

Présences :	Absence :
M. Richard Desrochers (président)	M <sup>me</sup> Julie Beaulieu
M. Marc Descôteaux (vice-président)	D <sup>r</sup> Christian Carrier
M. Martin Beaumont (secrétaire)	
M. Richard Beauchamp	<b>Invités :</b>
M. Michel Dostie	D <sup>r</sup> Serge Barabé
M. Marcel Dubois	M <sup>me</sup> Nathalie Boisvert
D <sup>r</sup> Jocelyn Hébert	M. Louis Brunelle
M. Michel Larrivée	M <sup>me</sup> Jacinthe Cloutier
M <sup>me</sup> Jessica Lesage	M. Martin D'Amour
M <sup>me</sup> Elana MacDougall	M <sup>me</sup> Nathalie Garon
M. Carl Montpetit	M <sup>me</sup> Lyne Girard
M <sup>me</sup> Chantal Plourde	M. Gilles Hudon
M. André Poirier	M <sup>me</sup> Doris Johnston
M. Érik Samson	M <sup>me</sup> Christine Laliberté
M <sup>me</sup> Karine St-Ours	M <sup>me</sup> Louise Lavigueur
	M <sup>me</sup> Nancy Lemay

Deux membres du public assistent à la rencontre.

## POINTS STATUTAIRES

### CA-32-01. OUVERTURE DE LA SÉANCE ET ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR

La séance ayant été convoquée dans les délais prescrits par le Règlement sur la régie interne du conseil d'administration et le quorum étant constaté, M. Richard Desrochers, président, déclare la séance ouverte à 18 h.

Sur proposition de M. Carl Montpetit, appuyée par M. Michel Larrivée, le conseil d'administration adopte le projet d'ordre du jour de la présente rencontre.

### CA-32-02. DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS ET PRISE DE CONSCIENCE DES ENGAGEMENTS STRATÉGIQUES

Le président demande aux membres présents s'ils s'estiment être en conflit d'intérêts par rapport à l'un ou l'autre des points à l'ordre du jour. Aucune déclaration de conflit d'intérêts n'est émise.

## COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

### CA-32-03. RAPPORT DES PRÉSIDENTS DES COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Les présidents des comités résument les principaux sujets discutés lors des rencontres tenues depuis la dernière séance régulière du conseil d'administration. Ils présentent également leurs plans d'action pour l'amélioration du fonctionnement du conseil d'administration du CIUSSS MCQ de leurs comités respectifs pour la prochaine année.

- Comité de gouvernance et d'éthique (CGÉ) | 2018-05-24 | M. Michel Larrivée
  - Analyse des résultats de l'appréciation annuelle du PCA et du PDG
  - Planification de la session intensive 2018 des administrateurs
  - Révision de la grille d'évaluation des séances du conseil d'administration (CA)
  - Finalisation du guide de mentorat
  - Plan de formation 2018-2019
  - Principaux objectifs du plan d'action 2018-2019 du CGÉ :
    - Améliorer la compréhension des membres dans la définition des rôles et des responsabilités des sous-comités du conseil d'administration
    - Améliorer la contribution du collectif dans la prise des décisions du conseil d'administration
    - Poursuivre l'amélioration de l'outil d'évaluation du rendement de l'organisation (tableau de bord du CA)
    - Partager à l'ensemble des membres du CA les meilleures pratiques en matière de gouvernance
    - Améliorer la présentation des dossiers lors des séances plénières et publiques du CA
- Comité sur la responsabilité populationnelle (CRP) | 2018-05-29 | M. Michel Dostie
  - Consultation : Politique de transparence
  - Tableau de bord des indicateurs en responsabilité populationnelle
  - Accompagnement sur la légalisation du cannabis
  - Principaux objectifs du plan d'action 2018-2019 du CRP :
    - Assurer le suivi du dossier de la légalisation du cannabis
    - Assurer le suivi de la démarche des projets cliniques
    - S'assurer d'avoir une vision d'ensemble des actions réalisées en lien avec la responsabilité populationnelle
    - Suivre la mise en place et l'évolution du Bureau du partenariat avec la communauté
- Comité de vigilance et de la qualité (CVQ) | 2018-05-30 | M. Marc Descôteaux
  - Analyse systémique en hébergement
  - Nouvelles consignes en lien avec les présentations des directions cliniques
  - Dossier de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services
  - Recommandations des membres du CVQ
  - Principal objectif du plan d'action 2018-2019 du CVQ :
    - Être pertinent et efficient dans les rencontres du CVQ
- Comité de vérification (CV) | 2018-06-13 | M. Marcel Dubois
  - Liste des contrats supérieurs à 100 000 \$
  - Rapport financier annuel au 31 mars 2018
  - Rapport financier annuel consolidé – Fonds de santé au travail au 6 janvier 2018
  - Nomination de l'auditeur externe – Exercice financier 2018-2019
  - Gestion intégrée des risques – Registre d'identification des risques organisationnels
  - Autorisation des dépenses des hors-cadres
  - Principaux objectifs du plan d'action 2018-2019 du CV :
    - Optimiser la tenue des rencontres du CV
    - Valider le rôle des membres du CV
    - Augmenter la valeur ajoutée du CV aux prises de décisions du CA
- Comité sur les ressources humaines (CRH) | aucune rencontre | M. Michel Larrivée, vice-président
  - Principaux objectifs du plan d'action 2018-2019 du CRH :
    - Assurer un suivi sur l'état de la disponibilité de la main-d'œuvre
    - Recevoir et recommander au conseil d'administration les ententes et les orientations liées aux négociations locales
    - Suivre l'évolution de la démarche Entreprise en santé

Suite à la présentation des présidents des comités du conseil d'administration, les administrateurs sont invités à faire part de leurs questions, leurs remarques ou leurs préoccupations :

- En référence à la discussion tenue lors de la présentation du rapport du président du CRP, D<sup>re</sup> Marie-Josée Godi, directrice de santé publique et responsabilité populationnelle, organisera des rencontres ciblées à l'automne avec les municipalités et les différentes instances, dont le CA, au sujet de la légalisation du cannabis et les enjeux sociaux et populationnels en découlant.
- En référence à la discussion tenue lors de la présentation du rapport du président du CV, serait-il opportun qu'un objectif concernant la gestion des pilotes et la sécurité des accès soit intégré au plan d'action afin d'en assurer le suivi? M. Dubois avance qu'un point sera plutôt mis à l'ordre du jour de chacune des rencontres pour ce faire.

## RÉSOLUTIONS EN BLOC

Sur proposition de M. Marc Descôteaux, appuyée de M. Érik Samson, le conseil d'administration adopte à l'unanimité tous les sujets inscrits à la section « Résolutions en bloc ».

### **CA-32-04. ADOPTION DU PROCÈS-VERBAL DE LA 28<sup>E</sup> SÉANCE (SPÉCIALE) ET DE LA 29<sup>E</sup> SÉANCE (RÉGULIÈRE)**

Adoption à l'unanimité du procès-verbal de la 28<sup>e</sup> séance (spéciale) du 5 mai 2018.

Adoption à l'unanimité du procès-verbal de la 29<sup>e</sup> séance (régulière) du 15 mai 2018.

### **CA-32-05. AFFAIRES DÉCOULANT DES SÉANCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION**

Document d'information présentant les suivis réalisés suite aux séances du conseil d'administration.

### **CA-32-06. RAPPORT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION**

Rapport permettant de constater les actions réalisées par le président du conseil d'administration en lien avec l'un ou l'autre de ses champs de responsabilités (fonctionnement du conseil d'administration et de ses comités, ainsi que la gouvernance du CIUSSS MCQ), et ce, pour la période du 16 mai au 14 juin 2018.

### **CA-32-07. RAPPORT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL**

Rapport permettant de constater les actions réalisées par le président-directeur général en lien avec les axes stratégiques de l'établissement, et ce, pour la période du 16 mai au 14 juin 2018.

### **CA-32-08. AVIS DE DÉMISSION ET MODIFICATION DE STATUT DE MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS**

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), un médecin ou un dentiste qui décide de cesser d'exercer sa profession dans l'établissement doit donner au conseil d'administration un préavis d'au moins soixante (60) jours. Toutefois, la Loi permet au conseil d'administration d'autoriser un départ sans un tel préavis, dans certaines conditions. Enfin, il est exigé que le conseil d'administration informe le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de ces départs.

La LSSSS attribue au conseil d'administration la responsabilité de nommer les médecins, dentistes et pharmaciens exerçant leur profession au sein de l'établissement. Il doit également leur attribuer un statut, leur accorder des privilèges et prévoir les obligations qui y sont rattachées selon un processus à observer et les exigences requises.

## Objectifs

1. Prendre acte de 9 avis de démission de médecins, dentistes et pharmaciens;
2. Donner suite aux recommandations formulées par le comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) lors de son assemblée du 8 mai 2018 portant sur :
  - 1 demande de modification de statut.

### **Résolution CA-2018-52**

#### **Avis de démission et modification de statut de médecins, dentistes et pharmaciens**

CONSIDÉRANT l'analyse faite par le conseil d'administration de la recommandation formulée par le comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens [ci-après «CMDP»] le 8 mai 2018;

CONSIDÉRANT les articles 254 et 255 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux [ci-après «LSSSS »] prévoyant qu'un médecin ou un dentiste qui décide de cesser d'exercer sa profession dans l'établissement doit donner au conseil d'administration un préavis d'au moins soixante (60) jours;

CONSIDÉRANT les articles 245 et 256 de la LSSSS précisant que le conseil d'administration doit, tous les trois (3) mois, aviser le ministère de la Santé et des Services sociaux [ci-après «MSSS »] des demandes de nomination ou de renouvellement de nomination qu'il a acceptées, ainsi que de toute décision d'un médecin ou d'un dentiste de cesser d'exercer sa profession;

IL EST PROPOSÉ, DÛMENT APPUYÉ ET RÉSOLU À L'UNANIMITÉ :

#### **DE PRENDRE ACTE des avis de démission, D'INFORMER le MSSS et de REMERCIER pour les services rendus au sein de l'établissement, les médecins suivants :**

1. **D<sup>re</sup> Lucie Bonin**, spécialiste en santé publique et médecine préventive, membre actif du CMDP, RLS Trois-Rivières, dont l'avis de démission est daté du 6 février 2018 et laquelle sera effective le 31 mai 2018.
2. **D<sup>re</sup> Annie Bernard**, radiologiste, membre actif du CMDP, RLS Drummondville, dont l'avis de démission est daté du 27 mai 2018 et laquelle sera effective le 10 août 2018.
3. **D<sup>r</sup> Guillaume Bourdeau**, radiologiste, membre associé du CMDP, RLS Trois-Rivières, dont l'avis de démission est daté du 19 avril 2018 et laquelle est effective depuis cette date.
4. **D<sup>re</sup> Émilie Vallée**, nucléiste, membre actif du CMDP, RLS Drummondville, dont l'avis de démission est daté du 30 mai 2018 et laquelle est effective depuis cette date. D<sup>re</sup> Vallée devait débiter sa pratique le 1<sup>er</sup> juillet 2018.
5. **D<sup>re</sup> Séverine Savignat**, omnipraticienne, membre actif du CMDP, RLS Vallée-de-la-Batiscan, dont l'avis de démission est daté du 5 avril 2018 et laquelle sera effective le 11 juin 2018.
6. **D<sup>re</sup> Isabelle Diamond Richard**, omnipraticienne, membre actif du CMDP, RLS Trois-Rivières, dont l'avis de démission est daté du 1<sup>er</sup> février 2018 et laquelle est effective depuis le 1<sup>er</sup> avril 2018.
7. **D<sup>r</sup> Jean Lefebvre**, omnipraticien, membre associé du CMDP, RLS Centre-de-la-Mauricie, dont l'avis de démission est daté du 5 juin 2018 et laquelle est effective depuis le 4 mai 2018.
8. **D<sup>re</sup> Lyne Thériault**, omnipraticienne, membre actif du CMDP, RLS Arthabaska-et-de-l'Érable, dont l'avis de démission est daté du 7 juin 2017 et laquelle est effective depuis le 30 juin 2017.
9. **M<sup>me</sup> Martine Girard**, pharmacienne, membre actif du CMDP, RLS Arthabaska-et-de-l'Érable, dont l'avis de démission est daté du 29 mai 2018 et laquelle sera effective le 14 juillet 2018.

#### **D'OCTROYER un statut de membre honoraire du CMDP à :**

10. **D<sup>r</sup> Robert Perron**, pathologiste, RLS Trois-Rivières, et ce, à compter du 30 juin 2018.

## **CA-32-09. NOMINATION DU CHEF DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE**

Conformément aux ententes verbales effectuées lors du processus de nomination des chefs de département tenu en février 2016, il avait été convenu que le rôle de chef de département et d'adjoint au chef de département de médecine spécialisée serait inversé après deux ans de mandat.

Par conséquent, la candidature du D<sup>r</sup> Daniel Carrier à titre de chef de département de médecine spécialisée du CIUSSS MCQ est proposée. D<sup>r</sup> Carrier occupait jusqu'à ce jour la fonction d'adjoint au chef de département de médecine spécialisée. Quant à D<sup>r</sup> Carl-Éric Gagné, titulaire actuel du poste de chef de département de médecine spécialisée, il deviendra ainsi le nouvel adjoint au chef de département de médecine spécialisée.

### **Résolution CA-2018-53**

#### **Nomination du chef de département de médecine spécialisée**

CONSIDÉRANT l'article 188 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, c. S-4.2) [ci-après « LSSSS »], il appartient au conseil d'administration de nommer les chefs de département de l'établissement, après consultation des médecins, dentistes et pharmaciens ainsi que de l'université à laquelle l'établissement est affilié selon les termes du contrat d'affiliation conclu conformément à l'article 110 de la LSSSS;

CONSIDÉRANT l'adoption du Plan de gouvernance médicale le 16 décembre 2015 (résolution CA-2015-110) et la création des départements en résultant;

CONSIDÉRANT la résolution CA-2016-14 par laquelle la nomination du chef de département de médecine spécialisée avait été déterminée le 19 février 2016;

CONSIDÉRANT les ententes verbales effectuées lors du processus de nomination des chefs de département tenu en février 2016 à l'effet que le rôle de chef de département et d'adjoint au chef de département de médecine spécialisée serait inversé après deux ans de mandat;

CONSIDÉRANT la recommandation favorable formulée par le comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec [ci-après « CIUSSS MCQ »] lors de sa rencontre du 5 juin 2018;

CONSIDÉRANT la recommandation favorable formulée par les doyens de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke;

CONSIDÉRANT qu'il y a lieu de procéder à la nomination des chefs de département de l'établissement;

**IL EST PROPOSÉ, DÛMENT APPUYÉ ET RÉSOLU À L'UNANIMITÉ :**

- de nommer D<sup>r</sup> Daniel Carrier à titre de chef de département de médecine spécialisée du CIUSSS MCQ. Cette nomination prendra effet le 15 juin 2018;
- de nommer D<sup>r</sup> Carl-Éric Gagné à titre d'adjoint au chef de département de médecine spécialisée du CIUSSS MCQ. Cette nomination prendra effet le 15 juin 2018;
- d'autoriser le président-directeur général à signer tout autre document nécessaire à la prise d'effet de la présente résolution.

#### **CA-32-10. NOMINATION DES ADJOINTS AUX CHEFS DE DÉPARTEMENT, DES CHEFS DE SERVICE ET DES ADJOINTS AUX CHEFS DE SERVICE**

Le conseil d'administration a adopté le 16 décembre 2015, le Plan de gouvernance médicale du CIUSSS MCQ. Pour faire suite à l'adoption du plan d'organisation, des départements et des services médicaux ont été créés. Des appels de candidatures ont été lancés auprès des membres du CMDP par les différents chefs de département nommés afin de doter les postes d'adjoints aux chefs de département, chefs de service et adjoints aux chefs de service. Après consultation auprès des membres de leurs départements respectifs, les chefs de département ont procédé à des recommandations de candidats auprès du comité exécutif du CMDP.

Lors des rencontres du 8 mai et 5 juin 2018, le comité exécutif du CMDP a donc procédé à la nomination des adjoints et des chefs de service énumérés ci-dessous :

- Chef de service Biochimie, D<sup>r</sup> Philippe Mills;
- Chef de service de médecine nucléaire, D<sup>re</sup> Virginie Bruneau;
- Adjoint au chef de service de radiologie, RLS Drummond, D<sup>r</sup> Dominic Corriveau;
- Adjoint au chef de département de médecine d'urgence, RLS Maskinongé, D<sup>r</sup> Michael Samman;
- Adjoint au chef de département de médecine spécialisé, D<sup>r</sup> Carl-Éric Gagné;
- Adjoint au chef de service de médecine interne, RLS Arthabaska-et-de-l'Érable, D<sup>r</sup> Patrick Chagnon;
- Chef de service de rhumatologie, D<sup>r</sup> Frédéric Morin;
- Adjoint au chef de service du Service de médecine générale Hospitalisation, RLS Arthabaska-et-de-l'Érable, D<sup>re</sup> Élisabeth Lessard;
- Adjoint au chef de service du Service de médecine générale CHSLD, RLS Arthabaska-et-de-l'Érable, D<sup>r</sup> Pierre-Hugues Blanchard;
- Adjoint au chef de service du Service de médecine générale Soins à domicile et palliatifs, RLS Arthabaska-et-de-l'Érable, D<sup>re</sup> Mélissa Joly;
- Adjoint au chef de service du Service de médecine générale Ambulatoires, RLS Arthabaska-et-de-l'Érable, D<sup>re</sup> Mélissa Joly;
- Adjoint au chef de service du Service de médecine générale Ambulatoires, RLS Maskinongé, D<sup>re</sup> Isabelle St-Germain;
- Adjoint au chef de service du Service de médecine générale Périnatalité, RLS Arthabaska-et-de-l'Érable, D<sup>re</sup> Chantal Tardif.

#### **CA-32-11. NOMINATION DES MEMBRES AU COMITÉ DE DIRECTION ET DU CHEF DU DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Conformément au *Règlement concernant la composition du comité de direction du DRMG, les modalités d'élection ou de nomination des membres et la durée de leur mandat*, le comité de direction du DRMG est composé de trois médecins élus par et parmi les médecins omnipraticiens qui pratiquent en Mauricie et au Centre-du-Québec, de cinq médecins cooptés, d'un représentant facultaire et du président-directeur général. Un processus d'élection a donc eu lieu en mars 2018.

##### **Résolution CA-2018-54**

##### **Nomination des membres au comité de direction et du chef de Département régional de médecine générale**

CONSIDÉRANT l'article 417. 3 et 417.4 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoyant que la composition spécifique du comité de direction du Département régional de médecine générale [ci-après « DRMG »], les modalités d'élection ou de nomination, ainsi que la durée de leur mandat sont déterminées par un règlement édicté par les médecins membres du département réunis en assemblée générale;

CONSIDÉRANT le Règlement concernant la composition du comité de direction du DRMG, les modalités d'élection ou de nomination des membres et la durée de leur mandat (R-00-11) [ci-après « Règlement »] qui prévoit que le conseil d'administration du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec [ci-après « CIUSSS MCQ »] doit nommer le président d'élection au plus tard 60 jours avant la date prévue du scrutin;

CONSIDÉRANT l'adoption de la résolution CA-2018-09 à la séance du 13 février 2018 qui nomme M<sup>me</sup> Annie Lavigne à titre de présidente d'élection afin d'élire trois membres par et parmi les médecins omnipraticiens qui pratiquent en Mauricie et au Centre-du-Québec au comité de direction du DRMG;

CONSIDÉRANT les trois membres sortants, soit D<sup>r</sup> Pierre Martin, D<sup>r</sup> Louis Auger et D<sup>r</sup> Dany Sirois, qui avaient obtenu un mandat de quatre ans se terminant en mai 2018;

CONSIDÉRANT le résultat des élections au 30 mars 2018 et la nomination des membres du comité de direction du DRMG le 15 mai 2018 pour un mandat de quatre ans prévu se terminer en mai 2022;

CONSIDÉRANT l'article 22, section VI, du Règlement qui stipule que le comité de direction du DRMG doit procéder à la nomination d'un chef parmi les membres visés à l'article 5 de ce même Règlement;

IL EST PROPOSÉ, DÛMENT APPUYÉ ET RÉSOLU À L'UNANIMITÉ :

1. de prendre acte des nominations suivantes au sein du comité de direction du DRMG :
  - D<sup>r</sup> Pierre Martin, RLS Trois-Rivières,
  - D<sup>re</sup> Stéphanie Perron, RLS Centre-de-la-Mauricie,
  - D<sup>re</sup> Marie-Christine Fréchette, RLS Arthabaska-et-de-l'Érable;
2. d'approuver la nomination de D<sup>r</sup> Pierre Martin en tant que chef du DRMG de la Mauricie et du Centre-du-Québec pour une période de deux ans.

#### **CA-32-12. NOMINATION DE L'AUDITEUR EXTERNE POUR L'EXERCICE FINANCIER 2018-2019**

Les établissements publics doivent nommer un auditeur externe avant le 30 septembre de chaque exercice financier conformément au premier alinéa de l'article 290 de la Loi sur les services de santé et de services sociaux.

En 2015, le contrat a été attribué au plus bas soumissionnaire répondant aux critères de qualité fixés par l'établissement dans le devis de l'appel d'offres pour les exercices 2015-2016 à 2018-2019. La firme Deloitte S.E.N.C.R.L. a obtenu le contrat qui est renouvelable d'année en année. L'offre de prix présente un montant de 79 600 \$ pour l'exercice financier 2018-2019, lequel est le dernier exercice des quatre (4) années couvertes par l'appel d'offres.

#### **Résolution CA-2018-55**

#### **Nomination de l'auditeur externe pour l'exercice financier 2018-2019**

CONSIDÉRANT le premier alinéa de l'article 290 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, c. S-4.2) prévoyant qu'avant le 30 septembre de chaque exercice financier, le conseil d'administration d'un établissement nomme un vérificateur pour l'exercice financier en cours;

CONSIDÉRANT l'octroi du contrat au plus bas soumissionnaire lors de la procédure d'appel d'offres n° 2015-1013 - Audit qui couvrait les exercices financiers 2015-2016 à 2018-2019;

CONSIDÉRANT la résolution CA-2017-49 confirmant le choix de la firme Deloitte S.E.N.C.R.L. pour l'exercice financier 2017-2018;

CONSIDÉRANT le renouvellement du mandat d'audit à confirmer avant le 30 septembre de chaque année;

CONSIDÉRANT la recommandation favorable formulée par le comité de vérification lors de sa rencontre du 13 juin 2018;

IL EST PROPOSÉ, DÛMENT APPUYÉ ET RÉSOLU À L'UNANIMITÉ :

- de renouveler le mandat de la firme Deloitte S.E.N.C.R.L. pour la vérification des états financiers de l'exercice financier 2018-2019 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec pour une somme de 79 600 \$, et ce, suivant l'offre de prix acceptée.

### **CA-32-13. ADOPTION DE LA POLITIQUE SUR L'ACCESSIBILITÉ LINGUISTIQUE AUX SERVICES DE SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX**

Pour assurer des services sécuritaires et de qualité, il est primordial d'utiliser la langue maternelle ou la langue maîtrisée par les usagers afin d'éviter des barrières à l'écoute mutuelle et à la compréhension. L'établissement doit respecter des obligations légales pour la population anglophone ainsi qu'assurer des soins et des services accessibles pour les allophones. Pour ce faire, il s'engage à favoriser la qualité optimale des interventions malgré la présence d'une barrière linguistique.

#### **Résolution CA-2018-56**

#### **Adoption de la Politique sur l'accessibilité linguistique aux services de santé et aux services sociaux**

CONSIDÉRANT l'article 172.4 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux [ci-après « LSSSS »] qui stipule que le conseil d'administration doit s'assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services;

CONSIDÉRANT les articles 15 et 348 de la LSSSS qui indique que toute personne d'expression anglaise a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux dans cette langue, dans la mesure où le prévoit le programme d'accès de l'établissement et compte tenu de l'organisation et des ressources humaines, matérielles et financières de l'établissement;

CONSIDÉRANT l'engagement de l'établissement d'assurer l'accessibilité linguistique aux soins et aux services;

CONSIDÉRANT le code d'éthique de l'établissement qui spécifie au *Droit de recevoir des soins et services sécuritaires et de qualité* que les intervenants doivent, notamment, effectuer les démarches requises lors d'une barrière de communication, linguistique ou autre;

CONSIDÉRANT la recommandation favorable formulée par le comité de suivi sur l'accessibilité linguistique lors de sa rencontre du 5 février 2018;

CONSIDÉRANT la recommandation favorable formulée par le comité régional transitoire pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise lors de sa rencontre du 10 mai 2018;

CONSIDÉRANT la recommandation favorable formulée par le comité de direction lors de sa rencontre du 28 mai 2018;

CONSIDÉRANT la recommandation favorable formulée par le comité sur la responsabilité populationnelle lors de sa rencontre du 29 mai 2018



IL EST PROPOSÉ, DÛMENT APPUYÉ ET RÉSOLU À L'UNANIMITÉ :

1. d'adopter le projet de politique sur l'accessibilité linguistique aux services de santé et aux services sociaux (PO-03-001);
2. de mandater le président-directeur général adjoint pour diffuser et assurer l'application de la présente politique au sein de l'établissement.

**CA-32-14. ADOPTION DU PLAN D'ACTION 2017-2020 À L'ÉGARD DES PERSONNES HANDICAPÉES (VERSION 2)**

Le Plan d'action à l'égard des personnes handicapées (PAPH) a fait partie de l'entente de gestion 2016-2017 et le CIUSSS MCQ s'est donné pour mission de poursuivre son engagement visant l'amélioration continue de l'accessibilité des usagers, des proches et des employés en situation de handicap. Ainsi, le CIUSSS MCQ adoptait son premier PAPH en mai 2017. Avec la participation de cinq directions et de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, des objectifs et des actions concrètes ont été identifiés pour 2016-2019. Un bilan annuel des réalisations issues du PAPH (version 1) a été adopté par le conseil d'administration en mars 2018.

Une deuxième version du PAPH impliquant maintenant des mesures prioritaires de dix directions de l'établissement est désormais disponible. Celle-ci répond à notre engagement organisationnel de réduire les obstacles physiques et sociaux en matière d'accès à l'égalité en emploi, à l'information et aux services pour les personnes en situation de handicap. Tel qu'entendu avec l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), le PAPH doit aussi témoigner de l'évolution de la mise en place des actions au sein de l'établissement. Par conséquent, le bilan annuel 2017-2018 a été intégré au PAPH (version 2).

**Résolution CA-2018-57**

**Adoption du Plan d'action 2017-2020 à l'égard des personnes handicapées (version 2)**

CONSIDÉRANT l'article 172.4 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) qui stipule que le conseil d'administration doit s'assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services;

CONSIDÉRANT l'article 61.1 de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (L.R.Q., c. E-20.1) [ci-après « Loi »] indiquant que chaque ministère et organisme public de plus de 50 employés, ainsi que chaque municipalité d'au moins 15 000 habitants adoptent un plan d'action annuel à l'égard des personnes handicapées;

CONSIDÉRANT l'article 61.1 de la Loi stipulant que, sur recommandation du ministre responsable de la Loi, le plan d'action peut comporter tout autre élément déterminé par le gouvernement et que parmi ces autres éléments, une reddition de comptes doit être réalisée au regard de la politique gouvernementale *L'accès aux documents et aux services offerts au public pour les personnes handicapées*;

CONSIDÉRANT l'obligation indiquant que plusieurs ministères, organismes publics et municipalités doivent produire un plan d'action annuel à l'égard des personnes handicapées, et ce, suite à l'adoption de la Loi le 17 décembre 2004;

CONSIDÉRANT l'obligation des ministères et organismes publics de rendre compte, dans leur plan d'action, du nombre de plaintes reçues et traitées, et des mesures d'accommodement mises en place relativement aux documents et aux services offerts au public pour les personnes handicapées;

CONSIDÉRANT le plan d'action à l'égard des personnes handicapées qui a ses assises de la Loi et qu'elle définit la personne handicapée comme « Toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes » (art. 1g);

CONSIDÉRANT l'adoption au conseil d'administration de la résolution CA-2018-22 concernant le bilan annuel du Plan d'action 2016-2019 à l'égard des personnes handicapées lors de sa rencontre du 20 mars 2018;

CONSIDÉRANT que les membres du conseil d'administration doivent prendre connaissance du Plan d'action 2017-2020 à l'égard des personnes handicapées (version 2) et des mesures mises en place pour sa réalisation et sa promotion;

CONSIDÉRANT la recommandation favorable formulée par le comité de direction lors de sa rencontre du 28 mai 2018;

IL EST PROPOSÉ, DÛMENT APPUYÉ ET RÉSOLU À L'UNANIMITÉ :

- d'adopter le Plan d'action 2017-2020 à l'égard des personnes handicapées (version 2).

#### **CA-32-15. ADOPTION DU PLAN DE CONTINGENCE ET DE PARTICIPATION DU SERVICE DE RADIOLOGIE DU CENTRE DE SERVICES DU HAUT-SAINT-AURICE**

Au plan d'effectifs médicaux du Centre de services du Haut-Saint-Maurice, il n'y a qu'un seul poste disponible dans le service de radiologie et celui-ci est actuellement vacant. Par conséquent, la couverture de ce service doit être effectuée par les membres du service qui pratiquent dans les autres installations du CIUSSS MCQ. Considérant qu'il y a parfois absence de volontaires pour couvrir sur place, à La Tuque, les services d'échographie selon l'horaire établi par le chef de département, un plan de contingence et de participation doit être élaboré pour le service de radiologie de cette installation lorsqu'une rupture d'accès aux soins et services est anticipée.

##### **Résolution CA-2018-58**

##### **Adoption du plan de contingence et de participation du service de radiologie du Centre de services du Haut-Saint-Maurice**

CONSIDÉRANT l'article 172.4 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux qui stipule que le conseil d'administration doit s'assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et l'efficacité des services;

CONSIDÉRANT l'entente de principe intervenue en février 2018 entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins spécialistes du Québec concernant les conditions de pratique à l'égard de la Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux;

CONSIDÉRANT les risques de rupture d'accès aux soins et services en radiologie lors d'absence de volontaires pour couvrir les services d'échographie au Centre de services du Haut-Saint-Maurice;

CONSIDÉRANT l'obligation par un département d'établir un plan de contingence et de participation permettant de pourvoir aux bris de services temporaires, et ce, pour toutes les installations situées à plus de 70 kilomètres du lieu de pratique principal des membres devant offrir un soutien temporaire;

CONSIDÉRANT la nécessité de définir les mesures (couverture, horaires, fréquence, sélection des radiologistes) à mettre en place lors d'une éventuelle rupture d'accès;

IL EST PROPOSÉ, DÛMENT APPUYÉ ET RÉSOLU À L'UNANIMITÉ :

- d'adopter le Plan de contingence et de participation du service de radiologie du Centre de services du Haut-Saint-Maurice.

**CA-32-16. DEMANDE D'EXEMPTION DE SOUSCRIPTION AU FONDS D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE DU BARREAU DU QUÉBEC**

Le Règlement sur la souscription obligatoire au Fonds d'assurance responsabilité professionnelle du Barreau du Québec prévoit des exemptions, dont notamment :

2. Malgré l'article 1, un avocat n'est pas tenu de souscrire au Fonds :  
(...)  
7° s'il est au service exclusif (...) d'au moins un des établissements concernés par l'article 125 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2).

Suite à la création du CIUSSS MCQ, tous les avocats au service exclusif de l'établissement peuvent faire une demande écrite d'exemption de souscrire au Fonds d'assurance responsabilité professionnelle du Barreau du Québec, laquelle doit être entérinée par résolution du conseil d'administration de l'établissement.

**Résolution CA-2018-59**

**Demande d'exemption de souscription au Fonds d'assurance responsabilité professionnelle du Barreau du Québec**

CONSIDÉRANT le Règlement sur la souscription obligatoire au Fonds d'assurance responsabilité professionnelle du Barreau du Québec;

CONSIDÉRANT la création du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec [ci-après « CIUSSS MCQ »];

CONSIDÉRANT la déclaration du Barreau du Québec à l'effet qu'un avocat n'est pas tenu de souscrire au Fonds d'assurance responsabilité professionnelle du Barreau du Québec s'il est au service exclusif d'un CISSS ou d'un CIUSSS, et ce, à partir du 1<sup>er</sup> avril 2015;

CONSIDÉRANT les demandes des avocats au service exclusif du CIUSSS MCQ d'être exemptés de l'obligation de souscrire audit Fonds;

CONSIDÉRANT la directive du Barreau du Québec à l'effet qu'une résolution du conseil d'administration du CIUSSS MCQ doit confirmer que les avocats qui en font la demande sont effectivement à l'emploi exclusif du CIUSSS MCQ et que l'établissement se porte garant, prend fait et cause, et répond financièrement des conséquences de toute erreur ou omission de ces avocats dans l'exercice de leurs fonctions au sein de l'établissement;

IL EST PROPOSÉ, DÛMENT APPUYÉ ET RÉSOLU À L'UNANIMITÉ :

1. de confirmer au Barreau du Québec que M<sup>e</sup> Richard Alexandre Grenier et M<sup>e</sup> Justin Trudel sont effectivement à l'emploi exclusif de l'établissement au 11 juin 2018;
2. de confirmer au Barreau du Québec que le CIUSSS MCQ se porte garant, prend fait et cause, et répond financièrement des conséquences de toute erreur ou omission de ces avocats dans l'exercice de leurs fonctions;
3. que toute modification concernant l'exercice de la pratique desdits professionnels soit notifiée au Barreau du Québec dans les meilleurs délais.

## **CA-32-17. RAPPORT DE SUIVI DE GESTION – CADRE DE RÉFÉRENCE DE LA GOUVERNANCE DE L'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS AU CIUSSS MCQ**

Le 12 avril 2016, le conseil d'administration a adopté le Cadre de référence de la gouvernance de l'accès aux services spécialisés au CIUSSS MCQ et un rapport de suivi de gestion portant sur l'efficacité du mécanisme de gestion de l'accès aux services spécialisés doit être déposé tous les trois mois au conseil.

### **RECONNAISSANCE ET BON COUP DU CIUSSS MCQ**

## **CA-32-18. PRÉSENTATION DES SERVICES D'INTÉGRATION TRAVAIL ET COMMUNAUTAIRE**

Après le cheminement scolaire, le Service adulte en déficience intellectuelle (DI) et trouble du spectre de l'autisme (TSA) du CIUSSS MCQ accompagne des usagers adultes ayant une DI-TSA, et ce, en fonction de leurs besoins, soit en centre d'activités de jour, en plateaux de travail et enfin, vers des milieux de stage où l'utilisateur ne nécessite pas une présence en continu, mais bien ponctuelle de l'intervenant. Une vidéo présentant un usager travaillant chez Canadian Tire est diffusée à toute l'assemblée.

Suite à la présentation de M<sup>me</sup> Lyne Girard, directrice générale adjointe aux programmes sociaux et de réadaptation et du programme déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique, et de M<sup>me</sup> Jacinthe Cloutier, directrice adjointe aux services spécifiques et spécialisés clientèle adulte DI-TSA, les administrateurs sont invités à faire part de leurs questions, leurs remarques ou leurs préoccupations :

- Y a-t-il d'autres employeurs qui se sont manifestés suite à la décision de Walmart de mettre fin à son programme de formation professionnelle qui profitait à de nombreuses personnes souffrant d'un handicap intellectuel ou d'un trouble du spectre de l'autisme? M<sup>mes</sup> Girard et Cloutier affirment qu'effectivement, le CIUSSS MCQ a conclu une dizaine d'ententes avec de nouveaux employeurs, tout en continuant d'encourager ceux avec qui nous collaborons déjà. D'ailleurs, l'ensemble des usagers de Walmart qui souhaitaient trouver un nouvel emploi en ont retrouvé un dans la région.
- Est-ce que ces personnes ont des restrictions au niveau de leur condition physique? Certaines personnes ont en effet des limitations et tous s'assurent d'un bon parrainage après l'évaluation de la condition de chacun.
- L'établissement est-il proactif quant au recrutement des milieux de stage? M<sup>me</sup> Cloutier raconte que grâce aux agents d'intégration qui recrutent une grande variété de milieux, plusieurs lieux d'intégration peuvent être offerts à ces usagers. M. Beaumont rappelle qu'une portion du budget de l'établissement adopté cette année contribuera à consolider ces services.

Une proposition formelle est faite afin de souligner l'excellent travail effectué par toute l'équipe concernée. Conséquemment, sur proposition de M. Martin Beaumont, appuyée par M. Michel Dostie, la motion suivante est adoptée à l'unanimité par le conseil d'administration.

### **Résolution CA-2018-60**

#### **Motion de félicitations – Équipes des services d'intégration travail et communautaire**

CONSIDÉRANT la priorité numéro quatre (4) du Plan annuel 2018-2019 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, soit « Missions universitaires au bénéfice des usagers »;

CONSIDÉRANT l'engagement des équipes de travail des services d'intégration travail et communautaire auprès des usagers ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme;

CONSIDÉRANT la grande mobilisation des équipes de travail dans le dossier Walmart;

IL EST PROPOSÉ, DÛMENT APPUYÉ ET RÉSOLU À L'UNANIMITÉ :

- d'adresser une motion de félicitations à l'ensemble des intervenants et des gestionnaires de l'équipe des services d'intégration travail et communautaire de la Direction du programme déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique.

**CA-32-19. PRIX RECONNAISSANCE ÉLITE DÉCERNÉ PAR L'ORDRE PROFESSIONNEL DES TECHNOLOGISTES MÉDICAUX DU QUÉBEC**

M. Richard Desrochers souligne la présence de M<sup>me</sup> Lucie Charpentier, technologiste médicale au laboratoire de pathologie du Centre hospitalier affilié universitaire régional (CHAUR) à Trois-Rivières et récipiendaire du Prix Reconnaissance Élite 2018, hommage décerné par l'Ordre des professionnels des technologistes médicaux du Québec (OPTMQ).

Une proposition est faite afin de féliciter M<sup>me</sup> Charpentier sur la réception de ce prix. Conséquemment, sur proposition de M. Michel Larrivée, appuyée par M. Marcel Dubois, la proposition suivante est adoptée par le conseil d'administration.

**Résolution CA-2018-61**

**Motion de félicitations – Prix Reconnaissance Élite 2018**

CONSIDÉRANT le Prix Reconnaissance Élite décerné par l'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec et soulignant l'apport d'un technologiste médical ayant apporté une contribution remarquable à son milieu sur l'un des plans suivants : réalisations professionnelles, rayonnement ou service à la profession;

CONSIDÉRANT l'attribution de ce prix pour l'année 2018 à M<sup>me</sup> Lucie Charpentier, technologiste médicale au Centre hospitalier affilié universitaire régional du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec;

IL EST PROPOSÉ, DÛMENT APPUYÉ ET RÉSOLU À L'UNANIMITÉ :

- d'adresser à M<sup>me</sup> Lucie Charpentier une motion de félicitations afin de souligner son mérite et de lui témoigner notre fierté.

**PÉRIODE DE QUESTIONS DU PUBLIC**

**CA-32-20. PÉRIODE DE QUESTIONS DU PUBLIC**

Aucune question du public n'est adressée.

**DOSSIERS SOUMIS POUR DÉCISION OU POUR INFORMATION**

**CA-32-21. ADOPTION DES FICHES DE REDDITION DE COMPTES DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2017-2018**

Sur proposition de M<sup>me</sup> Jessica Lesage, appuyée par D<sup>r</sup> Jocelyn Hébert, le sujet cité en titre est soumis à l'étude aux fins d'adoption par le conseil d'administration.

Le document qui présente les résultats de l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI) 2017-2018 comprend les fiches de reddition de comptes expliquant l'atteinte et la non-atteinte des indicateurs suivis par le MSSS dans les chapitres III et IV de l'entente.

La performance du CIUSSS MCQ au niveau du chapitre III de l'EGI (22 attentes au total) se résume ainsi :

- 16 attentes spécifiques atteintes;
- 2 attentes spécifiques reportées;
- 4 attentes spécifiques non atteintes.

Quant au chapitre IV (58 indicateurs au total) :

- 21 indicateurs (36,2 %) sont en atteinte de l'engagement;
- 21 indicateurs sont atteints à 90 %;
- 11 indicateurs ne sont pas en atteinte de l'engagement (atteinte de 65 % à 86,6 %);
- 5 indicateurs pour lesquels les données ne sont pas disponibles, mais le deviendront d'ici l'envoi des fiches au MSSS.

Suite à la présentation de M<sup>me</sup> Louise Lavigueur, directrice de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, les membres du conseil d'administration sont invités à poser leurs questions ou, le cas échéant, à soumettre des modifications en vue de la prise de décision :

- Concernant l'indicateur « Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures », des efforts sont-ils déployés ailleurs qu'à Drummondville? M<sup>me</sup> Nathalie Boisvert, directrice des services ambulatoires et soins critiques, avance qu'avec le projet pilote en marche depuis déjà quelques mois à Drummondville, nous avons pu constater une amélioration de plus de 10 % de la prise en charge. Le fait de réduire l'achalandage dans nos salles d'urgence aura un effet sur les indicateurs.
- Est-ce que le nouveau GMF-R a un impact sur la consommation des soins et services sur le territoire? Effectivement, une diminution marquée des visites à l'urgence a été observée à Trois-Rivières et Nicolet depuis son ouverture.
- Y a-t-il eu une incidence sur le délai de réponse du service Info-Santé et Info-Social depuis que le personnel dessert maintenant aussi la région de l'Abitibi? M<sup>me</sup> Lavigueur confirme qu'en effet, il y a eu une augmentation de la demande.

#### **Résolution CA-2018-62**

##### **Adoption des fiches de reddition de comptes de l'entente de gestion et d'imputabilité 2017-2018**

CONSIDÉRANT l'article 172 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, c. S-4.2) [ci-après « LSSSS »] attribuant au conseil d'administration d'un établissement la responsabilité d'adopter son rapport annuel de gestion et de suivre la performance et la reddition de comptes des résultats;

CONSIDÉRANT l'article 182.7 de la LSSSS prévoyant que le rapport annuel de gestion d'un établissement doit comprendre une présentation des résultats en lien avec les objectifs prévus au plan stratégique et à l'entente de gestion et d'imputabilité convenue avec le ministre de la Santé et des Services sociaux;

CONSIDÉRANT les articles 99.8, 182.8 et 278 de la LSSSS de même que la circulaire ministérielle 2018-009 (03.01.61.19) précisant les autres éléments devant figurer dans ce rapport;

CONSIDÉRANT la recommandation favorable formulée par le comité de direction lors de sa rencontre du 11 juin 2018;

IL EST PROPOSÉ, DÛMENT APPUYÉ ET RÉSOLU À L'UNANIMITÉ :

- d'adopter les fiches de reddition de comptes de l'entente de gestion et d'imputabilité 2017-2018 présentées par les directions du CIUSSS MCQ.

## **CA-32-22. AUTORISATION DE SIGNATURE DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2018-2019**

Sur proposition de M. Michel Larrivée, appuyée par M. Marcel Dubois, le sujet cité en titre est soumis à l'étude aux fins d'adoption par le conseil d'administration.

Conformément à la résolution adoptée lors de la séance du 15 mai dernier, le conseil d'administration a autorisé le président-directeur général (PDG) à convenir d'une entente de principe avec le MSSS concernant l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI). Compte tenu des ajustements survenus par la suite, ladite EGI 2018-2019 est déposée à nouveau afin d'autoriser le PDG à la signer. Pour ce faire, les membres du conseil d'administration doivent prendre connaissance du contenu de l'entente qui comporte les niveaux d'engagement déterminés par les directions, incluant les ajouts apportés par le MSSS.

Suite à la présentation de M<sup>me</sup> Louise Lavigneur, les membres du conseil d'administration sont invités à adresser leurs questions ou, le cas échéant, à soumettre des modifications en vue de la prise de décision :

- Où en sommes-nous avec la mise en œuvre et l'intégration du projet OPTILAB? M. Gilles Hudon, directeur des services multidisciplinaires et directeur clinico-administratif pour le projet OPTILAB, répond qu'après un changement d'approche au MSSS, il a été décidé de maintenir un nombre d'analyses plus grand dans les centres associés et d'ainsi moins transférer d'analyses vers le centre serveur. Cette décision aura moins de conséquences sur les ressources humaines, ce qui est à la satisfaction de tous. Il est important de noter qu'il n'y a aucun impact pour les centres de prélèvement locaux; la population continue de se rendre aux mêmes endroits. Ce n'est qu'une optimisation des équipements et une concentration des volumes d'expertise vers le centre serveur.

### **Résolution CA-2018-63**

#### **Autorisation de signature de l'entente de gestion et d'imputabilité 2018-2019**

CONSIDÉRANT l'article 55 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, c. S-7.2) prévoyant qu'un établissement public doit conclure avec le ministre de la Santé et des Services sociaux [ci-après « MSSS »] une entente de gestion et d'imputabilité;

CONSIDÉRANT l'article 172 (par. 2) de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, c. S-4.2) prévoyant l'approbation, par le conseil d'administration, de l'entente de gestion et d'imputabilité;

CONSIDÉRANT l'analyse faite par le conseil d'administration de l'entente de gestion et d'imputabilité 2018-2019 convenue entre le MSSS et le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec [ci-après « CIUSSS MCQ »] et présentée lors de la présente séance;

CONSIDÉRANT la recommandation favorable formulée par le comité de direction lors de sa rencontre du 11 juin 2018;

IL EST PROPOSÉ, DÛMENT APPUYÉ ET RÉSOLU À L'UNANIMITÉ :

1. d'approuver l'entente de gestion et d'imputabilité MSSS-CIUSSS MCQ 2018-2019 quant au fond et aux engagements qu'elle comporte;
2. d'autoriser le président-directeur général à signer l'entente de gestion et d'imputabilité avec le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux, pour et au nom du CIUSSS MCQ;
3. de demander au président-directeur général de déposer au conseil d'administration un rapport de suivi de gestion portant sur :
  - a. les attentes spécifiques (chapitre III) ainsi que les indicateurs et les engagements (chapitre IV) aux périodes 6 et 10;
  - b. les fiches de reddition de comptes des attentes spécifiques ainsi que des indicateurs, et les résultats finaux à la période 13.

### **CA-32-23. REDDITION DE COMPTES 2017-2018 ET RECOMMANDATIONS 2018-2019 DU COMITÉ DES USAGERS DU CENTRE INTÉGRÉ (CUCI)**

Sur proposition de M<sup>me</sup> Chantal Plourde, appuyée par M<sup>me</sup> Jessica Lesage, le sujet cité en titre est soumis à l'étude aux fins d'adoption par le conseil d'administration.

Bien que les comités des usagers disposent d'une autonomie fonctionnelle dans l'exercice de leur mandat, ils demeurent des comités de l'établissement et sont ainsi redevables de leurs actions auprès du conseil d'administration, de même qu'auprès des usagers qu'ils représentent. Annuellement, les comités ont donc l'obligation de déposer leur reddition de comptes au conseil d'administration afin de témoigner de leurs activités et dépenses. Dans le cadre de cette reddition de comptes, c'est également l'occasion pour les comités des usagers de soumettre au conseil d'administration une liste de recommandations visant l'amélioration de la qualité au sein de l'établissement.

Suite à la présentation de M<sup>me</sup> Louise Laviguer, les membres du conseil d'administration sont invités à poser leurs questions ou, le cas échéant, à soumettre des modifications en vue de la prise de décision : aucune question ou modification n'est adressée.

#### **Résolution CA-2018-64**

#### **Reddition de comptes 2017-2018 et recommandations 2018-2019 du comité des usagers du centre intégré (CUCI)**

CONSIDÉRANT l'article 172.4 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux [ci-après « LSSSS »] qui stipule que le conseil d'administration doit s'assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services; et qu'il doit aussi s'assurer du respect des droits des usagers, en vertu des articles 172.4 et 172.5 de cette dernière;

CONSIDÉRANT l'article 172.5 de la LSSSS qui stipule que le conseil d'administration doit s'assurer du respect des droits des usagers;

CONSIDÉRANT l'article 212 de la LSSSS stipulant qu'un comité des usagers doit soumettre chaque année un rapport d'activités au conseil d'administration, lequel rapport d'activités fait aussi état des rapports des comités de résidents de l'établissement;

CONSIDÉRANT que le conseil d'administration a pris acte de la reddition de comptes 2017-2018 et des nouvelles recommandations du comité des usagers du centre intégré [ci-après « CUCI »] pour l'année 2018-2019;

CONSIDÉRANT l'obligation du conseil d'administration d'informer le ministère de la Santé et des Services sociaux [ci-après « MSSS »] des suivis qu'il a accordés et qu'il entend donner aux recommandations formulées à son attention par le CUCI;

CONSIDÉRANT le bilan des actions réalisées dans la dernière année pour répondre aux recommandations du CUCI, déposé par le comité de vigilance et de la qualité [ci-après « CVQ »], qui indique que trois recommandations ne sont pas terminées;

CONSIDÉRANT que le processus de reddition de comptes du CUCI est récurrent et qu'il pourrait être simplifié, tout en respectant les obligations légales et ministérielles à cet égard;

IL EST PROPOSÉ, DÛMENT APPUYÉ ET RÉSOLU À L'UNANIMITÉ :

1. de mandater le CVQ et la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique [ci-après « DQÉPÉ »] aux fins d'analyse et d'élaboration d'un plan d'action en réponse aux recommandations du CUCI pour 2018-2019;



2. d'ajouter au plan d'action 2018-2019 les trois recommandations des années antérieures qui ne sont pas terminées;
3. de mettre en place le processus récurrent suivant :
  - a) Le conseil d'administration prend acte de la reddition de comptes du CUCI lors d'une séance publique, en mai ou juin de chaque année,
  - b) Le CVQ, en collaboration avec la DQÉPÉ, fait l'analyse des nouvelles recommandations du CUCI et propose un plan d'action au conseil d'administration lors d'une séance publique au mois de septembre ou octobre de chaque année,
  - c) Le conseil d'administration reçoit le bilan du plan d'action de l'année précédente et adopte le plan d'action proposé pour la prochaine année en septembre ou en octobre de chaque année,
  - d) Le conseil d'administration transmet au MSSS la reddition de comptes et les recommandations du CUCI, de même que les suivis qu'il a accordés et qu'il entend donner aux recommandations reçues.

#### **CA-32-24. ADOPTION DU RAPPORT FINANCIER ANNUEL AU 31 MARS 2018**

Sur proposition de M<sup>me</sup> Karine St-Ours, appuyée par M. Marcel Dubois, le sujet cité en titre est soumis à l'étude aux fins d'adoption par le conseil d'administration.

Les établissements publics doivent transmettre au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) leur rapport financier annuel selon la forme prescrite par celui-ci, et ce, conformément à l'article 295 de la LSSSS. La circulaire du MSSS codifiée 03-01-61-03 (2018-001) précise que la date limite pour transmettre ce rapport est le 15 juin.

L'auditeur indépendant a exécuté son mandat d'audit, conformément aux articles 290 à 294 de la LSSSS, de même que selon les termes précisés dans l'appel d'offres réalisé en 2015. Le comité de vérification (CV) a exercé sa responsabilité d'examiner les états financiers avec le vérificateur lors de sa rencontre du 13 juin 2018. Par la suite, il doit en recommander l'adoption au conseil d'administration, conformément à l'article 181.0.0.03 de la LSSSS.

Le résultat financier du CIUSSS MCQ pour l'exercice se terminant le 31 mars 2018 et soumis par la Direction des ressources financières (DRF) présente un déficit de 11 103 228 \$ (fonds d'exploitation et fonds des immobilisations). Le solde de fonds est donc utilisé pour combler ce déficit de l'exercice 2017-2018.

Suite à la présentation de M<sup>me</sup> Nancy Lemay, directrice des ressources financières, les membres du conseil d'administration sont invités à poser leurs questions ou, le cas échéant, à soumettre des modifications en vue de la prise de décision :

- Y aura-t-il un plan de recours à l'équilibre budgétaire? M<sup>me</sup> Lemay soutient que non, le solde de fonds sera utilisé pour compenser l'écart.
- Qu'en est-il de la diminution du financement pour le soutien à domicile? La méthodologie de calcul du MSSS qui a changé plusieurs fois et de ce fait, les établissements recevaient un double financement partiel, ce qui a été corrigé et ce qui explique la diminution. Le financement demeure donc à la même hauteur et les services aux usagers ont même été bonifiés.
- Concernant le coût des médicaments, est-ce que la contribution du MSSS correspond à la hausse normale prévue pour la prochaine année? En plus du budget déjà alloué, nous avons réservé une somme additionnelle pour remédier à la situation, le cas échéant.

## **Résolution CA-2018-65**

### **Adoption du rapport financier annuel au 31 mars 2018**

CONSIDÉRANT l'article 172, 3<sup>o</sup> de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, c. S-4.2) [ci-après « LSSSS »] selon lequel le conseil d'administration doit approuver les états financiers de l'établissement;

CONSIDÉRANT l'article 295 de la LSSSS qui stipule que les établissements publics doivent transmettre au ministère de la Santé et des Services sociaux [ci-après « MSSS »] leur rapport financier annuel selon la forme prescrite;

CONSIDÉRANT la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, c. E-12.0001) qui exige qu'aucun établissement public ne doive encourir de déficit à la fin d'une année financière;

CONSIDÉRANT les articles 290 à 294 de la LSSSS qui confirment à l'auditeur indépendant les conditions d'exercice de son mandat d'audit reproduites dans l'appel d'offres lancé en septembre 2015;

CONSIDÉRANT la circulaire du MSSS codifiée 03-01-61-03 (n<sup>o</sup> 2018-001) qui précise que la date limite pour transmettre ce rapport est le 15 juin;

CONSIDÉRANT l'article 181.0.0.3 de la LSSSS qui prévoit les responsabilités du comité de vérification, notamment celle d'examiner les états financiers avec l'auditeur indépendant et, par la suite, de recommander leur adoption au conseil d'administration;

CONSIDÉRANT la recommandation favorable formulée par le comité de vérification lors de sa rencontre du 13 juin 2018;

IL EST PROPOSÉ, DÛMENT APPUYÉ ET RÉSOLU À L'UNANIMITÉ :

1. d'adopter le rapport financier annuel (AS-471) de l'établissement pour l'exercice financier couvrant la période du 1<sup>er</sup> avril 2017 au 31 mars 2018 qui présente un déficit, et ce, malgré le non-respect de la Loi sur l'équilibre budgétaire, conformément à la recommandation des membres du comité de vérification. Le déficit est composé de :

Fonds d'exploitation	(10 519 233)\$
Fonds des immobilisations	<u>(583 995)\$</u>
Déficit au 31 mars 2018	(11 103 228)\$

2. de mandater M. Martin Beaumont, président-directeur général, et M<sup>me</sup> Nancy Lemay, directrice des ressources financières, afin de signer le rapport de la direction.

### **CA-32-25. ADOPTION DU RAPPORT FINANCIER ANNUEL CONSOLIDÉ DU FONDS DE SANTÉ AU TRAVAIL AU 6 JANVIER 2018**

Sur proposition de M. Marcel Dubois, appuyée par M<sup>me</sup> Chantal Plourde, le sujet cité en titre est soumis à l'étude aux fins d'adoption par le conseil d'administration.

Le CIUSSS MCQ assume la responsabilité de fiduciaire de l'enveloppe régionale de la santé au travail (SAT). En vertu de l'article 109 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST) conclut un contrat avec chaque établissement aux termes duquel celui-ci s'engage à assurer les services nécessaires à la mise en application des programmes de santé au travail sur son territoire. L'établissement a la responsabilité de préparer le rapport financier annuel consolidé, conformément à l'article 7.03 du contrat type, et il doit déposer à la CNESST, au plus tard le 15 juillet, ses états financiers annuels relatifs au fonds de santé au travail. La CNESST détermine le

contenu de ces états financiers qui doivent par ailleurs être vérifiés par un auditeur indépendant. L'article 7.10 du contrat type stipule que l'établissement doit utiliser le budget qui lui est alloué conformément au Guide d'utilisation du budget établi par la CNESST, ainsi qu'aux normes et pratiques de gestion en vigueur dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Suite à la présentation de M<sup>me</sup> Nancy Lemay, les membres du conseil d'administration sont invités à poser leurs questions ou, le cas échéant, à soumettre des modifications en vue de la prise de décision :

- Considérant le surplus accumulé, est-ce que tous les services ont bel et bien été donnés? M<sup>me</sup> Lemay confirme que oui, toutes les cibles ont été atteintes.

### **Résolution CA-2018-66**

#### **Adoption du rapport financier annuel consolidé du fonds de santé au travail au 6 janvier 2018**

CONSIDÉRANT l'article 109 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (RLRQ, c. S-2.1) qui exige qu'un contrat type soit conclu avec chaque établissement aux termes duquel celui-ci s'engage à assurer les services nécessaires à la mise en application des programmes de santé au travail sur son territoire;

CONSIDÉRANT l'article 7.03 du contrat type qui précise que l'établissement a la responsabilité de préparer le rapport financier annuel consolidé du fonds de santé au travail vérifié par un auditeur indépendant, et ce, en vue de le déposer à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail [ci-après « CNESST »] au plus tard le 15 juillet;

CONSIDÉRANT l'article 7.10 du contrat type qui stipule que l'établissement doit utiliser le budget qui lui est alloué conformément au Guide d'utilisation du budget établi par la CNESST, ainsi qu'aux normes et pratiques de gestion en vigueur dans le réseau de la santé et des services sociaux;

CONSIDÉRANT le dépôt du rapport financier annuel consolidé du fonds de santé au travail pour l'exercice se terminant le 6 janvier 2018;

CONSIDÉRANT le rapport de l'auditeur indépendant;

CONSIDÉRANT la recommandation favorable formulée par le comité de vérification lors de sa rencontre du 13 juin 2018;

IL EST PROPOSÉ, DÛMENT APPUYÉ ET RÉSOLU À L'UNANIMITÉ :

1. d'adopter le rapport financier annuel consolidé du fonds de santé au travail pour l'exercice se terminant le 6 janvier 2018;
2. d'autoriser le président-directeur général et la directrice des ressources financières à le signer pour et au nom du conseil d'administration.

#### **CA-32-26. RAPPORT DE SUIVI DE GESTION – POLITIQUE SUR LA PROMOTION DE LA CIVILITÉ ET PRÉVENTION DU HARCÈLEMENT ET DE LA VIOLENCE EN MILIEU DE TRAVAIL ET PROCÉDURE SUR LA GESTION DES SITUATIONS CONFLICTUELLES ET TRAITEMENT DES PLAINTES DE HARCÈLEMENT ET DE VIOLENCE EN MILIEU DE TRAVAIL**

Le CIUSSS MCQ reconnaît l'importance de la contribution des personnes à la réalisation de sa mission et à la prestation de services de qualité aux citoyens. Afin de favoriser la santé et le bien-être des individus effectuant cette prestation de services, l'établissement s'engage à prendre les moyens appropriés afin d'assurer à toutes les personnes contribuant à sa mission un environnement de travail sain et civilisé, exempt de harcèlement et de violence sous quelque forme que ce soit.

Suite à la présentation de M. Louis Brunelle, directeur des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, les administrateurs sont invités à faire part de leurs questions, leurs remarques ou leurs préoccupations :

- Qu'arrive-t-il avec les dossiers pour lesquels la dénonciation n'a pas été retenue? M. Brunelle avance que tous les dossiers font l'objet d'une attention particulière et que même s'ils ne sont retenus, les personnes qui les ont soumis sont accompagnées par l'équipe de développement organisationnel de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) afin de régler le conflit ou sont redirigées vers les bonnes instances, le cas échéant. Lorsque la dénonciation est retenue, il y a enquête qui se conclue par une recommandation de l'équipe de développement organisationnel, laquelle est soumise au directeur de la DRHCAJ. Suite aux discussions tenues entre le directeur et les membres de l'équipe, une décision pouvant aller jusqu'au congédiement est alors prise.

## **AMÉLIORATION CONTINUE ET PRESTATION SÉCURITAIRE DES SOINS ET SERVICES**

### **CA-32-27. PRÉSENTATION DU RÉSULTAT FINAL DE LA VISITE D'AGRÉMENT 2017-2018**

La première visite d'Agrément Canada s'est tenue du 22 au 27 octobre 2017 pour évaluer la gouvernance, les directions administratives ainsi que les secteurs des programmes de santé physique généraux et spécialisés. Une note globale de 97,3 % avait été attribuée par les visiteurs. Nous avons reçu le rapport final de cette visite le 30 novembre 2017.

La deuxième visite d'Agrément Canada s'est tenue du 8 au 13 avril dernier et les visiteurs ont évalué les secteurs des programmes sociaux et de réadaptation. Une note globale de 95 % pour l'ensemble des normes évaluées nous a été attribuée par les visiteurs. Nous avons reçu le rapport final de cette visite le 14 mai 2018.

Suite à la présentation de M. Martin D'Amour, directeur adjoint de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, les administrateurs sont invités à faire part de leurs questions, leurs remarques ou leurs préoccupations :

- Comment fonctionnera le nouveau cycle d'accréditation? M. D'Amour explique qu'antérieurement, toutes les normes étaient évaluées en même temps pour un même établissement, ce qui requerrait une semaine intensive de visites (deux semaines dans notre cas considérant l'ampleur du territoire). Afin d'être en mesure d'effectuer de meilleures comparaisons par établissement pour chacune des normes, le prochain cycle aura maintenant lieu sur quatre ou cinq ans et seulement quelques normes seront évaluées à la fois. Ainsi, dès cet automne, les normes de gouvernance, de leadership et de santé publique seront évaluées dans tous les établissements du Québec, et ce, sur une période de 18 mois. Après quoi, quelques autres secteurs seront évalués sur une même période de temps et ainsi de suite jusqu'à ce que tous les programmes clientèles aient été visités.
- Comment cette bonne nouvelle sera-t-elle publicisée à la population? Le Service des communications acheminera un communiqué de presse à tous les médias.
- Comment se déroule le suivi des recommandations en lien avec les visites qui se sont tenues en octobre 2017 et avril 2018? Les preuves que nous devons soumettre (audit, formations données, etc.) sont déposées sur le portail au fur et à mesure, et un comité externe indépendant se penchera ensuite à savoir s'il les accepte ou non. Le processus suit donc son cours.

### **CA-32-28. PRÉSENTATION DU RAPPORT TRIMESTRIEL SUR LA GESTION DES RISQUES DE LA PRESTATION SÉCURITAIRE DES SOINS ET SERVICES – TRIMESTRE 4**

Selon l'article 172 de la LSSSS, il revient au conseil d'administration de s'assurer notamment de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés. Ainsi, il existe deux bonnes pratiques de gestion à adopter : une reddition de comptes en matière de qualité ainsi que le dépôt de

rappports trimestriels sur la sécurité des usagers. Ces pratiques sont reconnues par Agrément Canada comme étant des pratiques organisationnelles requises (POR). C'est ainsi que le conseil d'administration, ou par l'intermédiaire de ses comités, reçoit des rapports ou recommandations traitant de la qualité et de la sécurité des soins et services. Le tableau de bord du trimestre 4 pour 2017-2018 à l'égard des données de déclaration des incidents et des accidents est donc présenté. Ce document est déposé trimestriellement au conseil d'administration, soit en octobre, décembre, mars et juin.

Suite à la présentation de M. Martin D'Amour, les administrateurs sont invités à faire part de leurs questions, leurs remarques ou leurs préoccupations :

- Est-ce que vous croyez qu'il existe une culture de sous-déclaration des incidents et des accidents? M. D'Amour prétend que oui, plus particulièrement dans les secteurs qui n'avaient pas l'habitude de les déclarés auparavant, mais nous continuons la promotion pour que le personnel s'approprie quel événement doit être déclaré et comment le faire.

#### **CA-32-29. TABLEAU DE BORD DU CONSEIL D'ADMINISTRATION – TRIMESTRE 4**

Les résultats des indicateurs du tableau de bord du conseil d'administration sont présentés sous la forme d'une analyse, suivie d'une période de questions permettant aux directeurs responsables des opérations de répondre aux interrogations des membres du conseil d'administration visant à améliorer la performance de l'organisation et, par conséquent, à créer de la valeur. Comme prévu au calendrier de production, la mise à jour trimestrielle a été réalisée.

Suite à la présentation de M<sup>me</sup> Louise Lavigueur, les administrateurs sont invités à faire part de leurs questions, leurs remarques ou leurs préoccupations :

- En ce qui concerne l'indicateur « Rétention des nouveaux employés (en %) » (graphique 19), quels sont les facteurs particuliers qui expliquent la baisse de rétention depuis juin 2017? M. Brunelle suppose que l'embauche massive de préposés aux bénéficiaires dernièrement a probablement contribué à la baisse du résultat global. Il faudra revoir la pertinence de la cible pour cet indicateur lors de l'exercice prévu à l'occasion de la session intensive automnale.
- Au sujet de l'indicateur « Délais moyens d'attente et respect des cibles d'accès pour certains services sociaux (en %) » (graphique 11), pourquoi certains résultats sont de 0? M<sup>me</sup> Lavigueur explique que lorsqu'aucun des quatre indicateurs qui composent chacun 25 % de la cible d'un même programme n'est atteint, par exemple « Jeunes en difficulté » dans ce cas-ci, alors le résultat est de 0 %. Cette façon de représenter les données sera aussi revue lors de la session intensive.
- Pour l'indicateur « Heures en assurance salaire (en %) » (graphique 16), est-ce qu'une prise en charge pour contrer l'augmentation des heures est planifiée? Un comité de vigie surveille cet indicateur de près et des actions à long terme sont prévues. M. Beaumont ajoute qu'un suivi rigoureux est aussi fait à chaque période et que tous les gestionnaires reçoivent un rapport personnalisé selon leurs secteurs d'activités.

#### **CA-32-30. ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES / PERFORMANCE ET AMÉLIORATION CONTINUE**

Suite au projet de reporter la diffusion du registre d'accessibilité et au plan d'action déposé au dernier forum des directeurs, une version épurée du registre est publiée pour une dernière fois sous la forme utilisée depuis octobre 2015. Des 237 indicateurs, environ 150 seront maintenus pour la diffusion du 8 juin 2018.

Suite à la présentation de M<sup>me</sup> Louise Lavigueur, les administrateurs sont invités à faire part de leurs questions, leurs remarques ou leurs préoccupations :

- Considérant tous les efforts investis par l'établissement, comment expliquez-vous l'évolution négative de l'accès aux services par les jeunes et leur famille? M<sup>me</sup> Nathalie Garon, directrice du programme

jeunesse-famille, rappelle que ces données sont en date du 31 mars dernier. Les données en date de ce matin promettent une amélioration, notamment en raison d'une consolidation des ressources. M. Beaumont précise que ce phénomène est panquébécois.

- En raison de l'augmentation du délai d'attente pour un premier service en toxicomanie, y a-t-il une crainte face à la recrudescence de l'utilisation d'opiacés? Selon M<sup>me</sup> Christine Laliberté, directrice du programme santé mentale adulte et dépendance, la problématique se situe plutôt au niveau médical (postes de médecins non comblés, diminution du nombre d'heures de services offertes, etc.) et non pas du côté des équipes traitantes de professionnels. En termes de prévention-promotion, M. Beaumont annonce que dans le cadre du Forum des directeurs, une formation intersectorielle sur la crise des opioïdes sera donnée aux gestionnaires présents afin de faire face à cet enjeu.

## AFFAIRES DIVERSES

### CA-32-31. AFFAIRES DIVERSES

Aucun sujet n'est discuté à cette rubrique de l'ordre du jour.

## HUIS CLOS

### CA-32-32. ADOPTION DU RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2017-2018

Sur proposition de M. Michel Dostie, appuyée par M. Carl Montpetit, le sujet cité en titre est soumis à l'étude aux fins d'adoption par le conseil d'administration.

Le rapport annuel de gestion a été élaboré en lien avec l'un des objectifs stratégiques du MSSS, soit celui de « favoriser la mise en place d'une gestion axée sur l'amélioration de la performance ». Le CIUSSS MCQ s'est donné un modèle de performance axé sur l'accessibilité et la qualité des services, l'optimisation des ressources et le mieux-être des intervenants. Ce qu'on appelle « Atteindre le Vrai Nord » est en fait la raison d'être et le cap sur lequel l'établissement s'oriente pour soutenir l'organisation dans l'amélioration continue de la performance, pour atteindre l'excellence au bénéfice de l'expérience client. Ce rapport est présenté en fonction des quatre (4) grandes priorités, soit un capital humain en santé et en sécurité afin d'assurer sa disponibilité, l'accès aux soins et services professionnels de première ligne, l'intégration et la continuité des services, une offre de service de qualité afin de relever le défi de la perte d'autonomie.

Le rapport annuel de gestion répond aux exigences de la LSSSS et de la circulaire 2018-009 du MSSS. Il comporte également les recommandations des différents comités et instances de l'établissement. Suivant son adoption, le comité de vigilance et de la qualité devra s'assurer que le suivi approprié est accordé à ces recommandations. Le rapport sera rendu public suite à son dépôt à l'Assemblée nationale à l'automne.

Suite à la présentation de M. Martin Beaumont, les membres du conseil d'administration sont invités à poser leurs questions ou, le cas échéant, à soumettre des modifications en vue de la prise de décision : aucune question ou modification n'est adressée.

#### **Résolution CA-2018-67**

#### **Adoption du rapport annuel de gestion 2017-2018**

CONSIDÉRANT l'article 172 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, c. S-4.2) [ci-après « LSSSS »] attribuant au conseil d'administration d'un établissement la responsabilité d'adopter son rapport annuel de gestion et de suivre la performance et la reddition de comptes des résultats;

CONSIDÉRANT l'article 182.7 de la LSSSS prévoyant que le rapport annuel de gestion d'un établissement doit comprendre une présentation des résultats en lien avec les objectifs prévus au plan stratégique et à l'entente de gestion et d'imputabilité convenue avec le ministre de la Santé et des Services sociaux;

CONSIDÉRANT les articles 99.8, 182.8 et 278 de la LSSSS de même que la circulaire ministérielle 2018-009 précisant les autres éléments devant figurer dans ce rapport;

CONSIDÉRANT le critère 13.9 du cahier de normes sur la gouvernance d'Agrément Canada qui précise que le conseil d'administration doit établir un rapport annuel de ses réalisations;

CONSIDÉRANT l'analyse du rapport annuel de gestion 2017-2018 du CIUSSS MCQ par son auditeur externe;

CONSIDÉRANT l'analyse du rapport annuel de gestion 2017-2018 présenté lors de la présente séance;

IL EST PROPOSÉ, DÛMENT APPUYÉ ET RÉSOLU À L'UNANIMITÉ :

1. d'adopter le projet de rapport annuel de gestion 2017-2018 du CIUSSS MCQ;
2. de demander au président-directeur général de présenter le contenu du rapport annuel de gestion en séance publique d'information, suivant son dépôt à l'Assemblée nationale.

### **CA-32-33. ADOPTION DU RAPPORT ANNUEL 2017-2018 SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES ET DE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES**

Sur proposition de M. Érik Samson, appuyée par M. André Poirier, le sujet cité en titre est soumis à l'étude aux fins d'adoption par le conseil d'administration.

Annuellement, ou toutes les fois qu'il le requiert, chaque établissement se doit de transmettre au ministre de la Santé et des Services sociaux, un rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes. Ce rapport décrit les types de plaintes reçues, y compris les plaintes concernant les médecins, les dentistes ou les pharmaciens, les délais d'examen, les suites données et les plaintes qui ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du citoyen (art. 76.11 de la LSSSS). Le rapport sera rendu public suite à son dépôt à l'Assemblée nationale à l'automne.

Suite à la présentation de M<sup>me</sup> Doris Johnston, commissaire aux plaintes et à la qualité des services, et du D<sup>r</sup> Serge Barabé, médecin examinateur, les membres du conseil d'administration sont invités à poser leurs questions ou, le cas échéant, à soumettre des modifications en vue de la prise de décision :

- Dans le cadre du traitement des plaintes, comment nos intervenants reçoivent-ils les interventions de la commissaire? M<sup>me</sup> Johnston assure qu'ils sont, pour la plupart, d'une grande collaboration et qu'ils désirent corriger le tir en réalisant les recommandations émises.
- Quelles sont les raisons invoquées par les médecins fautifs lorsqu'une plainte est portée contre eux? D<sup>r</sup> Barabé commente qu'ils sont soit en déni, soit ils clament une erreur de perception.
- Les mesures disciplinaires imposées aux médecins par le CIUSSS MCQ sont-elles rendues publiques? Puisque toutes les informations émanant des dossiers sont d'ordre nominatif, M. Beaumont confirme qu'elles ne le sont pas. C'est la prérogative du Collège des médecins, en tant qu'ordre professionnel, de le faire.
- Qu'est-ce qui explique le nombre élevé de dossiers de plaintes médicales conclus pendant l'année contrairement aux années antérieures? D<sup>r</sup> Barabé attribue ces données au fait qu'une accumulation des dossiers a finalement été étudiée suite à l'introduction de deux nouveaux médecins examinateurs.

### **Résolution CA-2018-68**

#### **Adoption du rapport annuel 2017-2018 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services**

CONSIDÉRANT l'obligation pour le conseil d'administration de transmettre annuellement au ministre de la Santé et des Services sociaux un rapport faisant état de l'application de la procédure d'examen des plaintes, de la satisfaction des usagers, de même que du respect de leurs droits prévu à l'article 76.10 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, c. S-4.2) [ci-après « LSSSS »];

CONSIDÉRANT l'article 172.5 de la LSSSS qui stipule que le conseil d'administration est responsable de s'assurer du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes;

CONSIDÉRANT la circulaire 2018-009 du ministère de la Santé et des Services sociaux qui précise le contenu du rapport;

CONSIDÉRANT l'analyse du projet de rapport annuel 2017-2018 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services effectuée le 30 mai 2018 par le comité de vigilance et de la qualité;

CONSIDÉRANT la recommandation favorable formulée par le comité de vigilance et de la qualité lors de sa rencontre du 30 mai 2018;

IL EST PROPOSÉ, DÛMENT APPUYÉ ET RÉSOLU À L'UNANIMITÉ :

- d'adopter le projet de rapport annuel 2017-2018 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services.

#### **CA-32-34. APPRÉCIATION ET RÉTROACTION 2017-2018**

##### **CA-32-34.01. ÉVALUATION DU RENDEMENT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT**

Le président-directeur général (PDG) d'un établissement est assisté par un président-directeur général adjoint (PDGA) qui est nommé par le conseil d'administration. La nomination de M. Carol Fillion a été entérinée par le conseil d'administration le 3 août 2017 (résolution CA-2017-75). L'évaluation du rendement de M. Fillion a été conduite sous le leadership du PDG en respectant le processus d'évaluation du rendement des titulaires d'un emploi supérieur en situation de gestion du Secrétariat des emplois supérieurs.

Une discussion est donc tenue à huis clos sans la présence du PDGA. Par la suite, ce dernier est invité à se joindre au groupe afin d'accueillir les commentaires des administrateurs.

##### **CA-32-34.02. ÉVALUATION DES HABILITÉS PROFESSIONNELLES ET COMPORTEMENTS DE GESTION DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL**

Le PDG d'un établissement est nommé par le gouvernement, sur recommandation du ministre (art. 10, LMRSSS). Il revient donc au ministre d'évaluer son rendement. En considérant toutefois l'importance de sa relation avec le conseil d'administration, le PDG souhaite que les administrateurs disposent d'un espace pour émettre leurs commentaires et suggestions sur ses habiletés professionnelles et ses comportements de gestion. De plus, les normes d'agrément sur la gouvernance prévoient une évaluation annuelle du rendement et des réalisations du directeur général de l'établissement à laquelle collabore le conseil d'administration. On y indique aussi que le conseil doit favoriser son perfectionnement professionnel.



Une discussion est donc tenue à huis clos en l'absence du PDG. Par la suite, ce dernier est invité à se joindre au groupe afin d'accueillir les commentaires des administrateurs

**CA-32-34.03. ÉVALUATION DU RENDEMENT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION**

Selon les normes d'agrément sur la gouvernance, il est prévu qu'une évaluation régulière du rendement du président du conseil d'administration (PCA) selon des critères et un calendrier préétablis. Ainsi, les administrateurs ont donné leur point de vue sur la contribution du PCA en complétant une grille d'évaluation de son rendement.

Une discussion est donc tenue à huis clos et M. Richard Desrochers profite de l'occasion pour annoncer aux administrateurs présents sa démission prochaine de sa fonction de PCA ainsi qu'à titre de membre indépendant ayant une expertise en protection de la jeunesse.

**LEVÉE DE LA SÉANCE**

**CA-32-35. LEVÉE DE LA SÉANCE**

Tous les sujets de l'ordre du jour étant épuisés, sur proposition de M. Marcel Dubois, appuyée par M. Érik Samson, la séance est levée à 21 h 08.

LE PRÉSIDENT,

LE SECRÉTAIRE,

*Original signé par*

\_\_\_\_\_  
M. Richard Desrochers

*Original signé par*

\_\_\_\_\_  
M. Martin Beaumont  
Président-directeur général