

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2020-2021



Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Îles

Québec



Cette publication est une production du
Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles

430, chemin Principal
Cap-aux-Meules (Québec) G4T 1R9
Téléphone : 418 986-2121
Télécopieur : 418 986-6845

Le *rapport annuel de gestion 2020-2021* a été adopté par le conseil d'administration lors de la séance extraordinaire du 28 juin 2021.

Vous trouverez le rapport annuel de gestion 2020-2021, le rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services 2020-2021, ainsi que plusieurs informations concernant l'organisation de nos services sur le site Internet de notre établissement à l'adresse suivante : http://www.cisssdesiles.com

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021
ISBN : 978-2-550-90386-4 (version imprimée)

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES 4

LE MESSAGE DES AUTORITÉS 7

LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS 8

LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS 9

LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 31

LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ 34

L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE 40

LES RESSOURCES HUMAINES 41

LES RESSOURCES FINANCIÈRES 43

LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES 46

L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES. COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT 47

LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES 49

LA FONDATION SANTÉ DE L'ARCHIPEL 50

ANNEXE : LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS 52

LISTE DES ACRONYMES

A

AMPRO	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux
APPS	Accès priorisé aux services spécialisés
AVC	Accident vasculaire cérébral

B

BMR	Bactérie multirésistante aux antibiotiques

C

CA	Conseil d'administration
CAB	Centre d'action bénévole des Îles
CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
CAMI	Council Anglophone Magdalen Islanders
CAVAC	Centre d'aide aux victimes d'actes criminels
CEAMDP	Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique
CECII	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers
CECIIA	Conseil exécutif des infirmières et infirmiers auxiliaires
CECM	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CIIA	Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CNESM	Centre national d'excellence en santé mentale
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CPPI	Comité des pratiques professionnelles interdisciplinaires
CPTAD	Comité de prévention en toxicomanie et autres dépendances
CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
CRDITSA	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme
CRI	Comité de la relève infirmière
CRSP	Conseil régional sur les services pharmaceutiques
CU	Comité des usagers
CUCI	Comité des usagers du centre intégré

D

DACD	Diarrhée associée au Clostridium difficile
DCI	Dossier clinique informatisé
DI-TSA-DP	Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique

DQEPE	Direction de la qualité, évaluation, performance, éthique clinique
DRHCAJ	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
DRMG	Département régional de médecine générale
DSA	Direction des services administratifs
DSI	Direction des soins infirmiers
DSI-SP/SAPA	Direction des soins infirmiers, santé physique/SAPA
DSM-PSP	Direction des services multidisciplinaires - programmes et services de proximité
DSP	Direction des services professionnels
DSPH	Direction des services professionnels et hospitaliers

E

ECG	Électrocardiogramme
EEG	Électro-encéphalogramme
EMG	Électromyogramme
EPC	Entérobactéries productrices de carbapénémase
ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine,
ETC	Équivalent temps complet

G

GMF	Groupe de médecin de famille

I

IRM	Imagerie par résonance magnétique
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
IUCPQ	Institut universitaire de cardiologie et pneumologie de Québec

L

LMRSSS	Loi modifiant le réseau de la santé et des services sociaux
LSSSS	Loi sur les services de santé et services sociaux

M

MADO	Maladies à déclaration obligatoire
MAPA	Monitoring ambulatoire de la pression artérielle
MD	Médecin
MÉLS	Ministère éducation, loisir et sport
MOI	Main d'œuvre indépendante
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère santé et services sociaux

N

NSA	Niveaux de soins alternatifs

O

OC	Ordonnance collective
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMISP	Ordonnance médicale individuelle standardisée préimprimée
ORL	Oto-rhino-laryngologie
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
OSBL	Organisme sans but lucratif

P

PAD	Programme d'adaptation de domicile
PALSP	Plan d'action local de santé publique
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PAR	Plan d'action régional
PCI	Prévention et contrôle des infections
PDG	Présidente-directrice générale
PEM	Plan d'effectifs médicaux
PMO	Plan de main d'œuvre
PPALV	Personne en perte d'autonomie liée au vieillissement
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
PSI	Plan de services individualisé
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires

R

RH	Ressources humaines
RI	Ressource intermédiaire
RNI	Ressource non institutionnelle
RLS	Réseau local de services
RPA	Résidence pour personnes âgées
RTF	Ressource de type familial
RTS	Réseau territorial des services

S

SAD	Soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SARM	Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline
SARROS	Soutien aux régions pour le recrutement d'omnipraticiens et spécialistes
SASM	Staphylococcus aureus sensible à la méthicilline
SIM	Suivi intensif dans le milieu
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SIV	Suivi d'intensité variable
SPI	Santé parentale et infantile

T

TSA	Trouble du spectre de l'autisme

U

UMC	Unité multiclientèle
UMF	Unité de médecine familiale
URDM	Unité de retraitement des dispositifs médicaux
USC	Unité de soins critiques

LE MESSAGE DES AUTORITÉS

L'année 2020-2021 restera marquée à tout jamais dans la mémoire de l'ensemble de notre personnel et de la population des Îles-de-la-Madeleine par cette pandémie du coronavirus obligeant la déclaration de l'urgence sanitaire. Malgré une situation très enviable où très peu de cas ont été identifiés chez nous, nous avons dû mettre en application, de façon rigoureuse, toutes les directives du ministère visant les mesures de prévention pour tous nos milieux de soins et milieux de vie.

Toutes ces actions concertées au sein de nos équipes visaient d'abord et avant tout à protéger la santé des patients, des résidents, de notre personnel et de la population madelinienne. Nous saluons la résilience et tous les efforts au quotidien de nos travailleurs de la santé face à une demande accrue d'adaptation de l'organisation et de l'environnement du travail.

De plus, la concertation avec les partenaires du milieu a aussi joué un rôle primordial. Notre équipe de santé publique locale a été proactive et très présente dans l'accompagnement de ces partenaires les sensibilisant aux enjeux et risques de la transmission de la COVID-19. À tous ces acteurs, nous vous disons un grand merci pour ce travail sans relâche tout au long de l'année et merci d'avoir répondu en grand nombre pour la campagne de vaccination. Vous faites partie de la solution et le message a été bien entendu. La dernière année a aussi été le fruit de différentes réalisations. Nous avons déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux un plan clinique traduisant les besoins projetés de la clientèle pour les dix prochaines années et qui nécessitera, entre autres, la réalisation d'un plan directeur immobilier.

À la lecture de ce rapport, vous serez à même de constater les autres réalisations. Nous terminons l'année 2020-2021 en équilibre budgétaire et ceci grâce à la vigilance et la rigueur de toutes les équipes. Nous remercions aussi chaleureusement la Fondation Santé de l'Archipel et tous les généreux donateurs pour leur appui année après année, afin de répondre aux besoins de notre clientèle.

Finalement, aux membres du conseil d'administration, un merci pour votre soutien à la réalisation de notre mission et particulièrement en cette année de tous les défis. C'est avec fierté que nous vous présentons le rapport annuel de gestion 2020-2021, qui fait état des faits saillants et réalisations de nos équipes en raison de leur engagement et de leur expertise.

Jasmine Martineau,
Présidente-directrice générale



Francis Simard,
Président du conseil d'administration



LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

À titre de présidente-directrice générale du Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2020-2021 du CISSS des Îles ;

- 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 2021.



Jasmine Martineau

Présidente-directrice générale

LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS

L'établissement

La mission du CISSS des Îles est de prévenir, guérir, soigner et soutenir pour le mieux-être et la santé de la population des Îles-de-la-Madeleine en offrant, en collaboration avec nos partenaires, des services de santé et des services sociaux ainsi que de réadaptation de qualité, sécuritaires, accessibles, intégrés et en continuité.

Le CISSS des Îles a quatre missions reconnues par la Loi sur les services de santé et de services sociaux (LSSS) soit : un centre local de services communautaires (CLSC), un centre hospitalier (CH), un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et un centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme (CRDITSA).

Le CISSS des Îles a la responsabilité d'offrir l'accès aux services et a pour mandat de dispenser des services en lien avec ses missions et coordonner le réseau local des services intégrés pour la population du territoire des Îles-de-la-Madeleine. Il a également une responsabilité importante en santé publique avec un objectif d'améliorer l'état de santé et de bien-être général de la population. L'établissement s'est doté de valeurs qui situent son personnel et les médecins comme l'actif le plus précieux au sein de son organisation.

Les valeurs sont :

- L'humanisme : L'humanisme place la personne au cœur de nos décisions. Dans nos communications interpersonnelles, nous établissons des relations de confiance en agissant avec considération, compassion et avec une écoute active.
- L'intégrité : L'intégrité fait référence au respect, à l'honnêteté, à la loyauté et à la confidentialité envers les usagers, les partenaires et l'organisation. L'intégrité est la base d'une relation de confiance.
- L'engagement : S'engager, c'est s'investir personnellement et collectivement. Cette promesse d'engagement amène le personnel et les médecins du CISSS des Îles à faire preuve d'initiative et de responsabilisation pour l'atteinte d'objectifs communs. L'entraide, la collaboration et le travail d'équipe caractérisent nos milieux de travail. Nous reconnaissons le potentiel d'agir des personnes et de la communauté à l'égard de la santé.
- L'excellence : Cette valeur confirme notre volonté d'innover et d'améliorer de façon continue la qualité et la sécurité des soins et des services en soutenant le développement de pratiques exemplaires et des compétences du personnel.
- Savoir-être : Savoir vivre en communauté organisationnelle (attitude positive, respect).
- Savoir-faire : Expérience/expertise.

Le CISSS des Îles en bref

Budget d'exploitation de 78 123 265 $ (incluant les coûts COVID)

625 employés, 24 médecins omnipraticiens

11 médecins spécialistes, trois pharmaciens et une centaine de médecins spécialistes visiteurs

Missions légales sur sept sites : Hôpital, CLSC, CHSLD, CRDITED

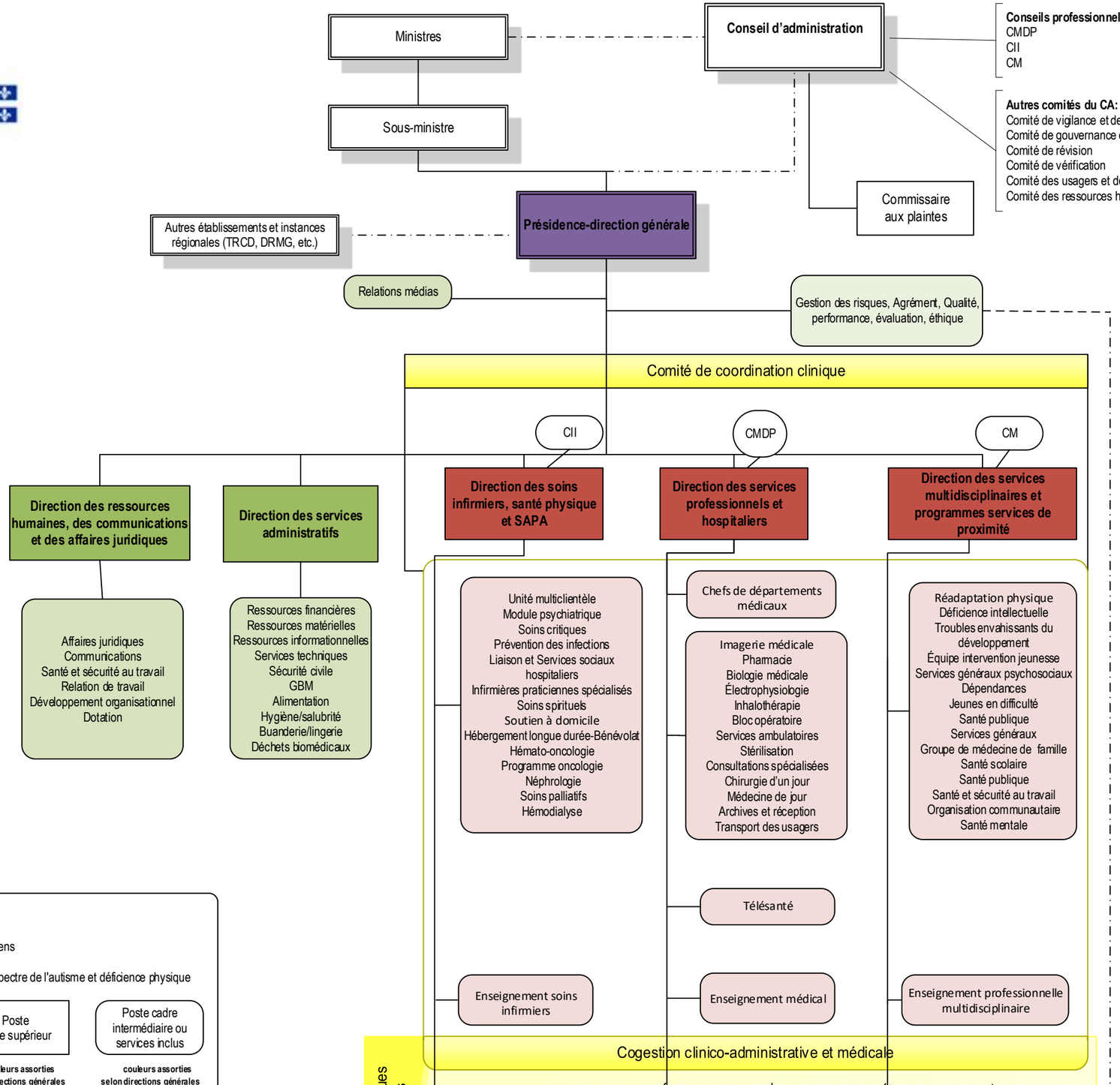
Hôpital : 30 lits de courte durée, dont quatre en psychiatrie

CHSLD : 64 lits de longue durée, incluant un lit de répit et un lit en soins palliatifs

Population desservie : 12 606 personnes

Centre intégré de santé et de services sociaux des îles
Québec

Mars 2021



Légende :

CII : Conseil des infirmières et infirmiers
CM : conseil multidisciplinaire
CMDP : conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CSF : conseil des sages-femmes
DI,TSA et DP : déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique
SAPA : soutien à l'autonomie des personnes âgées

Poste de président-directeur général, président-directeur général adjoint et hors-cadres	Poste cadre supérieur	Poste cadre intermédiaire ou services inclus
déclinaison de la couleur selon le niveau hiérarchique	couleurs assorties selon directions générales	couleurs assorties selon directions générales

en jaune transversalité — lien hiérarchique - - - lien fonctionnel

Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives

Le conseil d'administration

Membres désignés
M[me] Marie-Claude Jomphe – Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
D[r] Simon Lajeunesse – Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
M[me] Nancy Leblanc – Comité des usagers du CISSS (CU)
D[re] Christine Paquet – Département régional de médecine générale (DRMG)
M[me] Isabelle Daigneault – Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

Membres indépendants
M. Francis Simard – Président – Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité
M. Gaston Bourque – Vice-président – Expertise en réadaptation
M[me] Céline Decoste – Expertise en protection de la jeunesse
M[me] Marie-Josée Noël – Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines

Membre d'office et président désigné par la Fondation
M[me] Jasmine Martineau – Secrétaire – Présidente-directrice générale du CISSS des Îles
M[me] Clémence Poirier – Présidente de la Fondation Santé de l'Archipel

Membre nommé par le ministre
M[me] Annick Nadeau – Milieu de l'enseignement

Le conseil d'administration a tenu six séances ordinaires et quatre séances extraordinaires et 4 rencontres d'information. En date du 31 mars 2021, nous avons cinq sièges vacants au conseil d'administration (Compétence en gouvernance ou éthique, Compétence en gestion de risques, finance et comptabilité, Expertise en santé mentale, Expérience vécue à titre d'usager des services sociaux et organismes communautaires).

Vous trouverez en annexe le code d'éthique des administrateurs du CISSS des Îles, adopté à la séance ordinaire du 20 janvier 2016. Pour l'année 2020-2021, aucun cas de manquement au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs n'a été soulevé.

Les comités, les conseils et les instances consultatives

➢ *Le comité de vérification*

Au cours de l'année 2020-2021, le comité de vérification s'est réuni à six reprises.

Le rôle du comité est de s'assurer de la mise en place d'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement ainsi que de son suivi, de l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement, de réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne

situation financière de l'établissement portée à sa connaissance, d'examiner les états financiers avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration, de recommander au conseil d'administration l'approbation des états financiers ainsi que de veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et s'assurer qu'ils soient efficaces et adéquats.

➢ *Le comité de gouvernance et d'éthique*

Les membres du comité de gouvernance et d'éthique se sont réunis à quatre reprises.

Le rôle du comité est de faire des recommandations sur les principes de saine gouvernance applicable au conseil ainsi que sur la composition du conseil. Les membres du comité éthique et gouvernance ont traité des dossiers suivants :

- Suivi de l'évaluation d'Agrément Canada sur le fonctionnement du conseil d'administration et présentation de recommandations à mettre en place ;
- Mise à jour de l'autoévaluation des administrateurs ;
- Recrutement et orientation des nouveaux administrateurs ;
- Mise à jour de la pochette d'accueil pour les nouveaux administrateurs ;
- Proposition de programmes de formation continue ;
- Mise en place d'un formulaire d'engagement de confidentialité des administrateurs ;
- Mise à jour de l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, compilation et analyse des données et rédaction des recommandations.

➢ *Le comité de révision*

Le comité de révision n'a traité aucune demande cette année.

La fonction du comité de révision est d'examiner les demandes des usagers ou professionnels qui sont en désaccord avec les conclusions transmises par le médecin examinateur.

Le président du comité de révision est nommé parmi les membres du conseil d'administration. Les deux autres membres sont nommés parmi les médecins, dentistes ou pharmaciens, sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).

➢ *Le comité de vigilance et de la qualité des services*

Au cours de l'année 2020-2021, le comité s'est réuni à quatre reprises.

Le comité de vigilance et de la qualité veille à ce que l'établissement s'acquitte de ses responsabilités en matière de qualité des services, du respect des droits des usagers et s'assure qu'un suivi soit apporté aux recommandations émises par la commissaire et la gestionnaire de risques.

Le comité doit informer les membres du conseil d'administration sur les situations concernant la qualité et la sécurité des soins au niveau de la gravité et de leur évolution. Ce comité est responsable des suivis à la suite de leurs recommandations auprès du CA.

➢ *Le comité d'éthique*

Les membres du comité se sont réunis à quatre reprises et ont traité des dossiers suivants :

- Deux cas ont été analysés et ont nécessité quelques rencontres de travail ;
- La participation à plusieurs comités de travail au sein du réseau de la santé afin de partager divers outils utiles au soutien à la décision en temps de pandémie dans un contexte de rareté des ressources ;
- La consultation en vue de l'adoption du cadre conceptuel s'est réalisée en 2020-2021. Ce cadre a été adopté par le conseil d'administration le 20 avril 2021 ;
- L'objectif principal du comité, à la reprise des activités en septembre 2021, est de redémarrer le comité avec une présence accrue de l'éthique dans les activités quotidiennes du CISSS des Îles en faisant la promotion du cadre conceptuel. Il s'agira de la carte de visite du comité. Les règlements généraux devront être modifiés à la suite des modifications apportées au cadre conceptuel.

➢ *Le comité des ressources humaines*

Au cours de l'année 2020-2021, le comité de ressources humaines s'est réuni à six reprises.

Le mandat de ce comité est de superviser le recrutement, la rétention, la communication interne et externe, les relations humaines au sein de l'organisation portant sur nos valeurs.

➢ *Le comité des usagers*

Le comité des usagers a tenu six rencontres ordinaires et huit rencontres de dossiers en comité.
Le comité des usagers du CISSS des Îles a pour mandat de représenter les usagers de toutes clientèles de l'ensemble des installations de l'établissement. À noter également que la pandémie a été une année particulière pour la poursuite habituelle des rencontres. Les activités réalisées cette année :

- Le comité des usagers s'est concentré sur la formation de ses membres (ex. : droits en santé) ;
- De renforcir les liens de partenariat avec diverses instances ;
- Poursuite du projet de carnet santé et plan d'action pour distribution ;
- Plusieurs rencontres pour soutenir le comité de résidents du CHLSD Eudore-LaBrie. Des insatisfactions ont été soulevées concernant les soins et des services et un plan d'action conjoint fut rédigé face à cette problématique ;

- Élargir la communication ; un plan d'élaboration de communication à l'entrée du centre hospitalier a débuté dans le but de sensibiliser les usagers à faire respecter ses droits tout en respectant leurs obligations ;
- Suivre de près la démarche de transfert des résidents au CHLSD des Îles-de-la-Madeleine et assister à quelques rencontres des gestionnaires ;
- Capsules de radio, cartes de remerciements et café-soutien au personnel du CISSS pour le travail accompli durant la COVID-19 ;
- Capsules radiophoniques de publicité pour expliquer les droits des usagers.

➢ *Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)*

Le rapport du CMDP se veut le reflet de l'ensemble des activités administratives réalisées par nos différents comités dans le cadre de leurs obligations légales. Le rapport actuel insistera sur les activités principales du CECMDP pour l'année financière 2020-2021.

Rappelons que le CMDP du CISSS des Îles regroupe l'ensemble des médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent au Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Îles. Il a pour mandat principal d'apprécier la qualité et la pertinence des services que fournissent ses membres. En outre, il assiste la présidente-directrice générale (PDG), le directeur des services professionnels et hospitaliers (DSPH) et donne son avis sur l'organisation et la prestation des soins et des services en tenant compte de la nécessité de rendre des soins et de services adéquats et efficients. Il doit aussi exercer ses fonctions en conformité avec la mission, les objectifs et les ressources dont dispose l'établissement.

Vu le caractère particulier de la pratique médicale sur notre territoire insulaire, le CMDP a la responsabilité d'une répartition et d'une distribution des soins pour une population captive et partage une vision de soins de qualité appropriés pour un milieu communautaire et rural comme le nôtre. Ainsi, le CMDP préconise la contribution commune des membres de ses différents départements à la hauteur de leurs talents, de leur formation et de leurs compétences pour répondre aux besoins de la population.

Comme dans les dernières années et dans l'exercice de ses fonctions, le CMDP a continué d'encourager ses membres à une approche participative de cogestion avec l'ensemble des acteurs impliqués dans les soins. Je tiens à remercier tous les membres pour leur implication en ce sens et remercier tous les membres de la direction pour leurs efforts et leur support devant les défis rencontrés en cette période de pandémie.

Le CMDP du CISSS des Îles est actuellement composé de : 31 membres actifs, 5 membres associés réguliers et 59 membres associés. Sur le plan des effectifs médicaux, notons l'arrivée de deux omnipraticiennes et deux pharmaciens. Nous leur souhaitons la bienvenue. Finalement, le CMDP s'est réuni à l'occasion d'une assemblée générale annuelle et d'une assemblée extraordinaire pour faire le point sur la pandémie.

➢ *Le conseil des infirmières et des infirmiers*

Le comité des infirmières et infirmiers (CII) est responsable envers le conseil d'administration d'apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés dans le centre. Il doit faire des recommandations sur les règles de soins médicaux, les règles d'utilisation des médicaments, les règles de soins infirmiers et sur la distribution appropriée des soins dispensés par leurs membres dans le CISSS. Il donne également son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers sur le territoire de même que sur la planification de la main-d'œuvre infirmière, sur certaines questions relatives à l'accessibilité et la coordination des services dans la région impliquant les soins infirmiers, sur les approches novatrices de soins et sur leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population.

Le CII est responsable envers la présidente-directrice générale de donner son avis sur les questions suivantes : l'organisation scientifique et technique du centre, les moyens à prendre pour évaluer la compétence des infirmières et infirmiers, et finalement, sur toutes autres questions que la présidente-directrice générale pourrait porter à son attention.

Faits saillants et réalisations :

- Tenue de cinq réunions ordinaires avec un taux de participation de 64 % ;
- Recommandations concernant les mesures liées à la pandémie de la COVID-19.

➢ *Le conseil multidisciplinaire*

Le conseil multidisciplinaire (CM) du CISSS des Îles a pour principaux mandats d'assurer la qualité des services professionnels et la sécurité des usagers, de viser un environnement organisationnel positif et dynamique et de favoriser le maintien des compétences de ses membres. Le CM regroupe actuellement 125 membres impliqués dans 25 champs d'expertise de niveau professionnel et technique, et ce, répartis dans les quatre catégories d'installation : CH, CLSC, CHSLD, CRDI-TSA. Au cours de l'année financière 2020-2021, le nouvel exécutif, élu en AGA le 15 octobre 2020, a tenu subséquemment cinq rencontres ordinaires.

Faits saillants et réalisations :

- Participation aux causeries matinales mensuelles des présidents de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec ;
- Collaboration avec la DSMPSP pour l'amélioration des processus dans notre établissement au niveau du régime de protection et promouvoir l'accès à la formation pour cet acte professionnel ;
- Création d'un nouveau dépliant explicatif du conseil multidisciplinaire plus attrayant ;
- Participation aux deux rencontres Qualité et Sécurité au CISSS des Îles avec le CII et CMDP ;
- Création d'un groupe dans la plateforme TEAMS accessible aux membres CM, incluant un canal « Prendre soin de soi » ;
- Les sept postes d'exécutif du CM sont comblés.

Les faits saillants

La direction des soins infirmiers, santé physique et SAPA

Nos services sont répartis sur l'ensemble des programmes et des quatre missions de l'établissement et dispensés au sein des sept installations. L'offre de service couvre le continuum de soins et services allant de la promotion de la santé, la prévention des maladies, le traitement, la réadaptation, l'hébergement et les soins de palliatifs et de fin de vie. Pour les services spécialisés et ultraspécialisés non disponibles localement, nous bénéficions d'entente de services avec des établissements régionaux et suprarégionaux.

➢ *Les soins infirmiers*

- Réorganisation du service d'urgence selon les mesures de la pandémie ;
- Mise en place de l'unité COVID pour les soins intensifs ;
- Déploiement d'une clinique de dépistage ;
- Pré triage universel à l'accueil du centre hospitalier ;
- Utilisation d'une salle de code avec pression négative ;
- Réaménagement des zones selon une gestion de risques (froide, tiède ou chaude).

Tableau : Achalandage à l'unité des soins critiques

	2019-2020	2020-2021	ÉCART
Nombre de visites	18 161	10 980	-7181
Civières	2 118	2 100	-18
Taux d'occupation des civières	52 %	41 %	-9 %
Ambulances	836	835	-1
% de séjour de plus de 24 heures	10 %	10 %	Stable
% de séjour de plus de 48 heures	1 %	0 %	-1 %
Soins intensifs/jours présence	521	404	-117 jours
Taux d'occupation soins intensifs	48 %	37 %	-11 %
Admissions soins intensifs	249	247	-2
Code 100	4	2	-2
Téléconsultations	2	1	-1
Téléthrombolyses	0	1	+1

* Urgence mineure (clinique froide) mise en place à la suite du décret de l'urgence sanitaire en mars 2020. Ces visites ne sont pas comptabilisées dans celles de l'urgence. Elles incluent toutefois les visites du sans rendez-vous au GMF. Les visites de la CDÉ sont incluses dans celles de l'urgence.

Tableau : Achalandage à l'unité multiclientèle

STATISTIQUES À L'UNITÉ MULTICLIENTÈLE			
**** Jours présence = lit occupé par un usager pendant une journée**	2019-2020	2020-2021	ÉCART
Jours présence chirurgie	359	352	-7
Jours présence médecine	2702	2685	-17
Jours présence gériatrie active	1242	1445	+203
Jours présence obstétrique	254	265	+11
Jours présence pédiatrie	23	5	-18
Jours présence soins palliatifs	555	614	+59
Jours présence hébergement temporaire (répit)	28	11	-17
Jours présence NSA			
Jours présence attente CHSLD	517	557	+40
Jours présence attente RNI-RI-RTF	464	413	-51
Jours présence attente RPA	0	57	+57
Jours présence attente soins palliatifs	14	142	+128
Jours présence attente réadaptation intensive	37	18	-19
Jours présence attente santé mentale	42	29	-13
Jours présence attente d'ordonnance judiciaire (psychiatrie légale)	336	194	-142
Jours présence attente Convalescence	94	0	-94
Jours présence attente processus d'évaluation	159	197	+38
Taux d'occupation courte durée	83.20%	81%	(-2.2%)
Admissions courte durée	846	812	-34
Nombre d'admission de naissances	96	98	+2
Pouponnière nn jr présence	196	195	-1
Pouponnière cd jr présence	10	15	+5
Nombre de cas ambulatoire de chirurgie d'un jour	14	14	
Jours présence psychiatrie (4 lits)	1237	997	-240
Jours présence psychiatrie unité CD physique	141	31	-110
Jours présence total psychiatrie[1]	1378	1028	-350
Admissions psychiatrie	83	81	-2
Taux d'occupation module de psychiatrie (4 lits)	85%	68%	(-17%)

➢ *Le soutien à domicile*

- Respect des critères d'admissibilité en SAD par le MSSS ; soit la clientèle avec un profil iso-smaf de 4 et plus ;
- La clientèle avec un profil iso-smaf inférieur à 4 est dirigée aux partenaires du réseau (CAB, ESSAD, SAGÎM, APPUI…) ;

[1] Inclus les jours présence en santé physique

- 78 % de la clientèle SAPA, DP-DI-TSA et santé physique ont une évaluation OEMC et un plan d'intervention à jour ;
- Intensification des services en SAD avec une augmentation de près de 65 usagers suivis et une augmentation de 32 189 heures directes auprès de cette clientèle ;
- 43 % de la clientèle suivie en soins palliatifs à domicile est décédée dans leur milieu de vie ;
- Recrutement d'une deuxième infirmière clinicienne en SAD.

Tableau : Services du soutien à domicile

	2019-2020		2020-2021	
	Nb usagers	**Nb interventions**	**Nb usagers**	**Nb interventions**
Soins infirmiers à domicile	504	11 694	564	13 017
Inhalothérapie à domicile	49	514	50	460
Aide à domicile	297	55 404	332	74 117
Psychosociaux à domicile	430	4 434	482	5 740
Ergothérapie à domicile	77	219	77	266
Physiothérapie à domicile	121	529	109	459
Nutrition à domicile	10	80	16	87
Adaptation et soutien personne/famille/proches DI-TSA	77	2 792	105	2 695
Adaptation et soutien personne/famille/proches DP	23	126	10	155

Tableau : Clientèle du soutien à domicile

	2019-2020		*2020-2021*	
	Nb usagers	***Nb interventions***	***Nb usagers***	***Nb interventions***
SAPA	252	49 974	295	64 154
DP	76	5 669	71	6 538
DI-TSA	125	7 922	122	12 710
SM	4	1 169	4	1 205
Post-op	142	1 829	118	1 454
Soins palliatifs	46	4 105	44	3 962
Santé physique court terme	79	679	109	706
Santé physique long terme	93	4 438	106	6 260
TOTAL	**722**	**75 789**	**796**	**96 996**

➢ *Le soutien à l'autonomie des personnes âgées*

- Révision de la structure de travail en tenant compte de l'acuité de soins en CHSLD ;
- Mise en place de plan de travail visuel pour optimiser la qualité des soins ;
- Mise en place d'un outil pour l'évaluation des deuxièmes bains selon les normes du ministère ;
- Maintenir l'autonomie et prévention du déconditionnement malgré les précautions COVID ;

- Maintien d'un service de loisirs de manière individuelle ou en petit groupe durant la pandémie ;
- Soutien des proches aidants et augmentation de leur implication dans les soins/activités courants de leur proche ;
- Maintien d'une offre de services dans un contexte de rareté de main-d'œuvre (infirmière, infirmière auxiliaire et PAB) ;
- Réponse aux besoins croissants en hébergement pour les personnes atteintes d'un trouble neurocognitif ;
- Maintien des mesures COVID dans le but de protéger les résidents et proches aidants.

➢ *La réadaptation physique*

- L'équipe de réadaptation est composée de 5 ergothérapeutes, 3 physiothérapeutes, 3 technologues en physiothérapie, 2 orthophonistes et 1 audiologiste ;
- Nous répondons aux besoins de réadaptation des clientèles de tous les âges et de tous les profils par trajectoire dans les différentes missions de l'organisation (CH, CLSC, CHSLD, CRDI) ;
- Ajout d'une orthophoniste et audiologiste ;
- Consolidation de l'offre de services par programmes-services ;
- Implication des professionnels de la réadaptation dans les différentes trajectoires du CISSS.

➢ *Le bloc opératoire et endoscopie*

- Mise en place d'un comité de travail local, tel que suggéré par le MSSS, pour encadrer les activités chirurgicales (Délestage, priorisation et reprise des activités) et participation régulière au comité chirurgie RSSS-MSSS ;
- Délestage de quelques infirmières vers d'autres services et arrêt des chirurgies électives pendant 6 semaines avec reprise graduelle par la suite ;
- Arrêt pour 6 semaines des coloscopies P4-P5-P6 et des gastroscopies électives avec reprise graduelle par la suite ;
- Formation du personnel sur les procédures COVID au bloc opératoire et sur les autres mesures plus générales en PCI ;
- Augmentation du taux d'occupation des chaises ou civières à l'unité d'un jour par la médecine de jour (3-4 par jour à raison de 5jours/semaine) entraînant une suspension des activités chirurgicales et endoscopiques dans une deuxième salle, dans une même journée (1 salle par jour au lieu de 2)
- Diminution de près de 50 % des chirurgies de la cataracte en raison d'une réduction des nouveaux cas vus en clinique externe causée principalement par l'augmentation des cas de suivi au bureau et des injections pour la dégénérescence maculaire.

➢ *L'hémato-oncologie et la médecine de jour*

- Dépôt d'un rapport de consultation sur le circuit du médicament en hémato-oncologie et mise en place d'un comité de travail pour optimiser le processus ;

- Participation au projet de mise en place de la téléconsultation pour les IPO avec le MSSS ;
- Poursuite des travaux pour la trajectoire poumon dans le cadre d'un projet avec l'IUCPQ et la DGC ;
- Formation du personnel et mise en place de l'outil de détection de la détresse ;
- En raison de la COVID-19 :
    - Les locaux temporaires de la clinique de chimiothérapie ont dû être réaménagés ;
    - Suspension des rencontres avec le comité des patients partenaires en oncologie ;
    - Consultations téléphoniques, en clinique de suivi hémato-oncologique pour les cas qui s'y prêtent, les premiers mois de la pandémie

Tableau : Nombre de visites au bloc opératoire et services ambulatoires

	2019-2020	2020-2021
Médecine de jour	2771	2856
Clinique de préadmission	797	631
Chirurgie d'un jour	679	534
Chirurgie et autres interventions admises	208	166
Autres chirurgies et interventions ambulatoires	355	370
Endoscopie (nombre de patients)	1332	1253
Nombre d'examens en endoscopie (Coloscopie, rectoscopie, gastroscopie et cystoscopie)	1439	1364
Visite oncologique	2675	2764
Nombre de patients différents en oncologie	201	196
Traitements de chimio IV	471	500
Traitement chimio intra vésical	21	39
Urgence oncologique	15	1
Visites infirmière pivot en oncologie	928	654
Visites autres activités thérapeutiques en hémato-oncologie	563	642

➢ *L'unité de retraitement des dispositifs médicaux*

- Mise en place d'un projet pilote consistant à l'ajout d'un préposé à l'URDM sur le quart de soirée et ayant pour but la rétention du personnel, le maintien des compétences, le partage de la garde en plus de répondre aux besoins reliés à l'application des normes en RDM ;
- Poursuite des travaux du plan d'action pour la mise aux normes.

➢ *La suppléance rénale*

- Accueil de visiteurs en période estivale avec respect des mesures sanitaires ;
- Adaptation des services en contexte COVID nécessitant des quarts de 12 heures pour l'équipe soignante et la réalisation de traitements en dehors des plages horaires régulières ;
- Suspension des formations à l'extérieur pendant la période pandémique ;
- Partenariat très étroit avec l'équipe de l'Hôtel Dieu de Québec ;
- Le contexte d'équipe minimale et des postes composés complexifient la gestion de ce service ;
- 528 traitements réalisés en 2020-2021 donc 128 traitements de plus que l'année précédente.

La direction des services multidisciplinaires et programmes-services de proximité

La direction des services multidisciplinaires et des programmes-services de proximité regroupe les services généraux et psychosociaux généraux, le programme DP-DI-TSA (déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, le programme jeunes en difficulté, la santé mentale jeunesse et adulte et le programme dépendance et itinérance. Enfin, elle est responsable du volet local de la santé publique. Ces services se déploient tant à l'hôpital, qu'en CLSC, ou dans la communauté.

Plusieurs financements ont été accordés dans les programmes services et le déploiement des projets s'est actualisé à géométrie variable. Nos défis demeurent reliés au recrutement de la main-d'œuvre, au maintien des compétences de l'ensemble des équipes et du maintien des services en contexte d'équipes minimales.

➢ *Les services psychosociaux généraux, le programme jeune en difficulté, santé mentale jeunesse et adulte et le programme dépendance-itinérance*

- Nomination de 2 spécialistes en activités cliniques (SAC) et d'une chef d'équipe pour les troubles sévères et persistants ;
- Mise en place d'une structure de gestion et de communication avec les intervenants-clés en contexte de pandémie ;
- Adaptation de l'offre de service pour l'ensemble des programmes en contexte de pandémie ;
- Maintien des consultations en pédopsychiatrie via la télésanté ;
- Mise en place d'une infirmière à l'équipe jeunesse ;
- Mise en place d'une psychologue répondante ;
- Intensification des services pour la clientèle vulnérable afin d'éviter l'hospitalisation ;
- Maintien de l'ensemble des services ;
- Amorce d'un service de télésanté pour assurer la pérennité de la psychiatrie sur le territoire ;
- La 2e vague COVID a touché fortement la clientèle de ces programmes-services.

➢ *L'enfance, les familles, les jeunes en difficulté et la santé mentale jeunesse*

- Implantation de la télésanté en pédopsychiatrie ;
- Nomination d'une intervenante responsable au service de crise et de suivi intensif ;
- Poursuite des travaux PQPTM et Agir tôt en collaboration avec le programme DP-DI-TSA ;
- Entente de collaboration avec les Centres de la petite enfance et l'organisme l'Embellie ;
- Mise en place d'un comité de travail regroupant la SAC et l'infirmière clinicienne jeunesse, les pédiatres et pédopsychiatres, le chef de département de psychiatrie, le chef de programme et la directrice DSMPSP afin de réfléchir à la trajectoire, au référencement et à la hiérarchisation des services (omnipraticiens vs spécialistes).

➢ *La santé mentale, les services sociaux et la dépendance*

- Nomination d'une psychologue répondante et consolidation de la trajectoire, notamment à l'accueil-guichet ;
- Poursuite des travaux sur l'implantation du PQPTM ;
- Maintien des groupes de psychothérapie via la plateforme ZOOM ;
- Maintien des activités en télétravail en contexte de pandémie ;
- Consolidation de l'équipe 24/7 ;
- Surdotation de l'équipe de réadaptation SIV en période estivale ;
- Nomination de deux intervenants en dépendance ;
- Mise en place de deux rencontres par semaine avec les psychiatres et les intervenants SM ;
- Intensification des services pour éviter l'hospitalisation des clientèles vulnérables.

Tableau : Nombre et types d'intervention

Types d'intervention	2019-2020	2020-2021
Intervention de crise	114 usagers 458 interventions	94 usagers 347 interventions
Services spécialisés en santé mentale	104 usagers 824 interventions	103 usagers 657 interventions
Services ambulatoires et suivi RNI	202 usagers 2070 interventions	245 usagers 2531 interventions
Services en intensité variable	32 usagers 960 interventions	42 usagers 2011 interventions
TOTAL :	**452 usagers** **4 312 interventions**	**484 usagers** **5 546 interventions**

➢ *Le groupe de médecine familiale*

- 86 % de la population est inscrite auprès d'un médecin de famille (inclus tous les patients ayant une adresse aux Îles inscrits avec un médecin de famille GMF ou non) ;
- 82,2 % de la population inscrite auprès d'un médecin de famille au GMF des Îles.

➢ *Les services généraux*

- Création de deux postes miroirs pour infirmière clinicienne à l'accueil clinique, douleur chronique et diabète complexe ;
- Infirmière en santé publique (incluant CAT-IVG-ITSS-MADO)/prédiabète et diabète de novo ;
- Nomination d'une infirmière assistante du supérieur immédiat en cours d'année.

➢ *La santé publique*

La restructuration de l'équipe en santé publique :

- Nomination d'un accompagnateur école en santé ;

- Nomination d'une coordonnatrice professionnelle ;
- Ajout d'une nutritionniste en santé publique et consultation externe en CLSC ;
- Début de mise en place du projet Éclaireurs.

La bonification du volet prévention-promotion en santé publique :

- Nomination de deux agents en promotion de la santé (volet santé physique et volet santé mentale et substances psychoactives) ;
- Présence régulière dans les médias traditionnels et dans les médias sociaux de l'équipe de santé publique locale pour la prévention-promotion de la santé notamment dans le contexte de pandémie.

L'adaptation des services en raison de la COVID-19 :

- Mise en place de l'urgence mineure ;
- Vaccination COVID-19 débutée et en continu depuis le 7 janvier 2021 ;
- Mise en place du comité de veille sur les services aux citoyens ;
- Soutien et accompagnement à la population et aux entreprises pour les consignes COVID par l'équipe locale de santé publique.

➢ *Le centre de réadaptation en déficience intellectuelle, déficience physique et trouble du spectre de l'autisme*

- Réorganisation des activités pour répondre à la situation pandémique ; plusieurs activités individuelles ont été offertes afin d'éviter le déconditionnement et d'assurer une présence aux familles et aux proches aidants ;
- Ouverture de la ressource en hébergement 5 places (Maison Forest) pour la clientèle TSA-DIL permettant le développement de l'autonomie résidentielle et fonctionnelle. Développement du programme clinique et intégration d'une nouvelle équipe de travail ;
- Le poste de spécialiste d'activités cliniques a été pourvu ce qui permettra une collaboration et une supervision continue entre les membres de l'équipe ;
- Analyse des différents services par l'entremise et la mise en place de groupe de travail (activités du centre de jour en DI TSA et ateliers du CISSS) ;
- Obtention d'un budget récurrent qui permettra l'embauche d'un agent d'intégration socioprofessionnelle et de maximiser l'inclusion et l'intégration sociale de nos usagers.

La direction des services professionnels et hospitaliers

➢ *La médecine familiale*

- L'arrivée de quatre nouveaux médecins, durant l'année, a permis de stabiliser l'équipe. Le DRMG nous avait octroyé quatre postes qui ont été pourvus et nous avons pu bénéficier d'un cinquième poste qui a été attribué à un médecin actuellement en formation complémentaire en urgence ;
- Le DSPH agit comme chef du département de médecine familiale par intérim.

➢ *Le groupe de médecine familiale*

- Annonce de l'ouverture de deux nouvelles cliniques médicales à l'intérieur de notre GMF ;
- Déploiement en cours pour le dossier médical électronique (DME) ;
- Deux départs de médecins seront effectifs au cours de l'été, une partie de la clientèle a déjà été redistribuée et certains usagers seront redirigés vers le guichet d'accès.

➢ *La médecine interne*

- Les effectifs ont été maintenus durant toute l'année ;
- Les cibles ministérielles sont atteintes pour les consultations.

➢ *L'oncologie*

- L'oncologie est un service assuré par un partenariat médecine interne/médecine familiale ;
- Des solutions sont en cours pour améliorer les services et rehausser la sécurité.

➢ *L'obstétrique et la chirurgie*

- La couverture est assurée par le gynécologue et le chirurgien en place et les absences ponctuelles sont assurées sans bris de service ;
- Il y a un projet de standardisation des protocoles en cours pour la périnatalité.

➢ *L'anesthésie*

- Une entente de parrainage conclue entre le MSSS et la FMSQ permet à un groupe d'anesthésistes du CIUSSS de l'Ouest de l'Île de Montréal de nous assurer une couverture complète des gardes en anesthésie et des services en salle d'opération ;
- De plus l'arrivée d'un anesthésiste aux Îles qui occupe depuis février 2020 un de nos deux postes est venue consolider notre offre de services.

➢ *La psychiatrie*

- La psychiatrie demeure un défi important de l'organisation ;

- Les deux psychiatres prévoient quitter dans un futur plus ou moins rapproché, d'où l'intensification du recrutement ;
- La psychiatrie légale est de plus en plus présente dans notre établissement et des corridors de services sont à développer pour pouvoir plus facilement transférer les patients qui peuvent demeurer dans nos murs jusqu'à trois mois ;
- Il existe un excellent réseau de psychiatres qui font des suivis et des gardes en téléconsultation pour remédier à la pénurie.

➢ *La pharmacie*

- Le département compte 3 pharmaciens membres actifs et 9 assistants techniques en pharmacie. Contrairement aux autres régions du Québec, le département de pharmacie n'a pas été marqué par une pénurie d'assistants techniques en pharmacie au cours de la dernière année ;
- Toujours dans l'optique de répondre aux plus hautes exigences, notamment les normes d'Agrément Canada, plusieurs politiques, procédures et ordonnances ont été révisées ou créées au cours de la dernière année ;
- Le règlement sur l'émission et l'exécution des ordonnances de la pharmacie (REEOP) a été entériné et sa mise en application se poursuit ;
- Le bilan comparatif des médicaments (BCM), une pratique organisationnelle requise (POR) d'Agrément Canada, est réalisé pour l'ensemble des usagers admis. Le processus BCM est également implanté à la clinique externe d'hémato-oncologie ;
- L'antibiogouvernance est effectuée par les pharmaciens, de manière à répondre à une autre POR d'Agrément. De plus, les pharmaciens assurent la gestion des départs ATIVAD, la surveillance de la thérapie, la liaison avec le pharmacien communautaire, etc. Ainsi, le pharmacien fait partie de l'équipe de soins et a de nombreuses responsabilités en lien avec la pharmacothérapie des usagers admis ;
- Les activités reliées à la clinique d'anticoagulothérapie sont demeurées relativement stables au cours de l'année 2020-2021. Le nombre de RNI analysé par les pharmaciens (patients instables) est en légère hausse de 3 % soit 1025 comparativement à 993 l'an dernier.

➢ *L'imagerie médicale*

- Quatre visites de 10 jours complets pour l'IRM en plus des ajouts de soirée et de fins de semaine ;
- Un horaire complet à plus de 30 semaines de couverture sur place pour les radiologistes ;
- Intégration à l'horaire annuel de radiologistes venant travailler aux Îles pour la première fois ;
- Élaboration d'une nouvelle structure de postes de soirée afin de couvrir les fins de semaine, et ce, jusqu'à minuit ;
- Recours pour la toute première fois aux agences de placement en imagerie médicale ;
- Formation d'une nouvelle technologue en résonance magnétique ;
- Formation d'une nouvelle technologue en mammographie ;

La direction des services administratifs

➢ *Les services techniques*

- Aménagement adapté pour le respect des mesures de prévention à la COVID (CHSLD, service d'oncologie, unité multiclientèle, etc.) ;
- Aménagement du site non traditionnel au Château Madelinot : pour y loger une trentaine d'usagers ;
- Construction d'un garage pour le dépistage COVID ;
- Ajout d'une remise pour les fournitures ;
- Aménagement de bureaux ;
- Remplacement des systèmes de ventilation ;
- Aménagement des secteurs des ressources humaines, de la direction des services administratifs et de la santé mentale ;
- Aménagement du local d'hygiène et salubrité et du local du plateau technique ;
- Déménagement du tapis roulant (pour tests à l'effort) ;
- Modification aux archives pour l'agrandissement des locaux de la pharmacie ;
- Ajout de plusieurs équipements au laboratoire.

➢ *Le service alimentaire*

- Achat d'équipements (2 fours) ;
- Instauration du service alimentaire au site non traditionnel ;
- Augmentation de la variété et restructuration de l'offre en distributrice.

➢ *Le service hygiène et salubrité*

- Nouveau gestionnaire-cadre ainsi que nouveau gestionnaire par intérim ;
- Mise en place d'audits en hygiène et salubrité ;
- Mise en place d'un service d'hygiène et salubrité au site non traditionnel ;
- Participation aux différents comités et à la mise en place des recommandations de la nouvelle équipe PCI ;
- Nouvelle politique de déchets biomédicaux et nouvelle procédure pour l'envoi des déchets chimiques.

La direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

➢ *La gestion des ressources humaines*

- L'équipe s'est stabilisée en ce qui concerne les postes. Des absences de différentes natures ont eu l'effet de réajuster certaines responsabilités ;
- Le nouveau poste de chef de service a été pourvu par une agente de gestion du personnel.
- L'équipe de la liste de rappel a eu un travail colossal pour remplir les commandes de main-d'œuvre indépendante créées par les situations en lien avec la pandémie : surdotation des équipes, ouverture d'un site non traditionnel et pour contrer la pénurie généralisée ;
- Le recrutement a été difficile en raison de la pandémie, les conditions offertes par les agences de main-d'œuvre indépendante, la pénurie généralisée dans la province et plus particulièrement par le manque de logements et de service de garderie aux Îles. Malgré ces difficultés, il y a eu beaucoup de personnes embauchées sur les contrats temporaires prévus par les directives en lien avec la pandémie ;
- Le CISSS des Îles est un des cinq partenaires qui ont contribué à ouvrir un service de garderie privé pour leurs employés. La Garderie les Élymes a ouvert ses portes en mars 2021 ;
- Il y a eu un exercice de rehaussement des postes en CHSLD pour les préposés aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires et assistantes du supérieur immédiat. Cette démarche a permis aux employés qui le souhaitaient d'avoir accès à un poste temps complet ;
- Dans le but de former les préposés aux bénéficiaires, le MSSS a créé un programme court de 375 heures pour l'obtention d'une Attestation d'études professionnelles. Le CISSS des Îles a pu profiter du programme pour former 11 préposés aux bénéficiaires pour le CHSLD et a collaboré avec la Résidence Plaisance des Îles pour former 18 préposés aux bénéficiaires destinés au CHSLD Îles-de-la-Madeleine ;
- Dans le cadre du plan national de santé et sécurité au travail, beaucoup de travail a été accompli avec un Comité paritaire en santé et sécurité au travail très actif. De nouvelles politiques et procédures ont été développées pour renforcir les efforts de prévention et de répondre au Plan d'action national et local de santé et sécurité au travail ;
- Le CISSS des Îles a embauché 77 personnes et 70 personnes ont quitté l'organisation. De plus, 125 embauches temporaires ont été effectuées dans le cadre des efforts pour faire face à la pandémie ;

Tableau : Nombre d'embauches et départs et affichages

	2019-2020	2020-2021
Embauches	87	77
Départs	79	70

- En 2020-2021, 159 postes ont été affichés, comparativement à 142 en 2019-2020 ;

Tableau : Nombre d'affichages

	2019-2020	2020-2021
Affichages	142	159

- Le taux de fréquence et le taux de gravité des accidents pour les 5 dernières années ainsi que le nombre d'accidents ;

Tableau : Taux de fréquence et taux de gravité des accidents

	Fréquence= Nombre de lésions entraînant une absence de poste (indemnisées et assignées) X 100 divisé par le nombre de travailleurs (ÉTC)	Gravité = Nombre d'heures indemnisées (ou de jour) + le nombre d'heures d'assignation temporaire (ou de jour) X 100 divisé par le nombre de travailleurs (ÉTC)
2019	0,58	0,38
2020	0,50	0,05

- Le bilan du nombre d'accidents pour l'année 2020-2021 démontre une hausse significative, mais elle s'explique fort probablement par la promotion du nouveau formulaire de déclaration d'accident. Lorsque le nombre d'accidents ayant causé des pertes de temps est comparé entre les années 2019-2020 et 2020-2021, la différence est moindre ;
- Le CISSS des Îles a obtenu un classement préférentiel auprès de sa mutuelle de prévention ;

Tableau : Nombre d'accidents pour le personnel

	2019-2020	2020-2021
Nombre d'accidents déclarés	32	103
Nombre d'accidents avec perte de temps	14	16

- Le CISSS des Îles a eu un taux de 4,14 % qui est très enviable étant donné la situation pandémique. La planification de la main-d'œuvre demeure une priorité pour l'établissement ainsi que le rehaussement des heures-postes ;

Tableau : Taux d'heures supplémentaires

	2019-2020	2020-2021
Taux d'heures supplémentaires	4,49 %	4,14 %

Tableau : Taux d'assurance salaire

	2019-2020	2020-2021
Taux d'assurance salaire	6,34 %	5,91 %

- Une cible de 1,99 % a été fixée pour le CISSS des Îles concernant la main-d'œuvre indépendante. Depuis trois ans l'établissement a connu une augmentation de jeunes infirmières qui sont en retrait préventif, en congé de maternité ou en congé parental en plus de plusieurs départs à la retraite. De plus, les difficultés associées au recrutement laissent plusieurs postes vacants. Donc, l'établissement n'a pas été en mesure d'atteindre la cible fixée. Le recours aux agences a pris une place importante afin de maintenir les services, notamment pour le personnel infirmier, infirmier auxiliaire et préposé aux bénéficiaires ;

Tableau : Taux de main-d'œuvre indépendante

	2019-2020	2020-2021
Taux de main-d'œuvre indépendante	4,45 %	6,40 %

LES RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Cette année, aucune entente de gestion et d'imputabilité n'a été conclue entre les établissements et le ministre. Afin de rendre compte des résultats atteints concernant les objectifs du Plan stratégique du MSSS, voici les résultats pour les indicateurs du tableau ci-dessous.

Tableau : Résultats pour certains indicateurs du plan stratégique du MSSS

Orientation : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX PROFESSIONNELS ET AUX SERVICES			
Objectif : Offrir un accès plus rapide aux services de première ligne			
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2020	Résultats au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 plan stratégique du MSSS
Pourcentage des Québécois inscrits auprès d'un médecin de famille	84,61	88,02	83 %
Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	10 558	10 486	5 522 87
Commentaires : Il y a eu une augmentation du pourcentage et du nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille ainsi qu'un dépassement par rapport à la cible nationale. Les efforts sont poursuivis constamment pour offrir un accès plus rapide aux services de première ligne.			
Objectif : Diminuer le temps d'attente à l'urgence			
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2020	Résultats au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 plan stratégique du MSSS
Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	77	49	132 minutes
Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière	11,86	10,25	15 heures
Commentaires : Les visites de la clinique d'urgence mineure ne sont pas comptabilisées dans celles de l'urgence. Toutefois, les visites de la nouvelle clinique désignée d'évaluation qui a également été mise en place pour évaluer les patients présentant des symptômes infectieux y étaient inclues. Ces changements dans l'offre de service à l'urgence peuvent expliquer la variation des données comparativement à l'an dernier.			
Objectif : Améliorer l'accès aux services en santé mentale			
Indicateur	Résultat au 31 mars 2020	Résultat au 31 mars 2021	Cible 2020-2021 plan stratégique du MSSS
Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	52	87	19 201
Commentaires : La deuxième vague de la pandémie COVID-19 a fortement touché la clientèle des programmes-services en santé mentale ce qui a eu comme répercussion une hausse importante du nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale. Une structure de gestion et de communication avec les intervenants-clés a été mise en place afin d'adapter l'offre de service et d'assurer le maintien de l'ensemble des services.			
Objectif : Améliorer l'accès aux services en dépendance			
Indicateur	Résultat au 31 mars 2020	Résultat au 31 mars 2021	Cible 2020-2021 plan stratégique du MSSS

Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	29	42	60 671
Commentaires : En raison encore une fois de la pandémie, il a été constaté une hausse du nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance comparativement à l'année précédente. Afin d'assurer le maintien des services, il y a eu nomination de deux intervenants en dépendance qui a permis entre autres d'intensifier les services offerts et d'éviter l'hospitalisation des clientèles vulnérables.			
Objectif : Améliorer l'accès aux services spécialisés			
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2020	Résultats au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 plan stratégique du MSSS
Pourcentage des consultations auprès d'un médecin spécialiste, après référence par un médecin de famille, réalisé à l'intérieur des délais (Priorités A-B-C-D-E) ***A = 3 jours et moins/ B = 10 jours et moins/ C = 28 jours et moins/ D = 3 mois et moins/ E = 12 mois et moins***	50,5	86,8	81 %
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	4	3	40 000
Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 56 jours	97,1	70,6	85 %
Commentaires : Il y a eu une augmentation du pourcentage des consultations auprès d'un médecin spécialiste ce qui représente également un dépassement de la cible nationale. Il est également possible de constater un petit nombre concernant les demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois et une baisse au niveau du pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 56 jours. Il est à noter que l'accès aux services spécialisés a été maintenu malgré les contraintes de la pandémie et quelques ajustements ont pu être apportés afin d'en faciliter le suivi (ex : consultations téléphoniques avec patients, soutien à distance avec l'équipe médicale).			
Objectif : Améliorer l'accès aux services pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme			
Indicateur	Résultat au 31 mars 2020	Résultat au 31 mars 2021	Cible 2020-2021 plan stratégique du MSSS
Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme	54	39	16 000
Commentaires : Réorganisation des activités pour répondre à la situation pandémique. Ouverture d'une ressource d'hébergement pour la clientèle TSA-DIL.			
Objectif : Augmenter les services de soutien à domicile (SAD)			
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2020	Résultats au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 plan stratégique du MSSS
Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	718	790	364 602
Nombre total d'heures de services de soutien à domicile	107 155	139 347	21,3 millions d'heures
Commentaires : Une augmentation du nombre de personnes et du nombre d'heures de services de soutien à domicile a été possible grâce à l'intensification des services.			

Objectif : Améliorer l'accès aux services destinés aux enfants, aux jeunes et à leurs familles			
Indicateurs	Résultats au 31 mars 2020	Résultats au 31 mars 2021	Cibles 2020-2021 plan stratégique du MSSS
Proportion des jeunes enfants présentant un retard significatif de développement ayant bénéficié de services des programmes en déficience physique ou en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme dans les délais	ND	100	86 %
Pourcentage des premiers services en CLSC pour les jeunes en difficulté rendus dans un délai de 30 jours ou moins	64,2	57,5	73 %
Commentaires : L'accès aux services a été facilité par l'implantation de la télésanté en pédopsychiatrie, une entente de collaboration avec les centres de la petite enfance et l'organisme l'Embellie ainsi que des travaux d'optimisation de la trajectoire en équipe multidisciplinaire.			

LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

L'agrément

Le statut d'agrément du CISSS des Îles est agréé.

La dernière visite d'Agrément Canada a eu lieu du 21 au 24 mai 2019. Les ensembles de normes et manuels d'évaluations ont été utilisés pour évaluer les programmes et les services. Les preuves de conformité à la suite de la visite ont été remises comme prévu au cadre d'agrément pour maintenir le statut d'organisme agréé.

Les améliorations apportées suite aux recommandations effectuées par Agrément Canada dans le dernier rapport sont principalement :

- La mise à jour de politiques et protocoles pour la gestion des médicaments ;
- La mise à niveau de la formation pour l'utilisation des pompes à perfusion ;
- L'élaboration de tableaux de bord pour le suivi de la qualité et sécurité des soins et services.

Une visite était prévue au calendrier en septembre 2021, soit pour les normes reliées à la santé physique, services généraux et télésanté. Toutefois, toutes les activités reliées à Agrément Canada ont été suspendues en 2020-2021, et ce, à l'échelle de la province afin de répondre aux besoins de la pandémie. La prochaine visite d'Agrément Canada a donc été reportée en décembre 2021 pour le CISSS des Îles.

La sécurité et la qualité des soins et des services

Afin de promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents, des rapports trimestriels et un rapport annuel ont été présentés au conseil d'administration. Des résumés des rapports trimestriels de la gestion des risques préparés à l'intention du conseil d'administration ont été diffusés à l'ensemble du personnel, par le biais du journal interne. Le déploiement informatisé des déclarations d'incidents et accidents a été complété pour la majorité des services.

➢ *Les statistiques des déclarations d'incidents et d'accidents*

Un total de 692 déclarations d'incidents et d'accidents a été enregistré pour la période du 1er avril 2020 au 31 mars 2021. Selon leur niveau de gravité, les événements indésirables se répartissent comme suit :

- 508 événements (73,4 %) sans conséquences pour les usagers/résidents (indice : A à D) ;
- 179 événements (25,9 %) avec des conséquences mineures, sans impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation (indice : E1-E2) ;
- 4 événements (0,01 %) avec des conséquences temporaires, avec un impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation (indice : F) ;
- 1 événement avec des conséquences permanentes sur les fonctions physiques (indice : G).

Tableau : Nature des trois principaux incidents pour 2020-2021

Principaux types d'incidents (3)	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des incidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements
Chute	276	54,3	39,9
Médication	134	26,4	19,4
Autres	29	5,7	4,2

Tableau : Nature des trois principaux accidents pour 2020-2021

Principaux types d'accidents (3)	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des accidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements
Chute	95	51,7	13,8
Autres (principalement blessure d'origine connue)	67	36,4	9,7
Lié aux effets personnels	11	6,0	1,6

Des actions ont été entreprises par les responsables de services pour les principaux types d'incidents/accidents survenus dans l'année 2020-2021, soit plus spécifiquement pour les événements liés aux chutes qui ont considérablement augmenté.

➢ *Les actions entreprises par le comité de gestion des risques*

- Suivi des erreurs liées aux médicaments et des chutes via le rapport trimestriel ;
- Analyse des tendances pour recommander de façon proactive les mesures à mettre en place par l'établissement ;
- Revue des pratiques organisationnelles requises en lien avec la démarche d'agrément pour la gestion des médicaments et la sécurité des usagers.

➢ *Les mesures mises en place par l'établissement*

- En raison de la pandémie, les mesures de l'établissement se sont concentrées principalement à la gestion des risques reliés à la COVID par la mise en place d'un comité stratégique et tactique afin d'assurer le suivi des risques infectieux, enjeux, priorités et plans d'action ;
- L'ensemble des directives provenant du MSSS pour la gestion de la crise sanitaire ont été mises en œuvre dans l'ensemble des services et le suivi en était assuré par la structure de gouvernance qui a été mise en place ;
- Des interventions spécifiques ont été effectuées dans les unités pour éviter les erreurs fréquentes de médicaments et les chutes répétitives ;
- La programme de prévention des chutes a été poursuivi et sera surveillé rigoureusement au courant la prochaine année en raison de la hausse du taux de chute pour 2020-2021 ;
- Un support en continu est offert aux équipes pour la gestion des risques.

➢ *Le comité stratégique de prévention et de contrôle des infections*

Le mandat de ce comité est de protéger les usagers, visiteurs et travailleurs du CISSS des Îles contre l'acquisition d'infections nosocomiales et de bactéries multirésistantes.

- Consolidation des structures organisationnelles de PCI selon le nouveau cadre de référence (quatre rencontres du Comité stratégique de PCI et de la Table clinique de PCI) avec révision et diffusion trimestriel du tableau de bord de PCI ;
- Diffusion du nouveau programme de PCI et Guide PCI ;
- Révision et adoption de la politique et procédure de gestion d'éclosion, de la procédure d'hygiène des mains, d'outils de dépistage et de suivi des bactéries multirésistantes, d'une ordonnance collective de décolonisation SARM et de prélèvement pour infections respiratoires et en cas de diarrhée aiguë ;
- Contribution à la révision de la politique de vaccination des travailleurs, du protocole post-exposition et de la politique de gestion des déchets biomédicaux ;
- Préparation proactive à la saison grippale avec mise à jour et diffusion des outils de gestion de la grippe et tournée de sensibilisation du personnel et gestionnaires. Réduction importante des délais avec appareil TAAN ;
- Déploiement d'une stratégie d'adhésion à l'hygiène des mains, promotion et formation ;
- Démarrage d'audits sur le respect des précautions additionnelles ;
- Démarche d'Agrément amorcée, bonne évaluation de la PCI à la première visite ;
- Préparation à la pandémie et gestion proactive du risque de COVID-19 ; sensibilisation des gestionnaires, comités hebdomadaires puis quotidiens, surveillance, vigie sur les ÉPI, réorganisation des lieux, avis expert, formation des équipes et mise à jour continue des protocoles et trajectoires ;
- Activités régulières de formation des nouveaux employés et chroniques dans l'Express.

➢ *Les mesures de contrôle*

Le suivi de l'usage d'une mesure de contrôle fait partie des indicateurs sensibles en soins infirmiers au niveau de la surveillance de la qualité. Au sein du CISSS des Iles, nous pouvons mentionner que les professionnels autorisés à décider de l'usage d'une mesure de contrôle agissent avec diligence. Lorsque les mesures alternatives de remplacement sont impossibles, nous constatons que les professionnels identifient divers moyens pour rendre l'usage de celle-ci le plus bref possible et dans le cas d'une mesure de longue durée, la mesure la moins contraignante.

Les principaux usages d'une mesure de contrôle sont pour réduire le nombre de chutes chez les personnes ayant des risques majeurs de chute accompagnés de trouble neurocognitif ainsi que pour réduire les comportements de violence envers la personne et autrui.

Cependant, concernant les mesures de contrôle en CHSLD, en temps de pandémie, nous avons observé une augmentation de l'agressivité des patients avec des troubles neurocognitifs majeurs ayant subi des isolements. Alors, nous évitons désormais, autant que possible, les contentions lors d'isolement pour ce type de clientèle. Afin d'y arriver, nous avons augmenté les surveillances.

➢ *La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services*

En vertu des pouvoirs qui lui sont conférés par la loi, la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (CPLQS) et le médecin examinateur sont responsables, envers le conseil d'administration, du respect des droits des usagers dans le cadre de leurs fonctions et du traitement diligent des plaintes.

- Nombre total de plaintes reçues : 39
- Nombre de plaintes concernant des problèmes administratifs ou organisationnels qui impliquent des services médicaux, dentaires ou pharmaceutiques : 6
- Nombre de plaintes référées à la direction des ressources humaines : 0
- Nombre d'interventions : 5
- Nombre de plaintes rejetées sur examen sommaire, ou parce que frivoles, vexatoires ou faites de mauvaise foi : 5
- Nombre de plaintes retirées : 0
- Nombre de plaintes qui ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du citoyen : 0
- Délai moyen pour le traitement des plaintes : 15 jours (plaintes médicales : 18 jours)
- Nombre d'assistances faites auprès des usagers : 18
- Nombre de dossiers liés au COVID : 12

Tableau : Mesures mises en place par l'établissement

Direction	Mesures mises en place par l'établissement	Réglé ou en attente
Direction des services professionnels et hospitaliers	Rencontre avec une intervenante pour préciser les attentes de comportement auprès de la clientèle	Réglé
	Précision dans l'application de la politique de déplacement des usagers	En continu
Direction des soins infirmiers, santé physique et SAPA	Dossier transféré à la DRHCAJ et plainte déposée à l'ordre professionnel	Réglé
	Rappel au personnel afin que les informations transmises aux usagers soient claires	En continu
	Assurer une prise en charge diligente pour les cas de maltraitance	En continu
	Présentation du plan d'action dans la réorganisation des soins et services au Pavillon Eudore-LaBrie	En continu

➢ *Le protecteur du citoyen*

Aucune recommandation faite par le Protecteur du citoyen.

➢ *Le Coroner*

Aucun cas de décès dans l'établissement n'a fait l'objet d'une investigation du Coroner. Nous recevons les rapports diffusés périodiquement par le Bureau du Coroner aux responsables de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé et des services sociaux et nous donnons suite, s'il y a lieu.

➢ *Le médecin examinateur*

Pour l'année 2020-2021, le médecin examinateur est le Dr Richard Bernier directeur du programme d'évacuations aéromédicales du Québec et directeur adjoint des services professionnels et affaires médicales du CHU de Québec-Université Laval.

La plainte médicale réfère à une insatisfaction de l'usager concernant la conduite, le comportement ou la compétence d'un médecin, dentiste, pharmacien ou médecin résident, incluant la qualité d'un acte relevant de l'activité professionnelle de ces personnes.

Tableau : Nombre de plaintes médicales

	2019-2020	2020-2021
CISSS des Îles	8	7
TOTAL	**8**	**7**

Tableau : Délai moyen de traitement des plaintes

	Nombre de plaintes	Délai moyen
Plaintes médicales en date du 31 mars 2021	7	18 jours Amélioration des délais d'analyse de **48 %** **(35 à 18 jrs)** Respecte le délai de 45 jours

Tableau : Objet de plaintes médicales conclues par motifs

Motifs	Nombre de dossiers
Accessibilité	0
Relations, attitudes	1
Soins et services	6
TOTAL	**7 dossiers**

Le nombre de mises sous garde dans un établissement selon la mission

Tableau : Les mises sous garde (1er avril 2020 au 31 mars 2021)

	Total Établissement (CH)*
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	34
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	Sans objet
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	()
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	6

() : nombre trop petit pour en permettre la publication
* Il y a seulement eu des mises sous garde pour la mission CH.

L'examen des plaintes et la promotion des droits

Le rapport annuel sur l'application du régime d'examen des plaintes et de l'amélioration des services pour l'exercice 2020-2021 sera disponible en ligne sur le site Internet du CISSS des Îles, tout comme ceux des années antérieures. Des copies papier seront également disponibles au bureau de la commissaire et auprès de la direction générale advenant toute demande en ce sens.

Au cours de l'année 2020-2021, la commissaire a effectué la promotion du régime d'examen des plaintes, notamment en distribuant des dépliants et des affiches sur le régime d'examen des plaintes dans toutes les installations du CISSS. Le rapport annuel de l'année précédente a également été présenté au conseil d'administration du CISSS en séance publique.

L'information et la consultation de la population

En 2020-2021, le CISSS des Îles a consolidé les actions de communication nécessaire pour informer la population de l'offre de service de l'établissement. Les moyens utilisés les plus courants s'avèrent, l'affichage interne, les médias locaux, les réseaux sociaux ou encore le site Internet. Ils font également office d'outil de premier plan dans le recrutement et l'affichage des postes vacants.

L'établissement a poursuivi son implication dans le milieu en participant à différentes activités visant la concertation des partenaires du milieu. Que ce soit par sa participation à des tables et comités intersectoriels, par des échanges avec les élus ainsi que par sa présence à quelques forums, le CISSS des Îles a réitéré, dans la dernière année, sa volonté d'être un partenaire de premier plan pour les Madelinots et Madeliniennes.

Par ailleurs, le CISSS des Îles est demeuré ouvert aux différentes opportunités se présentant afin d'optimiser les outils pour transmettre de l'information à la population. Que ce soit par des publications officielles ou des entrevues médiatiques, l'établissement veille à faire circuler de l'information diverse sur son organisation et les services offerts.

En complément, conformément à la loi en vigueur, les séances du conseil d'administration du CISSS des Îles sont ouvertes à la population et une période de questions est prévue à chaque rencontre.

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

Tableau : L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie (1er avril 2020 au 31 mars 2021)

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	58
Sédation palliative	Nombre de sédations palliatives continues administrées	1
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	5
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	5
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	0

LES RESSOURCES HUMAINES

Les ressources humaines de l'établissement public et privé conventionné

Tableau : Répartition de l'effectif en 2020 par catégorie de personnel

	Nombre d'emploi Au 31 mars 2020	Nombre d'ETC En 2019-2020
1 - Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	184	146
2 - Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	157	131
3 - Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	81	71
4 - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	95	80
5 - Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales *	1	1
6 - Personnel d'encadrement	24	21
Total	**542**	**450**

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

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

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

La gestion et le contrôle des effectifs pour l'établissement public

Dans le cadre de l'application de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État (LGCE), la cible allouée au CISSS des Îles a été respectée pour l'exercice financier.

La cible 2020-2021 allouée pour l'établissement était de 995 589 heures rémunérées soit une variation de 26,21 % comparativement à 2015-2016 et de 17,49 % comparativement à 2019-2020. Au terme de l'exercice, les résultats ont démontré un total de 991 185 heures rémunérées, donc 4 404 heures de moins que la cible fixée pour un écart favorable par rapport à celle-ci de -0,4 %.

En général, la variation des heures en 2020-2021 est attribuable aux activités découlant de la situation de pandémie COVID-19, soit pour des mesures structurantes et/ou pour des mesures d'ajouts temporaires pour répondre aux exigences en lien avec l'état d'urgence sanitaire.

Le tableau suivant démontre l'évolution des heures rémunérées annuellement.

Tableau : Évolution des heures rémunérées annuellement

11044088 - CISSS des Îles	Comparaison sur 364 jours		
	2020-03-29 au 2021-03-27		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	**Heures travaillées**	**Heures supplém.**	**Total heures rémunérées**
1 – Personnel d'encadrement	42 307	4 560	46 867
2 – Personnel professionnel	98 212	2 331	100 543
3 – Personnel infirmier	280 810	8 402	289 212
4 – Personnel de bureau, technicien et assimilé	395 676	10 451	406 126
5 – Ouvriers, personnel d'entretien et de service	139 910	6 478	146 388
6 – Étudiants et stagiaires	2 048	1	2 049
Total 2020-2021	**958 963**	**32 222**	**991 185**
Total 2019-2020			**847 392**

Cible 2020-2021	**995 589**
Écart	**(4 404)**
Écart en %	**-0,4%**

Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Tableau : Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variation des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	Écart*	%**
Programmes-services						
Santé publique	818 307	1,36	2 011 027	2,57	1 192 720	145,75
Services généraux – activités cliniques et d'aide	2 452 237	4,09	2 311 278	2,96	(140 959)	(5,75)
Soutien à l'autonomie des personnes âgées- Volet hébergement	8 555 177	14,26	14 274 701	18,27	5 719 524	66,85
Soutien à l'autonomie des personnes âgées- Volet soutien à domicile et autres	4 232 147	7,05	6 798 533	8,71	2 566 386	60,64
Déficience physique	870 533	1,45	1 024 203	1,31	153 670	17,65
Déficience intellectuelle et TSA	3 821 675	6,37	4 604 539	5,89	782 864	20,48
Jeunes en difficulté	432 897	0,72	625 067	0,80	192 170	44,39
Dépendances	11 311	0,02	35 587	0,05	24 276	214,62
Santé mentale	3 161 818	5,27	3 923 653	5,02	761 835	24,09
Santé physique	20 899 033	34,83	22 611 055	28,94	1 712 022	8,19
Programmes soutien						
Administration	4 740 673	7,90	6 020 751	7,71	1 280 078	27,00
Soutien aux services	4 851 140	8,09	6 039 936	7,73	1 188 796	24,51
Gestion des bâtiments et des équipements	5 153 812	8,59	7 842 935	10,04	2 689 123	52,18
Total	60 000 760	100,00	78 123 265	100,00	18 122 505	30,20

* : 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.

Il est possible de consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel AS-471 publié sur le site Internet de l'établissement, pour plus d'information sur les ressources financières.

L'équilibre budgétaire

Bien qu'il n'en fût pas prévu ainsi, pour une 4e année consécutive, le CISSS des Îles a réussi à maintenir l'équilibre budgétaire pour 2020-2021. Le surplus de l'exercice se chiffre à 351 241 $, donc 24 594 $ provenant du fonds d'exploitation et 326 647 $ provenant du fonds d'immobilisation. Au cours de l'exercice, le CISSS des Îles a su se faire reconnaitre une majoration de financement récurrente pour les développements engagés au Pavillon Eudore-LaBrie, l'écart comblé représentant 486 K$. Le CISSS des Îles a aussi obtenu plusieurs financements rattachés aux programmes d'investissements suivants du MSSS, en voici quelques-uns ;

- Proches aidants 6 300 $
- Soutien à domicile 265 700 $
- Programmes québécois pour les troubles mentaux 242 500 $
- Santé mentale – Jeunes adultes 27 500 $
- Santé mentale – Équipe d'éclaireurs 100 000 $
- Programme d'interventions pour premiers épisodes psychotiques 25 000 $
- Air ouverte 410 000 $
- Jeunes en difficultés 82 500 $
- Agir-tôt 715 600 $
- DP-DI-TSA – activités de jour, socioprof. et communautaires 215 000 $
- Infirmière praticienne spécialisée 150 000 $
- Préceptorat 21 947 $
- Prendre soin du personnel 187 407 $
- Soutien à l'amélioration continue en prévention 47 392 $
- Alimentation en CHSLD 65 491 $

Dans le contexte de développement des services à la population que nous avons connu au cours des 4 dernières années, le maintien de l'équilibre est en soi une réalisation importante. En effet, le maintien de l'équilibre démontre l'engagement de la haute direction à assurer à la fois un développement des services répondant aux besoins de la population, tout en respectant un développement contenu et conforme aux obligations relatives à l'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux.

La demande de soutien à la mise en place du CHSLD des Îles-de-la-Madeleine fut considérable du côté de la direction des services administratifs, notamment du point de vue planification des activités de soutien demandées par la nouvelle organisation.

La disponibilité des espaces est devenue un enjeu important au cours du dernier exercice, surtout dans un contexte de priorisation des espaces requis pour répondre à l'urgence sanitaire. Dans ce contexte, la majorité des actions de la direction des services administratifs ont surtout porté sur le déploiement des moyens mis à la disposition des services cliniques pour offrir à la population des Îles-de-la-Madeleine une réponse à la pandémie.

Les contrats de service

Les contrats de service, comportant une dépense de 25 000 $ et plus, conclus entre le 1er avril 2020 et le 31 mars 2021 sont :

Tableau : Les contrats de service

	Nombre	Valeur
Contrats de service avec une personne physique[1]	7	255 900 $
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique[2]	13	7 048 774 $
Total des contrats de service	21	7 304 674 $

[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

Dans le but de poursuivre la croissance de nos activités cliniques et administratives, la direction des ressources informationnelles a géré un portefeuille de 11 projets au CISSS des îles de La Madeleine pendant l'année 2020-2021 en lien avec les enjeux et priorités organisationnelles.

La réalisation des activités liées aux projets prioritaires DCI Cristal-Net et du déploiement d'un système de coordination clinique au CISSS des Îles (Gustav) ont été modulés pour permettre aux équipes cliniques de répondre aux besoins liés aux différentes vagues vécues en 2020-2021 de la pandémie COVID-19.

Des projets d'envergure clinique avec nos partenaires de soins santé ont été réalisés comme le remplacement du DMÉ Purkinje au GMF des îles par le DMÉ MYLE et le grand projet du nouveau CHSLD des Îles-de-la-Madeleine, dont des travaux pour doter d'une infrastructure réseau sécuritaire, l'installation des équipements informatiques et des outils clinico-administratifs ont été terminés pour permettre l'ouverture du CHSLD en avril 2021. Des travaux concernant l'homologation ministérielle du DMÉ SOFi, outil clinique choisi au CHLSD des Îles-de-la-Madeleine, ont été lancés auprès du fournisseur.

En parallèle, la direction des ressources informationnelles a réalisé des travaux importants sur les infrastructures informatiques du CISSS des Îles comme l'amélioration de la performance et autonomie de gestion du : système de gestion de l'information clinique et administrative (ICLSC), système des Hospitalisations et chirurgies d'un jour dans les centres hospitaliers du Québec (MedEcho), système en imagerie médicale (Radimage), système de pharmacie local (SIP-Syphac), système d'information pour la gestion du département des urgences (Stat-Urgence) ainsi que la standardisation des équipements et la mise en place de l'impression sécurisée avec le rehaussement du parc d'impression, le rehaussement du parc informatique et des infrastructures serveur pour répondre à la désuétude des systèmes d'exploitation Microsoft Windows et mitiger les enjeux en sécurité informationnelle reliés.

Ces activités de continuité opérationnelles ont permis entre autres de renforcer les services des infrastructures technologiques avec une meilleure performance et maintenir une continuité des activités cliniques et administratives essentielles.

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

Le rapport financier annuel, lequel inclut les états financiers, a été complété par la direction de l'établissement qui est responsable de sa préparation et de sa présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le rapport annuel de gestion concordent avec l'information présentée dans le rapport financier annuel.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôle interne qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que toutes les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire de l'information financière et non financière fiable.

La direction reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires de l'établissement conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et non financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité d'audit. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers, inclus sous la section auditée du rapport financier annuel, ont été audités par la firme CORBEIL BOUDREAU & ASSOCIÉS INC. dûment mandatée pour ce faire conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. L'auditeur peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité d'audit pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Jasmine Martineau

Présidente-directrice générale



Claude Cyr

Directeur des services administratifs

Nom de l'établissement : Code : Page / Tot.

SIRET des Tiers : [illegible] : [illegible]

Thème des Cycle : Exercice clos le 31 mars 2021 - ANNEXE

ETAT DE SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Description des réserves, commentaires et observations 1	Année [XXXX/XXXX] 2	Nature 3	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée 4	Etat de la problématique au 31 mars 2021 5
Rappel des réserves indépendant porté sur les états financiers				
Non respect des normes comptables concernant les provisions pour risques et charges	2017/2018	DAEF Réserve	Donation le 04/2021	DAEF Non régle

LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

Il n'y a eu aucune divulgation ou communication d'actes répréhensibles à l'égard de l'organisme public au cours de l'exercice 2020-2021.

LA FONDATION SANTÉ DE L'ARCHIPEL

La Fondation Santé de l'Archipel a pour mission d'amasser des fonds afin d'appuyer le CISSS des Îles à prévenir, guérir, soigner et soutenir pour le mieux-être et la santé de la population des Îles-de-la-Madeleine, en offrant, en collaboration avec nos partenaires, des services de santé et des services sociaux de qualité, sécuritaires, accessibles, intégrés et en continuité. Le conseil d'administration de la Fondation a tenu 10 séances ordinaires et 3 séances extraordinaires durant l'année financière 2020-2021. Au 31 mars 2021, les membres du conseil d'administration sont : M[me] Clémence Poirier, présidente (Comité sectoriel de main-d'œuvre des pêches maritimes), D[re] Christine Paquet, vice-présidente (Conseil de médecins, dentistes et pharmaciens), M. Marc-Olivier Bourque, secrétaire (Desjardins Caisse des Ramées), M[me] Lise Leclerc (retraitée du CISSS des Îles), D[re] Claudine Lemieux (Clinique dentaire Orallia), M[me] Jasmine Martineau (PDG du CISSS des Îles), M. Luc Miousse (Parcs Canada), M. Jonathan Patton (Council for Anglophone Magdalen Islanders), M[me] Joanie Renaud, trésorière (CISSS des Îles), M. Donald Vigneau (Desjardins Entreprises). La direction générale fut assumée par M[me] Stéphanie Larocque dès le mois d'octobre avec l'apport de M[me] Mylèna Cyr au poste d'adjointe administrative.



M[me] Stéphanie Larocque, M[me] Mylèna Cyr, M. Donald Vigneau, M[me] Clémence Poirier, D[re] Christine Paquet, M. Marc-Olivier Bourque, M[me] Joanie Renaud, M[me] Jasmine Martineau, M. Luc Miousse, D[re] Claudine Lemieux, M[me] Lise Leclerc, M. Jonathan Patton.

L'année 2020-2021 a été une année de mouvement à la Fondation. Alors que la pandémie était déclarée au mois de mars, l'ancienne directrice générale quittait ses fonctions au même moment. Ainsi, moins d'activités ont eu lieu, compte tenu du contexte sanitaire et de l'arrivée de la nouvelle équipe à l'automne.

Les principales activités de financement de la Fondation et de ses partenaires en 2020-2021 :

- L'Équipée Santé 2020 s'est adaptée selon une nouvelle formule afin de favoriser les dons en ligne plutôt que via le traditionnel porte-à-porte. Un partenariat a aussi été établi avec le Conseil de médecins, dentistes et pharmaciens dont les membres se sont unis pour offrir un don de 20 000 $. Une somme de 58 002 $ a ainsi été amassée au total. Ce montant servira à financer la réalisation de divers projets au CISSS des Îles ;
- La machine à café de la Fondation, installée à l'urgence grâce à la précieuse collaboration du CISSS des Îles, a permis de récolter 6 106 $;
- Vague d'Espoir, la traditionnelle baignade du 1er janvier organisée par la famille Richard, a été réalisée cette année sous la forme d'une campagne participative via la plateforme en ligne de la Fondation. Les gens étaient invités à s'inscrire et à lever des fonds en prévision de relever leur défi. La somme record de 14 041 $ a été recueillie avec l'apport de plus de 75 participants.

Les principales contributions financières de la Fondation en 2020-2021 :

- Octrois de plus de 37 000 $ provenant du fonds l'Envol pour l'achat d'équipements médicaux destinés aux soins des enfants ainsi que pour le programme d'entraide qui offre un soutien financier aux familles qui ont à se déplacer à l'extérieur pour les soins de santé de leur enfant. Le fonds l'Envol est financé en partie grâce aux dons reçus annuellement d'Opération Enfant Soleil, fidèle partenaire de la Fondation et du CISSS des Îles depuis plus de 20 ans ;
- Des octrois totalisant plus de 6 500 $ au CHSLD Eudore-LaBrie pour les loisirs et la réalisation de nombreuses activités pour les résidents ;
- Plusieurs autres contributions avoisinant les 9 000 $ servant à la réalisation de divers projets et activités réalisés au CISSS des Îles en lien avec la mission de la Fondation.

En soulignant...

À titre d'organisme de bienfaisance, la Fondation a aussi pu compter tout au long de l'année 2020-2021 sur la grande générosité de nombreux donateurs, partenaires et bénévoles. De tout cœur, merci d'être, avec nous, toujours unis pour le bien-être de notre communauté !



ANNEXE : LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles a été adopté le 20 janvier 2016.

Vous trouverez une copie du document aux pages suivantes du présent rapport, ainsi que sur le site Internet du CISSS des Îles à l'adresse : http://www.cisssdesiles.com

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des îles
Québec

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

DES ADMINISTRATEURS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CISSS DES ÎLES

EN VERTU DE LA *LOI SUR LE MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF* (chapitre M-30)

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE 3
Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES 4
Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE 7
Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS 10
Section 4 — APPLICATION 12

Annexe I – Engagement et affirmation du membre 17
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance 18
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre 19
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général 19
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts 20
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts 22
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen 23

PRÉAMBULE

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.

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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 administrateur.

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

a) aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts ;

b) traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts ;

c) régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres ;

d) définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions ;

e) prévoit des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

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

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

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).
- Les articles 131, 132,3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *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).

3. DÉFINITIONS

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.

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.

*Intérê*t : 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 **:** telle que définie à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, une personne se qualifie comme indépendante, notamment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

Personne raisonnable : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances[2].

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.

4. CHAMP D'APPLICATION

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

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 de veiller à l'application du présent Code. Ce dernier doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique tous les trois ans, ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil lors d'une de ses séances régulières.

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 révoqués ou suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

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

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

1. PRINCIPES D'ÉTHIQUE

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

En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre de 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.
- 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 assure 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.

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 cités au point 2. Ces devoirs et règles déontologiques indiquent donc ce qui est prescrit et proscrit.

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

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.

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, la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée ainsi que toute décision, et ce, malgré sa dissidence.
- Respecter toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence, en faisant preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

2.3. Impartialité

- Se prononcer sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.
- Placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

2.4. Transparence

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

2.5. Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration 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 représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

2.6. Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.

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'est autorisé par celles-ci.

2.8. Charge publique

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

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 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.

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.

2.11. Interventions inappropriées

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

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

1. Le membre ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

2. Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.

3. 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.

4. 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 lorsque cette question d'intérêt est débattue.

5. 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.

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

7. 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.

Section 4 – APPLICATION

8. 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 administrateurs 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.

9. 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.

10. COMITÉ D'EXAMEN AD HOC

10.1. 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.

10.2. Un membre du comité d'examen ad hoc ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.

10.3. Le comité d'examen *ad hoc* a pour fonctions de :

a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du 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.

10.4. La date d'entrée en fonction, la durée du mandat des membres du comité d'examen ad hoc de même que les conditions du mandat sont fixées par le comité de gouvernance et d'éthique.

10.5. Si le comité d'examen ad hoc ne peut faire ses recommandations au comité de gouvernance et d'éthique avant l'échéance du mandat de ses membres, le comité de gouvernance et d'éthique peut, le cas échéant, prolonger la durée du mandat pour la durée nécessaire à l'accomplissement de ce dernier. La personne qui fait l'objet de l'enquête en est informée par écrit.

11. PROCESSUS DISCIPLINAIRE

11.1. Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.

11.2. Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen ad hoc, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un membre a pu contrevenir au présent document, en transmettant le formulaire Signalement d'une situation de conflit d'intérêts de l'annexe VI rempli par cette personne.

11.3. Le comité d'examen ad hoc détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (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.

11.4. 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.

11.5. 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.

11.6. 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.

11.7. 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.

11.8. 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.

11.9. Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, 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.

11.10. 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.

11.11. 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, doivent être écrites et motivées. 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.

11.12. 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.

11.13. 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).

12. 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.

13. 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 d'administrateur.
- Ne pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.
- S'abstenir de solliciter un emploi auprès de l'établissement pendant son mandat et dans l'année suivant la fin de son mandat, à moins qu'il ne soit déjà à l'emploi de l'établissement. Si un cas exceptionnel se présentait, il devra être présenté au conseil d'administration.

ANNEXES

ANNEXE I – ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DU MEMBRE

Coordonnées du bureau d'élection

Je, soussigné, _____, membre du conseil d'administration du - _____, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, 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 _____.

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

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

En foi de quoi, j'ai _____, pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ et je m'engage à m'y conformer.

_____ _____ _____

Signature **Date** *[aaaa-mm-jj]* **Lieu**

_____ _____

Nom du commissaire à l'assermentation **Signature**

Annexe II – 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 _____ due aux faits suivants :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____ _____ _____
Signature **Date** *[aaaa-mm-jj]* **Lieu**

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

Je, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, membre du conseil d'administration du _____, 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 d'administrateur

☐ Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du _____.

☐ J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du _____. *[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 administrateurs du _____.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ et m'engage à m'y conformer.

_____ _____ _____

Signature **Date** *[aaaa-mm-jj]* **Lieu**

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

Je, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, président-directeur général et membre d'office du _____, 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 d'administrateur

☐ Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du _____.

☐ J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du _____. *[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 administrateurs du _____et m'engage à m'y conformer.

_____ _____ _____

Signature **Date** *[aaaa-mm-jj]* **Lieu**

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

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

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____ _____ _____

Signature **Date** *[aaaa-mm-jj]* **Lieu**

Annexe VI – 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 VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen

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

_____ _____ _____

Signature **Date** *[aaaa-mm-jj]* **Lieu**