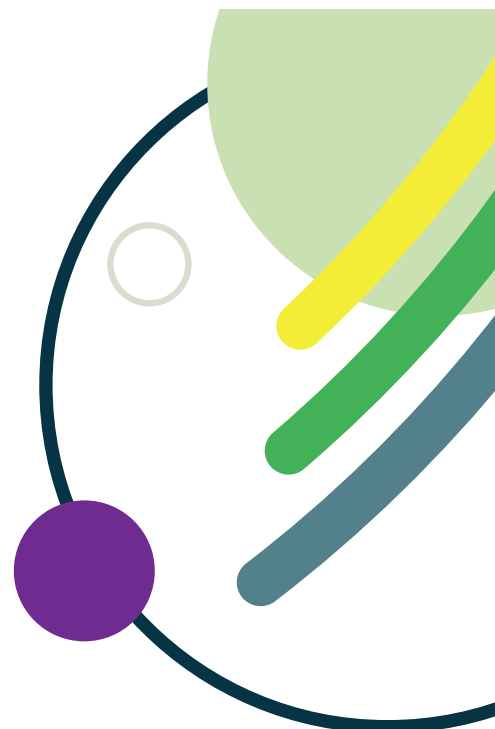
- Comité de gouvernance et d'éthique;
- Comité de vigilance et de la qualité;
- Comité de vérification et de suivis budgétaires;
- Comité des ressources humaines et des communications;
- Comité sur la mission universitaire;
- Comité de gestion des risques;
- Comité de révision;
- Comité des mesures disciplinaires.

CONSEILS PROFESSIONNELS

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

INSTANCES CONSULTATIVES

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





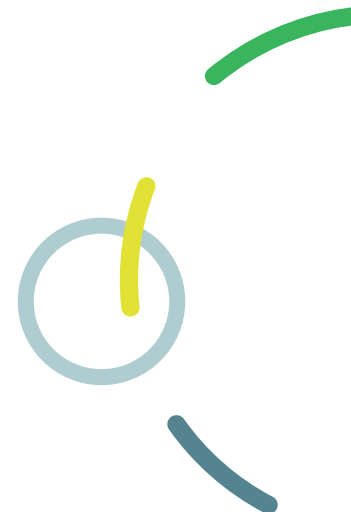
LES FAITS SAILLANTS

LA STRATÉGIE 2023-2027

Au cours de la dernière année, notre plan d'action a entièrement été revu afin de définir clairement la vision, les orientations et les objectifs qui guideront notre organisation jusqu'en 2027. En phase avec la Loi 15 et le Plan santé de M. Dubé, notre stratégie 2023-2027 vise l'atteinte des objectifs communs par l'alliance de nos forces et de nos savoirs selon quatre grandes nouvelles orientations :

- Favoriser le chez-soi comme milieu le plus adapté au mieux-être;
- Offrir des milieux de travail qui contribuent au développement et à l'épanouissement;
- Transformer les pratiques grâce à la mission universitaire;
- Contribuer au développement durable sur les plans social, économique et environnemental.

LE BIEN-ÊTRE COLLECTIF DES MEMBRES DE NOTRE ORGANISATION



Un projet novateur pour une gestion du temps optimisée

Afin que notre personnel bénéficie d'une meilleure conciliation travail et vie personnelle, une nouvelle méthode de confection des horaires a été implantée au sein de certains secteurs de notre établissement. D'abord un projet pilote, AgiliT s'est répandu et est maintenant utilisé par plus de 5 500 personnes.

Récipiendaire de deux prix d'excellence, ce projet d'horaire collaboratif permet aux membres d'une même équipe de travail d'apporter des modifications à leur horaire en temps réel en plus de pouvoir y inscrire leurs préférences. Parmi les avantages qu'apporte cette initiative, on peut nommer la réduction du temps supplémentaire obligatoire, l'amélioration du climat de travail, une connaissance anticipée des horaires ainsi qu'un sentiment grandissant d'inclusion et d'écoute au sein des équipes de travail.

Un nouveau pôle de recherche

En mars dernier, notre établissement a établi un nouveau partenariat avec l'École de gestion de l'Université de Sherbrooke pour lancer le Pôle de recherche en excellence managériale dans les services de santé. Cette collaboration s'inscrit dans le contexte actuel de pénurie de main-d'œuvre et d'augmentation des besoins de la population.

Ce projet vise l'amélioration de l'environnement de gestion du système de santé et de services sociaux, un élément important dans la qualité de vie au travail. Pour y arriver, les équipes de gestion, sous la gouverne du professeur Pierre-Luc Fournier de l'Université de Sherbrooke, travailleront pour acquérir de nouvelles connaissances sur les compétences pouvant contribuer au dynamisme des équipes de travail et pour développer des programmes de formation qui seront offerts aux gestionnaires du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

L'embauche de nouvelles recrues

Encore cette année, l'établissement a poursuivi ses efforts en ce qui a trait au recrutement et un total de 3 165 nouvelles ressources a rejoint notre organisation, et ce, toute catégorie d'emploi confondue.

Pour y parvenir, l'établissement a déployé des initiatives pour augmenter sa visibilité, telles que la publication de contenu sur sa page Web en recrutement ainsi que sa participation à une multitude d'événements à des fins de promotion dans tous les réseaux locaux de services de l'Estrie.

Les stratégies nationales ont également contribué à l'embauche de nouvelles personnes. À titre d'exemples, on peut nommer le programme de mise à niveau offert au personnel formé en soins infirmiers à l'étranger, la formation accélérée pour devenir préposé(e) aux bénéficiaires en trois mois ou encore celle permettant de devenir auxiliaire aux services de santé et sociaux.

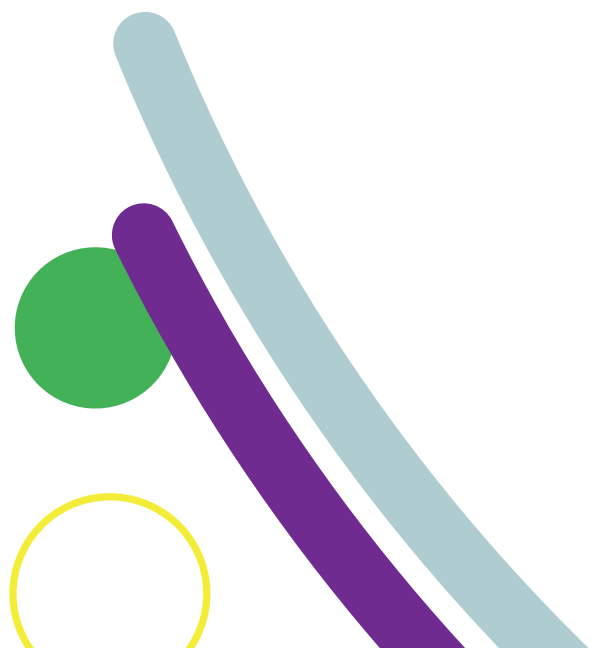
LA POURSUITE DE NOTRE MOBILISATION ENVERS LES JEUNES ET LEUR FAMILLE

Le volet jeunesse demeure une priorité pour notre organisation et les travaux entourant le Plan d'action pour les jeunes et leur famille ont toujours cours. Afin de constater son état d'avancement ou de prendre connaissance de l'ensemble des services offerts aux familles et leurs modalités d'accès, nous vous invitons à consulter régulièrement le site santeestrie.qc.ca/ciuss/projets-majeurs/tous-concernes.

Dans l'objectif de maximiser le soutien offert aux familles vulnérables, notre organisation ainsi que plusieurs de ses partenaires, dont le Centre de services scolaire du Val-des-Cerfs, la Maison des familles de Granby et région et le Centre de pédiatrie sociale de la Haute-Yamaska, se sont ralliés afin de créer l'initiative Agir ensemble. Les personnes prenant part à ce projet travailleront en étroite collaboration, apportant chacun et chacune leur propre expertise, pour veiller au bien-être des enfants du territoire de la Haute-Yamaska. Grâce à la multidisciplinarité de cette stratégie, des filets de sécurité pourront être mis en place plus facilement et plus efficacement autour des enfants et des familles en besoin de soutien. Ayant déjà accompagné 85 enfants depuis janvier 2023, les équipes d'intervention continueront d'unir leurs forces pour travailler davantage en amont auprès des jeunes et leur famille dans le but qu'à terme, Agir ensemble parvienne à faire diminuer les signalements et les listes d'attente à la Direction de la protection de la jeunesse.

DES CHANGEMENTS À NOTRE PLAN D'ORGANISATION

Pour faire face aux défis du marché de l'emploi actuel, le ministre de la Santé et des Services sociaux a adressé la même demande à tous les établissements de santé du Québec, soit que la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) se concentre uniquement sur la gestion des ressources humaines. De ce fait, la DRHCAJ est devenue la Direction des ressources humaines et les autres services dont elle était responsable ont été transférés. Ainsi, le service des communications et relations médias a été transféré sous la gouverne du président-directeur général. En ce qui a trait au service des affaires juridiques, celui-ci a été déplacé à la Direction adjointe des affaires publiques, qui porte maintenant le nom de Direction adjointe des affaires juridiques et publiques, et finalement, la Direction de la coordination de la mission universitaire a accueilli le service de l'enseignement. Ces changements à notre structure organisationnelle permettront de mieux répondre aux besoins de la clientèle, de ses proches et de la population.





DES INSTALLATIONS MIEUX ADAPTÉES AUX BESOINS DE LA CLIENTÈLE

Afin d'offrir des milieux de vie et de soins qui répondent aux besoins de la clientèle et du personnel, la modernisation de nos installations demeure une priorité :

Maison des aînés et alternatives

Les travaux entourant la construction des maisons des aînés et alternatives en Estrie vont bon train. En février dernier, la Maison des aînés et alternative de Magog a ouvert ses portes à la clientèle. Concernant celles de Granby, de Coaticook et de Lac-Mégantic, les travaux se poursuivent et elles devraient accueillir leurs premières personnes résidentes au cours des deux prochaines années. Pour suivre l'avancement des projets et pour connaître les dates d'ouverture de ces nouveaux milieux de vie, n'hésitez pas à consulter régulièrement le site <https://www.santeestrie.qc.ca/ciuss/projets-majeurs/maisons-des-aines-et-alternatives>.

Centre Mère-Enfant et la nouvelle urgence de l'Hôpital Fleurimont

En raison de la pénurie de main-d'œuvre et de matériaux qui fait cours présentement dans l'industrie de la construction, les travaux entourant le projet ont pris du retard. L'accueil de la clientèle est donc reporté au mois de septembre 2025. À terme, des services améliorés en pédopsychiatrie, en pédiatrie, en maternité et en néonatalogie seront offerts dans cette nouvelle installation, qui sera désignée sous le nom Pavillon Enfant Soleil, de même qu'un meilleur accès à l'urgence du CHUS – Hôpital Fleurimont.

Modernisation de salles à l'Hôpital Fleurimont

Afin d'améliorer l'efficacité des interventions pratiquées en hémodynamie et en angiographie, les salles de ces deux secteurs ont été modernisées. Le secteur de l'hémodynamie, destiné à la cardiologie d'intervention, a bénéficié du remplacement de ses deux appareils ainsi que du réaménagement de sa salle d'intervention en format hybride. En ce qui concerne l'angiographie, consacrée à l'étude des vaisseaux sanguins, aux interventions complexes au cerveau ou au traitement d'urgence des AVC, il y a eu le remplacement d'un appareil et l'acquisition de nouveau matériel à la fine pointe de la technologie. Chacun de ces secteurs intervient auprès d'environ 3 500 personnes usagères par année, et, grâce à cette mise à niveau, les interventions seront plus efficaces et la récupération des patients et des patientes, plus rapide.

Aire ouverte Estrie

Le 18 mars dernier, l'équipe d'Aire ouverte a procédé à l'inauguration de ses locaux afin d'offrir un espace accueillant pour les jeunes de la région âgés entre 12 et 25 ans. L'équipe est composée d'intervenants psychosociaux et d'intervenantes psychosociales, de kinésiologues, de sexologues et de personnel infirmier. Elle offre des services repensés en santé physique, sexuelle et mentale ainsi que des services en lien avec les habitudes de vie, l'alimentation, les relations, les émotions et les projets de vie.

L'ÉQUITÉ, LA DIVERSITÉ ET L'INCLUSION

L'organisation a poursuivi la mise en place de sa politique sur l'équité, la diversité et l'inclusion. Divers outils ont été mis à la disposition de l'ensemble de la communauté interne, dont des modèles de correspondances, une formation ainsi qu'un aide-mémoire sur l'écriture inclusive. L'objectif poursuivi par cette démarche est d'évoluer vers un milieu où l'équité, la diversité et l'inclusion sont omniprésentes.

L'IMPORTANCE DE LA SANTÉ MENTALE DANS LA POPULATION

Il est important pour notre organisation d'améliorer les services en santé mentale et de les rendre plus accessibles. C'est pourquoi plusieurs initiatives ont été déployées au cours de la dernière année :

L'équipe ACCÈS

L'équipe ACCÈS offre des soins de santé et des services sociaux aux personnes vivant avec un problème de consommation d'opioïdes, ou vivant dans l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale. L'équipe se déplace afin de rencontrer les personnes où elles se trouvent, permettant ainsi d'améliorer leurs conditions de vie et de faciliter leur réhabilitation.

Les équipes mixtes d'interventions psychosociales et policières de proximité

Quatre nouvelles équipes mixtes d'interventions psychosociales et policières de proximité ont été déployées sur notre territoire, plus précisément en Haute-Yamaska, à Memphrémagog, dans le RLS de

La Pommeraie ainsi que dans les RLS de Val-Saint-François et Val-des-Sources. Grâce à ce type d'équipe, les interventions menées auprès des personnes en situation de crise sont plus efficaces et mieux adaptées, et cette collaboration entre les équipes psychosociales et policières permet d'assurer une prise en charge de la clientèle par le service adéquat. Pour ce faire, chacun des corps de police a accueilli un travailleur social ou une travailleuse sociale à ses bureaux pour bénéficier de soutien, de conseils et d'outils afin de mieux répondre aux besoins des personnes en détresse lors des interventions policières.

L'Éclaircie

En complémentarité aux projets de nos équipes, le ministère de la Santé et des Services sociaux a financé un projet opéré par le Partage Saint-François. En effet, nous avons récemment ouvert une maison de répit pour les personnes vivant une détresse psychologique ou une situation de crise psychosociale momentanée. L'Éclaircie peut accueillir jusqu'à huit personnes pour leur offrir du repos et de l'encadrement dans un espace calme et serein.

LA COVID-19

Dans la dernière année, bien que la COVID-19 ait poursuivi sa circulation dans la communauté estrienne et dans nos installations, nous avons été en mesure de consolider nos actions de rétablissement et de répondre aux besoins de la clientèle. L'équipe de la prévention et du contrôle des infections a redoublé ses efforts afin de sensibiliser le personnel aux bienfaits des pratiques de base, ce qui permet de circonscrire virus et bactéries.



A large, stylized white number '2' is centered within a green circle. The background is a dark blue gradient. To the left of the green circle, there are three curved lines in light blue, green, and yellow. Below the green circle, there is a yellow curved line and a purple circle. The overall design is modern and abstract.

2

**Les résultats au
regard de l'entente de
gestion et d'imputabilité**



RÉSULTATS DES ENGAGEMENTS ANNUELS DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

| INDICATEUR | Engagement 2023-2024 | Résultat au 31 mars 2024 | Engagement 2026-2027 |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--|
| ENJEU 1 : Une organisation plus humaine du travail | | | |
| Orientation 1 : Devenir un employeur de choix | | | |
| 3.03 - PS Taux de rétention 0-12 mois des nouvelles embauches dans le réseau | 76,5 % | N/D | 80,6 % |
| 3.02 - PS Pourcentage d'employés du réseau de la santé et des services sociaux qui recommandent leur établissement comme employeur | Établissement de la cible de départ | 21,3 % | + 4,5 % par rapport à la cible de départ |
| 3.06.01 - PS Nombre d'heures travaillées par les employés des agences de placement de personnel et par la main-d'œuvre indépendante | 203 684 | N/D | 0 |
| 3.01.02 - PS Pourcentage des employés formés sur les réalités autochtones | 100 % | 100 % | 100 % |



Commentaires

Indicateur 1 | Taux de rétention 0-12 mois des nouvelles embauches dans le réseau

Le taux de rétention du personnel est grandement influencé par la santé et le bien-être de la communauté interne. Par ailleurs, un sondage permettant de mesurer l'expérience-employé(e) et l'expérience gestionnaire est effectué annuellement, ce qui permet aux services de cibler les actions à mettre en place.

En plus de ces démarches, le comité Santé Globale des ressources humaines a identifié plusieurs actions soutenant l'évolution positive de notre taux de rétention et visant la santé et le bien-être au travail. À titre d'exemples : l'accompagnement des gestionnaires au quotidien pour une gestion bienveillante et de proximité, l'amélioration de l'expérience-employé(e) par la réduction des risques psychosociaux du travail, la promotion de la santé psychologique au travail et des saines habitudes de vie auprès du personnel ainsi que le développement de son potentiel pour son épanouissement.

Indicateur 2 | Pourcentage d'employés du réseau de la santé et des services sociaux qui recommandent leur établissement comme employeur

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS travaille à offrir des milieux de travail sains, sécuritaires et propices à la santé et au bien-être des membres de sa communauté interne. Pour ce faire, il favorise une culture de prévention ainsi que le développement et l'épanouissement des personnes qui y œuvrent, en offrant une expérience stimulante et des parcours enrichissants qui répondent à une quête de sens, le tout au sein d'environnements bienveillants.

Indicateur 3 | Nombre d'heures travaillées par les employés des agences de placement de personnel et par la main-d'œuvre indépendante

Les efforts se poursuivent afin d'éliminer le recours à la main-d'œuvre indépendante pour favoriser l'embauche du personnel au sein du réseau de la santé et des

services sociaux. D'ailleurs, suivant un règlement paru dans la Loi limitant le recours aux services d'une agence de placement de personnel et à de la main-d'œuvre indépendante dans le secteur de la santé et des services sociaux, le ministère de la Santé et des Services sociaux a énoncé que la main-d'œuvre indépendante devra être totalement retirée du CIUSSS de l'Estrie – CHUS pour tous les titres d'emploi au 19 octobre 2025.

Chaque direction actualisera des stratégies transitoires pour éliminer l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante, et ce, en maintenant son offre de services. Quatre cibles intermédiaires représentant chacune une réduction de 20% de la main-d'œuvre indépendante ont été convenues pour atteindre les cibles progressivement. De plus, une stratégie de visibilité et d'embauche flexible et rapide de la main-d'œuvre indépendante qui se retrouvera sans contrat est déjà en place et en cohérence avec la cadence proposée pour le retrait de la main-d'œuvre indépendante.

Malgré les défis, les gains visés sont à moyen et long terme :

- Offrir plus de stabilité aux personnes usagères et aux équipes avec une main-d'œuvre interne rehaussée;
- Favoriser une meilleure prévisibilité de l'offre de soins et services par une gestion plus saine de la main-d'œuvre;
- Accroître l'équité au sein de notre communauté interne et agir sur sa santé et son bien-être pour favoriser un climat de travail sain.

Indicateur 4 | Pourcentage des employés formés sur les réalités autochtones

L'objectif fixé par le ministère de la Santé et des Services sociaux quant au nombre de personnes formées sur les réalités autochtones a été atteint par l'établissement. Pour ce faire, la formation a été intégrée au programme d'accueil organisationnel et des portraits d'atteinte de la cible par secteurs ont été réalisés.

| INDICATEUR | Engagement 2023-2024 | Résultat au 31 mars 2024 | Engagement 2026-2027 |
|--|----------------------|--------------------------|----------------------|
| ENJEU 2 : Une population en santé | | | |
| Orientation 2 : Être proactif et agir de façon préventive | | | |
| 1.01.41 – PS Proportion des élèves de 3 ^e année du secondaire ayant une couverture vaccinale complète | 78 % | N/D | 84 % |
| 1.09.33.01 – PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours | 60 % | 36,5 % | 80 % |

Commentaires

Indicateur 1 | Proportion des élèves de 3^e année du secondaire ayant une couverture vaccinale complète

Étant donné que cet indicateur ne figurait pas dans le Rapport annuel de gestion de l'année dernière, le résultat officiel ne sera disponible qu'en septembre. D'ailleurs, les activités de vaccination en milieu scolaire ont lieu au printemps, donc les données seront plus représentatives et comparables à ce moment. Toutefois, selon notre estimation, la proportion des élèves de 3^e année du secondaire ayant une couverture vaccinale complète serait de 58,7 %, ce qui positionne le CIUSSS de l'Estrie – CHUS au-dessus de la moyenne provinciale, qui est de 56,3 %.

Afin d'améliorer ce résultat, des plages de rendez-vous de vaccination en points de services locaux pour les personnes ayant entre 4 et 17 ans ont été ouvertes, entre autres, pour la période estivale. Une relance téléphonique est également effectuée auprès des personnes en 3^e année du secondaire qui n'ont pas leur vaccination complète.

Indicateur 2 | Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours

La cible n'a pas été atteinte. Toutefois, une amélioration a été notée comparativement à l'année dernière, et ce, malgré le fait que nos blocs opératoires aient fonctionné à environ 80 % de leur capacité. Ce ralentissement nous contraint à dédier une plus grande partie de notre temps opératoire disponible aux urgences et aux semi-urgences.

Pour compenser le manque de capacité en centre hospitalier, nous avons renouvelé et élargi nos contrats avec les centres médicaux spécialisés. Toutefois, ces contrats comptent plusieurs contraintes quant au type de chirurgies transférables et à la condition médicale de la clientèle.

De plus, nos équipes déploient tous les efforts nécessaires afin de maximiser l'utilisation des blocs opératoires et des centres médicaux spécialisés en offrant à la clientèle hors délais d'être opérée par un autre chirurgien ou dans un autre bloc opératoire et beaucoup de patients et patientes hors délais sont traités en dehors des heures ouvrables par du personnel de chirurgie volontaire.

| INDICATEUR | Engagement 2023-2024 | Résultat au 31 mars 2024 | Engagement 2026-2027 |
|--|----------------------|--------------------------|----------------------|
| ENJEU 3 : Un accès aux soins et services en temps opportun | | | |
| Orientation 3 : Offrir une expérience patient axée sur l'accessibilité et la qualité | | | |
| 1.06.20 - PS Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agir tôt | 485 | 1 494 | 646 |
| 1.06.06 - PS Pourcentage des premières interventions à l'évaluation en Protection de la jeunesse réalisées à l'intérieur de 14 jours | 48 % | 39,53 % | 63 % |
| 1.08.17 - PS Proportion des usagers ayant reçu des soins et services en santé mentale dans les délais prescrits | 72 % | 49,65 % | 75 % |
| 1.03.05.06 - PS Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile | 26 162 | 26 637 | 27 713 |
| 1.03.25 - PS Nombre de personnes en attente d'un premier service de soutien à domicile | 1 948 | 2 472 | 1 420 |
| 1.03.05.05 - PS Nombre d'heures de service de soutien à domicile longue durée, courte durée et soins palliatifs rendues à domicile | 1 840 785 | 2 091 509 | 2 310 708 |
| 1.09.54 - PS Pourcentage des personnes ayant consulté un professionnel de la santé à l'intérieur de 36 heures dans les cliniques médicales | 20 % | 37,2 % | 30 % |
| 7.04.06 - PS Pourcentage d'usagers ayant eu accès à un service en CLSC dans les délais établis selon la priorisation | 75 % | 69,13 % | 78 % |

| INDICATEUR | Engagement 2023-2024 | Résultat au 31 mars 2024 | Engagement 2026-2027 |
|---|----------------------|--------------------------|----------------------|
| 1.09.58 - PS Pourcentage des personnes attirées à un professionnel ou à une équipe de soins de première ligne | 83 % | 78,81 % | 90 % |
| 1.09.16.01 - PS Délai moyen de prise en charge à l'urgence pour toute la clientèle | 163 minutes | 184 minutes | 87 minutes |
| 1.09.01 - PS Durée moyenne de séjour sur civière | 14,4 heures | 15 heures | 12,4 heures |
| 1.09.56 - PS Pourcentage des demandes de consultations en médecine spécialisée dont les délais d'attente prévus sont dépassés | 50 % | 67,04 % | 15 % |
| 1.09.32.00 - PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an | 722 | 1 353 | N/D |

Commentaires

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

Ce sont 1 494 enfants qui ont bénéficié de ce service de dépistage, ce qui représente une hausse de 685 enfants comparativement à l'année précédente (total de 809 enfants pour l'année 2022-2023). Ce résultat témoigne de l'importance que nous accordons au développement de l'enfant, et ce, dès ses premières années de vie. En plus d'augmenter notre capacité d'accueil pour les enfants, nous travaillons constamment pour diminuer le délai d'accès au service de dépistage pour les enfants chez qui des vulnérabilités ou des retards de développement sont suspectés.

Indicateur 2 | Pourcentage des premières interventions à l'évaluation en Protection de la jeunesse réalisées à l'intérieur de 14 jours

Dans la dernière année, malgré les différentes actions mises en place en vue de recruter du personnel qualifié, le manque d'effectifs demeure. Ainsi, la Direction de la protection de la jeunesse doit composer avec une liste d'attente à l'étape de l'évaluation des signalements, ce qui représente un enjeu dans sa capacité à réaliser une première intervention à l'intérieur de 14 jours.

Malgré le contexte, différentes initiatives se poursuivent en collaboration avec nos partenaires afin d'offrir des services le plus rapidement possible aux enfants et à leur famille.

Indicateur 3 | Pourcentage des usagers ayant reçu des soins et services en santé mentale dans les délais prescrits

Santé mentale adulte

Dans la dernière année, nous n'avons pas atteint les cibles ministérielles. Malgré l'offre de nouveaux services tels que la mise en place d'une équipe d'intervention ainsi que le déploiement de groupes d'autosoins pour les personnes souffrant d'anxiété et de dépression ou vivant des enjeux relationnels, les demandes continuent d'augmenter.

Concernant l'accès à un ou une psychiatre, malgré quelques gains, les efforts doivent se poursuivre. D'ailleurs, une ressource intermédiaire en santé mentale offrant 20 places à des personnes usagères hospitalisées dans la région de Sherbrooke ouvrira ses portes d'ici l'automne 2024.

Santé mentale jeunesse

Dans la dernière année, plusieurs travaux permettant d'améliorer l'accès aux services en santé mentale jeunesse ont été réalisés. Également, en première ligne, 79 % des personnes usagères ont reçu un service dans les délais ciblés, et, pendant leur période d'attente, elles ont pu bénéficier d'un soutien adapté à leurs besoins. En deuxième ligne, 20 % de la clientèle a reçu un service dans les délais ciblés. Toutefois, il est important de souligner que le nombre de jeunes en attente est passé de 172 (2022-2023) à 127 (2023-2024), ce qui représente une grande amélioration.

Finalement, les travaux visant l'amélioration de l'accès aux services se poursuivront dans la prochaine année. À titre d'exemples, le mécanisme d'accès en santé mentale jeunesse sera consolidé et nous déploierons tous les efforts nécessaires pour nous rapprocher du milieu de vie de la clientèle.

Indicateur 4 | Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile

Encore cette année, le nombre total de personnes ayant bénéficié de services de soutien à domicile a augmenté. Le déploiement de l'offre de soutien à domicile se poursuit, en cohérence avec les orientations stratégiques du ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'établissement.

Indicateur 5 | Nombre de personnes en attente d'un premier service de soutien à domicile

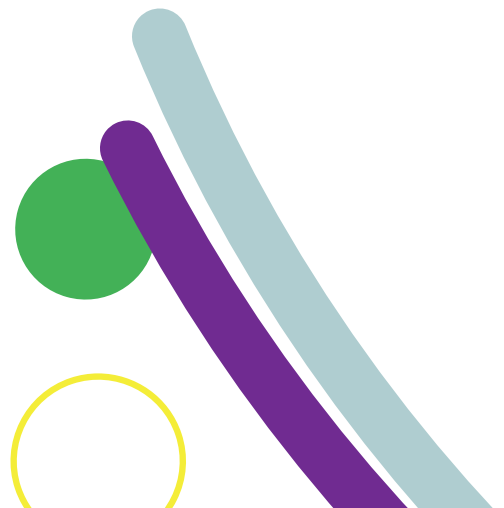
Au cours de la dernière année, différents travaux ont été effectués afin de diminuer le nombre de personnes en attente d'un premier service de soutien à domicile. En fin d'année 2022-2023, 3 472 personnes étaient en attente, et ce nombre a diminué à 2 472 à la fin de l'année 2023-2024. Afin de poursuivre la diminution du volume de la clientèle en attente d'un premier service à domicile, les travaux vont se poursuivre au cours de la prochaine année.

Indicateur 6 | Nombre d'heures de service de soutien à domicile longue durée, courte durée et soins palliatifs rendues à domicile

Le nombre d'heures de service de soutien rendues à domicile a continué d'augmenter. Cette offre de services est en cohérence avec le plan d'action du ministère de la Santé et des Services sociaux, qui privilégie le chez-soi comme premier choix.

Indicateur 7 | Pourcentage des personnes ayant consulté un professionnel de la santé à l'intérieur de 36 heures dans les cliniques médicales

Bien que le résultat soit excellent, des travaux pour accompagner les groupes de médecine de famille et les cliniques sont en cours par le Département régional de médecine générale. Un agent régional d'amélioration continue de la qualité accompagne actuellement cinq groupes de médecine de famille afin d'améliorer leur accessibilité et d'autres pourront également bénéficier de cet accompagnement à l'automne 2024.



Indicateur 8 | Pourcentage d'usagers ayant eu accès à un service en CLSC dans les délais établis selon la priorisation

Soutenues par l'organisation, les directions ont débuté de nombreux travaux afin de suivre l'évolution de la clientèle et les efforts déployés commencent déjà à se refléter dans les résultats.

Afin d'offrir un premier service dans de meilleurs délais, de nombreuses actions ont été mises en place au cours des deux derniers mois.

Volet jeunesse

Pour l'année 2023-2024, le pourcentage de personnes usagères du volet jeunesse ayant eu accès à un service en CLSC dans les délais établis selon la priorisation est de 75,7 %.

Une attention particulière est portée à l'accès aux services en CLSC tout au long du parcours de vie de l'enfant. Voici quelques exemples :

- En amont : Pour les services préventifs OLO et SIPPE (avec la Direction de la santé publique), l'accès dans les délais par priorité est de 97,53 %. Cela témoigne de l'importance accordée à la promotion et à la prévention de la santé dès la grossesse et la petite enfance;
- Implantation de nouveaux services d'intervention Agir tôt 0-5 ans en CLSC, soit l'ergothérapie, la physiothérapie et la nutrition clinique. Des plans d'actions sont en cours pour consolider les services et favoriser l'accès;
- Pour les services de négligence sociale 0-12 ans (Programme d'intervention en négligence), l'accès dans les délais par priorité est de 74,7 %.

Indicateur 9 | Pourcentage des personnes attirées à un professionnel ou à une équipe de soins de première ligne

Durant l'année 2023-2024, 78,81 % de la population du territoire était attirée à un professionnel ou à une équipe de soins de première ligne. De ce nombre, 71,9 % étaient inscrits individuellement à un médecin de

famille et 7 % étaient inscrits à un groupe de médecine de famille. Pour l'instant, aucune inscription n'est réalisée directement auprès d'infirmiers ou d'infirmières praticien(ne)s spécialisé(e)s en soins de première ligne ou auprès d'un autre spécialiste de la santé en Estrie.

Ce pourcentage est influencé par différents éléments. En effet, le nombre de personnes admissibles à la Régie d'assurance maladie du Québec en Estrie est toujours en augmentation, alors que le nombre de médecins de famille diminue. Également, sept nouveaux postes de médecins en Estrie ne sont pas comblés.

Les travaux sur l'offre médicale et sur les équipes de première ligne préalables au démarrage du Guichet d'accès à la première ligne (GAP) ont modifié le portrait d'accès. Actuellement, l'accès de la clientèle sans médecin aux équipes de première ligne ne se résume pas à la présence ou non d'inscription (individuelle ou de groupe). Toute la clientèle orpheline a accès aux paniers de services, au même titre que celle inscrite en groupe.

Indicateur 10 | Délai moyen de prise en charge à l'urgence

Nous avons observé une grande proportion de la clientèle identifiée en priorités 4 et 5 dans les salles d'attente des urgences du territoire, ce qui fait varier notre indicateur de performance au niveau de sa prise en charge globale pour le secteur de nos urgences.

Plusieurs facteurs sont identifiés comme freins à la performance, tels que le refus de réorientation, les plages horaires de réorientation limitées et les critères de réorientation, qui devront d'ailleurs être réévalués et uniformisés.

Afin d'améliorer le délai moyen de prise en charge à l'urgence, des démarches d'amélioration sont en cours et l'implantation du programme des alternatives à l'hospitalisation se poursuit.

Indicateur 11 | Durée moyenne de séjour sur civière

Nous déterminons que ce résultat est en amélioration. Pour ce faire, nous suivons les travaux provinciaux. De plus, des gains importants ont été acquis en santé physique et les travaux se poursuivront.

Par ailleurs, une diminution de la durée moyenne de séjour a été observée pour les personnes usagères de 75 ans et plus et le nombre de personnes usagères avec une durée moyenne de séjour de plus de 10 jours au niveau des unités d'hospitalisation a également grandement diminué.

Indicateur 12 | Pourcentage des demandes de consultations en médecine spécialisée dont les délais d'attente prévus sont dépassés

Malgré une augmentation des volumes d'activités de 173 % dans les trois dernières années, les listes d'attente continuent de s'allonger dans plusieurs spécialités. En effet, les demandes sont en constante augmentation.

Les actions souhaitées par le ministère de la Santé et des Services sociaux sont réalisées et le volet touchant la pertinence des demandes est également questionné.

Indicateur 13 | Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an

Nous n'avons pas atteint la cible, mais nous nous sommes améliorés comparativement à l'année passée, et ce, malgré le fait que nos blocs opératoires aient fonctionné à environ 80 % de leur capacité. Ce ralentissement nous contraint à utiliser une plus



grande proportion du temps opératoire disponible pour opérer la clientèle urgente ou semi-urgente sur qui les reports pourraient avoir des impacts sur la sécurité.

Pour compenser le manque de capacité, nous avons renouvelé et élargi nos contrats avec les centres médicaux spécialisés. Toutefois, plusieurs contraintes quant au type de chirurgies (chirurgie peu complexe, sans hospitalisation, etc.) et à la condition médicale de la clientèle (indice de masse corporel, apnée du sommeil, comorbidité, etc.) nous limitent dans notre capacité à opérer des patients et des patientes hors délais.

Des grands efforts de planification et de priorisation ont été déployés dans tous les blocs opératoires afin de nous assurer qu'aucune personne usagère n'est mise au programme trop tôt par rapport à son délai clinique. Cela nous a permis de générer de la capacité pour opérer des patients et des patientes hors délais.

Tous les efforts sont déployés pour augmenter la capacité de nos trajectoires périopératoires au niveau prépandémique. Nous nous assurons aussi de maximiser l'utilisation de tous nos blocs et de nos centres médicaux spécialisés en favorisant les deuxièmes offres de chirurgie à la clientèle hors délais. Nous réviserons en continu tous les programmes opératoires pour nous assurer que la priorisation de la clientèle respecte nos critères cliniques de priorisation et limite les inégalités interchirurgiens, interspécialités et interinstallations.

Légende

-  Atteinte de l'engagement annuel à 100 %
-  Atteinte de l'engagement annuel inférieur à 90 %

A large, stylized white number '3' is centered within a green circular shape. The background is a dark blue gradient. To the left of the green circle, there are three curved, parallel lines in shades of blue, green, and yellow. Below the green circle, there is a small purple circle and a yellow curved line.

3

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



L'AGRÉMENT

À l'instar de tous les établissements du Québec, le CIUSSS de l'Estrie - CHUS a été évalué par Agrément Canada à 3 reprises au cours du premier cycle 2018-2023, soit en 2019, en 2021 et en 2023 dans le cadre du Programme d'agrément Qmentum Québec. Le 28 septembre 2023, Agrément Canada nous confirmait notre statut d'établissement « agréé », ce qui signifie que l'établissement répond aux exigences fondamentales du programme d'agrément. Nous avons obtenu un taux de conformité globale de 94,4 %, correspondant à celui de la moyenne du Québec.

LES RÉSULTATS DE L'AGRÉMENT DU CYCLE 2018-2023

| | | Période de la visite | Taux de conformité globale | Nombre de non-conformités | POR Taux de conformité globale |
|---|---|----------------------|----------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| 1 | Gouvernance, leadership, normes transversales (prévention et contrôle des infections, gestion des médicaments, retraitement des dispositifs médicaux, santé publique) | Octobre 2019 | 92,4 % | 11 | 100 % |
| 2 | Jeunesse, santé mentale et dépendances | | 97,4 % | 23 | 95,3 % |
| 3 | Santé physique, services généraux, télésanté | Novembre 2021 | 93,6 % | 106 | 83,7 % |
| 4 | Déficiences physique, déficiences intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme | Février 2023 | 95,6 % | 15 | 92,7 % |
| 5 | Soutien à l'autonomie des personnes âgées | | 93,5 % | 38 | 88,1 % |
| Rapport d'agrément de fin du cycle CIUSSS de l'Estrie - CHUS | | | 94,4 % | | 83,4 % (262/314) |
| Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) | | | 94,4 % | | 81 % |

À ce jour, les suivis des non-conformités des visites de 2019 et 2021 ont été effectués selon les échéanciers demandés et tous ont été acceptés. En ce qui concerne les 53 non-conformités soulevées lors de la visite en février 2023, un suivi a été réalisé comme prévu le 24 février dernier, et des éléments supplémentaires ont été demandés relativement à six non-conformités. Les éléments les plus fréquemment notés sont la prévention du suicide, la sécurité à domicile et la prévention de la

violence. Pour plusieurs pratiques professionnelles, des comités d'amélioration continue ou des groupes de travail sont en place afin de structurer et de soutenir le déploiement des bonnes pratiques au sein des directions cliniques.

Enfin, au printemps 2023, le lancement du deuxième cycle 2023-2027 a été confirmé par Agrément Canada par l'annonce de quatre visites qui auront lieu au sein de notre établissement.

LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET SERVICES



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

Au cours de l'année, différentes activités pour promouvoir la déclaration des événements et la divulgation des accidents ont été réalisées. D'abord, afin de s'assurer que les pratiques attendues sont bien appliquées dans la gestion des événements, un soutien personnalisé et continu a été offert à chacune des directions, tant aux membres du personnel qu'aux médecins et aux gestionnaires.

Ensuite, les pratiques de base entourant la gestion des risques ont également été revues et bonifiées dans le programme d'accueil des nouveaux employés. De plus, la mise en place du système de déclaration électronique a été complétée au sein de toutes les installations, ce qui facilite la gestion

des déclarations en réduisant les délais, nous permettant ainsi d'avoir une vigie sur les données en temps réel.

Également, l'utilisation des données liées à la déclaration et à la divulgation des événements indésirables s'est améliorée par le biais du développement et de la bonification de tableaux de bord à l'aide de la plateforme PowerBi.

Finalement, afin de soutenir la culture de divulgation, un projet a été réalisé pour soutenir les gestionnaires et le personnel dans les différentes étapes. Cette initiative a été possible grâce à la collaboration de personnes usagères et au financement du Fonds Brigitte Perreault.

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

En Estrie, 36 226 événements ont été déclarés entre le 1^{er} avril 2023 et le 31 mars 2024. La moyenne de déclarations se situe à 2 787 événements par période. La majorité des événements déclarés se sont produits dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (55,7 %) et dans les centres hospitaliers (29,5 %).

Les principaux types d'événements déclarés sont reliés aux chutes (37,4 %) puis à la médication (25,6 %), suivis des événements autres (20,6 %), par exemple des blessures d'origine inconnue ou des plaies de pression.

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

| NATURE DES TROIS PRINCIPAUX INCIDENTS POUR 2023-2024 | | | |
|--|--------|--|---|
| PRINCIPAUX TYPES D'INCIDENTS (3) | NOMBRE | POURCENTAGE PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES INCIDENTS | POURCENTAGE PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES ÉVÉNEMENTS |
| Médication | 1 576 | 36,1 % | 4,4 % |
| Autres | 1 101 | 25,2 % | 3 % |
| • Autre | 659 | 15,1 % | 1,8 % |
| • Erreur liée au dossier | 129 | 3 % | 0,4 % |
| • Lié aux mesures de contrôle (isolement et contention) | 73 | 1,7 % | 0,2 % |
| • Lié à l'identification | 47 | 1,1 % | 0,1 % |
| • Trouvé en possession d'objets dangereux (arme à feu, arme blanche, etc.) | 12 | 0,3 % | 0,03 % |
| Traitement | 337 | 7,7 % | 0,9 % |

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

| NATURE DES TROIS PRINCIPAUX INCIDENTS POUR 2023-2024 | | | |
|--|--------|--|---|
| PRINCIPAUX TYPES D'ACCIDENTS (3) | NOMBRE | POURCENTAGE PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES ACCIDENTS | POURCENTAGE PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES ÉVÉNEMENTS |
| Chute | 13 561 | 42,6 % | 37,4 % |
| Médication | 7 704 | 24,2 % | 21,3 % |
| Autres | 6 366 | 20 % | 17,6 % |
| • Blessure d'origine inconnue | 2 040 | 6,4 % | 5,6 % |
| • Blessure d'origine connue | 1 178 | 3,7 % | 3,3 % |
| • Autre | 1 361 | 4,3 % | 3,8 % |
| • Lié aux mesures de contrôle (isolement et contention) | 180 | 0,6 % | 0,5 % |
| • Obstruction respiratoire | 385 | 1,2 % | 1,1 % |

Il est à noter que ces données sont celles disponibles en date du 19 juin 2024.

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

Structure de gouverne

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 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;
- Comité directeur sur la gestion intégrée des risques;
- Conseils professionnels.

ACTIONS GLOBALES ET TRANSVERSALES

Notre établissement s'est engagé à améliorer la qualité de ses soins et de ses services en réduisant les événements ayant des conséquences graves pour la clientèle. À cet égard, un rapport d'analyse sur la qualité des soins et des services a été produit pour identifier les priorités et les leviers d'amélioration. De plus, les stratégies de gestion de la qualité et de la sécurité ont été revues.

Grâce à des mesures identifiées dans le plan organisationnel de sécurité des usagers et dans la démarche qualité, nous avons pu démontrer le maintien de nos engagements liés à la promotion d'une culture de sécurité et à l'amélioration continue de la qualité des soins et services. Parmi celles-ci, mentionnons :

- La production de rapports périodiques sur la prestation sécuritaire des soins et des services aux personnes usagères;
- La production de portraits périodiques sur les événements sentinelles;

- Le suivi de l'avancement des travaux des différentes instances responsables de risques en regard de la sécurité des personnes usagères a été réalisé;
- L'amélioration de l'accès aux formations en lien avec la prévention du suicide;
- La réalisation d'activités pour souligner la *Semaine de prévention du suicide* auprès de la population, du personnel et de la clientèle.

Suivant un mandat qui lui a été confié par le ministère et pour lequel il collabore avec le Centre hospitalier universitaire de Québec - Université Laval, l'établissement a également démarré des travaux pour revoir les meilleures pratiques, analyser les défis et proposer des solutions porteuses afin de prévenir les chutes et les erreurs de médication.

GESTION DES RISQUES DU CIRCUIT DU MÉDICAMENT

La gestion du circuit du médicament au CIUSSS de l'Estrie – CHUS inclut notamment une structure de gouverne interdisciplinaire transversale composée d'un comité stratégique, d'un comité tactique et de huit comités opérationnels locaux.

Un processus de déclaration des réactions indésirables graves aux médicaments est en place dans l'ensemble du CIUSSS de l'Estrie – CHUS depuis le 16 décembre 2019 pour satisfaire aux exigences de la nouvelle *Loi visant à protéger les Canadiens contre les drogues dangereuses* (Loi de Vanessa). Plus de 996 effets indésirables graves aux médicaments ont été rapportés à Santé Canada depuis l'entrée en vigueur de la loi et une vigie est exercée par le comité de pharmacologie. Parmi les projets d'amélioration complétés, on compte les suivants :

- Changement du système expert informatique des pharmacies hospitalières de Granby et de Cowansville et intégration du système expert de Magog dans la base de données régionale;
- Renforcement de la sécurité en lien avec l'entreposage des médicaments dans les chambres de la clientèle;
- Mise à niveau de la stratégie pour la sécurité des narcotiques concentrés;
- Harmonisation de la prescription d'insuline sous-cutanée et intraveineuse, incluant une standardisation de la concentration des sacs d'insuline pour perfusion.

SURVEILLANCE, PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Cette année, le service de prévention et de contrôle des infections a lancé son nouveau programme définissant la vision et les grandes priorités d'action pour les trois prochaines années (2023-2026).

Le déploiement d'une offre de formation complète pour la communauté interne a été réalisé :

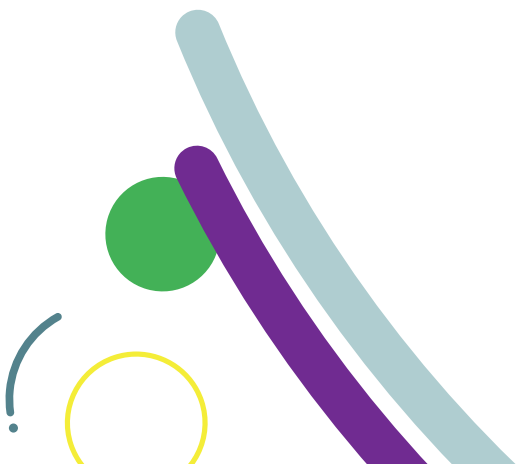
- À l'embauche : formation de base dans l'environnement numérique d'apprentissage;
- En cours d'emploi et aux deux ans : formation sous forme d'échanges via la plateforme Microsoft Teams selon la catégorie d'emploi (quatre catégories).

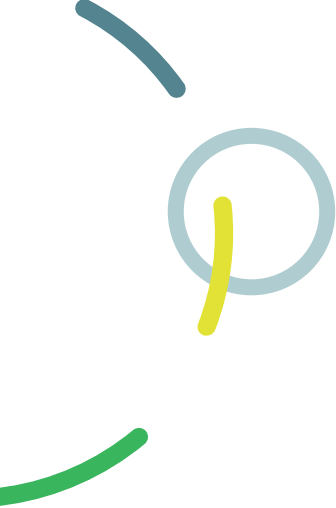
Le taux d'observance à l'hygiène des mains se situe pour la présente année à 70 %, et la cible ministérielle est de 80 %. Dans les prochaines années, un accent supplémentaire sera mis sur la valorisation des pratiques de base, soit l'hygiène des mains et l'étiquette respiratoire, par l'actualisation du plan d'action stratégique concernant les stratégies d'adhésion à l'hygiène des mains et à l'étiquette respiratoire (2024-2028).

Afin de maintenir la vigilance et le réflexe des cliniciens et des cliniciennes à la survenue d'un enjeu infectieux, des exercices de simulation ont été réalisés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) pour la gestion d'un épisode infectieux de COVID-19. Des ajustements ont été apportés en continu aux documents d'encadrement clinique pour soutenir les équipes de soins et de services selon l'évolution des connaissances scientifiques sur les mesures de prévention et de contrôle des infections pour tous les micro-organismes.

Finalement, la contribution à la surveillance provinciale des infections nosocomiales pour les programmes obligatoires a été actualisée pour ces infections, entre autres :

- COVID-19;
- Staphylococcus aureus résistant à la Méthicilline (SARM);
- Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV);
- Bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases (BGNPC);
- Diarrhée à Clostridioides difficile (DACD).





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

Les actions pour consolider la mise en application du cadre de référence sur les mesures de contrôle se sont poursuivies cette année. Un suivi et un accompagnement ont été effectués auprès de l'ensemble des directions afin qu'elles poursuivent l'amélioration continue des pratiques entourant l'utilisation des mesures de contrôle. Ainsi, plusieurs directions ont mis en place un comité de vigie responsable de l'actualisation des actions d'amélioration.

Un protocole interdisciplinaire concernant l'application de mesures de contrôle auprès de la clientèle hospitalisée en courte et en longue durée a été mis en place et des webinaires ont été organisés pour soutenir les gestionnaires dans sa mise en œuvre.

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

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

Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services

En 2023-2024, l'équipe des commissaires aux plaintes a conclu 1 802 dossiers de plaintes et d'interventions, ce qui représente une augmentation de 26 % par rapport à l'année précédente (1 426).

Les plaintes étaient majoritairement en lien avec la maltraitance, les soins et services dispensés et l'accessibilité aux soins et services. Au total, 1 462 mesures ont permis de rehausser la qualité et la sécurité des soins et services. Parmi celles-ci, 556 étaient relatives à la maltraitance, 307 aux soins et services dispensés et 120 à l'accessibilité.

Les principales mesures d'amélioration générées par les plaintes et les interventions concernent l'adaptation des soins et services, l'adoption ou la révision de règles et de procédures, et l'information ou la sensibilisation d'un intervenant ou d'une intervenante.

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

Le Protecteur du citoyen

Au cours de l'année 2023-2024, nous avons reçu 25 rapports s'adressant à différentes installations, dont 11 sans recommandations (voir la liste des recommandations au tableau 1). Dix dossiers ont été fermés, quatre demeurent en suivi, et 62 % des recommandations ont été actualisées. Les objets des recommandations des rapports reçus en cours d'année concernaient :

- La clarification du rôle et des responsabilités de l'aide sociale dans un dossier jeunesse;
- Le rappel des bonnes pratiques dans l'application des mesures en ce qui concerne l'élaboration et la révision du plan d'intervention en jeunesse;
- La documentation des dossiers selon les normes;
- La révision de l'offre de services destinée à la clientèle ayant besoin de services associés aux activités de la vie domestique;
- La production d'un état de situation en lien avec les délais de retour d'appel pour la prise de rendez-vous en service d'aide à la motricité;
- Le rappel des modalités d'application et de surveillance des mesures de contrôle ainsi que des bonnes pratiques.

TABLEAU 1

LISTE DES MESURES MISES EN PLACE 2023-2024 PROTECTEUR DU CITOYEN

| MESURES MISES EN PLACE | ÉTAT D'AVANCEMENT | |
|---|-------------------|----------|
| | RÉALISÉ | EN COURS |
| <ul style="list-style-type: none"> • Établir un plan concret en vue d'élargir les accès maternels avec des échéanciers précis en fonction des objectifs ciblés; • Procéder à la révision du plan d'intervention avec les parents en nommant concrètement les actions et les démarches à poser afin d'obtenir un élargissement des accès parentaux. | | X |
| <ul style="list-style-type: none"> • Suivre l'état d'avancement des travaux prévus au plan d'amélioration ainsi que les données statistiques concernant le nombre de scans thoraciques en attente de lecture pour l'installation concernée. | | X |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ajuster une facture d'usager en fonction de l'échange tenu avec le personnel. | X | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Élaborer et mettre en œuvre un plan d'action afin que les interventions menées par des aides sociales dans des dossiers en attente d'assignation à l'application des mesures n'outrepassent pas le rôle qui leur est dévolu dans le Guide de pratique en matière de visites supervisées et le libellé d'emploi de ces aides sociales, développer des mécanismes d'encadrement et de supervision pour s'assurer que les droits des usagers sont respectés et définir à qui appartient l'imputabilité des décisions; • Fournir à cette personne une formation sur la rédaction des notes aux dossiers, conformément au cadre de référence, dès son retour de congé; • S'assurer (ex. : formation, audits de dossiers) que cette personne documente les dossiers de la clientèle selon les normes. | | X |

| MESURES MISES EN PLACE | ÉTAT D'AVANCEMENT | |
|--|-------------------|----------|
| | RÉALISÉ | EN COURS |
| <ul style="list-style-type: none"> • Corriger la codification maison sur les factures en ajoutant un code correspondant au Code 88 de la circulaire; • Ajouter à la grille tarifaire une mention expliquant que tous les services hospitaliers comportent une tarification, même ceux qui ne sont pas énumérés dans la grille, incluant les interventions téléphoniques. | X | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Rappeler au personnel infirmier concerné l'importance de tenir compte de l'intensité de la douleur exprimée par la clientèle et intervenir en conséquence. | X | |
| <ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que l'installation concernée soit impliquée au niveau du plan de service individualisé et des contacts supervisés afin de mieux outiller le parent dans l'amélioration de ses capacités parentales auprès de son enfant; • S'assurer que des rencontres post-contacts, supervisées ou non, soient effectuées régulièrement pour que le parent puisse être en mesure de connaître ses bons coups et ce qu'il doit corriger dans ses actions, afin que les modalités de contacts s'améliorent; • S'assurer que les rapports destinés aux réviseurs et aux réviseuses ou au tribunal soient signés par les personnes qui ont une connaissance personnelle du dossier et par celles qui prennent des décisions au sujet de la personne usagère; • Afin de se conformer à la loi, procéder, dans les meilleurs délais, à l'élaboration d'un plan d'intervention en présence (virtuelle ou physique) des parties concernées; • Afin de se conformer à la loi, procéder, dans les meilleurs délais, à l'élaboration d'un plan de services individualisé en présence (virtuelle ou physique) des parties concernées; • Rappeler au personnel concerné qu'il est responsable des notes aux dossiers des personnes usagères, tout comme celles qu'il omette d'inscrire, et que les notes de supervision doivent également être inscrites aux dossiers; • Informer les personnes professionnelles concernées qu'elles se doivent de vérifier que la note relatant une discussion soit inscrite au dossier de la personne usagère, ainsi que de l'exactitude des faits en y apposant leur signature. | | X |
| <ul style="list-style-type: none"> • Rappeler au personnel infirmier de l'unité de médecine spécialisée de consigner au plan thérapeutique infirmier les constats ainsi que les directives de suivis spécifiques afin qu'ils soient disponibles, facilement repérables et ajustables tout au long du continuum de soins et de services. | X | |
| <ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que le personnel soignant de l'unité de gériatrie active maîtrise les modalités d'application et de surveillance des mesures de contrôle physique, chimique et d'isolement, particulièrement en ce qui concerne les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> . La description des mesures de remplacement tentées et leur efficacité avant l'utilisation de mesures de contrôle; . La description de l'utilisation de la mesure de contrôle et des moyens utilisés (buts et motifs d'application, nature, fréquence, durée, surveillance); . Le retrait d'une mesure de contrôle dès que le motif de son application n'est plus présent; . Le suivi et la réévaluation de la mesure de contrôle. | X | |

| MESURES MISES EN PLACE | ÉTAT D'AVANCEMENT | |
|--|-------------------|----------|
| | RÉALISÉ | EN COURS |
| <ul style="list-style-type: none"> • Produire un état de situation des délais de retour d'appel en ce qui a trait à la prise de rendez-vous pour les services d'aide à la motricité. | X | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Mesurer les risques se rapportant à une éventuelle modification ou au retrait du nombre d'heures octroyées pour des services associés aux activités de la vie domestique à la suite des modifications apportées aux critères d'accès dans l'actualisation de la politique de soutien à domicile publiée en 2023, pour les personnes suivantes : <ul style="list-style-type: none"> . Les personnes qui sont actuellement desservies et dont le niveau de besoin demeure inchangé; . Les personnes pour qui une évaluation antérieure a confirmé des besoins d'aide aux activités de la vie domestique et dont les heures ayant été octroyées pour ces services ont été mises en attente, faute de ressource; . Identifier les solutions alternatives qui seront privilégiées par l'établissement pour répondre aux besoins des personnes figurant présentement sur la liste d'attente pour des besoins reconnus antérieurement au niveau des activités de la vie domestique, mais ne se qualifiant plus pour ces mêmes services en vertu des nouveaux critères. | X | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Respecter les délais de révision des plans d'intervention, surtout en contexte de clarification de projet de vie; • Veiller à ce que le gestionnaire, ou une autre personne professionnelle à qui le personnel d'encadrement délègue cette tâche, s'assure de recevoir des indicateurs hebdomadaires, des plans d'intervention à faire ou à réviser et qu'il s'assure de faire les suivis appropriés auprès des personnes concernées; • Rappeler les bonnes pratiques aux personnes intervenantes du secteur de l'application des mesures en ce qui a trait à l'élaboration et la révision du plan d'intervention, notamment dans un contexte de clarification du projet de vie d'un enfant; • Veiller à favoriser la prise en charge des familles dont les enfants sont placés et en processus de clarification de projet de vie; • Animer auprès des différentes équipes en protection de la jeunesse le cadre de référence concernant la supervision des contacts; • S'assurer que la personne intervenante ait une discussion préalable avec un ou une gestionnaire ou un ou une spécialiste en activités cliniques lors de changements concernant les modalités de confirmation des contacts d'une personne usagère avec ses parents, afin que ce soit fait en cohérence avec la situation familiale et les besoins de l'enfant; • Procéder à une rencontre de suivi avec le parent afin de s'assurer que les modalités de contacts définies actuellement soient en cohérence et en respect avec les besoins de l'enfant, considérant l'évolution de la situation familiale et l'ordonnance actuellement en vigueur par la Chambre de la jeunesse; • Animer auprès des équipes les attentes envers les personnes intervenantes quant à leur attitude auprès de la personne usagère lors du traitement d'une plainte; • Rencontrer le personnel concerné visé par ce motif de plainte afin de le sensibiliser à son attitude et lui rappeler l'article 73 de la LSSSS. | X | |



| MESURES MISES EN PLACE | ÉTAT D'AVANCEMENT | |
|--|-------------------|----------|
| | RÉALISÉ | EN COURS |
| <ul style="list-style-type: none"> Prendre les moyens nécessaires pour signifier au personnel concerné les attentes de l'établissement en matière d'évaluation des signalements en abus physique à la Direction de la protection de la jeunesse. | X | |
| <ul style="list-style-type: none"> Ajouter, dans le plan des visites supervisées, des moyens concrets et mesurables pour l'atteinte des objectifs visés; Sensibiliser les personnes intervenantes, œuvrant en protection de la jeunesse, à l'importance de faire une rétroaction auprès des parents suivant les contacts supervisés avec leur enfants, et ce, en conformité avec le mandat d'aide, de conseil et d'assistance. | X | |

Le coroner

Au cours de l'année 2023-2024, l'établissement a reçu 11 rapports totalisant 16 recommandations et s'adressant à des installations différentes (voir la liste au tableau 2). Les plans d'action sont en cours afin d'actualiser l'ensemble de ces recommandations, et les objets de celles-ci concernaient notamment :

- La mise en place d'un comité interdisciplinaire de prévention des chutes;
- Le transfert d'informations entre les membres du personnel;
- L'application des outils de l'approche adaptée à la personne âgée;
- La documentation au dossier de la personne usagère;
- Le processus et la documentation entourant la vérification quotidienne des tapis d'avertissement;
- La révision du processus entourant les demandes d'aide médicale à mourir;

- L'évaluation du risque suicidaire dans un contexte de demande d'aide médicale à mourir;
- La diffusion de la liste des services disponibles pour une personne requérant l'aide médicale à mourir;
- L'implantation d'un service de soutien et de suivi psychologique pour une personne requérant l'aide médicale à mourir et n'y étant pas admissible.

Par ailleurs, l'établissement a reçu 86 rapports sans recommandations, portant pour la plupart sur des chutes de personnes usagères en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

TABLEAU 2

LISTE DES MESURES MISES EN PLACE 2023-2024 BUREAU DU CORONER

| MESURES MISES EN PLACE | ÉTAT D'AVANCEMENT | |
|--|-------------------|----------|
| | RÉALISÉ | EN COURS |
| <ul style="list-style-type: none"> • Procéder à la mise en place, dans les meilleurs délais, d'un comité interdisciplinaire de prévention des chutes et de la perte d'autonomie, pour l'installation concernée; • S'assurer que le personnel concerné soit informé de la mise en place d'un plan d'intervention pour une personne usagère afin de favoriser un continuum dans le maintien des mesures ciblées par un tel plan et le suivi des mesures; • S'assurer que les outils de « l'Approche adaptée à la personne âgée » soient mis en application, dans les meilleurs délais, non seulement auprès du Comité interdisciplinaire, mais également auprès du personnel de soins, de façon à favoriser la qualité et l'efficacité des plans d'interventions visant à s'assurer de la modification des facteurs de risque les plus importants; • S'assurer que les équipes de soins et que le Comité interdisciplinaire documentent les mesures mises en place pour une personne usagère et leur suivi, notamment au dossier de la personne usagère. | | X |
| <ul style="list-style-type: none"> • Implanter, dans les meilleurs délais, le processus et la mise en place de la documentation permettant la vérification quotidienne des tapis d'alarme pour l'ensemble des établissements du CIUSSS de l'Estrie - CHUS utilisant un tel appareil. | | X |
| <ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que le mobilier utilisé lors de l'application d'une mesure de contention physique (ex. : utilisation d'une ceinture de contention pelvienne) est adapté à la situation de santé de la personne usagère pour garantir sa sécurité et éviter que les risques encourus (par la mise en place de la mesure de contrôle physique) dépassent les bienfaits escomptés, dans les installations où les personnes usagères sont concernées par cet enjeu; • S'assurer que l'application d'une mesure de contention physique est précédée d'une évaluation rigoureuse de la globalité de la situation de santé de la personne usagère, laquelle doit se poursuivre en continu pendant toute la durée de sa mise en place, dans les installations où les personnes usagères sont concernées par cet enjeu. | | X |
| <ul style="list-style-type: none"> • Réviser la qualité de l'acte professionnel et des soins prodigués à la clientèle afin de déterminer si le congé médical qui est accordé est prématuré et, le cas échéant, mettre en place les mesures appropriées en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge de la clientèle en pareilles circonstances. | | X |
| <ul style="list-style-type: none"> • À la suite de toutes les chutes des personnes usagères, s'assurer que soit complété le plan thérapeutique infirmier en indiquant la chute dans la section « constats de l'évaluation » et en indiquant dans la section « suivi clinique » la ou les directives infirmières; • Améliorer les communications entre le personnel (préposés et personnel infirmier) des différents étages lors des urgences afin d'obtenir l'aide requise lorsque des membres du personnel d'un autre étage ne sont pas affairés à traiter des urgences; • Vérifier l'installation des bandes sensibles, lorsque requise, lors des tournées intentionnelles et l'inscrire au registre de signatures. | | X |

| MESURES MISES EN PLACE | ÉTAT D'AVANCEMENT | |
|---|-------------------|----------|
| | RÉALISÉ | EN COURS |
| <ul style="list-style-type: none"> Sensibiliser les visiteurs et visiteuses, par exemple, en mettant des affiches à des endroits appropriés dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée en les informant de ne pas donner de la nourriture à une personne qui y est hébergée, car ça peut représenter un risque pour sa santé et qu'il faut toujours demander au personnel soignant d'expliquer les particularités à considérer pour la personne hébergée. | | X |
| <ul style="list-style-type: none"> Les maisons de naissance doivent instaurer un protocole structuré pour permettre aux services d'urgence d'avoir accès à l'immeuble dès leur arrivée. À mettre en place : <ul style="list-style-type: none"> Considérant que les portes donnant accès aux chambres dans les maisons de naissance sont sécurisées en fonction de différents dispositifs (carte magnétique, code, clé, etc.), chaque établissement doit s'assurer que les mécanismes actuellement en place soient fonctionnels pour permettre au personnel ambulancier d'entrer dans la maison de naissance en situation d'urgence. Modifier les critères de distance d'un centre hospitalier lors de l'implantation de maisons de naissance. À mettre en place : <ul style="list-style-type: none"> Intégrer les sages-femmes au sein des équipes de base qui participent au programme approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO^{OB}); Prioriser les méthodes de formation continue en interdisciplinarité (ex. : programme de réanimation néonatale, GESTA); Effectuer des simulations, en temps réel, de situations en contexte de transfert en intégrant l'ensemble des personnes impliquées (incluant le personnel ambulancier) dans le processus afin d'identifier les points à améliorer; Effectuer des rétroactions sur certains transferts pour contribuer au processus d'amélioration continue. Réévaluer le matériel mis à la disposition des maisons de naissance et renforcer l'entraînement. À mettre en place : <ul style="list-style-type: none"> S'assurer qu'un moniteur de surveillance cardiaque portatif soit disponible dans chacune des maisons de naissance. | | X |

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

Au cours de l'année 2023-2024, l'établissement n'a reçu aucun rapport.

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

Au cours de l'année 2023-2024, l'établissement n'a pas reçu de visites d'inspections professionnelles.

LE NOMBRE DE MISES SOUS GARDE SELON LA MISSION DE L'ÉTABLISSEMENT

| | TOTAL ÉTABLISSEMENT (MISSION CH) |
|---|--|
| Nombre de mises sous garde préventive appliquées | 677 |
| 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 | 273 |
| Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées | 240 |
| Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement | 207 |
| Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée) | 190 |



L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

LES PLAINTES AU CŒUR DES DROITS DES USAGERS ET DES USAGÈRES

PORTER PLAINTÉ : UN DROIT DE LA PERSONNE USAGÈRE

Une personne usagère insatisfaite peut formuler une plainte relative aux services du réseau de la santé et des services sociaux. De plus, quiconque ayant des raisons de croire que les droits d'une personne usagère ou d'un groupe de personnes usagères ne sont pas respectés peut signaler la situation à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Cette dernière est aussi responsable de recevoir le signalement d'une situation potentielle de maltraitance envers une personne en situation de vulnérabilité en vertu de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*.

Voici quelques exemples de mesures d'amélioration découlant de l'examen des motifs de plainte et d'intervention les plus fréquents :

Mesures d'amélioration concernant la maltraitance :

- Que la cheffe d'unité responsable vérifie le bon fonctionnement de la cloche d'appel de la chambre qu'occupait la personne usagère à deux reprises et à des moments différents;
- Que la personne responsable installe des caméras dans les corridors de la résidence privé pour aînés (RPA) afin de mieux assurer la sécurité des personnes résidentes circulant dans le milieu.

Mesures d'amélioration concernant les soins et services dispensés :

- Que la cheffe de service s'assure que les membres concernés de son équipe consignent au dossier la vérification du siège de bébé au congé;
- Que les démarches en cours avec le soutien de la conseillère en soins se poursuivent afin de déployer une ordonnance collective pour l'utilisation du gel anesthésiant en milieu hospitalier lors de l'installation d'une sonde urinaire.

Mesures d'amélioration concernant les relations interpersonnelles :

- Que la cheffe de service responsable s'assure qu'un rappel soit fait auprès de son équipe concernant le processus visant à informer les personnes non-résidentes du Québec des frais liés à l'utilisation des services de santé au CIUSSS de l'Estrie - CHUS;
- Que l'infirmière visée ne soit plus impliquée dans le suivi de l'usagère et qu'une autre collègue la remplace, considérant l'absence de relation de confiance et malgré l'absence de manquement professionnel.

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

L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION

ÉQUIPES RLS (RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES)

Afin de jouer pleinement son rôle pour améliorer la santé et le bien-être de la population de son territoire, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a désigné une équipe RLS pour chacune des neuf municipalités régionales de comté (MRC) du territoire. Composées d'un hors cadre, d'un gestionnaire désigné, d'une personne à l'organisation communautaire et d'une ressource professionnelle en communication, ces équipes RLS représentent l'établissement auprès du monde municipal, des partenaires et de la population en matière de santé, de services sociaux et de développement social.

En 2023-2024, les équipes RLS ont poursuivi leur mission d'arrimage avec leurs partenaires locaux pour un total de 42 rencontres.

ASSEMBLÉES CITOYENNES

Afin de se rapprocher des communautés locales et de dialoguer avec les partenaires du milieu, le président-directeur général du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Dr Stéphane Tremblay, accompagné des membres des équipes RLS et du conseil d'administration, a complété la tournée des assemblées citoyennes amorcée l'année dernière.

Ces moments d'échanges ont pour objectif de répondre aux questionnements et aux préoccupations de la population en matière de santé et de services sociaux et ils permettent à l'établissement d'entendre la communauté afin de mieux cerner sa réalité, ses besoins et ses défis.

En 2023-2024, les assemblées se sont tenues aux dates suivantes :

- RLS du Val-Saint-François : 20 avril 2023
- RLS de la Haute-Yamaska : 25 avril 2023
- RLS des Sources : 3 mai 2023
- RLS du Granit : 20 juin 2023
- RLS de La Pommeraie : 26 septembre 2023
- RLS du Haut-Saint-François : 12 octobre 2023



PARTICIPATION DE LA CLIENTÈLE ET DES PERSONNES PROCHES AIDANTES

En complémentarité avec l'approche de responsabilité populationnelle et de développement des communautés, l'établissement encourage la participation des personnes usagères et de leurs proches dans l'amélioration des soins et services. Différentes initiatives ont été réalisées en 2023-2024 :

Sondages d'évaluation de l'expérience usager :

- Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) – 26 installations;
- Maternité – 3 unités;
- Santé mentale – cliniques externes et hospitalisation;
- Réadaptation intensive à domicile.

Groupes de discussion et entrevues :

- Soins palliatifs et de fin de vie;
- Trousse pour les personnes usagères collaboratrices dans l'organisation des soins et services;
- Accueil des résidents et résidentes en médecine (témoignages);
- Collaboration avec les personnes proches aidantes en milieu hospitalier;
- Capsule vidéo sur les plans d'interventions interdisciplinaires;
- Comité continuum maladies pulmonaires obstructives chroniques.

Comités et groupes de travail :

- Gestion des rendez-vous;
- Comité exécutif du conseil des infirmiers et des infirmières;
- Comité tactique Agir pour et avec l'utilisateur, ses proches et la population;
- Trajectoire en cancérologie;
- Stratégie 2023-2027;
- Collaboration avec les personnes proches aidantes en milieu hospitalier;
- Comité coordination soins palliatifs et fin de vie.

Comités des usagers :

- Consultations auprès des comités des usagers et comités de résidents du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

A large, stylized number '4' in white is centered within a green circular shape. The background is a dark blue gradient. To the left of the green circle, there are several curved, overlapping lines in shades of blue, green, and yellow. Below the green circle, there is a small purple circle and a yellow curved line.

4

**L'application de la
politique portant sur
les soins de fin de vie**



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

TABLEAU

L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie
(1^{er} avril 2023 au 31 mars 2024)

| ACTIVITÉ | INFORMATION DEMANDÉE | NOMBRE |
|---|---|--------|
| Soins palliatifs et de fin de vie | Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs | 3 482 |
| Sédation palliative continue | Nombre de sédations palliatives continues administrées | 208 |
| Aide médicale à mourir | Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées | 661 |
| | Nombre d'aides médicales à mourir administrées | 435 |
| | Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs | 164 |
| Aide médicale à mourir non administrées <i>Les motifs</i> | Décédé avant administration | 78 |
| | Répondait aux critères, mais a cessé d'y répondre | 11 |
| | Ne répondait pas aux conditions au moment de l'évaluation | 13 |
| | Le patient a changé d'idée/retiré sa demande | 34 |
| | Transfert vers un autre établissement | 4 |
| | Autres (<i>Sédation palliative continue</i>) | 24 |



SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

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

SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

Pour la sédation palliative continue, nous observons une légère augmentation par rapport aux années précédentes. Dans la majorité des cas (99,9 %), les deux formulaires (consentement et déclaration à la sédation palliative continue) ont été utilisés selon les critères de la loi.

Pour 2023-2024, 24 personnes avaient initialement rempli un formulaire de demande d'aide médicale à mourir; leur condition clinique a justifié le changement vers une sédation palliative continue (voir catégorie Autres parmi les demandes d'aide médicale à mourir non administrées).

AIDE MÉDICALE À MOURIR

De manière générale, il y a peu d'enjeux d'accès à l'aide médicale à mourir pour notre établissement, et ce, même avec l'augmentation des demandes d'aide médicale à mourir formulées.

Nous observons une croissance d'environ 12,5 % pour les demandes d'aide médicale à mourir formulées et une croissance de 8 % pour les demandes d'aide médicale à mourir administrées en 2023-2024.

Parmi les demandes administrées en 2023-2024, nous constatons que 6 % d'entre elles appartiennent à la catégorie en vigueur depuis mars 2021 : mort naturelle non raisonnablement prévisible. Cette statistique demeure stable par rapport à 2022-2023 (8 % par rapport à 6 %).

Tout comme l'an dernier, nous avons répondu à quelques demandes d'aide médicale à mourir incluant un don d'organes par la suite. Par ailleurs, la *Procédure type pour le don d'organes dans un contexte d'aide médicale à mourir* a été révisée en cours d'année.

Depuis le 7 décembre 2023, le groupe interdisciplinaire de soutien a intégré progressivement les infirmiers praticiens et les infirmières praticiennes à titre de « professionnel compétent » (nouveau vocabulaire à utiliser). Depuis peu, le groupe interdisciplinaire de soutien s'approprie la nouvelle disposition du projet de loi 11, en vigueur depuis le 7 mars dernier, en ce qui concerne les personnes ayant une déficience physique grave.

A large green circle containing a white number '5'. To the left of the circle, three curved lines in blue, green, and yellow extend from the left edge. Below the circle, a purple circle is positioned. A yellow curved line is also present near the bottom of the green circle.

5

Les ressources
financières



UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME

TABLEAU

Dépenses par programmes-services

| PROGRAMMES | EXERCICE PRÉCÉDENT | | EXERCICE COURANT | | VARIATION DES DÉPENSES | |
|--|-------------------------|--------------|-------------------------|--------------|------------------------|-------------|
| | Dépenses | % | Dépenses | % | Dépenses | % |
| PROGRAMMES-SERVICES | | | | | | |
| Santé publique | 59 549 828 \$ | 2,9 % | 38 445 443 \$ | 1,7 % | (21 104 385 \$) | (35,4 %) |
| Services généraux - activités cliniques et d'aide | 112 985 869 \$ | 5,5 % | 137 931 082 \$ | 6,0 % | 24 945 213 \$ | 22,1 % |
| Soutien à l'autonomie des personnes âgées | 398 722 015 \$ | 19,2 % | 444 072 017 \$ | 19,1 % | 45 350 002 \$ | 11,4 % |
| Déficience physique | 56 978 082 \$ | 2,8 % | 67 659 308 \$ | 2,9 % | 10 681 226 \$ | 18,7 % |
| Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (TSA) | 58 026 351 \$ | 2,8 % | 110 357 135 \$ | 4,8 % | 52 330 784 \$ | 90,2 % |
| Jeunes en difficulté | 139 473 446 \$ | 6,8 % | 166 857 991 \$ | 7,2 % | 27 384 545 \$ | 19,6 % |
| Dépendances | 11 101 120 \$ | 0,5 % | 12 008 755 \$ | 0,5 % | 907 635 \$ | 8,2 % |
| Santé mentale | 94 177 969 \$ | 4,6 % | 107 853 579 \$ | 4,7 % | 13 675 610 \$ | 14,5 % |
| Santé physique | 733 316 626 \$ | 35,6 % | 775 172 836 \$ | 33,6 % | 41 856 210 \$ | 5,7 % |
| PROGRAMMES SOUTIEN | | | | | | |
| Administration | 136 372 953 \$ | 6,6 % | 158 641 708 \$ | 6,9 % | 22 268 755 \$ | 16,3 % |
| Soutien aux services | 139 488 614 \$ | 6,8 % | 153 790 272 \$ | 6,7 % | 14 301 658 \$ | 10,3 % |
| Gestion des bâtiments et des équipements | 121 777 805 \$ | 5,9 % | 136 158 986 \$ | 5,9 % | 14 381 181 \$ | 11,8 % |
| Total | 2 061 970 678 \$ | 100 % | 2 308 949 112 \$ | 100 % | 246 978 434 \$ | 12 % |

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

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

Pour plus d'informations sur les ressources financières, il est possible de consulter le rapport financier annuel AS-471 en date du 31 mars 2024 publié sur le site Internet de l'établissement à l'adresse suivante : santeestrie.qc.ca section « Médias et publications/Rapports »



L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E 12.0001) de l'article 387 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2), l'établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice et ne doit pas encourir de déficit en fin d'exercice financier. 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 de son rapport financier annuel au 31 mars 2024, un déficit de 43 754 163 \$ au fonds d'exploitation et un déficit de 1 590 453 \$ au fonds d'immobilisation, pour un déficit total de 45 344 616 \$.

L'établissement a investi au-delà du financement reçu afin d'offrir des soins et services de qualité à la clientèle ainsi que pour répondre aux besoins grandissants et aux différentes réalités de la population de notre territoire.

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS fait appel à la collaboration de tous les gestionnaires pour assurer une grande rigueur dans l'utilisation des ressources financières. Le retour à l'équilibre budgétaire est visé.



LES CONTRATS DE SERVICES

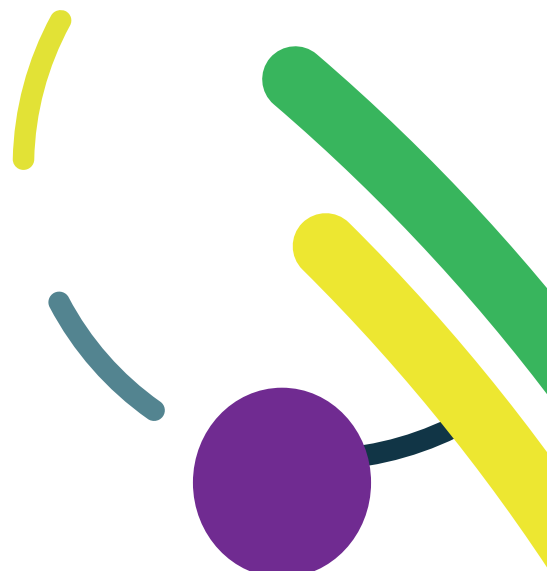
TABLEAU

Contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril 2023 et le 31 mars 2024

| | NOMBRE | VALEUR |
|--|------------|-----------------------|
| Contrats de services avec une personne physique ¹ | 51 | 3 703 894 \$ |
| Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ² | 367 | 341 430 131 \$ |
| Total des contrats de services | 418 | 345 134 025 \$ |

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.





**Les ressources
informationnelles**

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

La Direction des ressources informationnelles et des technologies a poursuivi de grands chantiers fort structurants pour l'organisation. Une solution de réseau sans fil moderne accessible aux personnes usagères a été déployée dans deux hôpitaux de notre région, nous permettant de franchir un grand pas. L'équipe a également contribué à l'amélioration de l'accessibilité et de la fluidité des soins et des services de l'organisation en s'impliquant dans plusieurs projets, dont l'important déploiement du nouveau système de gestion des laboratoires pour l'ensemble de l'organisation.

En plus des projets stratégiques, l'équipe des ressources informatiques a été en mesure de poursuivre son plan de modernisation des infrastructures technologiques, permettant ainsi d'améliorer la sécurité et la fiabilité des technologies de l'organisation.

Finalement, étant également responsable du parc d'équipements médicaux de l'organisation, la Direction des ressources informationnelles et des technologies a poursuivi la modernisation de ce dernier en investissant plus de 17 millions, ce qui totalise plus de 1 000 dossiers de remplacement.



A large, stylized white number '7' is centered within a green circular shape. The background is a dark blue gradient. To the left of the green circle, there are three curved, parallel lines in shades of blue, green, and yellow. Below the green circle, there is a yellow curved line and a purple circle.

7

La divulgation
des actes
répréhensibles



LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

| 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 ¹ | 2 | Sans objet | Sans objet |
| 2 | Le nombre de motifs allégués dans les divulgations reçues (point 1) ² | Sans objet | 4 | |
| 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: Parmi les motifs allégués dans les divulgations reçues (point 2), excluant ceux auxquels il a été mis fin (point 3), identifiez à quelle catégorie d'acte répréhensible ils se rapportent. | | | |
| | • 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 | 0 | 0 |
| | • Un manquement grave aux normes d'éthique et de déontologie | | 0 | 0 |
| | • Un usage abusif des fonds ou des biens d'un organisme public, y compris de ceux qu'il gère ou détient pour autrui | | 0 | 0 |
| | • Un cas grave de mauvaise gestion au sein d'un organisme public, y compris un abus d'autorité | | 0 | 0 |
| | • 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 | | 0 | 0 |
| | • Le fait d'ordonner ou de conseiller à une personne de commettre un acte répréhensible identifié précédemment | | 0 | 0 |
| 5 | Le nombre total de motifs qui ont fait l'objet d'une vérification par le responsable du suivi des divulgations | Sans objet | 4 | Sans objet |
| 6 | Parmi les motifs vérifiés par le responsable de suivi (point 4), le nombre total de motifs qui se sont avérés fondés | Sans objet | Sans objet | 1 |
| 7 | Parmi les divulgations reçues (point 1), le nombre total de divulgations qui se sont avérées fondées, c'est-à-dire comportant au moins un motif jugé fondé | 1 | Sans objet | Sans objet |
| 8 | Le nombre de communications de renseignements effectuées en application du premier alinéa de l'article 23 ³ | 0 | 0 | 0 |

1. Le nombre de divulgations correspond au nombre de divulgateurs.

2. Une divulgation peut comporter plusieurs motifs, par exemple, un divulgateur peut invoquer dans sa divulgation que son gestionnaire a utilisé les biens de l'État à des fins personnelles et qu'il a contrevenu à une loi du Québec en octroyant un contrat sans appel d'offre.

3. Le transfert de renseignements au Commissaire à la lutte contre la corruption ou à tout organisme chargé de prévenir, de détecter ou de réprimer le crime ou les infractions aux lois, dont un corps de police et un ordre professionnel, entraînant ou non la fin de la prise en charge de la divulgation par le responsable du suivi est répertoriée à ce point.

La divulgation comportant un motif fondé a fait l'objet d'une présentation au comité de gouvernance et d'éthique et à la plus haute autorité administrative de l'établissement, soit le président-directeur général. Il a été conclu qu'aucun acte répréhensible n'avait été commis, car des mesures de mitigation et de prévention ont été prévues et discutées avec des spécialistes, faisant en sorte que la problématique relève à présent de la gestion courante et habituelle.

A large green circle containing a white number '8'. The circle is surrounded by several curved lines in white, yellow, and blue. A purple circle is positioned at the bottom right of the green circle. On the left side, there are three parallel diagonal lines in blue, green, and yellow.

8

**Les organismes
communautaires**

LE NOMBRE D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR LE PSOC



En 2023-2024, le CIUSSS de l'Estrie - CHUS a accordé, par le biais du Programme de soutien financier aux organismes communautaires (PSOC) :

- 48 798 302 \$ en soutien à la mission globale pour 193 organismes;
- 3 319 917 \$ en financement d'activités spécifiques pour 63 organismes;
- 571 320 \$ en financement de projets ponctuels pour 40 organismes.

ACTIONS RÉALISÉES

Au cours de l'année 2023-2024, 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.

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

| ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE | 2022-2023 Base annuelle | 2023-2024 Base annuelle |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| Aide communautaire de Lennoxville et des environs | 252 860 \$ | 320 451 \$ |
| Alternative en santé mentale l'Autre Versant inc. | 520 385 \$ | 546 979 \$ |
| Animation Jeunesse Haut-Saint-François | 122 066 \$ | 146 451 \$ |
| Arrimage Estrie | 228 783 \$ | 263 076 \$ |
| Association Avante | 247 141 \$ | 263 992 \$ |
| Association de la fibromyalgie de l'Estrie | 227 476 \$ | 261 720 \$ |
| Association de la sclérose en plaques de l'Estrie | 228 786 \$ | 263 079 \$ |
| Association de parents de personnes handicapées de Brome-Missisquoi | 100 691 \$ | 104 417 \$ |
| Association de Sherbrooke pour la déficience intellectuelle (A.S.D.I.) | 197 539 \$ | 227 695 \$ |
| Association de spina bifida et d'hydrocéphalie de l'Estrie | 126 539 \$ | 146 717 \$ |
| Association d'entraide en santé mentale « L'Éveil » de Brome-Missisquoi | 243 445 \$ | 259 792 \$ |
| Association des accidentés cérébro-vasculaires ou traumatisés crâniens de l'Estrie (ACTE) | 262 723 \$ | 282 721 \$ |
| Association des groupes jeunesse de l'Or Blanc | 168 600 \$ | 194 707 \$ |
| Association des personnes aphasiques Granby-Région | 87 343 \$ | 103 090 \$ |
| Association des personnes handicapées physiques de Brome-Missisquoi | 143 314 \$ | 153 021 \$ |
| Association des proches de personnes atteintes de maladie mentale de l'Estrie | 299 153 \$ | 343 646 \$ |
| Association des sourds de l'Estrie | 126 539 \$ | 146 717 \$ |
| Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (A.Q.E.P.A.) Estrie (05) | 98 106 \$ | 117 232 \$ |
| Association du syndrome de Down de l'Estrie | 162 106 \$ | 193 932 \$ |
| Association Épilepsie-Estrie | 79 703 \$ | 98 148 \$ |
| Association Garagona inc. | 163 190 \$ | 208 963 \$ |

| ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE | 2022-2023 Base annuelle | 2023-2024 Base annuelle |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| Association Granby pour la déficience intellectuelle | 150 503 \$ | 175 939 \$ |
| Association PANDA Brome-Missisquoi | 121 697 \$ | 130 604 \$ |
| Association québécoise des troubles d'apprentissage (AQETA) Section régionale Estrie | 109 498 \$ | 139 377 \$ |
| Association sportive jeunes handicapés Estrie | 123 199 \$ | 153 585 \$ |
| Auberge sous mon toit inc. | 519 606 \$ | 553 513 \$ |
| Autisme Estrie | 349 229 \$ | 401 885 \$ |
| Autre-Rive | 215 008 \$ | 230 303 \$ |
| Azimut-Nord | 124 852 \$ | 149 340 \$ |
| Banque alimentaire Memphrémagog | 173 594 \$ | 201 218 \$ |
| Bedon & Bout'chou | 228 785 \$ | 285 831 \$ |
| Bouée régionale Lac-Mégantic inc. | 1 450 549 \$ | 1 518 841 \$ |
| Braille Atout | 31 680 \$ | 32 852 \$ |
| Bulle et Baluchon | 375 029 \$ | 388 905 \$ |
| CALACS des Rivières Haute-Yamaska Brome-Missisquoi (CALACS Granby) | 489 034 \$ | 591 678 \$ |
| Cellule jeunes et familles de Brome-Missisquoi (La) | 124 784 \$ | 149 268 \$ |
| Centre communautaire Partage St-François | 194 495 \$ | 241 426 \$ |
| Centre d'action bénévole aux 4 vents inc. | 238 661 \$ | 269 311 \$ |
| Centre d'action bénévole de Bedford et environs inc. | 222 069 \$ | 237 625 \$ |
| Centre d'action bénévole de Cowansville | 235 658 \$ | 253 723 \$ |
| Centre d'action bénévole de Farnham inc. | 227 335 \$ | 243 086 \$ |
| Centre d'action bénévole de Granby inc. | 285 306 \$ | 432 514 \$ |
| Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord | 201 154 \$ | 215 937 \$ |
| Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook | 275 443 \$ | 369 674 \$ |

| ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE | 2022-2023 Base annuelle | 2023-2024 Base annuelle |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| Centre d'action bénévole de Magog (Carrefour du partage) | 176 813 \$ | 427 026 \$ |
| Centre d'action bénévole de Richmond | 173 375 \$ | 239 889 \$ |
| Centre d'action bénévole de Sherbrooke | 110 855 \$ | 119 360 \$ |
| Centre d'action bénévole des Sources | 265 908 \$ | 364 609 \$ |
| Centre d'action bénévole de Sutton | 107 395 \$ | 118 335 \$ |
| Centre d'action bénévole de Windsor | 184 851 \$ | 254 075 \$ |
| Centre d'action bénévole du Granit | 292 629 \$ | 330 854 \$ |
| Centre d'action bénévole du Haut St-François | 309 489 \$ | 365 579 \$ |
| Centre d'action bénévole Marguerite Dubois | 19 756 \$ | 61 931 \$ |
| Centre d'action bénévole R.H. Rediker | 196 535 \$ | 286 699 \$ |
| Centre d'action bénévole Valcourt et région | 182 753 \$ | 205 139 \$ |
| Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de l'Estrie (CALACS) | 673 401 \$ | 782 867 \$ |
| Centre de bénévolat Mieux-Être Ville de Lac-Brome | 33 171 \$ | 34 398 \$ |
| Centre de jour Ma Cabane | 22 484 \$ | 43 183 \$ |
| Centre d'entraide La Boussole inc. | 91 183 \$ | 106 477 \$ |
| Centre d'entraide plus de l'Estrie | 164 189 \$ | 190 131 \$ |
| Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska inc. | 514 664 \$ | 541 413 \$ |
| Centre des femmes de la M.R.C. du Granit | 256 802 \$ | 273 643 \$ |
| Centre des femmes du Haut-Saint-François La Passerelle | 256 916 \$ | 273 762 \$ |
| Centre des femmes La Parolière | 256 803 \$ | 273 644 \$ |
| Centre des femmes - Lennoxville et environs | 268 119 \$ | 287 582 \$ |
| Centre des femmes Le point d'ancrage | 303 802 \$ | 322 382 \$ |
| Centre des femmes Memphrémagog | 256 917 \$ | 273 763 \$ |

| ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE | 2022-2023 Base annuelle | 2023-2024 Base annuelle |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| Centre des jeunes de Lennoxville | 130 607 \$ | 155 307 \$ |
| Centre de soutien de l'Estrie | 73 706 \$ | 76 433 \$ |
| Centre d'intervention en violence et agressions sexuelles de l'Estrie (CIVAS) | 495 284 \$ | 533 026 \$ |
| Centre jeunesse « Le trait d'union » | 181 750 \$ | 208 344 \$ |
| Centre l'Élan | 241 899 \$ | 258 189 \$ |
| Centre pour femmes immigrantes de Sherbrooke | 270 481 \$ | 290 032 \$ |
| Chaudronnée de l'Estrie | 161 204 \$ | 187 036 \$ |
| Club troisième âge de Farnham inc. | 83 466 \$ | 86 555 \$ |
| Club des personnes handicapées Brome-Missisquoi inc. | 113 072 \$ | 137 123 \$ |
| Coalition Impact de rue Haute-Yamaska | 110 568 \$ | 134 527 \$ |
| Coalition sherbrookoise pour le travail de rue | 246 599 \$ | 263 064 \$ |
| Collective par et pour Elle inc. | 251 117 \$ | 267 748 \$ |
| Comité popote roulante de Cowansville inc. (Le) | 46 565 \$ | 140 920 \$ |
| Comité popote roulante de Farnham inc. (Le) | 58 246 \$ | 108 799 \$ |
| Cordée, ressource alternative en santé mentale | 314 776 \$ | 333 762 \$ |
| Corporation Jeunesse Memphrémagog | 160 961 \$ | 186 785 \$ |
| Croisée des sentiers | 198 925 \$ | 213 625 \$ |
| Cuisine Amitié de la MRC des Sources | 170 559 \$ | 196 737 \$ |
| Cuisine collective Le Blé d'Or de Sherbrooke | 161 202 \$ | 193 018 \$ |
| Cuisines collectives « Bouchée-Double » Memphrémagog | 173 592 \$ | 201 216 \$ |
| Cuisines collectives Haute-Yamaska (Les) | 136 943 \$ | 146 414 \$ |
| Cuisines collectives du Haut-Saint-François | 158 255 \$ | 183 978 \$ |

| ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE | 2022-2023 Base annuelle | 2023-2024 Base annuelle |
|--|------------------------------------|------------------------------------|
| Dagobert et Cie | 119 498 \$ | 149 747 \$ |
| Défi handicap des Sources | 100 224 \$ | 123 800 \$ |
| Diabète Brome-Missisquoi (DBM) | 66 142 \$ | 80 509 \$ |
| Diabète Estrie | 126 541 \$ | 146 719 \$ |
| Diabétiques de la Haute-Yamaska (Les) | 75 468 \$ | 90 180 \$ |
| DIRA Estrie | 205 411 \$ | 218 737 \$ |
| Divers-Gens | 58 362 \$ | 73 037 \$ |
| Domaine de la sobriété | 267 173 \$ | 316 793 \$ |
| Domrémy des Sources (Unité Domrémy d'Asbestos) | 168 127 \$ | 194 215 \$ |
| Dysphasie-Estrie | 193 123 \$ | 226 096 \$ |
| Élixir ou l'Assuétude d'Ève | 228 786 \$ | 263 079 \$ |
| Ensoleillée : Ressource communautaire en santé mentale | 208 082 \$ | 223 121 \$ |
| Entrée Chez-Soi Brome-Missisquoi | 315 478 \$ | 334 490 \$ |
| Entr'Elles Granby inc. | 435 806 \$ | 466 612 \$ |
| Équipe d'accompagnement Au Diapason (L') | 131 485 \$ | 157 209 \$ |
| Escale de l'Estrie inc. | 1 728 975 \$ | 1 805 959 \$ |
| Étincelles de bonheur du Haut Saint-François | 164 194 \$ | 190 137 \$ |
| Exit de Waterloo (L') | 172 956 \$ | 199 224 \$ |
| Fantastiques de Magog | 164 194 \$ | 190 137 \$ |
| Grande table | 170 559 \$ | 196 737 \$ |
| Grands Frères et Grandes Soeurs de l'Estrie | 133 043 \$ | 175 457 \$ |
| GRIS Estrie (Groupe régional d'intervention sociale de l'Estrie) | 106 624 \$ | 136 397 \$ |
| Handi-Apte | 219 707 \$ | 235 176 \$ |

| ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE | 2022-2023 Base annuelle | 2023-2024 Base annuelle |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| Handi-capable | 104 319 \$ | 120 099 \$ |
| Horizon pour elle inc. | 1 333 809 \$ | 1 397 907 \$ |
| Intervention régionale et information sur le SIDA (I.R.I.S. Estrie) | 83 997 \$ | 103 794 \$ |
| Jeunes du coin d'Ascot | 169 069 \$ | 195 193 \$ |
| JEVI Centre de prévention du suicide – Estrie | 582 425 \$ | 620 564 \$ |
| Justice alternative et médiation | 342 218 \$ | 362 587 \$ |
| Maison Alice-Desmarais | 1 261 093 \$ | 1 334 483 \$ |
| Maison CALM | 87 772 \$ | 158 180 \$ |
| Maison Caméléon de l'Estrie | 193 888 \$ | 240 797 \$ |
| Maison de répit Déragon inc. | 270 841 \$ | 320 597 \$ |
| Maison des jeunes Actimaje | 100 871 \$ | 124 471 \$ |
| Maison des jeunes de Coaticook | 170 911 \$ | 197 103 \$ |
| Maison des jeunes de Farnham inc. | 176 974 \$ | 203 390 \$ |
| Maison des jeunes de Fleurimont | 129 355 \$ | 152 467 \$ |
| Maison des jeunes de Granby inc. (La) | 169 707 \$ | 195 855 \$ |
| Maison des jeunes de la St-François | 163 659 \$ | 189 582 \$ |
| Maison des Jeunes de l'Or Blanc inc. | 161 436 \$ | 187 278 \$ |
| Maison des jeunes de Sutton inc. (La) | 110 236 \$ | 134 183 \$ |
| Maison des jeunes de Waterville : Les Pacifistes | 123 336 \$ | 147 768 \$ |
| Maison des jeunes Le Boum (La) | 164 460 \$ | 190 413 \$ |
| Maison des jeunes l'Initiative inc. | 170 491 \$ | 196 668 \$ |
| Maison des jeunes Serge Forest inc. Points de service Rock Forest-Saint-Élie-Deauville | 161 474 \$ | 187 317 \$ |

| ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE | 2022-2023 Base annuelle | 2023-2024 Base annuelle |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| Maison d'hébergement jeunesse Espace Vivant/Living room | 416 978 \$ | 447 087 \$ |
| Maison d'hébergement pour personnes en difficulté de Granby inc. (Le Passant) | 417 507 \$ | 447 636 \$ |
| Maison d'hébergement R.S.S.M. | 546 846 \$ | 581 761 \$ |
| Maison Jeunes-Est | 427 995 \$ | 458 512 \$ |
| Maison Séjour (Séjour la Bonne œuvre) | 1 125 295 \$ | 1 181 386 \$ |
| Maison soutien aux aidants (La) | 258 739 \$ | 272 716 \$ |
| Marraine Tendresse de l'Estrie | 85 287 \$ | 101 052 \$ |
| Méridienne 1990 | 1 136 569 \$ | 1 195 528 \$ |
| Moisson Estrie | 244 044 \$ | 262 616 \$ |
| Moisson Haut-St-François | 83 648 \$ | 106 610 \$ |
| MomentHom Centre d'entraide pour hommes de l'Estrie | 490 845 \$ | 523 687 \$ |
| Mon Shack... Mes choix... Mon avenir! | 148 850 \$ | 174 224 \$ |
| Mouvement aide paralysie cérébrale Estrie | 62 709 \$ | 90 857 \$ |
| Nourri-Source Estrie | 64 669 \$ | 82 558 \$ |
| O.E.I.L. (L') | 85 192 \$ | 100 264 \$ |
| Oasis Santé Mentale Granby et région | 332 520 \$ | 352 530 \$ |
| Orientation jeunesse de la Haute-Yamaska | 57 800 \$ | 44 420 \$ ¹ |
| Parkinson Estrie | 64 669 \$ | 83 751 \$ |
| Partage Notre-Dame | 94 954 \$ | 118 335 \$ |
| Phare source d'entraide (Le) | 217 076 \$ | 232 447 \$ |
| Place des jeunes l'Intervalle de Bromptonville | 105 980 \$ | 109 902 \$ |
| Point 14-18 de Danville (Au) | 168 597 \$ | 194 703 \$ |

¹ L'organisme Orientation jeunesse de la Haute-Yamaska a été retiré du PSOC au cours de l'année 2023-2024 puisqu'il ne répondait plus aux critères de l'action communautaire autonome. La portion inutilisée de son financement a été attribuée à deux organismes.

| ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE | 2022-2023 Base annuelle | 2023-2024 Base annuelle |
|--|------------------------------------|------------------------------------|
| Points jeunesse du Granit | 167 930 \$ | 194 012 \$ |
| Pont, organisme de justice alternative | 481 741 \$ | 509 108 \$ |
| Popote de la région de Bedford (La) | 84 254 \$ | 113 806 \$ |
| Popote roulante de l'Ange-Gardien | 49 155 \$ | 76 118 \$ |
| Promotion et défense des droits en santé mentale de l'Estrie (Pro-Def) | 297 933 \$ | 349 813 \$ |
| Rayon de soleil de l'Estrie | 146 282 \$ | 151 694 \$ |
| Regroupement des organismes communautaires (ROC) de l'Estrie | 212 461 \$ | 243 501 \$ |
| Regroupement soutien aux aidants de Brome-Missisquoi | 332 119 \$ | 384 142 \$ |
| Réplique (La) | 295 322 \$ | 325 929 \$ |
| Réseau d'Amis de Sherbrooke | 237 288 \$ | 253 407 \$ |
| Ressource communautaire en santé mentale « L'Éveil » | 199 151 \$ | 213 859 \$ |
| Ressource pour hommes de la Haute-Yamaska | 461 628 \$ | 493 389 \$ |
| Rivage du Val St-François | 221 666 \$ | 237 207 \$ |
| S.O.S. Dépannage Granby et région inc. | 191 346 \$ | 202 830 \$ |
| S.O.S. Grossesse (Estrie) | 248 575 \$ | 285 587 \$ |
| Santé mentale Estrie | 214 772 \$ | 248 547 \$ |
| Sclérose en plaques Haute-Yamaska-Richelieu (SEPHYR) | 135 646 \$ | 161 524 \$ |
| Secours-Amitié (Estrie) | 282 534 \$ | 303 265 \$ |
| Sercovie inc. | 319 503 \$ | 918 042 \$ |
| Service d'interprétation pour personnes sourdes de l'Estrie | 233 209 \$ | 267 666 \$ |
| Seuil de l'Estrie inc. | 589 315 \$ | 616 844 \$ |

| ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ESTRIE | 2022-2023 Base annuelle | 2023-2024 Base annuelle |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| Société alzheimer Brome-Missisquoi et Haute-Yamaska (anciennement Société Alzheimer de Granby et région inc.) | 183 919 \$ | 211 582 \$ |
| Société alzheimer de l'Estrie | 339 307 \$ | 361 404 \$ |
| Soins palliatifs La Rose des vents de l'Estrie | 162 739 \$ | 188 628 \$ |
| Soupapes de la bonne humeur | 164 194 \$ | 190 137 \$ |
| Source-Soleil | 509 871 \$ | 543 417 \$ |
| Soutien aux hommes agressés sexuellement durant l'enfance (SHASE) | 365 861 \$ | 460 298 \$ |
| Spot Jeunesse de Sherbrooke | 169 070 \$ | 195 194 \$ |
| Tabliers en folie | 165 244 \$ | 205 085 \$ |
| TDA/H Estrie | 254 453 \$ | 277 246 \$ |
| TransEstrie | 17 537 \$ | 33 682 \$ |
| Transition pour elles inc. | 317 501 \$ | 368 983 \$ |
| Tremplin 16-30 de Sherbrooke | 100 224 \$ | 123 801 \$ |
| Unité Domrémy de Windsor | 46 761 \$ | 60 411 \$ |
| Villa Pierrot | 120 838 \$ | 151 137 \$ |
| Virage Santé Mentale | 207 208 \$ | 222 214 \$ |
| Zone Libre Memphrémagog | 165 598 \$ | 191 593 \$ |





Annexe A

Conseil d'administration

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

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

Table des matières

| | | |
|----|---|---|
| 1. | MISE EN CONTEXTE..... | |
| | | |
| | | |
| | | 2 |
| 2. | DISPOSITIONS GÉNÉRALES..... | |
| | | |
| | | |
| | | 2 |
| 3. | PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE..... | |
| | | |
| | | 5 |
| 4. | CONFLIT D'INTÉRÊTS..... | |
| | | |
| | | |
| | | 8 |
| 5. | APPLICATION..... | |
| | | |
| | | |
| | | 9 |

| | |
|--|-----------|
| 6. DISPOSITIONS FINALES | 13 |
| Annexe A - Engagement et affirmation du membre | 14 |
| Annexe B - Avis de bris du statut d'indépendance | 15 |
| Annexe C - Déclaration des intérêts du membre | 16 |
| Annexe D - Déclaration des intérêts du président-directeur général | 18 |
| Annexe E - Déclaration de conflit d'intérêts | 19 |
| Annexe F - Signalement d'une situation de conflits d'intérêts | 20 |
| Annexe G - Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen | 21 |

1. Mise en contexte

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

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

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

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

2. Dispositions générales

2.1 Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

- A. Aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- B. Traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- C. Définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;
- D. Prévoit des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Tout membre est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

ainsi que par les lois applicables. En cas de divergence, les règles s'appliquent en fonction de la hiérarchie des lois impliquées.

2.2 Fondement légal

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

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

2.3 Définition des termes

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

Établissement : CIUSSS de l'Estrie - CHUS

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

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

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

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

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

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

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

Personne raisonnable : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances².

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

2.4 Champ d'application

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

2.5 Disposition finale

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

² BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). Raisonement éthique dans un contexte de marge de manœuvre accrue : clarification conceptuelle et aide à la décision - Rapport de recherche, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Secrétariat du Conseil du trésor, p. 51.

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

2.6 Diffusion

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

3. Principes d'éthique et règles de déontologie

3.1 Principes d'éthique

L'éthique fait référence aux valeurs (intégrité, impartialité, respect, compétence et loyauté) permettant de veiller à l'intérêt public. Comme membre cela implique le respect du droit de faire appel, entre autres, à son jugement, à l'honnêteté, à la responsabilité, à la loyauté, à l'équité et au dialogue dans l'exercice de ses choix et lors de prises de décision. L'éthique est donc utile en situation d'incertitude, lorsqu'il y a absence de règle, lorsque celle-ci n'est pas claire ou lorsque son observation conduit à des conséquences indésirables.

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

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi, notamment les responsabilités prévues à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, soit :
 - Établir les priorités et les orientations de l'établissement et voir à leur respect;
 - S'assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés;
 - S'assurer du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes;
 - S'assurer d'une utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles, financières et technologiques de l'établissement;
 - S'assurer de la participation, de la motivation, de la valorisation et du maintien des compétences ainsi que le développement des ressources humaines de l'établissement;
 - Nommer le président-directeur général, les cadres supérieurs, le commissaire aux plaintes et à la qualité des services, les médecins, les dentistes et les pharmaciens et autoriser l'octroi de contrats à des sages-femmes;
 - Conclure les contrats de service nécessaires;
 - S'assurer de préserver l'indépendance du commissaire aux plaintes et à la qualité des services et du médecin examinateur;
 - Constituer les comités et conseils obligatoires prévus par la Loi;
 - Constituer les conseils et comités facultatifs nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement;

- Se doter d'un code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration;
- Déterminer les normes applicables en matière de conflit d'intérêts et établir les mesures pour prévenir ou faire cesser les conflits d'intérêts;
- Élire annuellement les officiers du conseil;
- Solliciter l'agrément de ses services de santé et des services sociaux qu'il dispense;
- Transmettre au ministre les différents rapports prévus par la Loi.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.
- Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

3.2 Règles de déontologie

La déontologie est un ensemble de règles juridiques de conduite dont l'inobservation peut conduire à une sanction. On peut les retrouver dans diverses lois ou règlements, notamment ceux cités à la section 2.2. Ces devoirs et règles déontologiques indiquent ce qui est prescrit et proscrit.

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

3.2.1 Disponibilité et compétence

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

3.2.2 Respect et loyauté

- Respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques, procédures applicables ainsi que les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- Agir de manière courtoise et entretenir des relations fondées sur le respect, la coopération, le professionnalisme et l'absence de toute forme de discrimination.

- Respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision.
- Respecter la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée.
- Respecter toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence, en faisant preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

3.2.3 Impartialité

- Se positionner et exercer son droit de vote de la manière la plus objective possible en ne prenant aucun engagement à l'égard de tiers et en n'accordant aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.
- Placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

3.2.4 Transparence

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

3.2.5 Discretion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
- Préserver la confidentialité des délibérations qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.
- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre de consulter ou de faire rapport aux membres de son collège de désignation, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

3.2.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

3.2.7 Relations publiques

- Respecter les règles applicables au sein de l'établissement à l'égard de l'information, des communications, de l'utilisation des médias sociaux et des relations avec les médias, entre autres, en ne s'exprimant pas auprès des médias ou sur les médias sociaux s'il n'y est pas autorisé.

3.2.8 Charge publique

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

3.2.9 Biens et services de l'établissement

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

3.2.10 Avantages et cadeaux

- Ne pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il lui est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.

3.2.11 Interventions inappropriées

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

4. Conflit d'intérêts

- Le membre ne peut exercer ses fonctions dans un but de favoriser son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être tenté à préférer certains d'entre eux au détriment des intérêts de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.
- Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un membre par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.
- Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations

personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

- a. Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
 - b. Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
 - c. Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
 - d. Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
 - e. Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.
- Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire Déclaration des intérêts du membre de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision en lien avec les intérêts qu'il a déclarés.
 - Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire Déclaration de conflit d'intérêts de l'annexe V.
 - Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.
 - La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

5. Application

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

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

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

5.2 Comité de gouvernance et d'éthique

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

- a. Élaborer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.1.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif;
- b. Voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
- c. Informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;
- d. Conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;

- e. Assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
- f. Réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
- g. Évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;
- h. Retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
- i. Assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

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

5.3 Comité d'examen ad hoc.

- Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen ad hoc composé d'au moins trois (3) personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut être composé de membres du conseil d'administration ou de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.
- Un membre du comité d'examen ad hoc ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.
- Le comité d'examen ad hoc a pour fonctions de :
 - a) Faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
 - b) Déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;
 - c) Faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.
- La date d'entrée en fonction, la durée du mandat des membres du comité d'examen ad hoc de même que les conditions du mandat sont fixées par le comité de gouvernance et d'éthique.
- Si le comité d'examen ad hoc ne peut faire ses recommandations au comité de gouvernance et d'éthique avant l'échéance du mandat de ses membres, le comité de gouvernance et d'éthique peut, le cas échéant, prolonger la durée du mandat pour la durée nécessaire à l'accomplissement de ce dernier. La personne qui fait l'objet de l'enquête en est informée par écrit.

5.4 Processus disciplinaire

- Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.
- Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen ad hoc, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un membre a pu contrevenir au présent document, en transmettant le formulaire Signalement d'une situation de conflit d'intérêts de l'annexe VI rempli par cette personne.
- Le comité d'examen ad hoc détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen ad hoc et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s). Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen ad hoc.
- Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen de l'annexe VII.
- Tout membre du comité d'examen ad hoc qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec une rigueur et prudence.

- Le comité d'examen ad hoc doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen ad hoc, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen ad hoc, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.
- Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.
- Le comité d'examen ad hoc transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :
 - a. Un état des faits reprochés;
 - b. un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;
 - c. Une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
 - d. Une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.
- Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, et excluant le membre présumé fautif, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.
- Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche un manquement, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.
- Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions doit être écrite et motivée. Lorsqu'il y a eu manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général ou le ministre, selon la gravité du manquement.
- Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.
- Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement et conformément aux dispositions de la Loi sur les archives (RLRQ, chapitre A-21.1).

5.5 Notion d'indépendance

Le membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé, doit dénoncer par écrit au conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. Il doit transmettre au conseil d'administration le formulaire Avis de bris du statut d'indépendance de l'annexe II du présent Code, au plus tard dans les trente (30) jours suivant la présence d'une telle situation.

5.6 Obligations en fin du mandat

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

- Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions.
- Se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures de membre.
- Ne pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.

6. Dispositions finales

6.1 Version antérieure

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

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

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

Annexe B - Avis de bris du statut d'indépendance

AVIS SIGNÉ

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

Signature

Date [*aaaa-mm-jj*]

Lieu

Annexe C - Déclaration des intérêts du membre

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

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre de membre

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

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

| Fonction | Employeur |
|----------|-----------|
| | |
| | |

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

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

Explicitez les mesures de gestion, si nécessaire :

| | | |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------|
| <hr/> <hr/> | | |
| <hr/> Signature Président | <hr/> Date [aaaa-mm-jj] | <hr/> Lieu |

Annexe D - Déclaration des intérêts du président-directeur général

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

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre de membre

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

3. Emploi

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe E - Déclaration de conflit d'intérêts

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

Signature

Date [*aaaa-mm-jj*]

Lieu

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

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe G - Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen

Je, soussigné, _____, affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions de membre.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

ALLIER
NOS
FORCES
ET NOS
SAVOIRS
pour le mieux-être

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

Québec 

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2023-2024

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